

Comorbilidad psiquiátrica y funciones ejecutivas en población con trastorno del espectro autista

Psychiatric Comorbidity and Executive Functions in Population with Autism Spectrum Disorder

Jessica Valeria Sánchez López

Universidad de Manizales, Colombia

jsanchez@umanizales.edu.co

<https://orcid.org/0000-0002-5699-1304>

Resumen

Introducción. Se evaluaron funciones ejecutivas y su relación con la comorbilidad psiquiátrica en una muestra de 8 niños y adolescentes con edades entre 6 y 18 años, pertenecientes al Instituto DINA de la ciudad de Manizales. **Objetivo.** Establecer la relación entre el funcionamiento ejecutivo y la comorbilidad psiquiátrica en población de 6 a 18 años con TEA. **Método.** Población de 20 participantes diagnosticados con Síndrome de Asperger; muestra de 8 participantes, con y sin comorbilidad psiquiátrica. Se aplicó adaptación abreviada del WISC IV y subprueba de clasificación de tarjetas de Wisconsin de la ENI; el análisis de resultados fue dado por software de procesamiento estadístico SPSS versión 23. **Resultados.** El 50% de la muestra evidenció comorbilidad psiquiátrica; el desempeño ejecutivo se observó diversificado. Los sujetos con TEA sin comorbilidad psiquiátrica fueron quienes obtuvieron mayor puntuación en su desempeño ejecutivo. **Conclusión.** Se determinó comorbilidad psiquiátrica en la mitad de la muestra; los perfiles de funcionamiento ejecutivo muestran desempeño diversificado, no obstante, con mayores puntuaciones en población con TEA sin comorbilidad psiquiátrica.

Palabras claves: Comorbilidad, Trastorno del Espectro Autista (TEA), Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH), Trastornos del Afecto, Metodología

Abstract

Introduction. Executive functions and their relationship with psychiatric comorbidity were evaluated in a sample of 8 children and adolescents aged between 6 and 18 years, who belong to the DINA Institute in the city of Manizales. Objective. To establish the relationship between executive functioning and psychiatric comorbidity in a population aged 6 to 18 years with

Autism Spectrum Disorder (ASD). Method. A population of 20 participants diagnosed with Asperger's Syndrome was studied; the sample included 8 participants, with and without psychiatric comorbidity. An abbreviated adaptation of the WISC IV and the Wisconsin Card Sorting subtest of the ENI were applied; the analysis of the results was provided by SPSS statistical processing software version 23. Results. 50% of the sample showed psychiatric comorbidity; diversified executive performance was observed. Subjects with ASD without psychiatric comorbidity were those who obtained higher scores in executive performance. Conclusion. Psychiatric comorbidity was determined in half of the sample; profiles of executive functioning show diversified performance, however, with higher scores in the population with ASD without psychiatric comorbidity.

Keywords: ADHD (Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder), Affective Disorders, Autism Spectrum Disorder (ASD), Comorbidity, Methodology

Introducción

El Trastorno del Espectro Autista (TEA) es una alteración del neurodesarrollo, según la Asociación Americana de Psiquiatría¹, definida por perturbaciones en la comunicación e interacción social y presencia de patrones restrictivos y repetitivos del comportamiento relacionados con las alteraciones biológicas, cognitivas, sociales, comunicativas y comportamentales.

De acuerdo con el Departamento Nacional de Planeación², las alteraciones del TEA se observan específicamente en la reciprocidad emocional, deficiencias en las conductas comunicativas no verbales con influencia en el lenguaje verbal y receptivo; anomalías en sus capacidades para el juego imaginativo, con limitaciones para establecer y mantener relaciones interpersonales; movimientos repetitivos o estereotipados, patrones ritualizados de comportamiento, inflexibilidad en sus rutinas, intereses restringidos, fallas sensoriomotoras y perceptivomotoras.

Estas manifestaciones representan un deterioro clínicamente significativo, limitando las capacidades de interacción y de adaptación, problemática que se extiende a los diferentes ámbitos de atención de los niños con TEA, según datos de prevalencia con incidencia progresiva, en un incremento del 23% desde el año 2006³, y en consecuencia demanda de procesos de investigación respecto al estudio de los componentes biológicos, psicológicos y sociales que le determinan.

Al respecto, las alteraciones en el desarrollo comprometen el funcionamiento biopsicosocial del niño o la niña con TEA⁴, asociándose a la dimensión cognitiva, déficit en las funciones ejecutivas, las cuales fueron

¹ APA, 2014

² DNP, 2015

³ Hervás et al., Los trastornos del espectro autista

⁴ Sanz López et al., Inventario de Desarrollo Battelle como instrumento de ayuda diagnóstica en el autismo

descritas por Paula-Pérez & Martos-Pérez⁵ como alteraciones interferentes en procesos mentales facilitadores de la resolución de problemas emergentes de la interacción social y de las representaciones mentales de actividades, procesos comunicativos y motivacionales de personas con TEA; involucrando funciones mentales superiores ligadas a la capacidad para la toma de decisiones, resolución de problemas, regulación emocional e inhibición de respuestas, generalización de aprendizajes y promoción de conductas adaptativas.

