ANEXO AL MANUAL

DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

VOLUMEN II

(Segunda Parte)

Temas del 15 al 19

ESQUEMA Y COMPARATIVA DE LAS PRINCIPALES NOVEDADES EN LOS SISTEMAS DE CLASIFICACIÓN

Se presentan, de forma esquemática, los principales cambios del nuevo manual DSM-5, así como su comparativa con las clasificaciones DSM-IV-TR y CIE-10.

También se resumen las características del DSM-5 para cada trastorno relativas a curso, desarrollo, prevalencia, factores de riesgo y pronóstico o diagnóstico diferencial

02.15	TRASTORNOS DEL SUEÑO-VIGILIA

CATEGORÍAS DIAGNÓSTICAS EN EL DSM-IV-TR, DSM-5 Y CIE-10

DSM-IV-TR (APA, 2002): Trastornos del sueño	DSM-5 (APA, 2013): Trastornos del sueño-vigilia	CIE-10 (OMS, 1992)
1. Trastornos primarios del sueño A) Disomnias – Insomnio primario – Hipersomnia primaria – Narcolepsia – Trastorno del sueño relacionado con la respiración – Trastorno del ritmo circadiano – Disomnia no especificada B) Parasomnias – Pesadillas – Terrores nocturnos – Sonambulismo – Parasomnia no especificada 2. Trastornos del sueño relacionados con otro trastorno mental 3. Trastorno del sueño debido a una enfermedad médica 4. Trastorno del sueño inducido por sustancias	– Trastorno por insomnio – Trastorno de hipersomnolencia – Narcolepsia A) Trastornos del sueño relacionados con la respiración – Apnea-hipopnea obstructiva del sueño – Apnea central del sueño – Hipoventilación relacionada con el sueño B) Trastornos del ritmo circadiano sueño-vigilia – Tipo fase del sueño retrasada – Tipo fase del sueño avanzada – Tipo sueño-vigilia irregular – Tipo sueño-vigilia no equivalente a 24 horas – Tipo cambios turno de trabajo C) Parasomnias – Trastornos del sueño-despertar sin movimientos oculares rápidos – Trastorno por pesadilla – Trastorno comportamental del sueño en fase REM – Síndrome de las piernas inquietas – Trastorno del sueño inducido por sustancias/medicación – Otro trastorno por insomnio especificado – Trastorno por insomnio no especificado – Otro trastorno de hipersomnolencia especificado – Trastorno de hipersomnolencia no especificado – Otro trastorno del sueño-vigilia especificado – Trastorno del sueño-vigilia no especificado	– Insomnio no orgánico – Hipersomnia no orgánica – Trastorno no orgánico del ciclo v-s – Sonambulismo – Terrores nocturnos – Pesadillas – Otros trastornos no orgánicos del sueño – Trastorno no orgánico del sueño sin especificación

CeDe www.pir.es

NOVEDADES DIAGNÓSTICAS DSM-5

1. *Cambia la denominación de la categoría de trastornos del sueño a trastornos del sueño-vigilia.*
2. *La narcolepsia supone un trastorno específico al conocerse que procede de una deficiencia en hipocretina.*
3. *Eliminación de las categorías trastorno del sueño relacionado con otro trastorno mental y trastorno del sueño relacionado con otra condición médica.*
4. *Aparecen tres trastornos del sueño relacionados con la respiración relativamente diferentes.*
5. *Ampliación de los subtipos de trastornos del ritmo circadiano (eliminación del jet-lag).*
6. *Suponen alteraciones el trastorno comportamental del sueño en fase REM y el síndrome de piernas inquietas.*

DSM-IV-TR y DSM-5: COMPARATIVA. ASPECTOS COMPLEMENTARIOS DEL DSM-5

Se presentan, de forma resumida, las principales novedades del DSM-5 dentro de cada trastorno específico y su comparativa con el resto de clasificaciones.

TRASTORNO POR INSOMNIO: MODIFICACIONES EN EL DSM-5

Tabla comparativa de los criterios diagnósticos DSM-IV-TR y DSM-5 para el Trastorno por insomnio (denominación DSM-5)	
DSM-IV-TR (APA, 2002): Insomnio primario	**DSM-5 (APA, 2013): Trastorno por insomnio**
A. El síntoma predominante es la dificultad para iniciar o mantener el sueño, o no tener un sueño reparador, durante al menos 1 mes.	A. Queja predominante de escasa satisfacción con la calidad y cantidad de sueño, asociada con uno (o más) de los siguientes síntomas: 1. Dificultad para iniciar el sueño. (En niños lo más informado es dificultad para iniciar el sueño sin intervención del cuidador) 2. Dificultad para mantener el sueño, caracterizada por despertares frecuentes o problemas para volver a dormir después de despertar. (En niños esto podría manifestarse como dificultad para volver a dormir sin intervención de cuidador). 3. Despertar temprano por la mañana sin habilidad para volver a dormir.
B. La alteración del sueño (o la fatiga diurna asociada) provoca malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.	B. La alteración de sueño causa malestar clínicamente significativo o daño en el funcionamiento social, ocupacional, educacional, académico, conductual, u otras áreas importantes de funcionamiento.
C. La alteración del sueño no aparece exclusivamente en el transcurso de la narcolepsia, el trastorno del sueño relacionado con la respiración, el trastorno del ritmo circadiano o una parasomnia.	C. La dificultad para dormir ocurre al menos tres veces a la semana.
D. La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de otro trastorno mental (p. ej., trastorno depresivo mayor, trastorno de ansiedad generalizada, delirium).	D. La dificultad para dormir está presente durante al menos tres meses.
E. La alteración no es debida a los efectos fisiológicos directos de sustancia (p. ej., drogas, fármacos) o de una enfermedad médica.	E. La dificultad para dormir ocurre a pesar de facilidades para iniciar el sueño.

© CEDE – www.pir.es

	F. El insomnio no se explica mejor y no ocurre exclusivamente durante el curso de otro trastorno del sueño-vigilia (p. e., narcolepsia, trastorno del sueño relacionado con la respiración, un trastorno del ritmo circadiano sueño-vigilia, parasomnia).
	G. El insomnio no es atribuible a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. e., una droga de abuso, una medicación).
	H. La coexistencia de trastornos mentales y condiciones médicas no explica adecuadamente la queja predominante de insomnio.
	Especificar si: *– Comorbilidad con un trastorno mental que no sea del sueño, incluyendo trastornos por uso de sustancias.* *– Comorbilidad con otra enfermedad médica.* *– Comorbilidad con otro trastorno del sueño.*
	Especificar si: *– Episódico* *– Persistente* *– Recurrente*

✓ ***ASPECTOS COMPLEMENTARIOS DEL TRASTORNO POR INSOMNIO: MODIFICACIONES EN EL DSM-5***

1. Factores de riesgo y pronóstico

a. Temperamento: ansiedad o un estilo de personalidad centrado en las preocupaciones, incrementa una predisposición a una mayor activación (*arousal*) y, por tanto, una tendencia a reprimir emociones que pueden incrementar la vulnerabilidad al insomnio

b. Ambiente: luz, poca comodidad, altas o bajas temperaturas y una altitud elevada pueden incrementar la vulnerabilidad al insomnio

c. Genética y fisiología: el género femenino y una edad avanzada están asociados con un incremento a la vulnerabilidad para el insomnio. Puede haber predisposición familiar al insomnio. La prevalencia del insomnio es mayor entre gemelos monozigotos que entre dizigotos; así como también es más alta entre los familiares de primer grado comparados con la población general

2. Prevalencia: entre un 10 y un 15% de las personas tendrían alteraciones diurnas y entre un 6 y un 10% tienen problemas que cumplen criterios. Es más prevalente entre mujeres que entre hombres, mostrándose ahora un ratio de 1.44:1

3. Desarrollo y curso: el inicio de los síntomas puede ocurrir en cualquier momento de la vida, pero el primer episodio es más común en la etapa de adulto joven. Menos frecuentemente, el insomnio comienza en la niñez o adolescencia

***4.* Diagnóstico diferencial**: variaciones normales del sueño, insomnio situacional/agudo, fase del sueño retrasada, tipo turno de trabajo o trastornos del ritmo circadiano sueño-vigilia, síndrome de las piernas inquietas, trastornos del sueño relacionados con la respiración, narcolepsia, parasomnias y trastorno del sueño inducido por sustancias/medicación.

- ***TRASTORNO POR HIPERSOMNIA: MODIFICACIONES EN EL DSM-5***

Tabla comparativa de los criterios diagnósticos DSM-IV-TR y DSM-5 para el Trastorno por hipersomnia (denominación DSM-5)	
DSM-IV-TR (APA, 2002): Hipersomnia primaria	**DSM-5 (APA, 2013): Trastorno por hipersomnia**
A. El motivo principal de consulta es la presencia de somnolencia excesiva como mínimo durante 1 mes (o menos si se trata de la forma recurrente), tal y como ponen de evidencia episodios prolongados de sueño nocturno o episodios de sueño diurno que tienen lugar casi cada día.	A. Excesiva somnolencia auto-informada (hipersomnolencia) a pesar de que el sueño principal dura un período de al menos 7 horas, con al menos uno de los siguientes síntomas: 1. Periodos recurrentes de sueño o lapsos de sueño dentro del mismo día. 2. Un episodio principal de sueño prolongado de más de 9 horas al día que no es reparador (p. e., no refrescante). 3. Dificultad para estar completamente despierto después de un despertar abrupto.
B. La somnolencia excesiva provoca un malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral, o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.	B. La hipersomnolencia ocurre al menos tres veces por semana, por al menos tres meses.
C. La somnolencia excesiva no puede explicarse mejor por la presencia de un insomnio y no aparece exclusivamente en el transcurso de otro trastorno mental (p. ej., narcolepsia, trastorno del sueño relacionado con la respiración, trastorno del ritmo circadiano o parasomnia) y no puede atribuirse a una cantidad inadecuada de sueño.	C. La hipersomnolencia se acompaña de malestar significativo o daño en el funcionamiento cognitivo, social, ocupacional u otras áreas importantes de funcionamiento.
D. La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de otro trastorno mental.	D. La hipersomnolencia no se explica mejor y no ocurre exclusivamente durante el curso de otro trastorno de sueño (p. e., narcolepsia, trastorno de sueño relacionado con la respiración, trastorno del ritmo circadiano sueño-vigilia o una parasomnia).
E. La alteración no se debe a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., drogas, fármacos) o de una enfermedad médica.	E. La hipersomnolencia no es atribuible a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. e., droga de abuso, una medicación).
	F. La coexistencia de trastornos mentales y médicos no explican adecuadamente el motivo principal de la hipersomnolencia.
Especificar si: Recidivante: si hay períodos de somnolencia excesiva que duran como mínimo 3 días y tienen lugar varias veces al año durante al menos 2 años.	Especificar si: – *Con trastorno mental:* incluyendo trastornos por uso de sustancias. – *Con una condición médica*. – *Con otro trastorno del sueño*.
	Especificar si: – *Agudo:* duración de menos de 1 mes. – *Subagudo:* duración de 1-3 meses. -*Persistente:* duración de más de 3 meses.
	Especificar gravedad actual: – *Leve* – *Moderada* – *Grave*

© CEDE – www.pir.es

✓ ***ASPECTOS COMPLEMENTARIOS DEL TRASTORNO POR HIPERSOMNIA: MODIFICACIONES EN EL DSM-5***

1. **Factores de riesgo y pronóstico**
   a. Ambiente: se puede incrementar temporalmente por estrés psicológico y uso de alcohol, pero no han sido documentados como factores ambientales precipitantes. Las infecciones virales se consideran la causa de un 10% de los casos de Hipersomnolencia. Otras infecciones virales tales como VIH, neumonía, mononucleosis y el Síndrome de Guillain-Barré también pueden causar Hipersomnolencia durante unos meses tras la infección. También TCE.
   b. Genética y fisiología: puede ser familiar, con un modo de herencia autosómico dominante.

