



## 《 》 卞 ㄸ ㄹ ㅅ ㅂ ㄹ ㄷ ㄱ ㄷ ㄸ ㄹ ㄷ ㄸ ㄹ ㄷ ㄸ 《 》 2020-2021

**Tema 13.Principales clasificaciones de los trastornos mentales.  
Principio de rehabilitación y reinserción social. Programas y  
tipología de recursos.**

## CLASIFICACION DE LOS TRASTORNOS MENTALES

### DSM V

Los trastornos mentales son patrones de comportamiento de significación clínica que aparecen asociados a un malestar emocional o físico de la persona, a una discapacidad, al deterioro en el funcionamiento cotidiano, a la pérdida de libertad o incluso a un riesgo significativamente aumentado de implicarse en conductas contraproducentes o de morir prematuramente.

Según el estudio europeo dirigido por Wittchen et al. (2011), el 32.8% de los europeos sufre un trastorno mental, pero solo un tercio de ellos recibe tratamiento. Asimismo, según un estudio reciente de este mismo grupo en relación con los costes (Olesen, Gustavsson, Svensson, Wittchen, Jönsson et al., 2012), los trastornos mentales (ansiedad, depresión, adicciones, trastornos de la infancia y adolescencia, etcétera) y neurológicos (tumores cerebrales, migrañas y cefaleas tensionales, trastornos del sueño, enfermedad de Parkinson, demencias, etcétera) suponen uno de los mayores retos económicos para la sanidad europea.

Por lo que a España se refiere, según la última Encuesta Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad (Instituto Nacional de Estadística, 2006), el 21.3% de la población adulta (un 26.8% de las mujeres y un 15.6% de los hombres) presenta riesgo de mala salud mental, que se acrecienta a medida que avanza la edad. Además, el porcentaje de pacientes en los Centros de Atención Primaria con una demanda de asistencia psicológica es de alrededor del 30% (Gili, Roca y Serrano, 2006).

Además del aumento de los trastornos mentales, las demandas terapéuticas de la población han cambiado considerablemente en los últimos años. Ahora se tiende a consultar, además de por los cuadros clínicos "tradicionales" (depresión, trastornos de ansiedad, esquizofrenia, adicciones, entre otros), por problemas "menores", derivados de una mayor intolerancia al sufrimiento por parte de los pacientes. Estos problemas, que no constituyen propiamente trastornos mentales, reflejan una patología del sufrimiento o de la infelicidad, es decir, una situación de insatisfacción personal que no tiene en muchos casos una significación clínica. Entre ellos se encuentran el duelo por la pérdida de un ser querido, los conflictos de pareja o la ruptura de pareja no deseada, las dificultades de convivencia con los hijos adolescentes, los problemas de estrés laboral, la adaptación a nuevas situaciones en la vida o la convivencia con enfermos crónicos o incapacitados (Echeburúa, Salaberría, Corral y Cruz-Sáez, 2012).

En las clasificaciones psiquiátricas estos problemas adaptativos se denominan "códigos Z" y son un reflejo de la psicopatologización de las dificultades de la vida cotidiana, así como de los efectos de una sociedad individualista, con una carencia creciente de redes de apoyo familiar y social, que favorece la soledad y la incomunicación. El volumen de las consultas de este tipo puede suponer entre el 20% y el 30% de las demandas asistenciales en un Centro de Salud Mental (Ortiz, González y Rodríguez, 2006).

Estas nuevas demandas terapéuticas están relacionadas con cambios sociales (entre ellos, el envejecimiento de la sociedad y los trasvases de población) y con una mayor exigencia de calidad de vida por parte de los pacientes, pero también con la medicalización de la vida diaria. De hecho, hay una tendencia errónea por asignar a todos los problemas un nombre clínico, unos síntomas y un tratamiento: es una tendencia que se ve acentuada por el *marketing* de la industria farmacéutica dirigido a médicos y pacientes. No deja de ser significativo, por ejemplo, que la primera edición del DSM contenía 106 trastornos mentales y que la actual (DSM-5, 2013) recoja 216" (Sandín, 2013). Con cada nueva edición los posibles trastornos mentales siempre aumentan, pero nunca se reducen. No parece razonable pensar que en el plazo de 60 años los trastornos mentales se hayan multiplicado por dos (Ezama, Alonso y Fontanil, 2010). Por ello, hay que estar precavido ante la ampliación de supuestos nuevos diagnósticos clínicos que incorpora el DSM-5: el trastorno disfórico premenstrual, el trastorno de estado de ánimo disruptivo y no regulado, el duelo patológico o el trastorno neurocognitivo leve, por citar algunos de los más llamativos.

En resumen, muchas de las consultas a los psicólogos clínicos hoy no se relacionan con trastornos mentales, sino con situaciones de infelicidad y malestar emocional. Se trata de personas que se sienten sobrepasadas en sus estrategias de afrontamiento para hacer frente a las dificultades cotidianas y que, muy frecuentemente, carecen de una red de apoyo familiar y social sólida. Los psicólogos clínicos tienen que adaptarse a esta nueva realidad, evitar la tendencia a establecer diagnósticos psiquiátricos y desarrollar unas estrategias de intervención, tales como técnicas de consejería (*counselling*) o de intervención en crisis, que no son exactamente las mismas que han mostrado éxito en el tratamiento de los trastornos mentales propiamente dichos. Este es un reto de futuro importante.

El objetivo de este artículo es hacer un resumen de los cambios más significativos que recoge la última versión del DSM (DSM-5) en la organización de los trastornos y en los diagnósticos específicos, así como hacer una valoración crítica de estos cambios (y, por extensión, del modelo médico de enfermedad aplicado a los trastornos mentales) desde la psicología clínica y proponer nuevas líneas de actuación.

### **Cambios en el DSM-5**

El DSM-5 está organizado en tres secciones. La Sección I está dirigida a proporcionar pautas para el uso clínico y forense del manual. La Sección II incluye los criterios y códigos diagnósticos de los diferentes trastornos ([tabla 1](#)) y, por último, la Sección III recoge medidas dimensionales para la evaluación de los síntomas, criterios sobre la formulación cultural de los trastornos y una propuesta alternativa sobre la conceptualización de los trastornos de personalidad, así como una descripción de las condiciones clínicas que están actualmente en estudio.

Tabla 1. *Clasificación de los trastornos recogidos en el DSM-5*

---

Trastornos del neurodesarrollo  
Espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos  
Trastornos bipolares y relacionados  
Trastornos depresivos  
Trastornos de ansiedad  
Trastornos obsesivo-compulsivos y relacionados  
Trastornos relacionados con traumas y estresores  
Trastornos disociativos  
Trastornos de síntomas somáticos  
Trastornos de la alimentación y de la conducta alimentaria  
Trastornos de la eliminación  
Trastornos del sueño  
Disfunciones sexuales  
Disforia de género  
Trastornos disruptivos, del control de impulsos y conductuales  
Trastornos adictivos y de consumo de sustancias  
Trastornos neurocognitivos  
Trastornos de la personalidad  
Trastornos parafilicos  
Otros trastornos

---

### *Cambios en la organización de los trastornos*

A nivel estructural y organizativo, los cambios más destacables en el DSM-5 son la eliminación del sistema multiaxial y la reorganización de los capítulos. Las modificaciones habidas respecto al DSM-IV-TR figuran descritas en el [Apéndice](#).

El DSM-5, como las ediciones anteriores de este manual, está basado en el modelo categorial, que implica que cada categoría diagnóstica es diferente de la salud y del resto de las categorías diagnósticas. Sin embargo, al ser conscientes sus autores de las limitaciones del sistema categorial, incorporan, hasta cierto punto, un enfoque más dimensional que en las ediciones anteriores. Así, por ejemplo, se analiza la severidad mayor o menor de los síntomas (leve, moderado y severo) en diversos cuadros clínicos (el trastorno depresivo mayor o los trastornos adictivos y relacionados con sustancias).

Se ha eliminado el sistema multiaxial porque generaba distinciones artificiales y era poco utilizado. Por ello, todas las categorías diagnósticas de los Ejes I y II del DSM-IV-TR están incluidas en la misma sección (Sección II) en el DSM-5, con anotaciones separadas en cada categoría para las condiciones médicas asociadas (antiguo Eje III), para los factores psicosociales y ambientales (antiguo Eje IV) y para la discapacidad, entendida esta como daño en el funcionamiento social, laboral o en otras áreas significativas de la vida cotidiana (antiguo Eje V).

En la Sección III se incluyen en todos los grupos diagnósticos medidas dimensionales de la severidad o de la frecuencia en las dos últimas semanas en trece conjuntos de síntomas (doce en el caso de los niños y adolescentes), que abarcan la depresión, la ira, la manía, la ansiedad, los síntomas somáticos, la ideación suicida, la psicosis, las alteraciones del sueño, la memoria, los pensamientos y conductas repetitivas, la disociación, el funcionamiento de la personalidad y el consumo de drogas. Cada uno de estos ítems es valorado en una escala de 0 a 4 en función de su menor o mayor gravedad/frecuencia. Asimismo se incluye en esta Sección una Escala de Evaluación de la Discapacidad de la Organización Mundial de la Salud, autoadministrada, de 36 ítems, que está orientada a evaluar las capacidades del sujeto adulto para llevar a cabo actividades en seis áreas: comprensión y comunicación; movimientos; autocuidado; relación con otras personas; actividades cotidianas; y participación en la sociedad. Esta escala, que es más clara y rigurosa que la Escala de Evaluación Global del Funcionamiento del DSM-IV-TR (2000) y que cuenta también con una versión modificada para niños y adolescentes, evalúa de 1 a 5 cada una de las áreas en función de la menor o mayor dificultad que ha tenido el sujeto en los últimos 30 días.

