

DSM-5: Novedades y Criterios Diagnósticos

**TODO EL MATERIAL,
EDITADO Y PUBLICADO
POR EL CENTRO DOCUMENTACIÓN
DE ESTUDIOS Y OPOSICIONES,
ES ÚNICO Y EXCLUSIVO
DE NUESTRO CENTRO.**

ISBN: 978-84-15542-13-1
Depósito Legal: M-28311-2013
EDITA Y DISTRIBUYE: CEDE

ES PROPIEDAD DE:



**CENTRO DOCUMENTACIÓN
DE ESTUDIOS Y OPOSICIONES**

© **RESERVADOS TODOS LOS DERECHOS**

Prohibida la reproducción total o parcial de esta obra por cualquier procedimiento, incluyendo la reprografía y el tratamiento informático sin la autorización de CEDE.

COORDINADORES

José Luis Santos Ruiz

Psicólogo Especialista en Psicología Clínica.
FEA Psicología Clínica Hospital Complejo Hospitalario de Toledo.
Hospital Virgen de la Salud. SESCAM.

Luis Javier Sanz Rodríguez

Psicólogo Especialista en Psicología Clínica.
FEA Psicología Clínica Hospital Universitario de Guadalajara. SESCAM.

AUTORES/AS

TRASTORNOS DEL NEURODESARROLLO

TRASTORNOS DE LA ELIMINACIÓN

TRASTORNOS DEPRESIVOS

TRASTORNOS DE ANSIEDAD

TRASTORNOS RELACIONADOS CON EL TRAUMA Y ESTRESORES

TRASTORNOS DE LA ALIMENTACIÓN

TRASTORNOS DISRUPTIVOS, DEL CONTROL DE IMPULSOS Y DE LA CONDUCTA

Alfonso Ladrón Jiménez

Psicólogo Especialista en Psicología Clínica.
Psicólogo Clínico Infantil.

TRASTORNOS NEUROCOGNITIVOS

TRASTORNOS RELACIONADOS CON SUSTANCIAS Y OTRAS ADICCIONES

Marta Álvarez Calderón.

Psicóloga Interno Residente del Hospital Universitario de la Princesa. Madrid.

ESPECTRO DE LA ESQUIZOFRENIA Y OTROS TRASTORNOS PSICÓTICOS

Luis Javier Sanz Rodríguez

Psicólogo Especialista en Psicología Clínica.
FEA Psicología Clínica Hospital Universitario de Guadalajara. SESCAM.

TRASTORNOS DEPRESIVOS

TRASTORNOS BIPOLARES Y TRASTORNOS ASOCIADOS

TRASTORNOS DE ANSIEDAD

TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO Y TRASTORNOS ASOCIADOS

TRASTORNOS RELACIONADOS CON EL TRAUMA Y ESTRESORES

Juan Antequera Iglesias.

Psicólogo Especialista en Psicología Clínica.
FEA Psicología Clínica Hospital Virgen de la Misericordia de Toledo.

TRASTORNO POR SÍNTOMAS SOMÁTICOS Y TRASTORNOS ASOCIADOS

TRASTORNOS DISOCIATIVOS

TRASTORNOS DE LA ALIMENTACIÓN

DISFUNCIONES SEXUALES

TRASTORNOS PARAFÍLICOS

DISFORIA DE GENERO

TRASTORNOS DEL SUEÑO-VIGILIA

TRASTORNOS DISRUPTIVOS, DEL CONTROL DE IMPULSOS Y DE LA CONDUCTA

TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO Y TRASTORNOS ASOCIADOS

TRASTORNOS RELACIONADOS CON EL TRAUMA Y ESTRESORES

Juan Jesús Muñoz García

Doctor en Psicología.
Psicólogo Especialista en Psicología Clínica. Responsable de Rehabilitación del Área de Salud Mental del Hospital Psiquiátrico San Juan de Dios de Ciempozuelos (Madrid).
Tutor PIR

TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD

María Teresa Almendro Marín

Psicóloga Especialista en Psicología Clínica.
FEA Psicología Clínica. Equipo Infanto-juvenil del Centro de Salud Mental de Alcobendas-San Sebastián de los Reyes.

NOTA PRELIMINAR

Con la publicación en inglés del DSM-5 en mayo de 2013, se abre un período de transición hasta su edición en español, así como para su implementación en la práctica clínica e investigadora. La normal dilación de un proceso de esta envergadura se acompaña, en este caso, de numerosas críticas y reticencias que han sido suscitadas prácticamente desde su gestación en todos los ámbitos profesionales con los que se relaciona.

Ante esta situación, el equipo de psicólogos/as clínicos de CeDe ha considerado interesante dar un avance de los cambios más relevantes que presenta el DSM-5 respecto al DSM-IV-TR. Este es el principal motivo que nos ha llevado a la publicación de este manual, denominado **DSM-5: Novedades y Criterios Diagnósticos**, que pasará a formar parte de la colección de manuales CeDe de preparación PIR.

Con el objeto de facilitar la comprensión de los aspectos nucleares, así como la integración de estos en la estructura de contenidos establecida para los Manuales PIR, se ha considerado el siguiente esquema de desarrollo para cada uno de los temas:

1. Tabla comparativa entre DSM-IV-TR y DSM-5
2. Resumen de los cambios fundamentales
3. Criterios diagnósticos DSM-IV-TR y DSM-5

¿PARA QUÉ UTILIZAR ESTE MANUAL?

Éste no es un Manual de Psicopatología ni de Psicología Clínica, --para un completo desarrollo y comprensión de los modelos, teorías, tratamientos, etc en relación con los trastornos aquí desarrollados, remitimos al opositor PIR, a los Manuales (1) Psicopatología y (2) Psicología Clínica de la colección de manuales de preparación PIR donde se puede encontrar un estudio pormenorizado de todos estos aspectos--. Este Manual es una buena herramienta de estudio, nos permite repasar los criterios diagnósticos DSM-IV-TR (pues sigue siendo la clasificación en uso junto con la CIE-10) y conocer las principales novedades del DSM-5 que pudieran ser objeto de algunas preguntas en los próximos exámenes.

Para finalizar, sólo cabe esperar que este manual de carácter extraordinario cumpla su objetivo, aportar a nuestros alumnos PIR la información más actualizada posible.

Equipo Docente CeDe.

Nota: En previsión de que sea necesario aportar alguna nueva información, modificación o corrección del contenido de este manual, facilitamos la siguiente dirección web www.pir.es. Por favor incluir el siguiente código 1C2E3D4E.

DSM 5.

1. Tabla comparativa entre DSM-IV-TR y DSM-5

<i>DSM-IV-TR (2002)</i>	<i>DSM-5 (2013)</i>
Principales categorías	Principales categorías
<ol style="list-style-type: none"> 1. Trastornos normalmente diagnosticados por primera vez en la infancia, niñez y adolescencia 2. Delirium, demencia, trastornos amnésicos y otros trastornos cognitivos 3. Trastornos mentales debidos a una alteración médica general no clasificados en otros apartados 4. Trastornos relacionados con sustancias 5. Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos 6. Trastornos del estado de ánimo 7. Trastornos de ansiedad 8. Trastornos somatoformes 9. Trastornos facticios 10. Trastornos disociativos 11. Trastornos sexuales y de identidad de género 12. Trastornos alimentarios 13. Trastornos del sueño 14. Trastornos del control de impulso no clasificados en otros apartados 15. Trastornos adaptativos 16. Trastornos de la personalidad 17. Otros problemas que pueden ser objeto de de atención clínica 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Trastornos del neurodesarrollo 2. Trastornos de la eliminación 3. Trastornos neurocognitivos 4. Trastornos relacionados con sustancias y otras adicciones 5. Espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos 6. Trastornos depresivos 7. Trastornos bipolares y trastornos asociados 8. Trastornos de ansiedad 9. Trastorno obsesivo Compulsivo y trastornos asociados 10. Trastornos relacionados con el trauma y estresores 11. Trastorno por síntomas somáticos y trastornos asociados 12. Trastornos disociativos 13. Trastornos de la alimentación 14. Disfunciones sexuales 15. Trastornos parafílicos 16. Disforia de genero 17. Trastornos del sueño-vigilia 18. Trastornos disruptivos, del control de impulsos y de la conducta 19. Trastornos de la personalidad 20. Otros trastornos mentales 21. Trastornos del movimiento inducidos por la medicación 22. Otras condiciones que pueden ser objeto de atención clínica

2. Resumen de los cambios fundamentales

En cuanto a la **estructura global**, de los 17 grandes epígrafes del DSM-IV-TR se pasan a 22 (los trastornos sexuales se dividen en 3 grupos distintos –*Disfunciones sexuales, Trastornos Parafílicos y Disforia de Género*–, el TOC y trastornos asociados emerge como una categoría nueva, el Trastorno Bipolar se convierte en una categoría separada del resto de los trastornos del estado de ánimo y se incluye la de Trastornos del movimiento inducidos por la medicación).

En la **evaluación multiaxial** se pasa de 5 ejes a 3 ejes (estructura ya utilizada en la CIE-10). En el eje 1 se recogen los trastornos mentales, los trastornos de la personalidad, el retraso mental y las enfermedades médicas. En el eje 2 se recoge una medida de afectación del funcionamiento (*la WHODAS 2.0 en lugar de la GAF al considerar esta más completa*). En el eje 3 se recogen otras condiciones que pueden ser objeto de atención clínica.

La apuesta por una **aproximación dimensional** en la evaluación de todos los trastornos es otro punto a destacar del DSM-5, si bien se siguen utilizando los diagnósticos categoriales al considerar prematuro -con la evidencia científica disponible- plantear definiciones dimensionales para todos los trastornos propuestos.

3. Criterios diagn3sticos de los principales trastornos DSM-5

1.	Trastornos del neurodesarrollo	1
2.	Trastornos de la eliminaci3n	33
3.	Trastornos neurocognitivos	37
4.	Trastornos relacionados con sustancias y otras adicciones	47
5.	Espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psic3ticos.....	55
6.	Trastornos depresivos.....	69
7.	Trastornos bipolares y trastornos asociados.....	79
8.	Trastornos de ansiedad	91
9.	Trastorno obsesivo Compulsivo y trastornos asociados	107
10.	Trastornos relacionados con el trauma y estresores.....	119
11.	Trastorno por sntomas somáticos y trastornos asociados	135
12.	Trastornos disociativos	143
13.	Trastornos de la alimentaci3n	149
14.	Disfunciones sexuales	159
15.	Trastornos parafilicos.....	175
16.	Disforia de genero.....	185
17.	Trastornos del sueño-vigilia	191
18.	Trastornos disruptivos, del control de impulsos y de la conducta	213
19.	Trastornos de la personalidad.....	223

DSM-5

Trastornos del Neurodesarrollo

Alfonso Ladrón Jiménez.
Psicólogo Especialista en Psicología Clínica.
Psicólogo Clínico Infantil.

