

LOS TRASTORNOS DEL NEURODESARROLLO EN EL DSM-5

Dra. Beatriz Martínez
Dr. Darío Rico

Jornadas AVAP 27 de marzo de 2014

Contenido del taller

- a) Sistemas de clasificación de los Trastornos Mentales.
- b) Proceso elaboración DSM-5.
- c) Estructura organizacional y modificaciones propuestas.
- d) Trastornos del neurodesarrollo.
- e) ¿Cómo afectan estas modificaciones nuestra práctica diaria?
- f) ¿Qué seguimos encontrando en falta en el DSM-5 los y las profesionales de la Atención temprana?

Sistemas de clasificación

La psiquiatría estaría basada en el modelo médico, y tendría mucho en común con las diferentes ramas de la medicina.

La psiquiatra ha de basarse en el conocimiento y en los métodos científicos

La Psiquiatría atiende a persona que tienen una enfermedad mental y que necesitan tratamiento.

Las enfermedades mentales existen, por lo que es necesario investigar su etiología, diagnóstico y tratamiento.

Es necesario codificar, mediante diversas técnicas, los criterios de diagnóstico

Ha de comprobarse la fiabilidad y la validez de los criterios de diagnóstico y clasificación a través de diferentes técnicas estadísticas.

(Klerman, 1978)

Detractores de las clasificaciones

- El experimento de **Rosenthal 1973** .
- Inutilidad de las Clasificaciones porque no aportaban datos relevantes a los problemas concretos de cada paciente y la manera de solucionarlos.
- Efectos indeseables del diagnostico provocados por los estereotipos sociales peyorativos sobre la enfermedad mental
- La psicopatología trata de unas condiciones que difícilmente pueden ser reducidas a una etiqueta diagnóstica porque afectan a la vida humana.
- El movimiento anti-psiquiátrico consideró las clasificaciones como un sistema de control político.

Consenso

Tener un lenguaje
común

Elaboración de
teorías científicas

Descripciones claras
de los diferentes
fenómenos

Función administrativa

Origen y función de los Sistemas de clasificación

- libro Compendio de Psiquiatría de Kraepelin 1883
- Precursores del DSM y la CIE (1844)
 - Clasificación estadística de pacientes mentales institucionalizados
 - Mejorar comunicación entre las instituciones
 - Realizar censos a nivel nacional

Historia del DSM

1ª edi.DSM-I (1952) 106 trast. utilidad clinica- perspect psicodinámica

El DSM-II (1968) 182 trastornos

El DSM-III (1980) 265 trastornos Descriptivo y neutral

El DSM-III-R (1987) 292 trastornos

DSM-IV (1995) 297 trastornos

DSM-IV-TR (2000) cambios leves

DSM-5 (2013)

El Manual diagnòstic y estadístic de los trastornos mentales de la Asociación Americana de Psiquiatría (AAP) es una **clasificación** de los **trastornos mentales** y proporciona descripciones de las **categorías diagnósticas**

Objeto: que los clínicos y los investigadores de las ciencias de la salud puedan diagnosticar, estudiar e intercambiar información y tratar los distintos trastornos mentales.

El DSM (consideraciones)

- se elaboró a partir de datos empíricos
- metodología descriptiva
- objetivo de mejorar la comunicación entre clínicos e investigadores
- se usa como una guía que debe ser acompañada de juicio clínico

El DSM (consideraciones)

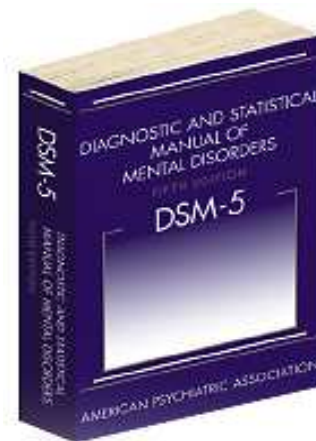
- NO tiene la pretensión de explicar las diversas patologías
- NO quiere proponer líneas de tratamiento farmacológico o psicoterapéutico
- NO se adscribe a una teoría o corriente específica dentro de la psicología o de la psiquiatría
- NO clasifica a las personas

“A lo largo de la historia de la Psicología y Psiquiatría ha quedado clara la necesidad de establecer una clasificación de los trastornos mentales, pero siempre ha habido escaso acuerdo sobre qué trastornos deberían incluirse y sobre qué método habría que seguir para su organización” (APA, 1995).

