TRASTORNO DE EVITACIÓN/RESTRICCIÓN DE LA INGESTA DE ALIMENTOS: UN NUEVO NOMBRE, UN VIEJO TRASTORNO

Canale, María Inés; Gaitán, Bárbara Rocío; Lucero, Mirla Leonor; Sommario, Eliana; Shakespear, Sofía.

Universidad de Buenos Aires, Facultad de Medicina, Escuela de Nutrición, Buenos Aires, Argentina

RESUMEN

Introducción: El trastorno de evitación/restricción de la ingesta de alimentos (TERIA) aparece como un nuevo diagnóstico en la quinta edición del *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* (DSM-5).

Objetivo: El objetivo de este trabajo es realizar una revisión bibliográfica de los estudios existentes sobre TERIA.

Materiales y métodos: Se realizó una búsqueda bibliográfica y análisis de estudios científicos realizados en niños y adolescentes con trastornos de la conducta alimentaria (TCA).

Resultados: TERIA es un TCA caracterizado por una ingesta de alimentos inadecuada que conduce a la pérdida de peso o incapacidad para lograr un aumento del mismo, deficiencia nutricional, dependencia de suplementos nutricionales y/o deterioro psicosocial significativo. Su prevalencia es del 3 al 14% de los niños y adolescentes con trastornos alimentarios. La edad de inicio es entre los 9 y 17 años. Estos pacientes pueden presentar signos de desnutrición en el examen físico. Sus síntomas más comunes son: dolor

abdominal, vómitos, saciedad temprana, disminución del tamaño de la porción y evitación de comidas específicas. Los trastornos comórbidos más frecuentes son los de ansiedad, obsesivo-compulsivo y del neurodesarrollo.

Conclusiones: La evitación de alimentos en TERIA puede traer consecuencias graves para la salud, pero si es identificado y tratado a tiempo y en forma interdisciplinaria puede revertirse. Además, proporcionar información a la población acerca de este trastorno, es una forma de brindar herramientas para su prevención.

Palabras clave: DSM-5, TERIA, evitación, restricción, trastorno de la conducta alimentaria, desorden alimentario.

ABSTRACT

Introduction: The avoidant/restrictive food intake disorder (ARFID) appears as a new diagnosis in the fifth edition of the *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-5).

Objective: The objective of this work is to carry out a bibliographic review of the existing studies on ARFID.

Materials and methods: A bibliographic search and analysis of scientific studies carried out in children and adolescents diagnosed with eating disorders was carried out.

Results: ARFID is an eating disorder characterized by an inadequate aliment intake that leads to weight loss or inability to achieve an increase in it, nutritional deficiency, dependence on nutritional supplements and/or significant psychosocial impairment. Its prevalence is 3 to 14% of children and adolescents with eating disorders. The age of onset is between 9 and 17 years old. These

patients may present signs of malnutrition in the physical examination. Their most common symptoms are: abdominal pain, vomiting, early satiety, decrease in the size of the portion and avoidance of specific foods. The most frequent comorbid disorders are anxiety, obsessive-compulsive and neurodevelopmental disorders.

Conclusions: The avoidance of food on ARFID can have serious consequences for health but if it is identified and treated on time and in a interdisciplinary way it can be reversed. In addition, providing information to the population about this disorder is a way to provide tools for its prevention.

Key words: DSM-5, ARFID, avoidance, restriction, eating disorder, feeding disorder.

I. INTRODUCCIÓN

El trastorno de evitación/restricción de la ingesta de alimentos (TERIA) ha sido incluido en la nueva clasificación de los trastornos alimentarios de la quinta edición del *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* (DSM-5)(1).

Aunque TERIA se presenta como un nuevo diagnóstico, sería más útil simplemente considerarlo como una forma más específica de describir ciertos síntomas. Muchos pacientes con trastornos alimentarios no "encajan" perfectamente en un diagnóstico de anorexia nerviosa (AN) o bulimia nerviosa (BN), por lo que, antes de la publicación del DSM-5, los médicos psiquiatras les daban a esas personas el diagnóstico de trastorno de la conducta alimentaria no especificado. Desafortunadamente, al decir que alguien tiene este trastorno, no se brinda mucha información sobre los síntomas de la persona, aparte de que tiene algún tipo de trastorno alimentario. En el caso de los niños, también podrían haber recibido otro diagnóstico llamado trastorno de la ingestión alimentaria de la infancia o la niñez, pobremente estudiado y de uso limitado debido a su requisito de pérdida de peso y edad de inicio antes de los 6 años. Pero ¿qué hay de los niños o adultos que tienen una alimentación restrictiva que no está relacionada con el miedo al aumento de peso, que pueden o no tener un peso normal y cuyas vidas se ven severamente afectadas por sus síntomas? Aquí es donde TERIA puede llenar los vacíos existentes.

Por este motivo, este trabajo pretende abordar los criterios de diagnóstico y las implicancias en el ámbito clínico de TERIA, además de las características diferenciales con otros trastornos de la conducta alimentaria, su prevalencia, tratamiento y prevención, analizando los estudios ya publicados en distintos países desde sus inicios.

II. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

El objetivo de este trabajo es realizar una revisión bibliográfica de los estudios existentes sobre TERIA.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Describir el surgimiento de TERIA como un nuevo diagnóstico en el DSM-5.
- Enumerar los criterios de diagnóstico de TERIA.
- Diferenciar TERIA de otros trastornos de la conducta alimentaria.
- Describir la prevalencia de TERIA.
- Detallar las características clínicas de los pacientes con este trastorno.
- Brindar información sobre las distintas estrategias de prevención y tratamiento de TERIA.

III. METODOLOGÍA

El presente trabajo consiste en una *revisión bibliográfica* en la cual se llevó a cabo la búsqueda de bibliografía existente sobre TERIA. Los sitios de búsqueda consultados durante la investigación fueron bases de datos digitales tales como: SciELO, Medline, Lilacs, Cochrane, Google Scholar, entidades gubernamentales y no gubernamentales, como así también una búsqueda en manuales y libros referidos a la temática. Se utilizaron las siguientes palabras clave: DSM-5, TERIA, evitación, restricción, trastorno de la conducta alimentaria, desorden alimentario. Se seleccionaron estudios realizados en el período comprendido entre 2006 y 2018. La población elegida fueron niños y adolescentes diagnosticados con trastornos de la conducta alimentaria.

IV. DESARROLLO

A. CONCEPTUALIZACIONES Y GENERALIDADES

1. DIFICULTADES ALIMENTARIAS EN EL DESARROLLO

La tendencia a rechazar alimentos se considera parte del proceso de desarrollo y una manifestación normal de los niños de alrededor de los dos años de edad, pero si esta situación persiste en la infancia y la adolescencia se considera patológica y produce consecuencias sociales y nutricionales graves.(2)

Existen varios términos usados para describir ciertas conductas anómalas ligadas con el comportamiento alimentario en la infancia y la adolescencia:

- *Fagofobia o dipsofobia o disfagia funcional:* no ingerir alimentos por temor a ahogarse.
- *Trastorno emocional de evitación a los alimentos:* dejar de comer por una causa afectiva subyacente.
- *Síndrome de rechazo generalizado:* rechazo a la comida como parte de una actitud negativista hacia todos los aspectos de la vida.
- *Ingesta selectiva:* los niños considerados selectivos varían entre los que comen adecuadamente para su etapa de desarrollo (en cuyo caso existe una percepción errónea), los que presentan aversiones sensoriales relacionadas y los que presentan enfermedad orgánica.
    - *Neofobia alimentaria:* es el rechazo a probar alimentos que son nuevos o desconocidos para el niño, frecuentemente mal percibido por los

padres como *selectividad inapropiada*. Sin embargo es un comportamiento normal entre los 12 y 24 meses de vida que finalmente se resuelve luego de exposiciones repetidas a los alimentos.