De este modo, los abordajes investigativos han evidenciado déficits en las funciones ejecutivas; así mismo, han develado posturas controversiales sobre su definición en torno a la afectación incidente en esta población y sobre la posible vinculación de dichas funciones con otros trastornos que se presentan asociados al TEA⁶. En consecuencia, la ausencia de consenso en torno al conocimiento sobre esta temática y ante el esclarecimiento de si las condiciones comórbidas influyen en la evolución del diagnóstico base, permite considerar que es pertinente contribuir a la comprensión del dominio de las funciones ejecutivas y su comportamiento en la población afectada.

El TEA se ha considerado un trastorno con posibilidades de coexistencia junto a trastornos psiquiátricos. Lara⁷ relaciona la ansiedad como factor comórbido al TEA, seguido de los comportamientos disruptivos. Otros estudios enfatizan de igual modo en trastornos del afecto como entidades de comorbilidad psiquiátrica⁵, relación también evidenciada por Naranjo⁸ (2014) en una muestra de 19 niños y adolescentes colombianos con TEA y comorbilidad psiquiátrica en dos terceras partes de la población estudiada, revelando predominancia de síntomas de ansiedad; afirman, además, que se tiende a subdiagnosticar por su alta comorbilidad psiquiátrica y neurológica. Esta problemática involucra la necesaria definición de los factores adscritos al desarrollo de patologías comórbidas en el curso del trastorno, teniendo en cuenta que patrones cognitivos y comportamentales pudiesen anotarse como criterios clínicos para su definición. Esto también permite hacer referencia al posible nexo entre la disfunción ejecutiva y cuadros clínicos coexistentes al de autismo, por lo que “tener una comorbilidad psiquiátrica en los pacientes con SA se correlaciona con puntuaciones más bajas en la escala de funcionamiento global”⁹; vinculando comorbilidades como el trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH), los trastornos depresivos y los trastornos por ansiedad.

En ese orden de ideas, Paula-Pérez & Martos-Pérez⁵ percibieron las conductas y lenguaje estereotipados, rigidez e inflexibilidad tanto cognitiva

⁵ Paula-Pérez y Martos-Pérez, Síndrome de Asperger y autismo de alto funcionamiento: comorbilidad con trastornos de ansiedad y del estado de ánimo

⁶ Seijas, Atención, memoria y funciones ejecutivas en los trastornos del espectro autista: ¿cuánto hemos avanzado desde Leo Kanner?

⁷ Lara, Trastorno del espectro autista su comorbilidad y estrategias de atención

⁸ Naranjo, Caracterización clínica y estado actual de los pacientes con Síndrome de Asperger de 0 a 16 años, atendidos en la Fundación Liga Central Contra la Epilepsia y el Hospital de la Misericordia de Bogotá, Colombia

⁹ Beltrán, Síndrome de Asperger: aspectos teóricos y prevalencia en dos ciudades de Colombia, 43

como comportamental, factores de invarianza ambiental, rituales y rutinas, como indicadores conductuales relacionados con las funciones ejecutivas, en un cuadro de afectación que puede conllevar al deterioro de las habilidades adaptativas de la persona con TEA; factor predisponente al diagnóstico dual con trastornos psiquiátricos, y ante los cuales son limitados los programas terapéuticos y de intervención.

Es por lo anterior, que el presente proyecto genera el siguiente planteamiento: ¿Existe relación entre el funcionamiento ejecutivo y la comorbilidad psiquiátrica en población de 6 a 18 años con Trastorno del Espectro del Autismo perteneciente al Instituto DINA y a otras instituciones de apoyo terapéutico de la ciudad de Manizales?

Cabe señalar también que, a nivel de antecedentes investigativos internacionales³ y nacionales⁹ se relaciona la existencia de múltiples estudios sobre el TEA y funciones ejecutivas, no equiparable con la producción de conocimiento relacionada con el TEA, su comorbilidad psiquiátrica y la posible asociación con las manifestaciones deficitarias en funciones ejecutivas; factor novedoso del planteamiento y ante el cual resulta pertinente contribuir en la comprensión de criterios que señalen la posible incidencia de la coexistencia de estos trastornos sobre las funciones ejecutivas, en perspectiva de identificar y reconocer la comorbilidad psiquiátrica, dado el avance que ello representaría en el funcionamiento psicosocial de los niños con TEA tanto en la precisión diagnóstica como en las intervenciones preventiva y terapéutica.

Este proyecto se deriva del macroproyecto denominado *“Análisis Multidimensional en una muestra de niños con Trastornos del Espectro Autista (TEA) y niños neurotípicos en la ciudad de Manizales”* adscrito al Grupo de Investigación en Psicología del Desarrollo de la Facultad de Ciencias Sociales y Humanas de la Universidad de Manizales (UM), en conjunto con el grupo de Investigación Neuroaprendizaje de la Universidad Autónoma de Manizales (UAM), proyectando beneficios no solo para la muestra poblacional, sino también para pares e iguales, cuidadores, padres de familia y demás actores involucrados con la atención de la población referenciada; pues de modo adicional se movilizarán nuevas perspectivas frente a los procesos de diagnóstico, pronóstico y prevención, favoreciendo la toma de decisiones sociales, familiares y estatales de impacto sobre la población con TEA y su salud mental, en el marco de políticas públicas y del Plan Nacional de Desarrollo 2014- 2018 (Departamento Nacional de Planeación, 2015) el cual señala una apuesta colectiva orientada a logro de objetivos sociales para el bienestar de los niños, niñas y adolescentes, su protección y atención integral con predominancia del principio de corresponsabilidad entre la familia, la sociedad y el Estado.