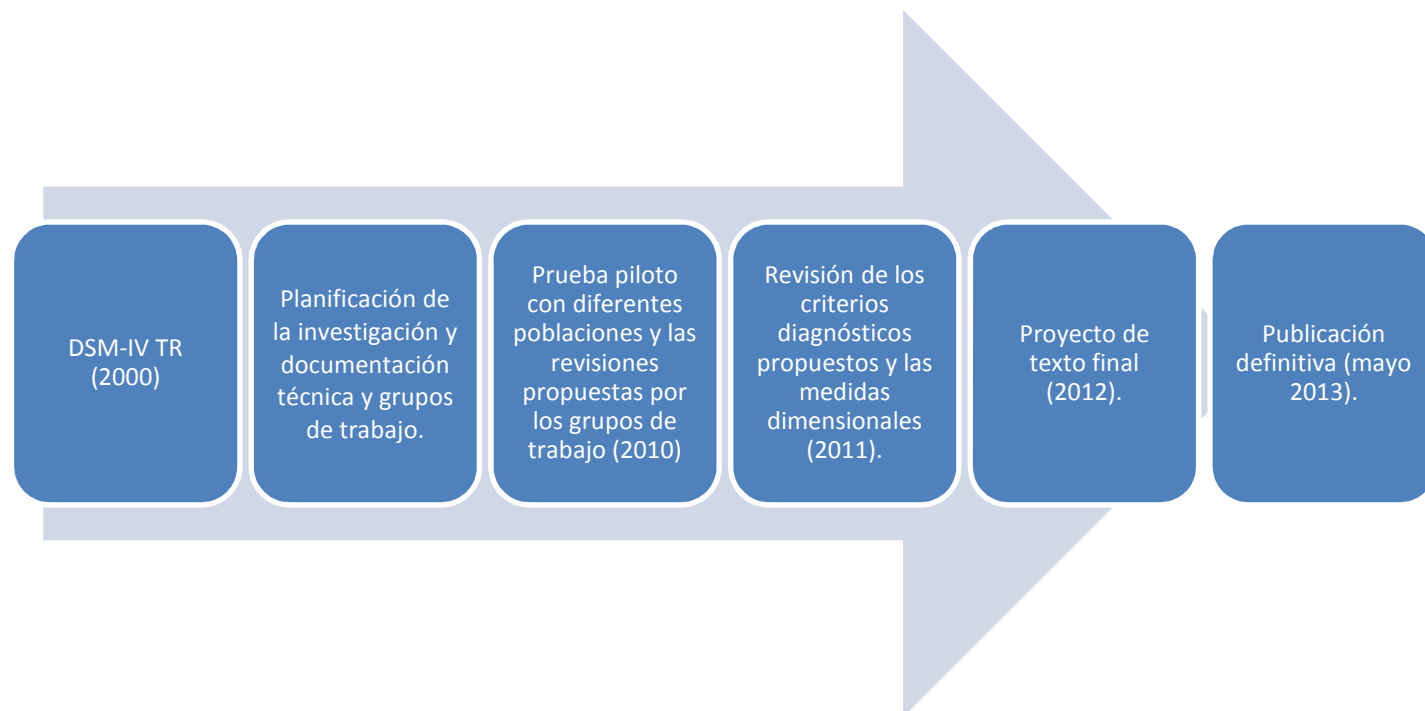
Aumento de Trastornos

Umbrals mas bajos

El Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-5



Proceso de elaboración del DSM-5



Proceso de revisión

13 grupos de investigación
[400 participantes 39 países]

Obj: revisión diferentes áreas diagnósticas
Desarrollo de lo que sería el DSM-5

400 grupos de trabajo

Publicación en web de propuestas y modificaciones

Esta última revisión realizada se guiado a través de 3 principios:

- **Dar prioridad a la utilidad clínica, que sea útil para tratar a los pacientes**
- **Todos los cambios deben estar basados en evidencia científica**
- **Siempre que sea posible, el nuevo DSM debe mantener una continuidad**

DSM-5 secciones

Sección 1.

Conceptos básicos: Utilización del manual

Sección 2.

Criterios diagnósticos y códigos

Sección 3.

[Nuevas medidas y modelos](#)

DSM-5 secció III: Medidas y modelos

Contiene herramientas y técnicas para:

- Diferentes tipos de evaluaciones:
 - Cross Cutting Symptom Measures (niños y adultos)
 - Cuestionario para medir la severidad de la psicosis
 - World Health Organization Disability Assessment Schedule
- Conocer mejor el contexto cultural:
 - Cultural Formulation Interview (CFI)
 - Glosario de [términos culturales](#)
- Iniciar posibles estudios en nuevos trastornos
 - Depressive Episodes with Short-duration Hypomanía
 - Caffeine Use Disorder
 - Internet Gaming Disorder....etc

Cambios a nivel general en el DSM-5

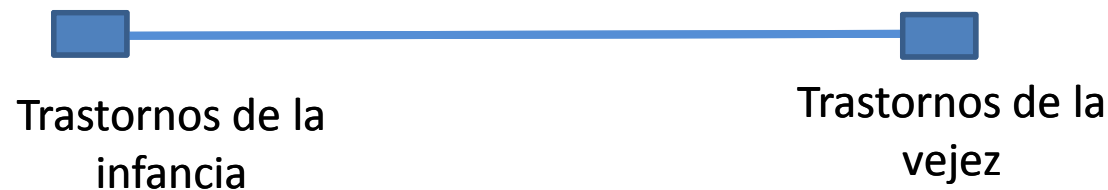
- Pérdida de la numeración romana 5.1,5.2,...
- Eliminación del sistema multiaxial
- La reorganización de los capítulos
- Evaluación de la dimensión (grados de severidad)
- Diagnóstico principal y diagnóstico provisional
- Uso de “otro especificado” y “no especifico”
Ejem: Otro trastornos por DAH especificado y Trastorno por DAH no especificado

Cambios a nivel general en el DSM-5

- Aumento de especificadores:
 - con/sin discapacidad intelectual – con limitaciones en su lenguaje – [severidad](#) – problemas médicos asociados – pérdidas de habilidades....
- Secciones de “desarrollo y curso”
- Factores de riesgo y pronóstico
- Características asociadas
- [Diferencias de género](#)
- Algunos trastornos incluyen: descripciones explícitas del desarrollo de los síntomas como parte del diagnóstico y procedimientos de evaluación de los subtipos.