2. Prevalencia: entre un 5 y un 10% de los individuos que acuden a clínicas de Trastornos del sueño, implican episodios de sueño diurno y tienen un Trastorno por hipersomnolencia

3. **Desarrollo y curso:** curso persistente, con una evolución progresiva en la severidad de los síntomas

4. **Diagnóstico diferencial**: variaciones normales del sueño, pobre calidad del sueño y fatiga, trastornos del sueño relacionados con la respiración, trastornos del ritmo circadiano sueño-vigilia, parasomnias y otros trastornos mentales.

o ***NARCOLEPSIA: MODIFICACIONES EN EL DSM-5***

Tabla comparativa de los criterios diagnósticos DSM-IV-TR Y DSM-5 para la Narcolepsia	
DSM-IV-TR (APA, 2002)	**DSM-5 (APA, 2013)**
A. Ataques de sueño reparador irresistibles que aparecen diariamente durante un mínimo de 3 meses.	A. Períodos recurrentes de una irresistible necesidad de dormir, caer en sueño o dormir la siesta que ocurren en el mismo día. Esto debe haber ocurrido al menos tres veces por semana en los últimos tres meses.
B. Presencia de uno o ambos de los siguientes síntomas: 1. cataplejía (es decir, episodios breves y súbitos de pérdida bilateral del tono muscular, la mayoría de las veces en asociación con emociones intensas). 2. intrusiones recurrentes de elementos del sueño REM en las fases de transición entre el sueño y la vigilia, tal y como indican las alucinaciones hipnagógicas o hipnopómpicas o las parálisis del sueño al principio o al final de los episodios de sueño.	B. Está presente al menos uno de los siguientes: 1. Episodios de cataplexia, definidos como (a) o (b), que ocurren unas cuantas veces al mes: a. En individuos con enfermedades de larga duración, breves (segundos o minutos) episodios de pérdida súbita del tono muscular bilateral con conciencia que se precipita por bromas o risas. b. En niños o en individuos con 6 meses desde el inicio, muescas espontáneas o episodios de apertura de la mandíbula con interposición lingual o hipotonía global, sin ningún tipo de disparador emocional obvio. 2. Deficiencia de hipocretina, que se mide usando los valores de inmunoreacción de hipocretina -1 en el fluido cerebroespinal –FCE- (menos que o igual a 1/3 del valor obtenido en sujetos sanos evaluados usando el mismo procedimiento, o menos que o igual a 110 pg/mL). Los niveles bajos de hipocretina-1 no se observan en el contexto de daño cerebral agudo, inflamación o infección. 3. El polisomnograma de sueño nocturno muestra que en el sueño de movimientos rápidos oculares la latencia del sueño es menor o igual a 15 minutos, o un test múltiple de latencia del sueño muestra que la media de la latencia del sueño es menor o igual a 8 minutos y 2 o más períodos de sueño REM de inicio.
C. La alteración no se debe a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., drogas, fármacos) o de una enfermedad médica.	Especificar si: *– 347.00 (G47.419) Narcolepsia sin cataplexia pero con deficiencia de hipocretina* *– 347.01 (G47.411) Narcolepsia con cataplexia pero sin deficiencia de hipocretina* *– 347.00 (G47.419) Ataxia cerebelosa dominante autosómica, sordera y narcolepsia* *– 347.00 (G47.419) Narcolepsia autosómica dominante,*

	obesidad y diabetes tipo 2 *– 347.10 (G47.429) Narcolepsia secundaria a otra condición médica*
	Especificar si: *– Leve* *– Moderada* *– Grave*

✓ ***ASPECTOS COMPLEMENTARIOS DE LA NARCOLEPSIA: MODIFICACIONES EN EL DSM-5***

1. Factores de riesgo y pronóstico

a. Ambiente: infección por estreptococos del Grupo A –virus influenza– (pandemia H1N1 2009) u otras infecciones típicas del invierno están frecuentemente asociadas a afecciones del sistema inmune que pueden derivar en una narcolepsia unos pocos meses después. Un traumatismo craneal y cambios bruscos en el patrón de sueño-despertar también pueden precipitar el trastorno

b. Genética y fisiología: gemelos monozigotos presentan una concordancia de entre el 25% y el 32%. Además, la prevalencia de la patología es de entre un 1 y 2% entre los familiares de primer grado de los afectados por la misma

c. Temperamento: las parasomnias como el sonambulismo, bruxismo o trastorno comportamental del sueño REM, así como enuresis pueden ser más comunes en los individuos que desarrollan narcolepsia

2. Prevalencia: con cataplexia afecta a entre un 0.02 y un 0.04% de la población general en la mayoría de los países. La patología afecta a ambos géneros, con una ligera mayor posibilidad en los varones.

3. **Desarrollo y curso:** dos picos de inicio de la enfermedad habituales: entre los 15 y los 25 años y entre los 30 y los 35 años

4. Diagnóstico diferencial: otras hipersomnias, deprivación del sueño o sueño nocturno insuficiente, síndromes de apnea del sueño, trastorno depresivo mayor, trastorno por conversión, déficit de atención/hiperactividad u otros problemas conductuales, convulsiones, corea y trastornos del movimiento así como esquizofrenia

○ ***TRASTORNOS DEL SUEÑO RELACIONADOS CON LA RESPIRACIÓN: MODIFICACIONES EN EL DSM-5***

Tabla comparativa de los criterios diagnósticos DSM-IV-TR y DSM-5 para la apnea-hipopnea obstructiva del sueño	
DSM-IV-TR (APA, 2002): **Trastorno del sueño relacionado con la respiración**	**DSM-5 (APA, 2013)**
A. Desestructuración del sueño que provoca somnolencia excesiva o insomnio y que se considera secundaria a una patología respiratoria relacionada con el sueño (p. ej., síndromes de apnea obstructiva del sueño o de apnea central del sueño o de hipoventilación alveolar central).	A. Cualquiera (1) o (2): 1. Evidencia por polisomnograma de al menos 5 apneas o hipopneas obstructivas por hora de sueño y cada uno de los siguientes síntomas en el sueño: a. Perturbaciones en la respiración del sueño: ronquidos, resoplidos/jadeos o pausas en la respiración durante el sueño. b. Dormir durante el día, fatiga o sueño no reparador a pesar de tener suficientes oportunidades para dormir que no se explica mejor por otro trastorno mental (incluyendo un trastorno del sueño) y no es atribuible a otra condición médica. 2. Evidencia por polisomnograma de 15 o más apneas obstructivas y/o hipopneas por hora de sueño independientemente de los síntomas acompañantes.
B. La alteración no se explica mejor por la presencia de otro trastorno mental y no se debe a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., drogas, fármacos) o de otra enfermedad médica (diferente de un trastorno de la respiración relacionado con el sueño).	Especificar si: *– Leve* *– Moderado* *– Grave*

© CEDE – www.pir.es

Tabla comparativa de los criterios diagnósticos DSM-IV-TR y DSM-5 para la apnea central del sueño	
DSM-IV-TR (APA, 2002). Trastorno del sueño relacionado con la respiración	**DSM-5 (APA, 2013)**
A. Desestructuración del sueño que provoca somnolencia excesiva o insomnio y que se considera secundaria a una patología respiratoria relacionada con el sueño (p. ej., síndromes de apnea obstructiva del sueño o de apnea central del sueño o de hipoventilación alveolar central).	A. Evidencia en el polisomnograma de cinco o más apneas centrales por hora del sueño.
B. La alteración no se explica mejor por la presencia de otro trastorno mental y no se debe a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., drogas, fármacos) o de otra enfermedad médica (diferente de un trastorno de la respiración relacionado con el sueño).	B. El trastorno no se explica mejor por otro trastorno del sueño actual.
	Especificar si: *– 327.21 (G47.31) Apnea del dormir central idiopática* *– 786.04 (R06.3) Respiración Cheyne-Stokes* *– 780.57 (G47.37) Apnea central del sueño comórbida con uso de opiáceos*

Tabla comparativa de los criterios diagnósticos DSM para la hipoventilación relacionada con el sueño	
DSM-IV-TR (APA, 2002)	**DSM-5 (APA, 2013)**
A. Desestructuración del sueño que provoca somnolencia excesiva o insomnio y que se considera secundaria a una patología respiratoria relacionada con el sueño (p. ej., síndromes de apnea obstructiva del sueño o de apnea central del sueño o de hipoventilación alveolar central).	A. El polisomnograma demuestra episodios de respiración disminuida asociada con niveles elevados de CO_2. (En ausencia de una medida objetiva de CO_2, niveles persistentemente bajos de saturación de hemoglobina y oxígeno no asociados con sucesos de apnea/hipopnea podría indicar hipoventilación).
B. La alteración no se explica mejor por la presencia de otro trastorno mental y no se debe a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., drogas, fármacos) o de otra enfermedad médica (diferente de un trastorno de la respiración relacionado con el sueño).	Especificar si: *– 327.24 [G47.34] Hipoventilación idiopática* *– 327.25 (G47.35) Hipoventilación congénita alveolar central* *– 327.26 (G47.36)* Hipoventilación comórbida con el sueño

- ✓ ***ASPECTOS COMPLEMENTARIOS DE LOS TRASTORNOS DEL SUEÑO RELACIONADOS CON LA RESPIRACIÓN: MODIFICACIONES EN EL DSM-5***

1. Factores de riesgo y pronóstico: ver libro

2. Prevalencia: apnea-hipopnea (entre 1 y 2% en niños, 2 a 15% en adultos de mediana edad y más del 20% de personas más mayores). Apnea central del sueño (desconocida). Respiración Cheyne-Stokes (45% de afectación cardioventricular predice una prevalencia de al menos el 20%). Hipoventilación (muy poco común en adultos).

***3.* Desarrollo y curso:** el Síndrome de apnea-hipopnea sigue una distribución por edades en forma de J. El inicio de la respiración Cheyne-Stokes está determinado por un fallo en el corazón. La Hipoventilación se considera como un trastorno que progresa lentamente.

Diagnóstico diferencial en los Trastornos del sueño relacionados con la respiración		
Síndrome de apnea-hipopnea obstructiva del sueño	**Apnea central del sueño**	**Hipoventilación relacionada con el sueño**
– Ronquidos primarios y Otros trastornos del sueño. – Trastorno por insomnio. – Ataques de pánico. – Trastorno de déficit por atención/hiperac-tividad. – Insomnio o Hipersomnia inducido por sustancias/medica-ción. Excepto los ataques de pánico nocturnos que aparentemente podrían parecerse al síndrome, el resto de diagnósticos pueden ser concurrentes e incluso, aunque haya uso/abuso de sustancias diagnosticable hay que realizar el diagnóstico de Apnea-hipopnea.	– Otros trastornos del sueño relacionados con la respiración y trastornos del sueño. Se distingue de la Apnea-hipopnea por la presencia de al menos cinco apneas centrales del sueño por hora.	– Otras condiciones médicas que afecten a la ventilación. – Otros trastornos del sueño relacionados con la respiración. Habría que realizar un buen diagnóstico no admitiéndose la comorbilidad a priori y basándonos en pruebas polisomnográficas o de otra índole (p. e.: detección de enfermedad neuromuscular).

- ***TRASTORNO DEL RITMO CIRCADIANO: MODIFICACIONES EN EL DSM-5***

Tabla comparativa de los criterios diagnósticos DSM para los Trastornos del ritmo circadiano sueño-vigilia (denominación DSM-5)	
DSM-IV-TR (APA, 2002): Trastorno del ritmo circadiano	**DSM-5 (APA, 2013): Trastornos del ritmo circadiano sueño-vigilia**
A. Presencia persistente o recurrente de un patrón de sueño desestructurado que obedece a una mala sincronización entre el sistema circadiano endógeno de sueño-vigilia del individuo, por una parte, y las exigencias exógenas de espaciamiento y duración del sueño, por otra.	A. Una forma persistente o recurrente de interrupción del sueño que se debe principalmente a una alteración del sistema circadiano o a una desalineación entre el ritmo endógeno circadiano y la programación de dormir-despertar requerida por un individuo en su ambiente físico, social o profesional.
B. Las alteraciones del sueño provocan un malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.	B. La interrupción del sueño conduce a excesiva somnolencia o insomnio o ambos.
C. Las alteraciones del sueño no aparecen exclusivamente en el transcurso de otro trastorno del sueño u otro trastorno mental.	C. La perturbación del sueño causa malestar clínicamente significativo o daño en el funcionamiento social, ocupacional u otras áreas importantes de funcionamiento. Nota de codificación: para la CIE-9-MC, codificar 307.45 para todos los subtipos. Para la CIE-10-MC, el código está basado en el subtipo.