TRASTORNOS DEL NEURODESARROLLO

Aspectos destacados en el DSM-5

Desaparece la categoría Trastornos de inicio en la infancia, la niñez o la adolescencia. Un bloque principal de trastornos se incluye en la nueva categoría de Trastornos del Neurodesarrollo. Incluyendo el resto en diferentes apartados

- Los trastornos de conducta los incluye junto con los trastornos del control de los impulsos
- Los trastornos de la alimentación junto a los trastornos de la conducta alimentaria
- Los trastornos de la eliminación en una categoría independiente
- El trastorno de ansiedad por separación y el mutismo selectivo dentro de los trastornos de ansiedad
- El trastorno reactivo de la vinculación dentro de los trastornos de trauma y por estrés

En los Trastornos del Neurodesarrollo se incluyen:

- I. La Discapacidad Intelectual que es la nueva denominación del retraso mental, apareciendo el Retraso Global del Desarrollo para niños de menos de 5 años
- II. Los Trastornos de la Comunicación
- III. El Trastorno del Espectro Autista engloba todos los Trastornos Generalizados del Desarrollo bajo un solo diagnóstico
- IV. El Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad
- V. Los Trastornos Específicos del Aprendizaje
- VI. Los Trastornos Motores
- VII. Otros Trastornos del Neurodesarrollo

DSM-IV-TR	DSM-5
Trastornos de Inicio en la Infancia y la adolescencia	Trastornos del Neurodesarrollo
Retraso Mental	Discapacidades Intelectuales Discapacidad Intelectual Retraso Global del Desarrollo Discapacidad Intelectual No Especificada
Trastornos Generalizados del Desarrollo Trastorno Autista Trastorno de Rett Trastorno Desintegrativo Infantil Trastorno de Asperger Trastorno Generalizado del Desarrollo No Especificado	Trastorno del Espectro Autista Trastorno del Espectro Autista

<p>Trastornos de la Comunicación</p> <p>Trastorno Mixto del Lenguaje Receptivo-Expresivo</p> <p>Trastorno del Lenguaje Expresivo</p> <p>Trastorno Fonológico</p> <p>Tartamudeo</p> <p>Trastorno de la Comunicación No Especificado</p> <p>Trastornos del Aprendizaje</p> <p>Trastorno de la Lectura</p> <p>Trastorno de la Expresión Escrita</p> <p>Trastorno del Cálculo</p> <p>Trastorno del Aprendizaje No Especificado</p> <p>Trastornos por Déficit de Atención y Comportamiento Perturbador</p> <p>Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad</p> <p>Trastorno de las Habilidades Motoras</p> <p>Trastorno del Desarrollo de la Coordinación</p> <p>Otros Trastornos</p> <p>Trastorno de Movimientos Estereotipados</p> <p>Trastornos de tics</p> <p>Trastorno de la Tourette</p> <p>Trastorno de tics motores o vocales crónicos</p> <p>Trastorno de tics transitorios</p>	<p>Trastornos de la Comunicación</p> <p>Trastorno del Lenguaje</p> <p>Trastorno del Habla</p> <p>Trastorno de la Fluencia de Inicio en la Infancia (Tartamudeo)</p> <p>Trastorno de la Comunicación Pragmática</p> <p>Trastorno de la Comunicación No Especificado</p> <p>Trastorno Específico del Aprendizaje</p> <p>Trastorno Específico del Aprendizaje</p> <p>Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad</p> <p>Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad</p> <p>Otro Trastorno Específico por Déficit de Atención con Hiperactividad</p> <p>Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad No Especificado</p> <p>Trastornos Motores</p> <p>Trastorno del Desarrollo de la Coordinación</p> <p>Trastorno de Movimientos Estereotipados</p> <p>Trastornos de tics</p> <p>(incluidos en los trastornos motores)</p>
---	--

Trastorno de tics no especificado	Trastorno de la Tourette Trastorno de tics motores o vocales persistentes (crónicos) Trastorno de tics transitorios Otro Trastorno Específico de tics Trastorno de tics No Especificado Otros Trastornos del neurodesarrollo Otro trastorno Específico del neurodesarrollo Trastorno del neurodesarrollo No Especificado
-----------------------------------	--

I. DISCAPACIDADES INTELECTUALES

El grupo de trastornos del Neurodesarrollo está formado a su vez por varios grupos. El primer grupo es el de las discapacidades intelectuales. Donde se incluyen 3 diagnósticos.

1. Discapacidad Intelectual
2. Retraso Global del Desarrollo
3. Discapacidad Intelectual No Especificada

1. DISCAPACIDAD INTELECTUAL

El primer diagnóstico de este grupo, la Discapacidad Intelectual sería el equivalente al retraso mental del DSM-IV-TR. Se puede observar que sigue los planteamientos defendidos por la AAIDD (American Association on Intellectual and Developmental Disabilities -Asociación Americana de Discapacidades Intelectuales y del Desarrollo-), como el cambio de denominación de Retraso Mental por el de Discapacidad Intelectual, como la nueva conceptualización de habilidades adaptativas divididas en conceptuales, sociales y prácticas.

La nueva definición incluye los mismos tres criterios básicos:

1. Los déficits en el funcionamiento intelectual.
2. Los déficits en el funcionamiento adaptativo.
3. El de inicio en el período de desarrollo aunque con una nueva formulación ya que anteriormente era inicio antes de los 18 años.

Tabla comparativa de los criterios diagnósticos DSM

DSM-IV-TR (APA, 2002) RETRASO MENTAL	DSM-5 (APA, 2013) DISCAPACIDAD INTELECTUAL (TRASTORNO INTELECTUAL DEL DESARROLLO)
A. Capacidad intelectual significativamente inferior al promedio: un CI aproximadamente de 70 o inferior en un test de CI administrado individualmente (en el caso de niños pequeños, un juicio clínico de capacidad intelectual significativamente inferior al promedio).	A. Déficit en el funcionamiento intelectual, tal como en razonamiento, solución de problemas, planificación, pensamiento abstracto, toma de decisiones, aprendizaje académico y aprendizajes a través de la propia experiencia, confirmado por evaluaciones clínicas a través de tests de inteligencia estandarizados aplicados individualmente.

<p>B. Déficit o alteraciones concurrentes de la actividad adaptativa actual (esto es, la eficacia de la persona para satisfacer las exigencias planteadas para su edad y por su grupo cultural), en por lo menos dos de las áreas siguientes: comunicación, cuidado personal, vida doméstica, habilidades sociales/interpersonales, utilización de recursos comunitarios, autocontrol, habilidades académicas funcionales, trabajo, ocio, salud y seguridad.</p>	<p>B. Los déficits en el funcionamiento adaptativo que resultan en la no consecución de los estándares sociales y culturales para la independencia personal y la responsabilidad social. Sin el consiguiente apoyo, los déficits adaptativos limitan el funcionamiento en una o más actividades de la vida diaria, tales como la comunicación, la participación social, y la vida independiente, a través de múltiples entornos, tales como la casa, la escuela, el trabajo y la comunidad.</p>
<p>C. El inicio es anterior a los 18 años.</p>	<p>C. Inicio de los déficits intelectuales y adaptativos durante el período de desarrollo</p>

El trastorno requiere una especificación en función de la gravedad que en este caso se hace en función del funcionamiento adaptativo y no en función del nivel de CI como se hacía en el DSM-IV-TR. Cambio que argumentan en base a que es el funcionamiento adaptativo el que determina el nivel de apoyos requeridos. Y además a que las medidas de CI son menos válidas en los valores más bajos de CI.

Así el DSM-IV-TR distingue entre:

Retraso mental leve: CI entre 50-55 y aproximadamente 70

Retraso mental moderado: CI entre 35-40 y 50-55

Retraso mental grave: CI entre 20-25 y 35-40

Retraso mental profundo: CI inferior a 20 o 25

Retraso mental de gravedad no especificada: cuando existe clara presunción de retraso mental, pero la inteligencia del sujeto no puede ser evaluada mediante los test usuales.

El DSM-5 establece los siguientes tipos

Nivel de Gravedad	Área Conceptual	Área Social	Área Práctica
Leve	<p>Para niños preescolares, puede no haber diferencias conceptuales obvias. Para niños en edad escolar y adultos, hay dificultades en el aprendizaje de habilidades académicas como la lectura, la escritura, la aritmética, el control del tiempo, o del dinero, y se necesita apoyo en una o más áreas para cumplir con las expectativas relacionadas con la edad.</p> <p>En adultos, está disminuido</p>	<p>Comparado con personas de su misma edad, los individuos son inmaduros en las interacciones sociales. Por ejemplo, pueden tener dificultades para percibir de una forma válida las claves de la interacción social con iguales. La comunicación, la conversación y el lenguaje es más concreto o inmaduro del esperado por su edad. Puede</p>	<p>El funcionamiento del individuo puede ser adecuado para la edad en el cuidado personal. Los individuos necesitan algún apoyo en las tareas complejas de la vida diaria en comparación con sus coetáneos.</p> <p>En la vida adulta, los apoyos típicamente incluyen hacer las compras de la comida, el transporte, la organización de la casa y del cuidado de los niños, preparación de una comida saludable, arreglar asuntos bancarios y el manejo del dinero.</p>

	<p>el pensamiento abstracto, la función ejecutiva (ej. planificación, establecer estrategias o prioridades y flexibilidad cognitiva), y la memoria a corto plazo, así como el uso funcional de las habilidades académicas (ej. lectura, manejo del dinero).</p> <p>Hay un planteamiento más concreto a la hora de solucionar los problemas de lo esperado para personas de su misma edad.</p>	<p>haber dificultades en la regulación de las emociones y la conducta apropiada para su edad, dichas dificultades se aprecian en las situaciones de interacción con iguales. Hay una comprensión limitada para situaciones de riesgo en situaciones sociales, el juicio social es inmaduro para su edad, y la persona corre el riesgo de ser manipulado por otras personas (inocencia, credulidad).</p>	<p>Las habilidades de ocio se parecen a las de sus iguales, también lo relacionado con tomar decisiones sobre la organización de las actividades de ocio requiere apoyo. En la vida adulta el desempeño laboral es bueno en trabajos que no tienen mucho peso en habilidades conceptuales. Los individuos generalmente necesitan apoyo para tomar decisiones sobre el cuidado de la salud o decisiones legales, y para aprender a ejecutar habilidades vocacionales competentemente. El apoyo es típicamente necesario para formar una familia</p>
--	---	---	--

Nivel de Gravedad	Área Conceptual	Área Social	Área Práctica
Moderado	<p>A través de las distintas etapas del desarrollo, los individuos muestran un marcado déficit con respecto a lo esperado para las personas de su edad.</p> <p>Para los preescolares, el lenguaje y las habilidades pre-académicas se desarrollan más lentamente.</p> <p>Para los niños en edad escolar, el progreso en lectura, escritura, matemáticas, y la comprensión del tiempo y el dinero ocurre más lentamente a través de los años escolares y es marcadamente limitada en comparación con la de sus iguales.</p> <p>Para los adultos, las habilidades académicas se desarrollan en un nivel elemental, y requieren de apoyo para el uso</p>	<p>El individuo muestra una marcada diferencia con respecto a sus iguales en la conducta social y comunicativa. El lenguaje hablado es típicamente una herramienta primaria para la comunicación social pero es mucho menos compleja que la de sus iguales. La capacidad para las relaciones es evidente en los lazos familiares y las amistades, y los individuos pueden tener éxito en crear amistades a lo largo de su vida e incluso a veces en establecer relaciones románticas en la vida adulta. Aunque, los individuos pueden no percibir o interpretar las claves sociales de una forma correcta. Los juicios</p>	<p>El individuo puede cuidar de sus necesidades personales como comer, vestirse, higiene personal como un adulto, aunque requiere de un período extenso de enseñanza y lleva tiempo que la persona pueda ser independiente en estas áreas, y puede necesitar de tener que recordárselas.</p> <p>De manera similar, la participación en las tareas domésticas puede ser conseguida por un adulto, aunque implique extensos períodos de enseñanza, y posteriores apoyos para alcanzar un nivel esperado para los adultos.</p> <p>Puede conseguir un trabajo independiente en empleos que requieran unas limitadas habilidades conceptuales y de comunicación, pero es necesario un importante apoyo por parte de los compañeros de trabajo, supervisores, y otras personas para conseguir alcanzar las expectativas sociales, en los aspectos</p>