Cambios a nivel general en el DSM-5

- Los trastornos siguen un continuo



- Mayor énfasis en la comorbilidad (incluye sección)
- Se ha hecho un esfuerzo por hacer compatible el DSM-5 y la CIE 11 (2015)
- Trastornos de inicio en la infancia, la niñez o la adolescencia
→→→→→→ **A Trastornos del neurodesarrollo**

Los Trastornos del neurodesarrollo

- Grupo de trastornos que tienen su origen en el periodo de desarrollo
- Se caracterizan por déficits en el desarrollo que producen limitaciones en áreas específicas o limitaciones globales
- Estos déficits producen dificultades/limitaciones en lo personal, social, académico o en el funcionamiento ocupacional

DSM-IV. Trastornos de inicio en la infancia, la niñez o la adolescencia	DSM-5. Trastornos del neurodesarrollo
Retraso Mental	Discapacidad Intelectual
Trastornos generalizados del desarrollo	Trastorno del espectro autista
Trastornos por déficit de atención y comportamiento perturbador.	Trastornos por déficit de la atención con hiperactividad
Trastornos de las habilidades motoras Trastornos de tics	Trastornos motores
Trastornos del aprendizaje	Trastorno específico del aprendizaje
Trastornos de la comunicación	Trastornos de la comunicación
Trastornos de la ingestión y la conducta alimentaria de la infancia o de la niñez.	(Trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos)
Trastornos de la eliminación	(Trastornos de la excreción)
Otros trastornos de la infancia, la niñez o la adolescencia.	Otros trastornos del desarrollo neurológico



Los Trastornos del desarrollo intelectual

<u>DSM-IV</u> <u>Retraso mental</u>	<u>DSM-5</u> <u>Trastornos del desarrollo intelectual</u>
<p>Retraso mental leve. Retraso mental moderado. Retraso mental grave. Retraso mental profundo.</p>	<p>Discapacidad intelectual Escala de gravedad:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Leve • Moderado • Grave • Profundo
	<p>Retraso global del desarrollo</p>
<p>Retraso mental de gravedad no especificada.</p>	<p>Discapacidad intelectual no especificada</p>

Trastornos del desarrollo intelectual

- Inicio durante el periodo de desarrollo.
- Incluye limitaciones del funcionamiento intelectual y en el comportamiento adaptativo (comportamientos conceptual, social y práctico).
- Las deficiencias de las funciones intelectuales incluyen el razonamiento, la resolución de problemas, la planificación, el pensamiento abstracto, el juicio, el aprendizaje académico y el aprendizaje a partir de la experiencia.
- Estas deficiencias deben estar confirmadas mediante la evaluación clínica y pruebas de inteligencia estandarizadas individualizadas.
- Las deficiencias del comportamiento adaptativo producen fracaso del cumplimiento de los estándares de desarrollo y socioculturales para la autonomía personal y la responsabilidad social.
- Sin apoyo continuo, las deficiencias adaptativas limitan el funcionamiento en una o más actividades de la vida cotidiana, como la comunicación, la participación social y la vida independiente en múltiples entornos tales como el hogar, la escuela, el trabajo y la comunidad.

Escala de gravedad	Dominio conceptual	Dominio social	Dominio práctico
<p>Leve</p>	<p>En niños de edad preescolar puede no haber diferencias conceptuales manifiestas. En niños de edad escolar y adultos, existen dificultades en el aprendizaje de aptitudes académicas relativas a la lectura, la escritura, la aritmética, el tiempo o el dinero, y se necesita ayuda en uno o más campos para cumplir las expectativas relacionadas con la edad. En adultos, existe alteración del pensamiento abstracto, la función ejecutiva y de la memoria a corto plazo, así como del uso funcional de las aptitudes académicas (p.e. leer, manejar dinero) Existe un enfoque algo concreto a los problemas y soluciones en comparación con los grupos de la misma edad.</p>	<p>En comparación con los grupos de edad de desarrollo similar, el individuo es inmaduro en cuanto a las relaciones sociales. P.e. puede haber dificultad para percibir de forma precisa las señales sociales de sus iguales. La comunicación, la conversación y el lenguaje son más concretos o inmaduros de lo esperado por la edad. Puede haber dificultades de regulación de la emoción y el comportamiento de forma apropiada a la edad. Existe una comprensión limitada del riesgo en situaciones sociales, el juicio social es inmaduro y el individuo corre el riesgo de ser manipulado por otros (ingenuidad).</p>	<p>El individuo puede funcionar de forma apropiada a la edad en el cuidado personal. Los individuos necesitan ayuda con tareas de la vida cotidiana complejas en comparación con sus iguales. En la vida adulta la ayuda implica típicamente la compra, el transporte, la organización doméstica y del cuidado de los hijos, la preparación de los alimentos y la gestión bancaria y del dinero. Las habilidades recreativas son similares a las de los grupos de la misma edad, aunque el juicio relacionado con el bienestar y la organización del ocio necesita ayuda. En la vida adulta, con frecuencia se observa competitividad en trabajos que no destacan en habilidades conceptuales. Los individuos generalmente necesitan ayuda ara tomar decisiones sobre el cuidado de la salud y legales, y para aprender a realizar de manera competente una vocación que requiere habilidad. Se necesita típicamente ayuda para criar una familiar.</p>

Retraso global del desarrollo

- Menores de 5 años.
- Cuando el nivel de gravedad clínica no se puede valorar de forma fiable durante los primeros años de la infancia.
- Incluye niños/as demasiado pequeños para participar en las pruebas estandarizadas.
- Esta categoría se debe volver a valorar después de un periodo de tiempo.

Discapacidad intelectual no especificada

- Mayores de 5 años cuando la valoración del grado de discapacidad intelectual mediante procedimientos localmente disponibles es difícil o imposible debido a deterioros sensoriales o físicos asociados, como ceguera o sordera prelingual, discapacidad locomotora o presencia de problemas de comportamiento graves o la existencia concurrente de trastorno mental.
- Esta categoría solo se utilizará en circunstancias excepcionales y se debe volver a valorar después de un periodo de tiempo.

Práctica:

¿Qué cambios observamos respecto al DSM-IV?

