

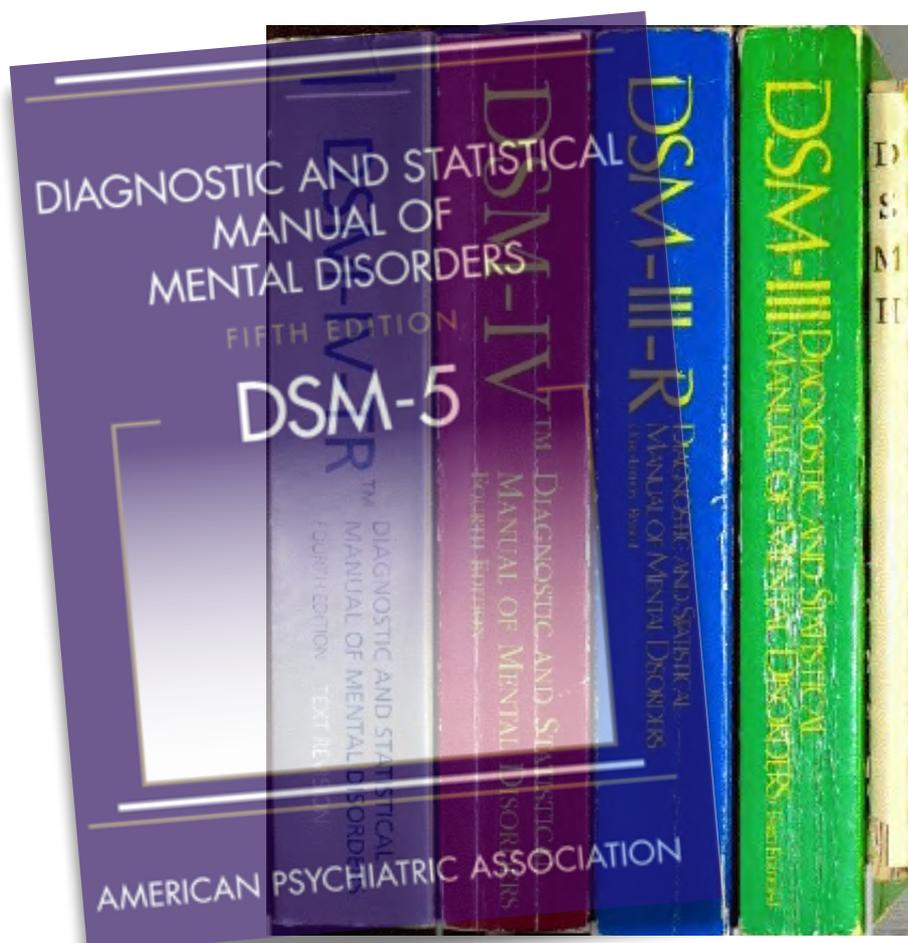
DSM-5

PRINCIPALES CAMBIOS EN TRASTORNOS DE NIÑOS Y ADOLESCENTES

Julia D. Machado, Arthur Caye, Paul J. Frick & Luis A. Rohde

Edición: Matías Irrarázaval & Andres Martin

Traducción: Fernanda Prieto-Tagle & José Montejo

Julia D Machado
Arthur Caye

Programa Ambulatorio de TDAH, Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Universidad Federal de Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Brasil.

Conflictos de interés: no se declaran

Paul J Frick PhD

Departamento de Psicología, Universidad de Nueva Orleans, Nueva Orleans, Louisiana, EEUU.

Conflictos de interés: no se declaran

Luis A Rohde MD, PhD

Instituto de Psiquiatría del Desarrollo de Niños y Adolescentes, Brasil & Programa Ambulatorio de TDAH, Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Universidad Federal de Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Brasil.

Conflictos de interés: en los últimos tres años ha participado de la agencia de oradores y/o consultores para Eli-Lilly, Janssen-Cilag,

Esta publicación está dirigida a profesionales en formación o con práctica en salud mental y no para el público general. Las opiniones vertidas son de responsabilidad de sus autores y no representan necesariamente el punto de vista del Editor o de IACAPAP. Esta publicación busca describir los mejores tratamientos y las prácticas basadas en la evidencia científica disponible en el tiempo en que se escribió, tal como fueron evaluadas por los autores, y éstas pueden cambiar como resultado de nueva investigación. Los lectores deberán aplicar este conocimiento a los pacientes de acuerdo con las directrices y leyes de cada país en el que ejercen profesionalmente. Algunos medicamentos pueden que no estén disponibles en algunos países, por lo que los lectores deberán consultar la información específica del fármaco debido a que ni se mencionan todas las dosis, ni todos los efectos no deseados. Las citas de organizaciones, publicaciones y enlaces de sitios de Internet tienen la finalidad de ilustrar situaciones, o se enlazan como una fuente adicional de información; lo que no significa que los autores, el Editor o IACAPAP avalen su contenido o recomendaciones, que deberán ser analizadas de manera crítica por el lector. Los sitios de Internet, a su vez, también pueden cambiar o dejar de existir.

©IACAPAP 2018. Esta es una publicación de acceso libre bajo criterios de [Licencia Creative Commons Atribución No Comercial](#). El uso, distribución y reproducción a través de cualquier medio están permitidos sin previa autorización siempre que la obra original esté debidamente citada y su uso no sea comercial. Envíe sus comentarios acerca de este libro digital o algún capítulo a jmrey@bigpond.net.au.

Cita sugerida: Machado JD, Caye A, Frick PJ, Rohde LA. DSM-5. Principales cambios en trastornos de niños y adolescentes. (Irrarázaval M, Martin A, ed. Prieto-Tagle F, Montejo J, trad.). En Rey JM (ed), *Manual de Salud Mental Infantil y Adolescente de la IACAPAP*. Ginebra: Asociación Internacional de Psiquiatría del Niño y el Adolescente y Profesiones Afines 2018.

Clasificar es de una importancia innegable para el progreso humano, desde el simple reconocimiento de patrones de fácil memorización, hasta complejos sistemas de clasificación científica. Los principales usos de la clasificación en la mayoría de los campos de estudio, incluyen el aclarar las relaciones entre objetos u organismos; facilitar la memorización y la recuperación de datos; permitir una comunicación clara; mejorar el poder predictivo; y estimular la búsqueda de explicaciones (Volkmar et al, 2007).

Los sistemas de clasificación en psiquiatría infantil y del adolescente se utilizan para fines similares. Sin embargo, a diferencia de lo que se observa cada vez más en otras áreas de la medicina, el papel de la clasificación en la predicción y la explicación de los trastornos sigue siendo limitado. Hasta ahora, la principal función de la clasificación en psiquiatría infantil y del adolescente ha sido mejorar la transmisión de información, facilitando la comunicación entre profesionales, tanto en ambientes clínicos como de investigación. Otros usos de la clasificación incluyen la entrega de información que puede ser útil para el tratamiento y el pronóstico (Martin & Wolkmar, 2007).

UNA PERSPECTIVA HISTÓRICA

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM), es uno de los dos principales sistemas de clasificación. Desde su primera publicación en 1952, el DSM ha sido sometido a cinco revisiones mayores, hasta llegar a la actual, el DSM-5 (Asociación Americana de Psiquiatría, 2013). El DSM-III (Asociación Americana de Psiquiatría, 1980) es reconocido como revolucionario, ya que mejoró—operacionalizó—los criterios diagnósticos y, en consecuencia, la fiabilidad de los diagnósticos psiquiátricos. El DSM-IV, publicado 14 años después (Asociación Americana de Psiquiatría, 2000), intentó armonizar el DSM con la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE), y dar mayor énfasis a la validez de los diagnósticos psiquiátricos, realizando revisiones sistemáticas y ensayos de campo. Sin embargo al utilizarlo, se observaron destacadas limitaciones, tanto en la armonización con la CIE-10 (First, 2009), como en la validez de muchos de los diagnósticos psiquiátricos (Kapur et al, 2012).

Inicialmente, se esperaba que el DSM-5 generara un cambio de paradigma en la psiquiatría, al relacionar el diagnóstico con una fisiopatología subyacente. Sin embargo, la falta de marcadores neurobiológicos con suficiente especificidad diagnóstica obstaculizó esta expectativa (Kendler & First, 2010). Este desafío fue dejado para otros sistemas clasificatorios, como la iniciativa de Criterios de Dominios de Investigación (RDoC, por sus siglas en inglés), del Instituto Nacional de Salud Mental (NIMH, por sus siglas en inglés) (ver <http://www.youtube.com/watch?v=i8Dh33cMipY>). En este contexto, las principales modificaciones introducidas en el DSM-5 pueden resumirse como sigue:

- 1) Un mayor énfasis en la perspectiva dimensional. Se ha criticado considerablemente el enfoque categórico de las ediciones anteriores del DSM, ya que no hay suficientes datos empíricos que apoyen el número de síntomas presentes/ausentes necesarios para muchos trastornos, desde el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH), hasta los trastornos de la personalidad. Este enfoque categórico ha sido fuertemente criticado, ya que clasifica como patológicos algunos

Novartis y Shire; derechos de autor de la Editorial de la Universidad de Oxford y ArtMed; financiamiento para pasajes de avión y alojamiento de Novartis y Janssen-Cilag en el 2010 para participar de dos reuniones de psiquiatría infantil. Los Programas Ambulatorios de TDAH y Trastorno Bipolar Juvenil recibieron fondos educacionales y de investigación sin restricción de Abbott, Eli-Lilly, Janssen-Cilag, Novartis, y Shire.

patrones normales de comportamiento, disminuye la posibilidad de identificar presentaciones y comorbilidades atípicas, sustenta planes de tratamiento descontextualizados e inflexibles y ciegos al contexto, y debilita el poder estadístico de la investigación. La incorporación de las medidas dimensionales, sin que resultaran hostiles para los profesionales, fue quizás el desafío más difícil para los grupos de trabajo del DSM-5. En el DSM-5, la dimensionalidad se introdujo de diversas maneras. Por ejemplo, incorporando la *evaluación de síntomas transversales* (Narrow et al, 2013); es decir, utilizando preguntas de cribado para 12 dimensiones del comportamiento. Si alguna de las respuestas a las preguntas del cribado inicial es positiva, entonces se relaciona con un segundo nivel de preguntas. Este método es similar a la revisión tradicional de los sistemas en medicina general. Esta modificación aborda parte del problema, capturando diferentes dimensiones de los síntomas, y aumentando potencialmente la detección de presentaciones atípicas y comorbilidades. La dimensionalidad también se reforzó mediante la incorporación de escalas de gravedad para todos los trastornos, y la reestructuración de los criterios diagnósticos para algunas enfermedades, como el trastorno del espectro del autismo y los trastornos por consumo de sustancias.

