

Fundación H. A. Barceló
Facultad de Medicina
Maestría en Neuropsicofarmacología
Clínica.

Título: Comorbilidad entre Trastorno del Espectro Autista y
Anorexia Nerviosa en adultos: Implicancias terapéuticas
desde la Psiconeurofarmacología

Autora: Med. Barrionuevo María José

Tutor: Prof. Dr. Leandro Daniel Dionisio

Julio 2025

Agradecimientos:

- Mi más sincero agradecimiento al Dr. Leandro Dionisio, por su generosidad a la hora de compartir su experiencia, su compromiso y su calidez humana a la hora de enseñar.

Índice General

Agradecimientos:.....	2
Índice de Tablas y Figuras	5
Capítulo1: Introducción	6
Capítulo 2: Justificación	8
Capítulo 3: Hipótesis	9
3.1. Hipótesis Principal:	9
3.2. Hipótesis secundarias:	9
Capítulo 4: Objetivos	10
4.1. Objetivo General:	10
4.2. Objetivos Específicos:	10
Capítulo 5: Marco Teórico	11
5.1. Trastorno del espectro Autista en adultos	11
5.1.a. Métodos diagnósticos para el Trastorno del Espectro Autista (TEA) en adultos.....	11
5.1.b. Diagnóstico diferencial del Trastorno de Espectro Autista:	13
5.1.c. Contextualización neurobiológica de la comorbilidad TEA–AN.....	16
5.1.d. Evolución nosológica del TEA: del DSM-IV al DSM-5	18
5.2. Anorexia Nerviosa:	20
5.2.a. Diagnóstico deferencial de la Anorexia Nerviosa (NA)	20
5.3. Abordajes psicoterapéuticos diferenciados en la comorbilidad TEA–AN	23
5.4. Superposición clínica entre TEA y AN	24
5.5. Evaluación diagnóstica: Uso del AQ-10 como herramienta de tamizaje	25
5.6. Implicancias clínicas y psicofarmacológicas.....	26
5.6.a. Implicancias clínicas.....	26
5.6.b. Implicancias psicofarmacológicas.....	27
Capítulo 6: Material y Método	30
6.1. Criterios de Inclusión:	30
6.2. Criterios de exclusión:.....	31
Capítulo 7: Resultados.....	32
Capítulo 8: Discusión	35

8.1. Hallazgo de rasgos TEA en pacientes con AN	35
8.2. Comorbilidad TEA/AN en la literatura internacional	36
8.3 Tratamiento psicofarmacológico en la comorbilidad TEA–AN: fundamentos clínicos y revisión crítica	37
8.4 Consideraciones sobre márgenes terapéuticos y toxicidad farmacológica	40
8.5. Subdiagnóstico del TEA en mujeres con AN	43
8.6. Limitaciones y sesgos del estudio	45
Capítulo 9: Conclusiones	47
Capítulo 10: Perspectiva de género y estigmatización en la comorbilidad TEA–AN	49
Capítulo 11: Bibliografía	51
Capítulo 13: ANEXOS	55
ANEXO 1	55
ANEXO 2	56
ANEXO 3	57

Índice de Tablas y Figuras

Figura 1. Subtipos de Anorexia Nerviosa en la muestra analizada.....	32
Figura 2. Comorbilidades psiquiátricas en pacientes con Anorexia Nerviosa (n=15).	33
Figura 3. Distribución de resultados del tamizaje con AQ-10 en pacientes con AN (n=15).	33
Figura 4. Distribución del tratamiento psicofarmacológico en pacientes con y sin rasgos TEA según AQ-10.	34
_Tabla 1. Consideraciones psicofarmacológicas en la comorbilidad TEA–AN	42

Capítulo 1: Introducción

La interacción entre trastornos del neurodesarrollo y de la conducta alimentaria se ha convertido en una temática de creciente interés en la práctica psiquiátrica, particularmente por las dificultades diagnósticas que presentan en pacientes adultos. En esta población, los cuadros suelen manifestarse de forma solapada o ser atribuidos a diagnósticos alternativos, dificultando la implementación de abordajes terapéuticos eficaces. En este contexto, la relación entre el Trastorno del Espectro Autista (TEA) y la Anorexia Nerviosa (AN) plantea un desafío clínico complejo que requiere una perspectiva diagnóstica integral y especializada.

El TEA, tradicionalmente conceptualizado como un trastorno del neurodesarrollo de inicio en la infancia, puede persistir en la vida adulta con manifestaciones clínicas atenuadas o enmascaradas por comorbilidades psiquiátricas. Esta condición se presenta frecuentemente en mujeres, lo que contribuye a su subdetección en entornos clínicos convencionales. La baja sensibilidad de los instrumentos diagnósticos estándar frente a presentaciones clínicas que no se ajustan al perfil masculino clásico limita su identificación. Este fenómeno ha sido descrito como el “fenotipo femenino” del autismo, caracterizado por conductas de camuflaje social, estrategias compensatorias y adaptaciones aprendidas, lo que perpetúa el subdiagnóstico en mujeres adultas con TEA (Hull et al., 2020).

Según los criterios diagnósticos del *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, quinta edición (DSM-5), el TEA se define por la presencia de déficits persistentes en la comunicación e interacción social, así como por patrones restrictivos y repetitivos de conducta, intereses o actividades (American Psychiatric Association [APA], 2013). La AN, por su parte, se caracteriza por una restricción

sostenida de la ingesta calórica, un temor intenso e irracional a aumentar de peso y una alteración significativa en la percepción del peso corporal o la imagen corporal.

Numerosos estudios han documentado una elevada prevalencia de rasgos autistas en mujeres con AN, aun en ausencia de un diagnóstico formal de TEA (Westwood & Tchanturia, 2017). Esta superposición sintomática dificulta el diagnóstico diferencial e impone la necesidad de adaptar tanto los abordajes psicoterapéuticos como psicofarmacológicos a un modelo de atención interdisciplinaria centrado en la neurodiversidad

La presente tesis tiene como propósito analizar, desde una perspectiva clínico-farmacológica, la comorbilidad entre el Trastorno del Espectro Autista y la Anorexia Nerviosa en pacientes adultos, haciendo hincapié en la caracterización del perfil clínico, la prevalencia observada en la práctica asistencial, y las implicancias terapéuticas, poniendo atención en la utilización racional y personalizada de psicofármacos.

Capítulo 2: Justificación

En la práctica psiquiátrica actual, la comorbilidad entre el Trastorno del Espectro Autista (TEA) y la Anorexia Nerviosa (AN) en personas adultas plantea un reto diagnóstico y terapéutico significativo. La identificación tardía o incompleta de rasgos autistas en pacientes con trastornos de la conducta alimentaria puede conducir a abordajes insuficientes o no ajustados, en particular cuando no se consideran las características neurocognitivas propias del espectro autista.

A pesar de la creciente evidencia en la literatura internacional sobre la alta prevalencia de síntomas autistas en mujeres con AN, persiste una falta de sistematización en cuanto a los enfoques psicoterapéuticos y psicofarmacológicos específicamente dirigidos a este subgrupo clínico. En este escenario, se torna fundamental un análisis riguroso de esta intersección diagnóstica, que contemple la heterogeneidad clínica y permita optimizar tanto la precisión diagnóstica como la planificación terapéutica.

La presente investigación se inscribe en la necesidad de aportar, desde una mirada técnico-clínica, un abordaje integrador que combine la evidencia científica actual con la experiencia asistencial derivada del trabajo interdisciplinario en instituciones especializadas en Trastornos de la Conducta Alimentaria.

Capítulo 3: Hipótesis

3.1. Hipótesis Principal:

En mujeres adultas con diagnóstico de Anorexia Nerviosa, la prevalencia de rasgos compatibles con el Trastorno del Espectro Autista es significativamente mayor que en la población general, lo que implica la necesidad de adaptar las estrategias psicofarmacológicas y psicoterapéuticas a este perfil clínico específico.

3.2. Hipótesis secundarias:

- La presencia de rasgos TEA en pacientes con AN se asocia a una mayor frecuencia de rigidez cognitiva y conductas repetitivas, dificultando la respuesta a tratamientos convencionales.
- El uso sistemático del cuestionario AQ-10 permite detectar casos subdiagnosticados de TEA en pacientes con AN, facilitando un abordaje clínico más integral.
- El perfil farmacológico utilizado en pacientes con AN y rasgos TEA tiende a incluir mayor frecuencia de ISRS y antipsicóticos atípicos, en comparación con pacientes sin rasgos autistas.

Capítulo 4: Objetivos

4.1. Objetivo General:

- Analizar la comorbilidad entre el Trastorno del Espectro Autista y la Anorexia Nerviosa en pacientes mayores a 18 años, analizando las implicancias para la intervención psicofarmacológica con un enfoque clínico interdisciplinario.

4.2. Objetivos Específicos:

- Determinar la prevalencia de rasgos compatibles con TEA en una muestra de pacientes adultas con diagnóstico de AN.
- Caracterizar los perfiles clínicos y comórbidos más frecuentes en dicha población.
- Evaluar las estrategias psicofarmacológicas implementadas y su adecuación al cuadro clínico complejo.
- Identificar limitaciones en los abordajes terapéuticos actuales y proponer lineamientos para un manejo más integral.

Capítulo 5: Marco Teórico

5.1. Trastorno del espectro Autista en adultos

El Trastorno del Espectro Autista (TEA) es una condición del neurodesarrollo caracterizada por la presencia de alteraciones persistentes en la comunicación e interacción social, junto con patrones restrictivos y repetitivos de comportamiento, intereses o actividades. Según el *DSM-5*, estos síntomas deben estar presentes desde la infancia, aunque pueden no manifestarse plenamente hasta que las demandas sociales exceden las capacidades del individuo (American Psychiatric Association [APA], 2013).