La organización global de los capítulos (y la específica de cada capítulo) tiene más en consideración el ciclo vital que en las ediciones anteriores del DSM. Así, los cuadros clínicos que se manifiestan en las primeras fases evolutivas (como, por ejemplo, los trastornos del neurodesarrollo) figuran al principio del manual; los trastornos que habitualmente aparecen en la adolescencia y en la edad adulta joven (entre otros, los trastornos de ansiedad, depresivos o de la conducta alimentaria o los trastornos del espectro de la esquizofrenia) se encuentran descritos en la parte central; y, por último, los trastornos asociados a la vejez (trastornos neurocognitivos) se hallan al final. Asimismo en cada capítulo se describe la presentación de los cuadros clínicos, cuando es preciso, en diferentes grupos de edad (por ejemplo, en el trastorno de estrés postraumático o en los trastornos del sueño).

#### *Novedades relativas a los diagnósticos específicos*

Los grupos diagnósticos del DSM-5 figuran descritos en la [tabla 1](#). En este apartado, sin una pretensión de exhaustividad por razón del espacio, se comentan los cambios más significativos solo en los grupos diagnósticos más relevantes.

En el ámbito infanto-juvenil los trastornos de inicio en la infancia, la niñez o la adolescencia del DSM-IV-TR pasan a convertirse en el DSM-5 en *trastornos del neurodesarrollo*. El retraso mental se denomina ahora *discapacidad intelectual* para evitar el estigma social asociado a ese término y para hacer hincapié en la necesidad de evaluar tanto la capacidad cognitiva (cociente de inteligencia) como el grado de adaptación a la vida cotidiana. Asimismo en este capítulo los trastornos generalizados del desarrollo desaparecen como tales para integrarse en los *trastornos del espectro autista*, que ahora engloban el trastorno autista, el trastorno de Asperger, el trastorno desintegrativo infantil y el trastorno generalizado del desarrollo no especificado. Estos cuatro cuadros clínicos responden a una única condición con diferentes niveles de gravedad en el ámbito de la interacción social y de las conductas limitadas y repetitivas.

Respecto al *trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH)*, se ha establecido la edad anterior a los 12 años para la aparición de los síntomas (antes era a los 7 años), pero las modificaciones más importantes son la posibilidad de realizar este diagnóstico junto con un trastorno del espectro autista (antes eran incompatibles) y, especialmente, la reducción del número de síntomas para diagnosticar este cuadro clínico en la vida adulta.

En el capítulo del *espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos*, el cambio más importante del DSM-5 es la desaparición de los subtipos de esquizofrenia del DSM-IV-TR (paranoide, desorganizada, catatónica, indiferenciada y residual) porque han mostrado una estabilidad diagnóstica limitada y porque no han respondido diferencialmente al tratamiento (McGorry, 2010). Asimismo el calificado en el DSM-IV-TR como *trastorno esquizotípico de la personalidad* es considerado en el DSM-5, sin modificar los síntomas, como perteneciente al espectro de la esquizofrenia (además de estar incluido en el capítulo de los trastornos de personalidad).

El capítulo de los *trastornos de ansiedad* del DSM-5 supone un reagrupamiento distinto de los cuadros clínicos indicados en la edición anterior. Lo más significativo es la exclusión de este apartado del trastorno de estrés postraumático (TEPT) y del trastorno obsesivo-compulsivo (TOC), que ahora se describen en capítulos propios e independientes para resaltar el carácter distintivo de la reexperimentación del suceso traumático en el caso del TEPT o el de las obsesiones en el caso del TOC. Lo que se incluye en este capítulo son las *fobias* (social, específica y agorafobia), el *trastorno de pánico*, el *trastorno de ansiedad generalizada* y, además, el *trastorno de ansiedad de separación* y el *mutismo selectivo* (este último muy asociado a las respuestas de ansiedad), que figuraban en el DSM-IV-TR en el apartado de trastornos de inicio en la infancia.

El nuevo capítulo del *trastorno obsesivo-compulsivo y otros trastornos relacionados* recoge los apartados clásicos del TOC, del *trastorno dismórfico corporal* y de la *tricotilomanía*, estos dos últimos incluidos en el apartado de trastornos de somatización y de trastornos de control de los impulsos, respectivamente, en el DSM-IV-TR, y añade algunos cuadros clínicos nuevos, como el *trastorno de acumulación*, que era solo un síntoma del TOC en la versión anterior, y el *trastorno de excoriación* (arrancarse compulsivamente la piel).

En cuanto al nuevo capítulo de los *trastornos relacionados con el trauma y con el estrés*, se incluyen: el *TEPT*, que cuenta ahora, en lugar de tres, con cuatro grupos de síntomas (reexperimentación, hiperactivación, evitación y alteraciones cognitivas/cambios en el estado de ánimo) y que tiene criterios algo distintos para los menores de 7 años; el *trastorno de estrés agudo*; los *trastornos adaptativos*, que pueden surgir ante situaciones estresantes traumáticas o no traumáticas y que antes figuraban como capítulo propio; y, finalmente, dos trastornos vinculados a los problemas con el apego parental y que se manifiestan en la infancia: el *trastorno reactivo de la vinculación*, relacionado con problemas internalizantes, y el *trastorno del*

*comportamiento social desinhibido*, más vinculado con conductas temerarias e inadecuadas en las relaciones con adultos y con el TDAH.

Los *trastornos depresivos* y los *trastornos bipolares* se agrupan en capítulos distintos. El capítulo de los *trastornos depresivos* incluye, además del *trastorno depresivo mayor* y de la *distimia*, nuevos cuadros clínicos, como el *trastorno disfórico premenstrual* o el *trastorno del estado de ánimo disruptivo y no regulado*, este último orientado a niños y adolescentes (hasta los 18 años) con síntomas persistentes de irritabilidad y episodios de descontrol conductual y que tiene el objetivo de evitar un sobrediagnóstico del trastorno bipolar en la infancia. A su vez, el duelo no excluye el diagnóstico de un episodio depresivo mayor. El DSM-IV-TR excluía de este diagnóstico a las personas que mostraban dichos síntomas tras la pérdida de un ser querido en los dos meses anteriores, pero el DSM-5 omite esta exclusión.

En el capítulo de los *trastornos de la alimentación y de la conducta alimentaria*, además de la *anorexia nerviosa* y de la *bulimia nerviosa*, se integran la *pica* y la *rumiación* (antes incluidos en los trastornos de la infancia y adolescencia) y se incluyen en el DSM-5 como nuevos diagnósticos el *trastorno evitativo/restrictivo de la ingesta* y el *trastorno por atracón*, que aporta como elemento diferencial de la bulimia la ausencia de implicación en conductas compensatorias inadecuadas (purgarse, hacer ejercicio excesivo e irracional, etcétera). En el apartado de la *anorexia nerviosa* ya no se requiere la amenorrea como criterio para el diagnóstico porque hay situaciones en que esta circunstancia no aparece (mujeres tomando anticonceptivos o que han llegado a la menopausia, hombres afectados por este cuadro clínico, etcétera).

El capítulo del DSM-IV-TR referido a los trastornos relacionados con sustancias se amplía en el DSM-5 y se denomina *trastornos adictivos y relacionados con sustancias*. Es más preciso hablar de *adicción* que de *dependencia* porque la tolerancia y el síndrome de abstinencia que caracterizan a la dependencia son respuestas que están también presentes como respuesta a algunos psicofármacos (benzodiazepinas, por ejemplo) y que no necesariamente indican la presencia de una adicción, que requiere además el ansia por una droga o por una conducta placentera. De este modo, a las adicciones químicas se añade el *trastorno del juego* (antes denominado juego patológico e incluido en el DSM-IV-TR en el capítulo de trastornos del control de los impulsos). Asimismo se abre el campo a futuros nuevos diagnósticos (adicción a Internet o adicción al sexo, por ejemplo). El núcleo de este apartado es la adicción en sí misma (el ansia por la droga/conducta placentera se ha incorporado como criterio diagnóstico), independientemente de que esta sea generada por drogas o por conductas placenteras, porque la sintomatología es similar y porque la activación del sistema de recompensa cerebral es muy parecido. Asimismo la distinción entre dependencia y abuso desaparece y se toma en consideración el *trastorno por uso de sustancias*, con diversos grados de gravedad (leve, moderado y severo).

Respecto al nuevo capítulo de los *trastornos neurocognitivos*, el DSM-5 recoge las *demencias* y los *trastornos amnésicos* del DSM-IV-TR, pero incluye además un apartado específico (y nuevo) para el *trastorno neurocognitivo leve*, que supone un



deterioro de las funciones cognitivas que no es meramente atribuible a la edad y que interfiere negativamente en la vida cotidiana de la persona. Asimismo se especifican los trastornos neurocognitivos, ya sean severos o leves, en función de subtipos etiológicos más amplios que en el DSM-IV-TR (enfermedad de Alzheimer, demencia vascular, demencia frontotemporal, demencia de cuerpos de Lewy, lesión traumática cerebral, enfermedad de Parkinson, infección por VIH, enfermedad de Huntington y encefalopatía espongiiforme).