- *Selectividad leve:* Incluye a los denominados "consumidores caprichosos o quisquillosos". Estos niños consumen menos alimentos que el promedio. A diferencia de la neofobia, la exposición repetida no da lugar a la aceptación por estos consumidores exigentes. Suelen tener un crecimiento y desarrollo normales.
- *Selectividad alta:* Estos niños limitan su dieta a 10-15 alimentos. Presentan negativa a comer categorías completas de alimentos en relación a sus características sensoriales (sabor, textura, olor, temperatura y/o apariencia). Aquí las consecuencias suelen ser significativamente graves. Un ejemplo extremo es el autismo.
- *Selectividad orgánica:* La alimentación selectiva puede ser consecuencia de condiciones médicas. Se observa a menudo en niños con retraso del desarrollo, relacionada con respuestas hiper o hiposensibles a las propiedades sensoriales de los alimentos y/o con el retraso en el desarrollo motor oral.(3)

2. DSM-5

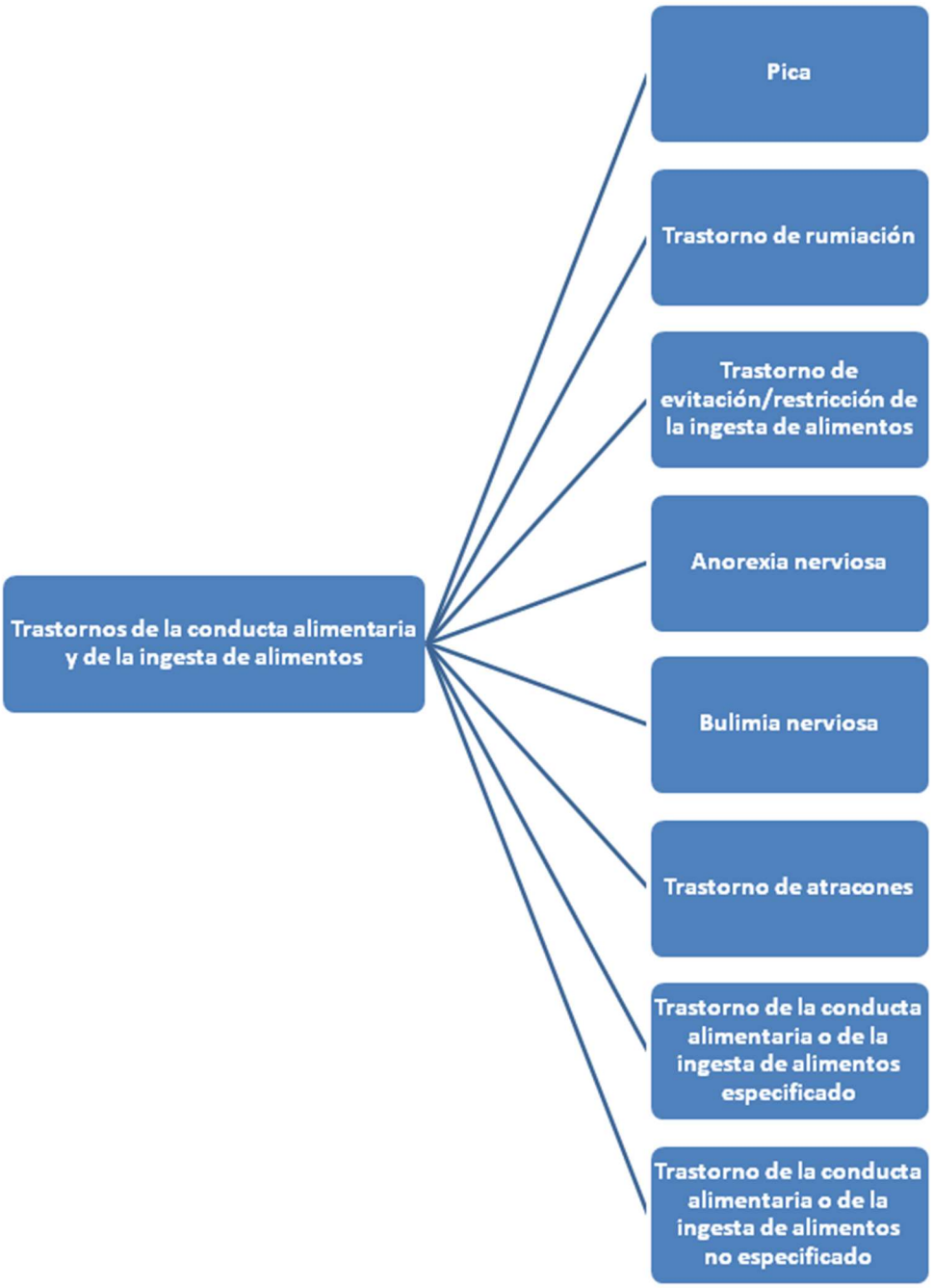
El DSM es el *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*, el cual los médicos de salud mental utilizan para diagnosticar trastornos psiquiátricos. Cuando una persona es diagnosticada con algún tipo de trastorno de salud mental por un profesional, significa que cumple una cierta cantidad de criterios de diagnóstico establecidos por el DSM.(4)

El objetivo de diagnosticar trastornos específicos no es etiquetar o estigmatizar a una persona, sino identificar sus particularidades y características únicas. Esto permite al equipo de salud desarrollar el mejor plan de tratamiento posible y aplicar intervenciones basadas en evidencia.

La quinta edición del manual fue publicada en mayo de 2013, siendo la última edición disponible a la actualidad. Ésta incluye varios cambios en la forma en que se clasifican y diagnostican los trastornos alimentarios.

TERIA surgió como una nueva categoría de diagnóstico en el DSM-5, en donde dos capítulos de la cuarta edición (*Trastornos de la conducta alimentaria* y *Trastornos de la ingestión y de la conducta alimentaria de la infancia o la niñez*) se combinaron en uno solo: *Trastornos de la conducta alimentaria y de la ingesta de alimentos*, que abarca todas las etapas de la vida.(5)

Figura 1: Esquema de la clasificación de los trastornos de la conducta alimentaria según el DSM-5



Fuente: American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5th Edition.Washington, DC:American Psychiatric Association, 2013.

3. DEFINICIÓN DE TERIA

TERIA es un trastorno de la conducta alimentaria caracterizado por una ingesta de alimentos inadecuada que conduce a la pérdida de peso o incapacidad para lograr un aumento de peso, deficiencia nutricional, dependencia de suplementos nutricionales y/o deterioro psicosocial significativo.(6)

Se puede dar por falta de interés aparente por comer o alimentarse, por preocupación acerca de las consecuencias repulsivas de la acción de comer, o evitación a causa de las características organolépticas de los alimentos, que en algunos individuos puede deberse a una sensibilidad extrema a su apariencia, color, olor, textura, temperatura o gusto. Este trastorno se ha descrito como "alimentación restrictiva", "alimentación selectiva", "alimentación exigente", "alimentación perseverante", "rechazo crónico de los alimentos" y "neofobia alimentaria", y puede manifestarse como un rechazo a comer determinadas marcas de alimentos o a no tolerar el olor de los alimentos que comen otras personas(1). Según Boily e Israel (7), el diagnóstico puede incluir a pacientes ortoréxicos, quienes tienen una obsesión patológica e irracional por comer sano y por la calidad de los alimentos.

La edad de inicio es entre los 9 y los 17 años (1) En cuanto al género existen controversias en la bibliografía revisada. Según el DSM-5 es igualmente frecuente en los niños y en las niñas; salvo en TERIA comórbido con el trastorno del espectro autista donde predomina en los varones. Otros estudios posteriores (8) (9) evidencian que la frecuencia es mayor en varones. Por último, un estudio retrospectivo publicado en Japón (10) indicó que de una

muestra de pacientes con TCA, aquellos que cumplieron los criterios de diagnóstico de TERIA eran en su totalidad mujeres.

- **CRITERIOS DIAGNÓSTICOS**

A. Fracaso persistente para cumplir las adecuadas necesidades nutricionales y/o energéticas asociadas a uno o más de los hechos siguientes:
    1. Pérdida de peso significativa (o fracaso para alcanzar el aumento de peso esperado o crecimiento escaso en los niños).
    2. Deficiencia nutricional significativa.
    3. Dependencia de alimentación enteral o de suplementos nutritivos por vía oral.
    4. Interferencia importante en el funcionamiento psicosocial.
B. El trastorno no se debe a la falta de alimentos disponibles o a una práctica asociada culturalmente aceptada.
C. El trastorno no se produce exclusivamente en el curso de la AN o la BN, y no hay pruebas de un trastorno en la forma en que uno mismo experimenta el propio peso o constitución (no hay distorsión de la imagen corporal).
D. Tampoco se puede atribuir a una afección médica concurrente o no se explica mejor por otro trastorno mental. Si se produce en el contexto de otra afección o trastorno y la gravedad excede a la que suele asociarse a dicha afección, se justifica la atención clínica adicional.(1)

Especificar si:

En remisión: Cuando los criterios diagnósticos para TERIA no se han presentado durante un período continuado, después de haberse cumplido con anterioridad.