	<p>de dichas habilidades en el trabajo y en su vida cotidiana. La asistencia en el día a día se basa en la necesidad de completar las tareas conceptuales de la vida diaria, e incluso otras personas pueden llevar completamente dichas responsabilidades.</p>	<p>sociales y las aptitudes para la toma de decisiones está limitada, y los cuidadores deben asistir a la persona en las decisiones de la vida diaria. Las amistades desarrolladas típicamente con iguales están a menudo afectadas por las limitaciones en la comunicación y sociales. Se necesita un apoyo significativo para el éxito en situaciones sociales o de comunicación.</p>	<p>complejos del trabajo, y las responsabilidades asociadas tales como la programación, el transporte, los cuidados para la salud, y el manejo del dinero. Pueden desarrollarse una variedad de habilidades para el ocio. Típicamente requiere apoyo adicional y necesita de oportunidades de aprendizaje a través de un período extenso de tiempo. La conducta no adaptativa está presente en una minoría significativa, causando problemas sociales.</p>
--	---	---	--

Nivel de Gravedad	Área Conceptual	Área Social	Área Práctica
Grave	<p>Está limitada la consecución de habilidades conceptuales. El individuo generalmente tiene una escasa comprensión del lenguaje escrito o de la comprensión de los números, para cantidades, el tiempo y el dinero. Los cuidadores aportan un intenso apoyo para la solución de problemas a través de la vida.</p>	<p>El lenguaje hablado es bastante limitado en términos de vocabulario y gramática. El habla puede consistir en simples palabras o frases y puede ser complementada por estrategias aumentativas. El habla y la comunicación están centradas en el aquí y el ahora de los acontecimientos cotidianos. El lenguaje es utilizado para la comunicación social más que para dar explicaciones. Los individuos comprenden el habla sencilla y la comunicación gestual. Las relaciones con los miembros de la familia es una fuente de placer y ayuda.</p>	<p>El individuo requiere apoyo para todas las actividades de la vida diaria, incluyendo comida, vestido, baño y aseo. El individuo requiere supervisión todo el tiempo. El individuo no puede tomar decisiones responsables sobre su bienestar o el de otros. En la vida adulta, la participación en tareas en casa, de ocio y trabajo requiere un apoyo y asistencia. La adquisición de habilidades en todos los dominios incluye una enseñanza durante largo tiempo y apoyo. La conducta desadaptada, incluyendo autolesiones, está presente en una significativa minoría.</p>

Nivel de Gravedad	Área Conceptual	Área Social	Área Práctica
Profundo	Generalmente las habilidades conceptuales involucran al mundo físico más que procesos simbólicos. El individuo puede usar objetos para el autocuidado, el trabajo, y el ocio. Puede adquirir ciertas habilidades visoespaciales, tales como emparejamientos y clasificaciones basadas en características físicas. Aunque, deficiencias motoras o sensoriales pueden impedir el uso funcional de objetos.	El individuo tiene muy limitada la comprensión de la comunicación simbólica mediante el habla o gestos. Pueden comprender instrucciones o gestos sencillos. El individuo expresa sus propios deseos y emociones largamente a través de la comunicación no verbal, no simbólica. El individuo puede relacionarse con miembros de la familia, cuidadores y otros familiares bien conocidos, e iniciar y responder a las interacciones sociales a través de las claves gestuales y emocionales. Las deficiencias sensoriales y físicas pueden impedir muchas actividades sociales.	El individuo depende de otras personas para todos los aspectos del cuidado físico diario, la salud, y la seguridad, aunque pueden ser capaces de participar en alguna de estas actividades. Los individuos sin deficiencias físicas graves pueden asistir a algunas de las tareas diarias de casa, como poner la mesa. Acciones sencillas con objetos pueden ser la base de su participación en algunas actividades vocacionales con altos niveles de apoyo. Actividades de ocio pueden incluir, por ejemplo, escuchar música, ver películas, pasear, o ir a la piscina, todas con el apoyo de otros. Las deficiencias físicas y sensoriales son frecuentes barreras para la participación en actividades en casa (más que la mera observación), para el ocio, u ocupacionales. Conductas desadaptadas están presentes en una minoría significativa.

2. RETRASO GLOBAL DEL DESARROLLO

El segundo diagnóstico de este grupo es una novedad del DSM-5.

Criterios diagnósticos DSM-5 para el retraso global del desarrollo (APA, 2013)

Este diagnóstico está reservado para los individuos de menos de 5 años cuando el nivel de gravedad clínica no puede ser evaluado fiablemente durante la infancia. Esta categoría es diagnosticada cuando un individuo fracasa en alcanzar los hitos del desarrollo esperados en múltiples áreas del funcionamiento intelectual, y se aplica a los individuos cuando son incapaces de someterse a una evaluación sistemática del funcionamiento intelectual, incluyendo a los niños que son demasiado jóvenes para participar en una prueba estandarizada. Esta categoría requiere de una reevaluación después de un período de tiempo.

3. DISCAPACIDAD INTELECTUAL NO ESPECÍFICADA

Y el tercero de los diagnósticos es similar al Retraso Mental de gravedad No Especificado del DSM-IV-TR. Que se establece cuando existe clara presunción de retraso mental, pero la inteligencia del sujeto no puede ser evaluada

Criterios diagnósticos DSM-5 para la discapacidad intelectual no especificada (APA, 2013)

Este diagnóstico está reservado para los individuos de más de 5 años cuando el grado de discapacidad intelectual (trastorno intelectual del desarrollo) es difícil o imposible de evaluar por un déficit sensorial o físico, como ceguera o debilidad prelingual; discapacidad locomotora, o presencia de problemas de conductas graves o la comorbilidad de un trastorno mental. Esta categoría debería ser usada sólo en circunstancias excepcionales y requiere de una reevaluación después de un período de tiempo.

II. TRASTORNOS DE LA COMUNICACIÓN

El segundo grupo de los trastornos del neurodesarrollo son los trastornos de la comunicación. Este grupo es similar al existente en el DSM-IV-TR, las novedades principales están en la unificación del trastorno mixto receptivo-expresivo y el trastorno expresivo bajo el trastorno del lenguaje, el nuevo trastorno de la comunicación pragmática y los cambios de denominación de los otros trastornos.

Este grupo de trastornos incluyen los siguientes trastornos:

1. Trastorno del lenguaje
2. Trastorno de los sonidos del habla
3. Trastorno de la fluencia de inicio en la infancia (Tartamudeo)
4. Trastorno de la comunicación social (Pragmática)
5. Trastorno de la comunicación no especificado

1. TRASTORNO DEL LENGUAJE

Incluye tanto las alteraciones expresivas como receptivas del lenguaje, y plantea un inicio en un período temprano del desarrollo (estableciendo los 4 años como una edad en la que se considera que las posibles alteraciones del lenguaje son estables). Introduce un elemento en el criterio D donde indica que las dificultades no son atribuibles a condiciones médicas y neurológicas, lo que no aparecía en el DSM-IV-TR.

Tabla comparativa de los criterios diagnósticos DSM

DSM-IV-TR (APA, 2002)	DSM-5 (APA, 2013)
TRASTORNO MIXTO DEL LENGUAJE RECEPTIVO-EXPRESIVO	TRASTORNO DEL LENGUAJE
A. Las puntuaciones obtenidas mediante una batería de evaluaciones del desarrollo del lenguaje receptivo y expresivo, normalizadas y administradas individualmente, quedan sustancialmente por debajo de las obtenidas mediante evaluaciones normalizadas de la capacidad intelectual no verbal. Los síntomas incluyen los propios del trastorno del lenguaje expresivo, así como dificultades para comprender palabras, frases o tipos específicos de palabras, tales como términos espaciales.	A. Dificultades persistentes en la adquisición y uso del lenguaje a través de las diferentes modalidades (ej. hablado, escrito, lenguaje de signos, u otro) debido a los déficits en comprensión o producción que incluyen los siguientes: <ol style="list-style-type: none"> 1. Vocabulario reducido (conocimiento y uso de palabras) 2. Limitada estructura de las frases (aptitud para juntar palabras y la terminación de palabras para formar frases basadas en las reglas de la gramática y la morfología). 3. Errores en el discurso (aptitud para usar el vocabulario y frases correctas para explicar o describir un tema o una serie de acontecimientos o tener una conversación).
B. Las deficiencias del lenguaje receptivo y expresivo interfieren significativamente el rendimiento académico o laboral, o la comunicación social.	B. Las aptitudes de lenguaje están cuantificable y sustancialmente por debajo de lo esperado en función de la edad, lo que provoca limitaciones funcionales en una o más de las siguientes áreas: una comunicación efectiva, la participación social, alcanzar los logros académicos o laborales.

C. No se cumplen los criterios de trastorno generalizado del desarrollo.	C. El inicio de los síntomas se produce en un momento temprano del desarrollo.
D. Si hay retraso mental, déficit sensorial o motor del habla o privación ambiental, las deficiencias del lenguaje exceden de las habitualmente asociadas a estos problemas.	D. Las dificultades no son atribuibles a una deficiencia auditiva, a otras deficiencias sensoriales, disfunciones motoras, u otra condición médica o neurológica y no se explica mejor por una discapacidad intelectual (trastorno del desarrollo intelectual) o retraso global del desarrollo.
Nota de codificación. Si hay un déficit sensorial o motor del habla o una enfermedad neurológica, se codificarán en el Eje III.	

2. TRASTORNO DE LOS SONIDOS DEL HABLA

Similar al trastorno fonológico del DSM-IV-TR, cambia por lo tanto la denominación.

Tabla comparativa de los criterios diagnósticos DSM

DSM-IV-TR (APA, 2002)	DSM-5 (APA, 2013)
TRASTORNO FONOLÓGICO	TRASTORNO DE LOS SONIDOS DEL HABLA
A. Incapacidad para utilizar los sonidos del habla esperables evolutivamente y propios de la edad e idioma del sujeto (p. ej., errores de la producción, utilización, representación u organización de los sonidos tales como sustituciones de un sonido por otro (utilización del sonido /t/ en lugar de /k/ u omisiones de sonidos tales como consonantes finales).	A. Existen dificultades persistentes en la producción de los sonidos del habla que interfieren a la comprensión del habla o impiden los mensajes de la comunicación verbal.
B. Las deficiencias de la producción de los sonidos del habla interfieren el rendimiento académico o laboral, o la comunicación social.	B. El trastorno causa limitaciones en la comunicación efectiva que interfiere de forma individual o combinada en la participación social, alcanzar los logros académicos o laborales.
	C. El inicio de los síntomas se produce en un momento temprano del desarrollo.
C. Si hay un retraso mental, un déficit sensorial o motor del habla, o una privación ambiental, las deficiencias del habla exceden de las habitualmente asociadas a estos problemas.	D. Las dificultades no son atribuibles a condiciones congénitas o adquiridas como parálisis cerebral, hendidura palatina, pérdida de audición, traumatismo cerebral, u otras condiciones médicas o neurológicas.
Nota de codificación. Si hay un déficit sensorial o motor del habla o una enfermedad neurológica, se codificarán en el Eje III.	