En adultos, el TEA suele adoptar formas clínicas atípicas o compensadas, lo que dificulta su detección, especialmente en mujeres, donde los síntomas suelen ser enmascarados por habilidades imitativas o estrategias de camuflaje social (Lai & Baron-Cohen, 2015). Se describen rasgos como rigidez cognitiva, dificultades para inferir estados mentales ajenos (déficit en teoría de la mente), hipersensibilidad sensorial y limitaciones en los vínculos sociales recíprocos (Baron-Cohen, Leslie & Frith, 1985; Frith, 1991)

5.1.a. Métodos diagnósticos para el Trastorno del Espectro Autista (TEA) en adultos

El diagnóstico del TEA en adultos constituye un desafío clínico relevante debido a su presentación heterogénea, la frecuente comorbilidad con otros trastornos y la ausencia de criterios estructurados adaptados a esta población (Lai & Baron-Cohen,

2015). Esto conlleva un subregistro considerable, particularmente en mujeres sin discapacidad intelectual.

Instrumentos estructurados y estandarizados

Los métodos diagnósticos para TEA se basan en una combinación de entrevistas clínicas, observación directa, aplicación de escalas estandarizadas y revisión de antecedentes del desarrollo. Entre los más utilizados se destacan:

- **ADOS-2 (Autism Diagnostic Observation Schedule – Second Edition)**

Es considerado el instrumento “gold standard” para la evaluación directa de conductas asociadas al espectro autista. Consiste en módulos estructurados que permiten observar interacciones sociales, comunicación, juego imaginativo y conductas repetitivas. Aunque fue diseñado inicialmente para población infantil, existen módulos adaptados para adultos (**Rutter, Le Couteur & Lord, 2003**).

- **ADI-R (Autism Diagnostic Interview – Revised)**

Es una entrevista clínica semi-estructurada administrada a un informante confiable, como un familiar. Evalúa dimensiones clave como el desarrollo del lenguaje, la reciprocidad social, los patrones de comportamiento repetitivo y los antecedentes del neurodesarrollo. Su utilidad en adultos está limitada si no se cuenta con buena información retrospectiva.

- **RAADS-R (Ritvo Autism Asperger Diagnostic Scale – Revised)**

Cuestionario autoadministrado diseñado para detectar síntomas autistas en adultos con cociente intelectual dentro del rango normal. Evalúa dominios como lenguaje, socialización, intereses restringidos y procesamiento sensorial. Presenta buena sensibilidad, aunque su especificidad puede reducirse en presencia de comorbilidades (**Ritvo et al., 2011**).

- **AQ (Autism Spectrum Quotient)**

Herramienta de tamizaje creada por Baron-Cohen et al., ampliamente difundida por su

- brevedad y facilidad de aplicación. El AQ-10, versión reducida, se ha utilizado en contextos clínicos como primera aproximación al diagnóstico, aunque no reemplaza evaluaciones estructuradas. Su utilidad radica en identificar sujetos que requieren evaluación más profunda.

Consideraciones clínicas

El diagnóstico en adultos debe integrar los resultados de los instrumentos con la evaluación clínica integral, incluyendo el análisis del perfil neurocognitivo, antecedentes evolutivos y manifestaciones actuales. En pacientes con comorbilidad psiquiátrica, como en los casos con trastornos de la conducta alimentaria, es fundamental diferenciar entre síntomas primarios del TEA y manifestaciones secundarias al curso del TCA, evitando tanto el sobrediagnóstico como el subregistro.

En ámbitos con recursos limitados, herramientas de cribado como el AQ-10 pueden guiar la detección inicial, pero siempre deben complementarse con una valoración especializada para minimizar falsos positivos o negativos (Lai et al., 2015).

5.1.b. Diagnóstico diferencial del Trastorno de Espectro

Autista:

Tal como se ha desarrollado previamente, el diagnóstico del TEA en adultos, y particularmente en mujeres, exige una evaluación clínica minuciosa, dada la alta frecuencia de presentaciones atípicas o enmascaradas por otros cuadros psiquiátricos. Los diagnósticos diferenciales más relevantes son:

Trastorno Obsesivo-Compulsivo (TOC)

Similitudes:

- Rigidez cognitiva.
- Conductas repetitivas.
- Ansiedad ante cambios en la rutina.

Diferencias clave:

- En el TOC, los rituales se realizan para aliviar una ansiedad derivada de pensamientos intrusivos (obsesiones), y el paciente suele percibirlos como egodistónicos.
- En el TEA, las conductas repetitivas son egosintónicas, relacionadas con placer, predictibilidad o autorregulación.

Psicofarmacología:

- Ambos responden a ISRS (Ej.: fluoxetina, sertralina), pero en el TEA el tratamiento farmacológico es más limitado y centrado en síntomas asociados como ansiedad o irritabilidad (Lai & Baron-Cohen, 2015).

Trastorno límite de la personalidad (TLP)

Similitudes:

- Dificultades interpersonales.
- Inestabilidad emocional (en mujeres con TEA mal diagnosticadas).
- Impulsividad en algunos casos.

Diferencias clave:

- El TLP se caracteriza por una intensa oscilación afectiva, miedo al abandono, conductas autolesivas y reactividad interpersonal.
- En el TEA, los déficits sociales son persistentes, con dificultades empáticas cognitivas, pero no necesariamente afectivas, y sin labilidad emocional marcada.

Psicofarmacología:

- El TLP puede requerir estabilizadores del ánimo (Ej.: lamotrigina) o antipsicóticos atípicos (Ej.: aripiprazol), mientras que en TEA se prioriza la contención psicoeducativa y abordaje de síntomas comórbidos (Bradshaw et al., 2021).

Trastorno esquizotípico de la personalidad/ esquizofrenia.

Similitudes:

- Aislamiento social.
- Pensamiento idiosincrático.
- Contacto visual limitado.

Diferencias clave:

- En el TEA no hay alteración del pensamiento formal, delirios ni alucinaciones, y las dificultades sociales están presentes desde la infancia.
- El trastorno esquizotípico puede tener elementos de pensamiento mágico o desorganizado no presentes en el autismo.

Psicofarmacología:

- El TEA no requiere antipsicóticos salvo en casos específicos de irritabilidad severa o comorbilidades (Ej.: risperidona), a diferencia de los trastornos del espectro esquizofrénico donde son de primera línea (APA, 2022).

TDAH

Similitudes:

- Inatención.
- Impulsividad.
- Dificultades para seguir instrucciones.

Diferencias clave:

- En el TDAH, los síntomas son más fluctuantes y contextuales, con mayor variabilidad emocional. El TEA tiene una base estructural de rigidez, intereses restringidos y afectación social que no están presentes en el TDAH puro.

Psicofarmacología:

- Los psicoestimulantes como metilfenidato pueden ser útiles en TDAH, pero deben usarse con cautela en TEA por riesgo de irritabilidad (Rommelse et al., 2020).

5.1.c. Contextualización neurobiológica de la comorbilidad

TEA-AN

Desde una perspectiva neurobiológica, la comorbilidad entre el Trastorno del Espectro Autista (TEA) y la Anorexia Nerviosa (AN) puede comprenderse a partir de

disfunciones compartidas en circuitos cerebrales implicados en el control ejecutivo, la flexibilidad cognitiva, la integración emocional y la autorregulación conductual.

Estudios de neuroimagen funcional han evidenciado alteraciones en los circuitos frontoestriatales en ambos trastornos. Estas redes, que incluyen regiones prefrontales dorsolaterales, el estriado y el tálamo, están involucradas en funciones como la planificación, el control inhibitorio y la adaptación conductual. En pacientes con TEA o AN, estas redes presentan una conectividad reducida, lo que se traduce en rigidez cognitiva, perseveración conductual y dificultades para modificar esquemas mentales frente a nuevas demandas contextuales (Rommelse et al., 2020; Oldershaw et al., 2011).

La rigidez cognitiva, uno de los rasgos centrales tanto en el TEA como en subtipos específicos de AN, ha sido vinculada con patrones de activación atípica del estriado ventral y del córtex cingulado anterior durante tareas que exigen cambio atencional o resolución de conflictos. Estas alteraciones neurofuncionales favorecen un estilo de pensamiento inflexible, mantenido por mecanismos de refuerzo negativo y dificultad para inhibir respuestas disfuncionales (Tchanturia et al., 2017).

Otro fenómeno compartido es la denominada “**coherencia central débil**”, es decir, la tendencia a centrarse en detalles aislados en detrimento del procesamiento global de la información. Este sesgo perceptivo y cognitivo, ampliamente documentado en el TEA, también se observa en pacientes con AN, particularmente en aquellos con perfil obsesivo-perfeccionista. Clínicamente, esta característica se traduce en hiperatención a aspectos corporales mínimos, rigidez en la planificación de ingestas y escasa capacidad de integración emocional (Tchanturia, 2017).

Además, en ambas condiciones se han reportado alteraciones en la conectividad funcional entre la **red de modo por defecto** (DMN) y áreas responsables del procesamiento emocional, como la ínsula anterior y la amígdala. Estas alteraciones podrían explicar la elevada prevalencia de alexitimia observada tanto en el TEA como en la AN. La dificultad para identificar, interpretar y verbalizar las emociones propias no solo impacta negativamente en la regulación emocional, sino que también limita el desarrollo de vínculos terapéuticos eficaces y favorece el retraimiento social (Westwood & Tchanturia, 2017).

En conjunto, la convergencia neurofuncional entre ambas entidades respalda la hipótesis de una **vulnerabilidad compartida**, expresada a través de fenotipos clínicos parcialmente solapados. Esta mirada integradora aporta un marco explicativo a la complejidad diagnóstica y terapéutica observada, permitiendo diseñar intervenciones dirigidas a dominios cognitivos y afectivos específicos, más allá del diagnóstico categorial.

5.1.d. Evolución nosológica del TEA: del DSM-IV al DSM-5

En el DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2000), los trastornos del espectro autista se encontraban clasificados bajo el eje de Trastornos Generalizados del Desarrollo (TGD), e incluían cinco entidades diagnósticas distintas:

- Trastorno Autista
- Síndrome de Asperger
- Trastorno Desintegrativo Infantil
- Trastorno Generalizado del Desarrollo No Especificado (TGD-NE)
- Síndrome de Rett

Cada uno de estos subtipos presentaba criterios diagnósticos independientes, lo que frecuentemente generaba confusión clínica, baja confiabilidad diagnóstica entre profesionales y solapamientos sintomáticos. Por ejemplo, la diferenciación entre Trastorno Autista y Síndrome de Asperger era muchas veces arbitraria, basada principalmente en la presencia o ausencia de retraso en el lenguaje formal, sin tener en cuenta la variabilidad neurocognitiva de los pacientes.

