

EL DSM-5 Y EL DIAGNÓSTICO DE LA PATOLOGÍA DUAL DESDE UNA PERSPECTIVA DIMENSIONAL

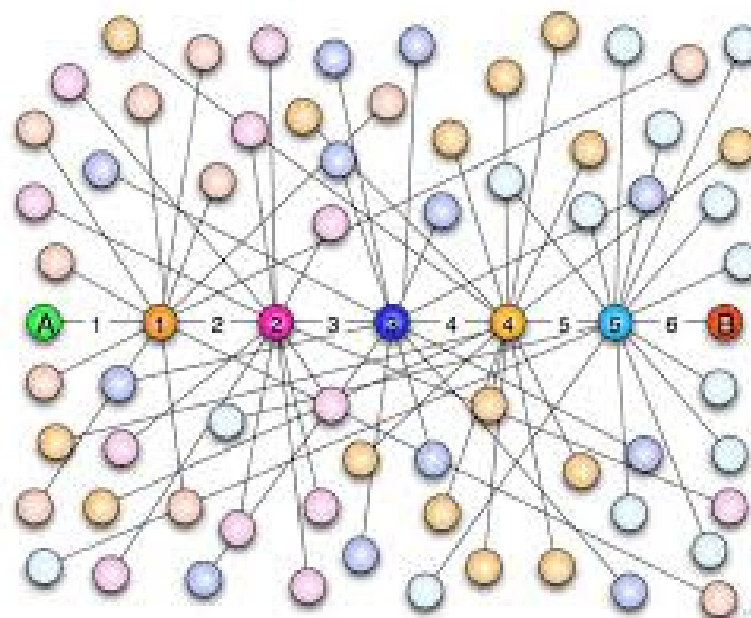
ENCUENTRO LUSOGALAICO

Las adicciones en el siglo XXI

Vigo 27-02-2015

José Pérez de los Cobos Peris

Al principio era el caos...



DSM-5

CONTENIDO DSM-5

- **CLASIFICACIÓN DEL DSM-5**
- **PREFACIO**
- **SECCIÓN I:**
Fundamentos del DSM-5
- **SECCIÓN II:**
**Códigos y criterios
diagnósticos**
- **SECCIÓN III:**
**Modelos y medidas
emergentes**
- **APÉNDICE**

CONTENIDO DSM-5

- CLASIFICACIÓN DEL DSM-5
 - PREFACIO
 - **SECCIÓN I:
Fundamentos del DSM-5**
 - SECCIÓN II:
Códigos y criterios
diagnósticos
 - SECCIÓN III:
Modelos y medidas
emergentes
 - APÉNDICE
- **Introducción**
 - **Uso del Manual**
 - **Advertencia cautelar
para el uso forense del
DSM-5**

CONTENIDO DSM-5

- CLASIFICACIÓN DEL DSM-5
 - PREFACIO
 - SECCIÓN I:
Fundamentos del DSM-5
 - **SECCIÓN II:
Códigos y criterios
diagnósticos**
 - SECCIÓN III:
Modelos y medidas
emergentes
 - APÉNDICE
- **Trastornos mentales**
 - **Trastornos del
movimiento inducidos
por medicación y otros
efectos adversos de la
medicación**
 - **Otros estados que
pueden ser objeto de
atención clínica**

CONTENIDO DSM-5

- CLASIFICACIÓN DEL DSM-5
 - PREFACIO
 - SECCIÓN I:
Fundamentos del DSM-5
 - SECCIÓN II:
Códigos y criterios
diagnósticos
 - **SECCIÓN III:
Modelos y medidas
emergentes**
 - APÉNDICE
- **Medidas de valoración**
 - **Formulación cultural**
 - **Modelo alternativo del
DSM-5 para trastornos
de personalidad**
 - **Alteraciones que
requieren más estudio**