El capítulo de los trastornos sexuales y de la identidad sexual del DSM-IV-TR se desdobra en tres capítulos distintos en el DSM-5 (disfunciones sexuales, disforia de género y trastornos parafilicos). Las *disfunciones sexuales* ya no se clasifican en función del ciclo de la respuesta sexual, porque la distinción entre ciertas fases (por ejemplo, deseo y activación) puede ser artificial, sino de forma más descriptiva y más exigente en cuanto a la duración y la gravedad del trastorno. Asimismo desaparece el trastorno de aversión al sexo por su infrecuencia y se fusionan la dispareunia y el vaginismo en el *trastorno de penetración/dolor genital*. A su vez, el capítulo de la *disforia de género*, que pone el énfasis en la "incongruencia de género", es nuevo en el DSM-5 y sustituye al trastorno de la identidad sexual del DSM-IV-TR. Por último, en el capítulo de los *trastornos parafilicos* se establece una distinción entre las parafilias y los trastornos parafilicos, que son parafilias que causan malestar a la persona afectada o cuya satisfacción implica daño a terceras personas. Es decir, la novedad del DSM-5 es que la parafilia es una condición necesaria, pero no suficiente, para diagnosticar un trastorno parafilico.

Asimismo hay en el DSM-5 un nuevo capítulo (*trastornos del control de los impulsos, disruptivos y de conducta*) que supone una integración de dos capítulos del DSM-IV-TR y que abarca los trastornos caracterizados por problemas en el autocontrol emocional y conductual. Del antiguo capítulo de los trastornos del control de los impulsos se recogen ahora el *trastorno explosivo intermitente*, *lapiromanía* y la *cleptomanía*; y del capítulo de los trastornos de la infancia y adolescencia se incluyen ahora el *trastorno negativista desafiante*, el *trastorno de conducta* y el *trastorno de conductas disruptivas*. Asimismo el *trastorno antisocial de la personalidad* se incluye tanto en este capítulo como en el referido a los trastornos de personalidad. Respecto al *trastorno negativista desafiante*, se agrupan los criterios en tres bloques (estado de ánimo de enfado o irritable, conductas desafiantes y actitudes de venganza) para abarcar síntomas tanto cognitivos como conductuales y se especifican criterios de frecuencia y severidad de los síntomas. En el DSM-5 el *trastorno explosivo intermitente* incluye entre los arrebatos violentos, no solo la agresividad física, sino también la violencia verbal y especifica los criterios de frecuencia precisos para hacer el diagnóstico.

Mención aparte merece el capítulo de los *trastornos de personalidad* (TP). La clasificación y el criterio categorial utilizados en el DSM-5 son los mismos que en el DSM-IV-TR, excepto que ya no figuran en el Eje II. De este modo, se señalan tres *clusters* que agrupan los diez trastornos específicos de personalidad: a) *cluster A* (trastornos paranoide, esquizoide y esquizotípico), vinculado a personas con conductas extravagantes y excéntricas; b) *cluster B* (trastornos antisocial, límite, histriónico y



narcisista), relacionado con personas con conductas dramáticas, emocionales o erráticas; y c) *cluster C* (evitativo, dependiente y obsesivo-compulsivo), referido a personas con conductas de ansiedad.

Sin embargo, en la Sección III del DSM-5 se presenta adicionalmente un modelo alternativo para los TP, que está basado en el daño causado por el *funcionamiento* de la personalidad y en los *rasgos* de personalidad patológicos. Este enfoque agrupa un número de TP más restrictivo (antisocial, evitativo, límite, narcisista, obsesivo-compulsivo y esquizotípico) que en el enfoque categorial, así como un *trastorno de personalidad-rasgo*, referido a la presencia de un trastorno de personalidad que no encaja en los criterios diagnósticos para los trastornos específicos y que sustituye al trastorno de la personalidad no especificado del DSM-IV-TR.

### **Insuficiencias del DSM-5**

En el DSM-5, como en sus ediciones anteriores, se habla de *trastornos mentales*, no de *enfermedades mentales*. El concepto de enfermedad implica una etiología, una agrupación de síntomas, un curso y un pronóstico, así como una determinada respuesta al tratamiento. Sin embargo, hoy no es posible determinar los factores etiológicos ni los procesos patológicos subyacentes para la mayoría de los cuadros clínicos. Por ello, se opta por limitarse a describir de la forma más detallada posible los criterios diagnósticos actualizados de los trastornos mentales para que puedan ser identificados por los terapeutas y ser comunicados a los profesionales con un lenguaje común. En este sentido el DSM-5, como sus antecesores, es más un diccionario descriptivo que un manual de psicopatología.

Sin embargo, el diagnóstico resultante del proceso de evaluación psicológica debe ir más allá de la etiquetación de los problemas. Es decir, además de responder a la pregunta de *¿qué le pasa al paciente?*, la evaluación debe responder a la pregunta de *¿por qué le pasa esto al paciente?*, lo que requiere, por un lado, del análisis topográfico y, por otro, del análisis funcional de la conducta. La etiquetación de los problemas del paciente es solo un paso en el proceso terapéutico.

Aun siendo el DSM el principal referente en la salud mental mundial, con los años y tras sucesivas revisiones se ha empezado a cuestionar seriamente su validez, basada fundamentalmente en el consenso más que en las pruebas científicas. El DSM-5 se entronca en el modelo médico categorial de enfermedad, que, en el caso de los trastornos mentales, presenta muchas limitaciones en la práctica clínica. Así, por ejemplo, hay grupos de síntomas, relacionados especialmente con la ansiedad y la depresión, que están presentes en muchas categorías diagnósticas. De hecho, los límites entre las categorías diagnósticas son mucho más permeables de lo que figura en el texto. Un ejemplo es el trastorno mixto de ansiedad y depresión, que no está incluido en el manual y que, sin embargo, es uno de los trastornos con mayor tasa de prevalencia en asistencia primaria (London School of Economics, 2006). Asimismo muchos pacientes con un mismo diagnóstico presentan perfiles sintomáticos muy variados, por lo que el

establecimiento de un diagnóstico clínico no es siempre clarificador del tratamiento a seguir.

Es más, la casi inexistencia de pacientes con un único diagnóstico *puro* (la comorbilidad es la norma, no la excepción), el recurso a los diagnósticos *no especificados*, que pueden ser los más frecuentes en áreas como los trastornos de la conducta alimentaria, los trastornos de personalidad o los trastornos del espectro autista, o la falta de tratamientos específicos para muchas categorías diagnósticas revela las imprecisiones de este sistema clasificatorio (Echeburúa, Salaberría, Corral y Polo-López, 2010).

En concreto, hay nuevos trastornos diagnosticados en el DSM-5 que no cuentan con un apoyo empírico sólido y que pueden implicar una medicalización de conductas normales, con el consiguiente riesgo de medicación innecesaria: a) el trastorno del estado de ánimo disruptivo y no regulado, que puede ser una variante de las rabietas temperamentales en niños y adolescentes; b) el trastorno de la comunicación social-pragmática; c) el duelo por la pérdida de un ser querido como un posible trastorno depresivo mayor, que puede implicar la psicopatologización de un sufrimiento normal en esas circunstancias; d) el trastorno neurocognitivo leve, que puede ser reflejo de la pérdida de memoria atribuible a la edad y que no es necesariamente precursora de demencia; e) la extensión del diagnóstico de trastorno por déficit de atención con hiperactividad a la vida adulta, con el posible aumento de la prescripción de drogas estimulantes; e) el trastorno por atracón, cuya definición puede resultar imprecisa ("comida excesiva 12 veces en el plazo de 3 meses") para diferenciarla de la simple glotonería; y f) las molestias y el malestar emocional periódico de la menstruación como el trastorno disfórico menstrual (Frances, 2013).

Respecto a los trastornos de personalidad, no se ha dado el paso decidido a un enfoque dimensional de los TP. Se mantiene el criterio categorial del DSM-IV-TR, si bien se ha propuesto en la Sección III un modelo alternativo *híbrido* como guía para la investigación futura y que incluye la evaluación del funcionamiento de la personalidad y de los rasgos de personalidad patológicos en seis TP. El enfoque categorial de los trastornos de personalidad presenta muchas limitaciones, tales como la comorbilidad frecuentemente registrada entre diversos TP o la presencia de características de más de un trastorno específico de la personalidad que no cumplen los criterios completos para ningún trastorno concreto y que llevan con frecuencia al diagnóstico de trastorno de personalidad no especificado (Esbec y Echeburúa, 2011). Por ello, el modelo alternativo presentado en la Sección III del DSM-5, basado en el funcionamiento de la personalidad y en criterios basados en rasgos, entronca más con la investigación en psicología de la personalidad y dota a los trastornos descritos de una mayor fundamentación empírica. En cuanto a los trastornos específicos, puede resultar chocante que se mantenga en el DSM-5 el trastorno antisocial de la personalidad cuando hay una investigación sólida que respalda la existencia de un TP más específico y preciso denominado *psicopatía*, que abarca dos factores: los componentes antisociales, recogidos en el DSM-5, y los componentes afectivos de este trastorno (falta de empatía, crueldad, ausencia de

remordimiento) (Esbec y Echeburúa, 2010, 2011; Echeburúa y Fernández-Montalvo, 2007; Fernández-Montalvo y Echeburúa, 2008).

