

Los criterios de diagnóstico para el autismo

El DSM-5 es la quinta edición del *Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders* (Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales), publicado por la *American Psychiatric Association*. El DSM es una clasificación de trastornos mentales que sirve de referencia a numerosos profesionales de la salud para el establecimiento de un diagnóstico. Además, el DSM se utiliza para la investigación y para establecer estadísticas de salud pública. El DSM es un de los dos manuales más utilizados en el mundo para la clasificación de los trastornos mentales (el otro manual es el *International Classification of Diseases [ICD-10]* de la Organización Mundial de la Salud).

Los cambios incorporados en la quinta edición del DSM (el DSM-5) han eliminado criterios diagnósticos utilizados desde hace décadas para el diagnóstico del autismo y de los trastornos asociados. Clasificado en un principio bajo el término “esquizofrenia infantil” en la primera edición de 1952, el concepto diagnóstico del autismo ha visto modificada su definición en cada nueva edición del DSM. Cada una de estas actualizaciones ha sido objeto de controversia y los últimos cambios introducidos en la quinta edición de mayo de 2013 no son una excepción.

Criterios diagnósticos del autismo revisados en el DSM-5 (traducción no oficial)

- A. Déficits persistentes en la comunicación y la interacción sociales en múltiples contextos, que se manifiestan actualmente o en el pasado de la siguiente forma:
1. Déficits en la reciprocidad socio-emocional
 2. Déficits en los comportamientos de comunicación no verbal utilizados para las interacciones sociales
 3. Déficits en el desarrollo, en el establecimiento y la comprensión de las relaciones.
- B. Repertorio de comportamientos, intereses o actividades restringidos y repetitivos, manifestando por lo menos dos de los siguientes criterios actualmente o en el pasado:
1. Movimientos motores, utilización de objetos o vocalización estereotipados o repetitivos
 2. Insistencia en la monotonía, apego inflexible a la rutina o patrones rituales de comportamientos verbales o no verbales
 3. Intereses muy restringidos y fijos con un grado anormal de intensidad y de focalización
 4. Reacción inusual a los estímulos sensoriales o interés inusual por los aspectos sensoriales del entorno.
- C. Los síntomas deben presentarse desde un periodo temprano del desarrollo (aunque pueden no manifestarse plenamente hasta que las capacidades limitadas ya no permiten responder a las exigencias sociales, o ser encubiertos más tarde por estrategias aprendidas).
- D. Los síntomas suponen deficiencias importantes desde el punto de vista clínico en el ámbito social, profesional o incluso en otros ámbitos de funcionamiento.
- E. La discapacidad intelectual (trastorno del desarrollo intelectual) o un retraso general del desarrollo no justifican mejor estos trastornos.

Las principales diferencias entre el DSM-5 y el DSM-IV

1. Definición del autismo

El *DSM-IV*, publicado en 1994, definía el autismo y sus trastornos asociados como “trastornos generalizados del desarrollo” (TGD). En el DSM-5, esta definición ha sido sustituida por el término “trastornos del espectro autista” (TEA), que han sido incluidos a su vez dentro de una categoría más amplia de “trastornos del neurodesarrollo”.

2. Los subtipos del autismo

En el DSM-IV, la categoría de los trastornos generalizados del desarrollo comportan cinco subtipos de autismo: el trastorno autista, el síndrome de Asperger, el trastorno desintegrativo infantil, el trastorno generalizado del desarrollo no especificado (TGD no especificado) y el síndrome de Rett.

El DSM-5 ha sustituido cuatro de estos subtipos (trastorno autista, síndrome de Asperger, trastorno desintegrativo infantil y TGD no especificado) por la categoría general “trastornos del espectro autista” (TEA). El síndrome de Rett ya no forma parte de este sistema de clasificación. En lugar de hacer distinción entre estos subtipos, la definición diagnóstica del DSM-5 especifica tres niveles de gravedad en los síntomas, así como el nivel de apoyo necesario.