3. TRASTORNO DE LA FLUENCIA DE INICIO EN LA INFANCIA (TARTAMUDEO)

El tartamudeo es un diagnóstico que apenas ha recibido cambios con respecto al DSM-IV-TR.

Tabla comparativa de los criterios diagnósticos DSM	
DSM-IV-TR (APA, 2002) TARTAMUDEO	DSM-5 (APA, 2013) TRASTORNO DE LA FLUENCIA DE INICIO EN LA INFANCIA (TARTAMUDEO)
<p>A. Alteración de la fluidez y la organización temporal normales del habla (inadecuadas para la edad del sujeto), caracterizada por ocurrencias frecuentes de uno o más de los siguientes fenómenos:</p> <p>(1) repeticiones de sonidos y sílabas</p> <p>(2) prolongaciones de sonidos</p> <p>(3) interjecciones</p> <p>(4) palabras fragmentadas (p. ej., pausas dentro de una palabra)</p> <p>(5) bloqueos audibles o silenciosos (pausas en el habla)</p> <p>(6) circunloquios (sustituciones de palabras para evitar palabras problemáticas)</p> <p>(7) palabras producidas con un exceso de tensión física</p> <p>(8) repeticiones de palabras monosilábicas (p. ej., «Yo-yo-yo le veo»)</p>	<p>A. Alteraciones en la fluidez y en el patrón del habla que es inapropiada para la edad del individuo y para las habilidades del lenguaje, que persisten a través del tiempo, y son caracterizadas por una marcada y frecuente aparición de uno (o más) de las siguientes manifestaciones:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Repetición de sonidos y sílabas. 2. Prolongación de sonidos de consonantes o vocales. 3. Palabras fragmentadas (p. ej., pausas dentro de una palabra) 4. Bloqueos audibles o silenciosos (pausas en el habla) 5. Circunloquios (sustituciones de palabras para evitar palabras problemáticas) 6. Palabras producidas con un exceso de tensión física 7. Repeticiones de palabras monosilábicas (p. ej., «Yo-yo-yo le veo»)
<p>B. La alteración de la fluidez interfiere el rendimiento académico o laboral, o la comunicación social.</p>	<p>B. Las alteraciones causan ansiedad al hablar o limitaciones en la comunicación efectiva que interfiere de forma aislada o de forma combinada a la participación social, al rendimiento académico o laboral.</p>
	<p>C. El inicio de los síntomas se produce en un momento temprano del desarrollo. (Nota: Los casos de inicio tardío se diagnostican como Trastorno de la fluencia de inicio en la vida adulta)</p>
<p>C. Si hay un déficit sensorial o motor del habla, las deficiencias del habla son superiores a las habitualmente asociadas a estos problemas.</p>	<p>D. Las dificultades no son atribuibles a déficits sensoriales o motores del habla, ni a una lesión neurológica (ej. apoplejía, tumor, trauma), u otra condición médica y no se explica mejor por otro trastorno mental.</p>
<p>Nota de codificación. Si hay un déficit sensorial o motor del habla o una enfermedad neurológica, se codificarán en el Eje III.</p>	

4. TRASTORNO DE LA COMUNICACIÓN SOCIAL (PRAGMÁTICA)

Se trata de un nuevo diagnóstico, recoge aquellos casos en los que hay dificultades en el componente pragmático (o uso) del lenguaje, similares a los asociados a los niños con trastorno del espectro autista (TEA), pero que no presentan todas las características para recibir dicho diagnóstico.

Criterios diagnósticos DSM-5 para el trastorno de la comunicación social (pragmática) (APA, 2013)

A. Dificultades persistentes en el uso social de la comunicación verbal y no verbal que se manifiesta por todas las siguientes:

1. Déficits en el uso de la comunicación con objetivos sociales, tales como saludar y compartir información, de una forma que es apropiada para el contexto social.
2. Deficiencia en la aptitud para cambiar la comunicación para ajustarse al contexto o para atender a las necesidades del oyente, tales como hablar de manera diferente en la clase que en recreo, hablar de manera distinta a un niño que a un adulto, y evitar el uso excesivo de un lenguaje formal.
3. Dificultades para seguir las reglas de la conversación y para narrar, tales como mantener los turnos de conversación, parafrasear cuando no entiendes, y conocer cómo usar los signos verbales y no verbales que regulan la interacción.
4. Dificultades para comprender lo que no está explícitamente expresado (ej. hacer inferencias) y significados del lenguaje no literal o ambiguo (ej. modismo, humor, metáforas, múltiples significados que dependen del contexto para interpretarlos).

B. Los déficits producen limitaciones funcionales en uno o más de los siguientes dominios, como una comunicación efectiva, la participación social, relaciones sociales, o en el rendimiento académico o laboral.

C. El inicio de los síntomas se produce en un momento temprano del desarrollo (pero los déficits pueden no ser completamente manifiestos hasta que la comunicación social demanda un nivel que excede sus capacidades).

D. Los síntomas no son atribuibles a otra condición médica o neurológica o bajas aptitudes en el dominio de la morfología o la gramática, y no se explica mejor por el trastorno de espectro autista, discapacidad intelectual (trastorno del desarrollo intelectual), retraso global del desarrollo, u otro trastorno mental.

5. TRASTORNO DE LA COMUNICACIÓN NO ESPECÍFICADO

Similar al trastorno de la comunicación no especificado del DSM-IV-TR.

Tabla comparativa de los criterios diagnósticos DSM

DSM-IV-TR (APA, 2002)	DSM-5 (APA, 2013)
TRASTORNO DE LA COMUNICACIÓN NO ESPECIFICADO	TRASTORNO DE LA COMUNICACIÓN NO ESPECÍFICADO
Esta categoría se reserva para trastornos de la comunicación que no cumplen los criterios de ningún trastorno de la comunicación específico; por ejemplo, un trastorno de la voz (esto es, una anomalía del volumen, calidad, tono o resonancia vocales).	Esta categoría se aplica a las presentaciones en las que los síntomas característicos del trastorno de la comunicación que causa un malestar o un deterioro significativo social, laboral o en otras áreas importantes del funcionamiento pero no cumplen todos los criterios para otro trastorno de la comunicación o para cualquier otro diagnóstico de los trastornos del neurodesarrollo. El trastorno de la comunicación no especificado es una

categoría usada en situaciones en las que el clínico no puede especificar que se cumplan los criterios para un trastorno de la comunicación específico o un trastorno del neurodesarrollo específico, e incluye las presentaciones en las que no hay suficiente información para hacer un diagnóstico más específico.

III. TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA

Este es uno de los principales cambios con respecto al DSM-IV-TR y de los que más controversias han generado. Ya que el grupo de Trastornos Generalizados del Desarrollo del DSM-IV-TR se han unificado bajo un único diagnóstico de Trastorno del Espectro Autista (TEA), eliminando por lo tanto todas las categorías existentes previamente (trastorno autista, trastorno de Rett, trastorno desintegrativo infantil, trastorno de Asperger y trastorno generalizado del desarrollo no especificado).

Así, un tema controvertido como la diferencia existente entre el Trastorno Autista de alto funcionamiento y el Trastorno de Asperger, es resuelto por el DSM-5 al considerarlos dentro del mismo trastorno.

TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA

Tabla comparativa de los criterios diagnósticos DSM	
DSM-IV-TR (APA, 2002) AUTISMO INFANTIL	DSM-5 (APA, 2013) TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA
A. Un total de 6 (o más) ítems de (1), (2) y (3), con por lo menos dos de (1), y uno de (2) y de (3):	A. Déficits persistentes en la comunicación social y la interacción social a través de múltiples contextos, manifestadas actualmente o en el pasado por medio de las siguientes características (los ejemplos son ilustrativos y no exhaustivos; ver texto):
(1) alteración cualitativa de la interacción social, manifestada al menos por dos de las siguientes características: (a) importante alteración del uso de múltiples comportamientos no verbales, como son contacto ocular, expresión facial, posturas corporales y gestos reguladores de la interacción social (b) incapacidad para desarrollar relaciones con compañeros adecuadas al nivel de desarrollo (c) ausencia de la tendencia espontánea para compartir con otras personas disfrutes, intereses y objetivos (p. ej., no mostrar, traer o señalar objetos de interés) (d) falta de reciprocidad social o emocional	1. Déficits en la reciprocidad socio-emocional, que oscilan desde un acercamiento social inadecuado y errores en el toma y daca de una conversación; un nivel reducido de compartir intereses, emociones, o afectos; fracaso para iniciar o responder a las interacciones sociales. 2. Déficits en las conductas de comunicación no verbal empleadas para la interacción social, que oscilan, por ejemplo, desde una pobre integración entre la comunicación verbal y no verbal; alteraciones en el contacto ocular y el lenguaje corporal o déficits en la comprensión y el uso de gestos; a una total falta de expresión facial y comunicación no verbal. 3. Déficits en el desarrollo, mantenimiento y comprensión de las relaciones; que abarcan, por ejemplo, desde dificultades para ajustar su conducta para adaptarse a varios contextos sociales; dificultades para compartir el juego imaginativo o para hacer amigos; hasta la ausencia de interés por sus iguales.

