

NEUROPSIQUIATRÍA

Identificación y tratamiento de trastornos psiquiátricos concomitantes en personas con autismo

Heidi C. Collins, MD, y Matthew S. Siegel, MD

Los Centros para el Control y Prevención de las Enfermedades estiman que 1 de cada 59 niños sufre autismo en los EE.UU.¹ Si bien las características nucleares del autismo afectan el funcionamiento, los trastornos psiquiátricos concurrentes constituyen una fuente importante de mayores impedimentos. Las personas con trastornos del espectro autista (TEA) tienen mayor probabilidad que la población general de sufrir trastornos psiquiátricos comórbidos. Aunque las tasas de prevalencia varían ampliamente, existen evidencias convergentes que sugieren que los trastornos de ansiedad y el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) son los más prevalentes.

Numerosos factores contribuyen al aumento del riesgo de trastornos psiquiátricos concurrentes. Las personas con autismo tienen un riesgo mayor de ser acosadas y mayor probabilidad de experimentar sucesos adversos, los cuales pueden aumentar el estrés y el riesgo de depresión y ansiedad. La rigidez cognitiva, los problemas con la regulación de las emociones y la intolerancia a la incertidumbre asociadas con el TEA pueden predisponer a esta población a mayores niveles de ansiedad y depresión.² Los déficits de la regulación emocional pueden constituir un fenómeno transdiagnóstico en el que subyacen características de TEA, así como la ansiedad y otras comorbilidades psiquiátricas.³

La Entrevista de Comorbilidad para Autismo (ECA) es una entrevista semiestructurada que utiliza el Kiddie Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia (K-SADS) con una adaptación para aumentar la validez en la población con TEA. Se agregaron a la entrevista diagnóstica preguntas de evaluación y opciones de codificación para ayudar a distinguir características esenciales del TEA de características propias de otros trastornos psiquiátricos. Se utilizó la ECA para evaluar comorbilidad psiquiátrica en 109 niños con TEA de entre 5 y 17 años de edad.⁴ Los hallazgos indicaron que el 72% de los niños tenían al menos un diagnóstico psiquiátrico del DSM-IV adicional. Los más comunes fueron los trastornos de ansiedad, seguidos por TDAH (Figura).

Evaluación de trastornos psiquiátricos concurrentes

Los instrumentos de evaluación diseñados para las enfermedades psiquiátricas en la población general pueden no diferenciar adecuadamente características del TEA y podrían generar un sobre diagnóstico. Sin embargo, hay varias



herramientas validadas específicas para cada trastorno desarrolladas para evaluar trastornos comórbidos en niños y adultos con TEA. (Tabla 1). Algunas características del TEA parecen superponerse con síntomas de otras enfermedades y ello hace difícil distinguir síntomas que se relacionan con características nucleares del TEA de síntomas de otros trastornos psiquiátricos. (Tabla 2).

Consideraciones generales para evaluar comorbilidad psiquiátrica en TEA

1 Establezca una línea de base. Es importante establecer la línea de base de una persona para cuando ésta ha funcionado mejor. Para las enfermedades psiquiátricas que son episódicas (por ejemplo, los trastornos del estado de ánimo) o las que aparecen en una evolución más tardía (por ejemplo, TOC, psicosis), es importante distinguir los comportamientos y el funcionamiento de base de los cambios distintivos en los síntomas que se esperan con el comienzo de una enfermedad psiquiátrica concurrente.

2 Evalúe comorbilidad médica. Evaluar la posibilidad de problemas médicos que pueden exacerbar los síntomas emocionales y conductuales, particularmente en las personas con mayor restricción de la comunicación verbal.

3 Incluya la genética. Se sabe que existen algunos síndromes genéticos que están asociados con enfermedades psiquiátricas y fenotipos conductuales. Esto puede ayudar con una investigación mejor dirigida (por ejemplo, el síndrome del cromosoma X frágil tiene mayor prevalencia de ansiedad y TDAH; el síndrome de Williams tiene mayor prevalencia de ansiedad; y el síndrome del borrado del cromosoma 22q11 está asociado con una mayor prevalencia de psicosis).