Trastorno del Espectro del Autismo (TEA)

El trastorno del Espectro Autista (TEA) es considerado, según el DSM 5¹, uno de los trastornos del desarrollo neurológico caracterizado por alteraciones en la interacción y comunicación social, y por patrones restrictivos y repetitivos del comportamiento, intereses y actividades. Estos últimos representados en dos o más de los siguientes criterios: estereotipias en

movimientos; utilización de objetos o habla; excesiva inflexibilidad de rutinas con patrones ritualizados de comportamiento; intereses restringidos o de carácter inhabitual por características sensoriales del entorno; e hiperactividad o hiporreactividad a los estímulos sensoriales.

Respecto a las deficiencias en la comunicación e interacción social, son advertidos criterios alusivos a las alteraciones en la reciprocidad emocional, en la comunicación verbal y no verbal de la interacción social, con anomalías del contacto visual, del lenguaje corporal y de la comprensión, además de deficiencias en el establecimiento y mantenimiento de relaciones sociales. Según Hervás et al.³ los síntomas son percibidos en las primeras fases del desarrollo y presentan una evolución crónica, así como diferentes grados de afectación en torno a criterios de adaptación y funcionamiento, según el caso y el momento evolutivo. De igual modo, incluyen una prevalencia de afectación en uno de cada 68 niños, con edad aproximada de ocho años, lo cual refleja un incremento paulatino a razón de posibles cambios en los criterios diagnósticos, indicando, además del trastorno, múltiples bases etiológicas y fenotipos similares.

Funciones Ejecutivas de niños y niñas con TEA

En la literatura de las neurociencias y de la neuropsicología, conceptos relacionados con funcionamiento ejecutivo han hecho referencia a mecanismos presentes en los procesos cognitivos dirigidos a la resolución de situaciones. Según Tirapu-Ustárroz et al.¹⁰, tales mecanismos comprenden componentes como la memoria de trabajo y la capacidad para mantener la información, la orientación y la adecuación de los recursos atencionales, la inhibición de respuestas y la monitorización de la conducta con base en estados motivacionales así como los emocionales del sujeto.

Acorde con ello, las funciones ejecutivas (FE) comprenden la formulación de metas y las facultades adscritas a la planificación de los procesos y estrategias afines con el logro de objetivos, como múltiples capacidades cognitivas para la anticipación, el establecimiento y la ejecución de metas, mediadas por habilidades de autorregulación comportamental, entre otros:

El desarrollo de las funciones ejecutivas durante la infancia implica la aparición de una serie de capacidades cognitivas que han de permitir al niño: mantener información, manipularla y actuar en función de ésta; autorregular su conducta, logrando actuar de forma reflexiva y no impulsiva; adaptar su comportamiento a los cambios que pueden producirse en el entorno.¹⁰

En ese orden de ideas, las FE implican procesos cognitivos interrelacionados e interdependientes, como constructo conformado por las habilidades de planificación, memoria de trabajo, inhibición y control de impulsos, cambio de foco atencional, flexibilidad, generatividad, iniciación y autorregulación de la acción; compartiendo aspectos centrales que se relacionan con la organización de la acción y el pensamiento, los cuales

¹⁰ Tirapu-Ustárroz et al. Modelos de Funciones y control ejecutivo.

presentan alteración en diagnósticos de trastornos del desarrollo que se relacionan con déficit congénitos en los lóbulos frontales¹¹. Entre estos trastornos se encuentra el TDAH, el TEA, el trastorno obsesivo-compulsivo (TOC), el síndrome de Tourette y la esquizofrenia.

Semrud-Clikeman et al., (2010, como se citó en Beltrán et al.)⁹, relacionan la comparación del desempeño ejecutivo de niños estadounidenses con síndrome de Asperger (SA) y TDAH con un grupo control, hallando dificultades en el control e inhibición emocional, automonitoreo, flexibilidad cognitiva, planeación, organización y fluidez verbal; planteando por consiguiente que los niños con SA comparten síntomas del TDAH, y que estos se asociarían con la inflexibilidad mental y desorganización para la resolución de problemas y adaptación de acuerdo con las demandas ambientales.

Al respecto Biederman et al.¹² anotaron, respecto a las funciones ejecutivas, procesos relacionados con trastornos psicopatológicos y de conducta en niños, niñas y adultos. A su vez, Brock et al.¹³ referenciaron diferencias en las funciones ejecutivas, relacionadas con el rendimiento académico y las habilidades sociales.

Comorbilidades psiquiátricas de los TEA

La comorbilidad ha sido el término empleado para la denominación de trastornos psiquiátricos que coexisten con una condición diagnóstica base, con una probabilidad de asociación de distintas patologías en un mismo sujeto.

Estudios sobre la etiología del TEA determinan significativa incidencia del componente biológico en su naturaleza¹⁴, sin obviar otros factores determinantes de su diagnóstico. Conforme a ello, referente a la comorbilidad psiquiátrica, el TEA ha demostrado altos índices de comorbilidad psiquiátrica y neurológica⁸, indicando que tales patrones de comorbilidad pueden incidir en el pronóstico y los niveles de funcionamiento psicosocial de quien lo padece. De este modo, la aproximación al término y a las características clínicas del TEA posibilita el abordaje de las comorbilidades de dicho trastorno.