	<p><i>Especificar la gravedad actual:</i></p> <p>La gravedad está basada en las deficiencias en la comunicación social y en los patrones de conducta restrictivos o repetitivos</p>
<p>(2) alteración cualitativa de la comunicación manifestada al menos por dos de las siguientes características:</p> <p>(a) retraso o ausencia total del desarrollo del lenguaje oral (no acompañado de intentos para compensarlo mediante modos alternativos de comunicación, tales como gestos o mímica)</p> <p>(b) en sujetos con un habla adecuada, alteración importante de la capacidad para iniciar o mantener una conversación con otros</p> <p>(c) utilización estereotipada y repetitiva del lenguaje o lenguaje idiosincrásico</p> <p>(d) ausencia de juego realista espontáneo, variado, o de juego imitativo social propio del nivel de desarrollo</p>	
<p>(3) patrones de comportamiento, intereses y actividades restringidos, repetitivos y estereotipados, manifestados por lo menos mediante una de las siguientes características:</p> <p>(a) preocupación absorbente por uno o más patrones estereotipados y restrictivos de interés que resulta anormal, sea en su intensidad, sea en su objetivo</p> <p>(b) adhesión aparentemente inflexible a rutinas o rituales específicos, no funcionales</p> <p>(c) manierismos motores estereotipados y repetitivos (p. ej., sacudir o girar las manos o dedos, o movimientos complejos de todo el cuerpo)</p> <p>(d) preocupación persistente por partes de objetos</p>	<p>B. Patrones de conductas, intereses o actividades restrictivas, repetitivas, como se manifiestan en al menos dos de los siguientes, actualmente o en el pasado (los ejemplos son ilustrativos y no exhaustivos; ver texto):</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Movimientos, usos de objetos o habla estereotipados o repetitivos (ej. estereotipias motoras simples, alinear o girar objetos, ecolalia, frases idiosincrásicas). 2. Insistencia en mantener las cosas de forma invariable, adhesión inflexible a rutinas, o patrones de conductas verbales o no verbales ritualizados (ej. malestar intenso a pequeños cambios, dificultades en los cambios, patrones de pensamiento rígido, rituales de saludos, necesitan seguir la ruta o comer la misma comida cada día). 3. Intereses muy restrictivos o fijos que son anormales en intensidad u objetivo (ej. fuerte apego o preocupación con objetos inusuales, excesivamente circunscritos o intereses perseverativos). 4. Hiperreactividad o hiporreactividad sensorial o intereses inusuales a aspectos sensoriales del entorno (ej. aparente indiferencia al dolor o la temperatura, respuesta negativa a ciertos sonidos o texturas, excesivas conductas de oler o tocar objetos, fascinación visual con luces o movimientos): <p><i>Especificar la gravedad actual:</i></p>

	La gravedad se basa en las deficiencias en la comunicación y patrones de conductas restrictivas o repetitivas.
B. Retraso o funcionamiento anormal en por lo menos una de las siguientes áreas, que aparece antes de los 3 años de edad: (1) interacción social, (2) lenguaje utilizado en la comunicación social o (3) juego simbólico o imaginativo.	C. Los síntomas deben estar presentes en el período temprano del desarrollo (pero pueden no ser completamente manifiestos hasta que la demanda social excede sus limitadas capacidades, o puede ser enmascaradas por estrategias aprendidas posteriormente en la vida).
	D. Los síntomas causan limitaciones significativas a nivel social, laboral u otras importantes áreas del funcionamiento actual.
C. El trastorno no se explica mejor por la presencia de un trastorno de Rett o de un trastorno desintegrativo infantil.	E. Estas alteraciones no se explican mejor por discapacidad intelectual (trastorno del desarrollo intelectual) o retraso global del desarrollo. La discapacidad intelectual y el trastorno del espectro autista coexisten frecuentemente; en tal caso habría que hacer un diagnóstico comorbido de trastorno del espectro autista y discapacidad intelectual, la comunicación social debería ser inferior a la esperada para el nivel de desarrollo general.
	Nota: Los individuos con un diagnóstico bien establecido del DSM-IV de trastorno autista, trastorno de Asperger, o trastorno generalizado del desarrollo no especificado deberían recibir el diagnóstico de trastorno del espectro autista. Los individuos quienes tienen unos marcados déficits en la comunicación social, pero cuyos síntomas no alcanzan los criterios para un trastorno del espectro autista, deberían ser evaluados para considerar el trastorno de comunicación social (pragmática).
	<i>Especificar si:</i> Con o sin deficiencia intelectual Con o sin deficiencia de lenguaje Asociado a una condición médica o genética conocida o factores ambientales (Se codifica como: Se usa código adicional para identificar el trastorno o trastornos del neurodesarrollo, mental o conductual asociado. Con catatonia (se refiere al criterio por catatonia asociado con otro trastorno mental) (Codificar: Usar un código adicional para la catatonia asociada con trastorno del espectro autista para identificar la presencia de una catatonia comorbida).

Niveles de gravedad para el trastorno del espectro autista		
Nivel de gravedad	Comunicación social	Conductas repetitivas, restrictivas
Nivel 3 "Requiere apoyo muy sustancial"	Graves déficits en las habilidades de comunicación social verbal y no verbal causas graves limitaciones en el funcionamiento, iniciación de las interacciones sociales muy limitadas, y mínima respuesta a las aperturas sociales de los demás. Por ejemplo, una persona con pocas palabras o habla inteligible que raramente inicia interacciones y, cuando lo hace, es a través de acercamientos inusuales y responde sólo a acercamientos sociales muy directos.	Inflexibilidad en la conducta, extrema dificultad para cambiar, u otras conductas repetitivas/restrictivas que interfieren marcadamente el funcionamiento en todas las esferas. Gran malestar/dificultad para cambiar la acción o el objetivo.
Nivel 2 "Requiere apoyo sustancial"	Marcados déficits en las habilidades de comunicación social verbal y no verbal, las limitaciones sociales aparecen incluso en situaciones con apoyos; las iniciaciones de las situaciones sociales son muy limitadas; y tiene una respuesta a las aperturas sociales de los demás reducida o anormal. Por ejemplo, una persona que dice frases simples, cuya interacción se limita a un estrecho margen de intereses, y que tiene una marcada y peculiar comunicación no verbal.	Inflexibilidad de la conducta, dificultades para cambiar, u otras conductas repetitivas/restrictivas que son suficientemente obvias para cualquier observador e interfieren el funcionamiento en una variedad de contextos. Produce malestar o dificultad para cambiar la acción o el objetivo.
Nivel 1 "Requiere apoyo"	En lugares sin apoyo, los déficits en la comunicación social causa limitaciones significativas. Dificultades para iniciar las interacciones sociales, y claros ejemplos de respuestas atípicas o no exitosas para las aperturas sociales de otros. Puede parecer tener un menor interés en las interacciones sociales. Por ejemplo, una persona que es capaz de hablar en frases completas e involucrarse en una comunicación pero que falla en mantener una conversación, y cuyos intentos para hacer amigos son peculiares y típicamente ineficaces.	Inflexibilidad en la conducta que causa una interferencia significativa en el funcionamiento en uno o más contextos. Las dificultades para cambiar de conductas. Los problemas para organizar y planificar interfieren el funcionamiento independiente.

IV. TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD

El DSM-5 decide separar el Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) de los trastornos de conducta perturbadora (trastorno negativista desafiante y trastorno disocial) y crea un grupo centrado en el TDAH dentro de los trastornos del neurodesarrollo. Formando así un grupo que incluye tres trastornos:

1. Trastorno por déficit de atención con hiperactividad
2. Otro trastorno por déficit de atención con hiperactividad especificado
3. Trastorno por déficit de atención con hiperactividad no especificado

1. TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD

El principal cambio está en la edad de inicio requerida que pasa de un inicio antes de los 7 años a un inicio antes de los 12. Además se incluyen ejemplos en los indicadores que atienden a los adolescentes y adultos, requiriéndose menos indicadores para el diagnóstico en adolescentes y adultos que en el caso de los niños.

En los criterios de exclusión se elimina el trastorno generalizado del desarrollo (o como está en el DSM-5 el trastorno de espectro autista), permitiendo por tanto el diagnóstico conjunto de trastorno del espectro autista (TEA) y de trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH), lo que no se podía hacer en el DSM-IV-TR.

Tabla comparativa de los criterios diagnósticos DSM

DSM-IV-TR (APA, 2002)	DSM-5 (APA, 2013)
TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD	TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD
A. (1) o (2):	A. Patrón persistente de desatención y/o hiperactividad-impulsividad que interfiere con el funcionamiento o desarrollo, que se caracteriza por (1) y/o (2):
(1) seis (o más) de los siguientes síntomas de desatención han persistido por lo menos durante 6 meses con una intensidad que es desadaptativa e incoherente en relación con el nivel de desarrollo:	1. Desatención: Seis (o más) de los siguientes síntomas han persistido por lo menos durante 6 meses con una intensidad que es desadaptativa e incoherente en relación con el nivel de desarrollo y que tiene un impacto directamente sobre las actividades sociales y académicas/laborales:
	Nota: Los síntomas no son meramente una manifestación de una conducta oposicionista, desafiante, hostil, o dificultad para comprender las tareas o instrucciones. Para los adolescentes y adultos (17 o más años), se requieren al menos cinco síntomas.
Desatención (a) a menudo no presta atención suficiente a los detalles o incurre en errores por descuido en las tareas escolares, en el trabajo o en otras actividades (b) a menudo tiene dificultades para mantener la atención en tareas o en actividades lúdicas (c) a menudo parece no escuchar cuando se le habla directamente	a. A menudo no presta atención suficiente a los detalles o incurre en errores por descuido en las tareas escolares, en el trabajo o en otras actividades (ej. ignorar o equivocarse en los detalles, trabajo ineficaz). b. A menudo tiene dificultades para mantener la atención en tareas o en actividades lúdicas (ej. dificultades para mantener la atención durante discursos, conversaciones o lecturas largas) c. A menudo parece no escuchar cuando se le habla directamente (ej. parece con la mente en otro lugar, incluso aunque no exista ninguna distracción).

<p>(d) a menudo no sigue instrucciones y no finaliza tareas escolares, encargos, u obligaciones en el centro de trabajo (no se debe a comportamiento negativista o a incapacidad para comprender instrucciones)</p> <p>(e) a menudo tiene dificultades para organizar tareas y actividades</p> <p>(f) a menudo evita, le disgusta o es renuente en cuanto a dedicarse a tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido (como trabajos escolares o domésticos)</p> <p>(g) a menudo extravía objetos necesarios para tareas o actividades (p. ej., juguetes, ejercicios escolares, lápices, libros o herramientas)</p> <p>(h) a menudo se distrae fácilmente por estímulos irrelevantes</p> <p>(i) a menudo es descuidado en las actividades diarias</p>	<p>d. A menudo no sigue instrucciones y no finaliza tareas escolares, encargos u obligaciones en el lugar de trabajo (ej. comienza tareas pero rápidamente se despista y con facilidad se desvía de la tarea).</p> <p>e. A menudo tiene dificultades para organizar tareas y actividades (ej. dificultades para manejar una secuencia de tareas; dificultades para mantener los materiales y las pertenencias en orden; hace los trabajos de forma desordenada, desorganizada; maneja mal el tiempo; falla en tener las cosas antes de la fecha límite).</p> <p>f. A menudo evita, le disgusta o es renuente en cuanto a dedicarse a tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido (como trabajos escolares o domésticos); en adolescentes y adultos, preparar informes, completar formularios, revisar largas tareas con papeles).</p> <p>g. A menudo extravía objetos necesarios para tareas o actividades (p. ej., materiales escolares, lápices, libros o herramientas, carteras, llaves, papeles, gafas, móviles).</p> <p>h. A menudo se distrae fácilmente por estímulos irrelevantes (para adolescentes y adultos, puede incluir pensamientos no relacionados con lo que se hace).</p> <p>i. A menudo es descuidado en las actividades diarias (ej. haciendo tareas, cumpliendo recados; para adolescentes y adultos, devolver llamadas, pagar facturas, mantener citas).</p>
<p>(2) seis (o más) de los siguientes síntomas de hiperactividad-impulsividad han persistido por lo menos durante 6 meses con una intensidad que es desadaptativa e incoherente en relación con el nivel de desarrollo:</p>	<p>2. Hiperactividad e Impulsividad: Seis (o más) de los siguientes síntomas han persistido por lo menos durante 6 meses con una intensidad que es desadaptativa e incoherente en relación con el nivel de desarrollo y que impacta directamente y de forma negativa en las actividades sociales y académicas/laborales:</p>
	<p>Nota: Los síntomas no son meramente una manifestación de una conducta oposicionista, desafiante, hostil, o dificultad para comprender las tareas o instrucciones. Para los adolescentes y adultos (17 o más años), se requieren al menos cinco síntomas.</p>

