

Facultad de Psicología, Ciencias de la Educación y del Deporte

Máster Universitario en Psicología General Sanitaria

Trabajo Final de Máster

ENTRE EL TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA
Y EL TRASTORNO DE LA CONDUCTA
ALIMENTARIA: A PROPÓSITO DE UN CASO

Presentado por:

Raquel Morales Salaberri

Tutora:

Dra. Carolina Palma Sevillano

Barcelona, a 17 de Enero de 2020

Agradecimientos

En primera instancia, me gustaría expresar mi más sincera agradecimiento y aprecio a mi tutora, la Dra. Carolina Palma puesto que, a lo largo de todos estos meses, me ha brindado toda su ayuda, apoyo y conocimiento.

A mi tutora de prácticas, Alba Serrano, por ayudarme y asesorarme durante mi estancia en el CSMIJ. Sin ella y sin su ayuda este estudio de caso no hubiera sido posible.

Índice

Resumen/abstract.....	3
I. Contexto de caso y método.....	4
II. El cliente/paciente. Evaluación de los problemas, metas, competencias e historia del cliente/paciente.....	4 – 7
III. Marco conceptual.....	7 – 11
IV. Proceso de evaluación.....	11 – 17
1ª visita: del TCA a las primeras observaciones del TEA.....	11 – 15
2ª visita: exploramos más específicamente.....	15 – 16
3ª visita: exploración cognitiva.....	16 – 17
4ª visita: evaluación confirmatoria.....	17
5ª visita: confirmación del diagnóstico.....	17
Resultados del proceso de evaluación.....	17 – 23
Conclusiones y orientación diagnóstica.....	24
V. Reflexiones personales.....	24 – 26
VI. Referencias.....	26 – 30

Resumen

Recientes investigaciones señalan la existencia de diversas similitudes entre el Trastorno del Espectro Autista (TEA) y el Trastorno de la Conducta Alimentaria (TCA), así como un mayor interés por explorar la relación entre ambos trastornos. Por ello, el presente trabajo, un estudio de caso, tiene el objetivo de realizar un análisis de un caso clínico de una paciente con, aparentemente, presencia de sintomatología comórbida de TEA y TCA. En primer lugar, se contextualiza el caso y el método seguido para elegir dicho caso. A continuación, se revisan los aspectos teóricos relacionados con las similitudes y diferencias entre TEA y TCA y, seguidamente, se expone el proceso de evaluación llevado a cabo en dicho caso, destacando los resultados obtenidos, las conclusiones y la orientación diagnóstica. El objetivo final era realizar un diagnóstico diferencial entre ambas patologías presentes en la paciente.

Palabras clave: trastorno de la conducta alimentaria, anorexia nerviosa, trastorno del espectro autista, teoría de la mente, coherencia central.

Abstract

Recent research indicates the existence of various similarities between Autism Spectrum Disorder (ASD) and Eating Disorder (ED), as well as a greater interest in exploring the relationship between both disorders. Therefore, the present work, a case study, aims to perform an analysis of a clinical case of a patient with, apparently, presence of comorbid symptoms of ASD. First, the case is contextualized and the method used to choose that case. Next, the theoretical aspects related to the similarities and differences between ASD and ED are reviewed, and then the evaluation process carried out in this case is presented, highlighting the results obtained, the conclusions and the diagnostic orientation. The final objective was to make a differential diagnosis between both pathologies present in the patient.

Key words: eating disorders, anorexia nervosa, autism spectrum disorder, theory of mind, central coherence.

I. Contexto del caso y método

El presente estudio tiene como objetivo analizar un caso clínico caracterizado por la presencia comórbida de un trastorno del espectro autista (TEA) y un trastorno de la conducta alimentaria (TCA), en concreto, anorexia nerviosa (AN).

Actualmente existe un mayor interés por parte de la investigación en conocer la relación existente entre la anorexia nerviosa y el trastorno del espectro autista. Por este motivo, se ha seleccionado dicho caso, con el fin de realizar una revisión de la literatura relacionada con la comorbilidad entre ambos trastornos.

El caso que se describe ha sido visitado en el Centro de Salud Mental Infante – Juvenil (CSMIJ) del Hospital de Mataró (Consorti Sanitari del Maresme). El hospital de Mataró es una corporación sanitaria de titularidad pública. La paciente acude al CSMIJ derivada por el pediatra de ABS de Cerdañola (Mataró) debido a la presencia de sintomatología propia de la AN.

Para garantizar el rigor metodológico, se han tomado notas de las sesiones mediante una metodología observacional. El caso ha sido supervisado por parte de una psicóloga sanitaria de amplia experiencia en el ámbito infante – juvenil.

Los datos de los cuales disponemos antes de conocer a la paciente y a su familia es una hoja de derivación procedente, tal y como se ha mencionado anteriormente, del ABS. En dicha hoja encontramos que la paciente es derivada al CSMIJ por la posible existencia de sintomatología TCA.

Con el fin de asegurar el anonimato del caso, se ha modificado el nombre de la paciente en cuestión, así como su edad aproximada y lugar de residencia.

II. El cliente/paciente. Evaluación de los problemas, metas, competencias e historia del cliente/paciente

La paciente, a la que llamaremos Sara, es una adolescente de 15 años de edad que consulta por aparente sintomatología relacionada con TCA, específicamente AN tipo I, a raíz de una bajada de peso en el pasado verano.

Actualmente está cursando 4º de E.S.O en un instituto público de Mataró. Convive con sus padres y su hermana menor, de 9 años. Su padre, de 47 años trabaja como cartero y, su madre, que tiene 45 años trabaja en una panadería (ver figura 1).

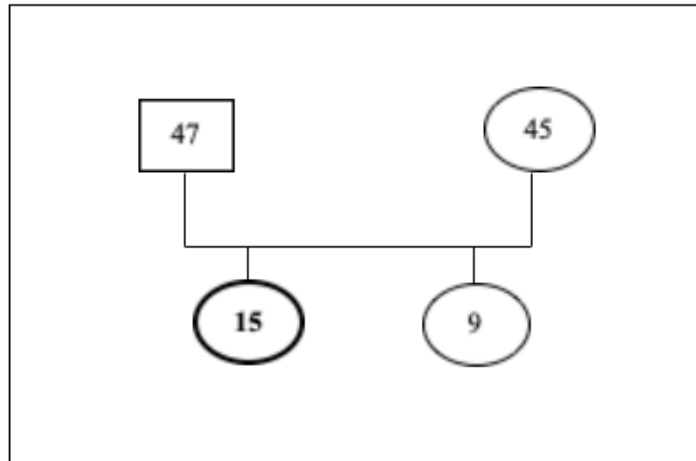


Figura 1. Genograma

Psicobiografía

Nace a las 41 semanas de gestación. La madre refiere un embarazo normativo y niega consumo de tóxicos durante éste. A los 9 meses inicia la guardería. En lo que respecta a los hitos del desarrollo, la paciente presentó cierto retraso en la adquisición del lenguaje, pues a los 13 meses inicia intencionalidad comunicativa. En cuanto a la deambulación, inicia a los 14 meses y, seguidamente, comienza a caminar a los 18 meses.

Refieren alimentación materna hasta los 2 meses. Niegan problemas en lo que a la alimentación respecta, asimismo, señalan una buena adaptación en el cambio del líquido al sólido.

En referencia a la historia escolar, la paciente acudió a una escuela pública también en Mataró. La madre explica que, cuando era pequeña, presentaba dificultades para relacionarse, tanto con sus iguales como con sus profesores. Mostraba poco interés en las relaciones y no buscaba a otros niños/as para jugar.

No refieren antecedentes psiquiátricos familiares, pero, en cuanto a los personales, destacan que en 2016 se le realizó un diagnóstico de dislexia.

Problemas actuales

Actualmente, la paciente refiere que no le gusta el contacto físico. La madre la describe como una chica introvertida, con dificultad para adaptarse a las cosas y con rechazo a los cambios. Además, destaca que desde siempre ha presentado una baja autoestima.

En el instituto tiene un círculo de amistades con el cual refiere sentirse cómoda, sin embargo, reconoce que el hecho de tener amigos le parece extraño (*hice amigos raramente rápido*). Asimismo, tiene pareja del mismo instituto y de la misma edad, cosa que también le resulta extraña (*tener pareja es muy raro para mi*). Es posible que la paciente tenga estas sensaciones ya que ella misma explica que, durante la primaria, era la ‘rara’ de la clase puesto que no compartía intereses con otros compañeros/as. Actualmente también refiere sentirse así puesto que considera que sus intereses son muy diferentes a los del resto por lo que tiene poco interés en relacionarse con el grupo clase. Según explica, sus intereses se basan en dibujar, leer y escribir. Es importante destacar que refiere mucho interés por todo aquello relacionado con la magia, las supersticiones, la muerte y el suicidio.

