

La comorbilidad es un concepto médico, utilizado para indicar la existencia de dos o más trastornos, que ocurren en la misma persona.

Autismo y comorbilidad (1)

Joan Cruells i Pagès.
Médico. Máster en Psiquiatría Social.
Experto en el diagnóstico e intervención del autismo.
Director general de la red de servicios de autismo la garriga.

La comorbilidad es un concepto médico, utilizado para indicar la existencia de dos o más trastornos, que ocurren en la misma persona. Entre dichos trastornos se puede evidenciar una interacción entre ellos, que puede empeorar la evolución de ambos.

El Trastorno del Espectro Autista (TEA) engloba un grupo heterogéneo de síntomas, que tienen en común la afectación de la comunicación y de la interacción social, junto a la presencia de patrones de conducta, restringidos y repetitivos.

El TEA es una condición que perdura a lo largo de todo el ciclo vital de la persona. Su detección precoz, permite iniciar un programa de intervención que optimizará su pronóstico y su capacidad de adaptación funcional al entorno.

Según el DSM-5, aproximadamente el 70% de las personas diagnosticadas de TEA, puede tener un trastorno mental comórbido y el 40% pueden tener dos o más trastornos mentales comórbidos.

La discapacidad intelectual, la epilepsia, el TDAH, el insomnio, los trastornos afectivos y la ansiedad, son los que con mayor frecuencia, se asocian al TEA.

TEA y trastornos afectivos

Los trastornos afectivos, engloban entre otras entidades, a la Depresión Mayor y el Trastorno Bipolar.

Depresión Mayor

Se manifiesta a través de un conjunto de signos y síntomas, que cursan de forma episódica y recurrente, y se caracteriza por la presencia de un estado de ánimo triste, vacío o irritable, que se acompañan de cambios somáticos y cognitivos que limitan significativamente la capacidad funcional del individuo.

El diagnóstico de un trastorno depresivo, se basa en la observación y la entrevista clínica del sujeto, ya que en la actualidad, aún no disponemos de técnicas de laboratorio ni pruebas de neuroimagen, para su detección.

El conjunto de síntomas y signos, que nos indican la presencia de un episodio depresivo son:

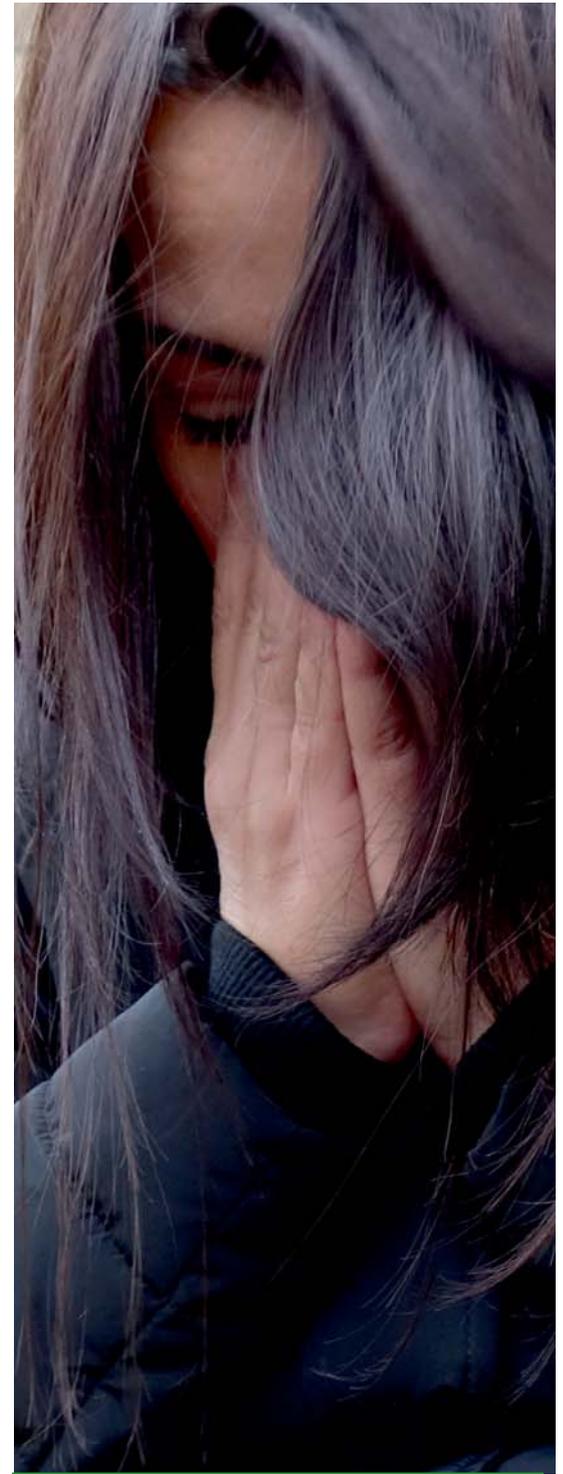
- Estado de ánimo deprimido: sensación de tristeza la mayor parte del día y casi todos los días.
- Marcada pérdida de interés y de ilusión por las cosas.
- Disminución significativa de la capacidad de experimentar sensaciones placenteras, ante estímulos agradables.
- Evitación del contacto social.
- Disminución del grado de comunicación: la persona habla menos, en comparación con su estilo comunicativo habitual.
- Agitación psicomotora o enlentecimiento (observable por otras personas)
- Pérdida de concentración (dificultad para poder leer...)
- Abulia o dificultad para desarrollar las tareas diarias.
- Sentimientos de inutilidad y de culpa.
- Sensación de soledad y de incompreensión.
- Astenia y sensación de malestar por las mañanas, con una clara mejoría a partir de la tarde-noche.
- Pérdida de hambre y de peso.
- Dificultad para conciliar el sueño, sueño interrumpido o despertar precoz.
- Sensación de desesperanza.
- Ideación autolítica: pensamientos recurrentes de muerte.