© CEDE – www.pir.es

D. El trastorno no se debe a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., drogas, fármacos) o de una enfermedad médica.	Especificar cuando: – *307.45 (G47.21) Tipo fase del sueño retrasada:* una forma de inicio del sueño retrasada y periodos de despertar, con una incapacidad para conciliar el sueño y despertar en un momento anterior deseado o convencional aceptable. Especificar si: – *Familiar:* una historia familiar de fase del sueño retrasada está presente. Especificar si: – *Superpuesto con el tipo sueño-vigilia diferente a 24 horas:* el tipo sueño retrasado se *puede* superponer con otro trastorno del ritmo circadiano sueño-vigilia, tal como el tipo sueño-vigilia diferente a 24 horas. – *307.45 (G47.22) Tipo fase del sueño avanzada:* una forma de inicio del sueño avanzada y tiempos de despertar, con una incapacidad para permanecer despierto o dormido hasta periodos posteriores convencionalmente aceptables. Especificar si: – *Familiar:* una historia familiar de fase del sueño avanzada está presente. – *307.45 (G47.23) Tipo sueño-despertar irregular:* una forma de desorganización temporal del sueño-despertar, de tal forma que los periodos de estar dormido y despierto son variables a lo largo de los períodos de 24 horas. – 307.45 (G47.24). Tipo sueño-despertar no equivalente a 24 horas: una forma de ciclos de sueño-despertar que no está sincronizada con el ritmo de 24 horas, fase con una deriva diaria consistente (usualmente cada vez más tarde) de inicio del sueño y despertar. – 307.45 (G47.26). Tipo cambios turno de trabajo: insomnio durante el principal periodo de sueño y/o excesiva somnolencia (incluyendo sueño inadvertido) durante el principal periodo de estar despierto asociado con cambios en el turno de trabajo (p. e. cuando se requiere horas de trabajo no convencionales). – 307.45 (G47.20) *Tipo no especificado.*
Especificar tipo: – Tipo sueño retrasado: patrón de sueño persistente que consiste en acostarse y despertarse tarde, con incapacidad para conciliar el sueño y levantarse a horas más tempranas pese a desearlo. – Tipo jet lag: somnolencia y estado de alerta presentes en momentos del día inadecuados, y que aparece después de repetidos viajes transmeridionales a zonas con diferente horario. – Tipo cambios de turno de trabajo: insomnio que aparece durante las horas que el individuo debería dormir o somnolencia excesiva durante las horas en que debería estar despierto, debido a un turno de trabajo nocturno o a un cambio repetido del turno de trabajo. – Tipo no especificado.	Especificar si: – *Episódico* – *Persistente* – *Recurrente*

CeDe www.pir.es

✓ ***ASPECTOS COMPLEMENTARIOS DE LOS TRASTORNOS DEL RITMO CIRCADIANO SUEÑO-VIGILIA: MODIFICACIONES EN EL DSM-5***

1. **Factores de riesgo y pronóstico:** ver libro
2. **Prevalencia**: la prevalencia del tipo sueño retrasado en la población general es de aproximadamente el 0.17% pero aparece con mucha intensidad en adolescentes (alrededor de un 7%). Parece que existe una relación familiar que no ha sido bien establecida para este tipo de alteración. Por otro lado en el caso del Tipo fase del sueño avanzada la prevalencia estimada es de aproximadamente el 1% en adultos de mediana edad. Cuanto más mayores son los individuos, se produce un mayor aumento de la patología. En el caso del Tipo sueño-despertar irregular, la prevalencia en población general es desconocida. Por añadidura, en el Tipo sueño-despertar no equivalente a 24 horas la prevalencia en población general tampoco está clara, pero el trastorno es bastante raro salvo que haya ceguera, donde se dispara hasta un 50%. Finalizando, el Tipo cambio turnos de trabajo tiene una prevalencia también desconocida pero se estima que la alteración afecta a entre un 5 y un 10% de los trabajadores de turno de noche. La prevalencia se incrementa a partir de una mediana edad y de ahí en adelante
3. **Curso:** fase sueño retrasada (persistente), fase del sueño avanzada (persistente), sueño-despertar irregular (persistente), sueño-despertar no equivalente a 24 horas (persistente) y cambio turno de trabajo (cuanto más joven menos despertares que los mayores)

Diagnóstico diferencial en los Trastornos del ritmo circadiano sueño-vigilia		
Tipo sueño retrasado	**Tipo fase del sueño avanzada**	**Tipo sueño-despertar irregular**
– Variaciones normales del sueño. – Otros trastornos del sueño.	– Otros trastornos del sueño. – Trastornos depresivo y bipolar.	– Variaciones normales del sueño. – Otras condiciones médicas y trastornos mentales.
Tipo sueño-despertar no equivalente a 24 horas		**Tipo cambios turno de trabajo**
– Tipo sueño retrasado. – Trastornos depresivos.		– Variaciones normales en el patrón de sueño por cambios en el turno de trabajo.

- ***OTRO TRASTORNO DE INSOMNIO ESPECIFICADO EN EL DSM-5***

Tabla descriptiva de Otro trastorno de insomnio especificado
DSM-5 (APA, 2013)
Esta categoría se aplica a presentaciones en las cuales los síntomas característicos de un trastorno de insomnio que causan malestar o daño clínicamente significativo en el funcionamiento social, ocupacional u otras áreas importantes de funcionamiento predominan pero no cumplen todos los criterios para el trastorno de insomnio o alguno de los trastornos recogidos en la categoría diagnóstica de trastornos del sueño-vigilia. La categoría de otro trastorno de insomnio específico se usa en situaciones en las que el clínico opta por comunicar la razón específica por la que la presentación no cumple los criterios para un trastorno por insomnio o algún trastorno específico del sueño-vigilia. Esto se realiza registrando "otro trastorno de insomnio específico" seguido de la razón específica (p. e., "breve trastorno de insomnio"). Ejemplos de presentaciones que pueden ser especificados usando la designación "otro especificado" incluyen los siguientes: 1. ***Breve trastorno de insomnio:*** la duración es de menos de tres meses. 2. ***Restringido a sueño no restaurador***: lo predominante es un sueño no restaurador que no se acompaña de otros síntomas del sueño tales como dificultades para caer dormido o permanecer dormido.

© CEDE – www.pir.es

- ***TRASTORNO DE INSOMNIO NO ESPECIFICADO EN EL DSM-5***

Tabla descriptiva de Trastorno de insomnio no especificado
DSM-5 (APA, 2013)
Esta categoría se aplica a presentaciones en las que los síntomas característicos de un trastorno de insomnio que causan malestar clínicamente significativo o daño en el funcionamiento social, ocupacional u otra área importante de funcionamiento predominan pero no cumplen todos los criterios para el trastorno de insomnio o alguno de los trastornos de la categoría de trastornos del sueño-vigilia. La categoría trastorno de insomnio no especificado se usa en situaciones en las que el clínico opta por no especificar la razón por la que no se cumplen los criterios para el trastorno de insomnio o un trastorno específico del sueño-vigilia, e incluye presentaciones en la que hay insuficiente información para hacer un diagnóstico más específico.

- ***OTRO TRASTORNO DE HIPERSOMNOLENCIA ESPECIFICADO***

Tabla descriptiva de Otro trastorno de hipersomnolencia especificado
DSM-5 (APA, 2013)
Esta categoría se aplica a presentaciones en las cuales los síntomas característicos de un trastorno de hipersomnolencia que causan malestar o daño clínicamente significativo en el funcionamiento social, ocupacional u otras áreas importantes de funcionamiento predominan pero no cumplen todos los criterios para el trastorno de hipersomnolencia o alguno de los trastornos recogidos en la categoría diagnóstica de trastornos del sueño-vigilia. La categoría de otro trastorno de hipersomnolencia especificado se usa en situaciones en las que el clínico opta por comunicar la razón específica por la que la presentación no cumple los criterios para un trastorno de hipersomnolencia o algún trastorno específico del sueño-vigilia. Esto se realiza registrando "otro trastorno de hipersomnolencia especificado" seguido de la razón específica (p. e., "hipersomnolencia de breve duración", como en un Síndrome de Kleine-Levin).

- ***TRASTORNO DE HIPERSOMNOLENCIA NO ESPECIFICADO EN EL DSM-5***

Tabla descriptiva de Trastorno de hipersomnolencia no especificado
DSM-5 (APA, 2013)
Esta categoría se aplica a presentaciones en las que los síntomas característicos de un trastorno de hipersomnolencia que causan malestar clínicamente significativo o daño en el funcionamiento social, ocupacional u otras áreas importantes de funcionamiento predominan pero no cumplen todos los criterios para la hipersomnolencia u otros trastornos de la categoría trastornos del sueño-vigilia. La categoría de hipersomnolencia no especificada se usa en situaciones en las que el clínico opta por no especificar la razón por la que no se cumplen los criterios para un trastorno de hipersomnolencia o un trastorno especificado del sueño-vigilia, e incluye presentaciones en las que hay información insuficiente para hacer un diagnóstico más específico

- ***OTRO TRASTORNO DEL SUEÑO-VIGILIA ESPECIFICADO***

Tabla descriptiva de Otro trastorno del sueño-vigilia especificado
DSM-5 (APA, 2013)
Esta categoría se aplica a presentaciones en las cuales los síntomas característicos de un trastorno del sueño-vigilia que causan malestar o daño clínicamente significativo en el funcionamiento social, ocupacional u otras áreas importantes de funcionamiento predominan pero no cumplen todos los criterios para alguno de los trastornos recogidos en la categoría de trastornos del sueño-vigilia y no se ajustan a otro trastorno específico de insomnio u otro trastorno específico de hipersomnolencia. La categoría de otro trastorno de del sueño-vigilia específico se usa en situaciones en las que el clínico opta por comunicar la razón específica por la que la presentación no cumple los criterios para un trastorno específico del sueño-vigilia. Esto se realiza registrando "otro trastorno del sueño-vigilia específico" seguido de la razón específica (p. e., "repetidas activaciones durante el sueño de movimientos oculares sin polisomnografía o historia de enfermedad de Parkinson u otra sinucleinopatía").

- ***TRASTORNO DEL SUEÑO-VIGILIA NO ESPECIFICADO***

Tabla descriptiva de Trastorno del sueño-vigilia no especificado
DSM-5 (APA, 2013)
Esta categoría se aplica a presentaciones en las que los síntomas característicos de un trastorno del sueño-vigilia que causan malestar clínicamente significativo o daño en el funcionamiento social, ocupacional u otras áreas importantes de funcionamiento predominan pero no cumple todos los criterios para alguno de los trastornos de la categoría trastorno del sueño-vigilia. La categoría trastorno del sueño-vigilia no especificado se usa en situaciones en las que el clínico opta por no especificar la razón por la que no se cumplen los criterios para un trastorno específico del sueño-vigilia, e incluye presentaciones en las que hay insuficiente información para hacer un diagnóstico más específico.

- ***TRASTORNOS DEL SUEÑO-DESPERTAR SIN MOVIMIENTOS OCULARES RÁPIDOS***

Tabla comparativa de los criterios diagnósticos DSM para los Trastornos del sueño-despertar sin movimientos oculares rápidos (denominación DSM-5)	
DSM-IV-TR (APA, 2002): Terrores nocturnos	**DSM-5 (APA, 2013): Trastornos del Sueño NoREM**
A. Episodios recurrentes de despertares bruscos, que se producen generalmente durante el primer tercio del episodio de sueño mayor y que se inician con un grito de angustia.	A. Episodios recurrentes de despertar incompleto desde el sueño, que ocurren usualmente durante el primero tercio del episodio principal de sueño, acompañados de cualquiera de los siguientes: **1. Sonambulismo:** episodios repetidos de levantarse de la cama durante el sueño que consisten en andar. Mientras se está sonámbulo, el individuo tiene la cara y mirada en blanco; hay una relativa falta de respuesta ante los esfuerzos de otros por comunicar con él o ella; y pueden ser despertados sólo con gran dificultad. **2. Terrores nocturnos:** episodios recurrentes de activación terrorífica abrupta desde el sueño, que usualmente comienzan con un grito de pánico. Hay un miedo intenso y signos de activación autonómica, tal como midriasis, taquicardia, respiración rápida y sudación durante cada episodio. Hay una relativa falta de respuesta ante los esfuerzos de otros para tranquilizar al individuo durante los episodios.

