

**Trastorno de evitación/restricción de la ingestión de alimentos: diferencias y similitudes psicopatológicas y de relaciones parentales con la anorexia nerviosa y población general**

**Laura Cañas Vinader**

<http://hdl.handle.net/10803/668806>

**ADVERTIMENT.** L'accés als continguts d'aquesta tesi doctoral i la seva utilització ha de respectar els drets de la persona autora. Pot ser utilitzada per a consulta o estudi personal, així com en activitats o materials d'investigació i docència en els termes establerts a l'art. 32 del Text Refós de la Llei de Propietat Intel·lectual (RDL 1/1996). Per altres utilitzacions es requereix l'autorització prèvia i expressa de la persona autora. En qualsevol cas, en la utilització dels seus continguts caldrà indicar de forma clara el nom i cognoms de la persona autora i el títol de la tesi doctoral. No s'autoritza la seva reproducció o altres formes d'explotació efectuades amb finalitats de lucre ni la seva comunicació pública des d'un lloc aliè al servei TDX. Tampoc s'autoritza la presentació del seu contingut en una finestra o marc aliè a TDX (framing). Aquesta reserva de drets afecta tant als continguts de la tesi com als seus resums i índexs.

**ADVERTENCIA.** El acceso a los contenidos de esta tesis doctoral y su utilización debe respetar los derechos de la persona autora. Puede ser utilizada para consulta o estudio personal, así como en actividades o materiales de investigación y docencia en los términos establecidos en el art. 32 del Texto Refundido de la Ley de Propiedad Intelectual (RDL 1/1996). Para otros usos se requiere la autorización previa y expresa de la persona autora. En cualquier caso, en la utilización de sus contenidos se deberá indicar de forma clara el nombre y apellidos de la persona autora y el título de la tesis doctoral. No se autoriza su reproducción u otras formas de explotación efectuadas con fines lucrativos ni su comunicación pública desde un sitio ajeno al servicio TDR. Tampoco se autoriza la presentación de su contenido en una ventana o marco ajeno a TDR (framing). Esta reserva de derechos afecta tanto al contenido de la tesis como a sus resúmenes e índices.

**WARNING.** The access to the contents of this doctoral thesis and its use must respect the rights of the author. It can be used for reference or private study, as well as research and learning activities or materials in the terms established by the 32nd article of the Spanish Consolidated Copyright Act (RDL 1/1996). Express and previous authorization of the author is required for any other uses. In any case, when using its content, full name of the author and title of the thesis must be clearly indicated. Reproduction or other forms of for profit use or public communication from outside TDX service is not allowed. Presentation of its content in a window or frame external to TDX (framing) is not authorized either. These rights affect both the content of the thesis and its abstracts and indexes.

## TESIS DOCTORAL

Título	<b>Trastorno de evitación/restricción de la ingestión de alimentos: diferencias y similitudes psicopatológicas y de relaciones parentales con la anorexia nerviosa y población general</b>
Realizada por	<b>Laura Cañas Vinader</b>
en el Centro	<b>Facultat de Psicologia, Ciències de l'Educació i de l'Esport Blanquerna, Universitat Ramon Llull</b>
y en el Departamento	<b>Psicología</b>
Dirigida por	<b>Dra. Carolina Palma Sevillano Dr. Eduardo Serrano Troncoso</b>



TESIS DOCTORAL

**Trastorno de evitación/restricción de la ingestión de alimentos:  
diferencias y similitudes psicopatológicas y de relaciones parentales  
con la anorexia nerviosa y población general**

Laura Cañas Vinader

Directores:

Dra. Carolina Palma Sevillano

Dr. Eduardo Serrano Troncoso

Facultat de Psicologia, Ciències de l'Educació i de l'Esport Blanquerna  
Universitat Ramon Llull

Barcelona, septiembre 2019



A mis padres, Conchi y Antonio,  
gracias por estar siempre  
A Pedro,  
formamos un gran equipo



“Nada en la vida es para ser temido, es sólo para ser comprendido.  
Ahora es el momento de entender más, de modo que podamos temer menos”