4 Considere los síntomas en el contexto del nivel evolutivo. Se deben considerar enfermedades concurrentes si hay síntomas que van más allá de lo que podría esperarse para la edad y el nivel de desarrollo de una persona.

Trastornos de ansiedad.

Utilizando hallazgos de sus meta-análisis, vanSteensel y col.⁵ estimaron que 40% de jóvenes con TEA tienen un trastorno de ansiedad concurrente. Los factores de riesgo de sufrir ansiedad que prevalecen en el TEA comprenden déficit de habilidades sociales, sensibilidad sensorial, rigidez cognitiva, excitación fisiológica descontrolada y dificultades para regular el estrés.

• **FOBIAS ESPECÍFICAS.** Las fobias específicas tienden a aparecer en la niñez. En la mayoría de los casos la fenomenología de la fobia específica en TEA tiende a ser similar al desarrollo típico de la juventud. Sin embargo, las personas con trastornos del desarrollo pueden también verse afectados por temores a objetos o situaciones infrecuentes, tales como ascensores, aspiradoras, etc.

Las fobias comunes que se encuentran en los jóvenes con TEA son fobia a los ruidos, a las agujas y a las multitudes. Las sensibilidades sensoriales pueden agregar temores específicos en el autismo, algunos de los cuales pueden no alcanzar los niveles necesarios para cumplir los criterios de una fobia específica, pero pueden contribuir a las dificultades. Por ejemplo, sufrir ansiedad frente a la ingesta de un alimento debido a la textura del mismo, evitar ciertas ropas debido a sensibilidad táctil, o temor a objetos muy ruidosos como aspiradoras o secadores de pelo debido a la sensibilidad al ruido.

• **ANSIEDAD GENERALIZADA.** Problematicación relacionada con preocupaciones intensas, horarios y cambios ambientales pueden ser características atípicas de ansiedad que es importante identificar con preguntas al paciente. Algunas de esas características están capturadas en la conclusión de Kerns⁶ de que las mismas representan una “intolerancia a la incertidumbre” que puede marcar una ansiedad atípica en TEA.

La ansiedad puede presentarse como preguntas persistentes y búsqueda de reaseguramiento sobre un acontecimiento previsto u otra preocupación. Se deben distinguir las preguntas repetitivas utilizadas para obtener más información sobre un interés restringido de las preguntas causadas por la ansiedad. Las personas con TEA pueden tener dificultad para verbalizar los estados internos de ansiedad o los disparadores de ansiedad. Para los que no pueden comunicarse, se puede tener que considerar un trastorno de ansiedad por inferencia, en base a la observación, tal como una persistente resistencia a entrar en salas atestadas de gente.

• **TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO.** Los comportamientos repetitivos y los intereses restringidos en TEA pueden ser difíciles de distinguir de las compulsiones y obsesiones del TOC.

Sin embargo, en el TOC las obsesiones son recurrentes, los pensamientos intrusivos son inquietantes y los comportamientos compulsivos del TOC son molestos, no deseados y tienen la función de intentar aliviar el contenido obsesivo.

Por el contrario, los comportamientos repetitivos en TEA (por ejemplo, alinear objetos, seguir la misma rutina, mirar el mismo video) generalmente son una actividad preferida o reconfortante, aunque pueden llevar a comportamientos problemáticos o irritabilidad cuando se interrumpen o la persona debe detenerlos. Además, las formas más comunes de compulsión en el TOC: lavarse las manos, limpiar, hacer las cosas “como se debe” son distintas de los comportamientos repetitivos del TEA, tal como flaquear las manos, hincar el cuerpo, y jugar con los dedos. Las personas con TEA pueden tener dificultad en articular pensamientos obsesivos y describir si su comportamiento tiene la finalidad de reducir la ansiedad. La ECA adaptó los criterios para el TOC a fin de permitir a los cuidadores inferir las experiencias mentales de las personas que tienen comportamientos compulsivos. Por ejemplo, se puede preguntar a los cuidadores si un comportamiento compulsivo parece estar destinado a bajar la ansiedad o estar asociado a pensamientos recurrentes. Utilizando este criterio, Leyfer y col.4 hallaron que 37% de su muestra cumplía los criterios para TOC. En un estudio diferente realizado por Simonoff y col.,⁷ la herramienta de evaluación no permitía a los cuidadores hacer esta inferencia y la prevalencia de TOC fue estimada en 8,2%.