© CEDE – www.pir.es

B. Aparición durante el episodio de miedo y signos de activación vegetativa de carácter intenso, por ejemplo, taquicardia, taquipnea y sudoración.	B. Nada o poco (p. e., una escena visual simple) de lo soñado es recordado.
C. El individuo muestra una falta relativa de respuesta a los esfuerzos de los demás por tranquilizarle.	C. La amnesia para los episodios está presente.
D. Existe amnesia del episodio: el individuo no puede describir recuerdo alguno detallado de lo acontecido durante la noche.	D. Los episodios causan malestar clínicamente significativo o daño en el funcionamiento social, ocupacional u otras áreas importantes de funcionamiento.
E. Estos episodios provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral, o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.	E. La perturbación no es atribuible a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. e., una droga de abuso, una medicación).
F. La alteración no se debe a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., drogas, fármacos) o de una enfermedad médica.	F. Coexistiendo trastornos mentales y médicos no explican los episodios de sonambulismo o terrores nocturnos. **Nota de codificación:** para la CIE-9-MC, se codifica 307.46 para todos los subtipos. Para la CIE-10-MC, el código está basado en el subtipo.
DSM-IV-TR (APA, 2002): Sonambulismo	Especificar cuando: – *307.46 (F51.3) Tipo sonámbulo*. Especificar si: – Con conducta de comer durante el sueño. – Con comportamiento sexual durante el sueño (sexo-somnia). – *307.46 (F51.4) Tipo terror del sueño*.
A. Episodios repetidos que implican el acto de levantarse de la cama y andar por las habitaciones en pleno sueño, que tienen un lugar generalmente durante el primer tercio del período de sueño mayor.	
B. Durante estos episodios, el individuo tiene una mirada fija y perdida, se muestra relativamente sin reacción a los intentos de los demás para establecer un diálogo con él y sólo puede ser despertado a base de grandes esfuerzos.	
C. Al despertar (tanto en pleno episodio como a la mañana siguiente), el sujeto no recuerda nada de lo sucedido.	
D. A los pocos minutos de despertarse del episodio de sonambulismo, el individuo recobra todas sus facultades y no muestra afectación del comportamiento o las actividades mentales (aunque en un primer momento puede presentar confusión o desorientación).	
E. Los episodios de sonambulismo provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.	
F. La alteración no se debe a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., drogas, medicamentos) o de una enfermedad médica.	

© CeDe – www.pir.es

✓ ***ASPECTOS COMPLEMENTARIOS DEL TRASTORNO DEL SUEÑO-DESPERTAR SIN MOVIMIENTOS OCULARES RÁPIDOS: MODIFICACIONES EN EL DSM-5***

1. **Factores de riesgo y pronóstico**
   a. Ambiente: el uso de sedantes, la deprivación del sueño, alteraciones del patrón sueño-despertar, fatiga, así como el estrés emocional incrementan la frecuencia de los episodios. Dormir poco y/o la deprivación del sueño pueden producir un aumento de estas alteraciones
   b. Genética y fisiología: una historia familiar de Sonambulismo o Terrores nocturnos puede ocurrir en más del 80% de los individuos con Sonambulismo. El riesgo para el Sonambulismo se incrementa cuando ambos padres tienen historia del trastorno (se habla de un porcentaje del 60% en los descendientes).

2. Prevalencia: entre un 10 y un 30% de los niños tienen al menos un episodio de sonambulismo y entre un 2 y un 3% lo hacen a menudo. La prevalencia del trastorno marcada por episodios repetidos de malestar es mucho más baja, probablemente en un rango entre un 1 y un 5%

3. Desarrollo y curso: Estos trastornos son comunes en la infancia y disminuyen en frecuencia cuando se incrementa la edad

4. **Diagnóstico diferencial**: trastorno por pesadilla, trastorno del sueño relacionado con la respiración, trastorno comportamental del sueño REM, síndrome de parasomnia superpuesta, convulsiones durante el sueño, pérdida del conocimiento inducido por consumo de alcohol, amnesia disociativa con fuga disociativa, simulación u otro comportamiento voluntario que ocurre mientras se está despierto, trastorno de pánico, comportamientos complejos inducidos por medicación y síndrome del comedor nocturno.

- ***LAS PESADILLAS: MODIFICACIONES EN EL DSM-5***

Tabla comparativa de los criterios diagnósticos DSM para el Trastorno por Pesadilla (denominación DSM-5)	
DSM-IV-TR (APA, 2002): Pesadillas	**DSM-5 (APA, 2013): Trastorno por pesadilla**
A. Despertares repetidos durante el período de sueño mayor o en las siestas diurnas, provocados por sueños extremadamente terroríficos y prolongados que dejan recuerdos vividos, y cuyo contenido suele centrarse en amenazas para la propia supervivencia, seguridad o autoestima. Los despertares suelen ocurrir durante la segunda mitad del período de sueño.	A. Ocurrencias repetidas de sueños duraderos, con extrema disforia y bien recordados que usualmente implican esfuerzos para sobrevivir, estar seguro, integridad física y que generalmente ocurren durante la segunda mitad del principal episodio de sueño.
B. Al despertarse del sueño terrorífico, la persona recupera rápidamente el estado orientado y despierto (a diferencia de la confusión y desorientación que caracterizan los terrores nocturnos y algunas formas de epilepsia).	B. En el despertar desde los sueños disfóricos, el individuo rápidamente se encuentra orientado y alerta.
C. Las pesadillas, o la alteración del sueño determinada por los continuos despertares, provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.	C. La perturbación del sueño causa malestar clínicamente significativo o daño en el funcionamiento social, ocupacional u otras áreas importantes de funcionamiento.
D. Las pesadillas no aparecen exclusivamente en el transcurso de otro trastorno mental (p. ej., delirium, trastorno por estrés postraumático) y no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., drogas, fármacos) o de una enfermedad médica.	D. Los síntomas de pesadilla no son atribuibles a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. e., una droga de abuso, una medicación).
	E. Coexistiendo trastornos mentales y médicos no explica adecuadamente la queja predominante de sueños disfóricos.
	Especificar si: – *Durante el inicio del sueño*.

© CEDE – www.pir.es

	Especificar si: – *Con un trastorno asociado que no es del sueño, incluyendo trastornos por uso de sustancias*. – Con otra *condición* médica asociada. – *Con otro trastorno del sueño asociado*. **Nota de codificación:** el código 307.47 (F51.5) se aplica a los tres especificadores. Se codifica también el trastorno mental relevante asociado, condición médica, u otro trastorno del sueño inmediatamente después del código para el trastorno de pesadilla de cara a indicar la asociación.
	Especificar si: – *Agudo* – *Subagudo* – *Persistente*
	Especificar gravedad actual: La gravedad puede ser determinada por la frecuencia con la que la pesadilla ocurre: – *Leve:* – *Moderado* – *Grave*

✓ ***ASPECTOS COMPLEMENTARIOS DE LAS PESADILLAS: MODIFICACIONES EN EL DSM-5***

1. Factores de riesgo y pronóstico

a. Ambiente: la deprivación del sueño o las interrupciones del mismo, así como un patrón irregular del sueño-despertar que alteren el tiempo, intensidad o cantidad del sueño REM, pueden aumentar el riesgo de pesadillas

b. Genética y fisiología: los estudios con gemelos han identificado factores genéticos que influyen en la disposición a tener pesadillas y la co-ocurrencia con otra parasomnias (p. e.: hablar cuando estamos dormidos).

c. Temperamento: los individuos que experimentan pesadillas informan, con asiduidad, de un mayor número de acontecimientos pasados adversos, pero no necesariamente un trauma y, a menudo, muestran alteraciones de la personalidad o diagnósticos psiquiátricos.

d. Modificadores del curso: comportamientos adaptativos de los padres, tales como calmar al niño tras las pesadillas, pueden proteger de la cronificación de las mismas.

2. Prevalencia: entre un 1,3% y un 3,9% de los padres informan acerca de pesadillas en los niños prescolares a menudo o siempre. La prevalencia se incrementa entre los 10 y los 13 años para ambos sexos, pero continúa incrementándose entre los 20 y los 29 años sólo en el caso de las mujeres. Entre los adultos, la prevalencia de las pesadillas, al menos una vez al mes, es del 6%; mientras que las pesadillas frecuentes aparecen en un porcentaje entre un 1 y un 2%

3. Desarrollo y curso: la prevalencia de las pesadillas se incrementa entre los 3 y los 6 años pero alcanza un pico de prevalencia y gravedad en la adolescencia tardía o etapa adulta temprana. Las pesadillas suelen aparecer en niños expuestos a estresores psicosociales agudos o crónicos y que pueden no resolverse espontáneamente

***4.* Diagnóstico diferencial**: terrores nocturnos, trastorno comportamental del sueño REM, duelo, narcolepsia, convulsiones nocturnas, trastornos del sueño relacionados con las respiración, trastorno de pánico y trastornos del sueño relacionados con alteraciones disociativas así como uso de sustancias y/o medicación.

- ***TRASTORNO COMPORTAMENTAL DEL SUEÑO REM EN EL DSM-5***

Tabla descriptiva del Trastorno comportamental del sueño en fase REM
DSM-5 (APA, 2013)
A. Episodios repetidos de activación durante el sueño asociados con vocalización y/o comportamientos motores complejos.
B. Estos comportamientos surgen durante el sueño de movimientos oculares rápidos (REM) y usualmente ocurren más de 90 minutos después del inicio del sueño, son más frecuentes durante las porciones posteriores del periodo de sueño, y no es común que ocurran durante las siestas diurnas.
C. En caso de despertar de estos episodios, el individuo está completamente despierto, alerta y no confundido ni desorientado.
D. Cualquier de los siguientes: 1. El sueño REM se registra en el polisomnograma sin atonía. 2. Una historia sugestiva de trastorno comportamental del sueño REM y una sinucleinopatía (p. e., enfermedad de Parkinson, atrofia sistémica múltiple).
E. Los comportamientos causan malestar clínicamente significativo o daño en el funcionamiento social, ocupacional u otras áreas importantes de funcionamiento (puede conllevar daño a sí mismo o al compañero de cama).
F. La perturbación no es atribuible a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. e., una droga de abuso, una medicación) u otra condición médica.
G. Los trastornos mentales y médicos coexistentes no explican los episodios

✓ ***ASPECTOS COMPLEMENTARIOS DEL TRASTORNO COMPORTAMENTAL DEL SUEÑO EN FASE REM EN EL DSM-5***

1. **Factores de riesgo y pronóstico**
   a. Genética y fisiología: los antidepresivos tricíclicos, los ISRS, los inhibidores selectivos de la recaptación del binomio serotonina-norepinefrina y los beta-bloqueantes pueden derivar en la aparición del trastorno, si bien no se sabe si lo que hacen es precipitar una predisposición subyacente
2. **Prevalencia**: aproximadamente entre un 0,38% y un 0,5% en la población general
3. **Desarrollo y curso:** El inicio de esta patología puede ser gradual o rápido y el curso es habitualmente progresivo
4. **Diagnóstico diferencial**: otras parasomnias, convulsiones nocturnas, apnea obstructiva del sueño, otro trastorno disociativo específico y simulación.

- ***SÍNDROME DE PIERNAS INQUIETAS EN EL DSM-5***

Tabla descriptiva del Síndrome de las piernas inquietas
DSM-5 (APA, 2013)
A. Urgencia para mover las piernas, usualmente acompañada por o en respuesta a sensaciones de incomodidad o no placenteras en las piernas, caracterizado por todos los siguientes: 1. La urgencia para mover las piernas comienza o empeora durante periodos de descanso o inactividad. 2. La urgencia para mover las piernas está parcial o totalmente aliviado por el movimiento. 3. La urgencia para mover las piernas es peor en la tarde o noche frente al día, u ocurre solo por la tarde o por la noche.

© CEDE – www.pir.es

B. Los síntomas del Criterio A ocurren al menos tres veces por semana y han persistido al menos 3 meses.
C. Los síntomas del Criterio A están acompañados por malestar significativo o daño en el funcionamiento social, ocupacional, educacional, académico, conductual u otras áreas importantes de funcionamiento.
D. Los síntomas del Criterio A no son atribuibles a otro trastorno mental o condición médica (p. e., artritis, edema en las piernas, isquemia periférica, calambres en las piernas) y no se explica mejor por una condición comportamental (p. e., malestar posicional).
E. Los síntomas no son atribuibles a los efectos fisiológicos de una droga de abuso o medicación (p. e., acatisia).