- 2) La estructura se modificó para poder agrupar cada vez más a los trastornos, en base a los factores etiológicos comunes (Andrews et al, 2009a). En efecto, este fue el único cambio importante que se hizo fundamentado en los mecanismos neurobiológicos. En consecuencia, el trastorno obsesivo compulsivo se independizó de los trastornos de ansiedad; el juego patológico se incorporó a la categoría de “trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos”, y se creó una nueva categoría más amplia, de los “trastornos relacionados con traumas y factores de estrés” (ver Tabla A.9.1).
- 3) Se adoptó un enfoque más orientado al desarrollo—reconociendo que una gran proporción de los trastornos mentales comienzan en la infancia o en la adolescencia (Kim-Cohen et al, 2003). Esto es de particular interés para los psiquiatras de niños y adolescentes, y es consistente con la visión de la OMS, que plantea que *los trastornos mentales son en gran medida trastornos crónicos de la infancia* (Guilbert, 2003). Todos los trastornos del DSM-5 están conceptualizados desde una perspectiva del ciclo vital. Por lo tanto, el capítulo del DSM-IV sobre los “trastornos de inicio en la infancia, la niñez o la adolescencia” fue eliminado en el DSM-5. La consideración del desarrollo se ha enfatizado particularmente en algunos diagnósticos (p.ej., TDAH, TEPT); y si bien es pequeña, es más fuerte que en el DSM-IV. La nueva organización de los capítulos del DSM-5 también refleja un intento de incorporar una perspectiva del ciclo vital. Los trastornos habitualmente diagnosticados en la infancia, como los trastornos del desarrollo neurológico, aparecen en primer lugar; son seguidos por los normalmente diagnosticados en la edad adulta, como el trastorno bipolar; y al final del manual se ubican los trastornos diagnosticados más tarde en la vida, como los trastornos neurocognitivos. También se agregó un nuevo capítulo dedicado a los “trastornos motores inducidos por medicamentos y otros efectos adversos de los medicamentos”.



David Kupfer, MD
Director del Equipo de
Trabajo del DSM-5

- 4) La estructura multiaxial del DSM-IV se reemplazó por un enfoque uniaxial. En el DSM-IV, el diagnóstico clínico de un paciente se describía en tres ejes: En el eje I los trastornos clínicos (p.ej., esquizofrenia, trastorno depresivo mayor); en el eje II los trastornos de personalidad; y en el eje III las enfermedades médicas (p.ej., VIH, hipotiroidismo) (la frase “enfermedades médicas” se reemplaza en el DSM-5 por “otras enfermedades médicas”). Los otros dos ejes se utilizaban para registrar los problemas psicosociales y ambientales y la evaluación de la actividad global. Sin embargo, esta estructura presentaba algunos problemas. En primer lugar, utilizaba un lenguaje psiquiátrico específico, que a menudo no era comprendido por los demás profesionales de salud, dificultando así la comunicación. En segundo lugar, implicaba que un diagnóstico psiquiátrico era diferente a un diagnóstico médico. En el DSM-5, se combinaron los ejes I, II y III, para incluir las enfermedades psiquiátricas y médicas relevantes. Se espera que este cambio mejore la interacción entre

Tabla A.9.1 Organización de los capítulos en el DSM-5

Trastornos del desarrollo neurológico
Espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos
Trastorno bipolar y trastornos relacionados
Trastornos depresivos
Trastornos de ansiedad
Trastorno obsesivo-compulsivo y trastornos relacionados
Trastornos relacionados con traumas y factores de estrés
Trastornos disociativos
Trastorno de síntomas somáticos y trastornos relacionados
Trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos
Trastornos de la excreción
Trastornos del sueño-vigilia
Disfunciones sexuales
Disforia de género
Trastornos disruptivos, del control de los impulsos y de la conducta
Trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos
Trastornos neurocognitivos
Trastornos de la personalidad
Trastornos parafilicos
Otros trastornos mentales
Trastornos motores inducidos por medicamentos y otros efectos adversos de los medicamentos
Otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica

la psiquiatría y la medicina general (Kupfer et al, 2013).

- 5) Se redefinieron los criterios diagnósticos para diferentes trastornos. Alrededor de 160 miembros distribuidos en 13 grupos de trabajo, 6 grupos de estudio, y casi 300 consultores, trabajaron intensivamente durante 5 años, revisando la evidencia acumulada respecto a la validez de los criterios diagnósticos para cada trastorno específico. También evaluaron los resultados de los análisis de datos secundarios, proporcionados por los investigadores de diversos campos, y los resultados de fiabilidad y utilidad clínica de los estudios de campo (Regier et al, 2013). En base a este trabajo, se propusieron modificaciones a los criterios diagnósticos, teniendo en consideración un balance cuidadoso entre las ventajas (p.ej., mayor validez) y las desventajas (p.ej., alza artificial de la prevalencia). Al igual que sus recientes predecesores, cada trastorno incluye un texto suplementario con descripciones de prevalencia, evolución y aspectos relacionados a la cultura.
- 6) Nuevos diagnósticos. Existe una idea errónea, de que el DMS *crea* trastornos. El DSM incluye un nuevo diagnóstico sólo cuando la evaluación cuidadosa de los datos clínicos y de investigación demuestran que merece ser considerado una entidad diagnóstica separada -si bien, como puede esperarse, no todos los científicos estarán de acuerdo al respecto. En efecto, el DSM-5 incluye menos diagnósticos que las ediciones anteriores. Algunos ejemplos de los nuevos diagnósticos son el *trastorno de acumulación* y el *trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo* (ver abajo). Algunos diagnósticos habían sido ya incluidos en el apéndice del DSM-IV, justificando su estudio adicional. Desde entonces, se ha acumulado suficiente evidencia que respalda su adición como diagnóstico



Haga clic en la imagen para escuchar la presentación del Dr Thomas Insel, director del Instituto Nacional de Salud Mental de los EEUU, sobre "Hacia una nueva comprensión de la enfermedad mental" (13:04)

Tabla A.9.2 Trastornos del Desarrollo Neurológico en el DSM-5

- Discapacidad intelectual
- Trastornos de la comunicación
 - Trastorno del lenguaje
 - Trastorno fonológico (dificultad con la producción de fonemas, que afecta la comunicación verbal)
 - Trastorno de fluidez (tartamudeo) de inicio en la infancia
 - Trastorno de la comunicación social (pragmático)
- Trastorno del espectro del autismo
- Trastorno por déficit de atención con hiperactividad
- Trastorno específico del aprendizaje
- Trastornos motores
 - Trastorno del desarrollo de la coordinación
 - Trastorno de movimientos estereotipados
 - Trastornos de tics

en el DSM-5. Entre ellos, está el *trastorno por atracción* y el *trastorno disfórico premenstrual*. Es importante subrayar que el DSM-5 continúa teniendo un capítulo para los “trastornos que necesitan más estudio” (sección 3), como el *síndrome de psicosis atenuada*, el *trastorno de juego por Internet* y la *autolesión no suicida*.

Analizar las modificaciones realizadas en todos los trastornos mentales del DSM-5 está fuera del alcance de este capítulo. A continuación presentaremos los cambios más relevantes y aquellos que generaron más controversia para los profesionales de salud mental del niño y del adolescente.

TRASTORNOS DEL DESARROLLO NEUROLÓGICO

La nueva categoría de trastornos del desarrollo neurológico es uno de los cambios respaldados por las características fisiopatológicas que observamos en la estructura actual del DSM. Estos trastornos se caracterizan por un retraso o una desviación en el desarrollo cerebral, que influye en las características fenotípicas (Rutter et al, 2006); por ejemplo, el TDAH, los trastornos del aprendizaje, la discapacidad intelectual y el trastorno del espectro del autismo (ver Tabla A.9.2). Sin embargo, todavía hay incertidumbre respecto a cuál es el mejor lugar en la clasificación para ubicar algunos de estos trastornos. Aunque la inclusión del TDAH en este grupo se basa en la evidencia reciente de imágenes cerebrales, que demuestran un retraso en la maduración cortical (Shaw et al, 2007), se ha argumentado que el TDAH también encajaría cómodamente en el sistema que agrupa los trastornos disruptivos del control de los impulsos y de la conducta, dada su superposición genética y sintomatología similar (Andrews et al, 2009b).

Trastorno del espectro del autismo

El trastorno del espectro del autismo (TEA) es una categoría nueva en el DSM-5 que propone que los tres trastornos previamente separados bajo la categoría de trastornos generalizados del desarrollo (TGD) en el DSM-IV están mejor conceptualizados como diferentes niveles de gravedad de un trastorno único. Por lo tanto, el DSM-5 introdujo aquí el concepto de espectro, reforzando la relevancia de la dimensionalidad. El TEA incluye el anteriormente denominado trastorno autista, el síndrome de Asperger, y el TGD no especificado (TGD-NE). El *síndrome de Rett* y el *trastorno desintegrativo de la infancia* fueron eliminados de esta sección.

Hay diversas razones detrás de este cambio. Se ha cuestionado la validez y fiabilidad de los diferentes diagnósticos bajo la categoría de TGD, en particular la distinción entre el síndrome de Asperger, y el llamado autismo de alto funcionamiento (Howlin, 2003; Mayes et al, 2001). Por ejemplo, un estudio que evaluó las características diagnósticas del TGD del DSM-IV, mostró que resultaba mejor predictor diagnóstico el servicio de salud al cual eran derivados los pacientes, que las propias características clínicas que presentaban las personas (Lord et al, 2012). El grupo de trabajo del DSM-5 concluyó que las distinciones previas entre estos trastornos, eran el resultado de agrupar artificialmente presentaciones de diferentes niveles de gravedad del mismo trastorno, que de hecho existían como un continuum. Los nuevos criterios son potencialmente más capaces de diferenciar el TEA del desarrollo normal y de otros trastornos psiquiátricos.

Síndrome de Rett

El síndrome de Rett fue eliminado del DSM-5. Es un trastorno del desarrollo neurológico, que afecta casi exclusivamente a las niñas. Se caracteriza por un crecimiento y desarrollo temprano normal, seguido por un enlentecimiento del desarrollo, una pérdida de la capacidad para usar las manos, movimientos estereotipados de las manos, enlentecimiento del crecimiento del cerebro y la cabeza, problemas en la marcha, convulsiones, y discapacidad intelectual.