**Marie Curie**



El trabajo de campo de esta tesis doctoral se ha llevado a cabo en el Área de Salud Mental del Hospital Sant Joan de Déu de Barcelona, con la colaboración de todo el equipo de profesionales de la Unidad de Trastornos de la Conducta Alimentaria



## **Agradecimientos**

Durante este largo camino hasta finalizar mi tesis doctoral, he tenido la suerte de poder contar con la participación, colaboración y el apoyo de muchas personas. No quiero cerrar esta etapa sin dar las gracias a todos los que habéis contribuido de un modo u otro. Sin vosotros, no podría haber hecho este proyecto realidad.

En primer lugar, gracias a mis directores de tesis, la Dra. Carolina Palma Sevillano y el Dr. Eduardo Serrano Troncoso. Carol, gracias por recibirme siempre con una sonrisa y un mensaje positivo. Por confiar en mí y despertar mi pasión por la psicología desde el primer seminario que te tuve como profesora. Eduardo, gracias por confiar en mí, darme la oportunidad de formarme a tu lado y ayudarme a emprender un camino en la psicología. A los dos, muchas gracias por estar a mi lado durante este tiempo y ayudarme a construir este, nuestro proyecto.

A la *Facultat de Psicologia, Ciències de l'Educació i de l'Esport Blanquerna* por acompañarme a lo largo de toda mi formación universitaria.

A todos los profesores que me han formado, guiado y ayudado a lo largo de estos años y a todo el personal administrativo, que siempre han respondido a mis dudas. Por la experiencia personal y profesional que nos ha unido en algún momento de mi formación, hacer una mención especial a Myriam Guerra, Andrea Granell y Eva Cañas. También al *Servei d'Ajuts Econòmics*, Judit, Lourdes y Alba.

Gracias a todo el equipo del *Grup de Recerca de Comunicació i Salut (COMSAL)* y a su investigador principal, el Dr. Jordi Segura Bernal, por ofrecerme la oportunidad de formar parte de sus miembros.

A todos los profesionales que forman el Área de Salud del *Hospital Sant Joan de Déu (HSJD)* de Barcelona, gracias por brindarme la oportunidad de formarme y de llevar a cabo mi trabajo de campo entre vosotros.

De forma particular, a todos los profesionales que forman la Unidad de trastornos de la conducta alimentaria del HSJD, por acogerme en vuestro equipo como una más, por formarme, por guiarme y ayudarme. No es fácil acordarme de mencionar a todos los que durante estos últimos seis años habéis contribuido de una forma u otra y antes de empezar, quiero dar un GRACIAS general de todo corazón, sin vosotros este proyecto no existiría. Gracias Eduardo, Marta, Raquel, Lola, Eva, Ana, Jordi, Noemí, Ángeles, Pep, Bernardo, Montse... Gracias a TODOS por construir este trabajo. Una mención especial. A ti Ana, por todo, por ser mi amiga, por tus consejos, por tus dosis de realidad y por no dejar que me rinda. Ha sido un placer vivir esta experiencia a tu lado y aprender de ti, hay un trocito de esta tesis que siempre será tuyo.

No quiero olvidarme de todos los estudiantes de prácticas y de doctorado que me habéis acompañado en este camino, con vosotros ha sido mucho más fácil. En especial a mi amiga Laia, por todos estos años juntas y tener siempre un abrazo disponible, gracias. Gracias también Mariana y Anna.

Quiero dedicar un agradecimiento especial a todas las familias que han participado voluntariamente en este proyecto, GRACIAS por haber hecho posible este trabajo.

Gracias a TODOS mis amigos, por acompañarme siempre y por su comprensión. En especial a Fran, Marta, Laura, Ana, Laia, Estefanía, Anna y Lena por vuestra presencia incondicional.

Para finalizar, darle las gracias a toda mi familia.