Con la publicación del DSM-5 en 2013, se produjo una reestructuración sustancial del marco diagnóstico. Las distintas categorías del espectro fueron unificadas bajo una única entidad diagnóstica: el Trastorno del Espectro Autista (TEA), entendida como un continuo dimensional de síntomas de diversa intensidad, con presentación clínica variable en función del grado de afectación y la edad del paciente (American Psychiatric Association, 2013).

Desde una perspectiva clínica especializada, la reformulación diagnóstica del autismo en el DSM-5 ha implicado avances sustanciales en la precisión nosológica, especialmente en poblaciones históricamente subdiagnosticadas, como adultos y mujeres. Si bien esta unificación dimensional ha favorecido la inclusión de presentaciones atípicas, también ha suscitado debates por la eliminación de categorías previamente diferenciadas, como el Síndrome de Asperger. La implementación del nuevo enfoque exige un entrenamiento clínico más exhaustivo, centrado en la evaluación funcional y adaptativa del paciente, y no meramente en el cumplimiento categorial de criterios. Esta transición diagnóstica, aunque positiva, plantea nuevos desafíos en términos de identificación y acceso al tratamiento, sobre todo en contextos clínicos generalistas poco familiarizados con el fenotipo femenino del espectro autista (McPartland, Reichow, & Volkmar, 2012; Lai & Baron-Cohen, 2015; Donvan & Zucker, 2016; American Psychiatric Association, 2013).

5.2. Anorexia Nerviosa:

La Anorexia Nerviosa (AN) es un trastorno de la conducta alimentaria caracterizado por restricción persistente de la ingesta calórica, un temor desmedido a aumentar de peso y una alteración en la percepción del cuerpo o del peso. De acuerdo con los criterios diagnósticos del DSM-5, la AN puede presentarse en forma restrictiva o purgativa, ambas con alto riesgo de complicaciones médicas y psiquiátricas (APA, 2013).

Desde la perspectiva psicopatológica, la AN ha sido asociada con rasgos de perfeccionismo, pensamiento dicotómico, necesidad de control, y alteraciones en el procesamiento emocional. En este contexto, se ha postulado que ciertos subtipos de AN podrían compartir dimensiones clínicas y neurobiológicas con el TEA, lo que explicaría en parte la alta tasa de comorbilidad observada entre ambos trastornos (Westwood & Tchanturia, 2017).

5.2.a. Diagnóstico diferencial de la Anorexia Nerviosa (NA)

El diagnóstico de AN puede solaparse con otros cuadros psiquiátricos, sobre todo cuando la presentación no incluye conciencia de enfermedad o hay síntomas atípicos.

Los diagnósticos diferenciales más relevantes son:

Trastorno por evitación/restricción de la ingesta alimentaria

Similitudes:

- Restricción alimentaria.
- Pérdida de peso.
- Ansiedad asociada a la alimentación.

Diferencias clave:

- En el trastorno por evitación o restricción, no hay temor a engordar ni alteración de la imagen corporal.
- Suele estar vinculado a sensibilidad sensorial, miedo a atragantarse o desinterés por la comida.

Psicofarmacología:

- El tratamiento es más nutricional y conductual; los psicofármacos se reservan para comorbilidades (Ej.: ansiedad).

Bulimia Nerviosa (BN)

Similitudes:

- Preocupación por el peso corporal.
- Conductas purgativas.
- Autoevaluación negativa.

Diferencias clave:

- En BN hay episodios de atracones con pérdida de control, ausentes en AN.
- El peso suele mantenerse en rangos normales.

Psicofarmacología:

- ISRS como fluoxetina tienen mayor eficacia en BN que en AN, donde la respuesta antidepresiva es limitada por la desnutrición (Attia et al., 2019).

Trastorno depresivo mayor (TDM)

Similitudes:

- Pérdida de apetito.
- Aislamiento social.
- Disminución del interés.

Diferencias clave:

- En el TDM, la pérdida de peso es secundaria a anhedonia, sin distorsión corporal.
- En AN, hay una motivación activa por bajar de peso, asociada a creencias disfuncionales sobre el cuerpo.

Psicofarmacología:

- ISRS son primera línea en TDM; en AN deben usarse con cautela por riesgo de cardiotoxicidad e ineficacia en bajo peso.

Trastornos somatomorfos / funcionales

Similitudes:

- Quejas digestivas (náuseas, distensión).
- Negativa a comer.
- Relación ambivalente con el cuerpo.

Diferencias clave:

- En la AN, hay una motivación interna de control del peso y el cuerpo, ausente en los trastornos funcionales.
- Los síntomas somáticos en AN son desproporcionados respecto a las evidencias médicas.

Psicofarmacología:

- Puede usarse amitriptilina o mirtazapina en trastornos somatomorfos. En AN, el abordaje es multimodal y la farmacoterapia es adyuvante, no principal.

5.3. Abordajes psicoterapéuticos diferenciados en la comorbilidad TEA–AN

La comorbilidad entre el Trastorno del Espectro Autista (TEA) y la Anorexia Nerviosa (AN) plantea desafíos clínicos que trascienden el diagnóstico nosológico y el tratamiento farmacológico, requiriendo también adaptaciones específicas en el abordaje psicoterapéutico. La literatura actual sugiere que los enfoques tradicionales, como la Terapia Cognitivo Conductual (TCC) estándar, pueden resultar limitados en pacientes con perfiles neurodivergentes, dado que parten de supuestos cognitivos y comunicacionales que no siempre se ajustan a las particularidades del TEA (Westwood & Tchanturia, 2017; Tchanturia, Larsson & Adamson, 2013).

Una de las principales dificultades radica en la rigidez cognitiva, la tendencia a la literalidad y los déficits en la teoría de la mente presentes en el TEA, lo cual puede interferir en el aprovechamiento de intervenciones centradas en la reestructuración cognitiva o en el insight emocional. Por ello, se recomienda implementar formatos estructurados, predecibles y visualmente apoyados, como los esquemas secuenciales,

las agendas terapéuticas explícitas y las instrucciones paso a paso (Tchanturia et al., 2013).

Asimismo, puede resultar beneficioso incorporar estrategias provenientes del entrenamiento en habilidades sociales, la regulación emocional y la terapia centrada en soluciones. Intervenciones como la Terapia Dialéctico Conductual adaptada, la Terapia Cognitivo-Afectiva o modelos integrativos con participación familiar y psicoeducación sensorial han mostrado utilidad en algunos estudios de caso (Kinnaird, Norton, Stewart & Tchanturia, 2019).

El vínculo terapéutico también requiere ajustes: la sensibilidad a estímulos sensoriales, la hipervigilancia social o las dificultades de sincronización emocional propias del TEA pueden condicionar la alianza. Por ende, se recomienda que el terapeuta mantenga un estilo comunicacional claro, concreto y empático, evitando ambigüedades o sutilezas implícitas (Westwood & Tchanturia, 2017).

Finalmente, se destaca que las intervenciones psicoterapéuticas eficaces en esta población deben contemplar el diseño de entornos predecibles, el respeto por la neurodiversidad y la inclusión activa de cuidadores o referentes significativos como parte del proceso terapéutico sostenido (Kinnaird et al., 2019).

5.4. Superposición clínica entre TEA y AN

La literatura actual establece una superposición clínicamente significativa entre ciertos perfiles de Anorexia Nerviosa (AN) y características propias del Trastorno del Espectro Autista (TEA), particularmente en mujeres adultas. Diversos estudios han estimado que entre un 20 % y un 35 % de las pacientes con AN presentan rasgos compatibles

con el espectro, aunque no cuenten con un diagnóstico formal (Oldershaw et al., 2011; Westwood & Tchanturia, 2017).

Esta confluencia de síntomas se manifiesta principalmente en patrones de pensamiento rígido, resistencia al cambio, dificultades en la lectura emocional del entorno y fuerte apego a rutinas estructuradas. Dichas características pueden intensificarse en el contexto de la AN, contribuyendo al aislamiento social, la desvinculación afectiva y una menor apertura a intervenciones convencionales (Tchanturia et al., 2013).

5.5. Evaluación diagnóstica: Uso del AQ-10 como herramienta de tamizaje

La identificación de rasgos del espectro autista en pacientes adultas con Anorexia Nerviosa (AN) requiere estrategias de tamizaje clínico que permitan orientar la necesidad de una evaluación diagnóstica más completa. En este estudio se incorporó el uso del Autism Spectrum Quotient, versión abreviada (AQ-10), desarrollado por Baron-Cohen y colaboradores, como herramienta inicial de cribado psicométrico (Baron-Cohen et al., 2001).

El AQ-10 es un cuestionario autoadministrado de 10 ítems diseñado para detectar indicios de funcionamiento autista en adultos con cociente intelectual dentro de la normalidad. Evalúa dominios centrales como habilidades sociales, atención a detalles, comunicación, imaginación y flexibilidad conductual. Su brevedad lo convierte en un instrumento especialmente útil en contextos clínicos con restricciones de tiempo o recursos (Allison, Auyeung & Baron-Cohen, 2012).

Diversas investigaciones han validado su aplicabilidad en poblaciones clínicas complejas, incluyendo pacientes con trastornos de la conducta alimentaria. En particular, se ha observado una alta frecuencia de puntuaciones elevadas en mujeres con AN, incluso en ausencia de un diagnóstico formal de TEA, lo que sugiere una posible subrepresentación diagnóstica en este grupo (Westwood & Tchanturia, 2017).

En el presente trabajo, el AQ-10 fue administrado sistemáticamente a todas las pacientes con diagnóstico clínico de AN bajo tratamiento institucional, con el objetivo de detectar posibles manifestaciones del espectro autista y orientar, en caso necesario, la derivación para evaluación especializada.

5.6. Implicancias clínicas y psicofarmacológicas

La comorbilidad entre TEA y AN, requiere adaptar las estrategias diagnósticas y de intervención, integrando una perspectiva que contemple la neurodiversidad y la complejidad del perfil cognitivo implicado (Kinnaird et al., 2019; Westwood & Tchanturia, 2017).

5.6.a. Implicancias clínicas

Abordaje diagnóstico integral

La utilización de herramientas de cribado como el Autism Spectrum Quotient-10 (AQ-10) ha demostrado ser útil para la detección inicial de rasgos del espectro, particularmente en mujeres con AN sin discapacidad intelectual, facilitando una identificación más temprana y precisa (Allison et al., 2012). Esta evaluación permite reformular el diagnóstico desde una mirada dimensional, lo cual resulta esencial para orientar un tratamiento más personalizado (Lai & Baron-Cohen, 2015).

Adherencia terapéutica y resistencia al cambio

Los perfiles cognitivos asociados al TEA, rigidez mental, dificultades en la flexibilidad adaptativa, baja tolerancia a la incertidumbre, pueden afectar la adherencia a los planes terapéuticos convencionales y complicar el vínculo clínico, particularmente en contextos que no reconocen estas particularidades (Westwood & Tchanturia, 2017). Las intervenciones deben considerar estas barreras, ajustando tanto la comunicación como el diseño de objetivos terapéuticos alcanzables.

Evaluación neuropsicológica y seguimiento longitudinal

La realización de estudios neuropsicológicos específicos puede ser útil para delinear el perfil funcional de la paciente y seleccionar estrategias terapéuticas adaptadas. Evaluar dominios como la función ejecutiva, la memoria de trabajo o la atención sostenida permite comprender mejor los mecanismos de resistencia al cambio y anticipar posibles dificultades durante el proceso terapéutico (Oldershaw et al., 2011). En este sentido, el seguimiento longitudinal resulta indispensable, dada la cronicidad potencial de estos cuadros y su baja tasa de respuesta sostenida a tratamientos estandarizados (Kinnaird et al., 2019).

5.6.b. Implicancias psicofarmacológicas

Limitaciones del tratamiento farmacológico en AN

En pacientes con AN pura, los tratamientos farmacológicos han demostrado una eficacia limitada, especialmente en fases de bajo peso. La desnutrición altera la farmacocinética y farmacodinamia de múltiples psicofármacos, lo que puede disminuir su eficacia y aumentar el riesgo de efectos adversos, en particular eventos cardiológicos como la prolongación del intervalo QT en pacientes que reciben

inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) (Attia et al., 2019; Himmerich et al., 2021).

Psicofarmacología en el contexto de TEA

En pacientes con rasgos del espectro autista, el uso de psicofármacos debe ser siempre individualizado y orientado a síntomas específicos. Si bien no existen fármacos aprobados para tratar el TEA en sí mismo, ciertos medicamentos pueden resultar útiles para el abordaje de síntomas comórbidos:

- *Ansiedad / rigidez cognitiva*: ISRS como la sertralina o el escitalopram pueden utilizarse en dosis bajas, con inicio gradual para evitar activación paradójica (Lai & Baron-Cohen, 2015).
- *Irritabilidad / agresividad*: antipsicóticos atípicos como la risperidona o el aripiprazol, aprobados por la FDA para el tratamiento de la irritabilidad en niños con TEA, pueden extrapolarse con precaución a adultos (Anagnostou et al., 2015).
- *Trastornos del sueño*: melatonina o antipsicóticos sedantes como la quetiapina pueden ser considerados, evitando benzodiacepinas debido al riesgo de dependencia y desinhibición (Ng et al., 2020).

Es fundamental evitar la polifarmacia innecesaria, monitorear las interacciones farmacológicas y ajustar las dosis según el índice de masa corporal y la respuesta clínica del paciente (Westwood & Tchanturia, 2017).

Especificidad clínica en la comorbilidad TEA-AN

En los casos de comorbilidad, el enfoque farmacológico debe centrarse en:

- Regular la ansiedad anticipatoria frente a los cambios en el plan nutricional.

- Mejorar la regulación emocional.
- Atenuar conductas obsesivo-compulsivas relacionadas con la alimentación o la imagen corporal.

Si bien la evidencia actual no respalda que la farmacoterapia por sí sola modifique de forma significativa el curso de la AN en presencia de rasgos TEA, su uso como herramienta complementaria puede facilitar la alianza terapéutica y contribuir a una mayor flexibilidad conductual, siempre que se integre en un abordaje interdisciplinario (Tchanturia et al., 2013; Kinnaird et al., 2019).

Capítulo 6: Material y Método

El presente estudio corresponde a una investigación observacional, descriptiva y retrospectiva, basada en una serie de casos clínicos. Se llevó a cabo en la institución DIPAS (Dispositivo Interdisciplinario Para una Alimentación Saludable), ubicada en la ciudad de Córdoba, Argentina. Esta institución se especializa en el abordaje interdisciplinario de pacientes con trastornos alimentarios.

La muestra estuvo compuesta por quince pacientes adultas, de sexo femenino, con diagnóstico clínico confirmado de Anorexia Nerviosa según los criterios establecidos por el DSM-5. Todas las pacientes se encontraban en seguimiento activo en DIPAS al momento del estudio, habiendo iniciado tratamiento entre enero de 2023 y mayo de 2025.

6.1. Criterios de Inclusión:

- Pacientes mayores de 18 años.
- Diagnóstico confirmado de Anorexia Nerviosa, según los criterios establecidos por el DSM-5.
- Seguimiento clínico activo en la institución DIPAS durante el período de estudio
- Aplicación de la escala AQ-10 como herramienta de tamizaje para la detección de rasgos del espectro autista.
- Registro documentado de abordaje psicofarmacológico durante el proceso terapéutico.
- Firma del consentimiento informado para la participación en el estudio y la utilización de datos clínicos con fines académicos.

6.2. Criterios de exclusión:

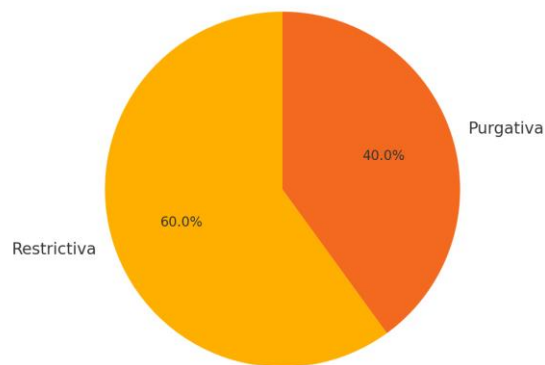
- Diagnóstico primario de otros trastornos de la conducta alimentaria, como bulimia nerviosa o trastorno por atracón.
- Presencia de psicosis activa durante el período de observación.
- Comorbilidad con discapacidad intelectual moderada o severa.
- Falta de registros clínicos completos que permitan el análisis de las variables seleccionadas.
- Internaciones prolongadas en instituciones externas sin continuidad ambulatoria en DIPAS.
- Negativa a firmar el consentimiento informado.

Capítulo 7: Resultados

La muestra estuvo compuesta por un total de 15 pacientes adultas, con una edad promedio de 25,4 años (rango: 18 a 40 años). Todas las pacientes contaban con diagnóstico confirmado de Anorexia Nerviosa, encontrándose en seguimiento clínico y psicoterapéutico activo al momento de la evaluación.

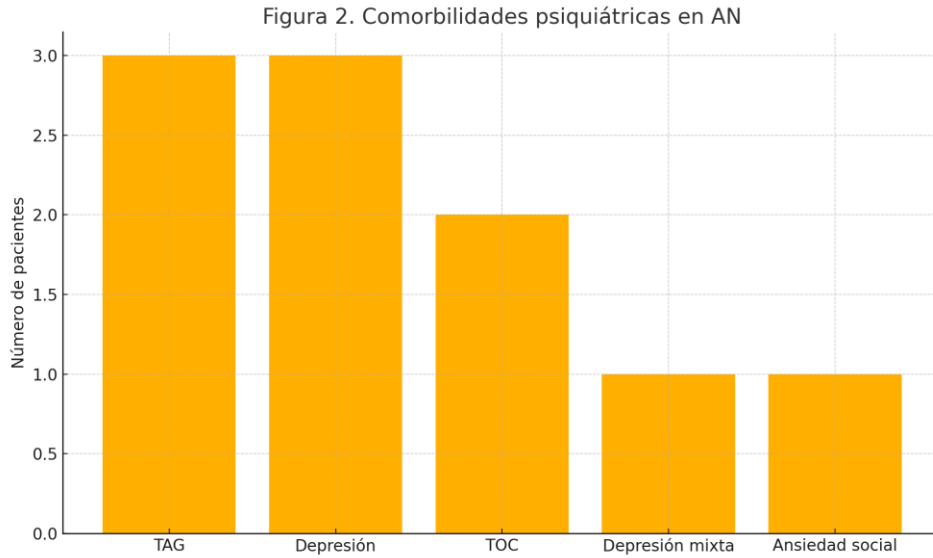
En relación con el subtipo clínico de Anorexia Nerviosa, 9 pacientes (60%) presentaron la forma restrictiva, mientras que 6 pacientes (40%) correspondieron al subtipo purgativo.

Figura 1. Subtipos de Anorexia Nerviosa



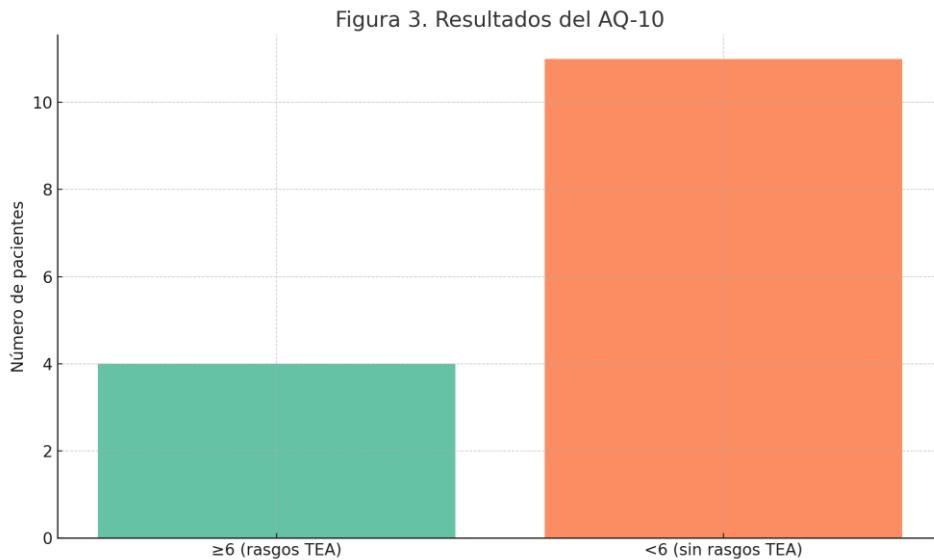
1. Subtipos de Anorexia Nerviosa en la muestra analizada.

Respecto a las comorbilidades psiquiátricas, las más frecuentemente registradas fueron el trastorno de ansiedad generalizada (TAG), la depresión y el trastorno obsesivo-compulsivo (TOC). En menor medida se observaron casos de depresión mixta y ansiedad social.



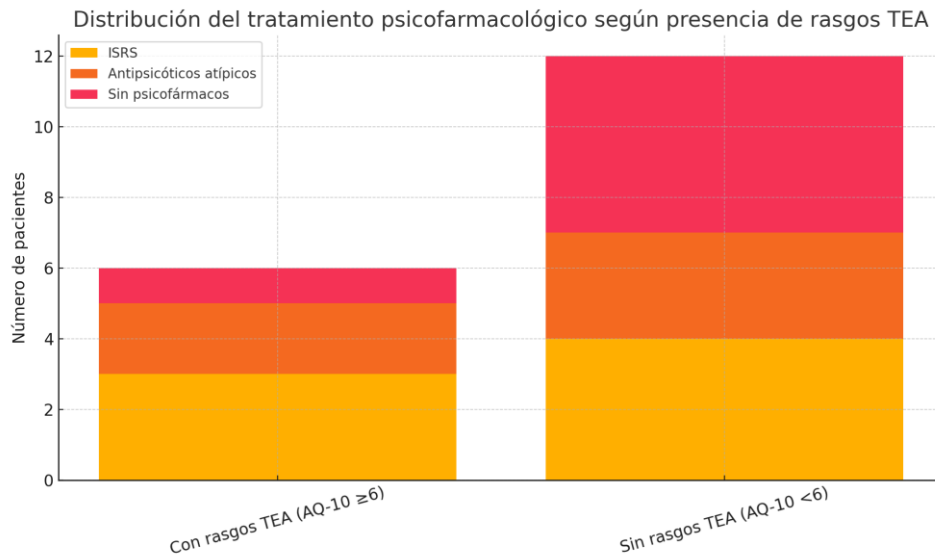
1 Figura 2. Comorbilidades psiquiátricas en pacientes con Anorexia Nerviosa (n=15).

Para la evaluación de rasgos compatibles con Trastorno del Espectro Autista, se aplicó el cuestionario abreviado AQ-10, como instrumento de tamizaje clínico. De las 15 pacientes evaluadas, 4 (26,7%) obtuvieron un puntaje igual o superior a 6, umbral que sugiere la presencia de rasgos del espectro clínicamente relevantes.



3. Distribución de resultados del tamizaje con AQ-10 en pacientes con AN (n=15).

Adicionalmente, se analizó el perfil farmacológico registrado en la historia clínica. Entre las pacientes con puntaje AQ-10 ≥ 6 , tres recibieron inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) y dos de ellas recibieron antipsicóticos atípicos. En el resto de la muestra, el uso de psicofármacos fue más heterogéneo y menos frecuente, lo que sugiere una mayor indicación terapéutica en el subgrupo con rasgos TEA.



4. Distribución del tratamiento psicofarmacológico en pacientes con y sin rasgos TEA según AQ-10.

Capítulo 8: Discusión

8.1. Hallazgo de rasgos TEA en pacientes con AN

En la muestra analizada, compuesta por 15 mujeres adultas con diagnóstico clínico confirmado de Anorexia Nerviosa (AN), se observó que el 26,7 % obtuvo un puntaje igual o superior a 6 en el cuestionario AQ-10. Este valor es considerado indicativo de la presencia de rasgos significativos compatibles con el Trastorno del Espectro Autista (TEA). Tal hallazgo sugiere que una proporción considerable de pacientes con AN presenta características propias del espectro autista, tales como dificultades en la comunicación social, intereses restringidos y patrones de comportamiento repetitivo.

Considerando que la prevalencia estimada de TEA en la población general se sitúa en torno al 1 %, con un claro predominio de diagnósticos en varones (American Psychiatric Association [APA], 2013), los resultados observados en esta muestra evidencian una sobrerrepresentación de rasgos autistas en mujeres con AN, por encima de lo esperable en ausencia de diagnóstico formal. Este hallazgo es congruente con lo reportado en la literatura científica internacional, donde también se señala una mayor prevalencia de características del espectro en personas con trastornos alimentarios, especialmente en pacientes con AN (Westwood & Tchanturia, 2017).

En este sentido, los rasgos compatibles con el TEA parecen presentarse con mayor frecuencia en mujeres con AN que en la población femenina general, lo que refuerza la hipótesis de una posible comorbilidad clínicamente significativa entre ambos trastornos.

Es importante subrayar que un puntaje elevado en el AQ-10 no constituye, por sí solo, un diagnóstico definitivo de TEA, pero sí orienta hacia la necesidad de una evaluación clínica especializada y exhaustiva. La presencia de estos rasgos tiene implicancias terapéuticas relevantes, dado que, como se ha desarrollado previamente, pueden interferir con la adherencia al tratamiento, la calidad del vínculo terapéutico y la eficacia de las intervenciones convencionales. En esta línea, los hallazgos del presente estudio se alinean con lo planteado por investigaciones previas que describen un solapamiento clínico relevante entre AN y TEA (Oldershaw et al., 2011; Huke et al., 2013).

8.2. Comorbilidad TEA/AN en la literatura internacional

Diversos estudios han documentado la coexistencia de características propias del espectro autista en personas con trastornos alimentarios, particularmente en pacientes con Anorexia Nerviosa (AN). Un metaanálisis realizado por Huke et al. (2013) estimó que la prevalencia de TEA en esta población oscila entre el 8 % y el 37 %, con un promedio del 22,9 %, respaldando la hipótesis de una sobrerrepresentación sistemática de rasgos autistas en pacientes con AN.

En una revisión actualizada de la literatura, Westwood y Tchanturia (2017) destacaron que, a pesar de la heterogeneidad metodológica entre estudios y de las diferencias en los instrumentos diagnósticos utilizados, los hallazgos resultan consistentes: los síntomas compatibles con el espectro autista están sobrerrepresentados en individuos con AN. De manera complementaria, Oldershaw et al. (2011) identificaron una notable similitud entre los perfiles cognitivos de pacientes con AN activa y aquellos observados en personas con TEA, especialmente en dominios como la rigidez

cognitiva, la debilidad en la coherencia central y las dificultades en la teoría de la mente.

Asimismo, estudios clínicos como el de Westwood et al. (2018), que aplicaron la entrevista diagnóstica ADOS-2 a mujeres adultas con AN, encontraron que el 23 % de las participantes alcanzaba el umbral diagnóstico para TEA. Este dato se alinea tanto con la media reportada por Huke et al. como con los resultados obtenidos en la presente muestra.

En conjunto, la evidencia revisada sostiene la hipótesis de un solapamiento neuropsicológico entre ambas condiciones. Este fenómeno justifica la necesidad de evaluar sistemáticamente los síntomas del espectro autista en pacientes con AN, en particular en aquellos casos con curso crónico, escasa respuesta a intervenciones convencionales o dificultades persistentes en la adherencia terapéutica.

8.3 Tratamiento psicofarmacológico en la comorbilidad TEA–AN: fundamentos clínicos y revisión crítica

La presencia de rasgos compatibles con el Trastorno del Espectro Autista (TEA) en pacientes con Anorexia Nerviosa (AN) plantea desafíos terapéuticos significativos, particularmente en lo que respecta a la respuesta diferencial a psicofármacos, la mayor susceptibilidad a efectos adversos y la necesidad de estrategias de intervención individualizadas (Westwood & Tchanturia, 2017).

En la práctica clínica, los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS), como fluoxetina y sertralina, son comúnmente utilizados para reducir la rumiación cognitiva, atenuar la ansiedad anticipatoria ante cambios alimentarios y

mejorar la flexibilidad cognitiva. Estos agentes pueden resultar beneficiosos tanto en el tratamiento de síntomas ansioso-obsesivos en AN como en pacientes con TEA con sintomatología afectiva u obsesiva menos manifiesta, pero clínicamente relevante (Posey et al., 2006). Sin embargo, su indicación debe realizarse con cautela en estados de desnutrición severa, debido a la posible disminución de eficacia y el incremento del riesgo de efectos adversos, como activación ansiosa o hiponatremia.

En casos clínicamente más complejos, se ha documentado el uso de olanzapina, un antipsicótico atípico con propiedades ansiolíticas y orexígenas, por su capacidad para favorecer la recuperación ponderal y reducir la ansiedad relacionada con la ingesta (Attia et al., 2019; Kafantaris et al., 2011). En pacientes con rasgos autistas, este fármaco puede ser útil para abordar la rigidez cognitiva, la irritabilidad y la impulsividad. No obstante, su utilización requiere un monitoreo clínico estricto debido al riesgo de efectos metabólicos adversos, como aumento de peso, dislipidemia y resistencia insulínica.

La risperidona constituye otra alternativa farmacológica en pacientes con sintomatología conductual disruptiva. Ha demostrado eficacia en la reducción de irritabilidad, agresividad y comportamientos repetitivos en adultos con TEA (McPheeters et al., 2011). En casos de comorbilidad con AN, su administración debe iniciarse a dosis bajas con incremento gradual, considerando el riesgo de efectos extrapiramidales y alteraciones endocrinas (hiperprolactinemia).

La melatonina, por su parte, ha mostrado ser una herramienta terapéutica eficaz y bien tolerada en el abordaje de trastornos del sueño, frecuentes en personas con TEA, especialmente en presencia de disfunción circadiana (Malow et al., 2012). Su

perfil de seguridad la convierte en una opción valiosa, incluso en pacientes con bajo peso o sensibilidad farmacológica aumentada.

Es importante considerar que las alteraciones del estado nutricional, como hipoalbuminemia, bradicardia o desequilibrios hidroelectrolíticos, pueden modificar de manera significativa la farmacocinética de los psicofármacos, alterando su absorción, distribución, metabolismo hepático y eliminación renal (Westmoreland et al., 2016). Por lo tanto, se recomienda implementar esquemas de titulación progresiva, comenzando con dosis subterapéuticas y realizando incrementos paulatinos, siempre con seguimiento clínico y analítico estrecho.

Desde una perspectiva clínica integral, el abordaje psicofarmacológico debe ser cuidadosamente individualizado, considerando:

- El perfil neurocognitivo de la paciente (rigidez mental, alexitimia, dificultades en la planificación ejecutiva).
- La fase del tratamiento nutricional y los riesgos clínicos metabólicos asociados.
- La sensibilidad aumentada a efectos adversos (sensoriales, motores, cardiovasculares).
- El nivel de comprensión y aceptación del tratamiento por parte de la paciente y su red de apoyo.

Finalmente, se subraya la importancia de que el tratamiento farmacológico se integre dentro de un dispositivo interdisciplinario, que contemple no sólo los síntomas psiquiátricos, sino también los aspectos médicos, nutricionales y psicosociales. La elección del fármaco, su dosificación y el monitoreo deben adaptarse tanto al diagnóstico como a la funcionalidad global de la paciente, con el objetivo de mejorar

su calidad de vida dentro de un marco terapéutico empático, especializado y centrado en la neurodiversidad.

8.4 Consideraciones sobre márgenes terapéuticos y toxicidad farmacológica

Si bien los psicofármacos mencionados previamente han demostrado eficacia clínica en el manejo de síntomas asociados tanto al Trastorno del Espectro Autista (TEA) como a la Anorexia Nerviosa (AN), resulta esencial considerar sus propiedades farmacocinéticas y márgenes de seguridad, especialmente en escenarios de desnutrición o inestabilidad metabólica.

En particular, las alteraciones propias del bajo índice de masa corporal pueden impactar significativamente la farmacocinética de los psicofármacos, modificando su biodisponibilidad, distribución tisular, metabolismo hepático y eliminación renal. Estas variaciones incrementan el riesgo de acumulación plasmática y eventos adversos, incluso con dosis habitualmente consideradas seguras.

Por ello, resulta indispensable conocer no solo la posología habitual, sino también la dosis máxima tolerada y los umbrales de toxicidad, a fin de prevenir complicaciones graves como convulsiones, arritmias cardíacas o síndromes serotoninérgicos.

La tabla presentada en el capítulo de resultados sintetiza los principales agentes farmacológicos empleados en esta población, incluyendo sus mecanismos de acción, indicaciones clínicas, efectos adversos más relevantes, parámetros farmacocinéticos y rangos de toxicidad referenciados en la literatura especializada (Kafantaris et al., 2011; Posey et al., 2006; McPheeters et al., 2011).

Tabla 1. Consideraciones psicofarmacológicas en la comorbilidad TEA–AN

La siguiente tabla presenta de una forma resumida información psicofarmacológica relevante para el abordaje clínico de pacientes adultos con comorbilidad entre Trastorno del Espectro Autista (TEA) y Anorexia Nerviosa (AN). Esta incluye los psicofármacos de uso más frecuente, detallando aspectos clave como su mecanismo de acción, farmacocinética, rangos terapéuticos recomendados y consideraciones clínicas específicas para esta población.

Fármaco	Mecanismo de acción	Farmacocinética	Usos clínicos (TEA / AN)	Dosis terapéutica habitual	Dosis tóxica o de riesgo aproximada	Efectos adversos frecuentes	Consideraciones específicas
Fluoxetina	ISRS: inhibe recaptación de serotonina	Buena absorción oral; vida media larga (2–4 días; norfluoxetina hasta 16 días); metabolización hepática (CYP2D6).	TEA: ansiedad, rigidez / AN: obsesiones, depresión	20–60 mg/día	>80 mg/día puede aumentar riesgo de convulsiones, arritmias y síndrome serotoninérgico.	Ansiedad, insomnio, disfunción sexual	Inicio gradual, puede aumentar rigidez cognitiva en TEA
Sertralina	ISRS: inhibe recaptación de serotonina	Absorción oral moderada; vida media 24 horas; metabolismo hepático (CYP2B6, CYP2C19); alto índice de unión a proteínas.	TEA: ansiedad, irritabilidad / AN: ansiedad, depresión	50–200 mg/día	>200 mg/día se asocia a riesgo de agitación, temblores, hiponatremia y síndrome serotoninérgico.	Náuseas, diarrea, sedación	Bien tolerada, controlar peso corporal

Olanzapina	Antipsicótico atípico: antagonismo D2 y 5HT2A	Alta biodisponibilidad oral; metabolismo hepático (CYP1A2, glucuronidación); vida media 21–54 h; afectado por el tabaquismo.	TEA: agresividad, irritabilidad / AN: ansiedad alimentaria, aumento de peso	2.5–10 mg/día	>20 mg/día incrementa significativamente el riesgo de sedación profunda, hiperglucemia y arritmias.	Aumento de peso, somnolencia, dislipemia	Útil para favorecer ganancia ponderal en AN
Risperidona	Antipsicótico atípico: antagonismo dopaminérgico y serotoninérgico	Absorción oral rápida; metabolismo hepático (CYP2D6) a 9-hidroxi-risperidona (activo); vida media 3–20 h.	TEA: conductas repetitivas, irritabilidad / AN: ansiedad severa	0.5–2 mg/día	>6 mg/día aumenta riesgo de síntomas extrapiramidales, sedación severa, disautonomía.	Sedación, aumento de peso, hiperprolactinemia	Precaución en bajo IMC; iniciar con dosis bajas
Aripiprazol	Antipsicótico parcial agonista D2	Buena biodisponibilidad oral; vida media prolongada (~75 h); metabolismo hepático (CYP2D6, CYP3A4).	TEA: irritabilidad, agresividad / AN: disforia, ansiedad	2–15 mg/día	>30 mg/día puede causar agitación, somnolencia excesiva, discinesias y acatisia severa.	Inquietud, insomnio, cefalea	Menor riesgo de aumento ponderal; útil en síntomas mixtos
Melatonina	Agonista de receptores MT1 y MT2	Absorción oral rápida; vida media corta (~30–50 min); metabolización hepática (CYP1A2); eliminación renal.	TEA: insomnio / AN: restauración del sueño	1–5 mg nocturnos	Altas dosis (>10 mg) pueden inducir somnolencia diurna, cefalea, y alteraciones del ritmo circadiano. No es tóxica en sobredosis aguda.	Somnolencia, cefalea	Buena tolerancia; útil para regular ritmo circadiano

Tabla 1. Consideraciones psicofarmacológicas en la comorbilidad TEA–AN

La información contenida en esta tabla fue recopilada a partir de literatura científica reciente, incluyendo guías clínicas y revisiones especializadas en psicofarmacología aplicada a TEA y AN en adultos. Las

dosis indicadas son aproximadas y deben ajustarse según el estado nutricional, perfil neurocognitivo y tolerancia individual de cada paciente. Se recomienda supervisión estrecha y coordinación interdisciplinaria en todos los casos.

8.5. Subdiagnóstico del TEA en mujeres con AN

Un aspecto crítico ampliamente debatido en la literatura es el subdiagnóstico del Trastorno del Espectro Autista (TEA) en poblaciones femeninas, con implicancias directas en el estudio de su comorbilidad con Anorexia Nerviosa (AN). Históricamente, los criterios diagnósticos del autismo se definieron a partir de patrones observados mayoritariamente en varones, lo que ha generado una menor sensibilidad para detectar presentaciones clínicas femeninas. Este sesgo ha dificultado la identificación del denominado “fenotipo femenino” del TEA, caracterizado por habilidades sociales superficiales, conductas imitativas, y estrategias compensatorias aprendidas, fenómeno conocido como *camouflaging* o enmascaramiento (Lai et al., 2015; Hull et al., 2020).

En mujeres con AN, este camuflaje puede hacer que los rasgos autistas pasen inadvertidos o sean atribuidos erróneamente a otras patologías. Es posible que algunas pacientes hayan presentado manifestaciones subclínicas del espectro desde edades tempranas, que solo se evidencian al desbordarse sus recursos adaptativos ante el impacto funcional del trastorno alimentario.

Diversos autores (Pooni et al., 2012; Lai et al., 2015) han señalado múltiples factores que contribuyen al subdiagnóstico. Entre ellos, se destacan la tendencia de los cuidadores a subestimar conductas atípicas en niñas, la influencia de estereotipos de género y la limitada sensibilidad de los instrumentos diagnósticos tradicionales frente a presentaciones atípicas del TEA en mujeres. Además, ciertos intereses restringidos —

como la obsesión por la alimentación saludable, la planificación dietética o el ejercicio físico extremo, pueden pasar desapercibidos por su aparente normalidad social, especialmente en contextos de AN.

Este fenómeno no solo tiene consecuencias diagnósticas, sino también investigativas y terapéuticas. En el plano investigativo, podría subestimarse la verdadera prevalencia de la comorbilidad TEA–AN. Clínicamente, omitir el diagnóstico de TEA implica la pérdida de oportunidades terapéuticas específicas, lo que puede impactar negativamente en la evolución y el pronóstico. Por tal motivo, diversos autores proponen desarrollar herramientas diagnósticas más sensibles al género, incorporar la evaluación del enmascaramiento y realizar una lectura retrospectiva del desarrollo psicosocial desde una perspectiva neurodiversa (Hull et al., 2020).

En el presente estudio, el uso del cuestionario AQ-10 permitió identificar rasgos compatibles con TEA en cuatro pacientes que no contaban con diagnóstico previo. Este hallazgo refuerza la hipótesis de subregistro del TEA en poblaciones clínicas con AN y subraya el valor de los instrumentos de tamizaje sistemático. No obstante, es fundamental aclarar que un puntaje elevado en el AQ-10 no sustituye una evaluación diagnóstica formal. Idealmente, las pacientes con puntuación positiva deberían ser derivadas a valoración especializada mediante herramientas estructuradas como el ADOS-2, en combinación con entrevistas clínicas exhaustivas.

Lamentablemente, la escasa disponibilidad de recursos especializados en muchos dispositivos asistenciales limita el acceso a este tipo de evaluaciones. Por ello, resulta prioritario fortalecer la formación de los equipos de salud mental en la detección del TEA en mujeres, e incentivar la articulación entre servicios de trastornos alimentarios y

especialistas en neurodesarrollo, con el objetivo de garantizar un abordaje diagnóstico integral y sensible a la neurodiversidad.

8.6. Limitaciones y sesgos del estudio

Entre las principales limitaciones metodológicas del presente estudio se encuentra el tamaño muestral reducido, compuesto por 15 pacientes adultas atendidas en una única institución especializada en trastornos alimentarios. Esta característica restringe la posibilidad de generalizar los hallazgos a otras poblaciones clínicas, dado que los resultados podrían estar influenciados por variables contextuales específicas del dispositivo asistencial.

Asimismo, si bien el cuestionario AQ-10 constituye una herramienta útil para el tamizaje de rasgos del espectro autista por su brevedad y aplicabilidad clínica, no reemplaza la aplicación de protocolos diagnósticos estructurados como la ADOS-2 o la ADI-R, que ofrecen mayor validez y especificidad. La dependencia exclusiva de un instrumento de cribado limita la capacidad para confirmar diagnósticos formales de TEA.

Otra limitación metodológica relevante es la ausencia de un grupo control, lo cual impide establecer comparaciones estadísticas robustas o identificar el impacto diferencial de variables clínicas, neuropsicológicas y terapéuticas. Además, la identificación de comorbilidades psiquiátricas se basó en registros clínicos y entrevistas semi-estructuradas realizadas por el equipo tratante, lo que introduce un componente inevitable de sesgo subjetivo en la categorización diagnóstica.

Tampoco se exploraron de forma sistemática las trayectorias terapéuticas longitudinales ni los desenlaces clínicos a mediano o largo plazo, aspectos

fundamentales para comprender la evolución y la respuesta al tratamiento en este subgrupo clínico particular.

A partir de estas limitaciones, se considera necesario promover estudios multicéntricos con muestras más amplias y heterogéneas que permitan ampliar la validez externa de los hallazgos. Asimismo, resulta prioritario incorporar instrumentos diagnósticos sensibles al género y a las manifestaciones atípicas del TEA, especialmente en poblaciones con trastornos alimentarios. Finalmente, se destaca la importancia de evaluar de manera sistemática la eficacia de intervenciones psicoterapéuticas y psicofarmacológicas adaptadas a las particularidades cognitivas, sensoriales y vinculares de las pacientes con comorbilidad TEA–AN.

Capítulo 9: Conclusiones

Los resultados obtenidos en este estudio respaldan la hipótesis principal de que existe una sobrerrepresentación de rasgos compatibles con el Trastorno del Espectro Autista (TEA) en mujeres adultas con diagnóstico de Anorexia Nerviosa (AN), lo cual tiene implicancias clínicas relevantes. Este hallazgo obliga a revisar los modelos diagnósticos tradicionales y adaptar las estrategias terapéuticas a los perfiles neurocognitivos específicos observados en esta población.

En cuanto a los objetivos específicos planteados, se puede concluir lo siguiente:

1. **Respecto a la detección de rasgos TEA en AN**, el uso del instrumento AQ-10 resultó útil como herramienta de tamizaje en el contexto clínico psiquiátrico, permitiendo orientar la necesidad de evaluaciones diagnósticas más exhaustivas en pacientes con AN que presentaban indicios de neurodivergencia.
2. **Sobre el perfil clínico de las pacientes evaluadas**, se identificaron patrones conductuales y cognitivos consistentes con el espectro autista, tales como rigidez cognitiva, dificultades en la comunicación social y apego a rutinas, los cuales interfieren en la respuesta terapéutica y dificultan el abordaje convencional.
3. **En relación con la intervención farmacológica**, se observó un patrón diferencial de prescripción en pacientes con AN y rasgos TEA, con mayor uso de inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) y antipsicóticos atípicos, en línea con lo planteado en la hipótesis secundaria del trabajo.
4. **Finalmente, se evidenció la necesidad de reformular los abordajes clínicos habituales**, integrando dispositivos terapéuticos interdisciplinarios, intervenciones psicoterapéuticas adaptadas a perfiles neurodivergentes y estrategias psicofarmacológicas individualizadas. La detección de esta comorbilidad permite

anticipar barreras en la adherencia terapéutica, mejorando la planificación, el vínculo clínico y los resultados a largo plazo.

En síntesis, el presente estudio aporta evidencia empírica que refuerza la importancia de considerar al TEA dentro del abordaje integral de los trastornos de la conducta alimentaria en población adulta, promoviendo una atención clínica más empática, especializada y alineada con los principios de la neurodiversidad.

Capítulo 10: Perspectiva de género y estigmatización en la comorbilidad TEA–AN

El abordaje clínico de la comorbilidad entre el Trastorno del Espectro Autista (TEA) y la Anorexia Nerviosa (AN) requiere una **perspectiva de género** que contemple las particularidades en la presentación clínica, las dificultades en el acceso al diagnóstico y las barreras estructurales en el tratamiento. La literatura especializada ha documentado de forma consistente un **subregistro del TEA en mujeres adultas**, en parte atribuible a la manifestación atenuada o compensada de los síntomas, lo cual dificulta su identificación en los dispositivos asistenciales convencionales (Lai & Baron-Cohen, 2015).

Las mujeres en el espectro tienden a desarrollar **estrategias de camuflaje social** más elaboradas que los varones, adoptando conductas imitativas que disimulan las dificultades en la interacción y comprensión social. Esta adaptación superficial puede conducir a diagnósticos alternativos, como trastornos del estado de ánimo, ansiedad o trastornos de la conducta alimentaria, retrasando así el acceso a una atención específica y ajustada (Hull et al., 2020). En este contexto, la AN puede emerger como una manifestación fenotípica más evidente del malestar emocional, mientras que el núcleo autista permanece sin explorar.

El **estigma social** asociado tanto al diagnóstico de TEA como a los trastornos alimentarios influye negativamente en la búsqueda de ayuda, promoviendo la subvaloración de síntomas o el retraso en la consulta. Esta situación se ve agravada por la escasa formación con enfoque de género en parte del personal clínico, lo que perpetúa sesgos diagnósticos y limita la eficacia de las intervenciones terapéuticas. La mirada clínica tradicional, históricamente centrada en un modelo de presentación masculina del autismo, no contempla adecuadamente la variabilidad en la expresión

femenina del espectro, lo que dificulta evaluaciones comprensivas y sensibles a las diferencias intergénero.

En este sentido, resulta imprescindible **integrar estrategias de evaluación diagnóstica sensibles al género**, fomentar una escucha clínica sin prejuicios y promover la capacitación interdisciplinaria continua. Asimismo, incluir activamente a las pacientes como participantes informadas en su proceso terapéutico puede favorecer una mayor adherencia al tratamiento, aumentar el empoderamiento subjetivo y mejorar la eficacia clínica del abordaje integral.

Incorporar de forma transversal la **dimensión de género** en el estudio y tratamiento de la comorbilidad TEA–AN no solo permite una comprensión más precisa del fenómeno clínico, sino que habilita el desarrollo de **prácticas diagnósticas y terapéuticas más equitativas, inclusivas y humanizadas**, fundamentales para garantizar el acceso a una atención en salud mental de calidad.

Capítulo 11: Bibliografía

- Allison, C., Auyeung, B., & Baron-Cohen, S. (2012). Brief report: An evaluation of the AQ-10 as a brief screening instrument for ASD in adults. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 42(5), 1075–1081. <https://doi.org/10.1007/s10803-011-1304-3>
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). American Psychiatric Publishing.
- Attia, E., Marcus, M. D., Walsh, B. T., & Guarda, A. S. (2019). The role of medication in the treatment of eating disorders. *Psychiatric Clinics of North America*, 42(2), 271–282.
- Attia, E., Steinglass, J., Walsh, B. T., Wang, Y., Wu, P., & Halmi, K. A. (2019). Olanzapine versus placebo in adult outpatients with anorexia nervosa: A randomized clinical trial. *American Journal of Psychiatry*, 176(6), 449–456.
- Baron-Cohen, S., Wheelwright, S., Skinner, R., Martin, J., & Clubley, E. (2001). The autism-spectrum quotient (AQ): Evidence from Asperger syndrome/high-functioning autism, males and females, scientists and mathematicians. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 31(1), 5–17. <https://doi.org/10.1023/A:1005653411471>
- Donvan, J., & Zucker, C. (2016). *In a different key: The story of autism*. Crown Publishing Group.
- Hull, L., Mandy, W., Lai, M. C., Baron-Cohen, S., Allison, C., Smith, P., & Petrides, K. V. (2020). Development and validation of the camouflaging autistic traits questionnaire (CAT-Q). *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 50(3), 819–833.
- Huke, V., Turk, J., Saeidi, S., Kent, A., & Morgan, J. F. (2013). Autism spectrum disorders in eating disorder populations: A systematic review. *European Eating Disorders Review*, 21(5), 345–351.

- Kafantaris, V., Leigh, E., Hertz, S., Berest, A., Schebendach, J., Sterling, W. M., & Guarda, A. S. (2011). A placebo-controlled pilot study of adjunctive olanzapine for adolescents with anorexia nervosa. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 21(3), 207–212.
- Kaye, W. H., Bulik, C. M., Thornton, L., Barbarich, N., & Masters, K. (2004). Comorbidity of anxiety disorders with anorexia and bulimia nervosa. *American Journal of Psychiatry*, 161(12), 2215–2221.
- Kinnaird, E., Norton, C., Stewart, C., & Tchanturia, K. (2019). Same behaviours, different reasons: What do patients with co-occurring anorexia and autism want from treatment? *International Review of Psychiatry*, 31(4), 308–317.
<https://doi.org/10.1080/09540261.2018.1563726>
- Lai, M. C., & Baron-Cohen, S. (2015). Identifying the lost generation of adults with autism spectrum conditions. *The Lancet Psychiatry*, 2(11), 1013–1027.
[https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(15\)00277-1](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(15)00277-1)
- Lai, M. C., Lombardo, M. V., Auyeung, B., Chakrabarti, B., & Baron-Cohen, S. (2015). Sex/gender differences and autism: Setting the scene for future research. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 54(1), 11–24.
- Malow, B. A., Adkins, K. W., Reynolds, A., Weiss, S. K., Loh, A., Fawkes, D., & Clemons, T. (2012). Parent-based sleep education for children with autism spectrum disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 42(8), 1347–1355.
- McPartland, J. C., Reichow, B., & Volkmar, F. R. (2012). Sensitivity and specificity of proposed DSM-5 diagnostic criteria for autism spectrum disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 51(4), 368–383.
<https://doi.org/10.1016/j.jaac.2012.01.007>

- McPheeters, M. L., Warren, Z., Sathe, N., Bruzek, J. L., Krishnaswami, S., Jerome, R. N., & Veenstra-VanderWeele, J. (2011). A systematic review of medical treatments for children with autism spectrum disorders. *Pediatrics*, *127*(5), e1312–e1321.
- Oldershaw, A., Hambrook, D., Tchanturia, K., Treasure, J., & Schmidt, U. (2011). Emotional theory of mind and emotional awareness in recovered anorexia nervosa patients. *Psychosomatic Medicine*, *73*(1), 53–59.
- Pooni, J., Humphrey, N., O'Hare, A., & Sahota, S. (2012). Girls with autistic spectrum disorders: An under-identified population. *Educational & Child Psychology*, *29*(3), 90–101.
- Posey, D. J., Stigler, K. A., Erickson, C. A., & McDougle, C. J. (2006). Antipsychotics in the treatment of autism. *The Journal of Clinical Investigation*, *116*(4), 894–901.
- Tchanturia, K., Adamson, J., Leppanen, J., & Westwood, H. (2021). PEACE pathway: The development of a tailored care pathway for patients with eating disorders and autism. *European Eating Disorders Review*, *29*(4), 579–586.
<https://doi.org/10.1002/erv.2822>
- Tchanturia, K., Colbert, S., & Zucker, K. J. (2020). The PEACE Pathway: Implementing autism adaptations for eating disorders treatment. *King's College London*.
- Tchanturia, K., Larsson, E., & Adamson, J. (2013). Brief group psychoeducation for adults with anorexia nervosa and autism spectrum disorders: A pilot study. *Psychiatric Bulletin*, *37*(1), 20–23. <https://doi.org/10.1192/pb.bp.111.035899>
- Westmoreland, P., Krantz, M. J., & Mehler, P. S. (2016). Medical complications of anorexia nervosa and bulimia. *The American Journal of Medicine*, *129*(1), 30–37.
- Westwood, H., Mandy, W., Simic, M., & Tchanturia, K. (2018). Assessing autism spectrum disorder in adolescent females with anorexia nervosa: A case series. *European Eating Disorders Review*, *26*(2), 156–163.

- Westwood, H., & Tchanturia, K. (2017). Autism spectrum disorder in anorexia nervosa: An updated literature review. *Current Psychiatry Reports*, 19(7), 41.
<https://doi.org/10.1007/s11920-017-0791-9>
- Zamora, S., Helms, S., & Peebles, R. (2022). Nutritional rehabilitation in patients with eating disorders and comorbid autism: Practical considerations. *Journal of Adolescent Health*, 70(3), 427–433.

Capítulo 13: ANEXOS

ANEXO 1

Consentimiento Informado para participación en Investigación

Título del estudio:

Comorbilidad entre Trastorno del Espectro Autista y Anorexia Nerviosa en Adultos: Terapéuticas en Psicofarmacología

Investigadora responsable:

Dra. María José Barrionuevo
Médica Psiquiatra – DIPAS Córdoba

Información para el/la paciente:

Usted ha sido invitada a participar en un estudio clínico cuyo objetivo es analizar la posible coexistencia de rasgos compatibles con el Trastorno del Espectro Autista (TEA) en pacientes adultas con diagnóstico de Anorexia Nerviosa (AN), en el marco de un abordaje psicofarmacológico y clínico integral. Este estudio no implica intervención alguna que modifique su tratamiento actual. La información obtenida será utilizada exclusivamente con fines académicos.

Procedimiento:

La participación consiste en permitir el uso de ciertos datos clínicos y psicométricos ya registrados en su historia clínica (por ejemplo: edad, diagnóstico, tratamientos, resultados del cuestionario AQ-10). Todos los datos serán codificados y anonimizados para garantizar su confidencialidad.

Confidencialidad:

La información personal será estrictamente confidencial. No se divulgará su identidad ni se publicará ningún dato que permita reconocerla individualmente.

Voluntariedad:

Su participación en este estudio es completamente voluntaria. Puede retirarse en cualquier momento sin que esto afecte su tratamiento o relación con la institución.

Declaro que he comprendido la información anterior y acepto participar voluntariamente en el estudio.

Firma de la paciente: _____

Fecha: ___ / ___ / _____

Firma de la investigadora: _____

Fecha: ___ / ___ / _____

ANEXO 2

Austism Spectrum Quotient- Versión Breve (AQ-10)

Responda marcando *Sí* o *No* en función de cómo se identifica con cada afirmación.

Ítem	Afirmación	Sí / No
1	A menudo noto detalles que otros no observan.	
2	Me cuesta entender lo que piensan o sienten otras personas.	
3	Prefiero hacer las cosas siempre del mismo modo.	
4	A veces noto pequeños sonidos que otras personas no advierten.	
5	Normalmente entiendo las bromas.	
6	Me resulta difícil hacer nuevas amistades.	
7	Me resulta fácil leer entre líneas cuando alguien me habla.	
8	A menudo noto patrones en cosas que otras personas no observan.	
9	Me cuesta hacerme una idea del carácter de alguien.	
10	Me concentro en cosas pequeñas en lugar de ver el panorama general.	

Puntaje: 1 punto por cada respuesta que coincide con criterios de TEA.

Interpretación: Un puntaje ≥ 6 sugiere la necesidad de evaluación diagnóstica más exhaustiva.

ANEXO 3

Modelos de Intervención Psicoterapéutica Adaptada para Pacientes con Comorbilidad TEA–AN

La coexistencia de síntomas propios del Trastorno del Espectro Autista (TEA) y la Anorexia Nerviosa (AN) requiere la aplicación de modelos terapéuticos ajustados a las particularidades neurocognitivas de estos pacientes. A continuación, se presentan tres modelos de intervención originalmente formulados o adaptados internacionalmente, que han demostrado eficacia parcial en el abordaje de esta comorbilidad, y se propone un modelo integrado aplicable al contexto clínico interdisciplinario en Argentina, como estrategia viable para dispositivos asistenciales públicos o privados.

1. Modelo de Terapia Cognitivo Conductual Adaptada al Autismo (CBT-A)

Referencia base: Kinnaird et al. (2019); Tchanturia et al. (2013)

Aspectos centrales	Adaptaciones propuestas
Reestructuración cognitiva	Uso de lenguaje literal y visual, metáforas reducidas
Exposición con prevención de respuesta	Aplicación gradual, con alto nivel de predictibilidad
Entrenamiento en habilidades sociales	En contexto individual, uso de videos, role-play guiado
Regulación emocional	Técnicas de identificación y etiquetado emocional, uso de tarjetas o pictogramas si necesario

Limitaciones observadas:

- Bajo nivel de tolerancia a sesiones prolongadas.
- Requiere terapeutas entrenados específicamente en TEA.

2. Modelo Maudsley de Terapia Familiar (MFT) modificado para TEA–AN

Referencia base: Westwood & Tchanturia (2017)

Aspectos centrales	Adaptaciones propuestas
Participación de la familia	Inclusión de referentes significativos incluso en adultos
Redistribución de roles familiares	Mayor estructuración, claridad y anticipación de tareas
Supervisión de ingesta	Combinación con apoyos visuales y alimentación sensorialmente aceptable

Limitaciones observadas:

- Puede generar hiperresponsabilidad en los cuidadores si no se regula adecuadamente.

3. Intervención basada en Sensory Integration Therapy (SIT) y Terapia Ocupacional Adaptada

Referencia base: Dunn et al. (2014); Tchanturia et al. (2017)

Aspectos centrales	Adaptaciones propuestas
Regulación sensorial	Uso de estímulos reguladores antes de sesiones de comida
Identificación de perfiles sensoriales	Cuestionarios tipo Sensory Profile pretratamiento
Adecuación ambiental	Evitar luces fluorescentes, ruidos intensos, texturas rechazadas

Limitaciones observadas:

- Requiere recursos materiales y profesionales de áreas no siempre disponibles.

4. Modelo Propuesto: Abordaje Integrado Neurodivergente para AN-TEA (AIN-TEA)

Propuesta original – Adaptado al contexto argentino asistencial.

Ejes	Intervención propuesta
Evaluación inicial	AQ-10 + perfil sensorial + entrevista clínica + screening cognitivo breve
Planificación nutricional	Rutas alimentarias adaptadas sensorialmente. Ingreso progresivo de alimentos estructurado
Intervenciones psicoterapéuticas	CBT adaptada, entrenamiento en habilidades sociales, estrategias de TCC-A emocional

Vínculo terapéutico	Estilo comunicacional explícito, centrado en predictibilidad y validación emocional
Soporte familiar	Incluir cuidadores en sesiones educativas y estructuradas, sin sobrecarga emocional
Psicofarmacología	Uso racional, monoterapia si es posible, seguimiento por equipo interdisciplinario
Coordinación interdisciplinaria	Reuniones quincenales de equipo, hoja de ruta terapéutica compartida

Ventajas:

- Aplicable en instituciones como DIPAS.
- Permite continuidad longitudinal con bajo costo.
- Requiere solo adaptaciones clínicas, no instrumentales.

Conclusión

El modelo AIN-TEA propone una estrategia accesible, técnicamente sustentada y culturalmente contextualizada, en línea con las recomendaciones de la literatura internacional y la realidad asistencial en Argentina. Su aplicación podría facilitar la adherencia al tratamiento, mejorar la comprensión clínica del cuadro y fomentar el diseño de intervenciones terapéuticas sostenidas, humanizadas y neurodivergentemente informadas.