

Adolescencia

Sección a cargo del Servicio de Adolescencia del Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez^a

Abordaje del trastorno evitativo restrictivo de la ingesta de alimentos desde una perspectiva conductual

Approach to avoidant restrictive food intake disorder from a behavioral perspective

Mauricio Scarpello^b

Glosario

- AN: Anorexia Nerviosa
- BN: Bulimia Nerviosa
- ARFID: Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder
- DSM 5: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, Quinta Edición)
- EDY-Q: Eating Disturbances in Youth Questionnaire (Cuestionario de Alteraciones de la Alimentación en Jóvenes)
- NIAS: Nine Item Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder (Cuestionario de 9 Ítems para la Evaluación del Trastorno Evitativo/Restrictivo de la Ingesta de Alimentos)
- PANDAS: Trastorno Neuropsiquiátrico Autoinmune Pediátrico Asociado a Infecciones Estreptocóccicas
- PARDI: The Pica, ARFID, and Rumination Disorder Interview (Entrevista para los Trastornos de Pica, TERIA y Rumiación)
- TCA: Trastorno de la Conducta Alimentaria
- TDAH: Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad
- TERIA: Trastorno Evitativo Restrictivo de la Ingesta de Alimentos

Introducción

La palabra TERIA es un acrónimo que hace referencia al "Trastorno Evitativo Restrictivo de la Ingesta de Alimentos" también conocido como "ARFID" por sus siglas en inglés Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder. Corresponde a un tipo de Trastorno de la Conducta Alimentaria (TCA) que fue introducido en el año 2013 en el Manual de Diagnóstico de los Trastornos de la Salud Mental DSM 5 y que se diferencia de la anorexia nerviosa y otros trastornos alimentarios por no presentar distorsión de la imagen corporal o restricción alimentaria para evitar ganar peso. Los criterios diagnósticos establecidos por dicho manual se observan en el cuadro 1.¹

a. Dra. Alejandra Ariovich, Dra. María Carpineta, Dr. Domingo Cialzeta, Dra. María Soledad Matienzo, Dr. Daniel Roffé, Dra. María Cecilia Russo, Lic. Gabriela Mayansky, Dra. Betiana Russo

b. Médico esp. en Adolescencia. Vicepresidente de la International Association for Adolescent Health (IAAH). Miembro de la Sociedad Argentina de Pediatría (SAP), Sociedad Argentina de Salud Integral en la Adolescencia (SASIA) y de la Confederación de Adolescencia y Juventud de Iberoamérica Italia y el Caribe (CODAJIC).

Correspondencia: adolescenciahrg@gmail.com, scarpellom@gmail.com

En ocasiones es habitual que se confunda al TERIA con la neofobia alimentaria, aunque tienen características que los diferencian. El TERIA presenta 3 mecanismos de resistencia:

- Falta de interés por la alimentación (ej.: saltarse comidas, comer lento, sensación de plenitud gástrica con poca comida, etc.)
- Aversión alimentaria producto de alguna mala experiencia como, por ejemplo, atragantarse con un alimento o una reacción alérgica que lleva a evitar su consumo.
- Sensibilidad sensorial en la cual las características propias como el olor, sabor o textura de un alimento hace que sea rechazado.

Una persona puede tener 1 o las 3 presentaciones (Tabla 1). Además de lo mencionado anteriormente debe existir una consecuencia clínica como el bajo peso, desnutrición, malnutrición, etc. o bien afectar aspectos psicosociales en donde esta rigidez de conducta alimentaria conlleve consecuencias personales o en el vínculo con otros.¹

Cuadro 1. Criterios Diagnósticos del TERIA

A) Trastorno de la conducta alimentaria y de la ingesta de alimentos (por ej.: falta de interés aparente por comer o alimentarse; evitación a causa de las características organolépticas de los alimentos; preocupación acerca de las consecuencias repulsivas de la acción de comer) que se pone de manifiesto por el fracaso persistente para cumplir las adecuadas necesidades nutritivas y/o energéticas asociadas a uno (o más) de los hechos siguientes:

- Pérdida de peso significativa (o fracaso para alcanzar el aumento de peso esperado o crecimiento escaso en los niños)
- Deficiencia nutritiva significativa
- Dependencia de la alimentación enteral o de suplementos nutritivos por vía oral
- Interferencia importante en el funcionamiento psicosocial

B) El trastorno no se explica mejor por la falta de alimentos disponibles o por una práctica asociada culturalmente aceptada.

C) El trastorno de la conducta alimentaria no se produce exclusivamente en el curso de la anorexia o la bulimia nerviosas y no hay pruebas de un trastorno en la forma en que uno mismo experimenta el propio peso o constitución

D) El trastorno de la conducta alimentaria no se puede atribuir a una afección médica concurrente o no se explica mejor por otro trastorno mental. Cuando la alteración de la conducta alimentaria se produce en el contexto de otra afección a gravedad de la conducta alimentaria excede a la que suele asociarse a la afección o trastorno y justifica la atención clínica adicional.

Fuente: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM 5), 5º ed.¹

a. Dra. Alejandra Ariovich, Dra. María Carpineta, Dr. Domingo Cialzeta, Dra. María Soledad Matienzo, Dr. Daniel Roffé, Dra. María Cecilia Russo, Lic. Gabriela Mayansky, Dra. Betiana Russo

b. Médico esp. en Adolescencia. Vicepresidente de la International Association for Adolescent Health (IAAH). Miembro de la Sociedad Argentina de Pediatría (SAP), Sociedad Argentina de Salud Integral en la Adolescencia (SASIA) y de la Confederación de Adolescencia y Juventud de Iberoamérica Italia y el Caribe (CODAJIC).

Correspondencia: adolescenciahnr@gmail.com, scarpellom@gmail.com

En la neofobia alimentaria, en cambio, la persona puede evitar alimentos por sus características sensoriales, pero no tiene las consecuencias mencionadas anteriormente.² Estas diferencias de afección y compromiso marcan además las diferencias y urgencia en el abordaje. Mientras que en el abordaje del TERIA la recomendación actual se basa en tratamientos cognitivos conductuales dirigidos preferentemente por un solo terapeuta, los abordajes clásicos de otros trastornos alimentarios o incluso de la neofobia alimentaria son interdisciplinarios.²⁻⁴

Tabla 1. Manifestaciones clínicas según subtipo del trastorno de evitación y restricción de la ingesta de alimentos

Selectivo	Ingesta limitada	Aversivo (postraumático)
Dificultad con la textura, sensaciones, sabor, olor o forma de los alimentos. Historia de ser "mañoso caprichoso" con la comida. Restricción de alimentos específicos.	Disminución del tamaño de las porciones. Apetito disminuido. Desinterés por la alimentación. Saciedad precoz.	Miedo a distintos eventos; vomitar, asfixiarse. Historia de algún evento traumático.

Fuente: De Toro V, et al.⁵

Epidemiología

Establecer la prevalencia del TERIA es sumamente complejo dada la escasez de estudios publicados al respecto. Debido a que este trastorno ha sido catalogado en el manual DSM 5 recientemente aun es necesario realizar mayores investigaciones.¹

Una encuesta realizada en Australia entre adolescentes mayores de 15 años y adultos de ambos sexos informó que la prevalencia puntual de TERIA fue del 0,3% (intervalo de confianza del 95%: 0,1-0,5) en el 2013 y del 0,3% (intervalo de confianza del 95%: 0,2-0,6) en el año 2014.⁶

Estas estimaciones de prevalencia fueron similares a las de otros trastornos de la conducta alimentaria específicos (0,4% y 0,5% para anorexia nerviosa y 1,1% y 1,2% para bulimia nerviosa) y menores que para la categoría heterogénea de otros trastornos de la conducta alimentaria o de la ingesta de alimentos especificados (3.2%). Un segundo estudio publicado informó una prevalencia puntual del 3.2% (46/ 1444) en niños entre 8 a 13 años encuestados

a. Dra. Alejandra Ariovich, Dra. María Carpineta, Dr. Domingo Cialzeta, Dra. María Soledad Matienzo, Dr. Daniel Roffé, Dra. María Cecilia Russo, Lic. Gabriela Mayansky, Dra. Betiana Russo

b. Médico esp. en Adolescencia. Vicepresidente de la International Association for Adolescent Health (IAAH). Miembro de la Sociedad Argentina de Pediatría (SAP), Sociedad Argentina de Salud Integral en la Adolescencia (SASIA) y de la Confederación de Adolescencia y Juventud de Iberoamérica Italia y el Caribe (CODAJIC).

Correspondencia: adolescenciahnr@gmail.com, scarpellom@gmail.com

en escuelas de Suiza en las que los estudiantes auto informaron síntomas consistentes con diagnóstico de TERIA a través de un cuestionario.⁷ Los jóvenes que padecían TERIA auto informado tenían más probabilidades de tener bajo peso o sobrepeso en comparación con los jóvenes que no informaron síntomas de TERIA.⁷ A diferencia de otros trastornos de la conducta alimentaria, que predominan en las mujeres, en ambos estudios epidemiológicos, ambos sexos tenían la misma probabilidad de ser diagnosticados de padecer TERIA.^{6,7}

Unos pocos estudios han examinado la prevalencia de TERIA en servicios especializados a través de la revisión de registros médicos, estimando que aproximadamente el 5% de los niños⁸ y hasta el 15% de los adolescentes⁹ evaluados en programas de trastornos de la conducta alimentaria de clínicas pediátricas o de medicina del adolescente podrían ser diagnosticados de padecer TERIA en base a una aplicación retrospectiva de criterios. El TERIA se encontró incluso con mayor frecuencia (22.5%) en una revisión de registros de niños de 7 a 17 años que participaban en un programa hospitalario parcial (diurno) para trastornos de la conducta alimentaria.¹⁰

Actualmente, no se dispone de estudios realizados en Argentina que permitan estimar de manera precisa la prevalencia del TERIA en nuestra población.

Etiología

Las causas de TERIA son desconocidas. Algunas publicaciones sugieren que puede haber contribuyentes biológicos, pero la mayoría de los biomarcadores han sido poco estudiados y se desconoce su supuesta relación con el cuadro. Si bien no hay estudios de gemelos con TERIA los rasgos relacionados sugieren que las preferencias gustativas son al menos parcialmente genéticas.¹¹

Algunas investigaciones se han centrado en el rol del ambiente en la comida y la dinámica familiar en torno a la alimentación, ya que se relacionan con la alimentación temprana y el desarrollo de comportamientos alimentarios saludables o no saludables en jóvenes con un desarrollo típico.¹² Además, hay evidencia que sugiere que los padres con mayor neofobia alimentaria tienen hijos con mayor neofobia alimentaria y niveles más altos de selectividad al comer.¹³ De todas maneras, puede ser dudosa la asociación de la familia como causa del TERIA

a. Dra. Alejandra Ariovich, Dra. María Carpineta, Dr. Domingo Cialzeta, Dra. María Soledad Matienzo, Dr. Daniel Roffé, Dra. María Cecilia Russo, Lic. Gabriela Mayansky, Dra. Betiana Russo

b. Médico esp. en Adolescencia. Vicepresidente de la International Association for Adolescent Health (IAAH). Miembro de la Sociedad Argentina de Pediatría (SAP), Sociedad Argentina de Salud Integral en la Adolescencia (SASIA) y de la Confederación de Adolescencia y Juventud de Iberoamérica Italia y el Caribe (CODAJIC).

Correspondencia: adolescenciahnr@gmail.com, scarpellom@gmail.com

y en donde quizás confluyan múltiples factores, de hecho, es frecuente observar en el abordaje del TERIA que las familias lo “han intentado todo”.

También sabemos que algunos factores ambientales, entre ellos la publicidad de comida rápida o ultra procesada en contextos de familias ocupadas que tienden a utilizarla con frecuencia, podrían dificultar el acceso a una amplia variedad de alimentos saludables posiblemente provocando restricciones alimentarias en sus hijos.¹⁴ Es posible afirmar que la accesibilidad a los locales de comida rápida es un factor determinante en la elección alimentaria de los adolescentes, favoreciendo el consumo de estos productos por sobre otras opciones. Esta preferencia parece estar vinculada a la inmediatez en la satisfacción del hambre y la urgencia en la decisión.

Sin duda, comprender las posibles etiologías ayuda a entender los mecanismos desencadenantes para luego considerar tratamientos específicos. En este sentido, se ha elaborado un modelo conceptual que explica los síntomas centrales desde un modelo cognitivo conductual (figura 1).

Figura 1: Modelo general cognitivo-conductual de TERIA.



Fuente: Thomas J, et al.³

a. Dra. Alejandra Ariovich, Dra. María Carpineta, Dr. Domingo Cialzeta, Dra. María Soledad Matienzo, Dr. Daniel Roffé, Dra. María Cecilia Russo, Lic. Gabriela Mayansky, Dra. Betiana Russo

b. Médico esp. en Adolescencia. Vicepresidente de la International Association for Adolescent Health (IAAH). Miembro de la Sociedad Argentina de Pediatría (SAP), Sociedad Argentina de Salud Integral en la Adolescencia (SASIA) y de la Confederación de Adolescencia y Juventud de Iberoamérica Italia y el Caribe (CODAJIC).

Correspondencia: adolescenciahnr@gmail.com, scarpellom@gmail.com

Diagnóstico

Para establecer el diagnóstico de TERIA es importante realizar una adecuada anamnesis que incluya no sólo factores que involucren la alimentación sino otros que permitan comprender las necesidades e historia individual de cada paciente. En este sentido cobra importancia poder realizar una lectura crítica o bien para poder discernir entre el cuadro y otros trastornos alimentarios.

Actualmente existen algunas encuestas diagnósticas aun no validadas en nuestra región. Si bien, ninguna de ellas se focaliza únicamente en adolescentes son las que se encuentran disponibles actualmente, como por ejemplo la Encuesta EDY-Q para niños y adolescentes de 8 a 13 años,¹⁵ el cuestionario NIAS para población adulta¹⁶ o el PARDI que es un cuestionario más extenso el cual podría utilizarse desde los 2 años de edad.¹⁷

Los diagnósticos diferenciales de TERIA pueden ser muy variados por lo cual es fundamental conocer los criterios del Manual DSM 5. Sin embargo, tenemos que considerar situaciones que pueden confundirse con el TERIA o bien formar parte de una situación co-mórbida. Algunos ejemplos de situaciones clínicas de TERIA pueden ser:

- Niño con bajo peso y estatura con poco apetito, que por reflujo infantil tuvo dificultades en la alimentación temprana y ahora limita su alimentación con comidas blandas y/o refinadas que sean fáciles de digerir.
- Adolescente delgada con enfermedad celíaca que luego de episodio de contaminación por gluten ha restringido aún más su alimentación ya limitada y ha perdido peso teniendo ahora deficiencias vitamínicas.
- Joven con sobrepeso y deficiencia de hierro que evita ir a controles médicos porque lleva una dieta infantil mostrándose reacio a consumir frutas, verduras y carnes.
- Adolescente que tras episodio de ahogamiento prefiere comer alimentos triturados, llegando a estar en bajo peso por este motivo.
- Adolescente que tarda mucho tiempo en comer y saltea comidas tiene caída del cabello, bajo peso y quisiera optimizar su estado físico, pero tiene dificultades para ingerir más cantidad de alimentos.

a. Dra. Alejandra Ariovich, Dra. María Carpineta, Dr. Domingo Cialzeta, Dra. María Soledad Matienzo, Dr. Daniel Roffé, Dra. María Cecilia Russo, Lic. Gabriela Mayansky, Dra. Betiana Russo

b. Médico esp. en Adolescencia. Vicepresidente de la International Association for Adolescent Health (IAAH). Miembro de la Sociedad Argentina de Pediatría (SAP), Sociedad Argentina de Salud Integral en la Adolescencia (SASIA) y de la Confederación de Adolescencia y Juventud de Iberoamérica Italia y el Caribe (CODAJIC).

Correspondencia: adolescenciahnr@gmail.com, scarpellom@gmail.com

Por otro lado, diagnósticos diferenciales que pueden tenerse en cuenta son:

- Trastornos de la conducta alimentaria (anorexia y bulimia nerviosa, trastorno por atracón, pica, rumiación, etc.)
- Trastornos de ansiedad (incluyendo fobia específica, trastorno de ansiedad generalizada, fobia social)
- Trastorno obsesivo-compulsivo
- Trastornos del espectro autista
- Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH)
- Discapacidad intelectual
- Trastornos depresivos
- Trastornos del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos
- Trastorno Neuropsiquiátrico Autoinmune Pediátrico Asociado a Infecciones Estreptocócicas (PANDAS)
- Trastorno de juego en línea
- Trastorno reactivo del apego
- Trastornos neurológicos, defectos de nacimiento y condiciones relacionadas con diversas dificultades alimentarias
- Otras afecciones médicas (síndrome del intestino irritable, acalasia, enfermedad inflamatoria intestinal, reflujo gastroesofágico, alergias, intolerancias alimentarias, malignidades, hipertiroidismo, vómitos, diarrea, dolor abdominal).¹⁵

A la hora de diagnosticar el TERIA, es fundamental diferenciarlo de trastornos alimentarios como la anorexia nerviosa (AN) o la bulimia nerviosa (BN) ya que, si bien comparten ciertas manifestaciones relacionadas con la ingesta alimentaria, las motivaciones subyacentes y los patrones de comportamiento son claramente distintos. Por ejemplo, en el TERIA no existe preocupación por el peso o la forma corporal, lo que lo diferencia de manera importante de estos otros trastornos. Reconocer estas diferencias resulta significativo para orientar correctamente el abordaje terapéutico y evitar intervenciones inadecuadas. En tabla 2 se muestra una comparación detallada de los principales aspectos que ayudan a distinguir entre TERIA y estos trastornos.

a. Dra. Alejandra Ariovich, Dra. María Carpineta, Dr. Domingo Cialzeta, Dra. María Soledad Matienzo, Dr. Daniel Roffé, Dra. María Cecilia Russo, Lic. Gabriela Mayansky, Dra. Betiana Russo

b. Médico esp. en Adolescencia. Vicepresidente de la International Association for Adolescent Health (IAAH). Miembro de la Sociedad Argentina de Pediatría (SAP), Sociedad Argentina de Salud Integral en la Adolescencia (SASIA) y de la Confederación de Adolescencia y Juventud de Iberoamérica Italia y el Caribe (CODAJIC).

Correspondencia: adolescenciahrg@gmail.com, scarpellom@gmail.com

Tabla 2. Diferencias entre TERIA, Anorexia Nerviosa y Bulimia Nerviosa

Aspecto	TERIA	AN	BN
Motivación de la restricción	Evitación por desinterés, sensibilidad sensorial o miedo a consecuencias adversas.	Restricción voluntaria por miedo a ganar peso o distorsión corporal.	Atracones seguidos de conductas compensatorias para controlar el peso.
Preocupación por el peso o la forma corporal	No hay distorsión; pueden querer aumentar peso.	Miedo intenso a engordar y distorsión corporal.	Preocupación por el peso, pero menos intensa que en AN.
Pérdida de peso	Puede haber, pero no siempre.	Extrema, con IMC muy bajo.	Peso normal o elevado.
Conductas compensatorias	No hay	A veces presentes (ejercicio, vómitos).	Siempre presentes (vómitos, laxantes, ayunos).
Consecuencias nutricionales	Riesgo de desnutrición o deficiencias específicas.	Desnutrición severa con complicaciones graves.	Desequilibrios electrolíticos y daño dental o digestivo.

AN: Anorexia Nerviosa, BN: Bulimia Nerviosa

Fuente: Elaboración propia

Tratamiento

Existen diversas publicaciones sobre cómo tratar o abordar trastornos de la conducta alimentaria pero muy pocos con la especificidad que implica el abordaje del TERIA. Muchos de los tratamientos del TERIA son una adaptación del abordaje de los TCA clásicos basados en tratamientos interdisciplinarios, en tanto otros proponen abordajes familiares o incluso dirigidos por un solo profesional.¹⁶

Un abordaje que se utiliza con frecuencia en la actualidad y aceptado por gran parte de los profesionales, es la terapia cognitivo conductual. Si bien existen otras formas de tratamiento, en el presente artículo se pretende analizar la propuesta realizada por investigadores de la Universidad de Harvard.³

a. Dra. Alejandra Ariovich, Dra. María Carpineta, Dr. Domingo Cialzeta, Dra. María Soledad Matienzo, Dr. Daniel Roffé, Dra. María Cecilia Russo, Lic. Gabriela Mayansky, Dra. Betiana Russo

b. Médico esp. en Adolescencia. Vicepresidente de la International Association for Adolescent Health (IAAH). Miembro de la Sociedad Argentina de Pediatría (SAP), Sociedad Argentina de Salud Integral en la Adolescencia (SASIA) y de la Confederación de Adolescencia y Juventud de Iberoamérica Italia y el Caribe (CODAJIC).

Correspondencia: adolescenciahnr@gmail.com, scarpellom@gmail.com

En este sentido, esta terapia se basa en 4 fases para tratar uno o los tres mecanismos de sostenimiento del TERIA. Cada fase consiste en consultas predeterminadas, estructuradas con distintos propósitos. algunas de ellas se repiten de manera sistemática y otras se ajustan según las situaciones de cada paciente. Además, cabe destacar que esta propuesta terapéutica a diferencia de otros abordajes de trastornos alimentarios no se basa en la interdisciplina desde el inicio, sino un abordaje escalonado, si fuera necesario, incluyendo a las disciplinas que sean necesarias con objetivos claros, siendo un solo profesional quien trabajará la conducta de alimentación. Por esto mismo, este tratamiento indica que incluso un solo profesional podría llevar adelante la terapéutica, recomendando que sea en la medida de lo posible un profesional de la medicina o bien de nutrición.³

El abordaje cognitivo conductual propuesto sigue un esquema de trabajo específico en cada consulta. Una característica interesante es el registro del peso al comenzar el tratamiento, permitiendo en aquellos pacientes con bajo peso iniciar una reflexión acerca de lo que ha ocurrido desde la consulta anterior.

El seguimiento es semanal con tareas asignadas para realizar según los aspectos que se van trabajando en cada fase. Además, se propone desde el inicio que la familia pueda involucrarse en los encuentros para ver en qué consiste el trabajo y para que luego sean facilitadores de las tareas asignadas en el hogar, en tanto la autonomía sugerida para algunas actividades se divide como aquellas que podrían realizar pacientes menores de 16 años o mayores considerando allí la mayor o menor participación familiar en el tratamiento.³

La fase 1, que generalmente dura de 2 a 4 sesiones, está orientada a proporcionar educación sobre el TERIA, enfatizando la importancia de un cambio temprano. En la Fase 2 (que abarca dos sesiones), comienza la planificación de la terapia. La Fase 3, el corazón del tratamiento dura entre 14 y 22 sesiones y aborda los mecanismos de mantenimiento en cada dominio del TERIA utilizando principios de exposición y finalmente, la Fase 4 (que abarca dos sesiones) se enfoca en la prevención de recaídas, evaluando si los objetivos de tratamiento del paciente se han cumplido e identificando estrategias de abordaje conductual para seguir implementando en casa. (tabla 3)

a. Dra. Alejandra Ariovich, Dra. María Carpineta, Dr. Domingo Cialzeta, Dra. María Soledad Matienzo, Dr. Daniel Roffé, Dra. María Cecilia Russo, Lic. Gabriela Mayansky, Dra. Betiana Russo

b. Médico esp. en Adolescencia. Vicepresidente de la International Association for Adolescent Health (IAAH). Miembro de la Sociedad Argentina de Pediatría (SAP), Sociedad Argentina de Salud Integral en la Adolescencia (SASIA) y de la Confederación de Adolescencia y Juventud de Iberoamérica Italia y el Caribe (CODAJIC).

Correspondencia: adolescenciahnr@gmail.com, scarpellom@gmail.com

Tabla 3. Fases de abordaje del TERIA según modelo Cognitivo Conductual.

Fase	Intervenciones Generales
1 Educación y cambios tempranos (aprox. 2-4 sesiones)	Educación sobre TERIA y su tratamiento. Monitorización de la alimentación. Establecer patrón regular de alimentación. Incrementar el volumen de alimentos y luego la variedad. Formulación individualizada según patrón de sostén del TERIA.
2 Planificación de tratamiento (aprox. 2 sesiones)	Continuar incrementando volumen y/o variedad Revisar la ingesta de los distintos componentes de los grupos de alimentos
3 Mecanismos de mantenimiento en orden de prioridad (aprox. 14 a 22 sesiones)	Sensibilidad sensorial: trabajo sobre la desensibilización de manera sistemática y progresiva. Miedo de consecuencias aversivas: trabajo en la educación y prácticas de desensibilización en consultorio. Falta de interés por comer: trabajo en exposición interoceptiva de sensaciones de plenitud, distensión, hambre, etc.
4 Prevención de recaídas (aprox. 2 sesiones)	Evaluar si los objetivos de tratamiento se han alcanzado. Identificar modalidad de sostén en el hogar. Desarrollo de plan de ganancia de peso. Continuación con el aprendizaje sobre nuevos alimentos.

Fuente: Thomas J, et al.³

Reflexiones

Desde que el TERIA fue reconocido en el DSM-5 en 2013, se han logrado avances en su estudio, pero todavía quedan muchas preguntas sin respuesta en la práctica clínica. La falta de publicaciones y guías específicas deja a profesionales, pacientes y familias con incertidumbre, lo que hace evidente la necesidad de seguir investigando para comprender mejor su origen y mejorar las estrategias de diagnóstico y tratamiento. El desconocimiento de su prevalencia dificulta dimensionar el impacto real de este trastorno e implementar medidas adecuadas. Detrás de cada caso, hay adolescentes y familias enfrentando desafíos que afectan su bienestar físico y emocional. Por eso, impulsar estudios nacionales es de suma importancia para fortalecer la prevención, la detección temprana y el acceso a un tratamiento adecuado. Para brindarlo, los profesionales deben estar capacitados en estrategias específicas. El enfoque cognitivo-conductual para el TERIA requiere adaptaciones que lo diferencian de otros abordajes de TCA. Además, los tratamientos individuales, aunque prometedores, representan un reto que exige flexibilidad y habilidades clínicas. Los abordajes interdisciplinarios o familiares han mostrado resultados diversos, por lo que es necesario seguir evaluando su eficacia. Invertir en investigación y formación profesional es fundamental para asegurar que quienes atraviesan este trastorno reciban el acompañamiento que realmente necesitan.

a. Dra. Alejandra Ariovich, Dra. María Carpineta, Dr. Domingo Cialzeta, Dra. María Soledad Matienzo, Dr. Daniel Roffé, Dra. María Cecilia Russo, Lic. Gabriela Mayansky, Dra. Betiana Russo

b. Médico esp. en Adolescencia. Vicepresidente de la International Association for Adolescent Health (IAAH). Miembro de la Sociedad Argentina de Pediatría (SAP), Sociedad Argentina de Salud Integral en la Adolescencia (SASIA) y de la Confederación de Adolescencia y Juventud de Iberoamérica Italia y el Caribe (CODAJIC).

Correspondencia: adolescenciahnr@gmail.com, scarpellom@gmail.com

Bibliografía

1. Asociación Americana de Psiquiatría. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5). 5ª ed. Arlington, VA: Asociación Americana de Psiquiatría; 2014.
2. Eburne M, Urdaneta E, Alliot X. La importancia de involucrar a niños y niñas en la preparación de las comidas. *Nutr Hosp.* 2018;35(4):136-9.
3. Thomas J, Eddy K. Terapia cognitivo conductual para el trastorno de evitación/restricción de la ingesta de alimentos. Edición española. Cambridge: Cambridge University Press; 2019.
4. Morandé Lavin G, Graeli Berna M, Blanco Fernández MA. Trastornos de la conducta alimentaria y obesidad: un enfoque integral. 1ª ed. Madrid: Panamericana; 2014.
5. De Toro V, Aedo K, Urrejola P. Trastorno de evitación y restricción de la ingesta de alimentos: lo que el pediatra debe saber. *Andes Pediatr.* 2021;92(2):298-307.
6. Hay P, Mitchison D, Collado AEL, et al. Burden and health-related quality of life of eating disorders, including Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder (ARFID) in the Australian population. *J Eat Disord.* 2017;5:21.
7. Kurz S, van Dyck Z, Dremmel D, et al. Early-onset restrictive eating disturbances in primary school boys and girls. *Eur Child Adolesc Psychiatry.* 2015;24(7):779-85.
8. Norris ML, Robinson A, Obeid N, et al. Exploring avoidant/restrictive food intake disorder in eating disordered patients: a descriptive study. *Int J Eat Disord.* 2014;47(5):495-9.
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. Nicely TA, Lane-Loney S, Masciulli E, et al. Prevalence and characteristics of avoidant/restrictive food intake disorder in a cohort of young patients in day treatment for eating disorders. *J Eat Disord.* 2014;2(1):21.
11. Breen FM, Plomin R, Wardle J. Heritability of food preferences in young children. *Physiol Behav.* 2006;88(4-5):443-7.
12. Savage JS, Fisher JO, Birch LL. Parental influence on eating behavior: conception to adolescence. *J Law Med Ethics.* 2007;35(1):22-34.
13. Dovey TM, Staples PA, Gibson EL, et al. Food neophobia and 'picky/fussy' eating in children: a review. *Appetite.* 2008;50(2-3):181-93.
14. Brownell KD, Battle Horgen K. Food fight: The inside story of the food industry, America's obesity crisis, and what we can do about it. Columbus, OH: McGraw-Hill; 2004.
15. Białek-Dratwa A, Szymańska D, Grajek M, et al. ARFID-Strategies for dietary management in children. *Nutrients.* 2022;14(9):1739.
16. Kambanis PE, Thomas JJ. Assessment and treatment of avoidant/restrictive food intake disorder. *Curr Psychiatry Rep.* 2023;25(2):53-64.

Forma de citar: Scarpello M. Abordaje del trastorno evitativo restrictivo de la ingesta de alimentos desde una perspectiva conductual. *Rev. Hosp. Niños (B. Aires) 2025; 67 (296):110-120*

a. Dra. Alejandra Ariovich, Dra. María Carpineta, Dr. Domingo Cialzeta, Dra. María Soledad Matienzo, Dr. Daniel Roffé, Dra. María Cecilia Russo, Lic. Gabriela Mayansky, Dra. Betiana Russo
b. Médico esp. en Adolescencia. Vicepresidente de la International Association for Adolescent Health (IAAH). Miembro de la Sociedad Argentina de Pediatría (SAP), Sociedad Argentina de Salud Integral en la Adolescencia (SASIA) y de la Confederación de Adolescencia y Juventud de Iberoamérica Italia y el Caribe (CODAJIC).

Correspondencia: adolescenciahrg@gmail.com, scarpellom@gmail.com