

C. Nieto 

Departamento de Psicología Básica. Facultad de Psicología.  
Universidad Autónoma de Madrid-Spain. Asesora Técnica de la  
Asociación de Padres de Personas con Autismo-APNA.

Correo electrónico: [carmen.nieto@uam.es](mailto:carmen.nieto@uam.es)

---

*Trastornos del espectro del autismo y  
condiciones psiquiátricas co-ocurrentes*

*Autism spectrum disorders and co-occurring  
psychiatric conditions*

Estimada directora,  
Los Trastornos de Espectro del Autismo (TEA) son trastornos del neurodesarrollo caracterizados por dificultades socio-comunicativas y conductas restrictivas y repetitivas. La población con TEA es extremadamente heterogénea, en torno al 50% presenta Discapacidad Intelectual (DI) asociada; aproximadamente el 40% no adquiere lenguaje. La prevalencia estimada es de al menos el 1% llegando en estudios recientes a tasas de 1 de cada 54 niños (1).

La co-ocurrencia de TEA y trastornos psiquiátricos está claramente detectada (2,3). En una reciente revisión paraguas, informan de la alta prevalencia de ansiedad, depresión, trastornos del estado de ánimo, bipolaridad, espectro de la esquizofrenia, suicidio, trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) y trastornos destructivos, del control de los impulsos y de la conducta (3). Pueden darse a lo largo de todo el ciclo vital y se estima que cerca del 70% de las personas con TEA presentan o presentarán al menos un trastorno psiquiátrico comórbido (3). Afortunadamente, hay un crecimiento exponencial de investigaciones vinculadas a la salud mental de las personas con TEA, pero se detectan claros sesgos hacia el estudio de varones, con lenguaje y sin DI asociada. Aun así, ya se han identificado diferencias de sexo (3,4). (p.ej. ratios mayores de depresión y suicidio en mujeres); y altas prevalencias de condiciones psiquiátricas en personas con TEA y DI asociada (5). Es necesario trabajar para esclarecer la relación entre TEA y esa alta co-ocurrencia psiquiátrica (6). ¿Estamos ante una co-morbilidad real? ¿Son procesos específicos del TEA los que llevan a esas manifestaciones

sintomáticas? o ¿es posible que sean altos niveles de factores transdiagnósticos asociados al TEA los que están generando esa alta co-ocurrencia? (7).

#### **Buscando explicación a la co-ocurrencia**

Las personas con TEA están en mayor riesgo de sufrir no solo problemas de salud mental sino también de salud física (5). El riesgo de autismo es mayor si los progenitores presentan esquizofrenia o trastorno bipolar (8). Esto podría llevarnos a argumentar en favor de una vulnerabilidad biológica. Por otro lado, las características de funcionamiento cognitivo del TEA (dificultades mentalistas, de comunicación, atipicidad sensorial...) podrían estar exponiéndoles a mayores niveles de estrés y malestar, lo que a su vez podría incrementar el riesgo de presentar un trastorno psiquiátrico; o quizá las características del TEA están dando lugar a configuraciones de patrones conductuales similares a trastornos psiquiátricos pero secundarios (7). Quizá las estrategias de afrontamiento que ponen en marcha las personas con TEA sean inadecuadas e incrementen la vulnerabilidad a esa co-ocurrencia (p.e. *camuflaje*) (9). También podemos buscar factores fuera de la explicación biológica y de las características del autismo. Los factores de protección y vulnerabilidad que afectan a la población general es probable que también tengan su efecto en esta población (experiencias de vida -*bullying* y autoconcepto negativo (10), padres con elevados niveles de estrés, ansiedad y/o depresión, redes sociales pobres...). Por último, podríamos manejar la hipótesis metodológica. ¿Quizá medimos mal? ¿Las herramientas de evaluación disponibles nos llevan a

un sobrediagnóstico de trastornos psiquiátricos comórbidos? ¿Sería aún posible un infradiagnóstico?

### Abordaje actual

Esta población plantea grandes retos tanto en detección y diagnóstico como en intervención. En primer lugar, parte de las características cognitivas del TEA son las dificultades para identificar e informar de su estado. En segundo lugar, la heterogeneidad de los síntomas a través de los diferentes niveles de funcionamiento es aún poco conocida (6). Tercero, escasez de herramientas de evaluación adaptadas a esta población. Cuarto, merece la pena revisar el modo en el que los profesionales se enfrentan al reto de la atención sanitaria a estas personas. Un paciente con autismo parece que tiene riesgo de que la etiqueta TEA *eclipse* (3,6) el resto de sintomatología. Quinto, los mismos protocolos de atención que se aplican serían ya una barrera para una adecuada identificación del problema (p.ej. tiempos de evaluación insuficientes). En relación con la intervención, son frecuentes los tratamientos farmacológicos, aunque la investigación sobre su uso es en aún limitada (6). Igualmente, escasa es la investigación sobre intervenciones psicológicas (6).

