

DSM-5 ¿Qué modificaciones nos esperan?

DSM-5 what changes awaits us?

*Martínez, B.; **Rico, D.

*Doctora en Psicología, Orientadora Educativa en un Servicio Psicopedagógico Escolar (S.P.E.) en Valencia.

**Psicólogo, coordinador del Centre Universitari de Diagnòstic i Atenció Primerenca de la Universidad de Valencia (CUDAP).

RESUMEN

La Asociación Americana de Psiquiatría (APA), antes de la publicación definitiva del Manual DSM-5, abrió un periodo de participación donde investigadores, clínicos, pacientes y familias pudieron aportar comentarios sobre la futura clasificación. En este periodo se recibieron más de 15.000 comentarios que han sido tenidos en cuenta por los grupos de trabajo encargados de la elaboración del manual. En este artículo queremos exponer algunos de los cambios propuestos en la nueva versión del sistema de clasificación diagnóstico DSM-5 y que ciertamente van a afectar a nuestra práctica diaria. Nos centraremos principalmente en los trastornos que se inician en la infancia, los denominados trastornos del neurodesarrollo.

PALABRAS CLAVES: DSM-5, DSM-IV-TR, Atención Temprana, Clasificación diagnóstica, Trastornos del Desarrollo, Infancia.

ABSTRACT:

The American Psychiatric Association (APA), in charge of the development of DSM-5, opened a participation period where researchers, clinicians, patients and families could provide feedback on the future classification. In this period, were received more than 15,000 comments that have been taken into account by the working groups responsible for developing the manual. In this article we discuss some of the proposed changes in the new version of the classification system DSM-5 that will certainly affect our daily practice. We will focus mainly on disorders that start in childhood, known as neurodevelopmental disorders.

KEYWORDS: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM), Early Childhood Intervention, Diagnostic classification, Development disorders, Infancy

1. INTRODUCCIÓN

El Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (en inglés, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM), de la Asociación Americana de Psiquiatría (AAP), es una clasificación de los trastornos mentales y proporciona descripciones de las categorías diagnósticas, con el fin de que los clínicos y los investigadores de las ciencias de la salud puedan diagnosticar, estudiar e intercambiar información y tratar los distintos trastornos mentales.

La edición actualmente vigente DSM-IV-TR, data del año 2000, y ya desde entonces se comenzó a planificar el DSM-5. Hasta el año 2007, se planificó la investigación y la documentación técnica por medio de un programa de investigación. Del año 2004 al 2007 se llevó a cabo la segunda fase del proyecto denominada «perfeccionamiento del programa de investigación para el DSM-5». De enero a mayo del 2010 se efectuó una prueba piloto con diferentes poblaciones y las revisiones propuestas por los grupos de trabajo. En el 2011 se revisaron los criterios diagnósticos propuestos y las medidas dimensionales. En el año 2012 se prepara el proyecto de texto final, y en mayo del 2013 se planea presentar el DSM-5 en la Reunión Anual de la Asociación Psiquiátrica Americana, en San Francisco, California.

El DSM se elaboró a partir de datos empíricos y con una metodología descriptiva, con el objetivo de mejorar la comunicación entre clínicos e investigadores de varias orientaciones. Por esto, no tiene la pretensión de explicar las diversas patologías, ni de proponer líneas de tratamiento farmacológico o psicoterapéutico, como tampoco de adscribirse a una teoría o corriente específica dentro de la psicología o de la psiquiatría. Una concepción errónea muy frecuente es pensar que la clasificación de los trastornos mentales clasifica a las personas; lo que realmente hace es clasificar los trastornos de las personas que los padecen. Es importante aclarar que siempre debe ser utilizado por personas con experiencia clínica, ya que se usa como una guía que debe ser acompañada de juicio clínico, además de los conocimientos profesionales y criterios éticos necesarios.

Tanto los DSM como otros manuales diagnósticos (CIE-10,...) son instrumentos necesarios, que nos proporcionan un referente y un lenguaje común para todos los profesionales. Estos sistemas de clasificación tienen también una función puramente administrativa, función incuestionable pese a recibir múltiples y a veces razonables críticas. En la actualidad, las administraciones solicitan un diagnóstico de los niños según un sistema de clasificación, y de este diagnóstico puede depender la modalidad de escolarización o el tipo de ayudas que recibe.