<p>Hiperactividad</p> <p>(a) a menudo mueve en exceso manos o pies, o se remueve en su asiento</p> <p>(b) a menudo abandona su asiento en la clase o en otras situaciones en que se espera que permanezca sentado</p> <p>(c) a menudo corre o salta excesivamente en situaciones en que es inapropiado hacerlo (en adolescentes o adultos puede limitarse a sentimientos subjetivos de inquietud)</p> <p>(d) a menudo tiene dificultades para jugar o dedicarse tranquilamente a actividades de ocio</p> <p>(e) a menudo «está en marcha» o suele actuar como si tuviera un motor</p> <p>(f) a menudo habla en exceso</p> <p>Impulsividad</p> <p>(g) a menudo precipita respuestas antes de haber sido completadas las preguntas</p> <p>(h) a menudo tiene dificultades para guardar turno</p> <p>(i) a menudo interrumpe o se inmiscuye en las actividades de otros (p. ej., se entromete en conversaciones o juegos).</p>	<p>a. A menudo mueve en exceso manos o pies, o se remueve en el asiento</p> <p>b. A menudo abandona el asiento en situaciones en que se espera que permanezca sentado (ej. deja su asiento en clase, en la oficina o el lugar de trabajo, o en otras situaciones que requieren mantenerse en el sitio).</p> <p>c. A menudo corre o salta excesivamente en situaciones en que es inapropiado hacerlo (Nota: en adolescentes o adultos puede limitarse a sentimientos subjetivos de inquietud)</p> <p>d. A menudo tiene dificultades para jugar o dedicarse tranquilamente a actividades de ocio.</p> <p>e. A menudo «está en marcha» o suele actuar como si tuviera un motor (ej. es incapaz o se encuentra incomodo si tiene que estar quieto un tiempo prolongado, como en restaurantes, reuniones; puede ser vivido por los demás como personas incansables o que resulta difícil seguir su ritmo).</p> <p>f. A menudo habla en exceso.</p> <p>g. A menudo precipita respuestas antes de haber sido completadas las preguntas (ej. termina las frases de los demás; no puede esperar su turno en la conversación).</p> <p>h. A menudo tiene dificultades para guardar turno (ej. mientras espera en una cola).</p> <p>i. A menudo interrumpe o se inmiscuye en las actividades de otros (p. ej., se entromete en conversaciones, juegos, o actividades; puede empezar a usar las cosas de otras personas sin pedir o recibir permiso; para los adolescentes y adultos, pueden entrometerse o terminar lo que otros estaban haciendo).</p>
<p>B. Algunos síntomas de hiperactividad-impulsividad o desatención que causaban alteraciones estaban presentes antes de los 7 años de edad.</p>	<p>B. Varios síntomas de desatención o hiperactividad-impulsividad estaban presentes antes de los 12 años.</p>
<p>C. Algunas alteraciones provocadas por los síntomas se presentan en dos o más ambientes (p. ej., en la escuela [o en el trabajo] y en casa).</p>	<p>C. Varios síntomas de desatención o hiperactividad-impulsividad están presentes en dos o más ambientes (ej., en casa, en la escuela, o en el trabajo; con amigos o familiares; en otras actividades).</p>

D. Deben existir pruebas claras de un deterioro clínicamente significativo de la actividad social, académica o laboral.	D. Hay una clara evidencia de que los síntomas interfieren o reducen la calidad de su funcionamiento social, académico o laboral.
E. Los síntomas no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno generalizado del desarrollo, esquizofrenia u otro trastorno psicótico, y no se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental (p. ej., trastorno del estado de ánimo, trastorno de ansiedad, trastorno disociativo o un trastorno de la personalidad).	E. Los síntomas no ocurren exclusivamente en el transcurso de una esquizofrenia u otro trastorno psicótico, y no se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental (ej., trastorno del estado de ánimo, trastorno de ansiedad, trastorno disociativo, trastorno de la personalidad, intoxicación o abstinencia de sustancias).
<p>Códigos basados en el tipo:</p> <p>F90.0 Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, tipo combinado [314.01]: si se satisfacen los Criterios A1 y A2 durante los últimos 6 meses</p> <p>F90.8 Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, tipo con predominio del déficit de atención [314.00]: si se satisface el Criterio A1, pero no el Criterio A2 durante los últimos 6 meses</p> <p>F90.0 Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, tipo con predominio hiperactivo-impulsivo [314.01]: si se satisface el Criterio A2, pero no el Criterio A1 durante los últimos 6 meses</p>	<p><i>Especificar si:</i></p> <p>Presentación combinada: Si cumple los Criterios A1 (desatención) y A2 (hiperactividad-impulsividad) durante los últimos 6 meses.</p> <p>Presentación predominantemente desatento: Si cumple el Criterio A1, pero no el Criterio A2 durante los últimos 6 meses.</p> <p>Presentación predominantemente hiperactivo/impulsivo: Si cumple el Criterio A2, pero no el Criterio A1 durante los últimos 6 meses.</p>
<p>Nota de codificación. En el caso de sujetos (en especial adolescentes y adultos) que actualmente tengan síntomas que ya no cumplen todos los criterios, debe especificarse en «remisión parcial».</p>	<p><i>Especificar si:</i></p> <p>En remisión parcial: Cuando ha cumplido previamente todos los criterios, y actualmente no cumple todos los criterios en los últimos 6 meses, y los síntomas todavía resultan en limitaciones en el funcionamiento social, académico, o laboral.</p>
	<p><i>Especificar la gravedad actual:</i></p> <p>Leve: Pocos, si alguno, síntomas exceden los requeridos para hacer el diagnóstico están presentes, y los síntomas producen pequeñas limitaciones en el funcionamiento social o laboral.</p> <p>Moderado: Los síntomas o las limitaciones en el funcionamiento presentes están entre “leve” y “grave”.</p> <p>Grave: Muchos síntomas exceden los requeridos para hacer el diagnóstico, o varios síntomas que son particularmente graves están presentes, o los síntomas resultan en unas marcadas limitaciones en el funcionamiento social o laboral.</p>

2. OTRO TRASTORNO ESPECÍFICO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD

El segundo diagnóstico es una novedad del DSM-5.

Crterios diagnósticos DSM-5 para Otro trastorno específico por déficit de atención con hiperactividad (APA, 2013)

Esta categoría se aplica a las presentaciones en las que predominan los síntomas característicos del trastorno por déficit de atención con hiperactividad que causan un malestar o un deterioro significativo en el funcionamiento social, ocupacional o en otras áreas significativas pero no cumplen todos los criterios para el trastorno por déficit de atención con hiperactividad o cualquier otro trastorno en el neurodesarrollo. El otro trastorno específico por déficit de atención con hiperactividad ha de usarse en situaciones en las que el clínico elige comunicar la razón específica por la que no cumple los criterios para el trastorno por déficit de atención con hiperactividad u otro trastorno del neurodesarrollo. Lo que se hace especificando “otro trastorno específico por déficit de atención con hiperactividad” seguido de la razón específica (ej. “con insuficientes síntomas de desatención”).

3. TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD NO ESPECÍFICADO

Y el tercero es similar al Trastorno por déficit de atención con hiperactividad no especificado del DSM-IV-TR.

Tabla comparativa de los criterios diagnósticos DSM

DSM-IV-TR (APA, 2002)	DSM-5 (APA, 2013)
TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD NO ESPECIFICADO	TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD NO ESPECÍFICADO
Esta categoría incluye trastornos con síntomas prominentes de desatención o hiperactividad-impulsividad que no satisfacen los criterios del trastorno por déficit de atención con hiperactividad.	Esta categoría se aplica a las presentaciones en las que los síntomas característicos del trastorno por déficit de atención con hiperactividad que causan un malestar o deterioro significativo en el funcionamiento social, ocupacional o en otras áreas significativas pero no cumplen todos los criterios para el trastorno por déficit de atención con hiperactividad o cualquier otro trastorno en el neurodesarrollo. El trastorno por déficit de atención con hiperactividad no especificado ha de usarse en situaciones en las que el clínico elige no comunicar la razón específica por la que no cumple los criterios para el trastorno por déficit de atención con hiperactividad u otro trastorno del neurodesarrollo, e incluye las presentaciones en las que no hay suficiente información para hacer un diagnóstico más específico.

V. TRASTORNO ESPECÍFICO DEL APRENDIZAJE

Este grupo incluye un solo diagnóstico el trastorno específico del aprendizaje que agrupa los tres trastornos del aprendizaje que existían en el DSM-IV como son el trastorno de lectura, el trastorno de la expresión escrita, y el trastorno del cálculo.

Mantiene el concepto de trastorno de lectura de manera similar, incluyendo los errores en decodificación lectora, fluidez, entonación y comprensión. Incluye las dificultades para deletrear que no aparecía en el DSM-IV-TR aunque sí en la CIE-10. En cuanto a la escritura sigue sin incluir los problemas de caligrafía o de ortografía, manteniendo las dificultades para la redacción o expresión escrita. En relación a las alteraciones en el cálculo mantiene las alteraciones en el cálculo además de las alteraciones en conceptos matemáticos básicos, incluyendo las dificultades en solucionar problemas matemáticos.

1. TRASTORNO ESPECÍFICO DEL APRENDIZAJE

Los criterios son similares a los utilizados en los trastornos del aprendizaje del DSM-IV de forma individualizada, que en esta ocasión aparecen agrupados en un diagnóstico.

Tabla comparativa de los criterios diagnósticos DSM

DSM-IV-TR (APA, 2002) TRASTORNO DE LA LECTURA	DSM-5 (APA, 2013) TRASTORNO ESPECÍFICO DEL APRENDIZAJE
<p>A. El rendimiento en lectura, medido mediante pruebas de precisión o comprensión normalizadas y administradas individualmente, se sitúa sustancialmente por debajo de lo esperado dados la edad cronológica del sujeto, su coeficiente de inteligencia y la escolaridad propia de su edad.</p>	<p>A. Existen dificultades en el aprendizaje y en las habilidades académicas, como se indica por la presencia de al menos uno de los siguientes síntomas que persisten al menos durante 6 meses, a pesar de haber recibido intervenciones cuyo objetivo son dichas dificultades:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Presenta errores en la lectura de palabras o la lectura es lenta y esforzada (ej. lee en voz alta palabras de manera incorrecta o lentamente y con vacilaciones, frecuentemente adivina las palabras, tiene dificultades para pronunciar las palabras). 2. Presenta dificultades en la comprensión del significado de lo que lee (ej. puede leer el texto correctamente pero no comprender las frases, las relaciones entre ellas, las inferencias o el significado más profundo de lo que lee). 3. Presenta dificultades para deletrear (ej. puede cometer adiciones, omisiones, o sustituciones de vocales o consonantes). 4. Presenta dificultades en la expresión escrita (ej. comete múltiples errores de gramática o de puntuación en las frases; tiene una pobre organización de los párrafos, falta claridad en la expresión de ideas por escrito). 5. Presenta dificultades para manejar los conceptos numéricos, los datos numéricos, o el cálculo (ej. tiene una pobre comprensión de los números, su magnitud, y sus relaciones; cuenta con los dedos y suma números de un dígito con los dedos, se pierde en medio de las operaciones aritméticas e intercambia operaciones). 6. Presenta dificultades en el razonamiento matemático (ej. tiene graves dificultades para aplicar los conceptos matemáticos, los datos, o los procedimientos para solucionar problemas matemáticos).