A mis padres, Antonio y Conchi, gracias por vuestra paciencia, por acompañarme y por vuestro apoyo. A mi padre, por transmitirme el valor del esfuerzo. A mi madre, por ESTAR, por tus abrazos, nuestras tardes y nuestras risas. Gracias a los dos por hacerme creer que puedo conseguir lo que me proponga con esfuerzo y constancia y, sobre todo, por ayudarme a conseguirlo. Os quiero.

A mi hermano por estar siempre, a tu manera, pero a mi lado. A mi sobrina, Lucía, por entender un poquito mis ausencias y por hacer especial mi vida desde que llegaste, te quiero infinito peque.

A mi compañero de viaje, Pedro, por no soltarme nunca de la mano. Por creer de forma incondicional en mí y en todos mis proyectos. Por quererme como lo haces. Pero en este momento, sobre todo GRACIAS por saber más del ARFID que yo.

A mi abuela, a mis tíos, mis primos, mis suegros y mis cuñadas, agradeceros que siempre hayáis tenido un mensaje de ánimo y cariño.

**A todos vosotros, GRACIAS.**



## Resumen

### **Trastorno de evitación/restricción de la ingestión de alimentos: diferencias y similitudes psicopatológicas y de relaciones parentales con la anorexia nerviosa y población general**

**Introducción:** La *American Psychiatric Association (APA)* publicó la quinta edición del *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5)* en 2013. Ésta incluye una amplia y significativa revisión de la sección de los trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA). Entre otros cambios, incorpora el trastorno de evitación/restricción de la ingestión de alimentos [*Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder (ARFID)*] para categorizar a los pacientes con un patrón alimentario selectivo y/o restrictivo de la ingesta en ausencia de cogniciones distorsionadas en torno a peso y la figura corporal.

**Objetivo:** Describir las características sociodemográficas y las clínicas de un conjunto de pacientes con ARFID y compararlas con un grupo de pacientes con Anorexia Nerviosa (AN) y un Grupo No Clínico (GNC). Además, analizar el perfil psicopatológico y el tipo de relaciones familiares en los progenitores de los pacientes con ARFID, AN y del GNC.

**Método:** Estudio descriptivo, observacional y comparativo constituido por tres muestras: dos grupos clínicos (ARFID y AN) y un GNC. Se evaluaron un total de 283 sujetos, 99 niños y adolescentes (33 por grupo diagnóstico: ARFID, AN y GNC) junto a sus familias (96 madres y 88 padres), con una entrevista diagnóstica semiestructurada y cuestionarios de depresión, ansiedad, miedos, socialización, conducta, calidad de vida relacionada con la salud, capacidad intelectual, vínculo parental, estilo educativo y psicopatología.

**Resultados:** Los pacientes del grupo con ARFID, respecto a los pacientes con AN, fueron significativamente más jóvenes (10.8 vs. 14.1 años) y mayoritariamente varones (60.6%

vs. 6.1%). Informaron de una edad de inicio de la enfermedad más temprana (6.2 vs. 13.4 años) y de un tiempo de evolución del TCA superior (61.2 vs. 8.4 meses). Mostraron más antecedentes médicos (42.4% vs. 12.1%) y mayor comorbilidad psiquiátrica (81.8% vs. 33.3%). También presentaron de forma significativa ( $p=.000$ ) mayor presencia de miedos, un funcionamiento general más deteriorado, un coeficiente intelectual inferior y vínculos parentales más sobreprotectores. En común con el grupo con AN, refirieron un deterioro severo en la función social, la calidad de vida y la conducta. Los familiares de los grupos clínicos (ARFID y AN) también presentaron, de forma similar, síntomas significativos de malestar psicológico.

**Conclusiones:** Los pacientes con ARFID y con AN presentan un perfil sociodemográfico y clínico diferente, corroborando que el ARFID es una entidad diagnóstica distinta de la AN. Los resultados han evidenciado el impacto significativo del ARFID en el desarrollo físico, emocional, social, escolar y familiar de los pacientes con este trastorno; en algunas áreas similar e incluso superior al de la AN. Consideramos que estos datos ofrecen nueva información del ARFID a la comunidad científica y a su vez, orientan a los clínicos hacia nuevas estrategias de intervención en función del perfil psicopatológico de cada trastorno (ARFID y AN). Sin embargo, debido a la novedad diagnóstica y, por consiguiente, a la escasez de estudios, son necesarias más investigaciones que ofrezcan nuevos datos sobre esta nueva categoría diagnóstica.