En lo que respecta al episodio actual, a raíz de una bajada de peso de 5kg en el pasado mes de agosto, la familia decide consultar al pediatra de su ABS de referencia, el cual observa posible sintomatología propia de TCA tipo AN. Ante esto, el pediatra realiza una derivación al CSMIJ del Hospital de Mataró solicitando visitas con la psicóloga de dicho recurso. Previamente, en marzo de 2019, des del departamento de enfermería del programa ‘Salut i Escola’ del instituto de la paciente, llamaron a los padres para avisar de que ésta acudió al dispositivo demandando ayuda. La escuela detecta cierto malestar emocional el cual llevó a la paciente a realizar conductas autolesivas. Ante esto, dicho programa orientó a la familia a acudir al CSMIJ de zona. Es importante tener en cuenta que, según refiere la paciente, a día de hoy, la familia no tiene conocimiento de que ésta realiza este tipo de conductas. A raíz de esto, el malestar de la paciente incrementó a la vez que lo hizo la preocupación de la familia, por ello, decidieron asistir a una psicóloga privada con la cual aún sigue realizando visitas quincenales. Actualmente, la paciente presenta un peso IMC: 21.28, peso: 52.800 y talla: 157. A pesar de que se encuentra dentro de la normalidad, se realizan visitas con enfermería del CSMIJ para realizar control de peso y de pautas alimentarias. La paciente refiere insatisfacción corporal centrada en el abdomen y en los muslos. Sin embargo, no se observa una distorsión severa frente a la imagen corporal.

A lo largo de las primeras visitas, se observa en la paciente rigidez tanto facial como gestual. Asimismo, destaca el escaso contacto ocular que ésta mantiene. La paciente se muestra nerviosa durante las sesiones y realiza continuas estereotipias motoras. En relación con esto, se observa elevada ansiedad al hablar del propio malestar.

A pesar de que la paciente acude por sintomatología TCA, en consulta se observan rasgos propios del TEA como los ya comentados anteriormente. Por ello, se decide realizar un diagnóstico diferencial para comprobar si el TCA podría explicarse por las dificultades propias del TEA cosa que, cada vez, se ve más evidenciada y demostrada por la literatura.

III. Marco conceptual

En los últimos años, diversas investigaciones han puesto de manifiesto que existen muchas similitudes entre TEA y TCA (Westwood, Stahl, Mandy, & Tchanturia, 2016). El equipo de Tchanturia realizaron un estudio en el cual concluyeron que, en el caso de los adultos con AN, un 23% de éstos cumplían criterios clínicos de TEA (Tchanturia et al., 2013). Estos mismos autores señalaron que, el 16% de los adolescentes con AN presentaban un diagnóstico premórbido de TEA. En esta misma línea, Huke et al. (2013), realizaron una revisión sistemática de la prevalencia de TEA en AN e informaron una tasa media del 23%. Por su parte, Kalvya (2009), señaló que las adolescentes con diagnóstico de TEA tienen un mayor riesgo de experimentar síntomas de TCA. En esta misma línea destacó que, un 27% de adolescentes con diagnóstico de TEA, informan síntomas relacionados con la clínica del TCA. Ante esto, Wentz, Gillberg, Anckarsater, Gillberg y Rastam (2009), añadieron que, generalmente, los rasgos autistas en la infancia son factores de riesgo para desarrollar AN durante la adolescencia. Gillberg y Rastam (1992), realizaron un estudio con una muestra de 51 adolescentes con AN dónde se encontró una alta tasa de discapacidad social premórbida así como rasgos de trastorno de personalidad obsesivo – compulsivo. Así pues, mediante este estudio, estos mismos autores concluyeron que, al menos en una minoría importante de los casos, la AN podría ser una manifestación externa relativamente tardía de un trastorno neuropsiquiátrico que ha estado presente desde la primera infancia y que se caracteriza por problemas de interacción social, dificultades y peculiaridades de la comunicación y, por último, obsesiones y compulsiones e intereses restringidos.

Tchanturia y Westwood (2017), exponen que la literatura se ha enfocado en la investigación sobre la relación existente entre ambos trastornos, tanto en lo que respecta a la elevada presencia de TEA en la AN, como en las dificultades subyacentes que ambos trastornos comparten en lo que al funcionamiento cognitivo, social y emocional se refiere. Así pues, según Baron-Cohen et al. (2013), hay varias razones para considerar que la anorexia y los rasgos autistas pueden estar relacionados. . Estos mismos autores señalaron

que la anorexia implica actitudes y comportamientos rígidos, que pueden considerarse similares a los intereses restringidos y al comportamiento rígido y repetitivo en el autismo, sin embargo, en la anorexia se centran en la comida o en el peso. Además, los pacientes con anorexia suelen preocuparse en exceso por sí mismos tal y como vemos en los TEA, que otorgan un enfoque exclusivo en el ‘yo’. Diversos estudios (Chevallier, Grezes, Molesworth, Berthoz & Happe, 2012; Tchanturia et al., 2012) destacaron que, tanto el TEA como la AN se caracterizan por la presencia de anhedonia social, es decir, incapacidad para experimentar placer hacia las relaciones sociales y déficit en la inteligencia emocional (Hambrook, Brown & Tchanturia, 2012; Petrides, Hudry, Michalaria, Swami & Sevdalis, 2011). Otros autores realizaron un estudio cuyo objetivo era explorar la anhedonia social en personas con TCA en general y, particularmente en AN, usando un instrumento diseñado específicamente para medir dicho concepto (Tchanturia et al., 2012). Estos mismos autores obtuvieron datos que demuestran que las personas con diagnóstico de TCA, informan que experimentar placer al interactuar con otras personas les resulta difícil.

Otro grupo de investigación señaló que, tanto en el TCA como en el TEA, destacan las deficiencias cognitivas sociales (Coombs, Brosnan, Bryant – Waugh & Skevington, 2011). En un estudio más antiguo, se encontró que los déficits de habilidades sociales se han reportado tanto en la literatura referente al TEA como en la de los TCA (Wing & Gould, 1979). Por su parte, otros investigadores llevaron a cabo un estudio piloto con 22 pacientes con AN y un grupo control de 45 participantes cuyo objetivo era examinar si los pacientes con AN mostrarían un perfil psicométrico de empatización – sistematización similar al que se encuentra en los TEA y si las personas con AN obtendrían una puntuación alta en una medida de rasgos autísticos. (Hambrook, Tchanturia, Schmidt, Russell, & Treasure, 2008). Los resultados de este estudio llevaron a concluir que, los pacientes con AN y el grupo control no diferían significativamente en su empatía y en su sistematización autoinformada. Sin embargo, es importante destacar que encontraron que los pacientes con AN obtuvieron puntuaciones más elevadas que el grupo control en lo que respecta al cociente del espectro autista.

Según Huke, Turk, Saeidi, Kent y Morgan (2013), existen déficits de procesamiento cognitivo en el TEA que también encontramos en las personas que padecen un trastorno alimentario, como, por ejemplo, la teoría de la mente alterada, la coherencia central aislada y, por último, la alteración de la capacidad de cambiar de un curso de acción a otro con fluidez. Asimismo, Tchanturia et al. (2012), señalaron que, tanto el autismo

como la anorexia implican rigidez en las pruebas que implican un cambio de tarea o “cambio de set”. Sin embargo, presentan un gran rendimiento en pruebas de atención al detalle. Además, también se han establecido vínculos entre los TEA y la AN debido a la presencia de alexitimia, es decir, la incapacidad para identificar y describir los propios sentimientos y emociones (Rastam, Gillberg & Wentz, 2003). Otros investigadores afirman que las personas con TCA tienen niveles elevados de alexitimia (Nowakowski, M., McFarlane & Cassin, 2013). Asimismo, estos mismos autores destacan que varios modelos teóricos han sugerido que las personas con TCA pueden encontrar las emociones inaceptables y/o aterradoras, por ello, pueden usar sus síntomas alimentarios como una forma de evitar o afrontar sus sentimientos. En esta misma línea, Gillberg y Rastam (1992) encontraron a raíz de un estudio con pacientes con AN una incapacidad similar a la alexitimia, pero, según sus casos, dicha incapacidad no estaba restringida a los estados emocionales, sino a los estados mentales en general.