En último término, las insuficiencias del DSM-5 derivan del modelo médico de enfermedad mental. El sufrimiento humano es el resultado de una compleja combinación de factores biológicos, psicológicos y sociales, lo que implica la necesidad de la *formulación psicológica* y el necesario conocimiento de las historias de vida de los pacientes (en lugar o además del diagnóstico psiquiátrico), es decir, de una evaluación y de un tratamiento psicológico individualizado, fundamentado en las terapias psicológicas basadas en la evidencia (Echeburúa et al., 2010).

## **Conclusiones**

Contar con diagnósticos clínicos válidos y fiables debería ser esencial para predecir el curso del trastorno, enfocar adecuadamente el tratamiento, evaluar los resultados de la terapia, calcular las tasas de prevalencia de los diferentes trastornos mentales a efectos de planificar los servicios asistenciales o identificar correctamente a los pacientes para las investigaciones clínicas. Sin embargo, los diagnósticos clínicos solo deben emplearse cuando están basados en pruebas científicas y muestran una utilidad clínica (Frances, 2013; Kraemer, Kupfer, Clarke, Narrow y Regier, 2012).

Las nosologías psiquiátricas tienen diversas ventajas, como son facilitar la comunicación entre profesionales, utilizando un lenguaje común, y unificar los criterios de investigación clínica en los diferentes países. De las dos clasificaciones más difundidas (la CIE-10, de la Organización Mundial de la Salud, y el DSM-5), cada vez más próximas entre sí en sus últimas ediciones, esta última es la más influyente porque cuenta con el respaldo de la poderosa Asociación Americana de Psiquiatría y porque es más operativa (los criterios diagnósticos son concisos y explícitos) y menos narrativa que la CIE-10. De este modo, los criterios diagnósticos para la selección y evaluación de los pacientes en los ensayos clínicos publicados en las principales revistas están basados en el DSM, lo que supone una influencia directa para los investigadores clínicos. Por ello, va a ser un referente (o incluso un vademécum) en la investigación en psiquiatría y psicología clínica en los próximos años (Nemeroff et al., 2013).

Sin embargo, el abuso de los diagnósticos psiquiátricos o la ampliación de categorías diagnósticas recogida en el DSM-5, así como el requerimiento de umbrales diagnósticos menos exigentes para muchos trastornos, puede traer consigo la psicopatologización de algunos problemas de la vida cotidiana, la generación de pacientes falsos positivos, la estigmatización del paciente asociada a los diagnósticos psiquiátricos y al uso generalizado e indiscriminado de la prescripción farmacológica, lo que constituye un fenómeno especialmente preocupante en el ámbito infantil (Boyle, 2013; Carlat, 2010). Es decir, muchas personas normales con problemas de duelo, comida excesiva, distraibilidad, reacciones al estrés, olvidos en la vejez o rabietas infantiles pueden quedar atrapadas en la red de este manual diagnóstico (Frances, 2013; Wakefield y First, 2012). Parece olvidarse de que existen muchos modos y maneras de ser normal. La tolerancia hacia comportamientos diferentes y hacia la diversidad cultural es

importante, así como lo es tener en cuenta que el sufrimiento es inherente a la vida. Ningún comportamiento, sentimiento o actividad mental puede calificarse de patológico sin examinar su posible utilidad adaptativa y estratégica y las condiciones contextuales en las que aparece.

La tendencia a crear cada vez más etiquetas diagnósticas para describir comportamientos específicos, en lugar de agrupar los síntomas de los pacientes en categorías amplias, va a conducir al absurdo de que un paciente tenga muchas etiquetas asignadas. Además, la incapacidad para conectar los diagnósticos con los procesos causales lleva a un callejón sin salida.

Ello puede ser así al margen de que una cautela razonable del DSM-5 es que la identificación de un trastorno requiere en todos los casos que los síntomas causen un malestar clínico significativo o una interferencia grave en la vida cotidiana del sujeto afectado y que se recomiende contar con información adicional procedente de los familiares o de otras personas allegadas al paciente (Barker, 2011).

La tendencia al sobrediagnóstico clínico constituye un error en la práctica profesional. A veces hay problemas que interfieren negativamente en la vida de una persona y que desbordan sus recursos de afrontamiento, pero que no constituyen propiamente un trastorno mental. Por ello, se puede ayudar y tratar psicológicamente a una persona que tiene problemas, incluso síntomas clínicos, pero que no llegan a ser un trastorno: el tratamiento no requiere necesariamente el etiquetaje diagnóstico de un problema (Bracken et al., 2012; British Psychological Society, 2011; Echeburúa, 2010).

Un reto de futuro es integrar el sistema categorial, que está basado en la entrevista clínica, con el enfoque dimensional, que se apoya fundamentalmente en el autoinforme del sujeto. Todo ello puede ser potenciado si se encuentran en el futuro marcadores psicológicos o biológicos de la enfermedad basados en las pruebas de neuroimagen, en la evaluación neuropsicológica, en los test de laboratorio, en la epidemiología o en la genética (Szyf y Bick, 2013).

Por último, se requiere una sólida formación clínica para establecer un diagnóstico en el DSM-5 porque los criterios establecidos se refieren a síntomas, conductas, funciones cognitivas, signos físicos y combinaciones de síntomas que es preciso discriminar con precisión de lo que son los cambios en la vida cotidiana, la adaptación a las diversas fases del ciclo evolutivo o las respuestas transitorias a las situaciones de estrés.

*Apéndice. Cambios más importantes del DSM-IV-TR al DSM-5*

DSM-IV-TR	DSM-5
<b>Trastornos de inicio en la infancia, niñez o adolescencia</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Retraso mental</li> <li>• Trastornos del aprendizaje</li> <li>• Trastorno de las habilidades motoras</li> <li>• Trastornos de la comunicación</li> <li>• Trastornos generalizados del desarrollo</li> <li>• Trastornos por déficit de atención y comportamiento perturbador</li> <li>• Trastornos de la ingestión y de la conducta alimentaria de la infancia o la niñez</li> <li>• Trastornos de tics</li> <li>• Trastornos de la eliminación</li> <li>• Otros trastornos de la infancia, niñez o adolescencia: ansiedad de separación, mutismo selectivo, trastorno reactivo de la vinculación, trastorno de movimientos estereotipados</li> </ul>	<b>Trastornos del neurodesarrollo</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Discapacidad intelectual</li> <li>• Trastorno específico del aprendizaje</li> <li>• Trastornos motores</li> <li>• Trastornos de la comunicación</li> <li>• Trastorno del espectro autista</li> <li>• Trastorno por déficit de atención e hiperactividad</li> </ul>
<b>Delirium, demencia, trastorno amnésico y otros trastornos cognoscitivos</b>	<b>Trastornos neurocognitivos</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Delirium</li> <li>• Trastornos neurocognitivos severos y leves</li> </ul>
<b>Trastornos mentales debidos a enfermedad</b>	<b>Otros trastornos mentales</b>
Trastornos relacionados con sustancias <ul style="list-style-type: none"> <li>• Trastornos por consumo de sustancias (dependencia y abuso)</li> <li>• Trastornos inducidos por sustancias (intoxicación y abstinencia)</li> </ul> Alcohol, alucinógenos, amfetaminas, cafeína, cannabis, cocaína, fenciclidina, inhalantes, nicotina, opiáceos, sedantes, hipnóticos y ansiolíticos	Trastornos adictivos y relacionados con sustancias <ul style="list-style-type: none"> <li>• Alcohol, cafeína, cannabis, alucinógenos, inhalantes, opiáceos, sedantes, hipnóticos y ansiolíticos, estimulantes, tabaco.</li> <li>• Trastornos no relacionados con sustancias: trastorno del juego</li> </ul>
<b>Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos</b>	<b>Espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos</b>
<b>Trastornos del estado de ánimo</b>	<b>Trastornos bipolares y relacionados</b>
	<b>Trastornos depresivos</b>
	<b>Trastornos de ansiedad</b>
<b>Trastornos de ansiedad</b>	<b>Trastorno obsesivo-compulsivo y otros trastornos relacionados</b>
	<b>Trastornos relacionados con el trauma y con el estrés</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Trastorno de estrés agudo</li> <li>• Trastorno de estrés postraumático</li> <li>• Trastornos adaptativos</li> <li>• Trastorno reactivo de la vinculación</li> <li>• Trastorno del comportamiento social desinhibido</li> </ul>
<b>Trastornos somatomorfos</b>	<b>Trastornos con síntomas somáticos y relacionados</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Trastorno con síntomas somáticos</li> <li>• Ansiedad por la enfermedad</li> <li>• Trastorno de conversión</li> <li>• Factores psicológicos que afectan a condiciones médicas</li> <li>• Trastornos facticios</li> </ul>
<b>Trastornos facticios</b>	
<b>Trastornos disociativos</b>	<b>Trastornos disociativos</b>
<b>Trastornos sexuales y de la identidad sexual</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Trastornos sexuales</li> <li>• Parafilias</li> <li>• Trastornos de la identidad sexual</li> </ul>	<b>Disfunciones sexuales</b>
	<b>Trastornos parafilicos</b>
	<b>Disforia de género</b>
<b>Trastornos de la conducta alimentaria</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Anorexia</li> <li>• Bulimia</li> </ul>	<b>Trastornos de alimentación y de la conducta alimentaria</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Anorexia</li> <li>• Bulimia</li> <li>• Pica</li> <li>• Rumiación</li> <li>• Trastorno evitativo/restrictivo de la ingesta</li> <li>• Trastorno por atracón</li> </ul>
<b>Trastornos del sueño</b>	<b>Trastornos del sueño</b>
<b>Trastornos del control de los impulsos no clasificados en otros apartados</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Trastorno explosivo intermitente</li> <li>• Cleptomanía</li> <li>• Píromanía</li> <li>• Tricotilomanía</li> <li>• Juego patológico</li> </ul>	<b>Trastornos del control de los impulsos, disruptivos y de conducta</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Trastorno explosivo intermitente</li> <li>• Cleptomanía</li> <li>• Píromanía</li> <li>• Trastorno negativista desafiante</li> <li>• Trastorno de conducta</li> <li>• Trastorno de personalidad antisocial</li> </ul>
<b>Trastornos adaptativos</b>	
	<b>Trastornos de eliminación</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Enuresis</li> <li>• Encopresis</li> </ul>
<b>Trastornos de personalidad</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Trastornos de la personalidad del grupo A</li> <li>• Trastornos de la personalidad del grupo B</li> <li>• Trastornos de la personalidad del grupo C</li> </ul>	<b>Trastornos de personalidad</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Trastornos de la personalidad del grupo A</li> <li>• Trastornos de la personalidad del grupo B</li> <li>• Trastornos de la personalidad del grupo C</li> </ul>