Para leer más de este trastorno, haga clic en este cuadro.

Tabla A.9.3 Principales cambios en los trastornos generalizados del desarrollo en el DSM-5

Cambio	Magnitud	Fundamento
<ul style="list-style-type: none"> Combinación de los anteriores tres trastornos generalizados del desarrollo en uno único 	Mayor	Un espectro único describe mejor la presentación de los síntomas, el desarrollo y la respuesta al tratamiento.
<ul style="list-style-type: none"> Definición de dos dominios centrales del trastorno en vez de tres 	Moderado	Se consideraba que los dos dominios previos (déficits en la interacción social y en la comunicación) se superponían.
<ul style="list-style-type: none"> Eliminación del Síndrome de Rett 	Menor	Las conductas de TEA se presentan solamente por un breve período de tiempo durante el desarrollo en los pacientes con un Síndrome de Rett – todavía pueden ser diagnosticados con un TEA.
<ul style="list-style-type: none"> Eliminación del trastorno desintegrativo infantil 	Menor	Los pacientes con un trastorno desintegrativo infantil presentan síntomas físicos particulares, y experimentan un patrón diferente de regresión del desarrollo

Además, los criterios diagnósticos del TEA se redujeron de tres a dos dominios de síntomas centrales:

- Déficits en la comunicación social y en la interacción social, y
- Patrones de conducta, intereses y actividades restrictivos y repetitivos.

Los *déficits persistentes en la comunicación social e interacción* se crearon combinando dos dominios previos del DSM-IV, los déficit “sociales” y de la “comunicación”—en base a la premisa de que ambos son manifestaciones de un conjunto único de síntomas. En otras palabras, estos dos dominios se superponen, y resultaban en un doble conteo de los síntomas (Mandy et al, 2012).

Los nuevos criterios propuestos generaron preocupación entre algunos investigadores, la comunidad médica y los familiares de los afectados. En primer lugar, se afirmó que los subtipos diagnósticos existentes eran de utilidad clínica incluso sin una buena fiabilidad entre evaluadores, y que sus criterios deberían haber sido mejorados en lugar de abandonados, ya que los subtipos del DSM-IV habían existido durante un período relativamente corto de tiempo, y la investigación futura podría haber mejorado su validez y fiabilidad (Ghaziuddin, 2010). En segundo lugar, el extenso cuerpo de investigación sobre el autismo construido en las dos últimas décadas, tendrá un valor limitado, ya que los cambios en los criterios diagnósticos modificarán estos diagnósticos de manera importante (Singh et al, 2009). Por ejemplo, un estudio evaluó la sensibilidad y la especificidad de los criterios propuestos por el DSM-5, utilizando los del DSM-IV como referencia (McPartland et al, 2012). Los resultados mostraron una buena especificidad (95%), según lo esperado por el grupo de trabajo, pero una sensibilidad variable para los diferentes subtipos del TGD: 76% para el trastorno autista, 25% para el trastorno de Asperger y 28% para el TGD-NE. La sensibilidad fue menor en las personas con CI superior al promedio. Concluyeron que el DSM-5 tenía criterios más estrictos, con un mayor umbral, que tendían a excluir del diagnóstico a las personas de alto funcionamiento, y en consecuencia, los excluía de ser elegibles para los servicios de salud—aún cuando podían beneficiarse del tratamiento. Sin embargo, es importante destacar que este umbral más alto podría ayudar a lidiar con la explosión de diagnósticos de TGD en los últimos años, que podría deberse

en parte a los criterios con límites menos definidos (King & Bearman, 2009). Los principales cambios en los trastornos generalizados del desarrollo se resumen en la Tabla A.9.3.

Trastornos del aprendizaje

Se realizaron cambios importantes en las características diagnósticas centrales de los trastornos del aprendizaje, incluyendo:

- La fusión de los 4 subtipos anteriores del DSM-IV, en una única categoría, y las consecuentes modificaciones de los criterios diagnósticos
- Cambios en la edad mínima para el diagnóstico
- Creación del criterio de *persistencia y resistencia* a la intervención; y
- Modificación de la definición de *bajo rendimiento*.

La decisión de consolidar todos los trastornos del aprendizaje en una categoría única, se basó en la ausencia de evidencia que respaldara la mutua exclusividad, el alcance, y la sensibilidad evolutiva de los subtipos de los trastornos del aprendizaje del DSM-IV. Una revisión de la literatura realizada por el grupo de trabajo, encontró evidencia conflictiva. La decisión final se tomó teniendo en cuenta no sólo la evidencia disponible, sino también la opinión de los expertos, y de los grupos de profesionales y de apoyo. La conclusión fue fusionar los subtipos bajo una sola categoría, pero manteniendo las distinciones del desarrollo como *especificadores*, capturando e incluso extendiendo las características clave de los subtipos anteriores (Tannock, 2013). Esto implicó cambiar el criterio A, que ahora requiere *sólo uno de los seis* síntomas heterogéneos (lectura de palabras imprecisa o lenta y con esfuerzo, dificultad para comprender el significado de lo que se lee, dificultades ortográficas, dificultades con la expresión escrita, dificultades para dominar el sentido numérico o el cálculo, dificultades con el razonamiento matemático). Además, se ha ampliado la edad mínima para el diagnóstico, que era específico para cada uno de los subtipos del DSM-IV: los síntomas deben comenzar durante los años escolares, pero pueden no manifestarse totalmente hasta que las demandas de las aptitudes académicas afectadas superan las capacidades limitadas del individuo.

Tabla A.9.4 Principales cambios en los criterios de los trastornos del aprendizaje

Cambio	Magnitud	Fundamento
• Combinación de los cuatro subtipos en una categoría única con especificadores	Moderada	Incertidumbre sobre los límites entre los diagnósticos previamente separados.
• Requisito de ausencia de respuesta al tratamiento	Moderada	El trastorno del aprendizaje puede ser el resultado de una instrucción inadecuada.
• Eliminación de la discrepancia entre el CI y el rendimiento académico	Moderada	El enfoque del CI tenía menor precisión diagnóstica.
• Requisito que los síntomas deben estar presentes por 6 meses	Menor	Exclusión de los casos temporales

El criterio A también incluye un nuevo—y controvertido—requisito, que los síntomas deben persistir por lo menos durante seis meses, a pesar de las intervenciones dirigidas a estas dificultades. Este modelo, *la respuesta a la intervención*, ya se encuentra integrado en los requisitos utilizados por muchos sistemas escolares en los EEUU. Se basa en la premisa de que algunos niños diagnosticados con un trastorno de aprendizaje, realmente han recibido una enseñanza insuficiente; y promueve un énfasis en la prevención y disminuye el número de falsos positivos. Sin embargo, esto ha sido fuertemente criticado por algunos expertos: las intervenciones no están estandarizadas o basadas en la evidencia, lo que permite una interpretación equivocada del fracaso (Waesche et al, 2011). Además, la respuesta a la intervención sugiere un resultado dicotómico cuando en realidad es probable que exista como un continuo (Fletcher & Vaughn, 2009). También, la respuesta a la intervención sugiere un resultado dicotómico, cuando en efecto es probable que exista un continuo (Fletcher & Vaughn, 2009). Los pocos estudios disponibles a la fecha, han observado poca concordancia entre las diferentes definiciones de los trastornos del aprendizaje, basadas en la respuesta a la intervención (Waesche et al, 2011). Este criterio tiende a ser ignorado en los países en desarrollo, ya que las intervenciones no están ampliamente disponibles. Además, esto representa un quiebre mayor en el concepto de nosología—posiblemente es el único diagnóstico en medicina, que *requiere* como criterio una respuesta negativa al tratamiento.

La cuantificación del bajo rendimiento académico también fue modificada en el DSM-5. Según el DSM-IV, las aptitudes académicas deben estar sustancialmente por debajo del promedio, considerando la edad cronológica del individuo, su coeficiente de inteligencia y la escolaridad propia de su edad. Los criterios actuales definen las bajas aptitudes académicas como las que están sustancialmente y en grado cuantificable por debajo de lo esperado, confirmadas

Tabla A.9.5 Resumen de los principales cambios en los criterios del TDAH

Cambio	Magnitud	Fundamento
• Clasificación del TDAH en la categoría de trastornos del desarrollo neurológico	Menor	Etiología compartida
• Cambio del criterio de edad de inicio de 7 a 12 años de edad	Moderada	Aumento de la sensibilidad diagnóstica: muchos casos (especialmente aquellos con un TDAH de presentación predominante con falta de atención) no eran identificados con el criterio anterior.
• Disminución del umbral diagnóstico para los adultos, de 6 a 5 síntomas en ambas dimensiones	Moderada	Aumento de la sensibilidad diagnóstica
• Cambios en los actuales subtipos de presentación	Menor	No existe suficiente evidencia de la estabilidad evolutiva que respalde los subtipos.
• Cambios en los ejemplos de los síntomas diagnósticos	Menor	Los nuevos ejemplos buscan representar mejor los síntomas en diferentes etapas del desarrollo.
• Eliminación del TEA de los criterios de exclusión	Moderada	El TDAH a menudo es comórbido al TEA; esta comorbilidad se asocia a un mayor impacto negativo en el funcionamiento, y el TDAH comórbido puede ser tratado en forma exitosa con estimulantes.

con pruebas estandarizadas para la edad, escolaridad y cultura, y excluyen el diagnóstico en presencia de una discapacidad intelectual. Por lo tanto, el DSM-5 excluye la necesidad de una discrepancia entre el CI y el rendimiento académico en los trastornos del aprendizaje. Existe evidencia de que este enfoque puede llevar a una menor precisión diagnóstica, sobrediagnosticando trastornos de aprendizaje en niños con un alto CI, mientras que hace lo contrario con aquellos con un bajo CI (Francis et al, 2005). Una de las limitaciones de los criterios del DSM-IV y del DSM-5, es su falta de aplicabilidad en muchos países, especialmente en el mundo subdesarrollado, ya que se basan en pruebas estandarizadas adaptadas a cada idioma y cultura, que no están disponibles.

En el DSM-IV, los criterios del trastorno de aprendizaje no especifican formalmente la duración de los síntomas. En cambio, el DSM-5 requiere que los síntomas estén presentes por al menos 6 meses. No se espera que este criterio tenga demasiado impacto (Tannock, 2013). La Tabla A.9.4 resume los principales cambios.