✓ ***ASPECTOS COMPLEMENTARIOS DEL SÍNDROME DE PIERNAS INQUIETAS EN EL DSM-5***

1. **Factores de riesgo y pronóstico**
   a. Genética y fisiología: pertenecer al género femenino, edad avanzada, variantes genéticas de riesgo e historia familiar de SPI. Hay determinados factores precipitantes como deficiencia de hierro. Implicación de los cromosomas 2p, 6p y 15q; elementos que serían determinantes para el mayor riesgo de aparición del trastorno en descendientes que tienen SPI en Europa, frente a África y Asia. Alteraciones en el sistema central dopaminérgico y en el metabolismo del hierro

2. Prevalencia: varía ampliamente cuando son utilizados criterios menos restrictivos frente a muy restringidos (entre en 2 y un 7,2%)

3. Desarrollo y curso: ocurre, de forma habitual en la segunda o tercera década de vida. Aproximadamente un 40% de los individuos diagnosticados del síndrome durante la etapa adulta han experimentado síntomas antes de los 20 años y un 20% informan de haberlos tenido antes de los 10 años

4. Diagnóstico diferencial: incomodidad en las posturas, artralgias/artritis, mialgias, isquemia posicional, edema en la pierna, neuropatía periférica, radiculopatía y los "habituales golpecitos con los pies"

- ***OTROS TRASTORNOS DEL SUEÑO***

Si incluye bajo esta denominación al Trastorno del sueño debido a una enfermedad médica y al Trastorno del sueño inducido por sustancias/medicación (se remite al manual para ampliación de estos contenidos)

CeDe www.pir.es

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

CATEGORÍAS DIAGNÓSTICAS EN EL DSM-IV-TR, DSM-5 Y CIE-10

DSM-IV-TR (APA, 2002)	DSM-5 (APA, 2013)	CIE-10 (OMS, 1992)
Trastornos de Inicio en la Infancia y la adolescencia	**Trastornos disruptivos, del control de los impulsos y de la conducta**	**F60-69 Trastornos de la personalidad y del comportamiento adulto**
– Trastorno negativista desafiante – Trastorno disocial	– Trastorno negativista desafiante – Trastorno disocial – Trastorno explosivo intermitente – Trastorno antisocial de la personalidad – Piromanía – Cleptomanía – Otro trastorno disruptivo, del control de los impulsos y de la conducta especificado – Trastorno disruptivo, del control de los impulsos y de la conducta no especificado	**F63 Trastornos de los hábitos y del control de impulsos**
Trastornos del control de los impulsos no clasificados en otros apartados		– F63.0 Ludomanía (Juego patológico) – F63.1 Piromanía – F63.2 Cleptomanía – F63.3 Tricotilomanía – F63.8 Otros trastornos de los hábitos y del control de los impulsos – F63.9 Trastornos de los hábitos y del control de los impulsos no especificados
– Trastorno explosivo intermitente – Piromanía – Cleptomanía – Juego patológico – Tricotilomanía – Trastorno del control de los impulsos no especificado		

NOVEDADES DIAGNÓSTICAS DSM-5

1. *Incluye patologías de conducta perturbadora que aparecían en el apartado de trastornos de inicio en la infancia y la adolescencia*
2. *Por otro lado, algunos Trastornos del control de los impulsos recogidos en el DSM-IV-TR "desaparecen" (ya que la Tricotilomanía pasa al Trastorno obsesivo-compulsivo y trastornos relacionados; y el Juego patológico a los Trastornos relacionados con sustancias y otras adicciones)*

DSM-IV-TR y DSM-5: COMPARATIVA. ASPECTOS COMPLEMENTARIOS DEL DSM-5

Se presentan, de forma resumida, las principales novedades del DSM-5 dentro de cada trastorno específico y su comparativa con el resto de clasificaciones. Las afecciones relacionadas en el DSM-IV-TR con los trastornos de la infancia, niñez y adolescencia no son abordadas en este esquema, remitiendo al capítulo correspondiente dedicado a estos trastornos. De igual forma, el trastorno antisocial será abordado en el apartado de personalidad.

© CEDE – www.pir.es

- ***TRASTORNO EXPLOSIVO INTERMITENTE: MODIFICACIONES EN EL DSM-5***

Tabla comparativa de los criterios diagnósticos DSM-IV-TR y DSM-5 para el Trastorno explosivo intermitente	
DSM-IV-TR (APA, 2002)	**DSM-5 (APA, 2013)**
A. Varios episodios aislados de dificultad para controlar los impulsos agresivos, que dan lugar a violencia o a destrucción de la propiedad.	A. Estallidos de comportamiento recurrentes que representan un fallo para controlar impulsos agresivos tal y como se manifiesta a partir de lo siguiente: (1) Agresiones verbales (p. e., mostrar genio, rabietas, diatribas, discusiones verbales o peleas) o agresión física hacia la propiedad, animales u otros individuos, que ocurre dos veces por semana, como promedio, por un periodo de tres meses. La agresión física no resulta en un daño o destrucción de la propiedad y no produce daño físico a animales u otros individuos. (2) Tres estallidos de comportamiento que implican daño o destrucción de la propiedad y/o asalto que implica daño físico contra animales u otros individuos y que tienen lugar dentro de un período de 12 meses.
B, El grado de agresividad durante los episodios es desproporcionado con respecto a la intensidad de cualquier estresante psicosocial precipitante.	B. El grado de agresividad durante los episodios es desproporcionado a la intensidad de cualquier estresante psicosocial precipitante.
C. Los episodios agresivos no se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental (p. ej., trastorno antisocial de la personalidad, trastorno límite de la personalidad, trastorno psicótico, episodio maníaco, trastorno disocial o trastorno por déficit de atención con hiperactividad) y no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., drogas, medicamentos) o a una enfermedad médica (p. ej., traumatismo craneal, enfermedad de Alzheimer).	C. Los estallidos agresivos recurrentes no son premeditados (p. e.: son impulsivos y/o basados en ira) y no se cometen para alcanzar algunos objetivos tangibles (p. e., dinero, poder e intimidación).
	D. Los estallidos agresivos recurrentes causan marcado malestar en el individuo o afectación del funcionamiento ocupacional o interpersonal, o están asociados con consecuencias económicas o jurídicas.
	E. La edad es de al menos 6 años (o un nivel de desarrollo equivalente).
	F. El estallido agresivo recurrente no se explica mejor por otro trastorno mental (p. e., trastorno depresivo mayor, trastorno por desregulación del estado de ánimo, un trastorno psicótico, trastorno antisocial de la personalidad, trastorno límite de la personalidad) y no es atribuible a otra condición médica (p. e., traumatismo craneal, Enfermedad de Alzheimer) o los efectos fisiológicos de una sustancia (p. e., abuso de drogas, medicación). Para niños entre 6-18 años, el comportamiento agresivo que ocurre como parte de un trastorno adaptativo no se considera para este diagnóstico.
	Nota: este diagnóstico puede ser realizado añadido al diagnóstico del trastorno de déficit de atención e hiperactividad, Trastorno disocial, trastorno oposicionista-desafiante o trastorno del espectro autista cuando los estallidos recurrentes agresivos e impulsivos son excesivos para lo que usualmente se ve en estos trastornos y se requiere una atención clínica independiente.

CeDe www.pir.es

✓ ***ASPECTOS COMPLEMENTARIOS DEL TRASTORNO EXPLOSIVO INTERMITENTE: MODIFICACIONES EN EL DSM-5***

1. **Factores de riesgo y pronóstico**
   a. Ambiente: personas con una historia de traumas físicos y emocionales durante las dos primeras décadas de la vida tienen un riesgo incrementado de desarrollar el trastorno
   b. Genética y fisiología: los familiares de primer grado de los individuos con Trastorno explosivo intermitente tienen también un riesgo incrementado de desarrollar el trastorno. Los estudios con gemelos han demostrado una influencia genética significativa en las agresiones impulsivas.
2. **Prevalencia**: en los Estados Unidos la sitúan alrededor del 2,7% (siguiendo una definición estricta). El trastorno es más prevalente entre las personas jóvenes (p. e.: con edad inferior a 35-40 años), comparados con otros individuos más mayores (mayores de 50 años)
3. **Desarrollo y curso:** el inicio de comportamientos agresivos impulsivos de forma recurrente y problemática es más común en la infancia tardía o adolescencia y raramente comienza por primera vez después de los 40 años
4. **Diagnóstico diferencial**: trastorno antisocial de la personalidad o trastorno límite de la personalidad, trastorno de disregulación emocional disruptivo, delirium, trastorno neurocognitivo mayor y cambio de la personalidad debido a otra condición médica de tipo agresivo, intoxicación o abstinencia a sustancias así como trastorno de déficit de atención/hiperactividad, trastorno disocial, trastorno negativista desafiante y trastorno del espectro autista.

○ ***PIROMANÍA: MODIFICACIONES EN EL DSM-5***

Tabla comparativa de los criterios diagnósticos DSM-IV-TR y DSM-5 para la Piromanía	
DSM-IV-TR (APA, 2002)	**DSM-5 (APA, 2013)**
A. Presencia de múltiples episodios de provocación de incendios de forma deliberada e intencionada.	A. Provocación de incendios deliberada e intencionada en más de una ocasión.
B. Tensión o activación emocional antes del acto.	B. Tensión o activación emocional antes del acto
C. Fascinación, interés, curiosidad o atracción por el fuego y su contexto situacional.	C. Fascinación, interés, curiosidad o atracción por el fuego y su contexto situacional (p. e., parafernalia, usos, consecuencias).
D. Bienestar, gratificación o liberación cuando se inicia el fuego o cuando se observa o se participa en sus consecuencias.	D. Bienestar, gratificación o liberación cuando se inicia el fuego o cuando se observa o se participa en sus consecuencias.
E. El incendio no obedece a móviles económicos, como expresión de ideas políticas, para ocultar actividad criminal, para expresar cólera, para mejorar las propias condiciones de vida, en respuesta a una idea delirante o alucinación o por una alteración del juicio (demencias, retraso mental, sustancias…).	E. El incendio no obedece a móviles económicos, como expresión de ideas políticas, para ocultar actividad criminal, para expresar cólera o venganza, para mejorar las propias condiciones de vida, en respuesta a una idea delirante o alucinación o por una alteración del juicio (p. e., trastorno neurocognitivo importante, discapacidad intelectual [trastorno del desarrollo intelectual], intoxicación por sustancias).
F. Esta clasificación añade frente a las anteriores que no debe realizarse un diagnóstico de piromanía cuando la provocación del incendio se produce durante un episodio maniaco, o por la presencia de trastornos disocial o antisocial de la personalidad.	F. La provocación de fuego no se explica mejor por un trastorno de conducta, un episodio maníaco o un trastorno de personalidad antisocial.

✓ ***ASPECTOS COMPLEMENTARIOS DE LA PIROMANÍA: MODIFICACIONES EN EL DSM-5***

1. **Prevalencia**: desconocida.
2. **Desarrollo y curso:** no hay datos suficientes para establecer una edad típica de inicio de la Piromanía
3. **Diagnóstico diferencial**: otras causas por las que se provocan incendios intencionados y otros trastornos mentales.

© CEDE – www.pir.es

- ***CLEPTOMANÍA: MODIFICACIONES EN EL DSM-5***

Tabla comparativa de los criterios diagnósticos DSM-IV-TR y DSM-5 para la Cleptomanía	
DSM-IV-TR (APA, 2002)	**DSM-5 (APA, 2013)**
A. Dificultad recurrente para controlar los impulsos de robar objetos que no son necesarios para el uso personal o por su valor económico.	A. Dificultad recurrente para controlar los impulsos de robar objetos que no son necesarios para el uso personal o por su valor económico.
B. Sensación creciente de tensión justo antes del robo.	B. Sensación creciente de tensión justo antes del robo.
C. Bienestar, gratificación o liberación en el momento de cometerlo.	C. Bienestar, gratificación o liberación en el momento de cometer el robo.
D. El robo no se comete para expresar cólera o por venganza y no es en respuesta a una idea delirante o una alucinación.	D. El robo no se comete para expresar cólera o por venganza y no es en respuesta a una idea delirante o una alucinación.
E. El robo no se explica por la presencia de un trastorno disocial, un episodio maniaco o un trastorno antisocial de la personalidad.	E. El robo no se explica por la presencia de un trastorno disocial, un episodio maniaco o un trastorno antisocial de la personalidad.

- ✓ ***ASPECTOS COMPLEMENTARIOS DE LA CLEPTOMANÍA: MODIFICACIONES EN EL DSM-5***

1. **Prevalencia**: entre un 0,3% y un 0,6%.
2. **Desarrollo y curso:** La edad de inicio de la Cleptomanía es variable, pero el trastorno suele comenzar en la adolescencia. Se repiten los tres cursos típicos del DSM-IV- TR
3. **Diagnóstico diferencial**: robos ordinarios, simulación, trastorno antisocial de la personalidad y trastorno disocial, episodios maníacos, episodios psicóticos y trastorno neurocognitivo mayor.