## CIE-10

### Clasificación de enfermedades mentales CIE-10

La lista CIE10 (Clasificación internacional de enfermedades, décima versión) es una clasificación y codificación de enfermedades y causas de muerte publicada inicialmente por la OMS en 1992. Se utiliza principalmente para fines estadísticos y está ampliamente aceptada en todo el mundo. Se divide en diferentes categorías de enfermedades relacionadas entre sí y cada una de ellas tiene asociado un código que la identifica de manera unívoca.

Aquí encontrarás la clasificación completa de todas las enfermedades mentales junto con la descripción detallada de cada una de ellas.

F00-F09 Trastornos mentales orgánicos, incluidos los sintomáticos.

F00 Demencia en la enfermedad de Alzheimer.

F00.0 Demencia en la enfermedad de Alzheimer de inicio precoz.

F00.1 Demencia en la enfermedad de Alzheimer de inicio tardío.

F00.2 Demencia en la enfermedad de Alzheimer atípica o mixta.

F00.9 Demencia en la enfermedad de Alzheimer sin especificación.

F01 Demencia vascular.

F01.0 Demencia vascular de inicio agudo.

F01.1 Demencia multi-infarto.

F01.2 Demencia vascular subcortical.

F01.3 Demencia vascular mixta cortical y subcortical.

F01.8 Otras demencias vasculares.

F01.9 Demencia vascular sin especificación.

F02 Demencia en enfermedades clasificadas en otro lugar.

F02.0 Demencia en la enfermedad de Pick.

F02.1 Demencia en la enfermedad de Creutzfeldt-Jakob.

F02.2 Demencia en la enfermedad de Huntington.

F02.3 Demencia en la enfermedad de Parkinson.

F02.4 Demencia en la infección por VIH.

F02.8 Demencia en enfermedades específicas clasificadas en otro lugar.

F03 Demencia sin especificación.

F04 Síndrome amnésico orgánico no inducido por alcohol u otras sustancias psicótropas.

F05 Delirium no inducido por alcohol u otras sustancias psicótropas

F05.0 Delirium no superpuesto a demencia.

F05.1 Delirium superpuesto a demencia.

F05.8 Otro delirium no inducido por alcohol o droga.

F05.9 Delirium no inducido por alcohol u otras sustancias psicótropas sin especificación.

F06 Otros trastornos mentales debidos a lesión o disfunción cerebral o a enfermedad somática

F06.0 Alucinosis orgánica.

F06.1 Trastorno catatónico orgánico.

F06.2 Trastorno de ideas delirantes (esquizofreniforme) orgánico.

F06.3 Trastornos del humor (afectivos) orgánicos.

F06.4 Trastorno de ansiedad orgánico.

F06.5 Trastorno disociativo orgánico.

F06.6 Trastorno de labilidad emocional (asténico) orgánico.

F06.7 Trastorno cognoscitivo leve.



F06.8 Otro trastorno mental especificado debido a lesión o disfunción cerebral o a enfermedad somática.

F06.9 Otro trastorno mental debido a lesión o disfunción cerebral o a enfermedad somática sin especificación.

F07 Trastornos de la personalidad y del comportamiento debidos a enfermedad, lesión o disfunción cerebral.

F07.0 Trastorno orgánico de la personalidad.

F07.1 Síndrome post-encefálico.

F07.2 Síndrome post-conmocional.

F07.8 Otros trastornos de la personalidad y del comportamiento debidos a enfermedad, lesión o disfunción cerebral.

F07.9 Trastorno de la personalidad y del comportamiento debido a enfermedad, lesión o disfunción cerebral sin especificación.

F09 Trastorno mental orgánico o sintomático sin especificación.

F10-F19 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de sustancias psicotropas.

F10 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de alcohol.

F11 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de opioides.

F12 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de cannabinoides.

F13 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de sedantes o hipnóticos.

F14 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de cocaína.

F15 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de otros estimulantes (incluyendo la cafeína).

F16 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de alucinógenos.

F17 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de tabaco.

F18 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de disolventes volátiles.

F19 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de múltiples drogas o de otras sustancias psicotropas.

F19.0 Intoxicación aguda.

F19.1 Consumo perjudicial.

F19.2 Síndrome de dependencia.

F19.3 Síndrome de abstinencia.

F19.4 Síndrome de abstinencia con delirium.

F19.5 Trastorno psicótico.

F19.6 Síndrome amnésico inducido por alcohol o drogas.

F19.7 Trastorno psicótico residual y trastorno psicótico de comienzo tardío inducido por alcohol u otras sustancias psicotropas.

F19.8 Otros trastornos mentales o del comportamiento inducido por alcohol u otras sustancias psicotropas.

F19.9 Trastorno mental o del comportamiento inducido por alcohol u otras sustancias psicotropas sin especificación.

F20-29 Esquizofrenia, trastorno esquizotípico y trastornos de ideas delirantes.

F20 Esquizofrenia.

F20.0 Esquizofrenia paranoide.

F20.1 Esquizofrenia hebefrénica.

F20.2 Esquizofrenia catatónica.

F20.3 Esquizofrenia indiferenciada.

F20.4 Depresión post-esquizofrénica.

F20.5 Esquizofrenia residual.

F20,6 Esquizofrenia simple.

F20.8 Otras esquizofrenias.

F20.9 Esquizofrenia sin especificación.

F21 Trastorno esquizotípico.

F22 Trastornos de ideas delirantes persistentes.

F22.0 Trastorno de ideas delirantes.

F22.8 Otros trastornos de ideas delirantes persistentes.

F22.9 Trastorno de ideas delirantes persistentes sin especificación.

F23 Trastornos psicóticos agudos y transitorios.

F23.0 Trastorno psicótico agudo polimorfo sin síntomas de esquizofrenia.

F23.1 Trastorno psicótico agudo polimorfo con síntomas de esquizofrenia.

F23.2 Trastorno psicótico agudo de tipo esquizofrénico.

F23.3 Otro trastorno psicótico agudo con predominio de ideas delirantes.

F23.8 Otros trastornos psicóticos agudos transitorios.

F23.9 Trastorno psicótico agudo transitorio sin especificación.

F24 Trastorno de ideas delirantes inducidas.

F25 Trastornos esquizoafectivos.

F25.0 Trastorno esquizoafectivo de tipo maníaco.

F25.1 Trastorno esquizoafectivo de tipo depresivo.

F25.2 Trastorno esquizoafectivo de tipo mixto.

F25.8 Otros trastornos esquizoafectivos.

F25.9 Trastorno esquizoafectivo sin especificación.

F28 Otros trastornos psicóticos no orgánicos.

F29 Psicosis no orgánica sin especificación.

F30-39 Trastornos del humor (afectivos)

F30 Episodio maníaco.

F30.0 Hipomanía.

F30.1 Manía sin síntomas psicóticos.

F30.2 Manía con síntomas psicóticos.

F30.8 Otros episodios maníacos.

F30.9 Episodio maníaco sin especificación.

F31 Trastorno bipolar.

F31.0 Trastorno bipolar, episodio actual hipomaníaco.

F31.1 Trastorno bipolar, episodio actual maníaco sin síntomas psicóticos.

F31.2 Trastorno bipolar, episodio actual maníaco con síntomas psicóticos.

F31.3 Trastorno bipolar, episodio actual depresivo leve o moderado.

F31.4 Trastorno bipolar, episodio actual depresivo grave sin síntomas psicóticos.

F31.5 Trastorno bipolar, episodio actual depresivo grave con síntomas psicóticos.

F31.6 Trastorno bipolar, episodio actual mixto.

F31.7 Trastorno bipolar, actualmente en remisión.

F31.8 Otros trastornos bipolares.

