

TEA vs TGD: comparación entre el DSM-5 y los antiguos Trastornos Generalizados del Desarrollo (DSM-IV)

Resumen

Este documento explica cómo el **DSM-5 (2013)** reorganizó y sustituyó las categorías conocidas como **Trastornos Generalizados del Desarrollo (TGD)** del DSM-IV por un único diagnóstico: **Trastorno del Espectro Autista (TEA)**. Se describen las modalidades actuales del TEA, las diferencias conceptuales y prácticas respecto a los antiguos TGD (autismo clásico, síndrome de Asperger, trastorno desintegrativo infantil y trastorno de Rett), y las implicaciones clínicas, educativas y de evaluación.

1. Contexto histórico

- **DSM-IV (1994, revisión 2000):** agrupaba bajo la etiqueta **Trastornos Generalizados del Desarrollo (TGD)** distintas entidades separadas, como:
 - **Trastorno Autista (autismo clásico)**
 - **Trastorno de Asperger**
 - **Trastorno Generalizado del Desarrollo no especificado (PDD-NOS)**
 - **Trastorno Desintegrativo Infantil**
 - **Trastorno de Rett** (posteriormente reclasificado por su base genética)
- **DSM-5 (2013):** propuso una unificación de estas categorías bajo un diagnóstico dimensional: **Trastorno del Espectro Autista (TEA)**. La modificación respondió a evidencia sobre solapamientos diagnósticos, heterogeneidad clínica y la utilidad clínica de un enfoque espectral.

2. ¿Qué entiende el DSM-5 por TEA? (visión general)

El **TEA** en DSM- 5 se caracteriza por dos dominios centrales:

1. **Déficits persistentes en la comunicación social y la interacción social** en múltiples contextos (p. ej., reciprocidad social, conductas comunicativas no verbales, desarrollo y mantenimiento de relaciones).
2. **Patrones restrictivos y repetitivos de comportamiento, intereses o actividades** (p. ej., estereotipias motoras, insistencia en la misma rutina, intereses muy restringidos, hiper-/hipo-reactividad a estímulos sensoriales).

Además, el DSM-5 añade: - **Especificadores** sobre nivel de gravedad (soporte requerido: nivel 1, 2 o 3), presencia o no de discapacidad intelectual, alteración del lenguaje, y factores médicos/genéticos/neurodesarrollo concomitantes. - Recomendación de **evaluación multidisciplinar** y de documentar el nivel de apoyo necesario.

3. Principales diferencias entre DSM-IV (TGD) y DSM-5 (TEA)

Categoría vs Espectro – *DSM-IV*: categorías separadas con criterios diferenciales (ej. Asperger sin retraso del lenguaje relevante; PDD-NOS como diagnóstico residual). – *DSM-5*: un único **espectro** que contempla variabilidad en presentación, gravedad y necesidades de apoyo.

Criterios y dominios – *DSM-IV*: tres dominios principales (déficits social, comunicación; intereses/resistencia al cambio) con subcriterios específicos. – *DSM-5*: **dos dominios** (fusión de social y comunicación en uno solo), lo que refleja la correlación entre déficit social y comunicativo.

Razonamiento clínico – *DSM-IV*: diagnósticos a veces inconsistentes entre profesionales; diagnóstico de Asperger controvertido. – *DSM-5*: pretende aumentar la **consistencia** y reflejar la continuidad entre presentaciones.

Impacto en diagnóstico - Algunos individuos diagnosticados previamente con Asperger o PDD-NOS podrían no cumplir criterios de TEA según DSM-5 (debido a requisitos específicos en ambos dominios), por ello se aconseja analizar la historia clínica y utilizar especificadores (p. ej. “historia previa de diagnóstico de Asperger”).

Rett y trastornos desintegrativos - Trastorno de Rett: con el avance del conocimiento genético fue reclasificado (señalándose su etiología molecular) y, generalmente, no se incluye como TEA primario. - **Trastorno desintegrativo infantil:** permanece reconocido por su gravedad y pérdida marcada de habilidades tras periodo normal.