CONTENIDO DSM-5

- CLASIFICACIÓN DEL DSM-5
 - PREFACIO
 - SECCIÓN I:
Fundamentos del DSM-5
 - SECCIÓN II:
Códigos y criterios diagnósticos
 - SECCIÓN III:
Modelos y medidas emergentes
 - **APÉNDICE**
- **Aspectos más destacados de los cambios del DSM-IV al DSM-5**
 - **Glosario de términos técnicos**
 - **Glosario de conceptos culturales de sufrimiento psicológico (*distress*)**
 - **Listados de diagnósticos y códigos**

Estructura de los Capítulos de la Sección II

- **Criterios** (a veces se preceden de las características o dominios clínicos clave, por ejemplo, Esquizofrenia y Trastornos Neurocognitivos)
- **Subtipos y Especificadores**
- **Gravedad**
 - Códigos y Procedimientos de registro
- **Texto explicativo** (nuevo o ampliado)
 - Características diagnósticas y asociadas; Prevalencia; Desarrollo y curso; Factores de riesgo y pronóstico; Factores relacionados con cultura y género; Marcadores diagnósticos; Consecuencias funcionales; Diagnóstico diferencial; Comorbilidad

10.Trastornos de la Conducta Alimentaria y de la Ingesta de Alimentos

▶ **TRASTORNO POR ATRACONES**

A. Atracones recurrentes. Un atracón se caracteriza por:

1. Ingesta en un corto periodo de tiempo (p. e., 2 horas) de una cantidad superior a la que la mayoría de las personas ingerirían.
2. Sensación de pérdida de control sobre la ingesta (p. e., sensación de no poder parar o no poder controlar el tipo o la cantidad de comida que se ingiere)

B. Los atracones se asocian con 3 (o más) de los hechos siguientes:

1. Comer más rápido de lo normal
2. Comer hasta sentirse desagradablemente lleno
3. Comer grandes cantidades de alimento sin hambre
4. Comer solo por sentimientos de vergüenza debidos a lo mucho que se ingiere
5. Sensación de disgusto con uno mismo, depresión, o vergüenza después del atracón

C. Profundo malestar por los atracones

D. Los atracones tienen lugar, como promedio, al menos 1 vez por semana durante 3 meses.

E. El atracón no se asocia a estrategias compensatorias inadecuadas y no aparecen solo en el transcurso de anorexia o bulimia nerviosa.

- **ESPECIFICADORES:** Remisión y Gravedad (de define por el nº episodios/semana)

DSM-5: CATEGORÍAS Y DIMENSIONES

CRÍTICA DE LAS CATEGORÍAS

LAS CATEGORÍAS SE ASOCIAN CON:

- Diagnóstico muy frecuente de trastornos no especificados o de ausencia de diagnóstico (por no cumplir con el umbral de criterios requerido), con la consiguiente pérdida de información.
- Elevadas tasas de comorbilidad de trastornos supuestamente independientes, con la consiguiente acumulación de información innecesaria.
- Las categorías no recogen toda la psicopatología sufrida por el paciente en un momento dado.

10.Trastornos de la Conducta Alimentaria y de la Ingesta de Alimentos

▶ **TRASTORNO POR ATRACONES**

A. Atracones recurrentes. Un atracón se caracteriza por:

1. Ingesta en un corto periodo de tiempo (p. e., 2 horas) de una cantidad superior a la que la mayoría de las personas ingerirían.
2. Sensación de pérdida de control sobre la ingesta (p. e., sensación de no poder parar o no poder controlar el tipo o la cantidad de comida que se ingiere)

B. Los atracones se asocian con 3 (o más) de los hechos siguientes:

1. Comer más rápido de lo normal
2. Comer hasta sentirse desagradablemente lleno
3. Comer grandes cantidades de alimento sin hambre
4. Comer solo por sentimientos de vergüenza debidos a lo mucho que se ingiere
5. Sensación de disgusto con uno mismo, depresión, o vergüenza después del atracón

C. Profundo malestar por los atracones

D. Los atracones tienen lugar, como promedio, al menos 1 vez por semana durante 3 meses.

E. El atracón no se asocia a estrategias compensatorias inadecuadas y no aparecen solo en el transcurso de anorexia o bulimia nerviosa.