❖ **CRITERIOS DE EXCLUSIÓN**

Es importante asegurar que el problema de la persona para comer no se deba a:(1)(11)

- ➔ Pobreza
- ➔ Inseguridad alimentaria
- ➔ Malnutrición
- ➔ Práctica cultural
- ➔ Creencia religiosa
- ➔ Comportamientos propios del desarrollo normal (p. ej., las exigencias en la comida de los niños pequeños o la menor ingesta de alimentos en los adultos mayores)
- ➔ Problemas médicos subyacentes (p. ej., cáncer)

❖ **MEDIDAS PSICOMÉTRICAS**

El diagnóstico de TCA se establece mediante medidas psicométricas como el *Eating Disturbances in Youth - Questionnaire* (EDY-Q) o *Children's Eating Attitude Test* (ChEAT). Existen otros cuestionarios donde son los padres los que auto registran tales como: *Child Eating Behaviour Questionnaire* (CEBQ) o *Children's Eating Disorder Examination - Questionnaire* (ChEDE-Q), pero se ha encontrado subestimación de datos. Es por ello que se recomienda EDY-Q.(12)(13)

Sin embargo, Cooney, Liberman et al.(8) afirman que se conoce muy poca información sobre cómo los pacientes con un diagnóstico clínico de TERIA responden sobre medidas psicométricas de TCA de uso común, y resaltan que

éstas no son específicas para hacer un diagnóstico de TERIA y pueden no ser sensibles como herramientas de evaluación.

4. ANTECEDENTES

La definición de TERIA reemplaza el trastorno de la ingestión alimentaria de la infancia o la niñez del DSM-4, restringido a los niños de seis años de edad o menos. TERIA no tiene tales limitaciones de edad. (14)

A principios de 1992, Lask y Bryant-Waugh describieron varios desórdenes que ocurren en la niñez y que involucran la restricción de alimentos que no cumplen con un criterio para AN debido a la falta de distorsión de la imagen corporal o un deseo de perder peso.

En 2002, Watkins y Lask ampliaron estos trastornos atípicos en niños y adolescentes y los clasificaron de la siguiente manera:

- *Trastorno emocional de evitación de alimentos*, caracterizando a los niños con un desorden emocional primario, en el cual la evitación de alimentos es una característica destacada.
- *Ingesta selectiva*, describiendo a los niños que comen muy monótono, y se preocupan por la marca de la comida o el lugar donde el alimento fue comprado, pero cuyo crecimiento y desarrollo no se ve negativamente afectado por estos patrones de alimentación.
- *Disfagia funcional*, involucra un miedo a tragar, vomitar o ahogarse lo cual hace que el niño esté ansioso y se resista a comer normalmente, implicando una evitación de alimentos, y pudiendo identificar un hecho precipitante, como haber presenciado alguien que se atragantó mientras comía.

- *Síndrome de rechazo generalizado*, que afecta a un número menor de niños, siendo una condición potencialmente riesgosa, manifestándose por una negativa a comer, beber, caminar, hablar o cuidarse a sí mismos durante un período de varios meses.

Ninguno de estos trastornos implican distorsión de la imagen corporal o un deseo de perder peso, y tal como lo indican sus descripciones, hay muchas razones por las que estos pacientes no cumplen con sus requerimientos nutricionales, por lo que ahora serían diagnosticados con TERIA.(14)

B. EPIDEMIOLOGÍA

Según un artículo publicado por Zickgraf y Ellis en 2017(15), la investigación sobre la prevalencia y la psicopatología de TERIA está limitada por la falta de instrumentos validados para medir los comportamientos que lo caracterizan, a saber: evitación de alimentos debido a sus propiedades sensoriales (p. ej., comida exigente), falta de apetito o poco interés en comer, o temor a consecuencias negativas por comer.

Los estudios revisados que examinan la prevalencia de los niños y adolescentes con TERIA en programas de trastornos alimentarios de atención terciaria pediátrica, han encontrado que la misma es de entre el 3 y el 14%.(9)(11)(16)(8)

En cuanto a la incidencia, según un estudio retrospectivo realizado por Nicely et al. en 2014(17), la misma fue del 22,5%, pero hay que considerar que la muestra era pequeña (n=173). Cooney, Lieberman et al.(8) señalan que en programas de TCA de atención terciaria pediátrica han encontrado una incidencia de entre 5 y 14%.

C. ETIOLOGÍA Y FACTORES DE RIESGO

- **Temperamentales:** Los trastornos de ansiedad, el trastorno del espectro autista, el trastorno obsesivo-compulsivo y el trastorno por déficit de atención/hiperactividad pueden aumentar el riesgo de comportamientos de evitación o restricción de la alimentación o la ingesta, característicos de TERIA.
- **Personalidad:** Se observa en distintos casos diagnosticados como TERIA características comunes como inmadurez emocional, dificultades para el manejo interpersonal y ambiental. Los niños pequeños con TERIA pueden estar irritables y ser difíciles de calmar durante la alimentación, o pueden parecer apáticos e introvertidos.
- **Familiares:** La literatura señala que existe una asociación específica entre los TCA de los chicos y los de sus madres.(1)

Un artículo de revisión publicado por Bryant-Waugh en el 2013(18) señala que la psicopatología y la depresión materna pueden afectar negativamente la modelación parental del comportamiento alimentario, y sugiere que las madres que reportan mayores síntomas de depresión tienden a realizar prácticas de alimentación más controladas y menos sensibles. Bryant-Waugh menciona además que la delgadez y la neofobia en los niños se correlacionan con estas tendencias en las madres. También señala que existen efectos diferenciales de las relaciones entre padres e hijos según el sexo. Se ha planteado la posibilidad de una mayor influencia de las estrategias de alimentación de las madres en el comportamiento alimentario de sus hijas y las estrategias de alimentación de los padres sobre el comportamiento alimentario de los hijos varones.

- **Genéticos y fisiológicos:** Los antecedentes de afecciones gastrointestinales, el reflujo gastroesofágico, los vómitos y un abanico de otros problemas clínicos (p. ej., alergias o intolerancias alimentarias, cáncer oculto, etc.) se han asociado a los comportamientos de la alimentación y la ingesta que son característicos de TERIA.
- **Trastornos emocionales:** como la disfagia funcional y el globo histérico. La evitación o restricción de los alimentos puede representar una respuesta condicionada negativa asociada a una experiencia aversiva o que se anticipa a ésta, como el atragantamiento, una exploración traumática (por ej. una esofagoscopia) o vómitos repetitivos.(1)(18)

D. CUADRO CLÍNICO

Los pacientes con TERIA pueden presentar signos de desnutrición en el examen físico (apariencia delgada o caquéctica, piel seca, vello lanugo, palidez, abdomen escafoide, hipotermia, bradicardia, llenado capilar diferido), informar síntomas similares a AN (hinchazón y dolor abdominal relacionados con retraso en el vaciamiento gástrico, estreñimiento, intolerancia al frío y mareos) y pueden requerir niveles más altos de atención, incluida la estabilización clínica para pacientes internados o la hospitalización parcial. La edad joven en la presentación también puede dar como resultado un crecimiento interrumpido y una progresión puberal.(4)

Un estudio publicado por Cooney, Lieberman et al.(8) en abril del 2018, afirma que todos los pacientes con TERIA tenían 2 o más síntomas físicos, como se muestra en la tabla 2. Respecto a la duración de la enfermedad (definida como el comienzo informado de la restricción nutricional hasta la fecha de la evaluación) antes del diagnóstico fue de 28,9 meses (DE = 39,6; rango = 1-153) y 60,7% de los pacientes tuvieron una duración de la enfermedad de más de 12 meses.