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

1. Dar prioridad a la utilidad clínica, que sea útil para tratar a los pacientes.
2. Todos los cambios deben estar basados en evidencia científica
3. Siempre que sea posible, el nuevo DSM debe mantener una continuidad con el anterior, esto quiere decir que se debe tener en cuenta la implementación de los nuevos conocimientos científicos, pero a la vez considerar el impacto que los cambios puedan tener en la práctica clínica.

En este artículo queremos analizar algunos de los cambios propuestos en la nueva versión del sistema de clasificación DSM-5 y que van a afectar a nuestra práctica diaria. Algunos de estos cambios han provocado una considerable controversia en diferentes grupos de investigación, asociaciones de profesionales y afectados, siendo muchas las propuestas de modificación que se han realizado. En cualquier caso, hasta la publicación en mayo del 2013 de la versión final, no se conocerá el texto definitivo, por lo que es posible que encontremos cambios respecto a lo que comentamos en este artículo.

Así pues, comenzaremos comentando cambios generales para luego pasar a los cambios más específicos en la sección **trastornos del neurodesarrollo**.

2. ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL Y MODIFICACIONES PROPUESTAS

Según la declaración de la American Psychiatric Association (APA), hay dos cambios importantes en la nueva versión– la eliminación del sistema multiaxial y la reorganización de los capítulos.

Otro cambio cualitativo con respecto a la clasificación anterior es la implementación de la evaluación de la dimensión de los trastornos a través de diferentes escalas. Esto permitirá situar al paciente en un rango dependiendo de la severidad de los síntomas observados.

Esta nueva organización está diseñada para reflejar mejor los avances científicos en la comprensión de los trastornos, facilitar el diagnóstico y la práctica clínica. Así pues todos los trastornos están ordenados por orden de aparición. Primero los que comienzan en las etapas más tempranas (infancia y niñez) para acabar en los que aparecen en la etapa adulta. Dentro de cada uno de ellos, primero se listan los que aparecen más precozmente.

- Trastornos del neurodesarrollo
- Trastornos psicóticos y del espectro de la esquizofrenia
- Trastornos bipolares y relacionados
- Trastornos del estado de ánimo
- Trastornos de ansiedad
- Trastornos obsesivos compulsivos y relacionados
- Trastornos relacionados con sucesos traumáticos y estresores
- Trastornos disociativos
- Trastornos somáticos
- Trastornos de la conducta alimentaria
- Trastornos de la eliminación
- Trastornos del sueño
- Trastornos sexuales y de la identidad sexual
- Trastornos conductuales y del control e impulso
- Trastornos relacionados con el consumo de sustancias adictivas
- Trastornos neurocognitivos
- Trastornos de personalidad
- Parafilias
- Otros trastornos

Figura 1. Relación de los diferentes trastornos propuestos para el DSM-5.

Para este análisis que estamos realizando nos vamos a centrar en los llamados **trastornos del neurodesarrollo**, que hacen referencia a los trastornos que comienzan en la infancia y que son con los que normalmente tratamos en nuestro ámbito.

- Trastornos del desarrollo intelectual
- Trastornos de la comunicación
- Trastorno del espectro autista
- Trastornos por déficit de la atención/ e hiperactividad
- Trastornos del aprendizaje
- Trastornos de las habilidades motoras

Figura 2. Principales trastornos del neurodesarrollo propuestos para el DSM-5.

2.1. Trastornos del desarrollo intelectual

Los primeros trastornos que encontramos en esta categoría son los Trastornos del desarrollo intelectual, que se dividen a su vez en: Trastorno del desarrollo intelectual y Retraso global del desarrollo.

Trastorno del desarrollo intelectual

Se observan cambios significativos en este tipo de trastornos con relación al DSM-IV-TR. El primero en lo referente al término en sí mismo, el cual ya debería (según nuestro punto de vista) haberse modificado hace muchos años. El trastorno pasa de denominarse retraso mental a denominarse trastorno del desarrollo intelectual, y siguen manteniéndose los criterios del coeficiente de inteligencia (IQ) y la función adaptativa para su diagnóstico.