3. Síntomas clínicos

La definición diagnóstica del autismo en el DSM-IV se caracterizaba por 3 síntomas de base (tríada):

- a. deficiencias en la reciprocidad social
- b. deficiencias en el lenguaje o en la comunicación
- c. repertorio de intereses y actividades restringido y repetitivo.

En el DSM-5, sólo quedan dos categorías de síntomas:

- a. “deficiencias en la comunicación social” (los problemas sociales y de comunicación se combinan)
- b. “comportamientos restringidos y repetitivos”.

Las categorías de síntomas “deficiencias en la comunicación social” y “comportamientos restringidos y repetitivos” recogen los mismos elementos que en el DSM-IV, a excepción de dos cambios importantes:

- a. Las “deficiencias o retraso en el lenguaje” ya no se incluyen en esta categoría de síntomas del DSM-5.
- b. El síntoma clínico “sensibilidad inusual a los estímulos sensoriales”, que no aparecía en el DSM-IV, se incorpora ahora a la categoría “comportamientos repetitivos”.

4. Aparición del autismo

Otro cambio es la sustitución del criterio diagnóstico del DSM-IV que indica que los síntomas del autismo debían aparecer antes de los 36 meses de edad por la siguiente definición, más “abierta”: “Los síntomas deben estar presentes desde la infancia temprana, aunque pueden no manifestarse plenamente hasta que la limitación de las capacidades impide la respuesta a las exigencias sociales”.

5. Diagnóstico diferencial

El DSM-5 introduce una nueva etiqueta diagnóstica dentro de la categoría “deficiencias en el lenguaje”: “los trastornos de la comunicación social”. Los criterios diagnósticos de esta subcategoría solapan en parte con los del TEA; de modo que los niños diagnosticados con un trastorno de la comunicación social tienen una “deficiencia pragmática”, así como un problema de “utilización social de la comunicación verbal y no verbal”. Sin embargo, la presencia adicional de intereses obsesivos y de comportamientos repetitivos excluye la posibilidad de un diagnóstico de trastorno de la comunicación social. Por lo tanto, la presencia de comportamientos repetitivos es esencial en el establecimiento de un diagnóstico diferencial de autismo.

Justificación de los cambios

Los cambios incluidos en el DSM-5 se apoyan en la investigación. La supresión de los diferentes subtipos diagnósticos del TGD del DSM-IV se basa en estudios que muestran que:

- a. la distinción existente entre los subtipos del DSM-IV varía al cabo del tiempo
- b. la aplicación de subtipos diagnósticos puede variar en función del entorno donde se realice el diagnóstico (por ejemplo, el mismo niño podría ser diagnosticado con síndrome de Asperger en un entorno y con trastorno autista en otro)
- c. las diferencias en las competencias sociales y cognitivas entre los subgrupos se definen mejor en términos de continuum que en subtipos diferenciados
- d. existen pocas pruebas de diferencias marcadas entre el riesgo genético de las personas afectadas por un trastorno autista y las personas que tienen síndrome de Asperger (por ejemplo, estudios basados en hermanos y hermanas de niños con autismo muestran que la prevalencia del trastorno autista y del síndrome de Asperger en los hermanos era aproximadamente la misma). De la misma forma, las conclusiones de las investigaciones biológicas (por ejemplo, mediante biomarcadores, imagen funcional cerebral y tests de seguimiento visual) aportan pocas pruebas de una diferencia real entre el riesgo genético para las personas que tienen una u otra condición.

La importancia concedida a la presencia de comportamientos repetitivos y la eliminación de los criterios de lenguaje se basan en estudios recientes que muestran que:

- a. los comportamientos repetitivos, en los que se incluyen las respuestas sensoriales inusuales, aparecen tempranamente en el desarrollo de un niño con autismo
- b. contrariamente a las dificultades en el lenguaje, los comportamientos repetitivos forman parte de criterios distintivos del autismo.

Finalmente, una nueva categoría diagnóstica de trastornos de la comunicación social ha sido incorporada al DSM-5, ya que algunos niños pueden presentar déficits en la utilización social de la comunicación sin presentar comportamientos restringidos o repetitivos, tal como recoge Rapin & Allen, 1983[i].