- **ESPECIFICADORES:** Remisión y Gravedad (de define por el nº episodios/semana)

Soluciones del DSM-5

- Relativización de las categorías.
- Introducción de valoraciones dimensionales.

Relativización de las categorías (I)

En el DSM-5:

- La información no se organiza por ejes. Todos los diagnósticos médicos de eje I, II o III se enumeran sucesivamente. Esta información se complementa con notaciones separadas para factores contextuales o psicosociales (se recomienda utilizar los códigos Z de la CIE-10) y para la discapacidad (se recomienda el *WHO Disability Assessment Schedule*).

Relativización de las categorías (II)

En el DSM-5:

- Criterios de ordenamiento de los capítulos y de los trastornos dentro de un capítulo:
 - Momento más frecuente de aparición del problema a lo largo del ciclo vital.
 - Similitudes fenomenológicas o de factores de riesgo ambientales o genéticos (ayuda a establecer una visión más integrada del caso y puede ayudar a la identificación de marcadores y mecanismos de base).
- Este sistema facilita la exploración sistemática de los pacientes y facilita la valoración de la comorbilidad.

Sección II (22 epígrafes)

1. **Trastornos del Neurodesarrollo**
2. **Espectro Esquizofrenia y otros**
3. **Trastorno Bipolar y trastornos relacionados**
4. **Trastornos Depresivos**
5. **Trastornos de Ansiedad**
6. **TOC y trastornos relacionados**
7. **Trastorno por Trauma y Estrés**
8. **Trastornos Disociativos**
9. **Trastornos de Síntomas Somáticos y relacionados**
10. **Trastornos de la Conducta Alimentaria y de la Ingesta de Alimentos**
11. **Trastornos de la Eliminación**
12. **Trastornos del Sueño-Vigilia**
13. **Disfunciones Sexuales**
14. **Disforia de Género**
15. **Trastornos Disruptivos (...)**
16. **Trastornos por Sustancias y Adictivos**
17. **Trastornos Neurocognitivos**
18. **Trastornos de Personalidad**
19. **Trastornos Parafílicos**
20. **Otros Trastornos Mentales**
21. **Trastornos Motores por Medicamentos y otros efectos adversos**
22. **Otras Condiciones que (...)**

5. Trastornos de Ansiedad

5. Trastornos de Ansiedad

❑ **Reclasificación y tipos de TRASTORNOS DE ANSIEDAD (TA)**

- **El capítulo de TA del DSM-IV se desglosa en 3 en el DSM-5:**
 - 1) **Asociados con Miedo (TA)**
 - 2) **Obsesiones y Compulsiones**
 - 3) **Trauma y Estrés**
 - *Justificación:* estudios biológicos sugieren diferente heredabilidad, riesgo, curso y respuesta terapéutica.
- **TIPOS DE TA:**
 - ▶ **TA por Separación**
 - ▶ **Mutismo selectivo**
 - ▶ Fobia específica
 - ▶ TA Social
 - ▶ Trastorno de Pánico
 - ▶ Agorafobia
 - ▶ TAG
 - ▶ TA por sustancias/medicamentos
 - ▶ TAT por otra enfermedad medica
 - ▶ Otros especificados y NOS

5. Trastornos de Ansiedad

❑ “Nuevos” Trastornos de Ansiedad

- *Justificación:* continuidad de los síntomas a lo largo de la vida.

▶ **TRASTORNO DE ANSIEDAD POR SEPARACIÓN:**

- A. Ansiedad excesiva en 3 ámbitos por separación del hogar o persona relevante.
- B. 4 semanas en niños/ adolescentes; más de 6 meses en adultos.
- C. Disfunción.
- D. No por otro TM.

▶ **MUTISMO SELECTIVO**

- A. Incapacidad para hablar en situaciones específicas.
- B. Interferencia con rendimiento.
- C. Más de 1 mes.
- D. No desconocimiento del lenguaje hablado.
- E. No por otro TM.