La depresión mayor, es un trastorno que favorece la morbilidad, entendiéndolo este concepto como la aparición o agravamiento de otras dolencias que conviven en la persona. Como también provoca un incremento de la mortalidad, a través del suicidio.

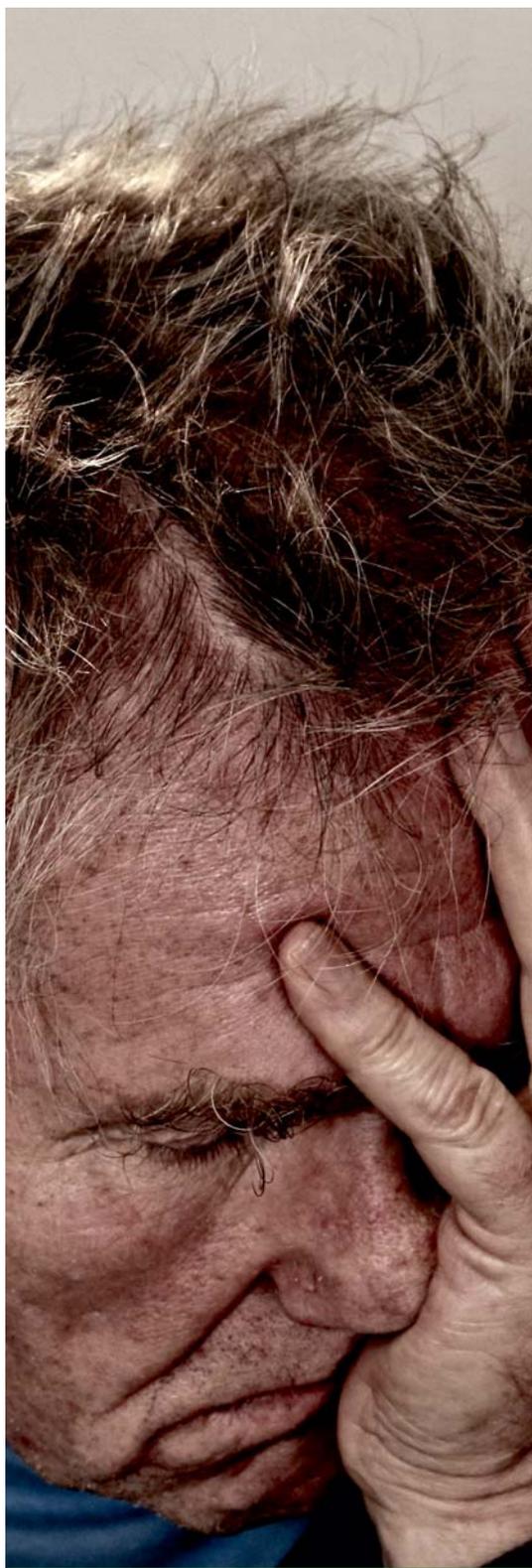
Cuando la persona presenta más de cinco síntomas, entre los cuales están incluidos los tres primeros, con una evolución superior a dos semanas, es necesaria la valoración médica para su diagnóstico y tratamiento.