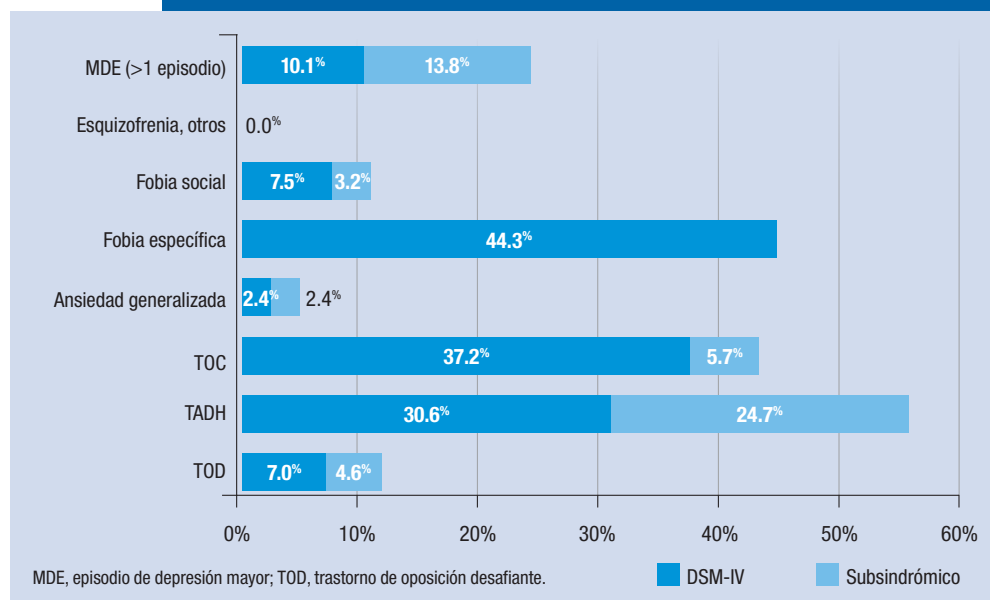
• **ANSIEDAD SOCIAL.** El diagnóstico de ansiedad social en TEA requiere que una persona con TEA evite la interacción social debido al temor de un posible resultado negativo antes que simplemente a una falta de interés en la dicha interacción, que es una característica nuclear común en el TEA. En jóvenes más grandes con mayor funcionamiento la ansiedad social puede desarrollarse a medida que aumenta su conciencia de diferencia con sus pares.

Trastorno de déficit de atención con hiperactividad

El TDAH es una enfermedad comúnmente concurrente con el TEA y, en consecuencia, el DSM-5 ya no prohíbe el diagnóstico de TDAH con TEA. El diagnóstico de TDAH concurrente puede ser difícil porque ambas enfermedades tienen en común los síntomas de falta de atención, problemas de funcionamiento ejecutivo y déficit socio-cognitivo. Es importante distinguir las características de falta de atención e impulsividad que pueden ser inherentes a TEA, como la facilidad de distracción relacionada con un interés especial, comportamientos de búsqueda sensorial o problemas de procesamiento, de aquellas que justifican un diagnóstico adicional de TDAH en niños con TEA. El subtipo hiperactivo-impulsivo del TDAH también se puede manifestar en personas con TEA y se evalúa mejor en el contexto de la edad evolutiva del joven, su nivel de actividad esperada y demandas ambientales.