F31.9 Trastorno bipolar sin especificación.

F32 Episodios depresivos.

F32.0 Episodio depresivo leve.

F32.1 Episodio depresivo moderado.

F32.2 Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos.

F32.3 Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos.

F32.8 Otros episodios depresivos.

F32.9 Episodio depresivo sin especificación.

F33 Trastorno depresivo recurrente.

F33.0 Trastorno depresivo recurrente, episodio actual leve.

F33.1 Trastorno depresivo recurrente, episodio actual moderado.

F33.2 Trastorno depresivo recurrente, episodio actual grave sin síntomas psicóticos.

F33.3 Trastorno depresivo recurrente, episodio actual grave con síntomas psicóticos.

F33.4 Trastorno depresivo recurrente actualmente en remisión.

F33.8 Otros trastornos depresivos recurrentes.

F33.9 Trastorno depresivo recurrente sin especificación.

F34 Trastornos del humor (afectivos) persistentes.

F34.0 Ciclotimia.

F34.1 Distimia.

F34.8 Otros trastornos del humor (afectivos) persistentes.

F34.9 Trastorno del humor (afectivo) persistente sin especificación.

F38 Otros trastornos del humor (afectivos)

F38.0 Otros trastornos del humor (afectivos) aislados.

F38.1 Otros trastornos del humor (afectivos) recurrentes.

F38.8 Otros trastornos del humor (afectivos).

F39 Trastorno del humor (afectivo) sin especificación

F40-49 Trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos.

F40 Trastornos de ansiedad fóbica

F40.0 Agorafobia.

F40.1 Fobias sociales.

F40.2 Fobias específicas (aisladas).

F40.8 Otros trastornos de ansiedad fóbica.

F40.9 Trastorno de ansiedad fóbica sin especificación.

F41 Otros trastornos de ansiedad.

F41.0 Trastorno de pánico (ansiedad paroxística episódica).

F41.1 Trastorno de ansiedad generalizada.

F41.2 Trastorno mixto ansioso-depresivo.

F41.3 Otro trastorno mixto de ansiedad.

F41.8 Otros trastornos de ansiedad especificados.

F41.9 Trastorno de ansiedad sin especificación.

F42 Trastorno obsesivo-compulsivo.

F42.0 Con predominio de pensamientos o rumiaciones obsesivas.

F42.1 Con predominio de actos compulsivos (rituales obsesivos).

F42.2 Con mezcla de pensamientos y actos obsesivos.

F42.8 Otros trastornos obsesivo-compulsivos.

F42.9 Trastorno obsesivo-compulsivo sin especificación.

F43 Reacciones a estrés grave y trastornos de adaptación.

F43.0 Reacción a estrés agudo.

F43.1 Trastorno de estrés post-traumático.

F43.2 Trastornos de adaptación.

F43.8 Otras reacciones a estrés grave.

F43.9 Reacción a estrés grave sin especificación.

F44 Trastornos disociativos (de conversión).

F44.0 Amnesia disociativa.

F44.1 Fuga disociativa.

F44.2 Estupor disociativo.  
F44.3 Trastornos de trance y de posesión.  
F44.4 Trastornos disociativos de la motilidad.  
F44.5 Convulsiones disociativas.  
F44.6 Anestias y pérdidas sensoriales disociativas.  
F44.7 Trastornos disociativos (de conversión) mixtos.  
F44.8 Otros trastornos disociativos (de conversión).  
F44.9 Trastorno disociativo (de conversión) sin especificación.

F45 Trastornos somatomorfos.  
F45.0 Trastorno de somatización.  
F45.1 Trastorno somatomorfo indiferenciado.  
F45.2 Trastorno hipocondríaco.  
F45.3 Disfunción vegetativa somatomorfa.  
F45.4 Trastorno de dolor persistente somatomorfo.  
F45.8 Otros trastornos somatomorfos.  
F45.9 Trastorno somatomorfo sin especificación.

F48 Otros trastornos neuróticos.  
F48.0 Neurastenia.  
F48.1 Trastorno de despersonalización-desrealización.  
F48.8 Otros trastornos neuróticos especificados.  
F48.9 Trastorno neurótico sin especificación.

F50-59 Trastornos del comportamiento asociados a disfunciones fisiológicas y a factores somáticos.

F50 Trastornos de la conducta alimentaria.  
F50.0 Anorexia nerviosa.  
F50.1 Anorexia nerviosa atípica.  
F50.2 Bulimia nerviosa.



F50.3 Bulimia nerviosa atípica.

F50.4 Hiperfagia en otras alteraciones psicológicas.

F50.5 Vómitos en otras alteraciones psicológicas.

F50.8 Otros trastornos de la conducta alimentaria.

F50.9 Trastorno de la conducta alimentaria sin especificación.

F51 Trastornos no orgánicos del sueño.

F51.0 Insomnio no orgánico.

F51.1 Hipersomnio no orgánico.

F51.2 Trastorno no orgánico del ciclo sueño-vigilia.

F51.3 Sonambulismo.

F51.4 Terrores nocturnos.

F51.5 Pesadillas.

F51.8 Otros trastornos no orgánicos del sueño.

F51.9 Trastorno no orgánico del sueño de origen sin especificación.

F52 Disfunción sexual no orgánica.

F52.0 Ausencia o pérdida del deseo sexual.

F52.1 Rechazo sexual y ausencia de placer sexual.

F52.2 Fracaso de la respuesta genital.

F52.3 Disfunción orgásmica.

F52.4 Eyaculación precoz.

F52.5 Vaginismo no orgánico.

F52.6 Dispareunia no orgánica.

F52.7 Impulso sexual excesivo.

F52.8 Otras disfunciones sexuales no debidas a enfermedades o trastornos orgánicos.

F52.9 Disfunción sexual no debida a enfermedad o trastorno orgánico.

F53 Trastornos mentales y del comportamiento en el puerperio no clasificados en otro lugar.

F53.0 Trastornos mentales y del comportamiento en el puerperio no clasificados en otro lugar leves.

F53.1 Trastornos mentales y del comportamiento en el puerperio no clasificados en otro lugar graves.

F53.8 Otros trastornos mentales en el puerperio no clasificados en otro lugar.

F53.9 Otro trastorno mental o del comportamiento del puerperio, sin especificación.

F54 Factores psicológicos y del comportamiento en trastornos o enfermedades clasificados en otro lugar.

F55 Abuso de sustancias que no producen dependencia.

F59 Trastornos del comportamiento asociados a disfunciones fisiológicas y a factores somáticos sin especificación.

F60-69 Trastornos de la personalidad y del comportamiento del adulto.

F60 Trastornos específicos de la personalidad.

F60.0 Trastorno paranoide de la personalidad.

F60.1 Trastorno esquizoide de la personalidad.

F60.2 Trastorno disocial de la personalidad.

F60.3 Trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad.

F60.4 Trastorno histriónico de la personalidad.

F60.5 Trastorno anancástico de la personalidad.

F60.6 Trastorno ansioso (con conducta de evitación) de la personalidad.

F60.7 Trastorno dependiente de la personalidad.

F60.8 Otros trastornos específicos de la personalidad.

F60.9 Trastorno de la personalidad sin especificación.

F61 Trastornos mixtos y otros trastornos de la personalidad.

F61.0 Trastornos mixtos de la personalidad.

F61.1 Variaciones problemáticas de la personalidad no clasificables en F60 ó F62.

F62 Transformación persistente de la personalidad no atribuible a lesión o enfermedad cerebral.

F62.0 Transformación persistente de la personalidad tras experiencia catastrófica.

F62.1 Transformación persistente de la personalidad tras enfermedad psiquiátrica.

F62.8 Otras transformaciones persistentes de la personalidad.

F62.9 Transformación persistente de la personalidad sin especificación.

F63 Trastornos de los hábitos y del control de los impulsos.

F63.0 Ludopatía.

F63.1 Piromanía.

F63.2 Cleptomanía.

F63.3 Tricotilomanía.

F63.8 Otros trastornos de los hábitos y del control de los impulsos.

F63.9 Trastorno de los hábitos y del control de los impulsos sin especificación.

F64 Trastornos de la identidad sexual.

F64.0 Transexualismo.

F64.1 Transvestismo no fetichista.

F64.2 Trastorno de la identidad sexual en la infancia.

F64.8 Otros trastornos de la identidad sexual.

F64.9 Trastorno de la identidad sexual sin especificación.

F65 Trastornos de la inclinación sexual.

F65.0 Fetichismo.

F65.1 Transvestismo fetichista.

F65.2 Exhibicionismo.

F65.3 Escoptofilia (voyeurismo).

F65.4 Paidofilia.

F65.5 Sadomasoquismo.

F65.6 Trastornos múltiples de la inclinación sexual.

F65.8 Otros trastornos de la inclinación sexual.

F65.9 Trastorno de la inclinación sexual sin especificación.

F66 Trastornos psicológicos y del comportamiento del desarrollo y orientación sexuales.

F66.0 Trastorno de la maduración sexual.

F66.1 Orientación sexual egodistónica.

F66.2 Trastorno de la relación sexual.

F66.8 Otros trastornos del desarrollo psicosexual.

F66.9 Trastorno del desarrollo psicosexual sin especificación.

F68 Otros trastornos de la personalidad y del comportamiento del adulto.