Trastorno por déficit de atención e hiperactividad

El TDAH hace parte de los trastornos del desarrollo neurológico, caracterizado según el DSM 5 por un patrón de inatención y/o hiperactividad e impulsividad, interferente con el desarrollo y el funcionamiento del niño o niña que lo padece¹.

Respecto al TEA, el TDAH es una de las comorbilidades más frecuentes; considerándose, según Lugnegard et al.¹⁵, que el trastorno se presenta

¹¹ Paula-Pérez y Martos-Pérez. Una aproximación a las funciones ejecutivas en el trastorno del espectro autista

¹² Biederman et al. Síndrome de Asperger: aspectos teóricos y prevalencia en dos ciudades de Colombia

¹³ Brock et al., The contributions of 'hot' and 'cool' executive function to children's academic achievement, learning-related behaviors, and engagement in kindergarten

¹⁴ Hervás et al. Los trastornos del espectro autista.

¹⁵ Lugnegard et al. Psychiatric comorbidity in young adults with a clinical diagnosis of Asperger syndrome

durante las primeras fases del periodo de desarrollo en un porcentaje del 28 % sobre el 62.5 % de los pacientes; en adultos con una incidencia del 30 %, al ser confirmado en 16 pacientes de una muestra total de 54 casos. Del mismo modo, Gillberg et al.¹⁶ hallaron, de su población estudiada, un 28 % con síntomas alusivos al TDAH.

Según Beltrán et al.⁹, ante la alta comorbilidad entre el TEA y el TDAH son factores propios de un diagnóstico diferencial el analizar en el TEA posibles déficit sociales y atencionales, considerando que las diferencias en cuanto a criterios clínicos de ambos trastornos se relacionan con las características de la atención:

En el TDAH la atención es dispersa, la persona no puede detenerse ante los estímulos, no es capaz de filtrarlos, en cambio en el SA el déficit de atención es por pérdida de interés en el tema, aunque puede llegar a concentrarse mucho tiempo en aquello que le interese.

El curso evolutivo de los síntomas también presenta diferencias, siendo anotado de igual modo por el referente teórico en mención, evolución de las personas con TDAH orientada a la disminución de los síntomas de inatención con apoyo de procesos de los procesos de interacción. Por el contrario, en población con TEA las alteraciones en la comunicación e interacción social persisten, asociándose a déficit en sus habilidades de adaptación.

Al respecto, Rodríguez¹⁷ alude a que desde sus estudios iniciales Hans Asperger (1944) dio a conocer manifestaciones comórbidas del síndrome de Asperger con relación a las limitaciones de contacto social y los problemas de adaptación, adjudicando a las disfunciones ejecutivas principales responsabilidades en torno a las dificultades de aprendizaje, en algunos casos asociadas con la presencia del TDAH.

Trastornos del afecto

Los trastornos del afecto y ansiedad resultan ser entidades psiquiátricas de mayor comorbilidad en el autismo, sujetos a factores de riesgo tanto biológicos, como psicológicos y sociales; en ocasiones con poca claridad metodológica, dificultando el establecimiento de diagnósticos diferenciales entre los trastornos de ansiedad, los trastornos del afecto, y el TEA⁵. No obstante, se hace énfasis en los trastornos del afecto-depresión como entidad psiquiátrica de comorbilidad significativa en el SA, considerando incluso que alteraciones comportamentales pueden ser, en algunos casos, identificadas más como sintomatología de afectación emocional que de alteración o trastorno comportamental diferente.

En el estudio de Gillberg et al.¹⁶ de una cohorte de 50 pacientes con SA, con 20 años de seguimiento, hallaron que 29 de ellos (58 %) presentaron

⁹ Beltrán et al. 44

¹⁶ Gillberg et al., Boys with Asperger syndrome grow up: Psychiatric and neurodevelopmental disorders 20 years after initial diagnosis

¹⁷ Rodríguez, Aspectos explicativos de comorbilidad en los TGD, el síndrome de Asperger y el TDAH: estado de la cuestión

criterios clínicos de un trastorno depresivo en algún momento de su vida; incluso 14 pacientes presentaron síntomas al momento de la evaluación.

Así mismo, Roy et al.¹⁸ percibieron, en un estudio realizado en población alemana, el trastorno depresivo como entidad de alta y frecuente comorbilidad en pacientes con SA, adscrito a un porcentaje del 48 % de adultos parte de la muestra poblacional. En otro estudio, Lugnegard¹⁵ encontraron, en una muestra de 54 pacientes con SA, que el 70 % había experimentado en algún momento un episodio depresivo, y 27 de ellos (50 %) un trastorno depresivo recurrente. Por otra parte, en la misma población se observó un 9 % con criterios diagnósticos para un trastorno bipolar tipo II.

Beltrán et al.⁹ señalan que existe dificultad para generar un diagnóstico de depresión en pacientes con SA, dado que el retraimiento social, las alteraciones en el sueño y el apetito son características de ambos trastornos, concluyéndose que las alteraciones en la comunicación, tanto verbal como no verbal de los niños y niñas con SA, pueden mimetizar los síntomas depresivos. Según Attwood (2007) citado por los mismos autores, los síntomas depresivos en el SA pueden emerger como consecuencia de las dificultades sociales o como resultado de aprendizajes emocionales de los contextos familiar y escolar.