Relativización de las categorías (III)

En el DSM-5:

- Se establece a veces una única categoría y el diagnóstico se personaliza con especificadores.

1. Trastornos del Neurodesarrollo

1. Trastornos del Neurodesarrollo

▶ **TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA (TEA)**

- **TEA** abarca ahora los trastornos Autista, de Asperger, Desintegrativo Infantil y Generalizado del Desarrollo.
 - *Justificación:* los clínicos aplican los criterios DSM-IV de modo inconsistente y la fiabilidad diagnóstica ha sido muy baja.
- TEA deberá aplicarse con **especificadores** (p.e., el Trastorno de Asperger sería equivalente a TEA sin deterioro intelectual ni deterioro formal del lenguaje)

1. Trastornos del Neurodesarrollo

▶ TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA (TEA)

- **Criterios DSM-5 de TEA**

- A. **Déficits persistentes en comunicación e interacción social.**
- B. **Patrones repetitivos y restringidos de conducta, actividades e intereses.**
- C. Los síntomas deben estar presentes en la primera infancia.
- D. Los síntomas limitan y deben alterar el funcionamiento diario.
- E. Estas alteraciones no se explican mejor por Discapacidad Intelectual (DI) o un Retraso Generalizado del Desarrollo (RGD). DI y TEA frecuentemente pueden coexistir. Para hacer el diagnóstico de TEA comórbido, la comunicación social ha de estar por debajo del nivel esperado para el estadio del desarrollo.

1. Trastornos del Neurodesarrollo

▶ TRASTORNO ESPECÍFICO DEL APRENDIZAJE

- **Trastorno único**

- *Justificación:* no existen trastornos independientes según opinión generalizada de investigadores y clínicos. La mayor parte de los niños afectados presentan déficits en más de un área.

- Debe aplicarse con **especificadores** que codifican el nivel de déficit presente en cada una de las áreas siguientes: **lectura, escritura y matemáticas.**

Introducción de valoraciones dimensionales

- La gravedad de un trastorno se suele dimensionar mediante el recuento de síntomas.
- Se recomienda utilizar escalas para valorar transversalmente la psicopatología.

DSM-5 Instrumentos de evaluación de corte transversal (cross-cutting)

- Depresión (PROMIS Emotional Distress-Depression-Short Form)
- Ira/Enojo (PROMIS Emotional Distress-Anger-Short Form)
- Manía (Altman Self Rating Mania Scale)
- Ansiedad (PROMIS Emotional Distress-Anxiety-Short Form)
- Síntomas Somáticos (PHQ-15)
- Ideación Suicida (Instrumento no disponible)
- Psicosis (Instrumento no disponible)
- Problemas del Sueño (PROMIS –Sleep Disturbance-Short Form)
- Problemas de Memoria (Instrumento no disponible)
- Pensamientos y Comportamientos Repetitivos (Florida Obsessive Compulsive Inventory – FOCI)
- Disociación (Instrumento no disponible)
- Funcionamiento de la Personalidad (Instrumento no disponible)
- Uso de Sustancias (NIDA-ASSIST)

16. Trastornos relacionados con Sustancias y Trastornos Adictivos

16. Trastornos relacionados con Sustancias y Trastornos Adictivos

☐ Sustancias en el DSM-5

- Alcohol
- Alucinógenos
 - Fenciclidina
 - Otros
- Cafeína
- Cannabis
- Estimulantes
 - Anfetaminas
 - Cocaína
- Inhalantes
- Opioides
- Sedantes hipnóticos o ansiolíticos
- Tabaco
- Otras

Reviews and Overviews

Mechanisms of Psychiatric Illness

DSM-5 Criteria for Substance Use Disorders: Recommendations and Rationale

Deborah S. Hasin, Ph.D.

Charles P. O'Brien, M.D., Ph.D.

Marc Auriacombe, M.D.