Trastorno por déficit de atención e hiperactividad

No se realizaron modificaciones importantes al concepto diagnóstico—los 18 síntomas principales se mantienen intactos. Los cambios incluyen la edad de inicio, el umbral de síntomas para los adultos, y la eliminación del trastorno del espectro del autismo en los criterios de exclusión. Otros cambios menos significativos incluyen las modificaciones en los subtipos del TDAH, y la inclusión de ejemplos más adecuados al desarrollo en los 18 síntomas principales.

Una evidencia considerable cuestiona la validez del criterio que requiere que el inicio de los síntomas sea antes de los 7 años en el DSM-IV. Varios estudios

Tabla A.9.6 Principales cambios en el diagnóstico de la discapacidad intelectual

Cambio	Magnitud	Fundamento
<ul style="list-style-type: none"> Se reemplaza “retraso mental” por “discapacidad intelectual”. 	Menor	Connotación peyorativa del término “retraso mental”. Término ampliamente utilizado en el contexto clínico y académico, así como también en los grupos de defensa y el público general. Consistencia con el CIE.
<ul style="list-style-type: none"> La evaluación enfatiza el nivel de funcionamiento más que el CI. 	Moderada	El CI es menos válido en el límite inferior del rango. El CI por si solo es insuficiente para evaluar el funcionamiento en las situaciones cotidianas y las tareas prácticas.
<ul style="list-style-type: none"> Evaluación del funcionamiento adaptativo en tres dominios: conceptual, social y práctico. 	Moderada	La evaluación multinivel puede determinar de mejor forma qué tan bien lidia una persona con las tareas cotidianas
<ul style="list-style-type: none"> Define niveles de gravedad, basados en el funcionamiento adaptativo más que en el CI 	Moderada	El funcionamiento adaptativo determina el nivel de apoyo requerido
<ul style="list-style-type: none"> Eliminación de la edad de inicio 	Menor	Duración variable del período del desarrollo

no han encontrado diferencias en la presentación fenotípica, las dificultades neuropsicológicas, la evolución, la gravedad o la respuesta al tratamiento, entre los niños con inicio antes y después de los 7 años de edad (Kieling et al, 2010). Sin embargo, el TDAH, como es un trastorno del desarrollo neurológico, requiere una edad de inicio límite. Barkley y Brown (2008), y Kessler y colaboradores (2006), proporcionaron evidencia de que una edad de inicio antes de 12 años capturaba alrededor del 95% de los casos en sus estudios. Aunque la comunidad médica y general expresó su preocupación de que tal cambio podía aumentar artificialmente la prevalencia del TDAH -aunque la evidencia obtenida en los estudios poblacionales no apoya esta afirmación (Polanczyk et al, 2010) - el DSM-5 aceptó este cambio, y ahora requiere que los síntomas estén presentes antes de los 12 años de edad.

En el caso de los adultos, el número de síntomas necesarios para el diagnóstico de un TDAH se redujo a cinco, en las dimensiones de inatención e hiperactividad e impulsividad. Los ensayos de campo del DSM-IV incluyeron solamente muestras de niños y adolescentes. Por lo tanto, el punto de corte de seis síntomas del DSM-IV no es necesariamente lo óptimo en los adultos. Barkley y Brown (2008) han mostrado que este punto de corte representa 2.5 a 3 desviaciones estándar sobre la media, capturando sólo los casos adultos más extremos. La presencia de cuatro de los nueve síntomas predecía con la mayor sensibilidad y especificidad el impacto negativo en el funcionamiento, y estaba respaldado por los datos neurobiológicos (Hoogman et al, 2012; Matte et al, 2012). Sin embargo, para ser cuidadosos, el DSM-5 solamente bajó el umbral a cinco síntomas.

No existe evidencia que respalde la exclusión del diagnóstico de un TDAH cuando hay presencia de un TEA. En efecto, el TDAH y el TEA a menudo coexisten (Simonoff et al, 2008), y la presencia de TDAH en los pacientes con TEA se asocia a diversos correlatos clínicos que se encuentran en el TEA puro (Rommelse al, 2011). Además, los estimulantes pueden disminuir los síntomas del TDAH en los pacientes con TEA (Unidades de Investigación de Psicofarmacología Pediátrica de la Red de Autismo, 2005). La Tabla A.9.5 resume los principales cambios en los criterios del TDAH en el DSM-5 y su fundamento.

Discapacidad intelectual

Los cambios realizados se resumen en la Tabla A.9.6. La discapacidad intelectual se ubica actualmente dentro del capítulo de trastornos del desarrollo neurológico. En el DSM-5, el término *discapacidad intelectual* reemplaza al término del DSM-IV *retraso mental* (la próxima revisión de la CIE propone utilizar en cambio el término “trastorno del desarrollo intelectual”). La expresión “retraso mental” se ha ido abandonando gradualmente, tanto en los ámbitos clínico y académico, como en la población general, debido a su connotación peyorativa. Otras modificaciones incluyen el énfasis en una evaluación más comprensiva del paciente, y una evaluación del funcionamiento.

Aún cuando se fomenta el uso de pruebas de CI, y éstas siguen siendo una piedra angular de la evaluación, los nuevos criterios hacen hincapié en la importancia del funcionamiento. Las mediciones de coeficiente intelectual son



Implementación y Apoyo al DSM-5

Haga clic en la imagen para acceder a la página web de la Asociación Americana de Psiquiatría (APA, por sus siglas en inglés), para apoyar la implementación del DSM-5. Esta página web incluye información sobre aspectos de la implementación, respuestas a preguntas frecuentes, correcciones del DSM-5, y proporciona un mecanismo para enviar preguntas y comentarios. Los investigadores y profesionales también pueden enviar retroalimentación sobre la utilidad de las evaluaciones en línea de medición de síntomas transversales, gravedad del trastorno, personalidad y discapacidad. Esta página web también proporciona enlaces a seminarios en línea sobre el DSM-5. Esta página web continuará proporcionando información histórica sobre el proceso de desarrollo y la justificación general de los cambios realizados al DSM-IV.

menos válidas en el límite inferior del rango de inteligencia; además existen otros factores que pueden influir el diagnóstico de la discapacidad intelectual, como los trastornos comórbidos, el efecto de la práctica en las pruebas de evaluación, y el “efecto Flynn” (incremento en las puntuaciones promedio de CI a nivel mundial en los últimos años) (Kanaya et al, 2003). Este enfoque refuerza la necesidad de una evaluación realizada por profesionales capacitados (Harris, 2013).

El Criterio A se refiere a los déficits en el funcionamiento intelectual y a las capacidades generales medidas por las pruebas de CI. Se espera que las personas con discapacidad intelectual tengan puntuaciones de CI dos desviaciones estándar o más por debajo de la media de la población. El Criterio B se refiere a los déficits en el funcionamiento adaptativo, en tres dominios (no especificados en las ediciones anteriores del manual): conceptual (p.ej., habilidades académicas); social (p.ej., lenguaje, comunicación, habilidades interpersonales); y práctico (p.ej., habilidades de la vida diaria, autocuidado). Este enfoque multidimensional busca asegurar que el diagnóstico se haga basado en una evaluación amplia del impacto del trastorno sobre el funcionamiento en lugar de basarse únicamente en quejas específicas y pruebas de inteligencia.

El DSM-5 mantiene los niveles tradicionales de gravedad – leve, moderado, grave y profundo – pero reemplaza a las puntuaciones de CI como criterio definitorio, por la extensión de la disfunción adaptativa en los tres dominios, explicados anteriormente. Mientras que las ediciones anteriores establecían una edad de inicio menor a 18 años, como punto de corte para el diagnóstico, el DSM-5 no establece una edad específica, pero requiere que los síntomas hayan surgido durante la infancia o la adolescencia. La Tabla A.9.6 resume los principales cambios.

TRASTORNOS DISRUPTIVOS, DEL CONTROL DE LOS IMPULSOS Y DE LA CONDUCTA

Trastorno de la conducta

El DSM-5 trasladó el trastorno de la conducta y el trastorno negativista desafiante (TND) a una nueva categoría, que también incluye el trastorno de personalidad antisocial, la piromanía y la cleptomanía. Las características esenciales del trastorno de la conducta permanecen intactos en el DSM-5—un patrón repetitivo y persistente de comportamiento en el que no se respetan los derechos básicos de otros, las normas o reglas sociales propias de la edad, lo que se manifiesta por la presencia en los 12 últimos meses, de por lo menos tres de los 15 criterios (casi idénticos a los del DSM-IV). En el DSM-IV, existían dos subtipos de trastorno de la conducta, dependiendo de si el inicio se había presentado durante la infancia o durante la adolescencia. El DSM-5 agrega un nuevo especificador—*con emociones prosociales limitadas*. Este especificador va más allá de la presencia de la conducta negativa, y refleja el patrón típico de relaciones interpersonales y emocionales del individuo en múltiples contextos. Las personas con un “trastorno de la conducta con emociones prosociales limitadas” pueden presentar una limitada empatía, y poca preocupación por los sentimientos, deseos, y bienestar de los demás, manifestado en al menos dos de los siguientes:

- Falta de remordimientos o culpabilidad
- Insensibilidad y falta de empatía
- Despreocupación por su rendimiento (p.ej., no motivado o preocupado por su rendimiento en la escuela o el trabajo)
- Afecto superficial o deficiente (p.ej., los sentimientos o emociones expresadas son superficiales o poco sinceras).