Respecto a la función intelectual, la gran diferencia es que primero especifica las áreas en la cual se debe centrar la evaluación (razonamiento, resolución de problemas, pensamiento abstracto, juicio, aprendizaje académico, aprendizaje a través de la experiencia...) y segundo hace una mención especial de cómo deben ser los instrumentos con los que se evalúe el IQ. Los instrumentos deben ser individualizados, estandarizados, culturalmente apropiados y psicométricamente validados.

El DSM-5 amplía la información y matiza que debe ser necesario un apoyo constante en el colegio, trabajo o vida diaria y que este tipo de trastorno (intelectual) debe ir acompañado de una dificultades significativas en la función adaptativa. El niño debe tener dificultades significativas en uno o más aspectos de las actividades de la vida diaria (el DSM-IV-TR habla de al menos dos). Al igual que en la función intelectual, los instrumentos para evaluar esta área deben ser instrumentos individualizados, estandarizados...etc.

En cuanto a la aparición del trastorno, el DSM-IV-TR hablaba de antes de los 18 años y en esta nueva versión nos dicen que durante el periodo de desarrollo. Parece también que desaparece los grados de severidad propuestos en el IV (profundo, severo, moderado y ligero), aunque aún no se ha propuesto cual será la alternativa.

Retraso global del desarrollo

Se añade este nuevo trastorno que puede ser utilizado cuando hay evidencia de un trastorno intelectual pero los criterios para este no se cumplen completamente, ya sea debido a que se necesitan más datos, los sujetos son demasiado pequeños para manifestar los síntomas o no son capaces de completar los requisitos de la evaluación.

Resumiendo, en esta categoría se produce un cambio significativo en la terminología, que implicaba una connotación negativa (retrasado mental), para pasar a un término más aséptico, sin la carga anterior, como es el de trastorno del desarrollo intelectual. También se le da mucho más peso a las propiedades que deben tener las herramientas de evaluación. Según el borrador del DSM-5 y las propuestas realizadas, parece que el grado general de severidad del trastorno, en vez de basarse en los diferentes IQs obtenidos en un test, se dirigirá más hacia como el sujeto funciona en su vida diaria y su comunidad.

2.2. Trastornos de la comunicación

Los Trastornos de la Comunicación, que en el DSM-IV-TR se dividían en:

Trastorno del lenguaje expresivo
Trastorno mixto del lenguaje receptivo-expresivo
Trastorno fonológico
Tartamudeo
Trastorno de la comunicación no especificado

Passarían en el DSM-5 a categorías más generales que se agruparían en:

Trastorno del lenguaje
Trastorno del habla
Trastorno de la comunicación social

Trastorno del lenguaje

Podemos considerar que esta categoría englobaría el Trastorno del lenguaje expresivo y el Trastorno mixto del lenguaje receptivo-expresivo del DSM-IV-TR.

Se incluirían las dificultades en la adquisición y uso del lenguaje oral (sonido, palabra, frase y del discurso a nivel de comprensión, producción y conocimiento), el lenguaje escrito (decodificación de la lectura y comprensión; ortografía y la expresión escrita), y otras modalidades de idioma (por ejemplo, *la lengua de signos*).

Se especifica que las fuentes de información incluyen la observación natural y medidas estandarizadas lingüística y culturalmente apropiadas. Las variaciones regionales, sociales, culturales o étnicas (ej: dialecto) no son desórdenes del lenguaje.

El Mutismo Selectivo se encontraría en los desórdenes de ansiedad social en el DSM-5.

Como novedad para esta clasificación, se proponen 3 niveles de severidad del trastorno, dependiendo del apoyo requerido.

Trastorno del habla

Esta categoría englobaría el trastorno fonológico y el tartamudeo de la versión anterior. Incluiría las dificultades que afectan a todos los dominios de la producción de sonidos (conocimiento fonológico, control neuromotor y habilidad articularia), a la fluidez del discurso y a la voz.