Guilherme Borges, Sc.D.

Kathleen Bucholz, Ph.D.

Alan Budney, Ph.D.

Wilson M. Compton, M.D., M.P.E.

Thomas Crowley, M.D.

Walter Ling, M.D.

Nancy M. Petry, Ph.D.

Marc Schuckit, M.D.

Bridget F. Grant, Ph.D.

Since DSM-IV was published in 1994, its approach to substance use disorders has come under scrutiny. Strengths were identified (notably, reliability and validity of dependence), but concerns have also arisen. The DSM-5 Substance-Related Disorders Work Group considered these issues and recommended revisions for DSM-5. General concerns included whether to retain the division into two main disorders (dependence and abuse), whether substance use disorder criteria should be added or removed, and whether an appropriate substance use disorder severity indicator could be identified. Specific issues included possible addition of withdrawal syndromes for several substances, alignment of nicotine criteria with those for

(Am J Psychiatry 2013; 170:834–851)

that the substance use disorders criteria represent a dimensional condition with no natural threshold. However, a binary (yes/no) diagnostic decision is often needed.

Criteria DSM-IV y DSM-5 de los TUS

FIGURE 1. DSM-IV and DSM-5 Criteria for Substance Use Disorders

	DSM-IV Abuse ^a		DSM-IV Dependence ^b		DSM-5 Substance Use Disorders ^c	
Hazardous use	X	} ≥1 criterion	-	} ≥3 criteria	X	} ≥2 criteria
Social/interpersonal problems related to use	X		-		X	
Neglected major roles to use	X		-		X	
Legal problems	X		-		-	
Withdrawal ^d	-	X	X			
Tolerance	-	X	X			
Used larger amounts/longer	-	X	X			
Repeated attempts to quit/control use	-	X	X			
Much time spent using	-	X	X			
Physical/psychological problems related to use	-	X	X			
Activities given up to use	-	X	X			
Craving	-	-	X			

16.Trastornos relacionados con Sustancias y Trastornos Adictivos

▶ TRASTORNOS POR CONSUMO DE SUSTANCIAS

- **Deterioro control (1-4)**
 1. Cantidad o tiempo excesivo consumo
 2. Deseo persistente o incapacidad abstención
 3. Tiempo dedicado en obtener drogas
 4. "Craving"
- **Deterioro social (5-7)**
 5. Abandono obligaciones por TUS
 6. Problemas interpersonales o sociales recurrentes
 7. Abandono social, ocupacional o recreativo
- **Uso con riesgo (8-9)**
 8. Consumo en situaciones peligrosas
 9. Consumo a pesar de problemas físicos o psicológicos
- **Tolerancia (10)**
 - Incremento dosis
 - Disminución efecto a igual dosis
- **Abstinencia (11)**
 - Síndrome característico
 - Consumo para evitar síntomas

ESPECIFICADORES:

- Remisión precoz (3-12 meses) o mantenida (>12 meses)
- Ambiente controlado
- Tratamiento de mantenimiento

GRAVEDAD (CIE 10):

- Leve (2-3 síntomas)
- Moderada (4-5 síntomas)
- Grave (más de 6 síntomas)

16.Trastornos relacionados con Sustancias y Trastornos Adictivos

▶ TRASTORNOS POR CONSUMO DE SUSTANCIAS

CAMBIOS:

- Reúne el Abuso y la Dependencia de Sustancias en un **único trastorno: Trastorno por Uso de Sustancias**.
 - *Justificación.* El término “dependencia” es confuso y tiene connotaciones negativas referido a patrones normales de abstinencia tras el uso terapéutico de medicaciones.
 - Estudios en poblaciones clínicas y generales indican que los criterios de Abuso y Dependencia DSM-IV son un **fenómeno único** con distintos niveles de gravedad.
- El **TUS leve** (2-3/11 criterios) se codifica con el código de Abuso DSM-IV.
- Los **TUS moderados** (4-5/11 criterios) y **graves** (6+/11 criterios) se codifican con los códigos DSM-IV de Dependencia