F68.0 Elaboración psicológica de síntomas somáticos.

F68.1 Producción intencionada o fingimiento de síntomas o invalideces somáticas o psicológicas (trastorno ficticio).

F68.8 Otros trastornos de la personalidad y del comportamiento del adulto especificados.

F69 Trastorno de la personalidad y del comportamiento del adulto sin especificación.

F70-79 Retraso mental.

F70 Retraso mental leve.

F71 Retraso mental moderado.

F72 Retraso mental grave.

F73 Retraso mental profundo.

F78 Otros retrasos mentales.

F79 Retraso mental sin especificación.

F80-89 Trastornos del desarrollo psicológico.

F80 Trastornos específicos del desarrollo del habla y del lenguaje.

F80.0 Trastorno específico de la pronunciación.  
F80.1 Trastorno de la expresión del lenguaje.  
F80.2 Trastorno de la comprensión del lenguaje.  
F80.3 Afasia adquirida con epilepsia (síndrome de Landau-Kleffner).  
F80.8 Otros trastornos del desarrollo del habla y del lenguaje.  
F80.9 Trastorno del desarrollo del habla y del lenguaje sin especificación.

F81 Trastornos específicos del desarrollo del aprendizaje escolar.

F81.0 Trastorno específico de la lectura.  
F81.1 Trastorno específico de la ortografía.  
F81.2 Trastorno específico del cálculo.  
F81.3 Trastorno mixto del desarrollo del aprendizaje escolar.  
F81.8 Otros trastornos del desarrollo del aprendizaje escolar.  
F81.9 Trastorno del desarrollo del aprendizaje escolar sin especificación.

F82 Trastorno específico del desarrollo psicomotor.

F83 Trastorno específico del desarrollo mixto.

F84 Trastornos generalizados del desarrollo.

F84.0 Autismo infantil.  
F84.1 Autismo atípico.  
F84.2 Síndrome de Rett.  
F84.3 Otro trastorno desintegrativo de la infancia.  
F84.4 Trastorno hiperactivo con retraso mental y movimientos estereotipados.  
F84.5 Síndrome de Asperger.  
F84.8 Otros trastornos generalizados del desarrollo.  
F84.9 Trastorno generalizado del desarrollo sin especificación.

F88 Otros trastornos del desarrollo psicológico.

F89 Trastorno del desarrollo psicológico sin especificación.

F90-98 Trastornos del comportamiento y de las emociones de comienzo habitual en la infancia y adolescencia.

F90 Trastornos hiperkinéticos.

F90.0 Trastorno de la actividad y de la atención.

F90.1 Trastorno hiperkinético disocial.

F90.8 Otros trastornos hiperkinéticos.

F90.9 Trastorno hiperkinético sin especificación.

F91 Trastornos disociales.

F91.0 Trastorno disocial limitado al contexto familiar.

F91.1 Trastorno disocial en niños no socializados.

F91.2 Trastorno disocial en niños socializados.

F91.3 Trastorno disocial desafiante y oposicionista.

F91.8 Otros trastornos disociales.

F91.9 Trastorno disocial sin especificación.

F92 Trastornos disociales y de las emociones mixtos.

F92.0 Trastorno disocial depresivo.

F92.8 Otros trastornos disociales y de las emociones mixtos.

F92.9 Trastorno disocial y de las emociones mixto sin especificación.

F93 Trastornos de las emociones de comienzo habitual en la infancia.

F93.0 Trastorno de ansiedad de separación de la infancia.

F93.1 Trastorno de ansiedad fóbica de la infancia.

F93.2 Trastorno de hipersensibilidad social de la infancia.

F93.3 Trastorno de rivalidad entre hermanos.

F93.8 Otros trastornos de las emociones en la infancia.

F93.9 Trastorno de las emociones en la infancia sin especificación.

F94 Trastornos del comportamiento social de comienzo habitual en la infancia y adolescencia.

F94.0 Mutismo selectivo.

F94.1 Trastorno de vinculación de la infancia reactivo.

F94.2 Trastorno de vinculación de la infancia desinhibido.

F94.8 Otros trastornos del comportamiento social en la infancia y adolescencia.

F94.9 Trastorno del comportamiento social en la infancia y adolescencia sin especificación.

F95 Trastornos de tics.

F95.0 Trastorno de tics transitorios.

F95.1 Trastorno de tics crónicos motores o fonatorios.

F95.2 Trastorno de tics múltiples motores y fonatorios combinados (síndrome de Gilles de la Tourette).

F95.8 Otros trastornos de tics.

F95.9 Trastorno de tics sin especificación.

F98 Otros trastornos de las emociones y del comportamiento de comienzo habitual en la infancia y adolescencia.

F98.0 Enuresis no orgánica.

F98.1 Encopresis no orgánica.

F98.2 Trastorno de la conducta alimentaria en la infancia.

F98.3 Pica en la infancia.

F98.4 Trastorno de estereotipias motrices.

F98.5 Tartamudeo (espasmofemia).

F98.6 Farfalleo.

F98.8 Otros trastornos de las emociones y del comportamiento en la infancia y adolescencia especificados.



F98.9 Trastorno de las emociones y del comportamiento de comienzo habitual en la infancia o la adolescencia sin especificación.

F99 Trastorno mental sin especificación.

#### NOTA INFORMATIVA

la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha presentado la undécima edición de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CIE-11). Esta nueva edición, que viene a sustituir a la CIE-10, cuya publicación se remonta a hace 28 años, se ha publicado con el objetivo de que los proveedores y profesionales sanitarios se vayan familiarizando con los cambios, de manera que en mayo de 2019 se presentó ante la Asamblea Mundial de la Salud para su adopción formal por los Estados miembros, estando establecida la fecha para su entrada en vigor el 1 de enero de 2022.

En lo que respecta a la revisión del Capítulo sobre Trastornos Mentales y Conductuales, se incorporan numerosas novedades, entre las que cabe destacar el cambio en la clasificación de síntomas para la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos. Frente a las anteriores propuestas que establecen una división en diferentes subtipos (y que han sido criticadas por el solapamiento entre estos subtipos, su inestabilidad o su alejamiento respecto a la realidad clínica), la CIE-11 propone una nueva forma de categorizar a estos pacientes con síntomas psicóticos en función de seis dominios principales, con indicadores de presencia y gravedad. Esta nueva forma de conceptualizar a los pacientes con trastornos psicóticos se espera que proporcione beneficios también a la hora de personalizar los tratamientos en función de los dominios afectados y su impacto en el funcionamiento diario de la persona.

Asimismo, los cambios realizados en los trastornos por uso de sustancias, una de las categorías diagnósticas que más modificaciones ha sufrido a lo largo de las diferentes revisiones, se espera que también se adecuen mejor a la realidad clínica y que permitan mejorar las orientaciones para la prevención y el tratamiento de estos problemas. Entre las novedades que incorpora la nueva versión, se encuentra que la CIE-11 recoge los diferentes patrones de consumo nocivo, desde episodios recurrentes hasta continuos y simplifica las pautas de diagnóstico para la dependencia de sustancias.

Otros de los cambios que presenta esta versión, y que han sido objeto de atención mediática, tienen que ver con la inclusión de la transexualidad en el apartado de comportamientos sexuales y, por tanto, su eliminación como trastorno mental o desorden de la identidad de género, así como la incorporación del trastorno por videojuegos dentro del epígrafe de trastornos debidos a comportamientos adictivos.

En definitiva, la nueva versión de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CIE-11), ha intentado mediante este proceso de revisión primar el principio de utilidad clínica, un aspecto que, según la OMS, depende de: su valor para la mejora de la comunicación entre profesionales, pacientes, familias, administradores...; sus características de implementación para la práctica clínica (tales como precisión en la descripción, facilidad de uso y tiempo empleado); y su utilidad para la selección de las intervenciones y para la toma de decisiones clínicas. El proceso de elaboración de esta nueva versión se ha establecido, además, sobre la base de un intenso trabajo de investigación para mejorar la solidez científica de esta nueva clasificación.

#### PRINCIPIO DE REHABILITACIÓN Y REINSERCIÓN SOCIAL

En el momento actual, todavía en muchos lugares no se ha conseguido dar la prioridad pertinente a las necesidades de tratamiento y rehabilitación que presentan las personas con TMG. En el año 2003, más de treinta años después del inicio de los programas de desinstitucionalización y del desarrollo de servicios de salud mental comunitarios, el acceso a servicios y programas de rehabilitación de calidad para estas personas es aún la excepción, no la norma. Estas personas, además siguen sufriendo el estigma y la discriminación en la asistencia sanitaria y en sus opciones de formación y de empleo entre otras.

La organización de un sistema integral, coordinado y suficiente de atención comunitaria a la población con TMG debe pivotar sobre la columna vertebral de los Servicios de Salud Mental Comunitarios (o de los programas específicos en los servicios de Atención Primaria, como ocurre en algunas comunidades autónomas). Estos servicios, han de desarrollar un programa de rehabilitación y seguimiento, que ha de estar sustentado por una amplia y variada red de recursos específicos de atención, tratamiento, rehabilitación, atención residencial, integración laboral y soporte comunitario, que cubran la necesidades específicas de esta población. Estos recursos a los que nos referimos son los siguientes:

- Programa de rehabilitación y seguimiento de la persona con TMG en los servicios o unidades de salud mental (ya sea especializada o primaria).
- Hospital de día.
- Unidad de hospitalización breve.
- Unidad hospitalaria de tratamiento y rehabilitación.