Al igual que en el trastorno anterior, las fuentes de información deben incluir la observación natural, exámenes de la estructura y la función oral-motora y medidas estandarizadas lingüística y culturalmente apropiadas.

Trastorno de la comunicación social

Este trastorno caracteriza a los niños con dificultades en los aspectos pragmáticos de la comunicación social (comprensión y expresión), pese a no tener por qué presentar dificultades en la fonología, sintaxis y semántica. Estos presentarían dificultades de comunicación social comunes a los niños con Trastorno del Espectro Autista (TEA), pero *sin mostrar* conductas

repetitivas ni intereses restringidos. Como ocurría en la anterior clasificación, en ocasiones es difícil, pese a esta característica, diferenciarlos claramente del TEA.

Desaparece de los trastornos de la comunicación el trastorno de la comunicación no especificado.

2.3. Trastornos del espectro autista

Otro de los cambios que se van a producir en el nuevo manual es el referente al **Trastorno del Espectro Autista (TEA)**, que en el DSM-IV-TR se denominaban “Trastornos Generalizados del Desarrollo”. En el DSM-5 pasa a denominarse Trastorno del Espectro Autista y se eliminan todas las categorías diagnósticas que se incluían dentro como entidades independientes (Síndrome de Asperger, Síndrome de Rett, Trastorno autista, Trastorno Desintegrativo de la Infancia y Trastorno Generalizado del Desarrollo no especificado).

El síndrome de Asperger se subsume dentro del TEA, ya que las investigaciones no lo diferencian del autismo de alto funcionamiento.

Con respecto al Trastorno Desintegrativo de la Infancia se han criticado los criterios diagnósticos y la dificultad en distinguirse del autismo con regresión. Los expertos concluyen que no tiene entidad suficiente para diferenciarlo del autismo y proponen establecer una dimensión de “trayectoria evolutiva”, donde se describan los síntomas y la **pérdida** de habilidades.

El Trastorno Generalizado del Desarrollo no especificado se incluye también dentro de la dimensión TEA, perdiendo su nombre como entidad independiente. El motivo igualmente es la dificultad de encontrar diferencias y establecer límites entre este y el autismo.

Por último, el Síndrome de Rett desaparece de los actuales TGD y próximos TEA, pues los síntomas autistas que muestran los niños con este síndrome tienen un periodo de duración limitado.

Todos estos cambios tratan de dar una mayor dimensionalidad y establecer una única categoría independiente para todo el trastorno. Se propone establecer un baremo de severidad de los síntomas y la afectación, para establecer el nivel de competencias del niño en cada uno de las dos dimensiones (A y B) y así conocer el grado de apoyo que el niño necesita. Se tratará de ofrecer ejemplos de síntomas que puedan ayudarnos en el diagnóstico.

Los criterios diagnósticos se modifican pasando a unirse las alteraciones sociales con las comunicativas y manteniendo el tercer eje referido a la rigidez mental y del comportamiento.

Así pues tendríamos:

- 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 infancia temprana.
- D. El conjunto de los síntomas limitan y deben alterar el funcionamiento diario.

Debiéndose cumplir los criterios A, B, C, y D

Estos cambios han desatado críticas y alabanzas por parte de muchos especialistas y colectivos implicados. Entre las valoraciones positivas está el cambio de enfoque de categorial a dimensional y el establecimiento de una única categoría para los TEA, donde se explica mejor la diversidad del trastorno.

Una crítica suscrita por muchos especialistas es la de Ritvo (Ritvo, 2012), donde expone que se deben posponer los cambios en este trastorno hasta que haya evidencia para apoyarlos. Considera que estos cambios pueden provocar daños a los pacientes, pues muchos de los diagnosticados con el DSM-IV-TR dejarán de pertenecer a esta categoría cuando se utilice el nuevo sistema y esto repercutirá en los servicios de apoyo que están recibiendo. Alude también a los problemas que la implantación del nuevo sistema tendrá sobre el cuerpo de investigación y las herramientas de cribado y diagnósticas que están usando los criterios del DSM-IV-TR. Finaliza con la preocupación por la nueva categoría diagnóstica propuesta en el DSM-5 Trastorno de la comunicación social (Social Communication Disorder), pues entiende que será usado como cajón de sastre para los pacientes que muestren mínimos síntomas y no lleguen al punto de corte del TEA.