- ***OTRO TRASTORNO DISRUPTIVO, DEL CONTROL DE LOS IMPULSOS Y DE LA CONDUCTA ESPECIFICADO EN EL DSM-5***

Tabla descriptiva de Otro trastorno disruptivo, del control de los impulsos y de la conducta especificado
DSM-5 (APA, 2013)
Esta categoría se aplica a las presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de un trastorno disruptivo, del control de los impulsos y de la conducta que causa un malestar o un deterioro clínicamente significativo a nivel social, laboral u otras áreas importantes de funcionamiento pero no cumplen todos los criterios para cualquier trastorno disruptivo, del control de los impulsos y de la conducta. La categoría otro trastorno disruptivo, del control de los impulsos y de la conducta especificado 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 disruptivo, del control de los impulsos y de la conducta especificado. Esto se hace señalando "otro trastorno disruptivo, del control de los impulsos y de la conducta especificado" seguido de la razón específica (ej. "estallidos recurrentes de problemas de conducta de insuficiente frecuencia").

TRASTORNO DISRUPTIVO, DEL CONTROL DE LOS IMPULSOS Y DE LA CONDUCTA NO ESPECIFICADO EN EL DSM-5

Tabla descriptiva de Trastorno disruptivo, del control de los impulsos y de la conducta no especificado
DSM-5 (APA, 2013)
Esta categoría se aplica a las presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de un trastorno disruptivo, del control de los impulsos y de la conducta que causa un malestar o un deterioro clínicamente significativo a nivel social, laboral u otras áreas importantes de funcionamiento pero no cumplen todos los criterios para un trastorno disruptivo, del control de los impulsos y de la conducta especificado. El trastorno disruptivo, del control de los impulsos y de la conducta no especificado 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 disruptivo, del control de los impulsos y de la conducta especificado, e incluye presentaciones en las que hay insuficiente información para hacer un diagnóstico más específico (ej. "en una sala de urgencias").

02.17	TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD

- ***CATEGORÍAS DIAGNÓSTICAS EN EL DSM-IV-TR, DSM-5 Y CIE-10***

DSM-IV-TR (APA, 2002)	DSM-5 (APA, 2013)	CIE-10 (OMS, 1992)
Trastornos de Inicio en la Infancia y la adolescencia	**Trastornos disruptivos, del control de los impulsos y de la conducta**	**F60-69 Trastornos de la personalidad y del comportamiento adulto**
Trastornos de la personalidad: – Grupo A (raros o excéntricos): paranoide, esquizoide, esquizotípico. – Grupo B (dramáticos, emotivos o inestables): antisocial, límite, histriónico y narcisista. – Grupo C (ansiosos o temerosos): por evitación, por dependencia y obsesivo-compulsivo de la pers. – No especificado.	Trastornos de la personalidad: – Grupo A: Trastorno paranoide de la personalidad, Trastorno esquizoide de la personalidad y Trastorno esquizotípico de la personalidad. – Grupo B: Trastornos antisocial de la personalidad, Trastorno borderline (límite) de la personalidad, Trastorno histriónico de la personalidad y Trastorno narcisista de la pesonalidad. – Grupo C: Trastorno evitativo de la personalidad, Trastorno dependiente de la personalidad y Trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad. – Otros trastornos de la personalidad: Cambio de personalidad debido a otra condición médica, Otro trastorno de la personalidad especificado y Trastorno de la Personalidad no especificado.	F60-F62: "Trastornos específicos de la personalidad, trastornos mixtos y otros trastornos de la personalidad y transformaciones persistentes de la personalidad". F60: Trastornos específicos de la personalidad. F61: Trastornos mixtos y otros trastornos de la personalidad. F62: Transformación persistente de la personalidad no atribuible a lesión o enfermedad cerebral.

- ***NOVEDADES DIAGNÓSTICAS DSM-5***

1. *Los criterios para los distintos trastornos de personalidad no han cambiado respecto al DSM-IV-TR (aparecen en la sección II del DSM-5) y se mantiene también el mismo número de trastornos de personalidad.*
2. *Se propone una aproximación alternativa al diagnóstico de los trastornos de la personalidad, para mayor estudio, en la sección III del DSM-5, denominándose el capítulo: "Modelo alternativo del DSM-5 para los trastornos de la personalidad".*
3. *En el nuevo modelo los criterios generales para el trastorno de personalidad se basan en un criterio de funcionamiento de la personalidad (criterio A) que se realiza a partir de la revisión de la literatura sobre los desajustes centrales en la personalidad patológica.*
4. *Se propone también el diagnóstico de Trastorno de personalidad-con rasgo especificado, basado en el desajuste moderado o elevado en el funcionamiento de la personalidad y la presencia de rasgos patológicos de personalidad, que sustituiría al Trastorno de personalidad no especificado.*
5. *Estiman que el mayor énfasis en el funcionamiento de la personalidad y en los criterios basados en los rasgos, aumenta la estabilidad y la base empírica de los trastornos.*
6. *El funcionamiento de la personalidad se da en un continuo. Se puntúa el nivel que representa de forma más exacta el nivel de desajuste global actual del sujeto. Para poder diagnosticar un trastorno de personalidad, el nivel de desajuste tiene que ser moderado o mayor.*

© CEDE – www.pir.es

CRITERIOS Y ASPECTOS COMPLEMENTARIOS DEL DSM-5

Se presentan los criterios y aspectos complementarios recogidos en el DSM-5 para cada Trastorno de la personalidad.

TRASTORNO PARANOIDE DE LA PERSONALIDAD

F60.0 Trastorno paranoide de la personalidad (301.0)
DSM-5 (APA, 2013)
A. Desconfianza y suspicacia general hacia los demás de forma que sus motivos son interpretados como malévolos, comenzando en la edad adulta temprana y que está presente en diversos contextos como lo indican cuatro (o más) de los siguientes puntos: 1. Sospecha, sin base suficiente, que los demás se van a aprovechar de ellos, les van a hacer daño o les van a engañar. 2. Preocupación por dudas no justificadas acerca de la lealtad o la fidelidad de los amigos y socios. 3. Reticencia a confiar en los demás por temor injustificado a que la información que compartan vaya a ser utilizada en su contra. 4. En las observaciones o los hechos más inocentes vislumbra significados ocultos que son degradantes o amenazadores. 5. Alberga rencores durante mucho tiempo, por ejemplo, no olvida los insultos, injurias o desprecios. 6. Percibe ataques a su persona o a su reputación que no son aparentes para los demás y está predispuesto a reaccionar con ira o a contraatacar. 7. Sospecha repetida e injustificadamente que su cónyuge o su pareja le es infiel. B. Estas características no aparecen exclusivamente en el transcurso de una esquizofrenia, un trastorno bipolar o depresivo con síntomas psicóticos, u otro trastorno psicótico y no son atribuibles a los efectos fisiológicos de otra condición médica. **Nota:** *Si se cumplen los criterios antes del inicio de una esquizofrenia, añadir "premórbido", por ejemplo, "trastorno paranoide de la personalidad (premórbido)".*

✓ *ASPECTOS COMPLEMENTARIOS DEL TRASTORNO PARANOIDE DE LA PERSONALIDAD: MODIFICACIONES EN EL DSM-5*

1. **Prevalencia**: prevalencia del 2,3%. Otros datos surgieren una prevalencia del 4,4%.
2. **Factores de riesgo y pronóstico:** hay cierta evidencia de una prevalencia incrementada del Trastorno paranoide de la personalidad en familiares de personas con esquizofrenia y trastorno delirante de tipo persecutorio.
3. **Desarrollo y curso:** puede aparecer primero en la infancia y adolescencia mostrando las personas afectadas características como el ser solitarios, pobres relaciones sociales, ansiedad social, bajo rendimiento en la escuela, hipersensibilidad, lenguaje y pensamientos peculiares así como fantasías idiosincráticas
4. **Diagnóstico diferencial**: otros trastornos mentales con síntomas psicóticos, cambio en la personalidad debido a otra condición médica, trastornos por uso de sustancias, rasgos paranoides asociados con hándicaps físicos, otros trastornos de la personalidad y rasgos de la personalidad.

TRASTORNO ESQUIZOIDE DE LA PERSONALIDAD

F60.1 Trastorno esquizoide de la personalidad (301.20)
DSM-5 (APA, 2013)
A. Un patrón general de distanciamiento de las relaciones sociales y de restricción de la expresión emocional en el plano interpersonal, que comienza al principio de la edad adulta y se da en diversos contextos, como lo indican cuatro (o más) de los siguientes puntos: 1. Ni desea ni disfruta de las relaciones personales, incluido el formar parte de una familia. 2. Escoge casi siempre actividades solitarias. 3. Tiene escaso o ningún interés en tener experiencias sexuales con otra persona. 4. Disfruta con pocas o ninguna actividad.

5. No tiene amigos íntimos o personas de confianza, aparte de los familiares de primer grado.
6. Se muestra indiferente a los halagos o las críticas de los demás.
7. Muestra frialdad emocional, distanciamiento o aplanamiento de la afectividad.

B. Estas características no aparecen exclusivamente en el transcurso de una esquizofrenia, un trastorno del estado de ánimo con síntomas psicóticos u otro trastorno psicótico y no son debidas a los efectos fisiológicos directos de una enfermedad médica.

Nota: Si se cumplen los criterios antes del inicio de una esquizofrenia, añadir "premórbido", por ejemplo, "trastorno esquizoide de la personalidad (premórbido)".

- ✓ ***ASPECTOS COMPLEMENTARIOS DEL TRASTORNO ESQUIZOIDE DE LA PERSONALIDAD: MODIFICACIONES EN EL DSM-5***

1. **Prevalencia**: poco común en dispositivos clínicos. Datos entre el 3,1% y el 4,9%.
2. **Factores de riesgo y pronóstico:** riesgo incrementado de aumento de la prevalencia del trastorno en aquellos que tienen relación con personas con Esquizofrenia o Trastorno esquizotípico de la personalidad.
3. **Desarrollo y curso:** puede aparecer en la infancia y adolescencia a través de manifestaciones como el estar solitario, pobres relaciones sociales, mal rendimiento escolar, que marcan a estos niños o adolescentes como diferentes y les hacen objeto de rechazo
4. **Diagnóstico diferencial**: otros trastornos mentales con síntomas psicóticos, trastorno del espectro autista, cambio en la personalidad debido a otra condición médica, trastornos por uso de sustancias, otros trastornos de la personalidad y rasgos de la personalidad

- ***TRASTORNO ESQUIZOTÍPICO DE LA PERSONALIDAD***

F21 Trastorno esquizotípico de la personalidad (301.22)
DSM-5 (APA, 2013)
A. Un patrón general de déficit sociales e interpersonales asociados a malestar agudo y una capacidad reducida para las relaciones personales, así como distorsiones cognoscitivas o perceptivas y excentricidades del comportamiento, que comienzan al principio de la edad adulta y se dan en diversos contextos, como lo indican cinco (o más) de los siguientes puntos: 1. Ideas de referencia (excluidas las ideas delirantes de referencia). 2. Creencias raras o pensamiento mágico que influye en el comportamiento y no es consistente con las normas subculturales (p. ej., superstición, creer en la clarividencia, telepatía o "sexto sentido"; en niños y adolescentes, fantasías o preocupaciones extrañas). 3. Experiencias perceptivas inhabituales, incluidas las ilusiones corporales. 4. Pensamiento y lenguaje raros (p. ej., vago, circunstancial, metafórico, sobreelaborado o estereotipado). 5. Suspicacia o ideación paranoide. 6. Afectividad inapropiada o restringida. 7. Comportamiento o apariencia raros, excéntricos o peculiares. 8. Falta de amigos íntimos o desconfianza aparte de los familiares de primer grado. 9. Ansiedad social excesiva que no disminuye con la familiarización y que tiende a asociarse con los temores paranoides más que con juicios negativos sobre uno mismo. B. Estas características no aparecen exclusivamente en el transcurso de una esquizofrenia, un trastorno del estado de ánimo con síntomas psicóticos u otro trastorno psicótico o de un trastorno generalizado del desarrollo. **Nota:** *Si se cumplen los criterios antes del inicio de una esquizofrenia, añadir "premórbido", por ejemplo, "Trastorno esquizotípico de la personalidad (premórbido)".*

© CEDE – www.pir.es

✓ ***ASPECTOS COMPLEMENTARIOS DEL TRASTORNO ESQUIZOTÍPICO DE LA PERSONALIDAD: MODIFICACIONES EN EL DSM-5***

1. **Prevalencia**: rangos desde el 0,6% en muestras noruegas hasta el 4,6% en muestras estadounidenses. La prevalencia en población clínica indica poca probabilidad e/o infrecuencia (0%-1,9%), con una prevalencia estimada máxima para la población general del 3,9%
2. **Factores de riesgo y pronóstico:** el trastorno es más prevalente en familiares de primer grado de individuos con esquizofrenia respecto a la población general.
3. **Desarrollo y curso:** tiene un curso relativamente estable, con sólo una pequeña proporción de individuo que desarrollan esquizofrenia u otro trastorno psicótico. El Trastorno esquizotípico de la personalidad puede aparecer en la infancia y adolescencia con características como el ser solitario, tener pobres relaciones sociales, ansiedad social, mal rendimiento escolar, hipersensibilidad, pensamientos y lenguaje peculiares así como fantasías bizarras
4. **Diagnóstico diferencial**: otros trastornos mentales con síntomas psicóticos, trastornos del neurodesarrollo, cambio en la personalidad debido a otra condición médica, trastornos por uso de sustancias, otros trastornos de la personalidad y rasgos de la personalidad.