- Unidad específica de rehabilitación psicosocial (en unas CC.AA. se trata de centros dependientes de servicios sociales, en otras son unidades dentro del hospital psiquiátrico o de los servicios de salud mental comunitaria, dependientes de sanidad).
- Alternativas residenciales comunitarias.
- Rehabilitación laboral e integración en el mundo del trabajo.
- Apoyo económico.
- Otros recursos comunitarios de apoyo (agencias para la tutela del adulto, clubes sociales, asociaciones.).

#### REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL: DEFINICIÓN, PRINCIPIOS Y PRAXIS

La rehabilitación psicosocial se define como una filosofía de intervención asistencial en el abordaje del TMG. Esta filosofía se articula en un proceso continuado, con distintos eslabones interdependientes, para la práctica profesional, iniciándose en el momento del diagnóstico y desarrollándose a lo largo de la trayectoria de vida de la persona. La rehabilitación de las personas con TMG ha de ser una prestación más dentro de los servicios sanitarios, siguiendo la filosofía que la sustenta, y con el apoyo de los recursos sociales se logrará alcanzar el objetivo último de integración plena en la sociedad.

Los principios esenciales que definen la Filosofía de Atención en Rehabilitación Psicosocial son, entre otros, los siguientes:

- La rehabilitación debe basarse en una concepción amplia e integral de los derechos humanos que reconozca y promueva el derecho de las personas con TMG a una ciudadanía plena y digna.
- Supone promover y fomentar la implicación activa y responsable de dichas personas en el control de sus propias vidas y en el proceso de rehabilitación, según sus objetivos y sus planes personales.
- La rehabilitación debe promover la integración de cada persona en su comunidad natural.
- Debe propiciar el desarrollo de pautas de vida y el desempeño de roles sociales normalizados dentro de la comunidad.
- La rehabilitación ha de propiciar la autonomía y la independencia de la persona, con todo lo que ello conlleva.

- Debe ofrecer el apoyo que cada persona necesite, de forma individual, durante todo el tiempo que ésta precise.
- La rehabilitación ha de basarse en el principio de individualización: Cada individuo es único y el proceso de rehabilitación ha de serlo igualmente.
- Implica y ha de mantener una expectativa positiva sobre el individuo y su potencial de desarrollo.
- Se han de revisar constantemente los servicios, de los programas y los procesos con el fin de garantizar la calidad de la intervención.

La rehabilitación psicosocial es, por otra parte, "el proceso cuya meta global es ayudar a las personas que por sufrir un TMG necesitan apoyo para reintegrarse en la comunidad de un modo normalizado, promoviendo la mejora de su funcionamiento psico-social y desarrollando aquellos dispositivos necesarios para su consecución".

Los programas de rehabilitación psicosocial han de estar concebidos para apoyar el desarrollo del potencial del individuo, trabajando con él y con el entorno.

#### OBJETIVOS DE LA REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL

La meta es mejorar la calidad de vida de estas personas, que asuman la responsabilidad de sus propias vidas, que actúen activamente en la comunidad y que se manejen con autonomía en su entorno social.

Los objetivos principales de la Rehabilitación Psicosocial son:

- Favorecer y posibilitar el desarrollo de todo el potencial de la persona, mediante la adquisición o recuperación de la competencia necesaria para el funcionamiento ocupacional adecuado dentro de la comunidad, en términos de normalización y calidad de vida.
- Potenciar la integración social dentro de la comunidad y con la comunidad, fomentando un funcionamiento autónomo, integrado e independiente del individuo y generando una cultura de normalización en el entorno.
- Ofrecer el seguimiento y soporte social que cada persona necesite para asegurar su mantenimiento en la comunidad de forma autónoma y normalizada.
- Prevenir o disminuir el riesgo de deterioro personal, marginalidad y lo institucionalización.

#### POBLACIÓN ATENDIDA

Como primera aproximación es preciso mencionar dos grandes grupos:

1. El que forman los individuos provenientes de los antiguos Hospitales Psiquiátricos, con una, en general, larga historia institucional, baja expresión de necesidades, acostumbrados a vivir en lugares estructurados y con mucha normativa, y para los que el simple cambio de entorno representa un reto importante.

2. El de los individuos que podemos denominar de la comunidad, habitualmente más jóvenes, con mayores diferencias personales en términos de las necesidades que expresan, mayores expectativas y demandas y potencialmente más exigentes.

El perfil general de los usuarios de los programas de rehabilitación será:

Personas con TMG que presenten deterioro o dificultad significativa en su funcionamiento psicosocial y en su integración social.

Edad entre 18 y 65 años. Ambos sexos.

Estar en una situación psicopatológica estabilizada.

No presentar patrones comportamentales agresivos o peligrosos para sí mismos o para los demás, ni problemas graves de alcoholismo o toxicomanía que dificulten gravemente o impidan el trabajo de rehabilitación a desarrollar en el centro.

#### METODOLOGÍA Y ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN EN REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL

El proceso de rehabilitación psicosocial tendrá un carácter voluntario, flexible, continuado y progresivo, adaptándose a las características, problemáticas y necesidades específicas expresadas por cada usuario y teniendo en consideración su entorno socio-comunitario concreto. Este proceso se articulará de acuerdo al plan individualizado de rehabilitación establecido con y por cada usuario. No olvidaremos en ningún momento que la intervención ha de estar dirigida a la vez hacia el apoyo al usuario y hacia la modificación del medio ambiente.

Dada la necesidad de utilizar simultáneamente varios servicios tanto del sistema sanitario como del sistema social, se hace precisa la utilización de una metodología de trabajo determinada: la gestión del caso.

La gestión del caso, requiere del establecimiento de mecanismos de coordinación y circuitos de derivación. Tales mecanismos garantizarán, en un ámbito geográfico determinado, una intervención integrada de los servicios sociales y sanitarios, así como la continuidad del Plan de rehabilitación e integración social establecido.

Al establecer los mecanismos de coordinación y los circuitos de derivación se han de especificar:

- Responsables
- Procedimientos
- Normas de acceso y derivación

Los circuitos de coordinación institucionales deben ser circuitos profesionales, y no deben basarse sólo en la buena voluntad de sus integrantes y en sus ganas de coordinarse.

La comunicación entre los dispositivos de rehabilitación ha de ser constante y fluida, así como la comunicación y el apoyo a servicios normalizados de la comunidad.

La coordinación implica los distintos momentos en que se articulan los Programas, incluyendo tanto los aspectos generales de planificación y evaluación periódicas de recursos y actuaciones, como las intervenciones individuales sobre los distintos usuarios, en cada uno de los dispositivos y subprogramas concretos y además exige una estructura organizativa clara, incluyendo el nivel autonómico, provincial y el de cada dispositivo y usuario.

En cualquier momento del proceso se ha de contar con un equipo multiprofesional que actuará de forma inter y transdisciplinar.

Se consensuarán las técnicas y abordajes más apropiados para la evaluación y el trabajo con cada usuario. Las técnicas y abordajes utilizados han de estar encaminados a mejorar la función del individuo, su actividad, su participación y los factores ambientales en los que se desenvuelve.

También deberán potenciarse programas y actuaciones para el "cuidado a los cuidadores".

#### LOS PROFESIONALES DE LA REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL

El perfil de los profesionales de la rehabilitación psicosocial es:

- Estar formados y tener habilidades para el trabajo en equipo interdisciplinar, con voluntarios, con grupos de ayuda mutua y cuidadores
- Tener una formación específica en salud mental y en rehabilitación psico- social:

- Conocer en todas sus dimensiones la enfermedad mental, especialmente aquellas patologías relacionadas con el TMG.
- Conocer y llevar a la práctica la filosofía y principios de la rehabilitación psicosocial.
- Conocer las técnicas y abordajes de valoración e intervención adecuadas en la práctica de rehabilitación psicosocial.

Entre las disciplinas implicadas en la rehabilitación psicosocial destacamos: la psiquiatría, la psicología, la terapia ocupacional, el trabajo social, la educación social y la enfermería psiquiátrica. También estarán implicadas otras figuras técnicas y auxiliares tales como el técnico superior de inserción social, el técnico de talleres, el educador o monitor de rehabilitación psicosocial, el monitor de talleres, etc.

En todos los recursos, los equipos serán multidisciplinares, manteniendo una metodología de trabajo en equipo inter y transdisciplinar. El número de profesionales en cada recurso vendrá determinado por el número de usuarios, el tipo de recurso y los objetivos del mismo.

#### CARTERA DE SERVICIOS

La cartera de servicios que ha de presentar un recurso de rehabilitación psicosocial ha de estar en consonancia con sus objetivos.

En todo caso se contemplarán:

- La valoración del funcionamiento y la discapacidad de la personas y de los factores contextuales implicados.
  
- La valoración de necesidades de la persona (y de su entorno).
  
- La intervención (mediante el uso de técnicas, abordajes, programas, etc.) sobre las funciones corporales, la actividad y la participación y el ambiente del individuo, que vayan orientadas a lograr el funcionamiento adecuado de la persona y la mejora de su estado.
  
- Coordinación, asesoramiento y apoyo a recursos normalizados.
  
- Control de calidad del proceso y el servicio.