2.4. Trastornos por déficit de la atención/ e hiperactividad

El trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) es uno de los trastornos más polémicos, por la falta de acuerdo en los criterios, instrumentos y procedimientos diagnósticos y los tratamientos farmacológicos. A pesar de los cambios propuestos en el DSM-V la polémica continua, ya que son muchos los profesionales y colectivos que han mostrados su desacuerdo con algunas de estas modificaciones.

Uno de los principales cambios que encontramos es el ya comentado cambio en la categorización, pasando de la categoría “Trastorno por Déficit de Atención y comportamiento perturbador”, a la categoría “trastornos del neurodesarrollo”. Al separarse del Trastorno disocial, Trastorno negativista desafiante y el Trastorno del comportamiento desafiante, se aleja de los factores más contextuales y ambientales, concretándose más en un origen neurofisiológico o genético, un déficit en las funciones ejecutivas y en procesamiento de la información, propio de los trastornos del neurodesarrollo.

Encontramos también modificaciones en los criterios diagnósticos, no tanto en la descripción, sino en la inclusión de ejemplos de comportamientos, tanto para niños/as como para adolescentes mayores y adultos, que antes no aparecían.

Durante el tiempo en el que se podían realizar propuestas al borrador del DSM-V se ha valorado el incremento de los síntomas de hiperactividad / impulsividad, proponiendo un incremento de 9 a 13. Estos nuevos criterios incluirían la tendencia a actuar sin pensar, ser impaciente, a sentirse incómodo haciendo cosas que requieran lentitud y sistematización y la dificultad para resistir tentaciones u oportunidades. Finalmente, parece que no estarán incluidos en la versión final del DSM-V.

Otra de las cosas que todavía no están claras es la reducción a la mitad del número de síntomas requeridos para adultos. Han sido muchas las críticas vertidas sobre este tema, al

considerar que de esta manera se darían muchos falsos positivos y se aumentaría el uso de medicación en adultos.

Otro de los cambios importantes se produce en la edad de inicio, ya que si antes los criterios debían estar presentes antes de los 7 años, ahora la edad ha aumentado a los 12 años. Diversos estudios indican que no se observaron diferencias clínicas entre los niños identificados a los 7 años o más adelante, en términos de curso, gravedad, resultado o respuesta al tratamiento (Kieling, et al., 2010.). Los datos de ensayos publicados posteriormente al DSM-IV mostraron que los casos válidos de TDAH no siempre cumplen la edad de inicio a los 7 años (Applegate et al., 1997). Los temas de recuerdos retrospectivos también fueron clínicamente relevantes. Los datos de población de la encuesta indicaron que en los adultos con TDAH, sólo la mitad recordó inicio a los 7 años pero el 95% recordó el inicio a la edad de 12 (RA Barkley & Brown, 2008).

El grupo de trabajo del DSM-5 consideró con cierta preocupación que una consecuencia negativa de elevar la edad de inicio es un aumento en la prevalencia. Sin embargo, el análisis de datos en una cohorte de nacimientos británicos publicado por la subcomisión de la edad de aparición sugiere que el impacto sobre la prevalencia será insignificante (Polanczyk, et al., 2010).

Otra objeción planteada fue que la edad de inicio de 12 seguiría siendo arbitraria y podría proporcionar una falsa sensación de precisión, proponiendo que la edad de inicio debería ser eliminada por completo o elevarse a los 18 años. Sin embargo los datos que se pudieron obtener indicaron que 96% de los casos se han manifestado a la edad de 12-14, lo que sugiere que una edad de corte 12 es superior a la mayoría de las alternativas. Al igual que los 7 años, edad 12 es una guía clínica que pretende transmitir el inicio del desarrollo.

Otra de las modificaciones que aparecerán es la eliminación de la exclusión por trastorno generalizado del desarrollo, permitiéndose el diagnóstico de TDAH en presencia de autismo.