Trastornos de Ansiedad

Roy et al.¹⁸ advirtieron que los trastornos de ansiedad son la segunda comorbilidad de mayor incidencia en el TEA, registro que de algún modo se confirma en resultados de otros trabajos, como el de Naranjo⁸ orientado a la caracterización clínica y el estado de los pacientes con síndrome de Asperger de 0 a 16 años en Colombia, permitiendo establecer conclusiones de comorbilidad psiquiátrica en dos terceras partes de los pacientes, siendo más frecuente los síntomas de ansiedad, entre ellos el TOC.

Al respecto, Lunegard et al.¹⁵ hallaron que el 56 % de la población estudiada (30 personas) presentó criterios clínicos asociados con un trastorno de ansiedad y 11 de estos participantes cumplían criterios para dos o más trastornos de ansiedad. Por su parte, el 22 % de las personas presentaron fobia social, otro 22 % criterios clínicos para trastorno de ansiedad generalizada, 13 % para trastorno de pánico, 15 % agorafobia y un 7 % evidenciaron rasgos clínicos de TOC.

Finalmente, se anota del estudio realizado por Roy et al.¹⁸ el registro de un 44 % como porcentaje de casos en los que las personas, al momento de la evaluación, presentaron una comorbilidad psiquiátrica, en tanto el 16 % cumplía con los criterios clínicos de dos comorbilidades; el 12 % los de tres comorbilidades; y un 16 % más de cuatro comorbilidades.

Metodología

Abordaje metodológico de investigación proyectado bajo un paradigma positivista (empírico analítico), dado que se busca la comprobación y medición

¹⁸ Roy et al. Beyond childhood: psychiatric comorbidities and social background of adults with Asperger syndrome

de la presencia y relación del TEA, las funciones ejecutivas y la comorbilidad psiquiátrica en niños y adolescentes con este diagnóstico base.

Acorde con lo anterior, se trata de un enfoque cuantitativo con alcance descriptivo correlacional, al considerarse un estudio no experimental de corte transversal, el cual proporcionó los datos de niños y adolescentes con TEA, su funcionamiento ejecutivo y la comorbilidad psiquiátrica.

Se seleccionaron los participantes con diagnóstico de Síndrome de Asperger del Instituto DINA y otras instituciones de apoyo terapéutico de la ciudad de Manizales, conformando un grupo que osciló en edades entre los 6 a 18 años, y los cuales fueron evaluados previamente por un grupo interdisciplinario conformado por neuropsicólogos, psiquiatras y psicólogos. Todos los padres de los participantes firmaron un consentimiento informado para el estudio.

Se aplicó la adaptación abreviada del WISC IV para CI, adaptada por Sattler (2003), las subpruebas de cubos y vocabulario. Se aplicó la prueba de clasificación de tarjetas de Wisconsin para medir FE subprueba de la ENI (Evaluación Neuropsicológica Infantil).

El análisis de la información recolectada se llevó a cabo mediante el software de procesamiento estadístico SPSS versión 23. Se utilizaron estadísticos descriptivos para explorar el comportamiento de los datos en relación con los objetivos definidos. Se utilizaron frecuencias, valores mínimos, máximos y medidas de tendencia central.

Dado que la distribución de los datos no fue normal, según la prueba Shapiro-Wilk, se utilizó la prueba no paramétrica U de Mann-Whitney para comparar el desempeño de las funciones ejecutivas en sujetos con y sin comorbilidad psiquiátrica.

Para analizar las relaciones entre las medidas de las funciones ejecutivas, se aplicó el coeficiente de correlación de Spearman, dando cuenta en estadísticos correlacionales.

Resultados

Variables	Categorías	N	%
Género	Hombres	7	88 %
	Mujeres	1	13 %
Edad	9 años	1	13 %
	10 años	2	25 %
	12 años	2	25 %
	13 años	1	13 %
	14 años	1	13 %
	15 años	1	13 %
Estrato socioeconómico	Estrato 1	2	25 %
	Estrato 2	1	13 %
	Estrato 3	3	38 %
	estrato 4	2	25 %
Comorbilidad psiquiátrica	Ausencia	4	50 %
	TDAH	1	13 %
	TDAH y AS	1	13 %
	TDAH, TDRE, AS, FE, enuresis, TND y TEI	1	13 %
	Depresión	1	13 %
Coeficiente intelectual	Promedio	5	63 %
	Promedio alto	2	25 %
	Superior	1	13 %

Tabla 1.

Características generales de la muestra

Nota: TDAH (trastorno por déficit de atención e hiperactividad), AS (ansiedad por separación), TDRE (trastorno disruptivo de regulación emocional), FE (fobia específica), TND (trastorno negativista desafiante), TEI (trastorno explosivo intermitente).