<p>B. La alteración del Criterio A interfiere significativamente el rendimiento académico o las actividades de la vida cotidiana que exigen habilidades para la lectura.</p>	<p>B. Las habilidades académicas afectadas están sustancial y cuantificablemente por debajo de las esperadas para la edad cronológica del individuo, y causa una significativa interferencia con el rendimiento académico o laboral, o con las actividades de la vida cotidiana, como se confirma por la administración de medidas de rendimiento estandarizadas y administradas de forma individual y por una evaluación clínica amplia. Para los individuos de 17 años o más, una historia documentada de dificultades en aprendizaje puede sustituir a la evaluación estandarizada.</p>
	<p>C. Las dificultades de aprendizaje empiezan durante los años escolares pero pueden no ser completamente manifiestos hasta que las demandas para aquellas habilidades académicas afectadas exceden las capacidades individuales limitadas (ej. pruebas con tiempo limitados, lectura o escritura de informes largos y complejos y hay que ceñirse a una fecha límite, o cargas académicas excesivamente duras).</p>
<p>C. Si hay un déficit sensorial, las dificultades para la lectura exceden de las habitualmente asociadas a él.</p>	<p>D. Las dificultades del aprendizaje no son mejor explicados por discapacidad intelectual, agudeza visual o auditiva, otros trastornos mentales o neurológicos, adversidad psicosocial, falta de competencia en el lenguaje, o inadecuada instrucción educativa.</p>
<p>Nota de codificación. Si hay una enfermedad médica (p. ej., neurológica) o un déficit sensorial, se codificarán en el Eje III.</p>	<p>Nota: Los cuatro criterios diagnósticos han de ser basados en una síntesis clínica de la historia del individuo (desarrollo, médico, familiar, educativo), informes escolares, y evaluación psicoeducativa.</p>
	<p>Nota de codificación: Especificar todos los dominios académicos y las habilidades que están alteradas. Cuando está alterado más de un dominio, cada uno debería ser codificado individualmente de acuerdo a los siguientes especificadores.</p>
	<p><i>Especificar si:</i></p> <p>Con limitaciones en la lectura:</p> <p>Precisión en la lectura de palabras</p> <p>Fluidez o tasa de lectura</p> <p>Comprensión lectora</p> <p>Nota: Dislexia es un término alternativo usado para referirse a un patrón de lectura con dificultades caracterizada por problemas para el reconocimiento preciso o fluido de palabras, pobre decodificación lectora, y pobres aptitudes para el deletreo. Si se emplea dislexia para especificar este patrón particular de dificultades, es importante también especificar cualquier otra dificultad que se presente, tales como dificultades en la comprensión</p>

	<p>de la lectura o en el razonamiento matemático.</p> <p>Con limitaciones en la expresión escrita:</p> <p>Precisión en el deletreo</p> <p>Precisión en la gramática y en la puntuación</p> <p>Claridad u organización en la expresión escrita</p> <p>Con limitaciones en matemáticas:</p> <p>Conceptos numéricos</p> <p>Memorización de datos numéricos</p> <p>Precisión o fluidez de cálculo</p> <p>Razonamiento matemático preciso</p> <p>Nota: Discalculia es un término alternativo usado para referirse a un patrón de dificultades caracterizado por problemas en el procesamiento de la información numérica, aprendizaje de datos numéricos, y una realización de cálculos de forma precisa y fluida. Si se emplea discalculia para especificar este patrón particular de dificultades matemáticas, es importante también especificar cualquier otra dificultad que se presente, tales como dificultades en el razonamiento matemático o el razonamiento verbal.</p>
	<p><i>Especificar la gravedad actual:</i></p> <p>Leve: Algunas dificultades en las habilidades de aprendizaje afectan a uno o dos dominios académicos, pero de gravedad leve y el individuo puede compensarlos si recibe las apropiadas adaptaciones o apoyos, especialmente durante los años escolares.</p> <p>Moderado: Marcadas dificultades en las habilidades de aprendizaje afectan a uno o más dominios académicos, por lo que es improbable que el individuo llegue a ser eficaz sin intervalos intensos y especializados de enseñanza durante los años escolares. Algunas adaptaciones o apoyos al menos parte del día en la escuela, en el lugar de trabajo, o en casa pueden ser necesarios para completar las tareas con precisión y eficacia.</p> <p>Grave: Graves dificultades en las habilidades de aprendizaje afectan a múltiples dominios académicos, así que el individuo es improbable que aprenda dichas habilidades sin una intensa y especializada enseñanza durante la mayoría de los años escolares. Incluso con unas apropiadas adaptaciones en casa, en la escuela, o en el lugar de trabajo, el individuo puede no ser capaz de completar con eficiencia todas las tareas.</p>

VI. TRASTORNOS MOTORES

Este grupo engloba los diferentes trastornos motores que aparecían separados en el DSM-IV a lo largo del apartado trastorno de inicio en la infancia y la adolescencia. Incluye tanto los trastornos por déficit de habilidades como los producidos por la presencia de hábitos motores inadecuados

1. Trastorno del desarrollo de la coordinación
2. Trastorno de movimientos estereotipados
3. Trastornos de tics

Grupo de trastornos que incluye 5 trastornos diferentes

- 3.1. Trastorno de la Tourette
- 3.2. Trastorno de tics motores o vocales crónicos
- 3.3. Trastorno de tics transitorios
- 3.4. Otro trastorno específico de tics
- 3.5. Trastorno no específico de tics

1. TRASTORNO DEL DESARROLLO DE LA COORDINACIÓN

Este diagnóstico apenas cambia en sus criterios aunque si en su ubicación, ya que pasa de ser un trastorno de habilidades motoras a una categoría más amplia como son los trastornos motores.

Tabla comparativa de los criterios diagnósticos DSM

DSM-IV-TR (APA, 2002)	DSM-5 (APA, 2013)
TRASTORNO DEL DESARROLLO DE LA COORDINACIÓN	TRASTORNO DEL DESARROLLO DE LA COORDINACIÓN
A. El rendimiento en las actividades cotidianas que requieren coordinación motora es sustancialmente inferior al esperado dada la edad cronológica del sujeto y su coeficiente de inteligencia. Puede manifestarse por retrasos significativos en la adquisición de los hitos motores (p. ej., caminar, gatear, sentarse), caérsele los objetos de la mano, «torpeza», mal rendimiento en deportes o caligrafía deficiente.	A. La adquisición y ejecución de las habilidades de coordinación motora está sustancialmente por debajo de lo esperado para la edad cronológica del individuo y las oportunidades de aprendizaje y uso de las habilidades. Las dificultades se manifiestan como torpeza (ej. se le caen o golpea objetos), así como por lentitud y poca precisión en la ejecución de las habilidades motoras (ej. coger objetos, usar tijeras o cubiertos, caligrafía, montar en bicicleta, o participar en deportes).
B. El trastorno del Criterio A interfiere significativamente el rendimiento académico o las actividades de la vida cotidiana.	B. Los déficits en las habilidades motoras del criterio A interfieren de forma significativa y persistente en las actividades de la vida diaria conforme son esperados para la edad cronológica (ej. autocuidado) e influye en la productividad académica/escolar, en las actividades laborales, de ocio, y juego.
	C. El inicio de los síntomas es en el período temprano del desarrollo.
C. El trastorno no se debe a una enfermedad médica (p. ej., parálisis cerebral, hemiplejía o distrofia muscular) y no cumple los criterios de trastorno generalizado del desarrollo.	D. Los déficits en las habilidades motoras no se explican mejor por una discapacidad intelectual (trastorno del desarrollo intelectual) o por limitaciones visuales y no es atribuible a condiciones neurológicas que afectan al movimiento (ej. parálisis cerebral, distrofia muscular, trastorno degenerativo).

D. Si hay retraso mental, las deficiencias motoras exceden de las asociadas habitualmente a él.	
Nota de codificación. Si hay una enfermedad médica (p. ej., neurológica) o un déficit sensorial, se codificará en el Eje III.	

2. TRASTORNO DE MOVIMIENTOS ESTEREOTIPADOS

Este trastorno que aparecía en el DSM-IV en el apartado Otros trastorno de inicio en la infancia y la adolescencia. El DSM-5 le incluye en este grupo específico de alteraciones motoras, junto a los trastornos de tics con los que es importante compararlos y diferenciarlos.

Se cambia la característica de “no funcional” por la de aparentemente sin objetivo, ya que éste es un aspecto controvertido. Además se elimina como criterio de exclusión el trastorno de espectro autista, pudiendo hacer ambos diagnósticos si se dan autolesiones o si las estereotipias son suficientemente graves para ser un foco de la intervención.

Tabla comparativa de los criterios diagnósticos DSM

DSM-IV-TR (APA, 2002)	DSM-5 (APA, 2013)
TRASTORNO DE MOVIMIENTOS ESTEREOTIPADOS	TRASTORNO DE MOVIMIENTOS ESTEREOTIPADOS
A. Comportamiento motor repetitivo, que parece impulsivo, y no funcional (p. ej., sacudir o agitar las manos, balancear el cuerpo, dar cabezazos, mordisquear objetos, automorderse, pinchar la piel o los orificios corporales, golpear el propio cuerpo).	A. Conducta motora repetitiva, aparentemente impulsiva, y aparentemente sin objetivo (ej. sacudir o agitar las manos, balancear el cuerpo, dar cabezazos, automorderse, golpear el propio cuerpo).
B. El comportamiento interfiere las actividades normales o da lugar a lesiones corporales autoinfligidas que requieren tratamiento médico (o que provocarían una lesión si no se tomaran medidas preventivas).	B. La conducta motora repetitiva interfiere las actividades sociales, académicas, u otras, o da lugar a autoagresiones.
	C. El inicio es en el período temprano del desarrollo.
C. Si hay retraso mental, el comportamiento estereotipado o autolesivo es de gravedad suficiente para constituir un objetivo terapéutico.	D. La conducta motora repetitiva no es atribuible a los efectos fisiológicos directos de una sustancia o de una condición neurológica y no es mejor explicado por otro trastorno del neurodesarrollo o trastorno mental (ej. tricotilomanía -trastornos de arrancarse el pelo-, trastorno obsesivo-compulsivo).
D. El comportamiento no se explica mejor por una compulsión (como en el trastorno obsesivo-compulsivo), un tic (como en el trastorno por tics), una estereotipia que forma parte de un trastorno generalizado del desarrollo o una tracción del cabello (como en la tricotilomanía).	
E. El comportamiento no se debe a los efectos fisiológicos directos de una sustancia ni a una enfermedad médica.	
F. El comportamiento persiste durante 4 semanas o más.	