El cambio que más polémica ha suscitado es referente a los subtipos, ya que se pasa de los 3 existentes hasta ahora, a cuatro, al aparecer la nueva categoría de trastorno inatento restrictivo, sin o con muy poca sintomatología hiperactivo/impulsiva (máximo 2 síntomas).

La revisión bibliográfica detallada apoya este cambio (Willcutt, y otros, 2012). Este subtipo desatento (restrictivo) llegó a plantearse como un trastorno separado, aunque se descartó. Los defensores del TDAH como trastorno único no encuentran muchos motivos para diferenciar un subtipo inatento puro de un predominante inatento sólo porque en un lado haya algún síntoma más de hiperactividad/impulsividad que en el otro. Por otro lado, los defensores del trastorno inatento diferenciado no están satisfechos con la propuesta, ya que al final los criterios diagnósticos por los que se evalúan los subtipos predominante inatento y restrictivo inatento son exactamente los mismos. Consideran que si existe un trastorno atencional puro debería evaluarse con criterios y síntomas diferentes a los del TDAH, aunque puedan estar relacionados.

Resumiendo, los cambios que se proponen para el TDAH en el DSM-5 son:

- 1) Cambio en la categorización, pasando de la categoría “Trastorno por Déficit de Atención y comportamiento perturbador”, a la categoría “trastornos del neurodesarrollo”.
- 2) Se añaden ejemplos para los criterios y se tiene en cuenta adolescentes y adultos.
- 3) Aumenta la edad de inicio en la que los síntomas deben estar presentes de los 7 años a los 12 años.
- 4) Cambia, de los tres subtipos a cuatro, agregándose el tipo restrictivo desatento.
- 5) Se elimina el Autismo de los criterios de exclusión.
- 6) La información debe ser obtenida a partir de dos diferentes informantes (padres y maestros de niños y tercera parte / pareja para los adultos) siempre que sea posible.
- 7) Estaba todavía en consideración ajustar el punto de corte para el diagnóstico en los adultos.

2.4. Trastornos del aprendizaje

Respecto a los trastornos del aprendizaje, que en el DSM-IV-TR incluían el trastorno de la lectura, el trastorno del cálculo, el trastorno de la expresión escrita y el trastorno del aprendizaje no especificado, a partir del DSM-V pasarán a denominarse Trastorno de Aprendizaje Específico, que comprende distintos trastornos que interfieren con la adquisición y el uso de una o más habilidades académicas como: el lenguaje oral, lectura, escritura o matemáticas. No está incluido el trastorno del aprendizaje no especificado.

Estos cambios no están exentos de polémicas, ya que son muchas las asociaciones y colectivos que han mostrado su disconformidad al considerar que desaparecen los anteriores tipos de trastorno del aprendizaje (dislexia, discalculia y trastorno de la expresión escrita), perjudicando seriamente a una importante cantidad de niños.

La Junta Directiva de la Asociación Internacional de Dislexia (IDA) en 29 de mayo 2012, aprobó una declaración donde se refleja la gran preocupación de sus miembros por la supresión del término dislexia en la categoría diagnóstica de trastorno del aprendizaje específico en el borrador más reciente del DSM-5, e insta a sus miembros a firmar una petición en la que se solicita el restablecimiento de la dislexia como término apropiado para las discapacidades en la lectura que se manifiestan como problemas con el reconocimiento de palabras, ortografía, comprensión del lenguaje, y la fluidez de la lectura, así como la inclusión de la descripción, los criterios diagnósticos y los protocolos de tratamiento.

2.5. Trastornos motores

En referencia a los cambios propuestos en relación los trastornos motores, movimientos estereotipados y los de tics, se observa que la propuesta del DSM-5 es agruparlos todos bajo la denominación de **trastornos motores** (en el DSM IV-TR se encontraban en diferentes categorías). Así pues bajo esta denominación encontramos:

Trastorno del desarrollo de la coordinación
Trastorno de movimientos estereotipados
Trastorno de la Tourette
Trastorno de tics motores o vocales crónicos
Trastorno de tics transitorios
Trastorno de tics no especificado
Trastorno de tics inducido por algún tipo de sustancia (indicar sustancia)
Trastorno de tics debido a un determinada condición médica

Figura 3. Relación de trastornos motores propuestos para el DSM-5.