- ***TRASTORNO ANTISOCIAL DE LA PERSONALIDAD***

F60.2 Trastorno antisocial de la personalidad (301.7)
DSM-5 (APA, 2013)
A. Un patrón general de desprecio y violación de los derechos de los demás que se presenta desde la edad de 15 años, como lo indican tres (o más) de los siguientes ítems: 1. Fracaso para adaptarse a las normas sociales en lo que respecta al comportamiento legal, como lo indica el perpetrar repetidamente actos que son motivo de detención. 2. Deshonestidad, indicada por mentir repetidamente, utilizar un alias, estafar a otros para obtener un beneficio personal o por placer. 3. Impulsividad o incapacidad para planificar el futuro. 4. Irritabilidad y agresividad, indicados por peleas físicas repetidas o agresiones. 5. Despreocupación imprudente por su seguridad o la de los demás. 6. Irresponsabilidad persistente, indicada por la incapacidad de mantener un trabajo con constancia o de hacerse cargo de obligaciones económicas. 7. Falta de remordimientos, como lo indica la indiferencia o la justificación del haber dañado, maltratado o robado a otros. B. El individuo tiene al menos 18 años. C. Hay evidencia de Trastorno de conducta de inicio previo a la edad de 15 años. D. El comportamiento antisocial no aparece exclusivamente en el trascurso de una esquizofrenia o un trastorno bipolar.

✓ ***ASPECTOS COMPLEMENTARIOS DEL TRASTORNO ANTISOCIAL DE LA PERSONALIDAD: MODIFICACIONES EN EL DSM-5***

1. **Prevalencia**: entre el 0,2% y el 3,3%
2. **Factores de riesgo y pronóstico:** el trastorno es más prevalente en familiares biológicos de primer grado de una persona diagnosticada previamente respecto a la población general.
3. **Desarrollo y curso:** curso crónico, pero se hace menos evidente o remite cuando los individuos se van haciendo más mayores, especialmente en la cuarta década de vida
4. **Diagnóstico diferencial**: trastorno por uso de sustancias, esquizofrenia y trastorno bipolar, otros trastornos de la personalidad y rasgos de la personalidad, así como comportamiento criminal no asociado a un trastorno de la personalidad

- ***TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD***

F60.3Trastorno límite de la personalidad (381.83)
DSM-5 (APA, 2013)
Un patrón general de inestabilidad en las relaciones interpersonales, la autoimagen y la efectividad, y una notable impulsividad, que comienzan al principio de la edad adulta y se dan en diversos contextos, como lo indican cinco (o más) de los siguientes ítems: 1. Esfuerzos frenéticos para evitar un abandono real o imaginado. Nota: No incluir los comportamientos suicidas o de automutilación que se recogen en el Criterio 5. 2. Un patrón de relaciones interpersonales inestables e intensas caracterizado por la alternancia entre los extremos de idealización y devaluación. 3. Alteración de la identidad: autoimagen o sentido de sí mismo acusada y persistentemente inestable. 4. Impulsividad en al menos dos áreas, que es potencialmente dañina para sí mismo (p. ej., gastos, sexo, abuso de sustancias, conducción temeraria, atracones de comida). Nota: No incluir los comportamientos suicidas o de automutilación que se recogen en el Criterio 5. 5. Comportamientos, intentos o amenazas suicidas recurrentes, o comportamiento de automutilación. 6. Inestabilidad afectiva debida a una notable reactividad del estado de ánimo (p. ej., episodios de intensa disforia, irritabilidad o ansiedad, que suelen durar unas horas y rara vez unos días). 7. Sentimientos crónicos de vacío. 8. Ira inapropiada e intensa o dificultades para controlar la ira (p. ej., muestras frecuentes de mal genio, enfado constante, peleas físicas recurrentes). 9. Ideación paranoide transitoria relacionada con el estrés o síntomas disociativos graves.

- ✓ ***ASPECTOS COMPLEMENTARIOS DEL TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD: MODIFICACIONES EN EL DSM-5***

1. **Prevalencia**: entre el 1,6% y el 5,9%
2. **Factores de riesgo y pronóstico:** alrededor de cinco veces más común entre los familiares biológicos de primer grado de los que tienen el trastorno respecto a la población general.
3. **Desarrollo y curso:** la forma más común es una inestabilidad crónica en la juventud, con episodios de grave descontrol en los afectos y en los impulsos y altos niveles de uso de recursos de salud, en general, o mentales
4. **Diagnóstico diferencial**: trastorno depresivo y trastorno bipolar, cambio en la personalidad debido a otra condición médica, trastorno por uso de sustancias, otros trastornos de la personalidad y rasgos de la personalidad, así como problemas de identidad.

- ***TRASTORNO HISTRIÓNICO DE LA PERSONALIDAD***

F60.4 Trastorno histriónico de la personalidad (301.50)
DSM-5 (APA, 2013)
Un patrón general de excesiva emotividad y una búsqueda de atención, que empiezan al principio de la edad adulta y que se dan en diversos contextos, como lo indican cinco (o más) de los siguientes ítems: 1. No se siente cómodo en las situaciones en las que no es el centro de la atención. 2. La interacción con los demás suele estar caracterizada por un comportamiento sexualmente seductor o provocador. 3. Muestra una expresión emocional superficial y rápidamente cambiante. 4. Utiliza permanentemente el aspecto físico para llamar la atención sobre sí mismo. 5. Tiene una forma de hablar excesivamente subjetiva y carente de matices. 6. Muestra autodramatización, teatralidad y exagerada expresión emocional. 7. Es sugestionable, por ejemplo, fácilmente influenciable por los demás o por las circunstancias. 8. Considera sus relaciones más íntimas de lo que son en realidad.

© CEDE – www.pir.es

- ✓ ***ASPECTOS COMPLEMENTARIOS DEL TRASTORNO HISTRIÓNICO DE LA PERSONALIDAD: MODIFICACIONES EN EL DSM-5***

1. **Prevalencia**: 1,84%
2. **Factores de riesgo y pronóstico:** no especificados en DSM-5.
3. **Desarrollo y curso:** no descrito en DSM-5
4. **Diagnóstico diferencial**: otros trastornos mentales y rasgos de la personalidad, cambio en la personalidad debido a otra condición médica y trastorno por uso de sustancias

- ***TRASTORNO NARCISISTA DE LA PERSONALIDAD***

F60.8 Trastorno narcisista de la personalidad (301.81)
DSM-5 (APA, 2013)
Un patrón general de grandiosidad (en la imaginación o en el comportamiento), una necesidad de admiración y una falta de empatía, que empiezan al principio de la edad adulta y que se dan en diversos contextos como lo indican cinco (o más) de los siguientes ítems: 1. Tiene un grandioso sentido de autoimportancia (p. ej., exagera los logros y capacidades, espera ser reconocido como superior, sin unos logros proporcionados). 2. Está preocupado por fantasías de éxito ilimitado, poder, brillantez, belleza o amor imaginarios. 3. Cree que es "especial" y único y que sólo puede ser comprendido por, o sólo puede relacionarse con otras personas (o instituciones) que son especiales o de alto status. 4. Exige una admiración excesiva. 5. Es muy pretencioso, por ejemplo, expectativas irrazonables de recibir un trato de favor especial o de que se cumplan automáticamente sus expectativas. 6. Es interpersonalmente explotador, por ejemplo, saca provecho de los demás para alcanzar sus propias metas. 7. Carece de empatía: es reacio a reconocer o identificarse con los sentimientos y necesidades de los demás. 8. Frecuentemente envidia a los demás o cree que los demás le envidian a él. 9. Presenta comportamientos o actitudes arrogantes y/o soberbios.

- ✓ ***ASPECTOS COMPLEMENTARIOS DEL TRASTORNO NARCISISTA DE LA PERSONALIDAD: MODIFICACIONES EN EL DSM-5***

1. **Prevalencia**: desde 0% a 6,2%
2. **Factores de riesgo y pronóstico:** no especificados en DSM-5.
3. **Desarrollo y curso:** los rasgos narcisistas pueden ser particularmente comunes en adolescentes y no necesariamente indican que el individuo tenga un Trastorno narcisista de la personalidad
4. **Diagnóstico diferencial**: otros trastornos de la personalidad y rasgos de la personalidad, manía o hipomanía y trastornos por uso de sustancias.

- ***TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD POR EVITACIÓN***

F60.6 Trastorno de la personalidad por evitación (301.82)
DSM-5 (APA, 2013)
Un patrón general de inhibición social, unos sentimientos de inferioridad y una hipersensibilidad a la evaluación negativa, que comienzan al principio de la edad adulta y se dan en diversos contextos, como lo indican cuatro (o más) de los siguientes ítems: 1. Evita trabajos o actividades que impliquen un contacto interpersonal importante debido al miedo a las críticas, la desaprobación o el rechazo. 2. Es reacio a implicarse con la gente si no está seguro de que va a agradar. 3. Demuestra represión en las relaciones íntimas debido al miedo a ser avergonzado o ridiculizado. 4. Está preocupado por la posibilidad de ser criticado o rechazado en las situaciones sociales. 5. Está inhibido en las situaciones interpersonales nuevas a causa de sentimientos de inferioridad. 6. Se ve a sí mismo socialmente inepto, personalmente poco interesante o inferior a los demás. 7. Es extremadamente reacio a correr riesgos personales o a implicarse en nuevas actividades debido a que pueden ser comprometedoras.

✓ ***ASPECTOS COMPLEMENTARIOS DEL TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD POR EVITACIÓN: MODIFICACIONES EN EL DSM-5***

1. **Prevalencia**: alrededor del 2,4%
2. **Factores de riesgo y pronóstico:** no especificados en DSM-5.
3. **Desarrollo y curso:** el comportamiento evitativo suele comenzar en la infancia y adolescencia con timidez, aislamiento y miedo a los extraños y las nuevas situaciones
4. **Diagnóstico diferencial**: trastornos de ansiedad, otros trastornos de la personalidad y rasgos de la personalidad, cambio en la personalidad debido a otra condición médica y trastorno por uso de sustancias.

- ***TRASTORNO DEPENDIENTE DE LA PERSONALIDAD***

F60.7 Trastorno dependiente de la personalidad (301.6)
DSM-5 (APA, 2013)
Una necesidad general y excesiva de que se ocupen de uno, que ocasiona un comportamiento de sumisión y adhesión y temores de separación, que empieza al inicio de la edad adulta y se da en varios contextos, como lo indican cinco (o más) de los siguientes ítems: 1. Tiene dificultades para tomar las decisiones cotidianas si no cuenta con un excesivo consejo y reafirmación por parte de los demás. 2. Necesidad de que otros asuman la responsabilidad en las principales parcelas de su vida. 3. Tiene dificultades para expresar el desacuerdo con los demás debido al temor a la pérdida de apoyo o aprobación. Nota: No se incluyen miedos realistas de castigo. 4. Tiene dificultades para iniciar proyectos o para hacer las cosas a su manera (debido a la falta de confianza en su propio juicio o en sus capacidades más que a una falta de motivación o de energía). 5. Va demasiado lejos llevado por su deseo de lograr protección y apoyo de los demás, hasta el punto de presentarse voluntario para realizar tareas desagradables. 6. Se siente incómodo o desamparado cuando está solo debido a sus temores exagerados a ser incapaz de cuidar de sí mismo. 7. Cuando termina una relación importante, busca urgentemente otra relación que le proporcione el cuidado y el apoyo que necesita. 8. Está preocupado de forma no realista por el miedo a que le abandonen y tenga que cuidar de sí mismo.