16. Trastornos relacionados con Sustancias y Trastornos Adictivos

▶ TRASTORNOS POR CONSUMO DE SUSTANCIAS (TUS)

- **Elimina el criterio “consecuencias legales”** (antes en Abuso DSM-IV)
 - *Justificación.* El criterio legal tiene poca utilidad clínica y su relevancia depende de leyes locales y de su aplicación.
- **Se añade el criterio “craving”** para el diagnóstico de TUS
 - *Justificación.* La importancia del “craving” como síntoma está ampliamente comprobada en ensayos clínicos y estudios de neuroimagen y tiene potencial interés como biomarcador del diagnóstico de TUS
- **Incluye Juego Patológico**
- **Criterios Dx. para Trastornos Mentales Inducidos por Sustancias**
- **Incluye abstinencia de Cannabis y Cafeína**

2. Espectro de la Esquizofrenia y otros Trastornos Psicóticos

▶ **TRASTORNO PSICÓTICO INDUCIDO POR DROGAS O MEDICAMENTOS**

- A. Alucinaciones o delirios.
- B. Surge durante o poco después de intoxicación o abstinencia de una sustancia potencialmente capaz de producir el trastorno.
- C. No mejor explicable por otro trastorno mental (p.e., persistencia no superior a 1 mes aproximadamente).
- D. No ocurre sólo durante delirium.
- E. Clínica o funcionalmente significativo.

16. Trastornos relacionados con Sustancias y Trastornos Adictivos

❑ Dxs. asociados a clases de drogas en el DSM-5

	TPs	TB	TD	TA	TOC	TSñ	Dfx	Del	TNC	TUS	Intx	Abs
Alcohol	I/A	I/A	I/A	I/A		I/A	I/A	I/A	I/A/P	X	X	X
Cafeína				I		I/A				(?)	X	X
Cannabis	I			I		I/A		I		X	X	X
Fencicl.	I	I	I	I				I		X	X	
Otros Al.	I*	I	I	I				I		X	X	
Inhalantes	I		I	I				I	I/P	X	X	
Opioides			I/A	A		I/A	I/A	I/A		X	X	X
Ansiolíticos	I/A	I/A	I/A	A		I/A	I/A	I/A	I/A/P	X	X	X
Estimulantes	I	I/A	I/A	I/A	I/A	I/A	I	I		X	X	X
Tabaco							A			X		X
Otros	I/A	I/A	I/A	I/A	I/A	I/A	I/A	I/A	I/A/P	X	X	X

16. Trastornos relacionados con Sustancias y Trastornos Adictivos

❑ Críticas al concepto TUS DSM-5

- El Trastorno único derivado de **análisis estadístico** ha generado un **concepto “contraintuitivo”** sin ventajas obvias y con **3 desventajas** claras: estigma, pérdida de información, riesgo de mensaje equivocado (“todos adictos”).
- ¿Millones de pacientes nuevos?: medicalización, rol enfermo, irresponsabilización.

16.Trastornos relacionados con Sustancias y Trastornos Adictivos

▶ **JUEGO PATOLÓGICO**

- **Nuevos Criterios de Diagnóstico**

A. Juego problemático persistente (12 meses) y recurrente con deterioro o malestar clínicamente significativo y 4 o más de una lista de 9 síntomas

1. Necesidad apuestas crecientes
2. Irritación si no puede jugar
3. Esfuerzos repetidos por dejarlo
4. Mente ocupada en apuestas
5. Apuesta si siente desasosiego
6. Juego para recuperar pérdidas
7. Mentiras sobre el juego
8. Pone en peligro interés personal
9. Prestamos y problemas financieros

B. No se debe a un episodio maniaco

Especificador :

- Episódico o persistente

Especificador:

- Remisión inicial (>3-12 meses)
o continuada (>12 meses)

Especificador:

- Gravedad leve (4-5), moderada (6-7), grave (8-9)