**Palabras clave:** ARFID, AN, GNC, familia, diferencias, similitudes.

## Resum

### **Trastorn d'evitació/restricció de la ingestió d'aliments: diferències i similituds psicopatològiques i de relacions parentals amb l'anorèxia nerviosa i població general**

**Introducció:** Al 2013 l'*American Psychiatric Association (APA)* va publicar la cinquena edició del *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5)*. Aquesta inclou una extensa revisió del capítol dels Trastorns de la Conducta Alimentària (TCA) i entre d'altres canvis importants, afegeix el trastorn d'evitació/restricció de la ingestió d'aliments [Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder (ARFID)] per categoritzar als pacients amb una conducta alimentària selectiva i/o restrictiva en absència de cognicions distorsionades al voltant del pes i la figura corporal.

**Objectiu:** Descriure les característiques sociodemogràfiques i les clíniques d'un conjunt de pacients amb ARFID i comparar-les amb un grup de pacients amb Anorèxia Nerviosa (AN) i un Grup No Clínic (GNC). Analitzar el perfil psicopatològic i el tipus de relacions familiars en els progenitors de tots els pacients amb ARFID, AN i del GNC.

**Mètode:** Estudi descriptiu, observacional i comparatiu format per tres mostres: dos grups clínics (ARFID i AN) i un GNC. Es van avaluar 283 subjectes, 99 nens i adolescents (33 per grup diagnòstic: ARFID, AN i GNC) i als seus progenitors (96 mares i 88 pares) amb una entrevista diagnòstica semiestructurada i qüestionaris de depressió, d'ansietat, por, socialització, conducta, qualitat de vida relacionada amb la salut, capacitat intel·lectual, vincle parental, estil educatiu i psicopatologia.

**Resultats:** Els pacients del grup ARFID, respecte al pacients amb AN, van ser més joves (10.8 vs. 14.1 anys) i majoritàriament homes (60.6% vs. 6.1%). Van informar d'una edat

d'inici del TCA més primerenca (6.2 vs. 13.4 anys), i d'un temps d'evolució de la malaltia superior (61.2 vs. 8.4 mesos). Van presentar més antecedents mèdics (42.4% vs. 12.1%) i major comorbiditat psiquiàtrica (81.8% vs. 33.3%). De forma significativa ( $p=.000$ ), van manifestar més pors, un funcionament general més deteriorat, un coeficient intel·lectual inferior i vincles parentals més sobreprotectors. En comú amb els pacients amb AN, van referir un deteriorament sever de la funció social, la qualitat de vida i a nivell conductual. Els familiars del grups clínics (ARFID i AN) també van presentar símptomes de malestar psicològic similars i significatius.

**Conclusions:** Els pacients amb ARFID i amb AN presenten un perfil sociodemogràfic i clínic diferent, corroborant que l'ARFID és una entitat diagnòstica distinta de l'AN. Els resultats han evidenciat l'impacte significatiu de l'ARFID en el desenvolupament físic, emocional, social, escolar i familiar dels pacients amb aquest diagnòstic; en algunes àrees similar i fins i tot superior al de l'AN. Considerem que aquesta informació ofereix noves dades de l'ARFID a la comunitat científica i a la vegada, orienta als clínics cap a noves estratègies d'intervenció en funció del perfil psicopatològic de cada diagnòstic (ARFID i AN). No obstant, a causa de la novetat diagnòstica, actualment, els estudis són insuficients i són necessàries més investigacions que ofereixin noves dades de l'ARFID.

**Paraules clau:** ARFID, AN, GNC, família, diferències, similituds.

## **Abstract**

### **Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder: differences and similarities in psychopathological and parental relationships with anorexia nervosa and general population.**

**Introduction:** American Psychiatric Association (APA) published the fifth edition of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5) in May 2013. The DSM-5 includes a wide and significant review of the Eating Disorders (ED) chapter and among other changes, incorporates the Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder (ARFID) that categorizes patients with avoidance or food restriction without distorted cognitions.