TABLA 1: Características clínicas de niños y adolescentes con TERIA

Características	Media ± SD, n (Rango)
Años de edad	13.2 ± 2.3, 31 (9.3–17.6)
Pacientes <12 años de edad	35.5%, (11/31)
Pacientes femeninos	64.5%, (20/31)
IMC (kg/m2)	15.8 ± 2.2, 28 (12.2–20.2)
Porcentaje del peso meta objetivo	81.9 ± 8.2%,28(65.0-94.6)
Meta objetivo peso <80%	39.3%, (11/28)
Pérdida de peso	9.6 ± 9.1%, 28 (0–27.9)
No lograr el aumento de peso adecuado, sin pérdida de peso	39.3% (11/28)
Duración de la enfermedad (meses) antes del diagnóstico	28.9 ± 39.6, 28 (1–153)
Evaluado por un trastorno alimentario en el pasado	46.4% (13/28)
Frecuencia cardíaca <50 lpm o PAS <80 mmHg	7.1% (2/28)

Fuente: Cooney, Lieberman, et al. Clinical and psychological features of children and adolescents diagnosed with avoidant/restrictive food intake disorder in a pediatric tertiary care eating disorder program: a descriptive study. *Journal of Eating Disorders* 2018 6:7

TABLA 2: Síntomas de presentación de niños y adolescentes con TERIA

Síntoma de presentación	%, n
Disminución de tamaños de porción	96.4, (27/28)
Informaron el desencadenante del TCA	71.4, (20/28)
Evitar comidas específicas	64.3, (18/28)
Historia de náuseas	60.7, (17/28)
Saciedad precoz	57.1, (17/28)
Historial de dolor abdominal	50, (14/28)
Miedo a vomitar	46.4, (13/28)
Historia de ser un comedor quisquilloso	46.4, (13/28)
Historia del uso de suplemento nutricional	39.3, (11/28)
Textura de alimentos / problemas sensoriales	25, (7/28)
Historia de miedo a callarse	21.4, (6/28)
Miedo a la contaminación de los alimentos	21.4, (6/28)
Aversión a líquidos	21.4, (6/28)
Contar calorías	10.7, (3/28)

Fuente: Cooney, Lieberman, et al. Clinical and psychological features of children and adolescents diagnosed with avoidant/restrictive food intake disorder in a pediatric tertiary care eating disorder program: a descriptive study. *Journal of Eating Disorders* 2018 6:7

Otra investigación sobre prevalencia publicada en 2014 por Kurz, Van Dyck et al.(11), realizada en una muestra de 1444 niños entre 8 y 13 años de edad, informó una prevalencia de TERIA del 3.2% (46 niños), donde el 60,09% mostró alimentación restrictiva por propiedades sensoriales de la comida, el 39% falta de interés para comer y un 15.2% restricción por pensar que la comida le ocasiona consecuencias negativas (asfixia, vómitos, disfagia funcional).

Según un estudio retrospectivo de casos y controles de 8 a 18 años de edad (9) realizado en 2014, los pacientes con TERIA pueden presentar síntomas gastrointestinales; un historial de vómitos / asfixia; alergias alimentarias; y también concuerda con el DSM-5 en la presencia de ansiedad generalizada.

Las medidas clínicas, como la densidad mineral ósea, sugieren que los pacientes tienen altos niveles de morbilidad.(6)

1. COMORBILIDADES

Según el DSM-5 los trastornos comórbidos que se observan más frecuentemente con TERIA son los trastornos de ansiedad, el trastorno obsesivo-compulsivo y los trastornos del neurodesarrollo (especialmente el trastorno del espectro autista, el trastorno por déficit de atención/ hiperactividad y el trastorno del desarrollo intelectual).(1)(2)

Los siguientes trastornos mentales pueden ser diagnosticados junto con TERIA**,** siempre y cuando se cumplan todos los criterios de ambos trastornos y si el TCA requiere un tratamiento específico:

Trastorno del espectro autista: Los individuos con este trastorno a menudo presentan comportamientos alimentarios rígidos y un aumento de las sensibilidades sensoriales. Sin embargo, estas características no siempre dan como resultado un grado de deterioro suficiente que requiera un diagnóstico de trastorno de evitación/restricción de la ingesta de alimentos.

Fobia específica, trastorno de ansiedad social (fobia social) y otros trastornos de ansiedad: Hay situaciones que pueden derivar en ahogo o vómitos que pueden ser el desencadenante primario del miedo, la ansiedad o la evitación alimentaria. Aunque la evitación o la restricción de la ingesta de alimentos secundaria a un miedo pronunciado a atragantarse o a vomitar puede conceptualizarse como fobia específica, en las situaciones en que los problemas alimentarios pasan a ser el foco principal de la atención clínica, el diagnóstico apropiado es el de TERIA. En el trastorno de ansiedad social, el individuo puede presentar miedo a ser observado por los demás mientras come, lo cual puede suceder también en el trastorno de evitación/restricción de la ingesta de alimentos.

Trastorno obsesivo-compulsivo: Los individuos con TOC pueden presentar evitación o restricción de la ingesta por estar preocupados con la comida o presentar comportamientos ritualizados para la ingesta.

Trastorno depresivo mayor: Aquí el apetito se puede afectar de tal manera que los individuos presentan una restricción significativa de la ingesta de comida que generalmente afecta al aporte de energía global y a menudo se relaciona con pérdida de peso. Normalmente, la pérdida de apetito y la consiguiente reducción de la ingesta disminuyen al resolverse los problemas del estado de ánimo.

Trastornos psicóticos: Los individuos con esquizofrenia, trastorno delirante u otros trastornos psicóticos pueden mostrar comportamientos extraños con la alimentación, pueden evitar ciertos alimentos por sus creencias delirantes y pueden manifestar otros tipos de evitación o restricción de la ingesta. En algunos casos, las creencias delirantes pueden contribuir a la preocupación por las consecuencias negativas de la ingesta de ciertos alimentos.

2. COMPLICACIONES

A corto plazo pueden darse complicaciones debido al *síndrome de realimentación (19)* que incluye trastornos clínicos y metabólicos que pueden ocurrir durante la realimentación (oral, enteral o parenteral) de un paciente desnutrido. Las características clínicas del mismo incluyen edema, falla cardíaca y/o respiratoria, problemas gastrointestinales (como vómitos incoercibles, mareos, náuseas), dolor abdominal intermitente, debilidad muscular profunda, delirio y, en casos extremos, la muerte. A largo plazo pueden darse desnutrición, déficit de micronutrientes, baja talla para la edad relacionada a la deficiencia de la hormona de crecimiento, y a su vez, esta malnutrición resultante afecta negativamente al potencial de aprendizaje y desarrollo. Además se tiende a afectar negativamente el funcionamiento social.

Por otro lado, la función familiar puede verse comprometida, incrementándose el estrés a la hora de comer y en otros contextos de alimentación o ingesta de alimentos en que se vean implicados amigos o familiares (1) (20).

Un estudio retrospectivo sugiere que una proporción de pacientes con TERIA finalmente desarrollará AN (1) (6) (21).

E. DIFERENCIACIÓN CON OTROS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

Tanto TERIA como AN, BN, el trastorno de atracones y el trastorno de rumiación tienen, cada uno, criterios diagnósticos mutuamente excluyentes. Estos trastornos difieren sustancialmente en el curso clínico, en los resultados y en las necesidades de tratamiento, aunque pueden llegar a tener características psicológicas y de comportamiento comunes.

Las diferencias entre TERIA y otros trastornos de la conducta alimentaria (TCA) son:(9)(8)(21)

- **Imagen corporal**: a diferencia de otros TCA, los pacientes con TERIA no tienen problemas con su imagen corporal.
- **Razones para no comer**: en general los pacientes con TCA utilizan el no comer como mecanismo para el control del peso; en TERIA el motivo es la evitación por disgusto o por temor a la comida o a sufrir atragantamientos o vómitos.
- **Calidad del alimento**: los pacientes con TERIA no tienen en cuenta el aporte calórico de una comida, incluso en ocasiones preferirán alimentos más procesados o grasos, a diferencia de los pacientes con otros TCA que eligen alimentos que consideran saludables basándose en su escaso aporte calórico.
- **Edad de inicio**: según la Asociación Americana de Psiquiatría, la anorexia se inicia a la edad promedio de los 15,6 años, la bulimia a los 16,5 y TERIA a los 12,9.
- **Duración:** los pacientes con TERIA tienen una mayor duración de la enfermedad con respecto a otros TCA.

● **Género**: TERIA afecta en mayor porcentaje a varones, en contraposición de los TCA donde por cada diez casos de mujeres, afecta a un varón.

● **Relación con la ansiedad y depresión**: es más frecuente que los pacientes con TERIA sufran ansiedad que depresión, mientras que quienes padecen otros TCA pueden estar afectados por ambos.

● **Comorbilidades:** los pacientes con TERIA tienen mayor probabilidad de síntomas médicos y/o psiquiátricos asociados (p. ej., trastornos generalizados del desarrollo y del aprendizaje) a diferencia de otros TCA.

● **Otras**: hay más incidencia de reflujo gastroesofágico o alergias alimentarias en TERIA que en los demás TCA.

Por otra parte, una revisión retrospectiva de 4 años en niños y adolescentes admitidos a un programa diario de trastornos alimentarios, usó la *Prueba de Actitudes de Alimentación Infantil* (ChEAT) (13), para evaluar los síntomas de TERIA. Los pacientes que cumplían con los criterios de TERIA tenían puntajes totales significativamente más bajos en relación con los pacientes que cumplían los criterios para AN y BN, lo que indicaba menos síntomas clásicos de trastorno alimentario.

En los pacientes con TERIA el grado de desnutrición por pérdida de peso o falta de ganancia según lo indicado por el percentil de IMC o el % de IMC mediano por edad/sexo puede ser casi tan significativo como en AN, y la duración de los síntomas puede ser similar o más prolongada.(4)

El diagnóstico diferencial entre TERIA y AN puede ser difícil, especialmente en la infancia tardía y en la adolescencia temprana, dado que estos trastornos pueden compartir numerosos síntomas (p. ej., evitación de los alimentos, bajo peso). También puede ser difícil en los individuos con AN que niegan tener

miedo a engordar pero que, sin embargo, persisten en sus comportamientos para impedir el aumento de peso, y que no reconocen la gravedad médica del peso bajo, presentación a veces denominada anorexia nerviosa sin pánico a la obesidad. El DSM-5 aconseja considerar el conjunto de los síntomas, el curso y los antecedentes familiares para efectuar el diagnóstico, que se realiza mejor en el contexto de una relación clínica duradera. En algunos individuos, TERIA puede preceder el inicio de una AN (1) (6) (21).

F. TRATAMIENTO

Dada la falta de datos empíricos sobre las estrategias para el tratamiento de TERIA, las pautas para mejorar las prácticas aún no se han desarrollado y hasta la fecha no existe un tratamiento basado en la evidencia para TERIA, lo que aumenta el riesgo de estadías hospitalarias prolongadas e intensas para casos complejos. La población con TERIA es más joven y puede que estos pacientes estén atendidos por médicos de atención primaria y no con aquellos que tienen la experiencia de trabajar en TCA. La evaluación y el tratamiento de este trastorno son complejos dada la variedad de presentaciones clínicas que hacen difícil el diagnóstico, en primer instancia. Es por ello que se requiere un enfoque interdisciplinario con médicos especialistas en salud mental/conductual, nutricionistas, ayudantes terapéuticos, enfermeros y pediatras, además de incorporar equipos interdisciplinarios en los que confluya la experiencia en el trabajo con adolescentes y la especialización en TCA, asuntos fundamentales para brindar intervenciones efectivas.(22)

La literatura hasta la fecha indica que el tratamiento debería evaluar y enfocar los aspectos más responsables de la evitación o restricción de alimentos, incluyendo el manejo de la ansiedad, desensibilización sistemática y un plan nutricional estructurado con terapia basada en la exposición gradual y técnicas de relajación.

Los alimentos problemáticos son progresivamente incorporados en la alimentación del paciente. Los objetivos del tratamiento se deben adaptar de acuerdo con las necesidades del paciente y deben ser realistas y alcanzables: disminuir riesgos nutricionales, físicos y emocionales, mientras se ayuda al

paciente a manejar la ansiedad y ampliar su rango de alimentos. Para evitar mayor pérdida de peso la ingesta nutricional adecuada debe ser proporcionada a través de cantidades suficientes de los alimentos preferidos, suplementos líquidos o alimentación por sonda, y al mismo tiempo abordar los alimentos de mayor aceptación (14) (23).

Otro de los tratamientos se basa en la exposición alimentaria, ya que los pacientes con TERIA tratan de negarse a ingerir grupos de alimentos conscientemente, les provoca miedo, asco, intolerancia a colores, sabores o texturas, la elección de porciones muy pequeñas e insuficientes. Es necesario educar a los padres, aconsejándoles a exponer a los niños a nuevos alimentos firme y repetidamente. Los alimentos deben ser ofrecidos de 8 a 15 veces sin presión para lograr su aceptación. Pueden ser necesarias otras técnicas simples, como "esconder" verduras en salsas, utilizar "aditivos" para mejorar el sabor, modelar la alimentación, dar a los alimentos nombres atractivos, involucrar a los niños en la preparación de los alimentos, y presentarlos en diseños atractivos (24). Algunos casos requieren un enfoque más intenso y sistemático para aumentar la variedad. Terapeutas conductuales han documentado la eficacia de algunos de estos métodos como por ejemplo, ofrecer una cantidad del alimento deseado ante la aceptación progresiva de otros menos deseados. A menudo, "el encadenamiento de alimentos", es decir, la sustitución de un alimento con otro similar, es efectivo. En casos más graves, la "decoloración" y "conformación" de los alimentos (alterando gradualmente el sabor, el color, la textura, y la exposición a la comida) se acoplan como un refuerzo positivo. La tranquilidad es la clave para la recuperación del niño mayor con miedo a la alimentación (3).

Se consideró una posible terapia, a partir de algunas investigaciones (25) que encontraron que la alimentación selectiva, un comportamiento característico de este trastorno, tiene rasgos de conducta semejantes al trastorno obsesivo compulsivo o TOC pediátrico. Por esta razón, en base en los tratamientos más efectivos para el TOC pediátrico, se implementó la Terapia de juego cognitivo-conductual y algunos componentes básicos de la Terapia de juego familiar para tratar TERIA. Si la orientación inicial falla, entonces puede requerirse el uso de medicamentos ansiolíticos, refuerzos positivos con recompensas, terapia cognitivo-conductual, o derivación psiquiátrica. Además, a veces es necesario administrar suplementos líquidos orales para mantener al niño nutricionalmente hasta avanzar gradualmente con las texturas. Las técnicas especializadas aceptadas como eficaces por los terapeutas conductuales incluyen la distracción para evitar náuseas, y el uso de técnicas para que el alimento no quede retenido en las mejillas, recorriendo la boca del niño con la cuchara, o guiando al niño físicamente para aceptar la comida.

Según Hehn et al. (16), pocos estudios basados en evidencia han analizado los resultados del tratamiento para adolescentes con TERIA. Una razón para esto es la diversidad de tratamientos. Para evaluar completamente los resultados es necesario un seguimiento a largo plazo, lo cual es un desafío. Además, las medidas de resultado globales para adolescentes con TERIA requieren herramientas de evaluación integrales. Un área que documenta los resultados del tratamiento a corto plazo implica el tratamiento basado en la familia.

Según los trabajos de Segal y Kristeller (26)(27), en la actualidad las intervenciones basadas en *mindfulness* ofrecen una nueva alternativa eficaz al

tratamiento de los trastornos de la conducta alimentaria. Aunque la evidencia empírica sobre su eficacia todavía resulta escasa, los resultados obtenidos en los estudios publicados hasta la fecha resultan bastante prometedores.

La práctica de *mindfulness* en pacientes con trastorno alimentario, junto con la combinación de otras estrategias ya validadas (principalmente terapia cognitivo-conductual), mejora las habilidades de regulación emocional y de propiocepción de las sensaciones corporales (ayudando a distinguir entre las sensaciones de hambre y saciedad frente a señales emocionales); reducir la sintomatología alimentaria en el plano fisiológico (restablecimiento del peso), cognitivo y conductual; y en definitiva, establecer una relación más adaptativa entre la comida y este tipo de pacientes. Este estudio concluye que, a pesar del tratamiento variado entre los diferentes sitios, todos pudieron ayudar a la mayoría de los pacientes a aumentar de peso. Esto puede reflejar la naturaleza compleja de este grupo de diagnósticos de TCA en términos de las modalidades de tratamiento necesarias (28)(29)(30)(31).

- **MEDICAMENTOS PSIQUIÁTRICOS**

Actualmente no hay medicamentos psicotrópicos para el tratamiento de TERIA aprobado por la Administración de Alimentos y Drogas (FDA) de los EE. UU.

Sin embargo, informes de casos y pequeñas series de casos han descrito el uso de mirtazapina o lorazepam para disminuir la ansiedad relacionada con la comida; y olanzapina para reducir la rigidez cognitiva en las creencias sobre alimentos y para promover el aumento de peso. Se necesitan ensayos futuros para evaluar la eficacia de estos medicamentos en la resolución de los síntomas de TERIA (30)(33).