- Denominación discapacidad intelectual, antes retraso mental.
- Inicio en el periodo de desarrollo, antes inicio antes de los 18 años.
- Las habilidades adaptativas se dividen en conceptuales, sociales y prácticas.
- El trastorno requiere una especificación en función de la gravedad, que se hace en función del nivel adaptativo y no en función del CI, argumentando que el nivel adaptativo es el que determina el nivel de apoyos requerido.
- Aparición del retraso global del desarrollo. Menores de 5 años que no cumplen los hitos evolutivos, pero que no pueden ser evaluados. El diagnóstico debe ser revisado.
- Discapacidad intelectual de gravedad no especificada cuando la inteligencia del sujeto no puede ser evaluada con el test convencionales.

Los Trastornos de la comunicación

DSM-IV. Trastornos de la comunicació	DSM-5. Trastornos de la comunicació
Trastorno del lenguaje expresivo	Trastorno del Lenguaje
Trastorno mixto del lenguaje receptivo-expresivo	
Trastorno fonológico	Trastorno fonológico
Tartamudeo	Trastorno de la fluidez (tartamudeo) de inicio en la infancia.
	Trastorno de la Comunicación Social
	Tras. de la comunicación no especificado

Trastorno del lenguaje

- Dificultades persistentes en la adquisición y uso del lenguaje en todas sus modalidades (hablado, escrito, lenguaje de signos u otro).
- Deficiencias en la comprensión o la producción. Incluyen:
 - Vocabulario reducido (conocimiento y uso de palabras).
 - Estructura gramatical limitada (capacidad para situar las palabras y las terminaciones de palabras juntas para formar frases basándose en reglas gramaticales y morfológicas).
 - Deterioro del discurso (capacidad para usar vocabulario y conectar frases para explicar o describir un tema o una serie de sucesos o tener una conversación).
- Las capacidades de lenguaje están desde un punto de vista cuantificable por debajo de lo esperado para la edad.
- Limitaciones funcionales en la comunicación eficaz, la participación social, los logros académicos o el desempeño laboral, de forma individual o en cualquier combinación.
- El inicio de los síntomas se produce en las primeras fases del desarrollo.
- Las dificultades no se pueden atribuir a un deterioro auditivo o sensorial, a una disfunción motora o a otra afección médica o neurológica y no se explica mejor por una discapacidad intelectual o retraso global del desarrollo.

Trastorno fonológico

- Dificultad persistente en la producción fonológica que interfiere con la inteligibilidad del habla o impide la comunicación verbal de mensajes.
- La alteración causa limitaciones en la comunicación eficaz que interfiere con la participación social, los logros académicos o el desempeño laboral, de forma individual o en cualquier combinación.
- El inicio de los síntomas se produce en las primeras fases del periodo de desarrollo.
- Las dificultades no se pueden atribuir a afecciones congénitas o adquiridas, como parálisis cerebral, paladar hendido, hipoacusia, traumatismo cerebral u otras afecciones médicas o neurológicas.

Trastorno de la fluidez de inicio en la infancia

- Alteraciones de la fluidez y organización temporal del habla, inadecuadas para la edad del individuo y las habilidades de lenguaje, persisten con el tiempo y se caracterizan por la aparición de uno (o más) de los siguientes factores:

- Repetición de sonidos sílabas.
- Prolongación de sonido de consonantes y de vocales.
- Palabras fragmentadas (p. ej. Pausas en medio de una palabra).
- Bloqueo audible o silencioso (pausas en el habla, llenas o vacías).
- Circunloquios (sustitución de palabras para evitar palabras problemáticas).
- Palabras producida por un exceso de tensión física.
- Repetición de palabras completas monosílabas (EJ: Yo yo yo yo lo veo).

- La alteración causa ansiedad al hablar o limitaciones en la comunicación eficaz, la participación social, el rendimiento académico o laboral de forma individual o en cualquier combinación.

- El inicio de los síntomas se produce en las primeras fases del desarrollo.

- La alteración no se puede atribuir a un déficit motor o sensitivo del habla, a un daño neurológico (ej: ictus, tumor, traumatismo) o a otra afección médica y no se explica mejor por otro trastorno mental.

Trastorno de la comunicación social

A. Dificultades persistentes en el uso social de la **comunicación verbal y no verbal**:

- Deficiencias en el **uso de la comunicación para propósitos sociales** como saludar y compartir información, de manera apropiada al contexto social.
- Deterioro en la **capacidad para cambiar la comunicación de forma que se adapte al contexto y a las necesidades del que escucha**.
- Dificultades para seguir **las normas de conversación y narración**, y saber cuando **utilizar signos verbales y no verbales** para regular la interacción.
- Dificultades para comprender **lo que no se dice explícitamente** (ej. Hacer inferencias) y **significados no literales o ambiguos** del lenguaje (ej: expresiones idiomáticas, humor, metáforas).

Trastorno de la comunicación social

- Las deficiencias causan limitaciones funcionales en la comunicación eficaz, la participación social, las relaciones sociales, los logros académicos o el desempeño laboral, ya sea individualmente o en combinación.

- Los síntomas comienzan en las **primeras fases del desarrollo** y no se pueden atribuir a:
 - afección médica o neurológica
 - baja capacidad en los dominios de la morfología y pragmática
 - trastorno del espectro del autismo
 - discapacidad intelectual
 - retraso global del desarrollo
 - otro trastorno mental.

Trastorno de la comunicació no especificado

- No cumplen todos los criterios del trastorno de comunicación o de ninguno de los trastornos de la categoría diagnóstica de los trastornos del desarrollo neurológico.
- Se utiliza en situaciones en las que el clínico opta por no especificar el motivo del incumplimiento de los criterios de trastorno de la comunicación o de un trastorno de desarrollo neurológico específico, e incluye presentaciones en las que no existe suficiente información para hacer un diagnóstico más específico.

Práctica:

¿Qué consecuencias puede tener este nuevo trastorno (comunicación social) en nuestra práctica diaria?