GRÁFICO

Prevalencia de trastornos psiquiátricos en toda la vida de niños con autismo²



Depresión

El diagnóstico de depresión en jóvenes neurotípicos generalmente se basa en el reporte propio de síntomas del estado de ánimo tales como sentimientos de tristeza, desesperanza o falta de autoestima. Describir estos estados internos puede ser difícil para las personas con TEA, particularmente en aquellos con habilidades verbales disminuidas.

Magnuson y Constantino⁸ desarrollaron un marco para evaluar la depresión en TEA. Para las personas con capacidad verbal limitada o dificultad para verbalizar sus sentimientos, se observaron comportamiento auto-agresivo aumentado, disminución del auto-cuidado, estados de ánimo lábiles, menor interés en los intereses especiales, y regresión de las habilidades asociadas con la depresión. En los jóvenes con TEA con habilidad verbal, los factores de riesgo de depresión son la conciencia de los síntomas de TEA y su impacto sobre el funcionamiento, conciencia de las burlas o de ser diferente de sus pares, el rechazo social y la baja autoeficacia.

Psicosis

Si bien no es común la comorbilidad del autismo y la psicosis, algunos síntomas de superponen y pueden plantear cuestiones diagnósticas. Los déficits de lenguaje pragmático en TEA pueden incluir cambios de tema repentinos, omisión de contexto, y comentarios tangenciales, que pueden contribuir a lo que parece ser una calidad de desorganización del lenguaje y los procesos de pensamiento. Cuando las personas con TEA están bajo estrés pueden tener un lenguaje más desorganizado y tangencial, que es típicamente atribuible a la ansiedad, problemas con el control cognitivo, y déficits de lenguaje pragmático antes que a una psicosis subyacente.

Más aún, las personas con TEA pueden usar un lenguaje idiosincrático o frases tomadas de sus películas o canciones favoritas que parecen fuera de contexto a quien las escucha y, por lo tanto, pueden sonar desorganizadas o delirantes. Las convicciones fuertes y las ideas sobrevaloradas

acerca de sus intereses especiales también pueden parecer delirantes. Las dificultades con la teoría mental y para comprender las intenciones de los demás puede llevar a desconfianza y paranoia, pero se entienden mejor como los efectos subsecuentes de los déficits centrales del TEA, antes que como psicosis concurrente.

Actualmente no existen mediciones validadas para evaluar psicosis en TEA. Realizar una anamnesis evolutiva detallada es clave para distinguir características de estas dos enfermedades. Cuando la psicosis aparece en el TEA, el comienzo de los síntomas psicóticos se da generalmente en la adolescencia o tempranamente en la edad adulta y está asociada con un cambio en el funcionamiento de base. Síntomas tales como afecto restringido, comportamientos repetitivos, tendencia a un lenguaje desorganizado bajo estrés, hablar solo o tener pensamientos mágicos, que han sido crónicos y han estado presentes desde muy temprana edad, más probablemente estarán asociados con TEA que con psicosis.

Cuando los intereses restringidos de base se tornan más mórbidos, ilógicos y se mantienen con mayor convicción ante pruebas de pérdida de realidad, ello puede ser más consistente con un contenido de pensamiento delirante, que podría justificar un diagnóstico de psicosis agregado. Larson y col.⁹ encontraron que cuando la psicosis era concurrente con TEA, los signos y síntomas de psicosis tendían a ser más transitorios y de más corta duración. En consecuencia, los investigadores notaron que tiende a haber una mayor prevalencia de diagnósticos de trastorno psicótico NOS (del DSM IV) en comparación con diagnósticos de esquizofrenia, en parte porque no se cumple el criterio requerido de duración los síntomas.