El **Trastorno del desarrollo de la coordinación** apenas cambia respecto a la clasificación anterior, únicamente pequeñas diferencias como el descartar el coeficiente de inteligencia como criterio diagnóstico y tomar únicamente el referido a lo esperado dada la edad cronológica del sujeto. Siguiendo el cambio anterior se elimina el criterio referido a la acentuación de las deficiencias motoras cuando se padece una discapacidad intelectual.

El **trastorno de movimientos estereotipados** sufre del mismo modo pequeñas modificaciones, como la eliminación del criterio diagnóstico: comportamiento motor “no funcional”, debido a que entienden es inexacto.

Además parece que la investigación no considera que tenga que haber una ? clínica significativa ni que se requiera como condición para el trastorno la asistencia médica. Así pues, el criterio propuesto hace referencia a que el comportamiento debe interferir significativamente en las actividades normales sociales, laborales o en otras áreas importantes de funcionamiento del sujeto.

Respecto a los otros cuatro trastornos relacionados con los Tics, comentar que los cambios han sido mínimos. A nivel general, para todos se clarifica lo que es un tic y se elimina la palabra “estereotipado” que podía llevar a confusión. Además para todos ellos, y con el objetivo de medir la severidad de los síntomas, se proponen diferentes escalas de medición.

En el **Trastorno de la Tourette**, se elimina de la definición de tic la palabra “estereotipado” para diferenciar claramente un trastorno relacionado con los tics con el trastorno de movimientos estereotipados. En el criterio B, se trata de delimitar claramente el periodo de tiempo clave (12 meses) en el que se mantienen los tics y se eliminan los llamados periodos libres de tics (DSM-IV-TR), por ser poco fiable en el diagnóstico.

Para el **Trastorno de tics motores o vocales crónicos** se aplican las mismas modificaciones que en el T. de Tourette.

El **Trastorno de tics transitorios** pasa a denominarse **Trastorno de tics provisional**, el criterio B referido al tiempo concluye que los tics deben haber estado presentes por menos de un año desde que comienzan los síntomas. Dentro del Criterio D, se clarifica que no puede ser debido a la ingesta de sustancias o a una determinada condición médica.

El mayor cambio observado en esta parte es la inclusión de dos nuevos trastornos de tics: **Trastorno de tics inducido por algún tipo de sustancia y trastorno de tics debido a una determinada condición médica**. El primero se incluye porque la literatura científica sugiere que los síntomas descritos en este trastorno pueden presentarse en el contexto del uso de

algún tipo de sustancia. Para su diagnóstico los tics motores y/o vocales deben haberse presentado en algún momento durante la enfermedad y debe haber evidencia de que los síntomas están presentes durante o dentro del mes de la intoxicación por la sustancia. Se ha propuesto una escala “Yale Global Tic Severity Scale” como medida de la severidad de los síntomas.

El segundo nuevo trastorno surge igualmente debido a la literatura científica que ha sugerido que los síntomas del trastorno pueden estar presentes de manera secundaria en conocidas condiciones médicas. Para su diagnóstico los síntomas deben estar presentes durante la enfermedad y debe haber evidencia de que estos son consecuencia directa de la condición médica. Al igual que el anterior cuenta con la misma escala para medir la severidad de los síntomas.

Con estas inclusiones la nueva clasificación trata de ser más específica y exhaustiva en los trastornos de tics.

Por último el **Trastorno de tics no especificado** es consistente con los cambios generales de los trastornos de los tics y se espera que decrezca debido a las dos nuevas categorías diagnósticas propuestas en la clasificación.

3. CONCLUSIÓN

El DSM-5 incluye numerosos cambios que van a repercutir en nuestro trabajo. Algunos de los cambios eran solicitados por los profesionales desde hace tiempo, como la desaparición del término Retraso mental, sustituyéndolo por Trastorno del desarrollo intelectual, o la aparición del Retraso global del desarrollo, para niños demasiado pequeños para manifestar los síntomas de un Trastorno del desarrollo intelectual o que no son capaces de completar los requisitos de la evaluación.