18. Trastornos de la Personalidad

18.Trastornos de la Personalidad

- **Intactos en la Sección II.**
- Desaparece el Eje II.
- La Sección III incluye un abordaje alternativo basado en rasgos para evaluar la Personalidad y varios TPs específicos, pero se pueden puntuar criterios de un TP específico.
 - *Justificación:* Un modelo híbrido, dimensional y categorial, que pretende la evaluación del deterioro funcional de la personalidad y caracteriza 5 áreas de rasgos patológicos. Identifica 6 tipos de TPs, cada uno de ellos definido por el Deterioro Funcional de la Personalidad y un patrón de Deterioro en los rasgos.
 - Se evaluarán las fortalezas y debilidades del modelo de cara a una mayor comprensión de las causas y el tratamiento de los TPs

18. Trastornos de la Personalidad

- **Sección III**

Críticas a los Dx. de TP DSM-IV-TR:

- Poca fiabilidad
- Poca estabilidad
- Poca validez discriminativa
- Cobertura incompleta
- Alta comorbilidad

Propuesta

DSM-5: Modelo híbrido

- 6 TP específicos: esquizotípico, antisocial, límite, narcisista, “evasivo” y obsesivo-compulsivo.
- Criterio A. Funcionamiento de la personalidad: self (identidad y autodirección) e interpersonal (empatía e intimidad).
- Criterio B. Rasgos de personalidad organizados en 5 dominios compuestos de 25 facetas de rasgos. Los dominios son:
 - Afecto negativo (frente a estabilidad emocional)
 - Desapego (frente a extroversión)
 - Antagonismo (frente a amabilidad)
 - Desinhibición (frente a escrupulosidad)
 - Psicoticismo (frente a lucidez)

Funcionamiento y rasgos

- **Funcionamiento:**
 - *Self* (personal: con uno mismo)
 - Interpersonal
- **Rasgos:** se agrupan en los cinco dominios siguientes (y se especifican además cinco facetas por dominio)
 - Afecto negativo
 - Desapego
 - Antagonismo
 - Desinhibición
 - Psicoticismo

Funcionamiento personal (*Self*)

- **Identidad:**
 - Experiencia de sí mismo
 - Autoestima
 - Autoevaluación
 - Autorregulación

- **Autodirección:**
 - Objetivos
 - Uso de normas
 - Reflexión

2. ELEMENTOS DEL DIAGNÓSTICO: CRITERIOS Y ESPECIFICADORES

Criterios del diagnóstico etiológico de los Trastornos inducidos por sustancias

1. Presencia de la supuesta causa (urinoanálisis).
2. Relación cronológica (en instauración y en remisión): Criterio obvio pero de difícil aplicación. El trastorno puede aparecer en el contexto de la Intoxicación (I) o de la Abstinencia (A).
3. Magnitud del consumo (cantidad suficiente).
4. Ausencia de otros agentes etiológicos.
5. Ausencia de antecedentes personales o familiares de un trastorno primario de clínica similar (inducción o precipitación).
6. Presencia de síntomas clínicos característicos del trastorno inducido o de síntomas atípicos del trastorno primario.
7. Coherencia entre los efectos biológicos de la sustancia y el trastorno observado.

Organización Mundial de la Salud – Instrumento para Evaluar la Discapacidad (WHODAS 2.0)

- 36 ítems incluyendo medidas para evaluar incapacidad en individuos adultos (edad de los 18 años en adelante)
- Seis dominios incluyen entendimiento y comunicación, capacidad de moverse, tomar cuidado de si mismo, relacionarse con otras personas, actividades de la vida diaria y participación en sociedad
- La versión más simple de evaluar, incluye los siguientes niveles de severidad para cada ítem: “ninguna” (1) “leve” (2) “moderada” (3) “severa” y (4) “extrema”. Puede derivarse la suma total de los varios ítems.
- Existe una versión más elaborada y compleja para analizar los resultados, llamada “ítem-response-teoría” (IRT), que incluye niveles múltiples de discapacidad.