4. Modalidades / Presentaciones del TEA en DSM-5 (especificadores clínicos)

El DSM-5 no habla de “subtipos” como el DSM-IV, pero permite **especificadores** que describen la presentación:

- **Con/sin discapacidad intelectual** (coexistencia o no de retraso intelectual).
- **Con/sin alteración del lenguaje** (historia o manifestación actual de dificultades significativas del lenguaje).
- **Nivel de apoyo requerido:**
 - *Nivel 1:* requiere algún apoyo (dificultades de comunicación social sin apoyo; consigue funcionar con ciertas adaptaciones).
 - *Nivel 2:* requiere apoyo sustancial (déficits marcados en comunicación social; comportamientos repetitivos visibles y que interfieren claramente).
 - *Nivel 3:* requiere apoyo muy sustancial (déficits severos; gran limitación en la respuesta social y conductas que interfieren significativamente).
- **Presentación con alteraciones sensoriales** (hiper/hiporreactividad a estímulos sensoriales).

Estos especificadores permiten describir la heterogeneidad clínica sin multiplicar etiquetas diagnósticas.

5. Ventajas y limitaciones del cambio a DSM-5

Ventajas - Mayor coherencia diagnóstica al considerar el autismo como un **espectro**. - Enfoque más **dimensional**, favoreciendo descripción del nivel de apoyo y necesidades. - Evita la estigmatización y confusión entre categorías estrechas.

Limitaciones / críticas - Riesgo de que algunos individuos previamente diagnosticados (p. ej. con Asperger) no cumplan criterios DSM- 5 y pierdan acceso a servicios si las administraciones no aceptan diagnósticos previos o los especificadores. - Posible pérdida de información clínica diferenciada que ayudaba a diseñar intervenciones específicas.

6. Implicaciones prácticas: diagnóstico, intervención y educativo

Evaluación diagnóstica - Debe ser **multidisciplinar**: evaluación médica, neurológica, psicológica, logopédica y educativa. - Uso de pruebas estandarizadas (p. ej. ADOS, ADI-R en contextos clínicos; escalas adaptadas a la lengua y cultura) y medidas funcionales. - Documentar el historial del desarrollo, la adquisición del lenguaje y el patrón de comportamientos repetitivos/sensoriales.

Intervención - Intervenciones **personalizadas** según el perfil funcional y el nivel de apoyo (niveles 1–3): terapia del lenguaje, intervención conductual/ABA, apoyos psicosociales, programas de habilidades sociales. - Atención temprana y programas escolares inclusivos adaptados.

Contexto educativo - Diseño de adaptaciones curriculares, apoyos en el aula, recursos de mediación, formación del profesorado y coordinación con familias. - Uso de especificadores para planificar apoyos: p. ej. alumnado con “alteración lingüística” priorizará logopedia y estrategias comunicativas; con “discapacidad intelectual” combinará adaptaciones curriculares.

Derechos y acceso a recursos - Importante que sistemas sanitarios y educativos reconozcan el diagnóstico previo y utilicen especificadores para garantizar continuidad en la atención y acceso a recursos.

7. Recomendaciones para profesionales y centros educativos

- Evaluar de forma global y contextualizada: no basarse únicamente en una etiqueta diagnóstica antigua.
- Registrar **especificadores** (nivel de apoyo, lenguaje, discapacidad intelectual) para planificar recursos.
- Mantener la atención centrada en las **necesidades funcionales** del niño/niña y la familia más que en la nomenclatura.
- Fomentar la coordinación entre **salud, educación y servicios sociales**.
- Actualizar la formación del personal educativo en estrategias de inclusión y apoyo comunicativo.

8. Bibliografía y recursos (sugeridos)

- APA. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 5th ed. (DSM- 5), 2013.
- APA. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4th ed. (DSM- IV), 1994 (y text revision 2000).
- Guías de evaluación e intervención en TEA de sociedades nacionales de psiquiatría/psicología y de asociaciones de autismo.

Anexo: cuadro comparativo breve

Aspecto	DSM-IV (TGD)	DSM-5 (TEA)
Enfoque	Categorías separadas (autismo, Asperger, PDD-NOS...)	Espectro único (TEA) con especificadores
Dominios diagnósticos	Social, comunicación, conductas restringidas	Comunicación social (fusionado) y patrones restrictivos/repetitivos
Subtipos	Sí (Asperger, PDD-NOS, etc.)	No; uso de especificadores (nivel de apoyo, lenguaje, discapacidad)
Utilidad clínica	A veces inconsistente entre profesionales	Más coherente, pero riesgo de exclusión de casos previos

Documento generado para uso informativo y docente; no sustituye la normativa ni las guías clínicas locales.