- Trastorno que puede confundirse con TEA/Tdh/...
- Parece como si SCD sea esencialmente un cambio de nombre de TGD-ne.
- Trastorno “más fácil” de informar a los padres.
- ¿Qué pasará con los TGD (DSM IV) que coincidan ahora mejor con este diagnóstico? ¿rediagnosticados ? ¿ayudas?

¿Qué cambios observamos respecto al DSM-IV?

- Unificación del trastorno mixto receptivo-expresivo y el trastorno expresivo en trastorno del lenguaje.
- Habla de lenguaje en todas sus modalidades (hablado, escrito, lenguaje de signos u otro).
- Inicio de los síntomas en las primeras fases del desarrollo.
- Las dificultades no son atribuibles a condiciones médicas ni neurológicas.
- Tartamudeo pasa a trastorno de la fluidez de inicio en la infancia (tartamudeo).
- Nuevo trastorno de comunicación social pragmática.



Los Trastornos del espectro autista

DSM-IV Trastornos generalizados del desarrollo	DSM-5 Trastornos del espectro del autismo
Trastorno autista	Trastornos del espectro del autismo
Trastorno de Asperger	
Trastorno de Rett	
Trastorno desintegrativo infantil	
Trastorno generalizado del desarrollo no especificado	

Trastorno del espectro del autismo

- A. Deficiencias persistentes en la **comunicación social y en la interacción social** en diversos contextos, actualmente o por los antecedentes:
1. Las deficiencias en la reciprocidad socioemocional varían, por ejemplo, desde **un acercamiento social anormal y fracaso de la conversación normal** en ambos sentidos pasando por la disminución en **intereses, emociones o afectos compartidos** hasta el **fracaso en iniciar o responder a interacciones sociales**.
 2. Las deficiencias en las conductas comunicativas no verbales utilizadas en la interacción social varían, por ejemplo, desde una **comunicación verbal y no verbal poco integrada** pasando por **anomalías del contacto visual y del lenguaje corporal o deficiencias de la comprensión y el uso de gestos**, hasta una **falta de expresión facial y de comunicación no verbal**.
 3. Las deficiencias en el desarrollo, mantenimiento y comprensión de las relaciones varían, por ejemplo, desde **dificultades para ajustar el comportamiento en diversos contextos sociales** pasando por **dificultades para compartir juegos imaginativos** o para hacer amigos, hasta la **ausencia de interés por otras personas**.

Trastorno del espectro del autismo

B. Patrones restrictivos y repetitivos de comportamiento, intereses o actividades, que se manifiestan (2 o +), actualmente o por los antecedentes:

1. Movimientos, utilización de objetos o habla estereotipados o repetitivos
2. Insistencia en la monotonía, excesiva inflexibilidad de rutinas o patrones ritualizados de comportamiento verbal o no verbal
3. Intereses muy restringidos y fijos que son anormales en cuanto a su intensidad o foco de interés
4. Hiper o hiporeactividad a los estímulos sensoriales o interés inhabitual por aspectos sensoriales del entorno

C. Los síntomas han de estar presentes en las primeras fases del desarrollo

D. Los síntomas causan un deterioro clínicamente significativo en lo social, lo laboral u otras áreas importantes del funcionamiento habitual.

E. Estas alteraciones no se explican mejor por la discapacidad intelectual o por el retraso global del desarrollo.

Práctica:

¿Qué cambios observamos respecto al DSM-IV?

- Se han unificado todos los trastornos como Trastornos del **espectro** autista (TEA) desapareciendo el resto de las categorías.
- Cae un eje y se unifican en 2
- Ya no se habla del lenguaje (“retraso o ausencia total del desarrollo del lenguaje oral” DSM-IV)
- Se incluye la hiper/hipo reactividad en el eje 2.
- Severidad

Los Trastornos Déficit de atención con hiperactividad

DSM-IV Trastornos por déficit de atención y comportamiento perturbador	DSM-5 Trastorno por Déficit de atención con hiperactividad
Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, tipo combinado	Especificar si: -Presentación combinada -Presentación predominante con falta de atención. -Presentación predominante hiperactiva/Impulsiva. Especificar si: En remisión parcial Especificar la gravedad actual: Leve, moderado, grave
Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, tipo con predominio del déficit de atención	
Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, tipo con predominio hiperactivo-impulsivo.	
	Otro trastorno por déficit de atención con hiperactividad especificado
	- Trastorno por déficit de atención con hiperactividad no especificado.
Trastorno disocial Trastorno negativista desafiante Trastorno de comportamiento perturbador no especificado	

Trastorno por Déficit de atención con hiperactividad

A. Patrón persistente de inatención y/o hiperactividad-impulsividad que interfiere con el funcionamiento o el desarrollo, que se caracteriza por:

1. Inatención: Seis (o más) de los síntomas, durante al menos 6 meses, afectando directamente las actividades sociales y académicas/laborales:

- Presentación clínica de falta de atención
- No presta atención a los detalles o comete errores por descuido.
- Tiene dificultad para mantener la atención.
- Parece no escuchar.
- Tiene dificultad para seguir las instrucciones hasta el final.
- Tiene dificultad con la organización.
- Evita o le disgustan las tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido.
- Pierde las cosas.
- Se distrae con facilidad.
- Es olvidadizo para las tareas diarias.