La muestra la conformaron 8 sujetos (7 hombres y 1 mujer) diagnosticados con TEA, con edades entre 9 y 15 años ($M=11,88$; $DT=2,10$). Existió distribución entre los estratos socioeconómicos del 1 hasta el 4 (Tabla 1). La mitad de los participantes no estaban diagnosticados con comorbilidad psiquiátrica, mientras que la otra mitad sí; algunos con un solo diagnóstico sumado al TEA y otros con más de uno. El coeficiente intelectual (CI) varió desde calificaciones promedio hasta superiores; esto revela que ningún sujeto presentó un CI por debajo de la media.

Tabla 2. Estadísticos descriptivos intragrupo del desempeño de las funciones ejecutivas

Variables	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. tip.
Total ensayos	8	36	54	43,63	5,63
Total respuestas correctas	8	32	38	36,25	1,98
Total errores	8	3	16	7,38	4,47
Número categorías/3	8	1	3	2,75	0,71
Organización	8	0	0	0,00	0,00
Respuestas perseverativas	8	0	7	3,13	2,75

Las puntuaciones del test variaron principalmente en *respuestas perceptivas* y *total errores*, mostrando mayor heterogeneidad para estas variables (M=3,13; DT=2,75 – M=7,38; DT=4,47) mientras que, para *total respuestas correctas* y *total ensayos* (M=36,25; DT=1,98 – M=43,63; DT=5,63), variaron en menor medida que las anteriores, pues mostraron mayor homogeneidad (Tabla 2). Esto quiere decir los sujetos con TEA vinculados a este estudio, obtuvieron un desempeño diversificado para las dos primeras medidas (variables) de las FE; en cambio para las últimas dos, si bien los desempeños no fueron estrictamente iguales, sí fueron más similares entre sí. Con respecto a la medida de *organización*, todos obtuvieron una puntuación de 0.

Por otra parte, se dividió la muestra entre sujetos con y sin comorbilidad psiquiátrica, para así poder comparar el desempeño de las FE entre ambos grupos.

Tabla 3. Estadísticos de contraste del desempeño de las funciones ejecutivas entre sujetos con y sin comorbilidad psiquiátrica (rangos promedio)

Variables	Con comorbilidad psiquiátrica	Sin comorbilidad psiquiátrica	Valor <i>p</i>
Total ensayos	4,00	5,00	0,56

Total respuestas correctas	2,75	6,25	0,04*
Total errores	4,50	4,50	1,00
Número categorías/3	5,00	4,00	0,32
Organización	4,50	4,50	1,0
Respuestas perseverativas	5,00	4,00	0,56

La única variable que difirió significativamente entre ambos grupos fue *total respuestas correctas* (valor $p < 0,005$), obteniéndose un rango promedio mayor para el grupo “sin comorbilidad psiquiátrica” (Tabla 3). Esto quiere decir que los sujetos con TEA sin comorbilidad psiquiátrica, al momento de la evaluación, obtuvieron mayor puntuación en esta medida de las FE.

Finalmente, se ejecutaron estadísticos correlacionales entre las medidas de las FE de todos los sujetos.

Tabla 4. Estadísticos correlacionales entre las medidas de las funciones ejecutivas

		TE ¹	TRC	TE ²	NC	O	RP
TE ¹	Rho	1,000	,646	,909**	-,584	-	,460
	Valor p		,083	,002	,128	-	,251
	N	8	8	8	8	8	8
TRC	Rho		1,000	,398	-,510	-	,044
	Valor p			,329	,196	-	,918
	N		8	8	8	8	8
TE ²	Rho			1,000	-,584	-	,472
	Valor p				,128	-	,237
	N			8	8	8	8
NC	Rho				1,000	-	,336
	Valor p					-	,416
	N				8	8	8
O	Rho					-	
	Valor p					-	
	N					8	8
RP	Rho						1,000
	Valor p						
	N						8

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

* La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

Nota: TE¹ (total ensayos), TRC (total respuestas correctas), TE² (total errores), NC (número categorías), O (organización), RP (respuestas perseverativas).

Como se logra observar en la tabla 4, *total ensayos* se correlacionó positivamente con *total errores* ($\rho=0,909$; valor $p=0,002$). Este hallazgo quiere decir que, en la medida que aumentó el número de ensayos, se incrementó paralelamente el número de errores.

Discusión

La muestra estudiada en el proceso de investigación no permitió en sus resultados el determinar factores contundentes y de posible generalización de resultados en torno a la comorbilidad psiquiátrica. Sin embargo, en el 50 % de la muestra arrojó diagnósticos psiquiátricos asociados, determinándose dicha comorbilidad con trastornos del afecto y TDAH, tal como fue evidenciado en estudios previos, afirmándose la coexistencia del TEA junto a otros trastornos con predominancia de síntomas de ansiedad⁸.

El presente estudio determinó indicadores clínicos en su muestra, los cuales fueron asociados con patrones cognitivo comportamentales manifiestos en antecedentes investigativos y que aludieron al padecimiento de trastornos depresivos y de ansiedad, como los trastornos psiquiátricos más comunes en población con TEA⁵.

De este modo, los resultados parecieran sugerir que la sintomatología comórbida pudiese estar relacionada además con posibles alteraciones en la percepción, la comprensión, la experiencia y los modelos atribucionales de los niños y adolescentes con TEA. De allí la importancia de generar debido reconocimiento de dichos patrones comórbidos, en perspectiva de ampliar la panorámica de atenciones en salud mental de quienes padecen este trastorno⁷.