Gillberg (1985), señaló que la preservación de rutinas específicas que se observa en niños autistas, se asemeja a la preocupación obsesiva de los pacientes con AN por la comida y los rituales estrictos asociados con ella. Asimismo, Rastam (2008), explica que ciertas dificultades alimentarias, como el rechazo de ciertos tipos de alimentos y los comportamientos inusuales durante las comidas, son comunes en las personas con TEA. Esta misma autora expone que las conductas propias del TEA implican problemas para comer a todas las edades e incluyen rechazo de alimentos, pica, rumia, vómitos, alimentación selectiva y comer en exceso. Así pues, más del 90% de los niños con TEA parecen tener problemas a la hora de comer (Ventoso, 2000). Es de vital importancia tener en cuenta que, en algunos casos, el trastorno alimentario puede considerarse como uno de los fenómenos rituales expresados por un individuo con un TEA leve de por vida (Rastam, 2008). Asimismo, Odent (2019), después de estudiar en paralelo la AN y el TEA, concluyó que es posible considerar la AN como una variante femenina del TEA. Sin embargo, tal y como señala Rastam (2008), el TEA muchas veces no se reconoce en las adolescentes con un trastorno alimentario, del mismo modo que la AN tiende a pasarse por alto en jóvenes obsesivos con bajo peso y alimentación “anormal”. En esta misma línea, cabe destacar que, Tchanturia y Westwood (2017) sugirieron que una vulnerabilidad genética compartida entre ambos trastornos, puede interactuar con ciertos factores ambientales dando lugar a manifestaciones como AN en las niñas en el periodo de la adolescencia y, manifestaciones en forma de TEA en los niños durante la infancia. En relación a esto, es importante tener en cuenta que las mujeres con rasgos del espectro

autista pueden ser más propensas a centrarse en los problemas de alimentación, el cuerpo y el peso como un tema de especial interés (Rhind et al., 2014).

Asimismo, otros autores, señalaron que los hombres con TEA también tienen un mayor riesgo de bajo peso corporal y prácticas alimentarias anormales (Sobanski, Marcus, Hennighausen, Hebebrand & Schmidt, 1999).

Por otra parte, Gillberg (1985) expuso que las alteraciones de las relaciones sociales, típicas de sujetos con autismo, también están presentes en la AN, especialmente durante la fase aguda del trastorno. Así pues, tanto en TEA como en AN son comunes las conductas manipulativas hacia aquellas personas que les rodean. Este mismo autor, realizó un estudio en 1985 en el que investigó 4 familias con un miembro con TEA y otro con TCA buscando el vínculo existente entre todos los casos, se concluyó que podría existir un subgrupo de pacientes con AN que comparten un rasgo hereditario con algunos pacientes con diagnóstico de TEA. A raíz de dicho estudio, se concluyó que AN y TEA parecen coexistir en diferentes miembros dentro de algunas familias, cosa que indica que estas similitudes observadas pueden reflejar un vínculo genético directo (Oldershaw, Treasure, Hambrook, Tchanturia, & Schmidt, 2011). Esto coincide con el trabajo realizado por Kalvya (2009), donde sugirió que, además de las similitudes conductuales o clínicas, existen posibles superposiciones neurológicas o biológicas entre ambos trastornos. Por su parte, Odent (2010), señaló que las similitudes entre el autismo y la anorexia nerviosa también se revelan mediante exploraciones cerebrales, específicamente, con el escáner cerebral y el electroencefalograma. Asimismo, confirma que hay datos concordantes que sugieren que, tanto en TEA como en AN existe una preponderancia en el hemisferio izquierdo, o bien, un déficit en el hemisferio derecho. Otra semejanza entre ambos trastornos fue la que encontraron Zucker et al. (2007), pues identificaron que TEA y AN muestran una estructura y una función atípica en las regiones de lo que se denomina el “cerebro social”, en el surco temporal superior, en el área de la cara fusiforme, en la amígdala y, por último, en la corteza orbitofrontal.

Kinnaird, Norton, Stewart y Tchanturia (2019), realizaron un estudio con mujeres con AN y altos niveles de rasgos autistas que estaban realizando tratamiento en el Servicio Clínico Nacional de Trastornos de la Alimentación de Maudsley. El propósito de dicho estudio era explorar las experiencias de tratamiento para ambas patologías, así como sus puntos de vista sobre lo que debía cambiarse para así poder examinar las posibles adaptaciones del tratamiento para esta población. Los participantes referían que su AN y su autismo estaban interrelacionados, puesto que, los rasgos autistas a su vez reforzaban

su AN cosa que generaba que la recuperación fuese más compleja (Treasure & Schmidt, 2013). Asimismo, Kinnaird et al. (2019), describieron que la rigidez y la inflexibilidad asociadas al autismo habían contribuido a desarrollar rutinas y rituales alrededor de los alimentos. Sin embargo, es importante destacar que describieron cómo el deseo de perder peso, la baja autoestima y los problemas relacionados con la imagen corporal, eran menos relevantes en el desarrollo de su AN. Así pues, los participantes relataban motivaciones relacionadas con necesidad de control, patrones de pensamiento rígidos, dificultades sensoriales, dificultades para relacionarse con los demás entre otros. Los participantes concluyeron que la AN actuaba como un interés especial dentro del TEA y que, además, ésta se convirtió en una forma de hacer frente a las dificultades relacionadas con los rasgos autistas. Estos mismos autores concluyeron que, las personas con AN y rasgos TEA tienen necesidades únicas relacionadas con la rigidez propia de estos últimos y que, por tanto, requieren de ciertas adaptaciones en su tratamiento (inclusión en tratamiento de TCA). Por ello, el presente estudio tiene como objetivo describir los síntomas de TCA y TEA en el caso seleccionado con el propósito de destacar la importancia de realizar un diagnóstico primario para así poder adaptar el futuro tratamiento de forma adecuada.

IV. Proceso de evaluación

La evaluación del caso se realiza mediante métodos tanto cualitativos como cuantitativos. Así pues, se elaboran las hipótesis de trabajo a lo largo de las sesiones mediante la observación directa y preguntas de la terapeuta. A lo largo del proceso, dichas hipótesis se van contrastando, reevaluando y modificando en el caso de que así fuese necesario. A continuación, se describen las visitas en orden cronológico por tal de facilitar la comprensión de la secuencia al lector.

1ª visita: del TCA a las primeras observaciones del TEA

En la primera visita, Sara acude acompañada de su madre. En esta sesión, se llevó a cabo una recogida de información para poder conocer en profundidad la historia de la paciente y poder elaborar junto con ella su anamnesis. Esta recogida de información se realizó con la paciente y con su madre, con el objetivo de poder contrastar la información obtenida y que así ésta fuese más completa. A lo largo de dicha exploración, se observa en Sara diferentes rasgos propios de la sintomatología autista. Así pues, se puede apreciar que no le gusta el contacto físico, presenta una elevada introversión, refiere que no le gustan los cambios y, además, presenta dificultades para adaptarse a nuevas situaciones.

A nivel de relaciones sociales, refiere que tiene grupo de amigos pero que no se acaba de sentir integrada. Además, expresa que desde primaria era la “rara” de clase puesto que no compartía intereses con sus iguales y tampoco le gustaba socializar con éstos. A día de hoy, señala intereses restringidos con la magia y las supersticiones. A lo largo de la sesión, Sara presenta elevada rigidez facial y gestual, así como inquietud motora, realizando exageradas estereotipias a lo largo de la sesión. También es importante señalar el escaso contacto ocular que ésta mantiene.

En el momento de esta primera visita, Sara refiere que la sintomatología propia de la AN se ha reducido considerablemente, en este momento, la paciente no realiza conductas compensatorias ni restrictivas, realiza las 5 comidas aunque refiere cierta dificultad en éstas. Asimismo, se observa estabilidad en el peso a pesar de que la paciente ha bajado 400 gr (actualmente pesa 52.400 kg). Del mismo modo, no hay presencia de alteraciones en las funciones biológicas de la paciente.

Así pues, dado que Sara no presenta una severa distorsión de la imagen corporal y la madre confirma esta mejora, desde enfermería del CSMIJ se decide alta del seguimiento específico del TCA y mantener seguimiento desde psicología.

Ante esto, desde el CSMIJ, debido a las sospechas de posible sintomatología autista observadas durante la sesión, se plantea la hipótesis de que es probable que la sintomatología TCA sea debida a la propia rigidez del TEA y no a la AN como tal, es decir, se comienza a sospechar de un posible TEA. Por ello, se entregaron algunos cuestionarios para poder realizar un “*screening*” de sintomatología autista, es decir, Escalas de detección y diagnóstico de Trastorno del Espectro Autista. Algunos de estos cuestionarios iban dirigidos a la familia de Sara y, otros, a la escuela. En este caso, para la familia, se le entregaron, el Cuestionario de Comunicación Social (SCQ) (Rutter, Bailey, & Lord, 2019), la Escala Autónoma para la Detección del Síndrome de Asperger y el Autismo de Alto Nivel de Funcionamiento (EA) (Belinchón, Hernández, & Sotillo, 2008) y el Inventario de Conducta Infantil (CBCL) (Achenbach, 1991). Para la escuela se le entregaron EA y CBCL.