**Objective:** First, describe the sociodemographic and clinical characteristics of a group of patients with ARFID and compare them with a group of patients with Anorexia Nervosa (AN) and a Non-Clinical Group (NCG). Secondly, analyze the psychopathological profile and family relationships in all participant's families.

**Methodology:** It is a descriptive, observational and comparative study consisting of three samples: two clinical groups (ARFID and AN) and an NCG. A total of 283 subjects were evaluated, 99 children and adolescents (33 per diagnostic group: ARFID, AN and GNC) together with their families (96 mothers and 88 fathers) with a semi-structured diagnostic interview and questionnaires of depression, anxiety, fears, socialization, behavior, quality of life, intellectual capacity, parental bonding, educational style and psychopathology.

**Results:** Patients with ARFID compared to patients with AN, were significantly younger (10.8 vs. 14.1 years) and mostly male (60.6% vs. 6.1%). ARFID group reported an earlier age disease's onset (6.2 versus 13.4 years) and a longest ED's evolution (61.2 vs. 8.4 months). Patients with ARFID also showed more medical history (42.4% vs. 12.1%) and

greater psychiatric comorbidity (81.8% vs. 33.3%). With statistically significant results ( $p=.000$ ), ARFID group reported greater presence of fears, poorer general functioning, a lower intelligence quotient and more overprotective parental bond. Commonly with the AN group, it showed a severe deterioration in social function, quality of life and behavior. Family members also showed similar and significant symptoms of psychological distress.

**Conclusion:** ARFID and AN have a different sociodemographic and clinical profile and these results confirm that ARFID and AN are different diagnoses. The results report the ARFID's significant impact on physical, emotional, social, school and family of patient's development, in some areas it is similar and even superior to AN. This information offers new data to the scientific community about ARFID and it guides clinicians towards new intervention strategies based on the psychopathological profile of each disorder. Due to the novelty of the diagnosis and the lack of studies, more researches are needed to offer new data about the ARFID.

**Key words:** ARFID, AN, NCG, family, similarities, differences.

## ÍNDICE

### INTRODUCCIÓN

Justificación, motivación personal y contribuciones .....	31
Estructura de la tesis doctoral.....	37

### PRIMERA PARTE. MARCO TEÓRICO

<b>1. Marco teórico .....</b>	<b>43</b>
1.1. Trastornos de la conducta alimentaria: estado actual .....	43
1.2. Trastornos de la conducta alimentaria: actual clasificación diagnóstica .....	46
1.3. Trastorno de evitación/restricción de la ingestión de alimentos .....	52
1.3.1. Actual clasificación diagnóstica y presentación clínica.....	52
1.3.2. Etiopatogenia.....	58
1.3.3. Dimensiones psicopatológicas.....	61
1.3.4. Comorbilidad.....	64
1.3.5. Epidemiología.....	65
1.3.6. Diagnóstico diferencial: diferencias clínicas entre el ARFID y la AN.....	66
1.3.7. Examen físico y evaluación diagnóstica .....	73
1.3.8. Complicaciones médicas, evolución y pronóstico.....	76
1.3.9. Tratamiento .....	78
1.4. ARFID y AN: relaciones familiares y perfil psicopatológico de las familias .....	84
1.4.1. Vínculo parental, estilo educativo y perfil psicopatológico de las familias....	84

### SEGUNDA PARTE. APLICACIÓN EMPÍRICA

<b>2. Objetivos e hipótesis.....</b>	<b>93</b>
2.1. Objetivos generales y específicos.....	93
2.1.1. Objetivos generales.....	93
2.1.2. Objetivos específicos .....	93

2.2. Hipótesis generales y específicas .....	94
2.2.1. Hipótesis generales .....	94
2.2.2. Hipótesis específicas .....	94
<b>3. Método.....</b>	<b>99</b>
3.1. Tipo de diseño .....	99
3.2. