

## Entrevista a Gema García Marco Psicóloga

por Almer Villajos



*Gema García Marco es psicóloga especializada en trastornos de alimentación. Actualmente es la coordinadora clínica de un centro especializado en trastornos alimentarios: el Centro TITCA de Valencia, donde ejerce como terapeuta individual, grupal y familiar. Complementa su labor clínica con la docencia, es profesora de trastornos alimentarios en el grado de psicología de la Universidad Católica de Valencia “San Vicente Mártir” y docente en diversas formaciones de postgrado. Es coordinadora del grupo de trabajo de trastornos alimentarios y obesidad del Colegio Oficial de Psicólogos de la Comunidad Valenciana.*

### 1. ¿Cuál es el motivo de que dediquemos esta entrevista a los trastornos del espectro autista (TEA) y la anorexia nerviosa (AN)?

Hay un creciente interés en los últimos años, y un aumento de la atención en investigación para esclarecer el origen de la relación entre la AN y el TEA así como las especificidades clínicas y de abordaje en los casos de comorbilidad entre ambos. Yo diría que todavía tenemos más preguntas que respuestas al respecto, pero el horizonte es esperanzador dado el aumento de interés y del número de investigaciones que comentaba al principio.

### 2. ¿A qué nos referimos cuando hablamos de TEA?

El TEA es un trastorno del neurodesarrollo que se manifiesta de forma más o menos evidente en la infancia, caracterizado por dificultades en la comunicación social y por patrones restrictivos y repetitivos de comportamiento. Puede darse con o sin déficit intelectual así como con o sin deterioro del lenguaje. En el DSM-5 desaparecen los subtipos reconociendo un amplio abanico de fenotipos dentro del espectro autista, por lo que desaparece la nomenclatura de Trastorno de Asperger (el más estudiado en relación a la AN) pero eso no quiere decir que desaparezca el cuadro clínico en sí. Lo que cambia en la DSM-5 es la visión categorial, siendo considerado un trastorno dimensional, en función de las necesidades de apoyo requeridas. Las personas antes diagnosticadas como “Trastorno de Asperger” (síndrome de Asperger según la CIE-10) actualmente entrarían en la categoría diagnóstica de TEA de grado 1 especificando que no presentan déficit cognitivo ni deterioro del lenguaje.

### 3. ¿Cuál es la prevalencia de TEA en casos de AN?

Numerosos estudios demuestran ya la alta prevalencia de rasgos del trastorno de espectro autista en algunas personas con AN. En una revisión sistemática en 2013 de Huke et

al., para la “European Eating Disorders Review” encontraron una prevalencia estimada del TEA en pacientes con AN de un 23 %. Estos estudios se han realizado sobre todo en población adulta, hay muchos menos estudios que se han centrado en esta comorbilidad en niños y adolescentes.

#### **4. ¿Cuáles son las principales dificultades a la hora de realizar el diagnóstico?**

El diagnóstico de TEA es fundamental para poder ofrecer un tratamiento ajustado a las particularidades del caso, pero es sin duda un reto complicado por varios motivos:

El TEA está generalmente infradiagnosticado en mujeres, existe lo que se llama “sesgo de género” en el diagnóstico. Esto se debe a varios motivos: por un lado, los instrumentos de evaluación existentes y los criterios diagnósticos del DSM-5 no contemplan las diferencias de género (diferencias que son tan claras que se ha llegado a proponer que pueda haber un fenotipo autista diferente en mujeres) y por otro, las mujeres con TEA tienden a pasar desapercibidas, ya que presentan menos comportamientos estereotipados y restrictivos que los hombres y generan “estrategias de camuflaje”. Estas mujeres aprenden a comportarse de una forma socialmente aceptable a través de la imitación (se ponen una especie de máscara social), pero este esfuerzo les supone un coste emocional muy alto: crecen conviviendo con sentimientos de inadecuación, ansiedad... etc. sin obtener un diagnóstico claro que explique lo que les ocurre. Por tanto, son más vulnerable a desarrollar algún tipo de psicopatología, como podría ser la AN. Es más, en ocasiones los síntomas de AN pueden ser para la persona un intento de solución a su angustiada situación. Así es frecuente que en consulta expresen cosas como:

*“Siempre me he sentido diferente, con unas necesidades fuera de la normalidad y era algo que no podía controlar. Esa inseguridad desencadenó en un proceso de control de mi cuerpo que se me escapó de las manos”*

*“Creo que nunca voy a ser aceptada porque soy rara, si adelgazo por lo menos me aceptarán”*

Pero a su vez, los síntomas de AN pueden enmascarar el cuadro de TEA cuando se manifiestan con rigidez y obsesiones focalizadas en el cálculo de calorías y el control de peso. Establecer claramente cuál es la relación se complica aún más si tenemos en cuenta que algunas personas sin TEA pueden mostrar comportamientos asociados a éste durante las fases agudas de la anorexia debido a las consecuencias psicológicas del bajo peso.

Algo que nos puede ayudar es tener siempre presente que para realizar el diagnóstico de TEA los síntomas deben estar presentes desde la infancia, antes de que aparezca el trastorno alimentario, y además no mejorar significativamente tras la recuperación ponderal. Es importante para el diagnóstico realizar una historia del desarrollo, y trabajar en equipo: lo ideal sería que un especialista en trastornos alimentarios y un especialista en TEA realizaran de forma conjunta el diagnóstico y pudieran trabajar en equipo durante el tratamiento.

#### **5. Las alteraciones en la alimentación son algo frecuente en TEA, ¿no es así?**

Así es, tenemos que poder diferenciar entre alteraciones alimentarias (comunes en personas TEA) y un trastorno alimentario, aunque los estudios dicen que las primeras pueden llevar

a las segundas con el paso del tiempo. Por tanto, las personas TEA podrían ser una población de riesgo: sabemos que los niños que presentan alteraciones alimentarias en la infancia tienen más probabilidades de desarrollar un trastorno alimentario (TA) en la adolescencia. En niños TEA es común encontrar alimentación selectiva, pica, rumiación, rechazo a alimentos nuevos, fuertes preferencias alimentarias y/o rechazo a alimentos por cuestiones sensoriales (color, textura...).

Estas características nos pueden recordar al diagnóstico de restricción/evitación de alimentos del DSM-5. Sin embargo, no siempre estas alteraciones alimentarias dan como resultado un grado de deterioro suficiente que requiera un diagnóstico de trastorno de evitación/restricción de la ingesta de alimentos. El DSM-5 indica que sólo debería diagnosticarse si se cumplen todos los criterios de ambos trastornos y si el trastorno de la conducta alimentaria requiere un tratamiento específico.

## 6. ¿Cuáles son los aspectos comunes en ambas patologías?

La AN y el TEA comparten algunas semejanzas conductuales, pero podría ser que también compartan algunas características neurológicas. El perfil neuropsicológico de los TA ha sido objeto de estudio en las últimas décadas, siendo las características más consensuadas la debilidad en la coherencia central y la rigidez cognitiva. Más recientemente también se ha puesto el foco de la investigación en las dificultades socioemocionales, a través de estudios de la cognición social. Dentro del concepto de cognición social se encuentran varios subprocesos, incluido en ellos el de teoría de la mente.

**La Teoría de la Mente (ToM)** hace referencia a las habilidades para percibir los estados afectivos de los demás y de uno mismo, así como de interpretar y hacer inferencias en situaciones sociales que ayuden a predecir el comportamiento de los demás. En personas TEA existen dificultades en las tareas relacionadas con la ToM y en AN se está estudiando la importancia del índice de masa corporal (IMC) en el desempeño en las tareas que evalúan este constructo para averiguar el papel que puede tener el estado de privación de alimentos. Los resultados no son concluyentes todavía.

Por su parte, **la rigidez cognitiva** hace referencia a las dificultades para utilizar un estilo de pensamiento flexible que posibilite alternar entre operaciones, acciones, tareas...etc. La rigidez puede manifestarse a través de la tendencia a poner en marcha estrategias inflexibles de solución de problemas y dificulta la adaptación a las circunstancias vitales, que son cambiantes. Diferentes investigaciones demuestran flexibilidad cognitiva reducida en pacientes con anorexia. Estas dificultades no mejoran con la ganancia de peso, se han encontrado en familiares de personas con AN y se mantienen en pacientes recuperadas, lo que sugiere que es un rasgo estable. Esta dificultad se encuentra también en personas con TEA.

Para finalizar, cuando hablamos de **coherencia central** nos referimos a la tendencia a procesar la información focalizando en los detalles en lugar de tener una visión amplia de conjunto. Existe evidencia de débil coherencia central en personas con AN. Parece ser también un rasgo estable ya que está presente en pacientes recuperadas. Este tipo de procesamiento podría explicar cómo las pacientes perciben su cuerpo: de forma hiperfocalizada en aque-

llas partes que no les gustan de sí mismas y con una gran dificultad para valorarlo de forma global. Estos problemas de coherencia central también se encuentran en personas con TEA. No obstante, en una revisión reciente de la literatura se concluye que no está claro todavía si la presencia de síntomas TEA en AN responde a un trastorno del neurodesarrollo subyacente, si son agravados por el propio trastorno alimentario o si son meras semejanzas en el funcionamiento emocional y socio-cognitivo.

Como comentaba al principio, todavía nos faltan muchas respuestas.

### **7. ¿Qué implicaciones tiene esta comorbilidad?**

La comorbilidad entre TEA y AN está asociada a peor pronóstico y a una peor respuesta al tratamiento ya que la rigidez y las dificultades de introspección características del TEA dificultan la respuesta a los programas terapéuticos tradicionales para trastornos alimentarios. Para dar respuesta a estas dificultades, surge el interés en la terapia de remediación cognitiva como forma de abordaje posible en estos casos

### **8. ¿Puedes hablarnos algo más acerca de la terapia de remediación cognitiva?**

La terapia de remediación cognitiva (TRC) aborda características que comparten ambos diagnósticos (rigidez cognitiva y problemas coherencia central) y se ha demostrado eficaz en casos de AN. En ella se trabajan los procesos cognitivos (*cómo piensan los pacientes*) más que el contenido de los pensamientos (*qué piensan los pacientes*).

En palabras de Kate Tchanturia, una incansable investigadora en este campo, la TRC se apoya en la idea de la plasticidad cerebral y la capacidad del cerebro para reorganizarse a través de la práctica de determinadas habilidades. La pretensión de la TRC es ayudar a realizar nuevas conexiones cerebrales a través de ejercicios cognitivos (de “gimnasia mental”) y tareas conductuales para realizar entre sesiones.

El objetivo es que reflexionen a través del descubrimiento guiado sobre sus propios estilos de pensamiento y cómo éstos les afectan en su vida cotidiana. Se trata de que reconozcan sus estilos de pensamiento inflexibles para después trabajar sobre las áreas de su vida en que presentan comportamientos rígidos (comida, cuerpo, ejercicio... etc.), así como que reconozcan su excesiva atención a los detalles y promover el desarrollo del pensamiento más global en su vida cotidiana (por ejemplo: pasar de enfocarse en las calorías de los alimentos a tener una visión más amplia del alimento)

Esta forma de abordaje puede ser menos amenazante en fases iniciales del tratamiento, ya que no se tratan directamente aspectos relacionados con la comida.

### **9. ¿Le gustaría decir algo más para finalizar?**

Me gustaría lanzar el mensaje de que es muy importante que los clínicos (y sobre todo los que trabajamos con trastornos alimentarios) estemos atentos y podamos detectar y diagnosticar lo antes posible a las mujeres TEA que llegan a consulta buscando tratamiento por un trastorno alimentario. Tener un diagnóstico les va a ayudar a ellas a encajar muchas piezas que estaban sueltas e inconexas en el puzzle de sus vidas, y a nosotros a realizar un abordaje específico que tenga en cuenta sus necesidades.