G. PREVENCIÓN

TERIA es un trastorno de origen multicausal (factores temperamentales, familiares, genéticos y fisiológicos), lo cual exige un abordaje interdisciplinario enfocado en:

- La información completa y necesaria a la población acerca de TERIA y las variables relacionadas con este trastorno, prevención psicoeducativa.
- La detección temprana de la existencia de TERIA.
- El trabajo en forma directa con los padres y/o familiares para la detección de casos, dotar a los padres de la información y estrategias necesarias para poder detectar aquellos hábitos o conductas que se encontraran dentro de los factores de riesgo o estuvieran relacionadas directamente con el trastorno, y saber actuar de la forma más adecuada ante su detección.
- El abordaje interdisciplinario de los factores de riesgo detectados.
- La proporción de herramientas de afrontamiento y minimización de la vulnerabilidad emocional.

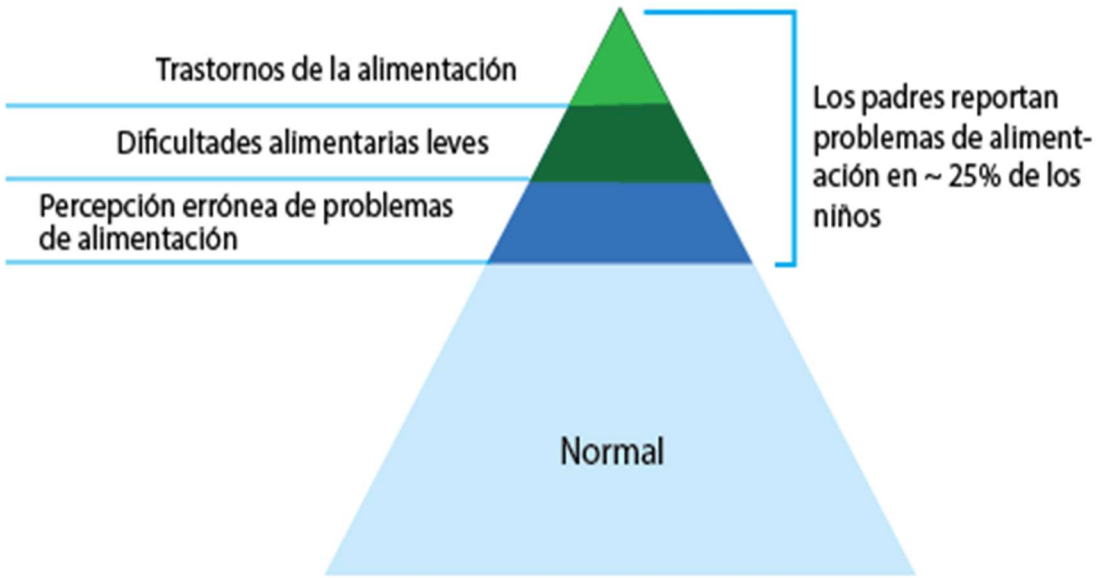
Los autores (3) coinciden en que las dificultades en la alimentación deben conceptualizarse como un trastorno relacional entre el niño y el alimentador, y por lo tanto los estilos de la alimentación en los cuidadores del niño deben ser considerados como un pilar fundamental en la prevención de este trastorno.

Se debe tener en cuenta que las dificultades en la alimentación a menudo surgen durante las transiciones en la alimentación de un niño como el inicio de la alimentación complementaria. Es muy importante en TERIA la percepción de los padres y/o cuidadores acerca de la presencia de “un problema” en la alimentación de los niños. Por lo tanto la visión de un padre o cuidador acerca

de la alimentación de un niño es fundamental para la prevención en el TERIA. Un artículo publicado en 2012 por Hartman y Czaja et al.(34), con el objetivo de dilucidar los factores parentales positivos, sugiere que las habilidades de las madres (como la planificación de comidas) y la alimentación materna en relación con las señales físicas pueden promover un ambiente de alimentación más positivo.

Los estudios realizados indican que del 25% de los niños identificados por los padres como con dificultades en la alimentación, se estima que solo del 1% al 5% cumple con los criterios de un TCA. En el resto, diferenciar a los niños "normales" con padres preocupados de los niños con condiciones leves pero reconocibles y tratables es difícil pero necesario para el trabajo de la prevención.

Figura 2: Representación piramidal de las conductas alimentarias de niños pequeños.



Fuente: Kerzner B, Milano K, MacLean WC, Berall G, Stuart S, Chatoor I. A practical approach to classifying and managing feeding difficulties. *Pediatrics* 2015;135(2):344-353.

El trabajo en la prevención de este trastorno no es solo posible sino que se impone como necesario (35).

Los aspectos relativos a la prevención de los TCA se han abordado hace relativamente poco tiempo, cuando los profesionales de la salud y la sociedad en general ha tomado conciencia de la magnitud que dichos trastornos estaban adquiriendo como problema sanitario de primer orden.

Una de las herramientas para la prevención es la educación, la cual debe estar dirigida a todos los niveles: a los hijos, a los padres y a los profesionales de la salud.

- **Prevención Primaria**

Es el conjunto de intervenciones que pueden realizarse antes del desarrollo de la enfermedad, tiene una acción directa sobre la disminución de la incidencia de los Trastornos. En ella se actúa sobre los factores de riesgo, las principales estrategias son de carácter educativo y se han centrado básicamente en los siguientes aspectos:

a) Información y educación a la población general y en particular a la población de riesgo y a su familia: dirigida principalmente hacia los factores desencadenantes de la enfermedad

b) Identificación de grupos de riesgo;

c) Actuaciones dirigidas a modificar aquellas conductas que podrían favorecer el comienzo de la enfermedad, en particular en relación con la dieta,

d) Intervenciones sobre los estereotipos culturales, adelgazamiento y belleza.

- **Prevención Secundaria**

Es aquella que tiende a reducir el tiempo entre la aparición del trastorno y el inicio del tratamiento.

Ésta debería incluir:

a) Diagnóstico y tratamiento precoz

b) Tratamiento correcto, adecuado

c) Recurso asistencial eficaz

Los resultados de las medidas de prevención primaria resultan más eficaces si se combinan con propuestas de prevención secundaria dirigidas al diagnóstico y tratamiento precoz.

Desde esta perspectiva habría dos posibles enfoques del diagnóstico precoz: el primero centrado en la detección de signos y síntomas de comienzo y el segundo dirigido a las características propias de los individuos de alto riesgo.

Según la bibliografía y los trabajos de investigación realizados respecto de los TCA, la prevención indirecta debe enfocarse en los factores de riesgo asociados.(36)

V. CONCLUSIONES

Los pacientes con TERIA presentan un rechazo marcado al consumo de determinados alimentos. En ellos se desarrolla una actitud de evitación del daño y la novedad, en lugar de una preocupación referente al peso y/o la imagen corporal como sucede en otros TCA.

Se debe tener en cuenta que TERIA no es consecuencia de una falta de voluntad como muchas personas creen, sino que se da por un déficit cognitivo-emocional en la resolución de distintas dificultades que se producen durante el desarrollo de la personalidad.

Debido a que TERIA es un trastorno de reciente definición, se conoce poco respecto a los tratamientos más efectivos. Sin embargo los distintos estudios realizados y la bibliografía existente demuestran que los tratamientos que mejores resultados ofrecen son aquellos que lo tratan en forma global y desde una atención interdisciplinaria, es decir, en forma simultánea con nutricionistas, psicólogos, médicos, etc.

Además los estudios indican que el trabajo de la prevención no solo es posible sino también necesario. Por este motivo a los profesionales de la salud nos corresponde la responsabilidad de poner al servicio de la comunidad las técnicas, conocimientos y recursos para que la población se convierta en agente activa de la prevención. Asimismo todos debemos conocer la existencia y la gravedad de este trastorno.

La investigación futura es necesaria para aclarar aún más la presentación y las características clínicas, mejorar los instrumentos de diagnóstico y definir un

tratamiento eficaz. Los próximos estudios deberán ser con un muestreo más amplio, y deberían incluir un análisis factorial de EDY-Q para medir la consistencia interna.

Sin tratamiento, este trastorno se arrastrará a la juventud y a la edad adulta, lo cual influirá en la consecución de una vida sana, equilibrada, satisfactoria y plena.

VI. AGRADECIMIENTOS

A nuestra familias, amigos y compañeros de carrera por el apoyo incondicional, la motivación y la compañía a lo largo de todos estos años.

A nuestra tutora la Licenciada Sofía Shakespear por su dedicación y buena predisposición para guiarnos y apoyarnos en el desarrollo del presente trabajo final de grado.

A la Universidad de Buenos Aires y docentes de nuestra carrera por habernos formado en esta profesión.

VII. ANEXOS

H. 1. EATING DISORDERS IN YOUTH - QUESTIONNAIRE (EDY-Q)(12)

El Cuestionario de Trastornos Alimenticios en Jóvenes (EDY-Q) es un instrumento de 14 ítems para evaluar los trastornos alimentarios restrictivos de inicio temprano en niños de 8 a 13 años a través del autoinforme.

12 ítems cubren la sintomatología de TERIA, el trastorno emocional de evitación de alimentos, la alimentación selectiva y disfagia funcional.

Cuando se realiza el EDY-Q con niños pequeños, puede ser importante leerles las preguntas y / o explicar la terminología.

Puntuación: Cada ítem está clasificado en una escala Likert de 7 puntos que va desde 0 = nunca a 6 = siempre.

Eating Disorders in Youth-Questionnaire (EDY-Q)

Lea las siguientes afirmaciones y marque la casilla que lo describa mejor.

1. Si me lo permitieran, no comería. □ □ □ □ □ □ □

2. Comer no me interesa. □ □ □ □ □ □ □

3. No como cuando estoy triste, preocupado o ansioso. □ □ □ □ □ □ □

4. Otras personas piensan que peso muy poco. □ □ □ □ □ □ □

5. Me gustaría pesar más. □ □ □ □ □ □ □

6. Me siento gordo, incluso si otras personas no están de acuerdo conmigo. □ □ □ □ □ □ □

7. Mientras no parezca demasiado gordo o no pese demasiado, todo lo demás no importa. □ □ □ □ □ □ □

8. Soy muy quisquilloso. □ □ □ □ □ □ □

9. No me gusta probar comida nueva. □ □ □ □ □ □ □

10. Tengo miedo de ahogarme o vomitar mientras consumo. □ □ □ □ □ □ □

11. Tengo miedo de tragar comida. □ □ □ □ □ □ □

12. No me gusta probar alimentos con un olor, sabor, apariencia o cierta consistencia específicos (por ejemplo, crujientes o suaves). □ □ □ □ □ □ □

13. Me gusta comer cosas que no son para comer (por ejemplo, arena). □ □ □

14. Regurgito comida que ya he tragado. □ □ □ □ □ □ □

2. TEST DE ACTITUDES ALIMENTARIAS EAT-26 (13)

The children's version of the Eating Attitudes Test (ChEAT). Maloney, McGuire, Daniels. [1988].

Nombre: _____

Colegio: _____

Curso: _____

Edad: _____

Elija una respuesta para cada una de las preguntas:	siempre	casi siempre	frecuentemente	a veces	rara vez	nunca
1. Me aterroriza la idea de estar con sobrepeso						
2. Evito comer cuando tengo hambre						
3. Me preocupo por los alimentos						
4. He tenido atracones de comida en los cuales siento que no puedo parar de comer						
5. Corto mis alimentos en trozos pequeños						
6. Me preocupa el contenido calórico de los alimentos						
7. Evito especialmente las comidas con alto contenido de carbohidratos (pan, arroz, papas)						
8. Siento que los demás quieren que yo coma más						
9. Vomito después de haber comido						
10. Me siento extremadamente culpable después de haber comido siempre						
11. Me preocupo por estar más delgado(a)						
12. Pienso en quemar calorías cuando hago ejercicio						

13. Los demás piensan que estoy muy delgado(a)						
14. Me preocupa la idea de tener grasa en mi cuerpo						
15. Como más lento que los demás, o me demoro más en terminar mis comidas						
16. Evito los alimentos que contienen azúcar						
17. Como alimentos dietéticos (diet o light)						
18. Siento que la comida controla mi vida						
19. Mantengo un control de mi ingesta						
20. Siento que los demás me presionan para comer						
21. Pienso demasiado en la comida						
22. Me siento culpable después de comer dulces						
23. Engancho con conductas de dieta						
24. Me gusta sentir el estómago vacío						
25. Disfruto probando nuevas comidas apetitosas						
26. Tengo el impulso de vomitar luego de comer						

VIII. BIBLIOGRAFÍA

1. American Psychiatric Association.Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing. (2013)

2. Gempeler Rueda J, Rodriguez Guarin M, et al. Aversión a los alimentos en la infancia: ¿Fobia, obsesión o trastornos del comportamiento alimentario no especificado? Revista colombiana de Psiquiatría 2008;37(3):355-364

3. Kerzner B, Milano K, MacLean WC, Berall G, Stuart S, Chatoor I. A practical approach to classifying and managing feeding difficulties. Pediatrics 2015;135(2):344-353.

4. Mammel KA, Ornstein RM. Avoidant/restrictive food intake disorder: a new eating disorder diagnosis in the diagnostic and statistical manual 5. Curr Opin Pediatric, 2017; 29:000-000

5. Goff MD. What is ARFID?. The Center For Eating Disorders Blog 2013. Disponible en: https://eatingdisorder.org/blog/2013/08/what-is-arfid/

6. Norris ML, Robinson A, Obeid N, Harrison M, et al. Exploring avoidant/restrictive food intake disorder in eating disordered patients: a descriptive study. Int J Eat Disord 2014;47(5):495-499

7. Boily V, Israel M. Les troubles alimentaires comportements à risque. Le défi des troubles de conduites alimentaires «atypiques». Le Spécialiste 2015;17(4):25-26

8. Cooney M, Lieberman M, Guimond T, Katzman DK. Clinical and psychological features of children and adolescents diagnosed with

avoidant/restrictive food intake disorder in a pediatric tertiary care eating disorder program: a descriptive study. Journal of Eating Disorders 2018;6(7)

9. Fisher MM, Rosen DS, Ornstein RM, et al. Characteristics of avoidant/restrictive food intake disorder in children and adolescents: a "new disorder" in DSM-5. J Adolesc Health 2014;55(1):49-52

10. Nakai Y, Nin K, Noma S, et al. Clinical presentation and outcome of avoidant/restrictive food intake disorder in a Japanese sample. Eat Behav 2017;24:49-53

11. Kurz S, Van Dick Z, Dremmel D, et al. Early-onset restrictive eating disturbance in primary school boys and girls. Eur Child Adolesc Psychiatry 2015;24(7):779-785

12.Hilbert, A., & vanDyck, Z. . Eating Disorders in Youth-Questionnaire. English version. Universityof Leipzig:(2016) Disponible en:

http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:bsz:15-qucosa-197246

13.Maloney M, Bell McGuirer.N,Stephen N. Reliability Testing of a Children's Version of the Eating Attitude Test.Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry. 1988; 27, Issue 5, 541-543

14. Zimmerman J, Fisher M. Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder (ARFID). Curr Probl Pedriatric Adolesc Health Care 2017;47:95-103

15. Zickgraf HF, Ellis JM. Initial validation of the Nine Item Avoidant/Restrictive Food Intake disorder screen (NIAS): A measure of three restrictive eating patterns. Appetite 2018;123:32-42

16. Forman SF, McKenzie N, Hehn R, et al. Predictors of outcome at 1 year in adolescents with DSM-5 restrictive eating disorders: report of the national eating disorders

quality improvement collaborative. Journal of Adolescent Health 2014;55:750-756

17. Nicely TA, Lane-Loney S, Masciulli E, Hollenbeak CS, Ornstein RM. Prevalence and characteristics of avoidant/restrictive food intake disorder in a cohort of young patients in day treatment for eating disorders. Journal of Eating Disorders 2014;2(21)

18. Bryant-Waugh R. Feeding and eating disorders in children. Curr Opin Psychiatry 2013;26:537-542

19. Bermudez O, Devlin M, Dooley-Hash S, et al. Trastornos de la conducta alimentaria: guía de cuidados médicos. 3ª Edición. Academy of Eating Disorders; 2016.

20.Pitt PD, Middleman AB. A focus on behavior management of avoidant/restrictive food intake disorder (ARFID): a case series. Clinical Pediatrics 2017; 1-3

21. Reñé Prats, MD. Alimentación selectiva/restrictiva (ARFID), nuevo trastorno en niños, adolescentes y adultos. Praxis Centre Psicologic. Disponible en: https://praxiscentrepsicologia.wordpress.com/alimentacion-selectivarestrictiva-arfid-nuevo-trastorno-en-ninos-adolescentes-y-adultos/

22. Norris ML, Spettigue WJ, Katzman DK. Update on eating disorders: current perspectives on avoidant/restrictive food intake disorder in children and youth. Neuropsychiatr Dis Treat 2016;12:213-218

23. Bryant-Waugh R. Avoidant/restrictive food intake disorder: an illustrative case example. Int J Eat Disord 2013;46(5):420–3

24. Rybertt V. Aversión sensorial a los alimentos: un nuevo diagnóstico para un antiguo problema. Contacto científico 2016;6(6):195-201

25.Kauer J, Pelchat M, Rozin P y Zickgraf H. Adult picky eating. Phenomenology, taste sensitivity, and psychological correlates. Appetite 2015;90:219-228.Segal, Z., Williams, J., & Teasdale, J. . Terapia cognitiva de la depresión basada en la consciencia plena. Un nuevo abordaje para la prevención de las recaídas.Vol 1(1ª Ed.).;España;Editorial Desclée de brouwer. 2006 isbn:9788433021038.