El **Cuestionario de Comunicación Social (SCQ)** se trata de un instrumento de evaluación compuesto de 40 elementos diseñado como medida de “*screening*” para la detección de síntomas relacionados con el Trastorno del Espectro Autista: problemas en la interacción social, dificultades en la comunicación y conducta restringida, repetitiva y estereotipada. Este cuestionario es respondido por padres o cuidadores en un tiempo máximo de 10 minutos. Proporciona una puntuación total y tres posibles puntuaciones

adicionales (problemas de interacción social, dificultades de comunicación y conducta restringida, repetitiva y estereotipada). El cuestionario se presenta en dos formas: la forma A, se refiere a toda la vida pasada del sujeto y los resultados que ofrece son pertinentes para integrarse junto con otras medidas y remitir a un proceso diagnóstico más complejo. La forma B, se debe contestar a la vista de la conducta del sujeto durante los últimos 3 meses. Sus resultados son adecuados para comprender la situación del día a día.

El punto de corte es 15. El punto de corte nos indica sujetos con alta probabilidad de sufrir autismo y que deberían ser objeto de una evaluación más profunda.

La **Escala Autónoma para la Detección del Síndrome de Asperger y el Autismo de Alto Nivel de Funcionamiento (EA)**, tal y como su propio nombre indica, está dirigida a la detección del Síndrome de Asperger y el Autismo de alto funcionamiento. Está compuesto por 18 ítems. Es un instrumento sencillo de cumplimentar tanto por los padres como por los profesores que estén en contacto habitual con el niño o joven con posible autismo. El punto de corte de dicha escala es 36.

El **Inventario de Conducta Infantil (CBCL)**, es un cuestionario que evalúa competencias sociales, problemas de conducta internalizados (ansiedad, depresión, quejas somáticas y aislamiento) y externalizados (conducta agresiva y delictiva) y un factor mixto (problemas sociales, de pensamiento y atención). Dicho cuestionario es contestado por los familiares de los niños y niñas, así como también por el respectivo tutor/a de la escuela. Contiene dos partes: la primera permite valorar habilidades o competencias deportivas, sociales y académicas. La segunda, está formada por 113 ítems. En este instrumento, los padres informan de los principales problemas de conducta y afectivos de los niños de 6 a 18 años.

Por último, se le administra el **Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria (EDI – 2)** (Garner, 1998); un instrumento muy utilizado para evaluar los síntomas que acompañan a la AN y a la BN. Es un instrumento de tipo autoinforme, de fácil aplicación, que ofrece puntuaciones en 11 escalas que son clínicamente relevantes en el caso de los trastornos de la conducta alimentaria. Estas escalas son:

1. Obsesión por la delgadez (DT): la manifestación clínica de un intenso impulso de estar más delgado o un fuerte temor a la gordura es un síntoma esencial para el diagnóstico de la AN y la BN. Los elementos de esta escala se refieren a la preocupación por el peso, las dietas y el miedo a engordar.
2. Bulimia (B): esta escala evalúa la tendencia a tener pensamientos o a darse comilonas o atracones de comida incontrolables.

3. Insatisfacción corporal (BD): mide la insatisfacción del sujeto con la forma general de su cuerpo o con las de aquellas partes del mismo que más preocupan a los que padecen trastornos de la conducta alimentaria (estómago, caderas, muslos, nalgas, etc.).
4. Ineficacia (I): la escala de ineficacia evalúa sentimientos de incapacidad general, inseguridad, vacío, autodesprecio y falta de control sobre la vida propia. Una puntuación elevada en esta escala revela un déficit significativo de autoestima debido a poseer intensos sentimientos de falta de adecuación.
5. Perfeccionismo (P): esta escala mide el grado en que el sujeto cree que sus resultados personales deberían ser mejores. Los elementos de esta escala evalúan en qué grado el sujeto cree que solo son aceptables niveles de rendimiento personal excelentes y está convencido de que los demás esperan de él unos resultados excepcionales.
6. Desconfianza interpersonal (ID): evalúa el sentimiento general de alienación del sujeto y su desinterés por establecer relaciones íntimas, así como la dificultad para expresar los propios sentimientos y pensamientos.
7. Conciencia introceptiva (IA): mide el grado de confusión o dificultad para reconocer y responder adecuadamente a los estados emocionales y se relaciona también con la inseguridad para identificar ciertas sensaciones viscerales relacionadas con el hambre y la saciedad.
8. Miedo a la madurez (MF): la escala de miedo a la madurez evalúa el deseo de volver a la seguridad de la infancia.
9. Ascetismo (A): esta escala mide la tendencia a buscar la virtud por medio de ciertos ideales espirituales como la autodisciplina, el sacrificio, la autosuperación y el control de las necesidades corporales.
10. Impulsividad (IR): evalúa la dificultad para regular los impulsos y la tendencia al abuso de drogas, la hostilidad, la agitación, la autodestrucción y la destrucción de las relaciones interpersonales. Los elementos de esta escala coinciden con las características ‘borderline’ de grupos de pacientes con trastornos de la conducta alimentaria particularmente resistentes al tratamiento.
11. Inseguridad social (SI): esta escala mide la creencia de que las relaciones sociales son tensas, inseguras, incómodas, insatisfactorias y, generalmente, de escasa calidad.

Consta de 91 elementos a los que se contesta en una escala de seis puntos y en la que los sujetos deben indicar si cada situación les ocurre “nunca”, “pocas veces”, “a veces”, “a menudo”, “casi siempre” o “siempre”.

2ª visita: exploramos más específicamente

El objetivo de la segunda visita fue realizar una exploración de la cognición social a través de constructos como la Teoría de la mente (ToM) y la Teoría de la Coherencia Central de la paciente.

Según Baron – Cohen (2000), se entiende por teoría de la mente la habilidad de inferir en los demás la gama completa de estados mentales (pensamientos, deseos, intenciones, imaginaciones, emociones, etc.). En definitiva, la capacidad que tiene el ser humano de suponer o imaginar lo que puede estar pensando o sintiendo otra persona teniendo en cuenta unos datos concretos o un contexto determinado. Tal y como señala este mismo autor, en las personas con autismo, teorizar acerca de la mente de los demás o ponerse en el lugar del “otro”, suele conllevar importantes dificultades cosa que influirá a nivel social y comunicativo. En lo que respecta a la teoría de la coherencia central, se refiere a la dificultad que presentan las personas con TEA para integrar la información en un único “todo” coherente y general, focalizando así su atención en pequeños detalles (Baron – Cohen, Leslie, & Frith, 1985). Así pues, el enfoque en los detalles genera dificultades en el procesamiento del contexto, en la extracción de significados y en la creación de prototipos.

Para explorar ambas teorías, se llevó a cabo un ejercicio de mentalismo a raíz de la visualización de un capítulo de la serie “*The Big Bang Theory*”. En este ejercicio, se le pide a la paciente que identifique las emociones y expresiones de los personajes del capítulo en determinadas situaciones. Así pues, Sara mostró dificultades a la hora de interpretar gestos e ironías y solo supo conectar con las emociones más básicas. Ella misma refiere darse cuenta de estas dificultades.

Además, se usaron imágenes de fichas del libro “En la mente” (Monfort & Monfort, 2002), el cual sirve para observar las dificultades pragmáticas así como para reconocer emociones, desde las más básicas hasta las más complejas. El objetivo general, es la estimulación de los procesos mentalistas y su expresión lingüística a través de un soporte gráfico. Con esto, se pretende generalizar dichos aprendizajes a la vida diaria, es decir, conseguir la comprensión y la participación en las interacciones dotando de sentido a la vida de los demás y la de uno mismo. Por ejemplo, entre otras imágenes, usamos con la

paciente la imagen que se muestra a continuación (ver figura 2), la cual sirve para evaluar contenidos como el reconocimiento de expresiones faciales asociadas a sentimientos complejos (emoción, emocionado, orgullo, ternura, amor, cariño); la interpretación de la causa a partir del contexto; la comprensión y expresión de términos relacionados con sentimientos complejos y, por último, la comprensión y expresión de términos “mentalistas” (sentir, recordar y amar/querer). Ante esta imagen, se le dio a Sara la consigna de: “¿Por qué llora la señora del collar?”, “¿En qué piensa?”. Ante esto, la paciente respondió: “Creo que llora porque a ella también le gustaría tener una pareja”.



Figura 2. Dibujo 43, ficha nº12 del libro *En la Mente* (Monfort & Monfort, 2002).

En conclusión, tras realizar también este ejercicio, Sara también mostró elevadas dificultades para el reconocimiento de las emociones tanto básicas como complejas, pues no reconoció sentimientos complejos como el amor, la emoción, la ternura, entre otros. Asimismo, tampoco parecía comprender los términos mentalistas, como amar o querer.

3ª visita: exploración cognitiva

En esta sesión, se inicia la exploración de la inteligencia de Sara a través de la **Escala de Inteligencia de Wechsler para niños – V (WISC – V)** (Wechsler, 2015). Dicha escala es un instrumento clínico de aplicación individual que evalúa la inteligencia en niños de 6 años y 0 meses a 16 años y 11 meses. La escala WISC – V ofrece puntuaciones de los índices primarios de inteligencia que reflejan el funcionamiento intelectual en diferentes áreas cognitivas: comprensión verbal, visoespacial, razonamiento fluido, memoria de trabajo y velocidad de procesamiento. Asimismo, ofrece una puntuación general (CI total) y de igual forma puntuaciones en índices secundarios que reflejan aptitudes cognitivas en diferentes agrupaciones que atienden a necesidades clínicas.

Durante la exploración, la paciente se muestra nerviosa, con baja tolerancia a la frustración sobretodo en lo que respecta a las tareas que evalúan la velocidad de procesamiento. Además, a lo largo de la evaluación, ésta presenta diversas estereotipias motoras con las manos. Asimismo, llama la atención el escaso contacto ocular que Sara mantiene con la evaluadora.

Al finalizar la exploración, entrega los cuestionarios completados que se le dieron a ésta y a su familia en la pasada sesión.

4ª visita: evaluación confirmatoria

En esta cuarta visita, se inicia la **Escala de Observación para el diagnóstico del Autismo ADOS – 3. Módulo 3**. Se trata de una evaluación estandarizada y semiestructurada de la comunicación, la interacción social y el juego o el uso imaginativo de materiales para personas con sospecha de tener un trastorno del espectro autista.

El objetivo de esta escala es valorar el lenguaje y la comunicación, la interacción social recíproca, la imaginación, las conductas estereotipadas y los intereses restringidos así como otras posibles anormalidades en la conducta.

5ª visita: confirmación del diagnóstico

En esta sesión, se continua la evaluación del ADOS – 3 y, una vez acabada la pasación de dicha escala y, obtenida la puntuación, se confirma el diagnóstico de TEA y se descarta el TCA.

Resultados del proceso de evaluación

A continuación, se muestran los resultados del proceso de la evaluación realizado con la paciente a lo largo de las diferentes sesiones. Así pues, en este apartado se encuentran las puntuaciones y las interpretaciones de las escalas y cuestionarios ya mencionados anteriormente.

Exploraciones complementarias y pruebas psicométricas

Escala de Inteligencia para niños – WISC V

COMPRENSIÓN VERBAL: evalúa la capacidad de razonamiento verbal, de formación de conceptos y los conocimientos adquiridos, tanto por medio de la educación formal como informal. Es un razonamiento donde juega un papel fundamental la experiencia, el bagaje cultural y los contenidos asumidos.

RAZONAMIENTO VISOESPACIAL: mide la capacidad de procesamiento (análisis y síntesis) visual y espacial y la integración visomotora. Implica la formación de conceptos extraídos del análisis visual, la organización y percepción del espacio.

RAZONAMIENTO FLUIDO: evalúa la capacidad para detectar las relaciones conceptuales entre objetos visuales y utilizar el razonamiento con el objetivo de identificar y aplicar reglas. Requiere un razonamiento inductivo y cuantitativo, inteligencia visual amplia, procesamiento simultáneo y pensamiento abstracto.

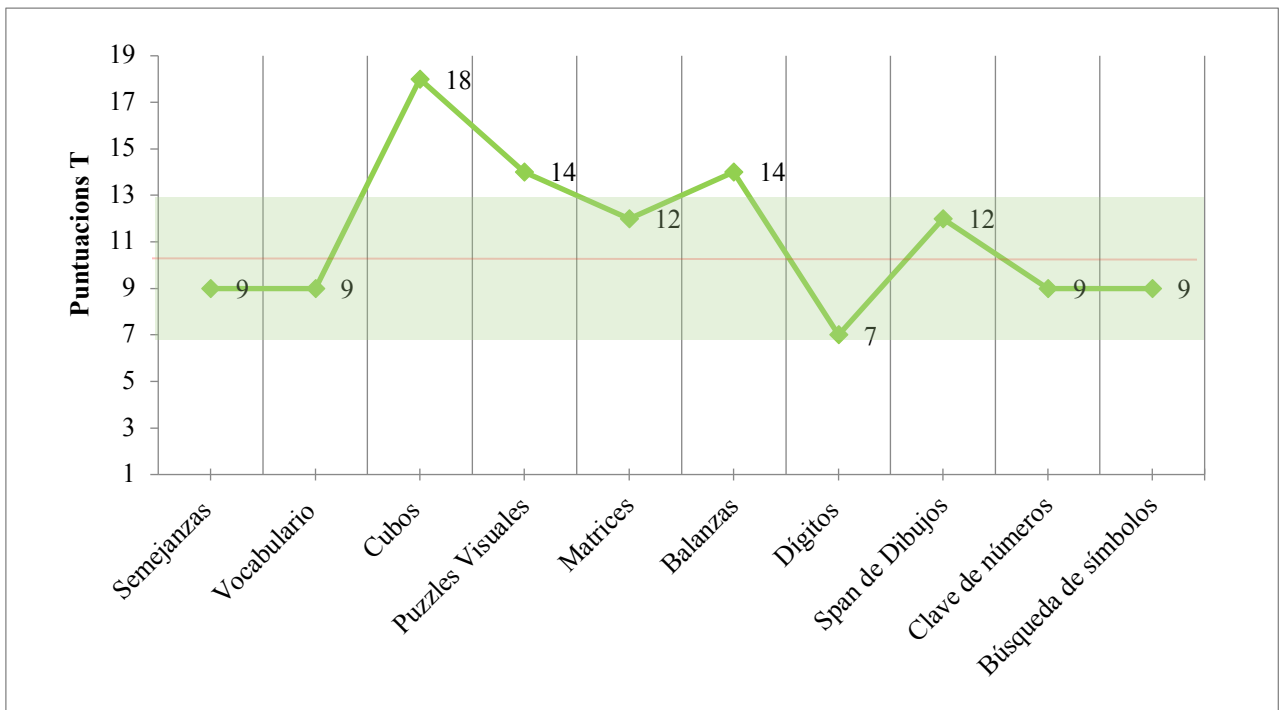
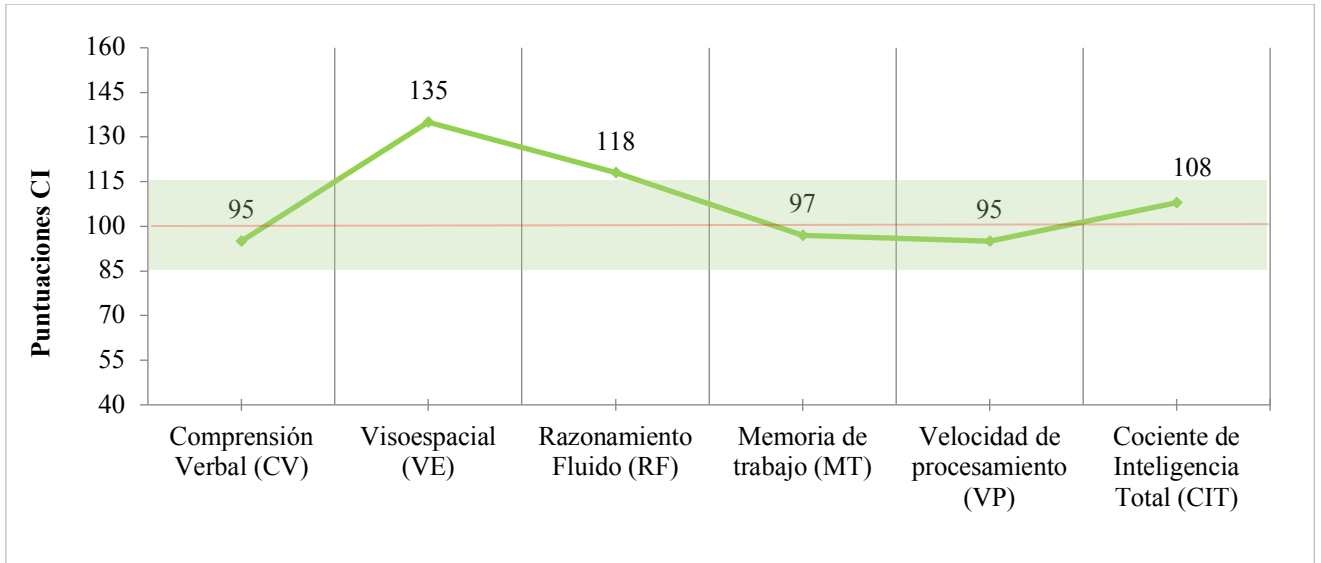
MEMORIA DE TRABAJO: mide la capacidad para retener temporalmente en la memoria una cantidad determinada de información, mientras se trabaja o opera con ella. Evalúa la capacidad por focalizar la atención, mantenerla y controlarla mentalmente.