Críticas al DSM-5

Investigadores y grupos de representación han mostrado cierta preocupación en cuanto al impacto de estos cambios en el ámbito clínico, cultural e investigador. La crítica más frecuente a la definición del TEA en el DSM-5 es la estrechez de los nuevos criterios, con lo que se corre el riesgo de excluir a algunas personas del diagnóstico de autismo y, en consecuencia, que no tengan acceso a los servicios que necesitan.

Varios estudios parecen confirmar estas preocupaciones. Algunos^[ii] han demostrado que un porcentaje significativo (10-40 por ciento) de personas que respondían a los criterios del DSM-IV para el diagnóstico de autismo ya no responden a los nuevos criterios del DSM-5.

Otras críticas comunes se hacen a la introducción de un nuevo diagnóstico de trastorno de la comunicación social. No se sabe claramente hasta qué punto este diagnóstico está ligado al del autismo. Al tratarse de un nuevo diagnóstico, persisten dudas en cuanto a su utilidad práctica en términos de estrategias de tratamiento y en cuanto a saber si las personas diagnosticadas con este trastorno podrán tener acceso a los servicios adaptados a su trastorno.

Las asociaciones de autorrepresentación afirman que la introducción del síndrome de Asperger en la categoría de los trastornos del espectro autista sin distinción alguna socava la identidad de las personas afectadas por este síndrome. Sin embargo, la visión adoptada en el DSM-5, que consiste en clasificar los trastornos del espectro autista en función del nivel de apoyo que necesitan, se corresponde mejor con la visión basada en los derechos de la Convención de Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CNUDPD). La CNUDPD considera que la discapacidad es –y debe ser considerada como tal- variada. La dignidad y el valor intrínseco de cada ser humano deben estar plenamente reconocidos, sea cual sea la gravedad de la discapacidad. Por consiguiente, un diagnóstico o un sub-diagnóstico no puede en ningún caso servir de fundamento para la identidad de una persona o de un grupo de personas. Paralelamente, en esa definición, la CNUDPD considera que ninguna persona debería ser considerada como discapacitada contra su voluntad.

Finalmente, clasificar el síndrome de Asperger como un subtipo específico del autismo conlleva también un gran riesgo para las personas Asperger; el riesgo de perder el acceso a un apoyo y a unos servicios que necesitan, principalmente si tenemos en cuenta la creencia, aún ampliamente extendida, de que las personas afectadas por el síndrome de Asperger son genios.

Conclusión

Los cambios introducidos en el DSM-5 se basan en la evidencia científica más que en los motivos políticos o de presión. Sin embargo, el nuevo sistema de clasificación despierta ciertas preocupaciones, especialmente en cuanto al riesgo de que algunas personas ya no respondan a los criterios diagnósticos del autismo.

Por esta razón, es imprescindible que la comunidad científica estudie el impacto de los cambios del DSM-5 sobre el terreno y que los responsables políticos se aseguren de que la introducción de los nuevos criterios no implique cambios en las políticas de cobertura en materia de servicios de apoyo, cambios que impedirían a las personas con autismo tener acceso a ellos.

Para saber más sobre el DSM-5: www.dsm5.org

Dr. Giacomo Vivanti

Olga Tennison Autism Research Centre La Trobe University, Melbourne, Australia

Dra. Donata Pagetti Vivanti

Vicepresidenta, Foro Europeo de la Discapacidad

[i] Rapin, I., & Allen, D. (1983). Developmental language disorders: nosologic considerations. In U. Kirk (Ed.), *Neuropsychology of language, reading, and spelling*, pp. 155–184. New York: Academic Press.

[ii] Vivanti, G., Hudry, K., Trembath, D., Barbaro, J., Richdale, A., Dissanayake, C. (2013). Towards the DSM 5 Criteria for Autism: Clinical, Cultural and Research Implications. *Australian Psychologist*, 48, pp.258-261; Volkmar FR, Reichow B (2013). Autism in DSM-5: Progress and challenges. *Molecular Autism*, 4: 13.