Con base en lo anterior, estudios relacionados con el déficit en el funcionamiento ejecutivo de la población en referencia asocian indicadores de alerta y posible relación con la evolución clínica de los niños y adolescentes que presentan TEA. Los resultados dan cuenta de la existencia de alteración en el desempeño ejecutivo, no obstante, sin determinar perfiles hegemónicos en su funcionamiento, como hallazgo común a otros antecedentes de investigación¹¹, los cuales atribuyeron al análisis de trabajos centrados en la atención, memoria y funciones ejecutivas, resultados opuestos y diversificados, incluso con el empleo de pruebas de evaluación similares.

Tal apreciación, no lejos de incitar a la necesidad latente de evaluación y búsqueda de mayor precisión en procesos de caracterización de la disfunción ejecutiva en población con TEA, conlleva al énfasis manifiesto en el déficit y su posible incidencia en conductas adaptativas del niño o del adolescente que presenta diagnóstico base de TEA, pues las alteraciones en el funcionamiento ejecutivo repercuten en la optimización de repertorios cognitivo-conductuales afines con la vida independiente, al representar posibles irregularidades en funciones asociadas con la toma de decisiones, la resolución de conflictos, la regulación emocional y la generalización de los aprendizajes, interfiriendo en la conducta de adaptación social.

El déficit del funcionamiento ejecutivo y las posibles dificultades para generar respuestas competentes, en los diferentes contextos de desenvolvimiento en el curso de vida de la persona con TEA, puede anudarse con factores predisponentes a la emergencia de trastornos mentales comórbidos, al relacionarse además con el “riesgo de padecer un ajuste psicológico insuficiente”¹⁹.

Los resultados del trabajo investigativo arrojaron diferencias en torno al funcionamiento ejecutivo de la muestra estudiada, evidenciándose un mejor desempeño en aquellos que no presentaron comorbilidad psiquiátrica asociada. Como consecuencia, se considera la posible relación del déficit del funcionamiento ejecutivo con la comorbilidad psiquiátrica en población con TEA, reafirmando la importancia de generar la identificación oportuna de los factores predisponentes al diagnóstico comórbido, dado el avance que ello representaría en procesos diagnósticos, programas de intervención psicoterapéutica, e incluso estrategias de promoción y prevención en salud mental.

Conclusiones

El TEA y los componentes que lo determinan constituyen actualmente necesidades interdisciplinarias de abordaje desde los diferentes contextos de aplicación de la psicología y las ciencias afines, al considerarse en su sintomatología asociada múltiples alteraciones en el desarrollo de los niños y adolescentes que lo padecen y, con ello, una incidencia negativa en el desenvolvimiento escolar, social, familiar y demás escenarios de socialización.

Acorde con lo anterior, el 50 % de la muestra presentó comorbilidad psiquiátrica, con predominancia de trastornos del afecto y por ansiedad, respecto a lo cual es posible inferir el déficit en los niveles de adaptación psicosocial en los niños y adolescentes con TEA. Por ende, se considera que los síntomas comórbidos pueden estar relacionados con la percepción, la comprensión y la experiencia social de las personas en condición de autismo, y que su prevalencia puede asociarse con uno o más diagnósticos.

A partir de lo anterior, se sugiere que los resultados arrojados en esta investigación apoyen la hipótesis de que los niños y adolescentes que presentan TEA y comorbilidad psiquiátrica asociada difieren en su funcionamiento ejecutivo con relación a aquellos que presentan el trastorno, mas no padecen de comorbilidad alguna, evidenciándose un mayor rendimiento ejecutivo en la muestra que no presentaba esta última condición. Sin embargo, es válido puntualizar en la necesidad latente de estudios posteriores que contribuyan a procesos de caracterización de las funciones ejecutivas en población con TEA, pues tal funcionamiento no presentó resultados homogéneos en el estudio, lo cual conlleva a apoyar hipótesis de abordajes investigativos anteriores¹¹, en los que se asumen resultados heterogéneos y de poca precisión del funcionamiento ejecutivo en el TEA, como posible déficit en la comprensión del trastorno, en su abordaje y, en

¹⁹ Paula-Pérez y Martos-Pérez, p. 33

consecuencia, en los programas que puedan relacionarse con su tratamiento y con las labores preventivas de la emergencia de trastornos comórbidos.

Pese a la dispersión de los datos, se percibió un mejor desempeño por parte de quienes no presentaban comorbilidad psiquiátrica; concluyéndose que los trastornos comórbidos si pueden presentar influencia en el funcionamiento ejecutivo, por lo que se establece una relación entre los mismos.