2. Hiperactividad e Impulsividad: Seis (o más) de los síntomas se han mantenido durante al menos 6 meses, afectando directamente las actividades sociales y académicas/laborales:

- Mueve o retuerce nerviosamente las manos o los pies, o no se puede quedar quieto en una silla.
- Tiene dificultad para permanecer sentado.
- Corre o se trepa de manera excesiva; agitación extrema en los adultos.
- Dificultad para realizar actividades tranquilamente.
- Actúa como si estuviera motorizado; el adulto frecuentemente se siente impulsado por un motor interno.
- Habla en exceso.
- Responde antes de que se haya terminado de formular las preguntas.
- Dificultad para esperar o tomar turnos.
- Interrumpe o importuna a los demás

Ejemplos presentación clínica inatento:

- Con frecuencia tiene dificultad para organizar tareas y actividades (ej: materiales y pertenencias en orden; descuido y desorganización en el trabajo; mala gestión del tiempo, no cumple los plazos).
- Con frecuencia pierde cosas necesarias para tareas o actividades (ej: materiales escolares, libros, instrumentos, billetero, llaves, papeles del trabajo, gafas, móvil).
- Con frecuencia olvida las actividades cotidianas (ej: hacer las tareas, en adolescentes, mayores y adultos, devolver las llamadas, pagar las facturas, acudir a las citas).

Ejemplos presentación clínica hiperactividad e impulsividad:

- Con frecuencia se levante en situaciones en que se espera que permanezca sentado (ej: en clase, en la oficina o en otro lugar de trabajo, o en otras situaciones que requieren mantenerse en su lugar).
- Con frecuencia corretea o trapa en situaciones en las que no resulta apropiado. NOTA: en adolescentes o adultos, puede limitarse a estar inquieto).
- Con frecuencia le es difícil esperar su turno (ej: mientras espera una cola).

- B. Algunos síntomas de inatención o hiperactivo-impulsivos estaban presentes antes de los 12 años.
- C. Varios síntomas de inatención o hiperactivo-impulsivos están presentes en dos o más contextos (ej: en casa, en la escuela o en el trabajo; con los amigos o parientes; en otras actividades).
- D. Existen pruebas claras de que los síntomas interfieren en el funcionamiento social, académico o laboral, o reducen la calidad de los mismos.
- E. Los síntomas no se producen exclusivamente durante el curso de la esquizofrenia o de otro trastorno psicótico y no se explican mejor por otro trastorno mental (ej: trastorno del estado de ánimo, trastorno de ansiedad, trastorno disociativo, trastorno de la personalidad, intoxicación o abstinencia de sustancias).

Especificar si:

- **Presentación combinada:** Si se cumplen el Criterio inatención y el Criterio hiperactividad-impulsividad durante los últimos 6 meses.
- **Presentación predominante con falta de atención:** Si se cumplen el Criterio inatención pero no se cumple hiperactividad-impulsividad durante los últimos 6 meses.
- **Presentación predominante hiperactiva/impulsiva:** Si se cumplen el Criterio hiperactividad-impulsividad y no inatención durante los últimos 6 meses.

Especificar si:

- **En remisión parcial:** cuando previamente se cumplían todos los criterios, no todos los criterios se han cumplido durante los últimos 6 meses y los síntomas siguen deteriorando el funcionamiento social, académico y laboral.

Especificar la gravedad actual:

- **Leve:** Pocos o ningún síntoma están presente más que los necesarios para el diagnóstico, y los síntomas solo producen deterioro mínimo del funcionamiento social o laboral.
- **Moderado:** Síntomas o deterioros funcionales presentes entre «leve» y «grave».
- **Grave:** Presencia de muchos síntomas aparte de los necesarios para el diagnóstico o de varios síntomas particularmente graves o los síntomas producen deterioro notable del funcionamiento disocial o laboral.

Otro trastorno por Déficit de atención con hiperactividad especificado.

- El clínico opta por comunicar el motivo específico por el que la presentación no cumple los criterios. Esto se hace registrando «otro trastorno por déficit de atención con hiperactividad específico» y a continuación el motivo especificado (ej «con síntomas de inatención insuficientes»).

Trastorno por Déficit de atención con hiperactividad no especificado.

- El clínico opta por no especificar el motivo del incumplimiento de los criterios de trastorno e incluye presentaciones en las que no existe suficiente información para hacer un diagnóstico más específico.

Pràctica:

¿Qué cambios observamos respecto al DSM-IV?

- TDAH ya no es considerado un trastorno de la conducta.
- Trastorno negativista-desafiante y trastorno disocial pasan a la categoría de Trastornos destructivos, del control de los impulsos y de la conducta.
- Cambio en la edad de inicio requerida, que pasa de los 7 años a 12.
- Se incluyen ejemplos en los indicadores de adolescentes y adultos, requiriendo menos indicadores para el diagnóstico.
- En los criterios de exclusión se elimina el trastorno de espectro autista, permitiendo por tanto el diagnóstico conjunto de TEA y TDAH.
- Especificar en remisión parcial.
- Especificación de la gravedad: leve, moderado, grave.
- Aparición de Otro Trastorno específico por déficit de atención con hiperactividad y Trastorno por déficit de atención con hiperactividad no especificado.

Los Trastornos del aprendizaje

DSM-IV Trastornos del aprendizaje	DSM-5 Trastorno específico del aprendizaje
Trastorno de la lectura	Especificar si: -Con dificultad en la lectura -Con dificultad en la expresión escrita -Con dificultad matemática
Trastorno del cálculo	
Trastorno de la expresión escrita	
Trastorno del aprendizaje no especificado	
	Especificar la gravedad: leve, moderado, grave

Trastorno específico del aprendizaje

A. Dificultad en el aprendizaje y en la utilización de las aptitudes académicas, evidenciado por la presencia de alguno de los síntomas, al menos durante 6 meses:

1. Lectura de palabras imprecisa o lenta y con esfuerzo.
2. Dificultad para comprender el significado de lo que se lee.
3. Dificultades ortográficas.
4. Dificultades con la expresión escrita.
5. Dificultades para dominar el sentido numérico, datos numéricos y el cálculo.
6. Dificultades para el razonamiento matemático.