Catatonía

Las personas con TEA pueden desarrollar síntomas de catatonía, generalmente con una edad de comienzo en la adolescencia.¹⁰ La presencia de catatonía en autismo es rara, pero es importante reconocerla dado el beneficio de un

TABLA 1

Herramientas de evaluación específicas para trastornos psiquiátricos concurrentes con TEA

• Escala Yale-Brown para el Trastorno Obsesivo-Compulsivo para niños (CYBOCS) – PDD • Entrevista para Conductas Repetitivas • Cuestionario para Conductas Repetitivas • Escala de ansiedad calificada por los padres para Jóvenes con Trastorno del Espectro Autista (PRAS-ASD)	• TEA – Escala de Comorbilidad para Adultos (ASD-CA) • Escala de Ansiedad para Niños con TEA (ASC-ASD) • Anexo de la Entrevista de Trastornos de Ansiedad con Adenda para el Espectro Autista (ADIS-ASA)
--	--

tratamiento precoz y el riesgo de complicaciones con riesgo de vida en casos graves. El diagnóstico de catatonia en TEA puede ser difícil porque en ambas enfermedades aparecen ecolalia, mutismo, y movimientos estereotipados. El comienzo de los síntomas de catatonia en TEA puede ser gradual y en sus etapas tempranas se puede presentar con regresión en las habilidades de auto-cuidado, reducción del habla, y dificultades para iniciar tareas. Un nuevo comienzo de los problemas de movimiento, tal como quedar trabado en medio de una acción, dificultad de iniciar un movimiento, inmovilidad, aumento de comportamientos repetitivos, dificultad para cruzar un umbral, y mantenimiento de posturas son todos signos que deben causar sospecha de catatonia. Los comportamientos repetitivos, tales como movimientos estereotipados y ecolalia no deben contarse para un diagnóstico separado de catatonia si son consistentes con los síntomas de la línea de base de una persona con TEA.

Consideraciones de tratamiento

El tratamiento de las enfermedades psiquiátricas concurrentes con TEA justifica un enfoque multimodal con aportes de la formación de los cuidadores (análisis conductual aplicado); psicoterapia; farmacológico; sensorial; intervenciones sobre el habla y el lenguaje; y otras disciplinas, dependiendo de los antecedentes y la presentación de la persona. Aunque la revisión de todas estas modalidades está más allá del alcance de este trabajo, a continuación, se brindan algunas de las evidencias y recursos para CBT y farmacoterapia para comorbilidades psiquiátricas en TEA.

Terapia cognitivo-conductual. Se ha demostrado que la CBT reduce la ansiedad en niños con TEA y trastornos de ansiedad. Se han introducido modificaciones efectivas a la CBT tradicional para los jóvenes con TEA tales como mayor involucramiento parental para promover la generalización, incorporación de ayudas visuales, hacer las sesiones altamente estructuradas y predecibles, mayor práctica de las habilidades y enseñanza explícita de habilidades sociales como parte de la terapia.^{11,12} El uso de los intereses restringidos del niño puede hacer a la terapia más prominente, ayudar a explicar conceptos terapéuticos, crear metáforas concretas y reforzar la participación. Los programas de CBT específicos de TEA para ansiedad incluyen Intervención Multimodal de Ansiedad y Habilidades Sociales (MASSI),

Enfrenta Tus Temores, e Intervenciones Conductuales para Ansiedad en Niños con Autismo (BIACA). También se ha encontrado que reducen la ansiedad los programas dirigidos al funcionamiento ejecutivo, el *mindfulness* y la regulación de las emociones.

• **INTERVENCIONES FARMACOLÓGICAS.** En la actualidad no existe medicación para los síntomas nucleares de TEA. Las intervenciones farmacológicas para las enfermedades psiquiátricas concurrentes pueden ayudar a aliviar los síntomas asociados y permitir un mayor compromiso de la persona con los tratamientos educativos y psicosociales. Los objetivos de la medicación pueden comprender, entre varios otros, ansiedad, impulsividad, hiperactividad, problemas de sueño, inestabilidad del estado de ánimo, depresión, agresión y comportamientos autoagresivos. El Parámetro de Práctica para TEA de la Academia Americana de Psiquiatría Infantil y Adolescente (AACAP)¹³ ofrece un resumen de pruebas aleatorias controladas de medicamentos para tratar enfermedades psiquiátricas concurrentes en TEA; la AACAP¹⁴ trae un panorama de los enfoques de medicación por área de síntomas y pautas para la discusión entre padres y prestadores de salud. Ambos pueden obtenerse en forma gratuita descargándolos de www.aacap.org.