La creencia de que los jóvenes con un trastorno de la conducta son un grupo muy heterogéneo, considerando la gravedad, la trayectoria de vida y la presunta etiología, ha llevado a múltiples propuestas para subdividir este diagnóstico. En efecto, décadas atrás, el DSM-III ya incluía dos subtipos: socializado/no socializado, y agresivo/no agresivo. Existía alguna evidencia que sugería que los subtipos no socializado y agresivo representaban grupos más graves y más difíciles de tratar. Sin embargo, las definiciones no eran suficientemente claras, y a menudo eran utilizadas erróneamente, lo que condujo a la eliminación de esta subdivisión en las

Tabla A.9.7. Resumen de los criterios diagnósticos del DSM-5 para el TEPT en niños de 6 años o menos

Para hacer un diagnóstico de TEPT en niños menores de 6 años, se deben cumplir los cuatro criterios que se enumeran a continuación, los síntomas deben haber estado presentes por al menos un mes, deben causar un malestar significativo o un impacto significativo en el funcionamiento, y no pueden ser atribuidos a los efectos fisiológicos de una sustancia u otra afección médica

- | | |
|----------|--|
| A | Exposición a la muerte, lesión grave o violencia sexual, real o amenaza, ya sea por la experiencia directa del suceso traumático; por presenciar directamente el suceso ocurrido a otro(s), especialmente los cuidadores primarios; o conocer que el suceso traumático ha ocurrido a uno de los padres o cuidadores. |
| B | Presencia de uno o más de los siguientes síntomas de intrusión asociados al evento traumático, que comienzan después del suceso traumático: <ul style="list-style-type: none"> • Recuerdos angustiosos recurrentes, involuntarios e intrusivos del suceso traumático • Sueños angustiosos recurrentes relacionados con el suceso • Reacciones disociativas (p.ej., escenas retrospectivas) en las que el niño siente o actúa como si se repitiera el suceso traumático • Malestar psicológico intenso o prolongado al exponerse a factores internos o externos que simbolizan o se parecen a un aspecto del suceso traumático • Reacciones fisiológicas importantes a los recordatorios del suceso traumático |
| C | Uno o más de los siguientes síntomas: <ul style="list-style-type: none"> • Evitación persistente de actividades, lugares, personas o situaciones que despiertan el recuerdo del suceso traumático • Alteración cognitiva (frecuente miedo, culpa, vergüenza, disminución de la participación en actividades, retraimiento) |
| D | <ul style="list-style-type: none"> • Alteración importante de la alerta y la reactividad asociada al suceso traumático, que se pone de manifiesto en dos o más de las siguientes: <ul style="list-style-type: none"> • Irritabilidad y arrebatos de furia con poca o ninguna provocación • Hipervigilancia • Respuesta de sobresalto exagerada • Problemas de concentración • Alteración del sueño. |

siguientes ediciones. El DSM-IV introdujo un sistema métrico de gravedad (p.ej., dependiendo del número de síntomas presentes), pero fue ignorado por la mayoría de los profesionales e investigadores.

El especificador actual “con emociones prosociales limitadas” (similar al concepto de “insensibilidad y carencia emociones”) es el resultado de una serie de intentos para identificar características interpersonales, afectivas y conductuales de psicopatía en niños y adolescentes. Se han identificado diversas dimensiones de personalidad en las personas con conducta antisocial, pero las *emociones prosociales limitadas* parecen ser las más robustas (Frick et al, 2000). Además, estos síntomas parecen identificar un subgrupo más grave, agresivo y estable, y son un factor de riesgo independiente de los resultados antisociales en la vida adulta (Burke et al, 2007; Frick & Dickens, 2006; Lynam et al, 2007). Queda por ver si esta distinción sobrevive al paso del tiempo, y a la práctica clínica.

El TEPT es el primer trastorno del DSM-5 que tiene un conjunto separado de criterios según la etapa del desarrollo.

Trastorno negativista desafiante

Los criterios para el TND no cambiaron sustancialmente en el DSM-5. Para subrayar que el TND tiene sintomatología tanto emocional como conductual, los criterios actualmente se agrupan en:

- Enfado/irritabilidad
- Discusiones/actitud desafiante, y
- Vengativo.

Además, se eliminó el requisito de que el TND no debiese ser diagnosticado en presencia de un trastorno de la conducta, en base a que los síntomas del TND parecen predecir resultados importantes, especialmente trastornos emocionales, independientemente del trastorno de la conducta (Stringaris & Goodman, 2009).

Se realizó un tercer cambio, para especificar la frecuencia necesaria para que un comportamiento se considere sintomático de un TND—dado que muchos comportamientos asociados al TND ocurren normalmente en los niños y adolescentes en desarrollo. En los niños menores de 5 años, el comportamiento debe aparecer casi todos los días, durante un período de seis meses, a menos que se observe el criterio “vengativo”. Para los niños de 5 años o más, el comportamiento debe aparecer por lo menos una vez por semana durante al menos seis meses, a menos que se observe el criterio “vengativo”.

La última modificación añade una escala de gravedad a los criterios, para reflejar las investigaciones que muestran que, si bien los niños que presentan síntomas de un TND sólo en un contexto están en riesgo de un impacto negativo en su funcionamiento actual y futuro, el grado de generalización de los síntomas en los diferentes contextos es un indicador importante de gravedad (Frick & Nigg, 2012).

Tabla A.9.8 Criterios diagnósticos para el trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo

- Se deben cumplir los cuatro criterios a continuación:
 - Accesos de cólera graves, recurrentes y desproporcionados.
 - En promedio, tres o más veces por semana.
 - Los accesos de cólera no concuerdan con el grado de desarrollo.
 - Entre los accesos de cólera, el estado de ánimo es persistentemente irritable o irascible la mayor parte del día, casi todos los días.
- El inicio de los síntomas debe ser antes de los 10 años de edad
- Los síntomas deben haber estado presentes por al menos 12 meses
- Los síntomas no deben haber estado ausentes por tres o más meses consecutivos
- El niño debe tener entre 6 y 18 años de edad
- Los síntomas deben estar presentes en al menos dos de tres contextos (casa, escuela, situaciones sociales) y son graves en al menos un contexto
- Los síntomas no se explican mejor por otro trastorno mental
- Los síntomas no son la manifestación del consumo de una sustancia o de una enfermedad médica
- Nunca ha habido un período bien definido de más de un día durante el cual se hayan cumplido todos los criterios para un episodio maniaco/hipomaniaco
- Los comportamientos no se producen exclusivamente durante un episodio de depresión mayor

TRASTORNOS RELACIONADOS CON TRAUMAS Y FACTORES DE ESTRÉS

Los “trastornos relacionados con traumas y factores de estrés” son una nueva categoría en el DSM-5. Contiene trastornos incluidos en otros capítulos del DSM-IV, como los trastornos de ansiedad y los trastornos de adaptación. Esta nueva categoría incluye el *trastorno de apego reactivo*, el *trastorno de relación social desinhibida*, el *trastorno de estrés postraumático (TEPT)*, el *trastorno de estrés agudo* y los *trastornos de adaptación*. Todos estos cuadros clínicos requieren la exposición a un evento traumático o estresante, pero varían en la expresión del malestar psicológico que sigue a esta exposición. De hecho, la justificación para agrupar estos trastornos en una sola clase, se basa en el reconocimiento de que su característica común es el malestar significativo después de la exposición a un evento traumático o estresante.

Trastorno de estrés postraumático

El diagnóstico del TEPT ha sido objeto de cambios importantes, especialmente respecto a los niños preescolares. Las investigaciones recientes se han centrado en la expresión diferente de los trastornos mentales a lo largo del ciclo vital. El TEPT es el primer trastorno del DSM-5 en tener un conjunto de criterios diagnósticos separados según la etapa del desarrollo.

Los niños preescolares están expuestos a diversos eventos traumáticos potenciales, como el abuso, ser testigo de violencia interpersonal, accidentes automovilísticos, desastres naturales, guerras, mordeduras de perros y procedimientos médicos invasivos, sólo por nombrar algunos. Por lo tanto, se

espera que esta población esté en riesgo de presentar un TEPT. Sin embargo, de acuerdo a los criterios diagnósticos del DSM-IV, la prevalencia del TEPT en niños preescolares es mucho menor que en los niños mayores y los adultos (Scheeringa et al, 2011). Estas tasas más bajas pueden atribuirse a diferencias reales en la prevalencia, posiblemente por la percepción inmadura de los eventos de estos niños; o a una baja sensibilidad de los criterios actuales para identificar las peculiaridades de las manifestaciones evolutivas del TEPT.

Conscientes de esta última posibilidad, los investigadores propusieron alternativas a los criterios del DSM-IV, y realizaron una serie de estudios sobre niños pequeños, con el fin de evaluar los criterios modificados y sus efectos (Scheeringa et al, 1995; 2003; 2012; Grupo de Trabajo de Criterios Diagnósticos de Investigación, 2003). Concluyeron que cuando se utilizaban criterios sensibles al desarrollo, observaron que había de tres a ocho veces más niños que calificaban para el TEPT, en comparación con el uso del DSM-IV (Scheeringa et al, 2011; 2012). En consecuencia, el grupo de trabajo del DSM-5 decidió no sólo cambiar los criterios diagnósticos del TEPT, sino también crear un subtipo del TEPT para niños preescolares: *TEPT en niños menores de 6 años*. Sus criterios diagnósticos se resumen en la Tabla A.9.7.

Los criterios del TEPT para los niños mayores, los adolescentes y los adultos permanecen casi sin cambios respecto a los del DSM-IV. Se eliminó la distinción entre el TEPT agudo y crónico, debido a la escasa evidencia disponible, insuficiente para justificar la utilidad de esta distinción. Se añadió un subtipo, “con síntomas disociativos”. Las personas que califican para este subtipo cumplen los criterios para el TEPT, y experimentan síntomas recurrentes de despersonalización o desrealización.

Trastorno de apego reactivo y trastorno de relación social desinhibida

El diagnóstico de “trastorno reactivo de la vinculación de la infancia o la niñez” del DSM-IV, es una entidad clínica con una baja prevalencia, y hasta hace poco tiempo, poco estudiada. La investigación realizada en la última década ha subrayado el déficit en los criterios diagnósticos, y se sugirieron cambios sustanciales (Zeanah & Gleason, 2010). Mientras que en el DSM-IV, el trastorno reactivo de la vinculación se dividía en los subtipos *inhibido* y *desinhibido*, el DSM-5 define estos subtipos como trastornos separados: el *trastorno de apego reactivo* y el *trastorno de relación social desinhibida*, respectivamente. Los dos trastornos comparten el requisito de la negligencia—definida como la ausencia de cuidados adecuados durante la infancia—lo que se considera el factor causal, resultando en una limitación de la oportunidad del niño pequeño para formar vínculos adecuados. Sin embargo, estos trastornos también difieren de maneras importantes, desde su presentación clínica a su evolución durante la vida, su respuesta a la intervención y sus correlatos clínicos, que respalda que sean considerados trastornos separados.

Tabla A.9.9 Medidas de síntomas transversales y de gravedad

Haga clic en la tabla para ver las medidas de evaluación del DSM-5. Estas medidas pueden ser reproducidas sin autorización para su uso clínico y en investigación.