B. Las aptitudes académicas afectadas están por debajo de lo esperado para la edad cronológica e interfieren significativamente con el rendimiento académico o laboral, o con actividades de la vida cotidiana, que se confirman con medidas (pruebas) estandarizadas administradas individualmente y una evaluación clínica integral.

C. Las dificultades de aprendizaje comienzan en la edad escolar pero pueden no manifestarse totalmente hasta que las demandas de las aptitudes académicas afectadas superan las capacidades limitadas del alumno.

D. Las dificultades de aprendizaje no se explican mejor por discapacidades intelectuales, trastornos visuales o auditivos no corregidos, otros trastornos mentales o neurológicos, adversidad psicosocial, falta de dominio en el lenguaje de instrucción académica o directrices educativas inadecuadas.

Se han de cumplir los 4 criterios diagnósticos basándose en una síntesis clínica de la historia del individuo (del desarrollo, médica, familiar, educativa), informes escolares y evaluación psicoeducativa.

Con dificultades en la lectura:

- Precisión en la lectura de palabras.
- Velocidad o fluidez de la lectura
- Comprensión de la lectura.

Con dificultades en expresión escrita:

- Corrección ortográfica.
- Corrección gramatical y de la puntuación.
- Claridad u organización de la expresión escrita.

Con dificultad matemática:

- Sentido de los números.
- Memorización de operaciones aritméticas.
- Cálculo correcto o fluido
- Razonamiento matemático correcto.

Gravedad actual:

Leve: algunas dificultades con las aptitudes de aprendizaje en una o dos áreas académicas, pero suficientemente leves para que el individuo pueda compensarlas o funcionar bien cuando recibe una adaptación adecuada o servicios de ayuda, especialmente durante la edad escolar.

Moderado: Dificultades notables con las aptitudes de aprendizaje en una o más áreas académicas, de manera que el individuo tiene pocas probabilidades de llegar a ser competente sin algunos períodos de enseñanza intensiva y especializada durante la edad escolar. Se puede necesitar alguna adaptación o servicios de ayuda al menos durante una parte del horario en la escuela, en el lugar de trabajo o en casa para realizar las actividades de forma correcta y eficaz.

Grave: Dificultades graves que afectan a varias áreas académicas, de manera que el individuo tiene pocas probabilidades de aprender esas aptitudes sin enseñanza constante e intensiva individualizada y especializada durante la mayor parte de los años escolares. Incluso con diversos métodos de adaptación y servicios adecuados en casa, en la escuela o en el lugar de trabajo, el individuo puede no ser capaz de realizar con eficacia todas las actividades.

Práctica:

¿Qué cambios observamos respecto al DSM-IV?

- Los trastornos son similares, pero agrupados en un solo diagnóstico.
- Amplia los criterios para la evaluación.
- Se puede utilizar dislexia o discalculia como términos alternativos, pero se debe especificar cualquier dificultad adicional presente, como dificultad de comprensión de la lectura o del razonamiento matemático.
- Procedimiento de registro. Se debe registrar cada una de las áreas académicas y subaptitudes afectadas del trastorno.

Los Trastornos motores

DSM-IV Trastornos de las habilidades motoras	DSM-5 Trastornos motores
Trastorno del desarrollo de la coordinación	Trastorno del desarrollo de la coordinación
	Trastorno de movimientos estereotipados
	Trastornos de tics <ul style="list-style-type: none">• Trastorno de la Tourette• Trastorno de Tics motores o vocales persistente.• Trastorno de tics transitorio• Otro trastorno de tics especificado• Trastorno de tics no especificado

Trastorno del desarrollo de la coordinación

- A. La adquisición y ejecución de habilidades motoras coordinadas está muy por debajo de lo esperado para la edad cronológica, la oportunidad de aprendizaje y el uso de las aptitudes. Las dificultades se manifiestan en torpeza (p.e. dejar caer o chocar con objetos), y lentitud e imprecisión en la realización de habilidades motoras (p.e. coger un objeto, utilizar las tijeras o cubiertos, escribir a mano, montar en bicicleta o participar en deportes).
- B. El déficit interfiere de forma significativa y persistente con las actividades de la vida cotidiana apropiadas para la edad cronológica (p.e. el cuidado y mantenimiento de uno mismo) y afecta a la productividad académica/escolar, las actividades prevocacionales y vocacionales, el ocio y el juego.
- C. Los síntomas empiezan en las primeras fases del periodo de desarrollo.
- D. Las deficiencias no se explican mejor por discapacidad intelectual o deterioros visuales, y no es atribuible a una afección neurológica que altera el movimiento (p.e. parálisis cerebral, distrofia muscular, trastorno degenerativo).

Trastorno de movimientos estereotipados

A. Comportamiento motor repetitivo, aparentemente guiado y sin objetivo (p.e. sacudir o agitar las manos, mecer el cuerpo, golpearse la cabeza, morderse, golpearse el propio cuerpo).

B. El comportamiento interfiere en las actividades sociales, académicas u otras y puede dar lugar a la autolesión.

C. Comienza en las primeras fases del periodo de desarrollo.

D. El comportamiento no es atribuible a efectos fisiológicos de una sustancia o una afección neurológica y no se explica mejor por otro trastorno del desarrollo neurológico o mental (ej: tricotilomanía, trastorno obsesivo-compulsivo).

Especificar si:

- Con comportamiento autolesivo.
- Sin comportamiento autolesivo.

Especificar si:

- Asociado a una afección médica o genética, un trastorno del desarrollo neurológico o un factor ambiental conocido (p.e. síndrome de Lesch-Nyhan, discapacidad intelectual, exposición intrauterina al alcohol).