✓ ***ASPECTOS COMPLEMENTARIOS DEL TRASTORNO DEPENDIENTE DE LA PERSONALIDAD: MODIFICACIONES EN EL DSM-5***

1. **Prevalencia**: datos que van desde el 0,49% hasta el 0,6%
2. **Factores de riesgo y pronóstico:** no especificados en DSM-5.
3. **Desarrollo y curso:** en niños y adolescentes puede ser parte de un desarrollo normal.
4. **Diagnóstico diferencial**: otros trastornos mentales y condiciones médicas, otros trastornos de la personalidad y rasgos de personalidad, cambio en la personalidad debido a otra condición médica así como trastorno por uso de sustancias.

- ***TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO DE LA PERSONALIDAD***

F60.5 Trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad (301.4)
DSM-5 (APA, 2013)
Un patrón general de preocupación por el orden, el perfeccionismo y el control mental e interpersonal, a expensas de la flexibilidad, la espontaneidad y la eficiencia, que empieza al principio de la edad adulta y se da en diversos contextos, como lo indican cuatro (o más) de los siguientes ítems: 1. Preocupación por los detalles, las normas, las listas, el orden, la organización o los horarios, hasta el punto de perder de vista el objeto principal de la actividad. 2. Perfeccionismo que interfiere con la finalización de las tareas (p. ej., es incapaz de acabar un proyecto porque no cumple sus propias exigencias, que son demasiado estrictas). 3. Dedicación excesiva al trabajo y a la productividad con exclusión de las actividades de ocio y las amistades (no atribuible a necesidades económicas evidentes).

© CEDE – www.pir.es

4. Excesiva terquedad, escrupulosidad e inflexibilidad en temas de moral, ética o valores (no atribuible a la identificación con la cultura o la religión). 5. Incapacidad para tirar los objetos gastados o inútiles, incluso cuando no tienen un valor sentimental. 6. Es reacio a delegar tareas o trabajo en otros, a no ser que éstos se sometan exactamente a su manera de hacer las cosas. 7. Adopta un estilo avaro en los gastos para él y para los demás; el dinero se considera algo que hay que acumular con vistas a catástrofes futuras. 8. Muestra rigidez y obstinación.

- ✓ ***ASPECTOS COMPLEMENTARIOS DEL TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO DE LA PERSONALIDAD: MODIFICACIONES EN EL DSM-5***

1. **Prevalencia**: desde el 2,1% al 7,9%
2. **Factores de riesgo y pronóstico:** no especificados en DSM-5.
3. **Desarrollo y curso:** no se describe en el DSM-5.
4. **Diagnóstico diferencial**: otros trastornos mentales y rasgos de la personalidad, trastorno por acumulación, trastorno por uso de sustancias y cambio en la personalidad debido a otra condición médica.

- ***CAMBIO EN LA PERSONALIDAD DEBIDO A OTRA CONDICIÓN MÉDICA***

F07.0 Cambio de la personalidad debido a otra condición médica (310.1)
DSM-5 (APA, 2013)
A. Una alteración persistente de la personalidad que representa un cambio respecto a la forma individual previa de características de la personalidad. B. Hay evidencia a través de la historia, exámenes físicos, o pruebas de laboratorio de hallazgos referidos a que la alteración es consecuencia patofisiológica directa de otra condición médica. C. La alteración no ese explica mejor por otro trastorno mental (incluyendo Otro trastorno mental debido a otra condición médica). D. La alteración no ocurre exclusivamente durante el curso de un delirium. E. La alteración provoca malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo. Especificar si: – *Tipo lábil*: si predominan características afectivas lábiles. – *Tipo desinhibido*: si predominan características como pobre control de impulsos como puede evidenciarse a través de indiscreciones sexuales, etc. – *Tipo agresivo*: si predomina un comportamiento agresivo. – *Tipo apático*: si predominan características como marcada apatía e indiferencia. – *Tipo paranoide*: si predominan características como la suspicacia o ideación paranoide. – *Otro tipo*: si la presentación no se caracteriza por alguno de los anteriores. – *Tipo combinado*: si más de una de estas características predomina en la expresión clínica.

- ✓ ***ASPECTOS COMPLEMENTARIOS DEL CAMBIO EN LA PERSONALIDAD DEBIDO A OTRA CONDICIÓN MÉDICA: MODIFICACIONES EN EL DSM-5***

1. **Diagnóstico diferencial**: otras condiciones médicas relacionadas con dolor o discapacidad, trastorno neurocognitivo mayor, delirium, otros trastorno mental debido a otra condición médica, trastorno por uso de sustancias, otros trastornos mentales y otros trastornos de la personalidad.

- ***OTRO TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD ESPECIFICADO EN EL DSM-5***

(F60.89) Otro trastorno de la personalidad especificado (301.89)
DSM-5 (APA, 2013)
Esta categoría se aplica a presentaciones en las cuales los síntomas característicos de un Trastorno de la personalidad que causan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo predominan pero no cumplen todos los criterios para alguno de los diagnósticos principales de la categoría de Trastornos de la personalidad. Otro trastorno de la personalidad especificado se usa en situaciones en las que el clínico escoge comunicar una razón específica pero que no cumple los criterios para algún trastorno específico. Esto se realiza codificando "Otro trastorno de la personalidad especificado" seguido de la razón específica (p. e.: "características mixtas de la personalidad").

- ***TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD NO ESPECIFICADO EN EL DSM-5***

(F60.9) Trastorno de la personalidad no especificado (301.9)
DSM-5 (APA, 2013)
Esta categoría se aplica a presentaciones en las cuales los síntomas característicos de un Trastorno de la personalidad que causan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo predominan pero no cumplen todos los criterios para alguno de los diagnósticos principales de la categoría de Trastornos de la personalidad. La categoría trastorno de la personalidad no especificado se usa en situaciones en las que el clínico escoge no especificar la razón por la que no se cumplen los criterios para un Trastorno específico de la personalidad e incluye presentaciones en la que hay información insuficiente para hacer diagnósticos más específicos.

- ***MODELO ALTERNATIVO DE LA PERSONALIDAD PROPUESTO EN EL DSM-5***

De cara al examen PIR se orienta al alumno simplemente a conocer la nueva propuesto de modelo y los trastornos a los que se aplica y/o se reconocen, a saber: trastorno antisocial de la personalidad, trastorno de la personalidad por evitación, trastorno límite de la personalidad, trastorno narcisista de la personalidad, trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad, trastorno esquizotípico de la personalidad y trastorno de la personalidad-rasgo específico. Se remite al manual de clínica 2 para ampliar la descripción bajo este modelo de los trastornos mencionados.

En el nuevo modelo, el **diagnóstico** de un trastorno de la personalidad depende de **dos condiciones imprescindibles:**

- Evaluación del **nivel de desajuste en el funcionamiento de la** personalidad (Criterio A). Se evalúa en un continuo a través de la ***Escala del Nivel de Funcionamiento de la Personalidad*** **(LPFS)**, que **diferencia 5 niveles de desajuste a través de una escala tipo L*ikert* con un rango de 0 a 4 (cinco niveles de afectación: saludable y con funcionamiento adaptativo –nivel 0–; hasta algo –nivel 1–, moderado –nivel 2–, grave –nivel 3– y extremo –nivel 4–**. El Criterio A se representa en la tabla siguiente.

© CEDE – www.pir.es

ELEMENTOS DEL FUNCIONAMIENTO DE LA PERSONALIDAD
Del yo
1. ***Identidad:*** Experiencia de uno mismo como único, con límites claros entre el yo y los otros, estabilidad en la autoestima y exactitud en la autovaloración, capacidad y habilidad para regular una gama de experiencias emocionales. 2. ***Auto-dirección:*** Búsqueda de objetivos en la vida coherentes y con sentido a corto plazo, uso de las normas sociales de comportamiento de forma constructiva y prosocial. Habilidad para reflexionar sobre uno mismo de forma productiva.
Interpersonal
1. ***Empatía:*** Comprensión y experiencias de apreciación de las experiencias y motivaciones de los otros; tolerancia a las diferentes perspectivas, entendiendo los efectos del propio comportamiento sobre los otros. 2. ***Intimidad:*** Profundidad y duración en la conexión con los otros, deseo y capacidad de intimidad, reciprocidad hacia los otros que se refleja en el comportamiento interpersonal.

- Evaluación de los **rasgos patológicos de personalidad (criterio B).** Estos **rasgos se organizan en 5 dominios** amplios: ***Afectividad negativa, Distanciamiento, Antagonismo, Desinhibición y Psicoticismo***. Junto a estos rasgos generales, se **especificarían 25 rasgos específicos**, ***que se han desarrollado a partir de estudios de meta-análisis con los datos empíricos de las relaciones entre los rasgos de los trastornos de personalidad del DSM-IV-TR.***

CeDe www.pir.es

02.18	TÉRMINOS CULTURALES ASOCIADOS AL MALESTAR

CATEGORÍAS DIAGNÓSTICAS EN LAS CLASIFICACIONES INTERNACIONALES (COMPARATIVA)

DSM-IV-TR (APA, 2002)	DSM-5 (APA, 2013)	TRASTORNOS COMPARTIDOS POR DSM-5 (APA, 2013) Y CIE- 10 (OMS, 1992)	TRASTORNOS COMPARTIDOS POR DSM-5 (APA, 2013) Y DSM-IV-TR (APA, 2002)
– Agotamiento cerebral – Atracción – Bilis y cólera – Bouffé delirante – Enfermedad de los espíritus – Fallo o desconexión temporal – Hwa-Byung – Locura – Mal de ojo – Reacción psicótica de Qi-Jong – Rituales mágicos (Rootwark) – Sangue dormido – Shin-Byung – Zar	– Síndrome de Dhat – Khyâl cap – Kufungisisa – Maladi moun – Nervios – Susto – Taijin kyofusho – Ataque de nervios – Shenjing Shuairuo	– Síndrome de Dhat – Nervios – Susto	– Ataque de nervios – Shenjing Shuairuo

NOVEDADES DIAGNÓSTICAS DSM-5

1. *Reducción del número de trastornos recogidos (se quedan en 9)*
2. *Respecto al DSM-IV-TR sólo mantiene 2 de los 16 inicialmente propuestos, concretamente, el Ataque de nervios y el Shenjing Shuairuo*
3. *El Síndrome de Dhat, los Nervios y el Susto en el DSM-5 son patologías no recogidas en el DSM-IV-TR y sí en la CIE-10*

CeDe www.pir.es

02.19	NUEVOS DESARROLLOS EN PSICOLOGÍA CLÍNICA

Se aborda el Síndrome de Alienación Parental como aspecto más relevante de este tema

- ***SÍNDROME DE ALINEACIÓN PARENTAL (SAP)***

El síndrome de alienación parental o SAP se ha introducido y aplicado en los juzgados de nuestro medio con el argumento de tratarse de un nuevo trastorno clínico. El SAP es un término que acuñó en 1985 Richard A. **Gardner** (1931-2003) para referirse a lo que él describe como un trastorno en el que un niño, de forma permanente, denigra e insulta sin justificación a uno de sus progenitores. En el estudio que realizó en casos de divorcios conflictivos o destructivos, se refirió al conjunto de síntomas que resultan del proceso por el cual un progenitor, mediante distintas estrategias, transforma la conciencia de sus hijos con objeto de impedir, obstaculizar o destruir sus vínculos con el otro progenitor, hasta hacerla contradictoria con lo que debería esperarse de su condición

Síntomas de Síndrome de Alienación Parental (Gardner, 2002)
1. Una campaña de denigración.
2. Racionalizaciones débiles, absurdas, o frívolas
3. Ausencia de ambivalencia.
4. El fenómeno del "*pensador-independiente*".
5. Apoyo reflexivo al padre alienante en el conflicto parental.
6. Ausencia de culpa sobre la crueldad o explotación hacia el padre alienado.
7. La presencia de escenarios prestados.
8. Extensión de la animosidad hacia los amigos o familia extendida del padre alienado.
9. Dificultades en el intercambio del niño.

CeDe www.pir.es