Otros ya han sido objeto de numerosas críticas, como la consideración de los Trastornos del espectro autista como un continuo, en el que se incluye el Síndrome de Asperger, la inclusión de la categoría de Trastorno inatento restrictivo dentro de los TDAH, el Trastorno de Aprendizaje Específico, desapareciendo como trastorno específico la dislexia, la discalculia, etc.

Otras críticas más generales realizadas antes de la publicación definitiva del DSM-5 han sido la reducción de los umbrales diagnósticos para múltiples categorías de trastornos, la ampliación de categorías diagnósticas que pueden llevar a un tratamiento farmacológico inadecuado o propuestas específicas que según algunos especialistas carecen de fundamento empírico.

No obstante, los responsables del DSM-5 han hecho frente a estas críticas, argumentando que:

1. Todos los cambios se fundamentan en la evidencia empírica disponible.
2. Que han contado con el asesoramiento de los diferentes expertos que componían los grupos de trabajo.
3. Que se han estudiado todas las propuestas realizadas y que es su intención contar con un proceso de revisión constante.

Debemos esperar a su publicación definitiva con actitud crítica y reflexiva, y a la utilización de esta nueva clasificación en nuestro contexto para comprender en profundidad la repercusión de estos cambios, los avances y las insuficiencias que este nuevo manual guarda para nuestro trabajo diario.

Bibliografía

- AAP, American Academy of Pediatrics. (2001). Committee on Children with Disabilities. Developmental surveillance and screening of infants and young children. *pediatrics*, 108, 192-196.
- APA. (1995). *DSM-IV: Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. Barcelona: Masson.
- Applegate, B. L. (1997). Validity of the age-of-onset criterion for ADHD. A report from the DSM-IV field trials. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 1211-1221.
- Artigas-Pallares, J. (2011). ¿Sabemos qué es un trastorno? Perspectivas del DSM 5. *Revista Neurología*, 559-569.
- Barkley, R. (2010). Against the status quo: revising the diagnostic criteria for ADHD. *Journal American Academy of Child Adolescent Psychiatry*, 49:205-207.
- Carolyn, D., Cowen, D., & Dakin, K. (n.d.). *Interdys*. Retrieved Enero 10, 2013, from <http://www.interdys.org/DSM5Revisions.htm#UQOsJ2eK71U>
- Council on Children With Disabilities Section on Developmental Behavioral Pediatrics, Committee and Medical Home Initiatives for Children with Special Needs Project Advisory Committee. (2006). Identifying Infants and Young Children with Developmental Disorders in the Medical Home: An Algorithm for Developmental Surveillance and Screening. *Bright Futures Ste. Pediatrics*, 118;405.
- Josep, A.-P. (2011). ¿Sabemos que es un trastorno? Perspectivas del DSM 5. *Revista de neurología*, 559-569.
- Kieling, C., Kieling, R., Rohde, L., Frick, P., Moffitt, T., Nigg, J., et al. (2010). The age at onset of attention deficit hyperactivity disorder. *American Journal Psychiatry*, 167:14-15.
- Polanczyk, G., Caspi, A., Houts, R., Kollins, S., Rohde, L., & Moffitt, T. (2010). Implications of extending the ADHD age-of-onset criterion to age 12: Results from a prospectively studied birth cohort. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 49, 210-216.
- Reeda, G., & Ayuso-Mateos, J. L. (2011). Hacia una clasificación Internacional de los Trastornos Mentales. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 4(3):113-116.

Ritvo, E. (2012). Postponing the Proposed Changes in DSM 5 for Austistic Spectrum Disorder Until New Scientific Evidence Adequately Supports Them. *J. Autism Dev Disord*, 42:2021-2022.

Steinberg, E., & Andrist, C. (n.d.). Retrieved Enero 2, 2013, from Dyslexia Comes to Congress: A Call to Action <http://t.co/F5HtQ82F>

Willcutt, E., Nigg, J., Pennington, B., Solanto, M., Rohde, L., Tannock, R., et al. (2012). Validity of DSM-IV attention deficit/hyperactivity disorder symptom dimensions and subtypes. *J Abnorm Psychol.*, Nov;121(4):991-1010.