Referencias

1. Asociación Americana de Psiquiatría. 2014. *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM - 5)*. 5 ed. V.A: Arlington.
2. DNP (Departamento Nacional de Planeación). 2015. *Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018*. <https://www.dnp.gov.co/Plan-Nacional-de-Desarrollo/Paginas/Que-es-el-Plan-Nacional-de-Desarrollo.aspx>
3. Hervás, A., Maristany, M., Salgado, M. y Sánchez Santos, L. 2012. Los trastornos del espectro autista. *Pediatr Integral*, 16(10), 780-94.
4. Sanz López, Yolanda, Guijarro Granados, Teresa y Sánchez Vázquez, Vicente. 2007. Inventario de Desarrollo Battelle como instrumento de ayuda diagnóstica en el autismo. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 27(2), 31-45. <https://scielo.isciii.es/pdf/neuropsiq/v27n2/v27n2a04.pdf>
5. Paula-Pérez, Isabel y Martos-Pérez, Juan. 2009. Síndrome de Asperger y autismo de alto funcionamiento: comorbilidad con trastornos de ansiedad y del estado de ánimo. *Revista de Neurología* 48(Supl 2), S31-4. <https://doi.org/10.33588/rn.48S02.2008702>
6. Seijas Gómez, Raquel. 2015. Atención, memoria y funciones ejecutivas en los trastornos del espectro autista: ¿cuánto hemos avanzado desde Leo Kanner? *Revista Asociación. Esp. Neuropsiquiatría*, 35 (127), 573-586. <https://dx.doi.org/10.4321/S0211-57352015000300009>
7. Lara, Martha. 2016. Trastorno del espectro autista su comorbilidad y estrategias de atención. *Revista nacional e internacional de educación inclusiva*, 9(2), 195-214. <https://revistaeducacioninclusiva.es/index.php/REI/article/view/60>
8. Naranjo, Ricardo Andrés. 2014. Caracterización clínica y estado actual de los pacientes con Síndrome de Asperger de 0 a 16 años, atendidos en la Fundación Liga Central Contra la Epilepsia y el Hospital de la Misericordia de Bogotá, Colombia. *NOVA - Publicación Científica en Ciencias Biomédicas*, 12 (21), 45-55. <https://doi.org/10.22490/24629448.995>
9. Beltrán, Carolina., Díaz, Luis Alfonso y Zapata, Maryoris Elena. 2016. *Síndrome de Asperger: aspectos teóricos y prevalencia en dos ciudades de Colombia*. Bucaramanga, Colombia: División de Publicaciones UIS.
10. Tirapu-Ustárrroz, Javier, Garcia-Molina, Alberto, Luna-Lario, Pilar, Roig-Rovira, Teresa y Pelegrín-Valero, C. 2008. Modelos de Funciones y control ejecutivo (II). *Revista de neurología*, 46 (12), 742-750. <https://doi.org/10.33588/rn.4612.2008252>
11. Paula-Pérez, Isabel y Martos-Pérez, Juan. 2011. Una aproximación a las funciones ejecutivas en el trastorno del espectro autista. *Revista de Neurología*, 52 (Supl 1), S147-53. <https://doi.org/10.33588/rn.52S01.2010816>
12. Biederman, Joseph, Petty, Carter, Wozniak, Janet, Wilens, Timothy, Fried, Ronna, Doyle, Alys, Henin, Aude, Bateman, Clancey, Evans, Maggie, y Faranone, Stephen. 2011. Impact of executive function deficits in youth with bipolar I disorder:

- A controlled study. *Psychiatry Research*, 186, 58-64. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2010.08.029>
13. Brock, Laura, Rimm-Kaufman, Sara, Nathanson, LLori, y Grimm, Kevin. 2009. The contributions of 'hot' and 'cool' executive function to children's academic achievement, learning-related behaviors, and engagement in kindergarten. *Early Childhood Research Quarterly*, 24, 337-349. <https://doi.org/10.1016/j.ecresq.2009.06.001>
 14. Hervás, Amaia, Balmaña, Noemi, y Salgado, Mauricio. 2017. Los trastornos del espectro autista. *Pediatr Integral*, XXI (2), 92-108. <https://www.adolescenciasema.org/ficheros/PEDIATRIA%20INTEGRAL/Trastorno%20del%20Espectro%20Autista.pdf>
 15. Lugnégard, Tove, Hallerback, María Unenge, Gillberg, Christopher. 2011. Psychiatric comorbidity in young adults with a clinical diagnosis of Asperger syndrome. *Research in Developmental Disabilities*, 32, 1910-7. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2011.03.025>
 16. Rodríguez, M., Francisco. 2009. Aspectos explicativos de comorbilidad en los TGD, el síndrome de Asperger y el TDAH: estado de la cuestión. *Revista de Neurología*, 48(Supl 2), S31-4. <https://www.redalyc.org/pdf/1793/179317756003.pdf>
 17. Gillberg, Carina, Helles, Adam, Billstedt, Eva, y Gillberg, Christopher. 2016. Boys with Asperger syndrome grow up: Psychiatric and neurodevelopmental disorders 20 years after initial diagnosis. *Journal of Autism and Developmental Disorder*, 46, 74-82. <https://doi.org/10.1007/s10803-015-2544-0>
 18. Roy, Mandy, Prox-Vagedes, Vanessa, Ohlmeier, Martin y Dillo, Wolfgang. 2015. Beyond childhood: psychiatric comorbidities and social background of adults with Asperger syndrome. *Psychiatria Danubina*, 27, 50-9. PMID: 25751431.

Licencia Creative Commons
 Attribution Non-Comercial 3.0
 Unported (CC BY-NC 3.0) Licencia
 Internacional



**REVISTA
 INCLUSIONES**
REVISTA DE HUMANIDADES M.R.
 Y CIENCIAS SOCIALES

**CUADERNOS DE SOFÍA
 EDITORIAL**

Las opiniones, análisis y conclusiones del autor son de su responsabilidad y no necesariamente reflejan el pensamiento de la **Revista Inclusiones**.