La detección de un trastorno depresivo en las persona con TEA, discapacidad intelectual severa y no verbal, es compleja. En estos casos la sospecha diagnóstica se basa en la observación de una serie de cambios, que afectan a la esfera emocional y conductual del sujeto y que se diferencian significativamente de su forma de ser habitual.

Se puede observar un incremento de la irritabilidad, aumento o aparición de conductas disruptivas, apatía, disminución de la capacidad de disfrutar ante estímulos agradables, pérdida del hambre adelgazamiento y alteración del sueño.



El diagnóstico de un trastorno depresivo, se basa en la observación y la entrevista clínica del sujeto, ya que en la actualidad, aún no disponemos de técnicas de laboratorio ni pruebas de neuroimagen, para su detección.



La lógica preocupación de los familiares de la persona deprimida, favorece un incremento del nivel de ansiedad familiar.

El sujeto deprimido y su familia

La lógica preocupación de los familiares de la persona deprimida, favorece un incremento del nivel de ansiedad familiar. Con frecuencia la familia se siente desorientada y se cuestiona como deben actuar para favorecer la recuperación del sujeto.

Sabemos que las indicaciones de que *"lo que deberías hacer es esforzarte y poner de tu parte"* o *"deberías salir con tus amigos, distraerte y divertirte"* no funcionan. Es más, son contraproducentes.

El sujeto se siente incapaz de seguir las recomendaciones que con buena intención, le repiten sus familiares y amigos. Ya le gustaría poder salir, trabajar, divertirse... pero no puede. Y ante este tipo de sugerencias, se siente aún más solo e incomprendido. Probablemente con sensación de culpa al ver a sus familiares preocupados por él.

La actitud de la familia más aconsejable es la que conocemos como **acompañamiento solidario**, donde la persona percibe el soporte familiar, sintiéndose acompañado, apoyado y comprendido.

Prevalencia

No disponemos de datos epidemiológicos sobre la prevalencia de depresión mayor en personas con TEA. Aunque lo que percibimos en la práctica clínica diaria, es que la persona con TEA presenta una mayor probabilidad de presentar episodios depresivos, en comparación con la población general.

Según el DSM, la prevalencia del trastorno depresivo mayor en la población de Estados Unidos, es del 7%, con notables diferencias entre los grupos de edad, de modo que entre los 18 y los 29 años la prevalencia es 3 veces mayor que entre los mayores de 60 años. Las mujeres presentan una tasa entre 1'5-3 veces mayor que los hombres.

Trastorno Bipolar

Es una entidad compleja, que se caracteriza por la existencia de periodos donde el estado de ánimo está excesivamente elevado o expansivo, el pensamiento y el lenguaje acelerado, la conducta desinhibida, impulsiva y atrevida, pudiéndose observar un cambio notorio y significativo de su comportamiento, en comparación con el patrón y estilo habitual del sujeto.

Actualmente a este periodo, lo conocemos como **episodio maniaco o hipomaniaco**, en función de su gravedad y duración.

El concepto de la palabra manía, procede de la antigua nomenclatura, descrita en el siglo XIX descrita como psicosis maniaco-depresiva. Durante dicho episodio la persona experimenta sentimientos de grandeza, disminución de la necesidad de dormir, implicación excesiva en conductas de riesgo, sin cálculo de consecuencias: compras desenfundadas, indiscreciones sexuales, inversiones imprudentes de dinero... que acostumbran a tener consecuencias dolorosas tanto para el sujeto como para su familia.

En algunos casos, durante este periodo expansivo, aparece sintomatología psicótica asociada: ideas delirantes, síntomas autoreferenciales, etc...

Así como la persona con depresión, acostumbra a ser comprendida por su familia, ya que suele empatizar y solidarizarse con su malestar, en el caso de la persona que presenta un episodio maniaco, a la familia le resulta difícil comprender y asumir sus cambios de conducta, con frecuencia soberbios y caóticos. El episodio maniaco provoca un importante deterioro de las relaciones de la persona con su entorno familiar, social y laboral.

En la mayoría de los casos, la persona con trastorno bipolar, presenta mayor número de episodios y con mayor prolongación en el tiempo de fases depresivas, en comparación con la temporalidad de los episodios maniformes.

En el sujeto con TEA y discapacidad intelectual, obviamente la detección y diagnóstico del trastorno bipolar es más compleja. Podemos observar periodos donde aparecen cambios significativos como aumento de la energía y de la expresividad facial, hiperactividad motora, reducción de las horas de sueño, aumento de la impulsividad y de las conductas disruptivas e inadecuadas o risas frecuentes e inmotivadas.

Prevalencia

La prevalencia en la población general es de alrededor del 1%, con un discreto aumento de probabilidades en los hombres en comparación con las mujeres.