26.Segal, Z., Williams, J., & Teasdale, J. . Terapia cognitiva de la depresión basada en la consciencia plena. Un nuevo abordaje para la prevención de las recaídas.Vol 1(1ª Ed.).;España;Editorial Desclée de brouwer. 2006 isbn:9788433021038.

27.Kristeller, J. L., & Wolever, R. Q. Mindfulness-based eating awareness treatment (MB-EAT):Conceptual basis. Eating Disorders: *The Journal of Treatment Ö Prevention*, 2011;19, 49-6

28. Raya Güimil,D.Intervenciones basadas en mindfulness aplicadas a trastornos de la conducta alimentaria.Trabajo Final de Máster Universitario en Psicología,Facultat de Ciències de la Salut Universitat Jaume-I España 2017

29. Miró Barrachina, M. T., & Simón Pérez, V. Mindfulness en la práctica clínica. Bilbao ;Editorial Desclée de brouwer, 2012.

30. Kabat-Zinn, J. Full Catastrophe Living: Using the Wisdom of your Body and Mind to Face Stress,Pain, and Illness.New York.Editorial Bantam .2013.isbn: 978-0-34553972-4

31. Baer RA, Fischer S, Huss DB. Mindfulness and acceptance in the treatment of disordered eating. Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy 2005;23(4):281-299

32.Crespo, M.Terapia Cognitivo Conductual : Efecto de la Terapia de Juego Cognitivo-Conductual en Niños de 3 a 6 años, para Tratar la Alimentación Selectiva del Trastorno de Evitación/Restricción de la Ingesta de Alimentos Editorial : Quito: USFQ,Universidad San Francisco de Quito, Ecuador, 2017

33. Brewerton T, D'Agostino M. Adjunctive Use of Olanzapine in the Treatment of Avoidant Restrictive Food Intake Disorder in Children and Adolescents in an Eating Disorders Program. Journal Of Child And Adolescent Psychopharmacology 2017;20(20):1–3

34. Hartmann AS, Czaja J, Rief W, Hilbert A. Psychosocial risk factors of loss of control eating in primary school children: a retrospective case-control study. Int J Eat Disord 2012;45(6):751–758.

35.Casado Morales MI, Helguera Fuentes M. Prevención de trastornos de la alimentación. Un primer programa de prevención en dos fases. Clínica y Salud 2008;19(1):5-26

36.Brigham KS, Manzo LD, Eddy KT, Thomas JJ. Evaluation and Treatment of Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder (ARFID) .Curr Pediatr Rep (2018) 6: 107.

IX. GLOSARIO

- **Anorexia nerviosa:** es un trastorno de la conducta alimentaria cuyas características básicas son: la restricción de la ingesta energética persistente, el miedo intenso a ganar peso o a engordar (o un comportamiento persistente que interfiere con el aumento de peso) y la alteración de la forma de percibir el peso y la constitución propios.

- **Bulimia nerviosa:** trastorno alimentario donde se presentan episodios recurrentes de atracones, comportamientos compensatorios inapropiados y recurrentes para evitar el aumento de peso, y la autoevaluación que se ve influida indebidamente por el peso y la constitución corporal.

- **Globo histérico:** sensación no dolorosa de nudo u ocupación en la garganta, de etiología desconocida y sin tratamiento específico, en la que no existe daño en el transporte del bolo alimentario, haciéndose más aparente entre las comidas (incluso se alivia comiendo).

- **Ortorexia:** trastorno alimentario caracterizado por la preocupación exagerada por la calidad de la comida u obsesión por comer sano.

- **Trastorno alimentario:** alteración persistente en la alimentación o en el comportamiento relacionado con la alimentación que lleva a una alteración en el consumo o en la absorción de los alimentos y que causa un deterioro significativo de la salud física o del funcionamiento psicosocial.

- **Trastorno mental:** síndrome caracterizado por una alteración clínicamente significativa del estado cognitivo, la regulación emocional o el

comportamiento del individuo que refleja una disfunción de los procesos psicológicos, biológicos o del desarrollo que subyacen en su función mental.

- **Trastornos de ansiedad:** comparten características de miedo y ansiedad excesivos, así como alteraciones conductuales asociadas. El miedo es una respuesta emocional a una amenaza inminente, real o imaginaria, mientras que la ansiedad es una respuesta anticipatoria a una amenaza futura. Ambas respuestas se solapan, pero también se pueden diferenciar, estando el miedo frecuentemente asociado a accesos de activación autonómica necesarios para la defensa o la fuga, pensamientos de peligro inminente y conductas de huida, y la ansiedad está más a menudo asociada con tensión muscular, vigilancia en relación a un peligro futuro y comportamientos cautelosos o evitativos.

- **Trastorno de depresión mayor:** el rasgo principal es un período de tiempo de al menos dos semanas durante el cual existe ánimo depresivo o pérdida del interés o del placer en casi todas las actividades. En los niños y los adolescentes, el ánimo suele ser irritable más que triste. El paciente debe experimentar además al menos cuatro síntomas adicionales de una lista que incluye cambios en el apetito o el peso y en la actividad psicomotora, energía disminuida, sentimientos de inutilidad o de culpa, dificultades para pensar, para concentrarse o para tomar decisiones, y pensamientos recurrentes de muerte o ideación suicida, o planes o intentos de suicidio.

- **Trastorno obsesivo compulsivo:** sus síntomas característicos son la presencia de obsesiones y compulsiones. Las obsesiones son pensamientos (p. ej., de contaminación), imágenes (p. ej., de escenas violentas o terroríficas) o impulsos (p. ej., de apuñalar a alguien) de naturaleza repetitiva y persistente.

Estas obsesiones no son placenteras ni se experimentan como voluntarias: son intrusivas y no deseadas, y causan malestar o ansiedad en la mayoría de los individuos. El individuo intenta ignorar o suprimir estas obsesiones (p. ej., evitando los factores desencadenantes o mediante la supresión del pensamiento) o neutralizarlas con otro pensamiento o acción (p. ej., la realización de una compulsión). Las compulsiones (o rituales) son conductas (p. ej., el lavado, la comprobación) o actos mentales (p. ej., contar, repetir palabras en silencio) de carácter repetitivo que el individuo se siente impulsado a realizar en respuesta a una obsesión o de acuerdo con unas normas que se deben aplicar de manera rígida.

- **Trastorno del espectro autista:** se caracteriza por el deterioro persistente de la comunicación social recíproca y la interacción social, y los patrones de conducta, intereses o actividades restrictivos y repetitivos. Estos síntomas están presentes desde la primera infancia y limitan o impiden el funcionamiento cotidiano.

- **Trastorno del desarrollo intelectual:** también llamada ‘discapacidad intelectual’, se caracteriza por las deficiencias de las capacidades mentales generales y las que afectan al funcionamiento adaptativo cotidiano, en comparación con los sujetos de igual edad, género y nivel sociocultural.

- **Trastornos psicóticos:** se definen por anomalías en uno o más de los siguientes cinco dominios: delirios, alucinaciones, pensamiento (discurso) desorganizado, comportamiento motor muy desorganizado o anómalo (incluida la catatonía) y síntomas negativos.

- **Trastorno por déficit de atención/hiperactividad:** su característica principal es un patrón persistente de inatención y/o hiperactividad-impulsividad que interfiere con el funcionamiento o el desarrollo. La inatención se manifiesta conductualmente como desviaciones en las tareas, falta de persistencia, dificultad para mantener la atención y desorganización que no se deben a un desafío o a falta de comprensión. La hiperactividad se refiere a una actividad motora excesiva cuando no es apropiado, o a juegos, golpes o locuacidad excesivos. La impulsividad se refiere a acciones apresuradas que se producen en el momento, sin reflexión, y que crean un gran riesgo de dañar al individuo.