VELOCIDAD DE PROCESAMIENTO: evalúa la capacidad para explorar, ordenar y discriminar información visual simple de manera rápida y eficaz. Es una buena medida de memoria de trabajo a corto plazo, de la atención y la coordinación visomotora.

CIT	108
Índice Comprensión Verbal	95
Semejanzas	9
Vocabulario	9
Índice Visoespacial	95
Cubos	18
Puzles visuales	14
Índice Razonamiento Fluido	118
Matrices	12
Balanzas	14
Índice Memoria de Trabajo	97
Dígitos	7
Span de Dibujos	12
Índice Velocidad de Procesamiento	95
Claves	9
Búsqueda de símbolos	9

Su CIT se encuentra dentro de la normalidad aunque no es interpretable dada la heterogeneidad entre las distintas subpruebas. Esta heterogeneidad es debida a que su rendimiento en razonamiento fluido es significativamente superior al resto de funciones. Existe una probabilidad del 95% de que su CIT real se sitúe entre los valores de 101 – 104. Este valor, sitúa a S en el percentil 70.

Rendimiento Cognitivo Global – WISC V



Escalas detección y diagnóstico de Trastorno del Espectro Autista

- **SCQ – A:** obtiene una puntuación directa de **17**. Puesto que el punto de corte es 15, se puede inferir que los padres observan en Sara la presencia de síntomas relacionados con el TEA.

Cabe señalar que, en la edad de 4 o 5 años, no había presencia de verbalizaciones sociales ni de contacto ocular, así como tampoco interés por relacionarse con niños de su misma edad. Tampoco señalaba las cosas de forma espontánea. Sara no se ofrecía a compartir sus cosas con sus padres, así como tampoco les ofrecía consuelo si veía que éstos estaban tristes o se habían hecho daño. En esta franja de edad, no había presencia de juego simbólico en la paciente con sus iguales así como tampoco realizaba juego cooperativo.

- **Escala Autónoma:** obtiene una puntuación directa de **39** (padres) y **32** (tutor). Tal y como se ha mencionado anteriormente, el punto de corte es de 36, por lo tanto, los padres indican que las dificultades de Sara son compatibles con un posible TEA mientras que, por parte de la escuela, el tutor indica una ligera sospecha de TEA.

Así pues, tanto la familia como la escuela señalan que Sara muestra dificultades para realizar tareas en las que es especialmente importante extraer las ideas principales del contenido y obviar detalles irrelevantes (ej.: al explicar una película, al describir a un personaje...). También presenta dificultades para entender el sentido final de expresiones no literales como las bromas, metáforas, frases hechas, etc. Tiene una forma peculiar de iniciar y mantener las interacciones con los demás.

Asimismo, la paciente prefiere hacer cosas ella sola que con los demás y, en relación a esto, también destaca su dificultad para hacer amigos y para cooperar eficazmente con los demás. La familia y la escuela señala que da la impresión que Sara no comparte con su grupo de iguales intereses, gustos y/o aficiones.

En cuanto a la conversación con Sara, ésta resulta laboriosa y poco fluido puesto que sus temas de conversación son poco fluidos, tarda en responder o directamente no responde, dice cosas que no están relacionadas con el tema de conversación, entre otros.

- **CBCL:**

FAMILIA		
ESCALA	PT	VALOR
Aislamiento	90	Significativo
Quejas somáticas	65	Límite
Ansiedad y depresión	72	Significativo
Problemas sociales	78	Significativo
Alteración del pensamiento	70	Significativo
Inatención	92	Significativo
Conducta delictiva	64	Límite
Conducta agresiva	53	Normativo
Internalizador	78	Significativo
Externalizador	57	Normativo
Total	72	Significativo
ESCUELA		
ESCALA	PT	VALOR
Aislamiento	75	Significativo
Quejas somáticas	58	Normativo
Ansiedad y depresión	69	Límite
Problemas sociales	67	Límite
Alteración del pensamiento	75	Significativo
Inatención	68	Límite
Conducta delictiva	55	Normativo
Conducta agresiva	55	Normativo
Internalizador	70	Significativo
Externalizador	54	Normativo
Total	68	Límite

Los resultados extraídos tras la administración del CBCL, reflejan que, tanto la familia como la escuela, observa en Sara conductas propias del aislamiento, así como que ésta prefiere estar sola, es tímida, poco habladora, triste, reservada, presenta poca energía y está aislada en general. Tanto por parte de la familia como por parte de la escuela, se observa una puntuación elevada en esta escala, cosa que podría señalar la presencia de un trastorno depresivo, fobia social, entre otros. La otra escala que aparece significativamente elevada, es la que hace referencia a la alteración del pensamiento. Los síntomas de esta escala tienen que ver con la existencia de pensamientos extraños u obsesiones, tener miedo de pensar o hacer una cosa mala, presentar gestos nerviosos o tics, repetir ciertos actos una y otra vez, hacer cosas extrañas, tener ideas peculiares. Así pues, las puntuaciones significativas en esta escala podrían estar indicando la presencia de trastorno obsesivo compulsivo, fobia específica y trastorno de ansiedad por separación, entre otros.

Es importante destacar que la familia de la paciente destaca significativamente otras escalas, entre las cuales encontramos la escala de ansiedad – depresión, la cual incluye la presencia de llanto, culpabilidad, preocupaciones, hablar de suicidio, miedos, no sentirse querido o valorado, perfeccionismo y nervios. Una elevada puntuación en esta escala, puede indicar la presencia de trastornos depresivos y ansiosos, entre otros. Asimismo, la escala de problemas sociales también se encuentra alterada. Esta escala incluye preguntas sobre quejas en referencia a sentirse solo, dependencia, burla, tener problemas con la pronunciación o el habla... Así pues, podemos encontrar trastorno depresivo, trastorno de ansiedad, trastorno por déficit de atención con hiperactividad, trastorno negativista desafiante y trastorno disocial entre otros. Por último lugar, es importante señalar que la escala con la puntuación más elevada es la que hace referencia a problemas de atención. Dicha escala incluye síntomas como impulsividad, mucha actividad o inquietud, comportamiento inmaduro para su edad, déficit de concentración y atención durante mucho tiempo, dispersión, trabajo escolar deficiente y déficit de coordinación. Dicha puntuación es indicativa de una posible presencia de un trastorno por déficit de atención con hiperactividad, estado de ánimo depresivo o trastorno del comportamiento perturbador.

Así pues, en conclusión, podemos inferir que, según los padres y los tutores de Sara, ésta sería más bien una persona con mayor tendencia a internalizar sus problemas en lugar de externalizarnos. Esto confirma que Sara presenta más problemas de aislamiento, problemas ansioso – depresivos, problemas en las relaciones sociales tal y como se ha comentado anteriormente.

- **ADOS – 3:** durante esta evaluación, se le pidió a la paciente ciertas tareas mientras se la observaba al realizarlas. Estas tareas fueron realizar juego simbólico, mantener una conversación, inventar una historia, narrar un cuento y realizar una escena con mímica y a raíz de esto, se indaga sobre la comprensión de conceptos sociales y sentimientos.

Sara obtiene una puntuación directa de **9** en algoritmos que se corresponde con una puntuación escalar de **6**. Por lo tanto, sería compatible con TEA.

A nivel cualitativo, cabe destacar cierta alteración en la prosodia durante el discurso de Sara. A lo largo de la evaluación, la paciente da información sobre sus experiencias y sentimientos de forma adecuada y correcta pero, sin embargo, realiza preguntar a la evaluadora de forma limitada, mostrando cierta dificultad. Asimismo, también parecía

que le era complejo narrar hechos no rutinarios. En definitiva, su conversación era poco recíproca. En relación a esto, sus respuestas sociales eran limitadas y/o peculiares. Realizaba un uso estereotipado o idiosincrático de palabras o frase.

Además, hacía un uso limitado de la gestualidad, su expresión facial era reducida. Esto se complementaba con una presencia de patrones de pensamiento y de conducta también rígida. Es importante tener en cuenta que Sara, si presentaba cierta comprensión, identificación y respuesta ante las emociones ajenas. Así como también entendía varias relaciones sociales típicas pero, sin embargo, no acababa de comprender su papel en éstas.