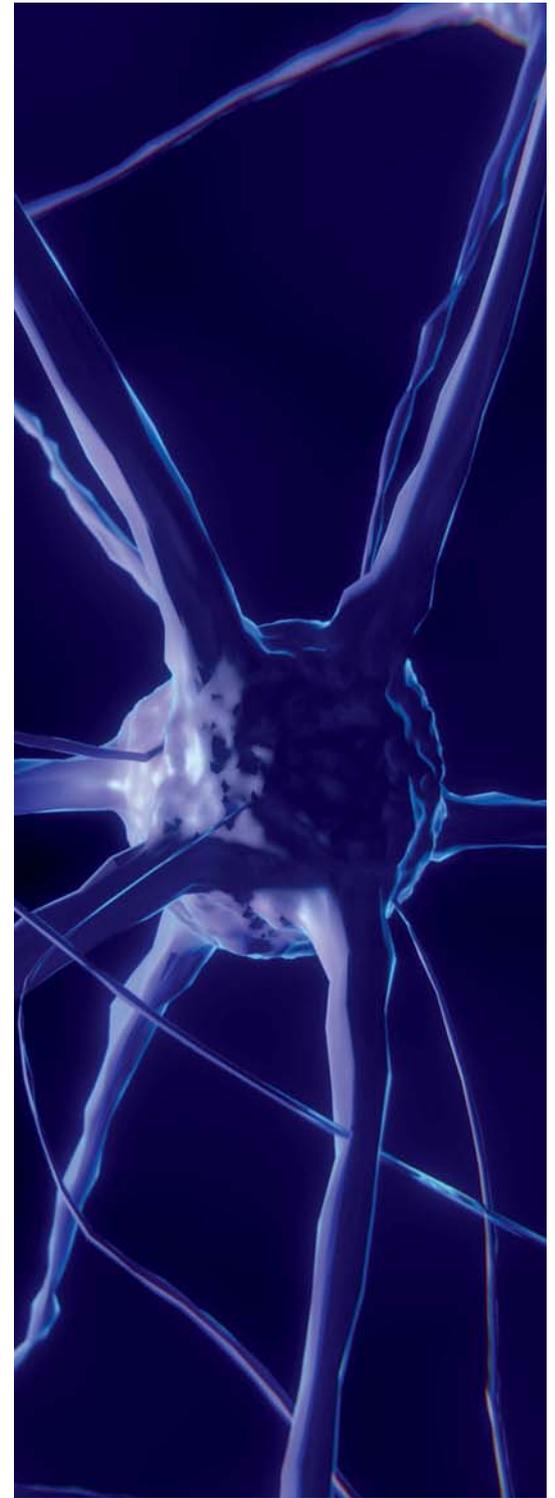
Aunque no existen estudios epidemiológicos sobre la prevalencia entre TEA y T. Bipolar, la información obtenida a partir de la práctica clínica diaria, nos inclina a pensar que probablemente exista una interrelación entre ambas entidades.

Tratamiento

El tratamiento para las personas con TEA, sin discapacidad intelectual (DI), es recomendable incidir en los siguientes aspectos:

- Psicoeducativo: Durante la aparición del primer episodio, la persona suele desconocer la naturaleza de su malestar, por lo que no acostumbra a acudir con la celeridad recomendable, a los servicios médicos especializados. En los posteriores episodios, el reconocimiento e identificación de sus síntomas, y muy especialmente en el caso de los episodios maniformes, favorece una atención médica más rápida y eficaz.
- Psicoterapia cognitiva: En la entrevista clínica, cuando se establece una relación de confianza entre el terapeuta y el paciente, y este se siente comprendido y acompañado, ya es de por sí, una eficaz herramienta terapéutica. Las técnicas de reestructuración cognitiva, junto a las de resolución de problemas, son de gran ayuda.
- Tratamiento farmacológico: En los trastornos afectivos, como entidades de origen psico-bio-social, la farmacopea antidepresiva ocupa un lugar predominante, en el tratamiento del componente biológico, implicado en la aparición y evolución de dichos trastornos.

En las personas con TEA y DI de severa intensidad, la terapia conductual, el acompañamiento solidario y el tratamiento farmacológico específico, van a ser las herramientas terapéuticas que actualmente disponemos.



El episodio maniaco provoca un importante deterioro de las relaciones de la persona con su entorno familiar, social y laboral.

Entitats col·laboradores:



apafac
associació
de pares de fills
amb autisme de catalunya



asepac
associació
pro persones amb
autisme de catalunya



cerac
associació
centre especialitzat de
rehabilitació de persones
amb autisme de catalunya



congost autisme
fundació