Dr Siegel es Vicepresidente de Asuntos Médicos, Servicio de Trastornos Evolutivos, Maine Behavioral Healthcare, Portland, ME; también es Profesor Asociado de Psiquiatría y Pediatría de la Escuela de Medicina de la Universidad de Tufts, Boston, MA.

Dra. Collins es Psiquiatra de Niños y Adolescentes, Programa de Trastornos Evolutivos, Hospital Sprint Harbor, Centro para el Autismo y Trastornos del Desarrollo, Maine Behavioral Healthcare. Los autores informan no tener ningún conflicto de interés respecto del tema de este trabajo.

TABLA 2

Síntomas de TEA que se superponen con síntomas de otras enfermedades

Síntomas de TEA	Síntomas de otras enfermedades
• Lenguaje idiosincrático • Frases fuera de contexto • Falta de motivación social • Conductas repetitivas • Intereses restringidos	• Delirio • Pensamientos desorganizados de la psicosis • Ansiedad social • Compulsiones • Obsesiones

Referencias

1. Baio J, Wiggins L, Christensen DL, et al. Prevalence of autism spectrum disorder among children aged 8 years: Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network, 11 Sites, United States, 2014. *MMWR Surveill Summ.* 2018;67:1-23.
2. Cai R, Richdale A, Dissanayake C, Uljarevic, M. Brief report: inter-relationship between emotion regulation, intolerance of uncertainty, anxiety and depression in youth with autism spectrum disorder. *J Autism Dev Disord.* 2018; 48:316-325.
3. Mazefsky C, Herrington J, Siegel M, et al. The role of emotion regulation in autism spectrum disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2013;52:679-688.
4. Leyfer O, Folstein S, Bacalman S, et al. Comorbid psychiatric disorders in children and adolescents with autism: interview development and rates of disorders. *J Autism Dev Disord.* 2006; 36: 849-861.
5. vanSteensel F, Bogels S, Perrin S. Anxiety disorders in children and adolescents with autism spectrum disorder: a meta-analysis. *Psychol Rev.* 2011;14:302-317.
6. Kerns C, Kendall P, Berry L, et al. Traditional and atypical presentations of anxiety in youth with autism spectrum disorders. *J Autism Dev Disord.* 2014;44: 2851-2861.
7. Simonoff E, Pickles A, Charman T, et al. Psychiatric disorders in children with autism spectrum disorders: prevalence, comorbidity, and associated factors in a population-derived sample. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2008; 47:921-929.
8. Magnuson K, Constantino J. Characterization of depression in children with autism spectrum disorder. *J Devel Behav Pediatr.* 2011; 32:332-340.
9. Larson F, Wagner A, Jones P, et al. Psychosis in autism: comparison of the features of both conditions in a dually affected cohort. *Br J Psychiatry.* 2017;210:269-275.
10. Wing L, Shaw A. Catatonia in autism spectrum disorder. *Br J Psychiatry.* 2000;176:357-362.
11. Johnco C, Storch E. Anxiety in youth with autism spectrum disorder: implications for treatment. *Expert Rev Neurother.* 2015;15:1343-1352.
12. White S, Oswald D, Ollendick T, Scahill L. Anxiety in children and adolescents with autism spectrum disorder. *Clin Psychol Rev.* 2009; 29: 216-229.
13. Volkmar F, Siegel M, Woodbury-Smith M, et al. Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with autism spectrum disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2014;53:237-257.
14. American Academy of Child and Adolescent Psychiatry: Autism Parents' Medication Guide Work Group. *Autism Spectrum Disorder: Parents' Medication Guide.* 2016.