- **Nivel 1 de Medidas de Síntomas Transversales**
 - Medida de Síntomas Transversales Nivel 1 de Reporte de los Padres/Cuidadores del DSM-5—Niños de 6 a 17 años
 - Medida de Síntomas Transversales Nivel 1 de Autorreporte del DSM-5—Niños de 11 a 17 años
- **Nivel 2 de Medidas de Síntomas Transversales para Padres de Niños de 6 a 17 años**
 - Síntomas Somáticos—Padres/Cuidadores de Niños de 6 a 17 años (Escala de Gravedad de los Síntomas Somáticos del Cuestionario de Salud del Paciente [PHQ-15, por sus siglas en inglés])
 - Alteraciones del Sueño—Padres/Cuidadores de Niños de 6 a 17 años (PROMIS—Alteraciones del Sueño—Versión Breve)
 - Inatención—Padres/Cuidadores de Niños de 6 a 17 años (Swanson, Nolan, y Pelham, versión IV [SNAP-IV])
 - Depresión—Padres/Cuidadores de Niños de 6 a 17 años (PROMIS Malestar Emocional—Depresión—Banco de Ítems para Padres)
 - Ira—Padres/Cuidadores de Niños de 6 a 17 años (PROMIS Malestar Emocional—Medida de Ira Calibrada—Padres)
 - Irritabilidad—Padres/Cuidadores de Niños de 6 a 17 años (Índice de Reactividad Afectiva [ARI, por sus siglas en inglés])
 - Manía—Padres/Cuidadores de Niños de 6 a 17 años (Adaptado de la Escala de Autorreporte de Manía de Altman [ASRM, por sus siglas en inglés])
 - Ansiedad—Padres/Cuidadores de Niños de 6 a 17 años (Adaptado de PROMIS Malestar Emocional—Ansiedad—Banco de Ítems para Padres)
 - Consumo de Sustancias—Padres/Cuidadores de Niños de 6 a 17 años (Adaptado de la ASSIST modificada de NIDA)
- **Nivel 2 de Medidas de Síntomas Transversales para Niños de 11 a 17 años**
 - Síntomas Somáticos—Niños de 11 a 17 años (Escala de Gravedad de los Síntomas Somáticos del Cuestionario de Salud del Paciente [PHQ-15, por sus siglas en inglés])
 - Alteraciones del Sueño—Niños de 11 a 17 años (PROMIS—Alteraciones del Sueño—Versión Breve)
 - Depresión—Niños de 11 a 17 años (PROMIS Malestar Emocional—Depresión—Banco de Ítems para Padres)
 - Ira—Niños de 11 a 17 años (PROMIS Malestar Emocional—Medida de Ira Calibrada—Pediátrico)
 - Irritabilidad—Niños de 11 a 17 años (Índice de Reactividad Afectiva [ARI, por sus siglas en inglés])
 - Manía—Niños de 11 a 17 años (Escala de Autorreporte de Manía de Altman [ASRM, por sus siglas en inglés])
 - Ansiedad—Niños de 11 a 17 años (PROMIS Malestar Emocional—Ansiedad—Banco de Ítems Pediátrico)
 - Pensamientos y Comportamientos Repetitivos—Niños de 11 a 17 años (Adaptado del Inventario Obsesivo Compulsivo de Florida para Niños [C-FOCI, por sus siglas en inglés] Escala de Gravedad)
 - Consumo de Sustancias—Niños de 11 a 17 años (Adaptado de la ASSIST modificada de NIDA)
- **Medidas de Gravedad de Trastornos Específicos para Niños de 11 a 17 años**
 - Medida de Gravedad para la Depresión—Niños de 11 a 17 años (PHQ-9 modificado para Adolescentes [PHQ-A, por sus siglas en inglés]—Adaptado)
 - Medida de Gravedad para el Trastorno de Ansiedad por Separación—Niños de 11 a 17 años
 - Medida de Gravedad para la Fobia Específica—Niños de 11 a 17 años
 - Medida de Gravedad para el Trastorno de Ansiedad Social (Fobia Social)—Niños de 11 a 17 años
 - Medida de Gravedad para el Trastorno de Pánico—Niños de 11 a 17 años
 - Medida de Gravedad para la Agorafobia—Niños de 11 a 17 años
 - Medida de Gravedad para el Trastorno de Ansiedad Generalizada—Niños de 11 a 17 años
 - Gravedad de los Síntomas de Estrés Postraumático—Niños de 11 a 17 años (Cuestionario Nacional de Eventos Estresantes y Trastorno de Estrés Agudo - Escala Breve [NSESS, por sus siglas en inglés])
 - Gravedad de los Síntomas de Estrés Agudo—Niños de 11 a 17 años (Cuestionario Nacional de Eventos Estresantes y Trastorno de Estrés Agudo - Escala Breve [NSESS, por sus siglas en inglés])
 - Gravedad de los Síntomas Disociativos—Niños de 11 a 17 años (Escala de Experiencias Disociativas Breves [DES-B, por sus siglas en inglés])
- **Medidas de Gravedad de Trastornos Específicos - Reporte del Profesional**
 - Gravedad de los Trastornos del Espectro del Autismo y de la Comunicación Social
 - Dimensiones de la Gravedad de los Síntomas Psicóticos
 - Gravedad del Trastorno de Síntomas Somáticos
 - Gravedad del Trastorno Negativista Desafiante
 - Gravedad del Trastorno de la Conducta
 - Gravedad de la Autolesión No Suicida

TRASTORNOS DEPRESIVOS

Trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo

El “trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo” es un diagnóstico nuevo en el DSM-5. Antes de describir sus características centrales, es importante clarificar el fundamento de esta controvertida decisión. En los últimos años, el campo de la salud mental infantil y del adolescente ha experimentado un creciente debate en relación con el diagnóstico de trastorno bipolar. Las tasas de trastorno bipolar en niños y adolescentes han aumentado mucho más rápidamente que en los adultos (Blader y Carlson, 2007; Moreno et al, 2007), en conjunto a la creciente prescripción de fármacos antipsicóticos a esta población (Olfson et al, 2006). Las explicaciones posibles de este fenómeno incluyen un aumento real en la prevalencia y la mejora en la identificación de casos. Sin embargo, algunos estudios han atribuido tales tasas altas a cambios en las prácticas diagnósticas, donde los niños que carecen de síntomas maníacos tradicionales son diagnosticados como bipolares en base a síntomas alternativos, principalmente la irritabilidad (Leibenluft, 2011).

El diagnóstico de “desregulación grave del estado de ánimo” surgió una década atrás (Leibenluft et al, 2003), para describir a los niños y adolescentes que presentan una hiperactivación junto con irritabilidad grave, crónica y no episódica, y accesos de cólera frecuentes (Zepf & Holtman, 2012). Este nuevo diagnóstico fomentó la investigación dirigida tanto a la elucidación de las características clave de la desregulación grave del estado de ánimo, y la comparación de la desregulación grave del estado de ánimo con el trastorno bipolar.

La evidencia observada en los estudios longitudinales de muestras comunitarias sugiere que el trastorno bipolar y la desregulación grave del estado de ánimo tienen una evolución diferente. Mientras que los niños con un trastorno bipolar muestran una alta correlación con el trastorno bipolar de por vida, los estudios no encontraron una asociación entre la desregulación grave del estado de ánimo y el desarrollo posterior de un trastorno bipolar (Brotman et al, 2006; Stringaris et al, 2009). En cambio, los niños con una desregulación grave del estado de ánimo tienden a desarrollar otros trastornos psiquiátricos más tarde, especialmente un trastorno depresivo mayor, un trastorno de ansiedad generalizada o una distimia (Brotman et al, 2006; Stringaris et al, 2009). Los estudios en muestras clínicas muestran resultados similares, donde los niños con un trastorno bipolar tienen un riesgo mucho mayor de presentar episodios maníacos durante un período mediano de 29 meses, respecto a los niños con una desregulación disruptiva del estado de ánimo (62% y 1%, respectivamente) (Stringaris et al, 2010).

Los datos respecto a los antecedentes familiares son escasos, pero corroboran los hallazgos de los estudios longitudinales. Un pequeño estudio comparó la prevalencia del trastorno bipolar parental en niños diagnosticados con desregulación grave del estado de ánimo o trastorno bipolar, y encontró diferencias significativas: el trastorno bipolar de los padres estaba presente en un 33% del grupo de niños con un trastorno bipolar, pero en sólo en el 3% del grupo de niños con una desregulación grave del estado de ánimo (Brotman et al, 2007).

Por lo tanto, la suposición de que la irritabilidad grave y crónica representa un fenotipo alternativo o una presentación evolutiva del trastorno bipolar es

infundada. No existe apoyo científico para el diagnóstico de manía en los niños que presentan fundamentalmente síntomas de irritabilidad no episódica.

La evidencia también subraya la alta carga de la desregulación grave del estado de ánimo. Este trastorno tiene una prevalencia de vida de alrededor del 3% en muestras comunitarias, mientras que la prevalencia del trastorno bipolar no es mayor al 0.1% (Brotman et al, 2006). Además, el impacto negativo en el funcionamiento, tal como se mide en las puntuaciones de la Escala de Evaluación Global de Niños (CGAS, por sus siglas en inglés), es igual en niños diagnosticados con un trastorno bipolar o con una desregulación grave del estado de ánimo (Leibenluft, 2011).

En el DSM-IV, el síntoma “irritabilidad” se incluía en los criterios diagnósticos de al menos seis trastornos presentes en niños: episodio maníaco, trastorno negativista desafiante, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno distímico, trastorno por estrés posttraumático, y trastorno depresivo mayor. Sin embargo, ninguno de los diagnósticos anteriores aplica a los niños que presentan una irritabilidad grave y crónica. Por lo tanto, los niños que cumplen los criterios de desregulación grave del estado de ánimo constituyen una población considerablemente grande de personas gravemente afectadas, que no encajan bien en ninguna categoría del DSM-IV. El grupo de trabajo del DSM-5 decidió a favor de la validez de la desregulación grave del estado de ánimo, y de su inclusión en la clasificación. Se utilizó un término diferente—trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo—para reemplazar la “desregulación grave del estado de ánimo”, que no parecía reflejar completamente la complejidad de la imagen clínica. Para subrayar la asociación entre la irritabilidad crónica y los resultados del estado de ánimo, se ubicó al trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo en la categoría de trastornos del estado de ánimo. Los criterios diagnósticos se resumen en la Tabla A.9.8. Para una descripción más detallada de este trastorno, vea el Capítulo E.3 del Manual.