<p>Especificar si:</p> <p>Con comportamiento autolesivo: si el comportamiento da lugar a daño corporal que requiera tratamiento específico (o que daría lugar a daño corporal si no se tomaran medidas protectoras)</p>	<p><i>Especificar si:</i></p> <p>Con conducta autolesiva (o conducta que puede resultar en un daño si no se emplean medidas preventivas).</p> <p>Sin conducta autolesiva.</p>
	<p><i>Especificar si:</i></p> <p>Asociado con una condición médica o genética conocida, trastorno del neurodesarrollo o factor ambiental (ej. síndrome de Lesch-Nyhan, discapacidad intelectual -trastorno intelectual del neurodesarrollo-exposición al alcohol intrauterino).</p> <p>Nota de codificación: Se usa un código adicional para identificar la condición médica o genética, o trastorno del neurodesarrollo asociado.</p>
	<p><i>Especificar, gravedad actual:</i></p> <p>Leve: Los síntomas son fácilmente eliminados por estímulos sensoriales o distracción.</p> <p>Moderado: Los síntomas requieren medidas protectoras explícitas y modificación de conducta.</p> <p>Grave: se requieren medidas continuas de supervisión y protectoras para prevenir autolesiones graves.</p>

3. TRASTORNO DE TICS

Los trastornos por tics persisten de forma similar al DSM-IV añadiendo otro trastorno de tics especificado.

En la definición de tic desaparece la característica de “estereotipado” para diferenciarlo del trastorno de movimientos estereotipados.

3.1. TRASTORNO DE LA TOURETTE

Es similar al diagnóstico del DSM-IV-TR eliminando el criterio de malestar o deterioro.

Tabla comparativa de los criterios diagnósticos DSM

DSM-IV-TR (APA, 2002) TRASTORNO DE LA TOURETTE	DSM-5 (APA, 2013) TRASTORNO DE LA TOURETTE
	Nota: Un tic es un movimiento o vocalización súbito, rápido, recurrente, no rítmico.
A. En algún momento a lo largo de la enfermedad ha habido tics motores múltiples y uno o más tics vocales, aunque no necesariamente de modo simultáneo. (Tic es una vocalización o movimiento súbito, rápido, recurrente, no rítmico y estereotipado.)	A. En algún momento a lo largo de la enfermedad ha habido tics motores múltiples y uno o más tics vocales, aunque no necesariamente de modo simultáneo.
B. Los tics aparecen varias veces al día (habitualmente en oleadas) casi cada día o intermitentemente a lo largo de un período de más de 1 año, y durante este tiempo nunca hay un período libre de tics superior a más de 3 meses consecutivos.	B. Los tics pueden presentar altibajos en su frecuencia pero han persistido más de un año desde su comienzo.

C. El trastorno provoca un notable malestar o deterioro significativo social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.	
D. El inicio es anterior a los 18 años de edad.	C. El inicio es anterior a los 18 años de edad.
E. La alteración no se debe a los efectos fisiológicos directos de un fármaco (p. ej., estimulante) o de una enfermedad médica (p. ej., enfermedad de Huntington o encefalitis posviral).	D. La alteración no es atribuible a los efectos fisiológicos de una sustancia (ej. cocaína) o de una condición médica (ej. enfermedad de Huntington o encefalitis posviral).

3.2. TRASTORNO DE TICS MOTORES O VOCALES PERSISTENTES

Similar al DSM-IV-TR eliminando el criterio de deterioro o malestar.

Tabla comparativa de los criterios diagnósticos DSM	
DSM-IV-TR (APA, 2002)	DSM-5 (APA, 2013)
TRASTORNO DE TICS MOTORES O VOCALES CRÓNICOS	TRASTORNO DE TICS MOTORES O VOCALES PERSISTENTES (CRÓNICOS)
A. En algún momento a lo largo de la enfermedad ha habido tics vocales o motores simples o múltiples (esto es, vocalizaciones o movimientos súbitos, rápidos, recurrentes, no rítmicos ni estereotipados), pero no ambos.	A. Ha habido tics motores o vocales simples o múltiples durante la enfermedad, pero no ambos motores y vocales.
B. Los tics aparecen varias veces al día casi cada día o intermitentemente a lo largo de un período de más de 1 año, y durante este tiempo nunca hay un período libre de tics superior a 3 meses consecutivos.	B. Los tics pueden presentar altibajos en su frecuencia pero han persistido más de un año desde su comienzo.
C. La alteración causa un notable malestar o deterioro significativo social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.	
D. El inicio es anterior a los 18 años de edad.	C. El inicio es anterior a los 18 años de edad.
E. El trastorno no se debe a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., estimulantes) ni a una enfermedad médica (p. ej., enfermedad de Huntington o encefalitis posviral).	D. La alteración no es atribuible a los efectos fisiológicos de una sustancia (ej. cocaína) o de una condición médica (ej. enfermedad de Huntington o encefalitis posviral).
F. Nunca se han satisfecho criterios del trastorno de la Tourette.	E. Nunca se han satisfecho criterios del trastorno de la Tourette.
	<p><i>Especificar si:</i></p> <p>Sólo con tics motores</p> <p>Sólo con tics vocales</p>

3.3. TRASTORNO DE TICS TRANSITORIOS

Similar al DSM-IV-TR eliminando el criterio de deterioro o malestar.

Tabla comparativa de los criterios diagnósticos DSM	
DSM-IV-TR (APA, 2002) TRASTORNO DE TICS TRANSITORIOS	DSM-5 (APA, 2013) TRASTORNO DE TICS TRANSITORIOS
A. Tics motores y/o vocales simples o múltiples (esto es, vocalizaciones o movimientos súbitos, rápidos, recurrentes, no rítmicos y estereotipados).	A. Tics motores y/o vocales simples o múltiples.
B. Los tics aparecen varias veces al día, casi cada día durante por lo menos 4 semanas, pero no más de 12 meses consecutivos.	B. Los tics han estado presentes menos de 1 año desde el comienzo del primer tic.
C. La alteración causa un notable malestar o un deterioro significativo social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.	
D. El inicio es anterior a los 18 años de edad.	C. El inicio es anterior a los 18 años de edad.
E. La alteración no se debe a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., estimulantes) ni a una enfermedad médica (p. ej., enfermedad de Huntington o encefalitis posvímica).	D. La alteración no es atribuible a los efectos fisiológicos de una sustancia (ej. cocaína) o de una condición médica (ej. enfermedad de Huntington o encefalitis posvímica).
F. Nunca se han cumplido criterios de trastorno de la Tourette ni de trastorno de tics crónicos motores o vocales.	E. Nunca se han cumplido criterios de trastorno de la Tourette ni de trastorno de tics persistentes (crónicos) motores o vocales.
Especificar si: Episodio simple o recurrente	

3.4. OTRO TRASTORNO ESPECÍFICO DE TICS

Esta es una nueva categoría elaborada para el DSM-5.

Criterios diagnósticos DSM-5 otro trastorno específico de tics (APA, 2013)
Esta categoría se aplica a las presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de un trastorno de tics que causa un malestar o un deterioro clínicamente significativo a nivel social, laboral u otra área importante de funcionamiento pero no cumplen todos los criterios para un trastorno de tics o para cualquiera de los trastornos del neurodesarrollo. El otro trastorno específico de tics es una categoría empleada en situaciones en las que el clínico elige comunicar la razón específica por la que la presentación no cumple los criterios para un trastorno de tics o cualquier trastorno específico del neurodesarrollo. Esto se hace señalando "otro trastorno específico de tics" seguido de la razón específica (ej. "con inicio después de los 18 años").

3.5. TRASTORNO NO ESPECÍFICO DE TICS

Similar al trastorno de tics no especificado.

Tabla comparativa de los criterios diagnósticos DSM	
DSM-IV-TR (APA, 2002) TRASTORNO DE TICS NO ESPECIFICADO	DSM-5 (APA, 2013) TRASTORNO NO ESPECÍFICO DE TICS
Esta categoría comprende trastornos caracterizados de tics, pero que no cumplen los criterios de un trastorno de tics específico. Los ejemplos incluyen tics que duran menos de 4 semanas o tics que se inician después de los 18 años de edad.	Esta categoría se aplica a las presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de un trastorno de tics que causa un malestar o un deterioro clínicamente significativo a nivel social, laboral u otra área importante de funcionamiento pero no cumplen todos los criterios para un trastorno de tics o para cualquiera de los trastornos del neurodesarrollo. El trastorno no específico de tics es una categoría empleada en situaciones en las que el clínico elige no comunicar la razón específica por la que la presentación no cumple los criterios para un trastorno de tics o cualquier trastorno específico del neurodesarrollo, e incluye presentaciones en las que hay insuficiente información para hacer un diagnóstico más específico.

VII. OTROS TRASTORNOS DEL NEURODESARROLLO

Esta es una categoría residual que incluye dos diagnósticos

1. Otro trastorno específico del neurodesarrollo
2. Trastorno del no específico neurodesarrollo

1. OTRO TRASTORNO ESPECÍFICO DEL NEURODESARROLLO

Trastorno que aparece en el DSM-5 de forma novedosa.

Criterios diagnósticos DSM-5 para el otro trastorno específico del neurodesarrollo (APA, 2013)
<p>Esta categoría se aplica a las presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de un trastorno del neurodesarrollo que causa un malestar o un deterioro clínicamente significativo a nivel social, laboral u otra área importante de funcionamiento pero no cumplen todos los criterios para cualquiera de los trastornos del neurodesarrollo. El otro trastorno del neurodesarrollo es una categoría empleada en situaciones en las que el clínico elige comunicar la razón específica por la que la presentación no cumple los criterios para cualquier trastorno específico del neurodesarrollo. Esto se hace señalando “otro trastorno del neurodesarrollo específico” seguido de la razón específica (ej. “trastorno del neurodesarrollo asociado con exposición prenatal al alcohol”).</p> <p>Un ejemplo de una presentación que puede ser especificada usando el “otro específico” es el siguiente:</p> <p>Trastorno del neurodesarrollo asociado con exposición prenatal al alcohol: Trastorno del neurodesarrollo asociado a exposición prenatal al alcohol es caracterizada por un rango de deficiencias en el desarrollo provocadas por la exposición al alcohol en el útero.</p>

2. OTRO TRASTORNO ESPECÍFICO DEL NEURODESARROLLO

Trastorno parecido al trastorno de la infancia, la niñez o la adolescencia no especificado.

Tabla comparativa de los criterios diagnósticos DSM	
DSM-IV-TR (APA, 2002)	DSM-5 (APA, 2013)
TRASTORNO DE LA INFANCIA, LA NIÑEZ O LA ADOLESCENCIA NO ESPECIFICADO	TRASTORNO NO ESPECÍFICO DEL NEURODESARROLLO
Esta categoría es una categoría residual para trastornos que se inician en la infancia, la niñez o la adolescencia y que no cumplen los criterios de ningún trastorno específico de esta clasificación.	Esta categoría se aplica a las presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de un trastorno del neurodesarrollo que causa un malestar o un deterioro clínicamente significativo a nivel social, laboral u otra área importante de funcionamiento pero no cumplen todos los criterios para un trastorno del neurodesarrollo. El trastorno no específico del neurodesarrollo es una categoría empleada en situaciones en las que el clínico elige no comunicar la razón específica por la que la presentación no cumple los criterios para cualquier trastorno específico del neurodesarrollo, e incluye presentaciones en las que hay insuficiente información para hacer un diagnóstico más específico (ej. en un ambiente de urgencias).

... continua hasta la página 231.