### A modo de síntesis

Tenemos ante nosotros diferentes e importantes desafíos (2-3,6-7):

**a) Investigación.** Es necesario investigar los mecanismos y trayectorias que conducen a esta co-ocurrencia introduciendo el estudio tanto de factores biológicos como experienciales. *Desenredar*<sup>3</sup> el desarrollo temporal de las condiciones psiquiátricas y el TEA. Estudiar no solo la aparición, sino también la evolución de las diferentes condiciones psiquiátricas. Parte importante de los retos de investigación es lograr adaptar o desarrollar nuevas herramientas de evaluación para esta población. Marcar como objetivo esclarecer la variabilidad fenotípica de los síntomas de las diferentes condiciones psiquiátricas a través de los diferentes niveles de severidad. Introducir la variable género como variable de estudio.

- b) Atención sanitaria.** Los protocolos de atención a personas con TEA deben ser revisados garantizando que hacen posible una evaluación adecuada (p.ej. personalizada, holística y multidisciplinar). Pero también tenemos una tarea pendiente en relación con la formación específica que se está proporcionando a los futuros profesionales de la salud.
- c) Transformación social.** Como sociedad se debe reflexionar sobre las experiencias de vida que van acumulando las personas con TEA. Los factores de riesgo a los que están tan altamente expuestos. La sociedad actual parece estar llevando, por ejemplo, a camuflar el autismo con consecuencias en el autoconcepto. Las oportunidades de hábitos de vida saludable están seriamente amenazadas, especialmente en personas con mayor severidad del trastorno, empeorando, además, a medida que avanza la edad. En el futuro está también la adecuada implementación de medidas preventivas y de promoción de la salud mental.

### REFERENCIAS

1. Maenner MJ, Shaw KA, Baio J, Washington A, Patrick M, DiRiezo M, Christensen DL, Christensen D, Wiggins LD, Pettygrove S, Andrews JG, Lopez M, Hudson A, Baroud T, Schwenk Y, White T, Robinson Rosenberg C, Lee L, Harrington RA, Huston M, Hewitt A, Esler A, Hall-Lande J, Poynter JN, Hallas-Muchow L, Constantino JN, Fitzgerald RT, Zahorodny W, Shenouda J, Daniels JL, Warren Z, Vehorn A, Salinas A, Durkin MS, Dietz, PM. Prevalence of autism spectrum disorder among children aged 8 years—autism and developmental disabilities monitoring network, 11 sites, United States, 2016. *MMWR Surveill Summ.* 2020;69(4): 1-12. <https://doi.org/10.15585/mmwr.ss6904a1>
2. Hossain MM, Khan N, Sultana A, Ma P, McKyer ELJ., Ahmed HU, Purohit N. Prevalence of comorbid psychiatric disorders among people with autism spectrum disorder: An umbrella review of systematic reviews and meta-analyses. *Psychiatry Res.* 2020;287: 112922. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.112922>

3. Lai MC, Kassee C, Besney R, Bonato S, Hull L, Mandy W, Szatmari P, Ameis SH. Prevalence of co-occurring mental health diagnoses in the autism population: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Psychiatry*. 2019;6(10): 819-829. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(19\)30289-5](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(19)30289-5)
4. Hirvikoski T, Boman M, Chen Q, D'Onofrio BM, Mittendorfer-Rutz E, Lichtenstein P, et al. Individual risk and familial liability for suicide attempt and suicide in autism: A population-based study. *Psychol Med*. 2020; 50(9): 1463-1474. <https://doi.org/10.1017/S0033291719001405>
5. Bishop-Fitzpatrick L, Rubenstein E. The physical and mental health of middle aged and older adults on the autism spectrum and the impact of intellectual disability. *Res Autism Spectr Disord*. 2019;63: 34-41. <https://doi.org/10.1016/j.rasd.2019.01.001>
6. Rosen TE, Mazefsky CA, Vasa RA, Lerner MD. Co-occurring psychiatric conditions in autism spectrum disorder. *Int Rev Psychiatry* 2018;30(1): 40-61. <https://doi.org/10.1080/09540261.2018.1450229>
7. Rodriguez-Seijas C, Gadow KD, Rosen TE, Kim H, Lerner MD, Eaton NR. A transdiagnostic model of psychiatric symptom co-occurrence and autism spectrum disorder. *Autism Research*. 2020;13(4): 579-590. <https://doi.org/10.1002/aur.2228>
8. Sullivan PF, Magnusson C, Reichenberg A, Boman M, Dalman C, Davidson M, et al. Family history of schizophrenia and bipolar disorder as risk factors for autism. *Arch Gen Psychiatry*. 2012;69(11): 1099-1103. <https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2012.730>
9. Bernardin CJ, Mason E, Lewis T, Kanne S. You Must Become a Chameleon to Survive: Adolescent Experiences of Camouflaging. *J Autism Dev Disord*. 2021; 51: 1-14. <https://doi.org/10.1007/s10803-021-04912-1>
10. Van Roekel E, Scholte RHJ, Didden R. Bullying among adolescents with autism spectrum disorders: Prevalence and perception. *J Autism Dev Disord*. 2010;40: 63-73, <https://doi.org/10.1007/s10803-009-0832-2>