MEDIDAS Y MODELOS EMERGENTES

Medidas de síntomas transversales y de gravedad

Algunos de los conceptos presentados en la nueva *Sección III* son de especial interés para la salud mental de niños y adolescentes. Como se mencionó anteriormente, la introducción del *nivel 1 de medidas de síntomas transversales* (dimensional) es de gran relevancia. Se creó la escala de evaluación de reporte de los padres/cuidadores para la evaluación de niños y adolescentes (6 a 17 años de edad); también existe una versión de autorreporte para adolescentes. El fundamento tras estas incorporaciones es proporcionar a los profesionales un instrumento que les permita realizar una especie de revisión por sistemas, como se realiza en medicina general. Por esta razón, la idea es utilizar la escala al inicio de la evaluación clínica, de forma que conduzca a los profesionales a los dominios donde debe evaluarse un diagnóstico específico. El instrumento incluye 19 preguntas en 12 dominios, la mayoría de ellas calificadas por medio de una escala Likert de 5 puntos (0 a 4), y seis preguntas de “sí”, “no”, “no sé” para el consumo de sustancias y la ideación

e intento suicida. Los dominios son: síntomas somáticos, alteraciones del sueño, inatención, depresión, ira, irritabilidad, manía, ansiedad, psicosis, pensamientos y conductas repetitivas, consumo de sustancias e ideación/intento suicida.

Es importante tener en cuenta que una puntuación positiva en cualquier pregunta que permita una respuesta dimensional (puntuación igual o mayor que 2–leve, excepto para las preguntas relativas a la inatención, o psicosis–puntuación igual o mayor a 1: leve), o una respuesta “sí” o “no sé” en las preguntas de consumo de sustancias e ideación/intento suicida, indica que es necesario realizar una evaluación más profunda. Esta evaluación puede incluir el uso de las nuevas *medidas de síntomas transversales del nivel 2* del DSM-5, basadas en instrumentos validados utilizadas en salud mental infantil (p.ej., el SNAP-IV para la inatención y la hiperactividad; el ASSIST modificado de NIDA para el consumo de sustancias). Estas medidas se enumeran en la Tabla A.9.9, están disponibles en la página web, y pueden ser reproducidas sin autorización de los autores para fines clínicos y de investigación.

La sección III también aborda la evaluación cultural, al proporcionar una versión actualizada de la guía para la formulación cultural del DSM-IV, y al incorporar la *entrevista de formulación cultural*. Si bien este instrumento ha sido evaluado solamente en adultos, los profesionales de salud mental infantil podrían beneficiarse al incluir una formulación cultural en la evaluación de sus pacientes, dado que el impacto del contexto cultural en el desarrollo o la expresión de los síntomas de salud mental durante la infancia y la adolescencia es enorme (Canino & Alegria, 2008).

Síndrome de psicosis atenuada

La sección III también incluye los diagnósticos provisionales en los que es necesario realizar mayor investigación (“afecciones que necesitan más estudio”). En la psiquiatría infantil y adolescente, un diagnóstico altamente relevante de esta sección es el *síndrome de psicosis atenuada*. El DSM-5 (Asociación Americana de Psiquiatría, 2013) propone los siguientes criterios diagnósticos para este síndrome:

- Síntomas atenuados de delirios, alucinaciones, o discurso desorganizado, con una prueba de realidad relativamente intacta
- Su frecuencia (al menos una vez por semana en el último mes) o gravedad causa malestar significativo o discapacidad que requiere atención clínica
- Los síntomas deben haber comenzado o empeorado en el último año, y no se explican mejor por otro trastorno mental mayor o por los efectos de una enfermedad médica o consumo de sustancias
- Nunca se han cumplido los criterios para un trastorno psicótico.

La evidencia previa sugiere que una proporción significativa de personas con estas características fenotípicas evolucionan a trastornos psicóticos completos (Ruhmann et al, 2010), y que la intervención puede modificar esta evolución (p.ej., Amminger et al, 2010). Sin embargo, ya que la mayoría de estos casos no parecen progresar a un trastorno psicótico completo, y existen riesgos inherentes

al tratamiento antipsicótico, el riesgo de extender las fronteras de los diagnósticos psiquiátricos demasiado lejos disminuyeron el entusiasmo inicial para incluir este diagnóstico en la parte principal del manual.

MODIFICACIONES MÁS ALLÁ DEL ALCANCE DE ESTE CAPÍTULO

Muchos diagnósticos pertinentes a la psiquiatría infantil y adolescente que no han sido analizados en este capítulo, fueron reasignados a otras categorías debido a la eliminación de la categoría de trastornos de inicio en la infancia, la niñez o la adolescencia del DSM-IV. Como se mencionó anteriormente, esto da a la clasificación un mayor enfoque hacia el desarrollo, reconociendo que una gran proporción de los trastornos mentales tienen sus raíces en la infancia y la adolescencia. Los trastornos motores (p.ej., el trastorno del desarrollo de la coordinación) y el trastorno de movimientos estereotipados (p.ej., trastorno de tics) se trasladaron a la categoría de trastornos del desarrollo neurológico; el trastorno por ansiedad de separación, a la categoría de trastornos de ansiedad; la pica y el trastorno de rumiación, a la categoría de trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos; y la enuresis y encopresis forman una nueva categoría, denominada trastornos de la excreción.

Además, se han realizado ajustes menores en varios diagnósticos, para incorporar una perspectiva de desarrollo. Por ejemplo, los criterios para el trastorno de ansiedad social enfatizan que la ansiedad en los niños debe presentarse también al interactuar con los compañeros (y no sólo en las interacciones con los adultos), y que el miedo y la ansiedad provocados por las situaciones sociales en los niños pueden manifestarse en forma de síntomas conductuales (como llorar y hacer berrinches). En el trastorno obsesivo-compulsivo, los criterios especifican que los niños pueden tener compulsiones, sin reconocer un objetivo claro de reducir o prevenir la ansiedad, la angustia o la ocurrencia de un evento temido. Debido a la escasez de investigación sobre el diagnóstico del trastorno explosivo intermitente en niños pequeños, y la potencial dificultad para distinguir los accesos de cólera asociados a este trastorno, de los berrinches normales, actualmente se requiere una edad mínima de 6 años (o un nivel de desarrollo equivalente) para realizar este diagnóstico.

CONCLUSIÓN

En nuestra opinión, el DSM-5 representa la mejor clasificación basada en la evidencia de los trastornos mentales disponible actualmente. Aunque la meta inicial y optimista era producir un documento que representara un cambio de paradigma en la psiquiatría, éste se ha quedado corto, debido a la falta de evidencia en muchas áreas. El proceso real que ha ocurrido es uno de iteración—cada versión del DSM es un intento de acercarse a la construcción latente de los trastornos mentales (Kendler & First, 2010)—y el reconocimiento formal de que la clasificación psiquiátrica tendrá que seguir evolucionando y actualizándose.

En el caso de la psiquiatría del niño y del adolescente, ha habido algún progreso, en cuanto comienza a surgir una perspectiva de desarrollo, los criterios para los trastornos relevantes y prevalentes han mejorado a la luz de nuevas evidencias, y se reconocen algunos trastornos nuevos. Sin embargo, aún queda mucho por hacer, antes de que se construya un sistema de clasificación basado en la etiología y la fisiopatología.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Asociación Americana de Psiquiatría (1980). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Third Edition*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Asociación Americana de Psiquiatría (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition*. Arlington, VA: American Psychiatric Association.
- Amminger GP, Schäfer MR, Papageorgiou K et al (2010). Long-chain omega-3 fatty acids for indicated prevention of psychotic disorders: a randomized, placebo-controlled trial. *Arch Gen Psychiatry*, 67:146-154.
- Andrews G, Goldberg DP, Krueger RF et al (2009a). Exploring the feasibility of a meta-structure for DSM-V and ICD-11: could it improve utility and validity? *Psychol Med*, 39:1993-2000. doi: 10.1017/S0033291709990250
- Andrews G, Pine DS, Hobbs MJ et al (2009b). Neurodevelopmental disorders: cluster 2 of the proposed meta-structure for DSM-V and ICD-11. *Psychol Med*, 39:2013-2023. doi: 10.1017/S0033291709990274
- Barkley RA, Brown TE (2008). Unrecognized attention-deficit/hyperactivity disorder in adults presenting with other psychiatric disorders. *CNS Spectr*, 13:977-984.
- Blader JC, Carlson GA (2007). Increased rates of bipolar disorder diagnoses among U.S. child, adolescent, and adult inpatients, 1996-2004. *Biol Psychiatry*, 62:107-114. doi: 10.1016/j.biopsych.2006.11.006
- Brotman MA, Kassem L, Reising MM et al (2007). Parental diagnoses in youth with narrow phenotype bipolar disorder or severe mood dysregulation. *Am J Psychiatry*, 164:1238-1241. doi: 10.1176/appi.ajp.2007.06101619
- Brotman MA, Schmajuk M, Rich BA et al (2006). Prevalence, clinical correlates, and longitudinal course of severe mood dysregulation in children. *Biol Psychiatry*, 60:991-997. doi: 10.1016/j.biopsych.2006.08.042
- Waesche JSB, Schatschneider C, Maner JK et al (2011). Examining agreement and longitudinal stability among traditional and RTI-based definitions of reading disability using the affected-status agreement statistic. *J Learn Disabil*, 44:296-307. doi: 10.1177/0022219410392048
- Burke JD, Loeber R, Lahey BB (2007). Adolescent conduct disorder and interpersonal callousness as predictors of psychopathy in young adults. *J Clin Child Adolesc Psychol*, 36:334-346. doi: 10.1080/15374410701444223
- Canino G, Alegria M (2008). Psychiatric diagnosis – is it universal or relative to culture? *J Child Psychol Psychiatry*, 49:237-250.
- First MB (2009). Harmonisation of ICD-11 and DSM-V: opportunities and challenges. *Br J Psychiatry*, 195:382-390. doi: 10.1192/bjp.bp.108.060822
- Fletcher JM, Vaughn S (2009). Response to Intervention: Preventing and Remediating Academic Difficulties. *Child Dev Perspect*, 3:30-37. doi: 10.1111/j.1750-8606.2008.00072.x
- Francis DJ, Fletcher JM, Stuebing KK et al (2005). Psychometric approaches to the identification of LD: IQ and achievement scores are not sufficient. *J Learn Disabil*, 38:98-108.
- Frick PJ, Bodin SD, Barry CT (2000). Psychopathic traits and conduct problems in community and clinic-referred samples of children: further development of the psychopathy screening device. *Psychol Assess*, 12:382-393.
- Frick PJ, Dickens C (2006). Current perspectives on conduct disorder. *Curr Psychiatry Rep*, 8:59-72.
- Frick PJ, Nigg JT (2012). Current issues in the diagnosis of attention deficit hyperactivity disorder, oppositional defiant disorder, and conduct disorder. *Annu Rev Clin Psychol*, 8:77-107. doi: 10.1146/annurev-clinpsy-032511-143150
- Ghaziuddin M (2010). Should the DSM V drop Asperger syndrome? *J Autism Dev Disord*, 40:1146-1148. doi: 10.1007/s10803-010-0969-z
- Guilbert JJ (2003). The world health report 2002 - reducing risks, promoting healthy life. *Educ Health (Abingdon)*, 16:230. doi: 10.1080/1357628031000116808
- Harris JC (2013). New terminology for mental retardation in DSM-5 and ICD-11. *Curr Opin Psychiatry*, 26:260-262. doi: 10.1097/YCO.0b013e32835fd6fb
- Hoogman M, Rijpkema M, Janss L et al (2012). Current self-reported symptoms of attention deficit/hyperactivity disorder are associated with total brain volume in healthy adults. *PLoS One*, 7(2), e31273. doi: 10.1371/journal.pone.0031273
- Howlin P (2003). Outcome in high-functioning adults with autism with and without early language delays: implications for the differentiation between autism and Asperger syndrome. *J Autism Dev Disord*, 33:3-13.
- Kanaya T, Scullin MH, Ceci SJ (2003). The Flynn effect and U.S. policies: the impact of rising IQ scores on American society via mental retardation diagnoses. *Am Psychol*, 58:778-790. doi: 10.1037/0003-066X.58.10.778
- Kapur S, Phillips AG, Insel TR (2012). Why has it taken so long for biological psychiatry to develop clinical tests and what to do about it? *Mol Psychiatry* 17:1174-1179.
- Kendler KS, First MB (2010). Alternative futures for the DSM revision process: iteration v. paradigm shift. *Br J Psychiatry*, 197:263-265. doi: 10.1192/bjp.bp.109.076794