Cuestionario para la detección de síntomas Trastornos de la Conducta Alimentaria

- EDI – 2:

ESCALA	PD	VALOR
DT	7	Sin patología
B	4	Sin patología
BD	17	Moderado
I	22	En riesgo
P	3	Sin patología
ID	12	Sin patología
IA	13	Sin patología
MF	16	Moderado
A	16	Moderado
IR	7	Sin patología
SI	11	Sin patología

Una vez realizada la evaluación clínica del EDI - 2, podemos concluir que los datos obtenidos reflejan un ‘‘régimen normal’’ y no existe una psicopatología añadida que requiera intervención. Así pues, se observa que la gran mayoría de puntuaciones reflejan una ausencia de patología alimentaria en Sara. Sin embargo, es importante destacar la escala de Ineficacia (I), donde la paciente ha obtenido una PD de 22, lo que significa que podría ser una escala a tener en cuenta por posible riesgo. Así como la presencia de una moderada sintomatología en las escalas de Insatisfacción corporal (BD), Miedo a la madurez (MF) y Ascetismo (A).

Conclusiones y orientación diagnóstica

Evaluada la información recogida en las entrevistas clínicas con Sara y con sus familiares, y la escuela, los resultados de las pruebas psicométricas y la observación directa durante el proceso diagnóstico, se concluye que la sintomatología que presenta Sara es coherente con el diagnóstico de **Trastorno del Espectro Autista (299.00)**.

V. Reflexiones personales

Una vez finalizada la exploración y evaluación Sara, creo que lo más relevante a destacar es la importancia de realizar un diagnóstico diferencial sólido puesto que, existen una gran variedad de matices que pueden diferenciar una u otra alteración relacionada con los TEA. Como se ha podido observar, el TEA y la AN, comparten características similares: tendencia a comportarse obsesivamente, pensamiento rígido, dificultades en el set – shifting, baja resistencia al cambio, excelente atención para los detalles, entre otros. De forma que muchos investigadores sugieren que la misma predisposición genética para el autismo y la anorexia se pueda expresar de modo distinto dependiendo el género de la persona. Asimismo, cuando pacientes con anorexia están muy por debajo del peso normal, se comportan de forma muy similar a las personas con autismo, cosa que explicaría la dificultad en la interpretación de las emociones de los otros así como el no poder regular las propias emociones. Así pues, la complejidad del diagnóstico de los TEA puede llevarnos a confundir algunos de los síntomas del autismo con la anorexia nerviosa cosa que, a su vez, podría generar un mal enfoque del caso y de su tratamiento.

Dado que la paciente seleccionada para dicho estudio de caso, enfocó su motivo de consulta como un trastorno de la conducta alimentaria, las primeras exploraciones fueron enfocadas a dicha patología, sin embargo, fue el ojo clínico de las evaluadoras lo que hizo posible una reformulación y un nuevo enfoque del caso, dirigido al TEA. Así pues, se propuso una nueva dirección a seguir y, gracias a las exploraciones y evaluaciones realizadas, se consiguió dar con el diagnóstico coherente con los resultados obtenidos.

Este proceso me ha hecho comprender la importancia de no quedarse solo con lo aparente o con la primera mirada, sino ir siempre más allá, a buscar qué hay detrás de aquello aparente para siempre garantizar una óptima intervención al paciente que tenemos delante. Si bien es cierto que este es un proceso complejo en la sanidad pública debido a la falta de tiempo de los profesionales, creo que es algo fundamental para llevar a cabo una buena praxis y ofrecer al paciente los mejores recursos y la mejor ayuda posible.

Al realizar dicho estudio de caso, también he tenido la oportunidad de reflexionar acerca de las inadecuadas intervenciones que pueden hacer algunos profesionales al no dedicar más tiempo a realizar una exploración completa y rigurosa. Así pues, en mi estancia en el CSMIJ del Hospital de Mataró, recibimos algunos casos de niños y/o adolescentes que habían recibido un diagnóstico errónea al que realmente presentaban. A raíz de esto, estos pacientes habían recibido un tratamiento psicológico y/o psiquiátrico inadecuado cosa que, a su vez, había generado en ellos y en su familia un modo de comportarse verso a una etiqueta diagnóstica.

Otro de los aspectos de los cuales he podido reflexionar a raíz de este estudio, es de las semejanzas de ambas patologías en sí que, como he ido mencionando a lo largo del trabajo, es un tema que actualmente está en auge por la comunidad científica. A pesar de que nuestra paciente obtuvo un diagnóstico final de TEA, no debemos olvidar que también presentó sintomatología compatible con AN, a pesar de que éste no sea su diagnóstico primario. Tradicionalmente, la AN se ha visto exclusivamente como un trastorno alimentario debido al alto riesgo de malnutrición e incluso de muerte. Sin embargo, las nuevas investigaciones sugieren que por debajo del comportamiento superficial, la mente de una persona con AN podría compartir muchos aspectos con la mente de una persona con autismo. Auyeung y Baron – Cohen (2015), hallaron que una proporción de mujeres con TEA podrían haber sido pasadas por alto debido a que los médicos las identifican primero con la AN, tal y como pasó con Sara. También es sabido que las mujeres con TEA tienden a pasar desapercibidas ya que generan “estrategias de camuflaje”, es decir, aprenden a actuar de forma socialmente aceptable a través de la imitación. Este elevado esfuerzo, conlleva a que tengan más probabilidades de padecer afectaciones emocionales sin saber exactamente qué les ocurre, en definitiva, son más vulnerables a desarrollar algún tipo de psicopatología, en este caso, la AN.

En nuestro caso, aquello que nos fue útil para determinar un diagnóstico primario fue realizar una historia del desarrollo de la paciente, puesto que para poder realizar el diagnóstico de TEA los síntomas deben estar presentes desde la infancia, antes de que aparezca el TCA. Así pues, al realizar la historia evolutiva y los test de cribaje correspondientes, pudimos observar como Sara llevaba conviviendo con estas dificultades desde que era pequeña.

Como conclusión, creo que es de vital importancia que los profesionales pongamos más atención a estos casos que llegan a consulta para así poder detectar y diagnosticar lo

antes posible a las mujeres con TEA que demandan ayuda por un TCA y poder enfocar el tratamiento de forma adecuada y específica según las necesidades de cada paciente.

Referencias

- Achenbach, T. M. (1991). *Manual for the Child Behavior Checklist/ 4-18 and 1991 Profile*. Burlington, VT, E.E. U.U.: Department of Psychiatry. University of Vermont.
- Baratas, M.; Hernando, N.; Mata, M.; Villalba, L. *Guía de intervención ante los trastornos de la alimentación en niños y niñas con TEA*. Autismo Madrid.
- Baron – Cohen., S. (1985). Does the autistic child have a “theory of mind”? *MRC Cognitive Development Unit, London, 21*. doi: 0010-0277/85/\$3.50
- Baron-Cohen, S. (2000). Theory of mind and autism: A fifteen year review. *Understanding other minds: Perspectives from developmental cognitive neuroscience*. Oxford University Press.
- Baron-Cohen, S., Jaffa, T., Davies, S., Auyeung, B., Allison, C. y Wheelwright, S. (2013): Do girls with anorexia nervosa have elevated autistic traits? *Mol Autism*,4. doi: 10.1186/2040-2392-4-24.
- Belinchón, M., Hernández, J. y Sotillo, M. (2008). *Personas con síndrome de Asperger. Funcionamiento, detección y necesidades*. Madrid: Fundación ONCE. Recuperado de <http://www.fundaciononce.es/libros/>.
- Belinchón, M., Hernández, J., Martos, J., Sotillo, M., Márquez, M. y Olea, J. (2008). *Escala Autónoma para la Detección del Síndrome de Asperger y el Autismo de Alto Nivel de Funcionamiento*. Madrid, España: Universidad Autónoma de Madrid.
- Boraska, V., Franklin, C. S., Floyd, J. A., Thornton, L. M., Huckins, L. M., Southam, L., ... Bulik, C. M. (2014). A genome-wide association study of anorexia nervosa. *Molecular Psychiatry, 19*, 1085-1094. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24514567>
- Coombs, E., Brosnan, M., Bryant-Waugh, R. y Skevington, S. M. (2011). *An investigation into the relationship between eating disorder psychopathology and autistic symptomatology in a non-clinical sample*. *British Journal of Clinical Psychology, 50*. doi: 10.1348/014466510X524408
- DeMeyer, M. K. (1979). *Parents and children in autism*. New York: John Wiley & Sons.