Especificar la gravedad actual:

- Leve: los síntomas desaparecen fácilmente mediante el estímulo sensorial o distracción.
- Moderado: Los síntomas requieren medidas de protección explícitas modificación del comportamiento.
- Grave: Se necesita vigilancia continua y medidas de protección para prevenir lesiones graves.

Trastornos de tics

Un tic es una vocalización o un movimiento súbito, rápido, recurrente, no rítmico.

Trastorno de la Tourette

- A. Los tics motores múltiples y uno o más tics vocales han estado presentes en algún momento durante la enfermedad, aunque no necesariamente de forma recurrente.
- B. Los tics pueden aparecer intermitentemente en frecuencia, pero persisten durante más de un año desde la aparición del primer tic.
- C. Comienzan antes de los 18 años.
- D. El trastorno no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (ej: cocaína) o a otra afección médica (ej: enfermedad de Huntington, encefalitis posviral).

Trastorno de tics motores o vocales persistente (crónico)

- A. Los tics motores o vocales únicos o múltiples han estado presentes durante la enfermedad, pero no ambos a la vez.
- B. Los tics pueden aparecer intermitentemente en frecuencia, pero persisten durante más de un año desde la aparición del primer tic.
- C. Comienzan antes de los 18 años.
- D. El trastorno no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (ej: cocaína) o a otra afección médica (ej: enfermedad de Huntington, encefalitis posviral).
- E. Nunca se han cumplido los criterios del trastorno de Tourette

Especificar si:

- Sólo con tics motores.
- Sólo con tics vocales.

.

Trastorno de tics transitorio

- A. Tics motores y/o vocales únicos o múltiples.
- B. Los tics han estado presentes durante menos de una año desde la aparición del primer tic.
- C. Comienzan antes de los 18 años.
- D. El trastorno no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (ej: cocaína) o a otra afección médica (ej: enfermedad de Huntington, encefalitis posvímica).
- E. Nunca se han cumplido los criterios del trastorno de Tourette o de trastorno de tics motores o vocales persistente (crónico)

Estas categorías se aplican a presentaciones en las que predominan los síntomas característico de un trastorno de tics pero que no cumplen todos los criterios de un trastorno de tics o de ninguno de los trastornos de la categoría diagnóstica de los trastornos del desarrollo neurológico.

Otro trastorno de tics especificado

Se utiliza en situaciones en las que el clínico opta por comunicar el motivo específico por el que la presentación no cumple los criterios de un trastorno de tics o de un trastorno del desarrollo neurológico específico. Esto se hace registrando «otro trastorno de tics especificado» y a continuación el motivo específico (p.e. «inicio después de los 18 años»).

Trastorno de tics no especificado

Esta categoría se utiliza en situaciones en las que el clínico opta por no especificar el motivo del incumplimiento de los criterios de un trastorno de tics o un trastorno del desarrollo neurológico específico, e incluye presentaciones en las que no existe suficiente información para un trastorno más específico.

Otros trastornos del desarrollo neurológico

Estas categorías se aplican a presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de un trastorno del desarrollo neurológico que causan deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento, pero que no cumplen todos los criterios de ninguno de los trastornos de la categoría diagnóstica del desarrollo neurológico

Otro trastorno del desarrollo neurológico especificado

Esta categoría se utiliza en situaciones en las que el clínico opta por comunicar el motivo específico por el que la presentación no cumple los criterios de ningún trastorno del desarrollo neurológico específico. Esto se hace registrando «otro trastorno del desarrollo neurológico especificado» y a continuación el motivo específico (p.e. trastorno del desarrollo neurológico asociado a exposición intrauterina al alcohol).

Trastorno del desarrollo neurológico no especificado

Esta categoría se utiliza en situaciones en las que el clínico opta por no especificar el motivo del incumplimiento de los criterios de un trastorno del desarrollo neurológico específico e incluye presentaciones en las que no existe suficiente información para hacer un diagnóstico más específico (p.e. en el ámbito de urgencias).

Práctica:

¿Qué cambios observamos respecto al DSM-IV?

- Engloba los diferentes trastornos que aparecían separados en el DSM-IV, incluyendo tanto los trastornos por déficit de habilidades como los producidos por la presencia de hábitos motores inadecuados.
- El grupo de trastornos de tics incluye 5 trastornos diferentes.
- En el trastorno de movimientos estereotipados se cambia la característica de «no funcional» por aparentemente sin objetivo.
- Se elimina como criterio de exclusión el trastorno del espectro autista, pudiendo haber ambos diagnósticos si se dan autolesiones o las estereotipias son suficientemente graves para requerir intervención.
- En la definición de tics desaparece la característica estereotipado, para diferenciarlo del trastorno por movimientos estereotipados.
- El trastorno de tics motores o vocales persistentes elimina el criterio de deterioro o malestar.
- Nueva categoría Otro trastorno específico de tics

¿Qué encontramos en falta en el DSM-5 los y las profesionales de la Atención temprana?



Gracias por vuestra atención

dario.rico@uv.es
beatriz.c.martinez@uv.es

VNIVERSITAT
D VALÈNCIA



**Centre
Universitari de
Diagnòstic i
Atenció
Primerenca**

Los Trastornos del neurodesarrollo “Cambios mas importantes”

- Trastorno del Espectro Autista remplaza al TGD e incluye muchos especificadores y severidad
- Se incluye el Trastorno de Comunicación Social
- Se consolidan los trastornos del aprendizaje pero incluyendo los especificadores para los déficits en lectura, escritura y expresión
- El trastorno de discapacidad intelectual remplaza al de retraso mental

DSM-5 secció I: Utilització del manual

- **Subtipos y especificadores**
- **Criterios de significación clínica**
- **Elementos de un diagnóstico**
- **Diagnóstico provisional**
- **Codificación**