- Kessler RC, Adler L, Barkley R et al (2006). The prevalence and correlates of adult ADHD in the United States: results from the National Comorbidity Survey Replication. *Am J Psychiatry*, 163:716-723. doi: 10.1176/appi.ajp.163.4.716
- Kieling C, Kieling RR, Rohde LA et al (2010). The age at onset of attention deficit hyperactivity disorder. *Am J Psychiatry*, 167:14-16. doi: 10.1176/appi.ajp.2009.09060796
- Kim-Cohen J, Caspi A, Moffitt TE et al (2003). Prior juvenile diagnoses in adults with mental disorder: developmental follow-back of a prospective-longitudinal cohort. *Arch Gen Psychiatry*, 60: 709-717. doi: 10.1001/archpsyc.60.7.709
- King M, Bearman P (2009). Diagnostic change and the increased prevalence of autism. *Int J Epidemiol*, 38:1224-1234. doi: 10.1093/ije/dyp261
- Kupfer DJ, Kuhl EA, Wulsin L (2013). Psychiatry's integration with medicine: the role of DSM-5. *Annu Rev Med*, 64:385-392. doi: 10.1146/annurev-med-050911-161945
- Leibenluft E (2011). Severe mood dysregulation, irritability, and the diagnostic boundaries of bipolar disorder in youths. *Am J Psychiatry*, 168:129-142. doi: 10.1176/appi.ajp.2010.10050766
- Leibenluft E, Charney DS, Towbin KE et al (2003). Defining clinical phenotypes of juvenile mania. *Am J Psychiatry*, 160:430-437.
- Lord C, Petkova E, Hus V et al (2012). A multisite study of the clinical diagnosis of different autism spectrum disorders. *Arch Gen Psychiatry*, 69:306-313. doi: 10.1001/archgenpsychiatry.2011.148
- Lynam DR, Caspi A, Moffitt TE et al (2007). Longitudinal evidence that psychopathy scores in early adolescence predict adult psychopathy. *J Abnorm Psychol*, 116:155-165. doi: 10.1037/0021-843X.116.1.155
- Mandy WP, Charman T, Skuse DH (2012). Testing the construct validity of proposed criteria for DSM-5 autism spectrum disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 51:41-50. doi: 10.1016/j.jaac.2011.10.013
- Matte B, Rohde LA, Grevet EH (2012). ADHD in adults: a concept in evolution. *Atten Defic Hyperact Disord*, 4:53-62. doi: 10.1007/s12402-012-0077-3
- Mayes SD, Calhoun SL, Crites DL (2001). Does DSM-IV Asperger's disorder exist? *J Abnorm Child Psychol*, 29:263-271.
- McPartland JC, Reichow B, Volkmar FR (2012). Sensitivity and specificity of proposed DSM-5 diagnostic criteria for autism spectrum disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 51:368-383. doi: 10.1016/j.jaac.2012.01.007
- Moreno C, Laje G, Blanco C et al (2007). National trends in the outpatient diagnosis and treatment of bipolar disorder in youth. *Arch Gen Psychiatry*, 64:1032-1039. doi: 10.1001/archpsyc.64.9.1032
- Narrow WE, Clarke DE, Kuramoto SJ et al (2013). DSM-5 field trials in the United States and Canada, Part III: development and reliability testing of a cross-cutting symptom assessment for DSM-5. *Am J Psychiatry*, 170:71-82. doi: 10.1176/appi.ajp.2012.12071000
- Olfson M, Blanco C, Liu L et al (2006). National trends in the outpatient treatment of children and adolescents with antipsychotic drugs. *Arch Gen Psychiatry*, 63:679-685. doi: 10.1001/archpsyc.63.6.679
- Polanczyk G, Caspi A, Houts R et al (2010). Implications of extending the ADHD age-of-onset criterion to age 12: results from a prospectively studied birth cohort. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 49:210-216.
- Regier DA, Narrow WE, Clarke DE et al (2013). DSM-5 field trials in the United States and Canada, Part II: test-retest reliability of selected categorical diagnoses. *Am J Psychiatry*, 170:59-70. doi: 10.1176/appi.ajp.2012.12070999
- Research Units on Pediatric Psychopharmacology Autism Network (2005). Randomized, controlled, crossover trial of methylphenidate in pervasive developmental disorders with hyperactivity. *Arch Gen Psychiatry*, 62:1266-1274. doi: 10.1001/archpsyc.62.11.1266
- Rommelse NN, Geurts HM, Franke B et al (2011). A review on cognitive and brain endophenotypes that may be common in autism spectrum disorder and attention-deficit/hyperactivity disorder and facilitate the search for pleiotropic genes. *Neurosci Biobehav Rev*, 35:1363-1396. doi: 10.1016/j.neubiorev.2011.02.015
- Ruhrmann S, Schultze-Lutter F, Salokangas RK et al (2010). Prediction of psychosis in adolescents and young adults at high risk: results from the prospective European prediction of psychosis study. *Arch Gen Psychiatry*, 67:241-51.
- Rutter M, Kim-Cohen J, Maughan B (2006). Continuities and discontinuities in psychopathology between childhood and adult life. *J Child Psychol Psychiatry*, 47:276-295. doi: 10.1111/j.1469-7610.2006.01614.x
- Scheeringa MS, Myers L, Putnam FW et al (2012). Diagnosing PTSD in early childhood: an empirical assessment of four approaches. *J Trauma Stress*, 25:359-367. doi: 10.1002/jts.21723
- Scheeringa MS, Zeanah CH, Cohen JA (2011). PTSD in children and adolescents: toward an empirically based algorithm. *Depress Anxiety*, 28:770-782. doi: 10.1002/da.20736
- Scheeringa MS, Zeanah CH, Drell MJ et al (1995). Two approaches to the diagnosis of posttraumatic stress disorder in infancy and early childhood. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 34:191-200. doi: 10.1097/00004583-199502000-00014
- Scheeringa MS, Zeanah CH, Myers L et al (2003). New findings on alternative criteria for PTSD in preschool children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 42:561-570. doi: 10.1097/01.CHI.0000046822.95464.14
- Shaw P, Eckstrand K, Sharp W, Blumenthal J et al (2007). Attention-deficit/hyperactivity disorder is characterized by a delay in cortical maturation. *Proc Natl Acad Sci U S A*, 104:19649-19654. doi: 10.1073/pnas.0707741104
- Simonoff E, Pickles A, Charman T et al (2008). Psychiatric disorders in children with autism spectrum disorders: prevalence, comorbidity, and associated factors in a population-derived sample. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 47:921-929.

- Singh J, Illes J, Lazzeroni L et al (2009). Trends in US autism research funding. *J Autism Dev Disord*, 39:788-795. doi: 10.1007/s10803-008-0685-0
- Stringaris A, Baroni A, Haimm C et al (2010). Pediatric bipolar disorder versus severe mood dysregulation: risk for manic episodes on follow-up. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 49:397-405.
- Stringaris A, Cohen P, Pine DS et al (2009). Adult outcomes of youth irritability: a 20-year prospective community-based study. *Am J Psychiatry*, 166:1048-1054. doi: 10.1176/appi.ajp.2009.08121849
- Stringaris A, Goodman R (2009). Longitudinal outcome of youth oppositionality: irritable, headstrong, and hurtful behaviors have distinctive predictions. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 48:404-412. doi: 10.1097/CHI.0b013e3181984f30
- Tannock R (2013). Rethinking ADHD and LD in DSM-5: proposed changes in diagnostic criteria. *J Learn Disabil*, 46:5-25. doi: 10.1177/0022219412464341
- Task Force on Research Diagnostic Criteria: Infancy, Preschool (2003). Research diagnostic criteria for infants and preschool children: the process and empirical support. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 42:1504-1512. doi: 10.1097/01.chi.0000091504.46853.0a
- Volkmar FR, Schwab-Stone M, First M (2007). Classification. In A Martin, F R Volkmar (eds), *Lewis's Child and Adolescent Psychiatry (4th ed)* pp 302-309. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins.
- Zeanah CH, Gleason MM (2010). *Reactive attachment disorder: A review for DSM-V*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Zepf FD, Holtman M (2012). Disruptive mood dysregulation disorder. In JM Rey (ed), *IACAPAP e-Textbook of Child and Adolescent Mental Health*. Geneva: International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions 2012. Retrieved from <http://iacapap.org/wp-content/uploads/E.3-MOOD-DYSREGULATION-072012.pdf>.
-