- Fisman, S., Steele, M., Short, J., Byrne, T. y Lavalley, C. (1996). Case study: anorexia nervosa and autistic disorder in an adolescent girl. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 35(7), 937-940. Recuperado de https://www.academia.edu/31032760/Case_Study_Anorexia_Nervosa_and_Autistic_Disorder_in_an_Adolescent_Girl
- Garner, D. M. (1998). *Eating Disorder Inventory- 2 Professional manual*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Gillberg, C. (1985). Autism and anorexia nervosa: Related conditions? *Nordisk Psykiatrisk Tidsskrift*, 39. doi: [10.3109/08039488509101911](https://doi.org/10.3109/08039488509101911)
- Gillberg, C., y Rastam, M. (1992). Do some cases of anorexia-nervosa reflect underlying autistic-like conditions. *Behavioural Neurology*, 5, 27–32. Recuperado de <https://pdfs.semanticscholar.org/ffd0/56fd6458b7769cfc510c5cd7fad457be38b.pdf>
- Hambrook, D., Tchanturia, K., Schmidt, U., Russell, T. y Treasure, J. (2008). Empathy, systemising and autistic traits in anorexia nervosa: A pilot study. *British Journal of Clinical Psychology*, 47, 335–339. doi:10.1348/014466507X272475
- Huke, V., Turk, J., Saeidi, S., Kent, A. y Morgan, JF. (2013) Autism spectrum disorders in eating disorder populations: a systematic review. *European eating disorders review: the journal of the Eating Disorders Association*, 21. doi:[10.1002/erv.2244](https://doi.org/10.1002/erv.2244).
- Kalvya, E. (2009) Comparison of eating attitudes between adolescent girls with and without asperger syndrome. Daughters' and mothers' report. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 39. doi: [10.1007/s10803-008-0648-5](https://doi.org/10.1007/s10803-008-0648-5)
- Karlsson, L., Rastan, M. y Wentz, E. (2013). The Swedish Eating Assessment for Autism spectrum disorders (SWAA) – Validation of a self – report questionnaire targeting eating disturbances within the autism spectrum. *Research in Developmental Disabilities*, 34. doi: [10.1016/j.ridd.2013.03.035](https://doi.org/10.1016/j.ridd.2013.03.035)
- Kinnaird, E., Norton, C., Stewart, C. y Tchanturia, K. (2019). Same behaviours, different reasons: what do patients with co-occurring anorexia and autism want from treatment? *International Review of Psychiatry*, 31. doi [10.1080/09540261.2018.1531831](https://doi.org/10.1080/09540261.2018.1531831)

- Lai, M., Lombardo, M., Auyeung, B., Chakrabarti, B. y Baron-Cohen, S. (2015). Sex/Gender Differences and Autism: Setting the Scene for Future Research. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 54(11), 11 – 24. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4284309/>
- Monfort, M. y Monfort, I. (2002). *En la mente: un soporte grafico para el entrenamiento de las habilidades pragmaticas en niños*. Madrid: Entha Ediciones.
- Nowakowski, E., McFarlane, T., y Cassin, S. (2013). Alexithymia and eating disorders: a critical review of the literature. *Journal of Eating Disorders*, 1(21), 1 – 14. Recuperado de <https://jeatdisord.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/2050-2974-1-21>
- Odent, M. (2010) Autism and anorexia nervosa: Two facets of the same disease? *Medical Hypotheses*, 75. doi: 10.1016/j.mehy.2010.01.039
- Oldershaw, A., Treasure, J., Hambrook, D., Tchanturia, K, y Schmidt, U. (2011). Is anorexia nervosa a version of autism spectrum disorders?. *European Eating Disorders Review*, 19(6), 462 – 474. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/49797381_Is_anorexia_nervosa_a_version_of_autism_disorder
- Pooni, J., Ninteman, A., Bryant-Waugh, R., Nicholls, D. y Mandy, W. (2012). Investigating autism spectrum disorder and autistic traits in early onset eating disorder. *International Journal of Eating Disorders*, 45(5), 83–91. 10.1002/eat.20980. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/221830007_Investigating_autism_spectrum_disorder_and_autistic_traits_in_early_onset_eating_disorder
- Rastam, M., Gillberg, C. y Wentz, E. (2003). Outcome of teenage- onset anorexia nervosa in a Swedish-community based sample. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 12. doi: 10.1007/s00787-003-1111-y
- Rastam, M. (2008) Eating disturbance and autism spectrum disorders with focus on adolescent and adult years. *Clinical Neuropsychiatry*, 5(1), 31–42. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/268398818_Eating_disturbances_in_a_autism_spectrum_disorders_with_focus_on_adolescent_and_adult_years
- Rhind, C., Bonfioli, E., Hibbs, R., Goddard, E., Macdonald, P., Gowers, S. y Treasure, J. (2014). An examination of autism spectrum traits in adolescents with anorexia nervosa and their parents. *Molecular Autism*, 5. doi:10.1186/2040-2392-5-56
- Rothery, D. y Garden, G. (1988). Anorexia nervosa and infantile autism. *British*

- Journal of Psychiatry*, 153. doi: 10.1192/bjp.153.5.714
- Rutter, M., Bailey, A. y Lord, C. (2019). SCQ. *Cuestionario de Comunicación Social* (J. Pereña y P. Santamaría, adaptadores). Madrid: TEA Ediciones.
- Sobanski, E., Marcus, A., Henninghausen, K., Hebebrand, J. y Schmidt, M. H. (1999) Further evidence for a low body weight in male children and adolescents with Asperger's disorder. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 8(4), 312–314. Recuperado de <https://link.springer.com/article/10.1007/s007870050106>
- Tchanturia, K., Davies, H., Harrison, A., Fox, A., Treasure, J. y Schmidt, U. (2012). Altered social hedonic processing in eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 45. doi: 10.1002/eat.22032
- Tchanturia, K., Smith, E., Weineck, F., Fidanboyly, E., Kern, N., Treasure, J. y Baron - Cohen, S (2013). Exploring autistic traits in anorexia: a clinical study. *Molecular Autism*, 4. doi: 10.1186/2040-2392-4-44
- Tipau – Ustárrroz, J., Pérez – Sayes, G., Erekatxo – Bilbao, M. y Pelegrín – Valero, C. (2007). ¿Qué es la teoría de la mente? *Revista de Neurología*, 44. doi: 10.33588/rn.4408.2006295.
- Treasure, J. (2013). Coherence and other autistic spectrum traits and eating disorders: Building from mechanism to treatment. The Birgit Olsson lecture. *Nordic Journal of Psychiatry*, 67(1), 38–42. doi:10.3109/08039488.2012.674554
- Treasure, J. y Schmidt, U. (2013). The cognitive interpersonal maintenance model of anorexia nervosa revisited: A summary of the evidence for cognitive, socio-emotional and interpersonal predisposing and perpetuating factors. *Journal of Eating Disorders*, 1(13), doi:10.1186/2050-2974-1-13
- Ventoso, M.R. *Los problemas de alimentación en niños pequeños con autism. Breve guía de intervención*. Publicado en Rivière. A. y Martos, J. (comp). (2000). El niño pequeño con autism. 10, 120 – 122. Madrid: APNA
- Wechsler, D. (2015). *WISC – V. Escala de inteligencia de Wechsler para niños – V*. Madrid: Pearson (Edición original, 2014).
- Wentz, E., Gillberg, I. C., Anckarsater, H., Gillberg, C. y Rastam, M. (2009). Reproduction and offspring status 18 years after teenage-onset anorexia nervosa– A controlled community-based study. *International Journal of Eating Disorders*, 42(6), 483–491. <http://dx.doi.org/10.1002/eat.20664>

- Westwood, H., Stahl, D., Mandy, W. y Tchanturia, K. (2016) The set-shifting profiles of anorexia nervosa and autism spectrum disorder using the Wisconsin Card Sorting Test: A systematic review and meta-analysis. *Psychological Medicine*, 46. doi:10.1017/S0033291716000581.
- Westwood, H. y Tchanturia, K. (2017). Autism Spectrum Disorder in Anorexia Nervosa: An Updated Literature Review. *Current Psychiatry Reports*, 19(7). doi: 10.1007/s11920-017-0791-9
- Wing, L. y Gould, J. (1979). Severe impairments of social interaction and associated abnormalities in children: Epidemiology and classification. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 9, 11–29. doi:10.1007/BF01531288
- Zucker, N.L., Losh, M., Bulik, C. M., LaBar, K.S., Piven, J. y Pelphrey, K.A. (2007). Anorexia nervosa and autism spectrum disorders: guided investigation of social cognitive endophenotypes. *Psychological bulletin*, 133. doi: 10.1037/0033-2909.133.6.976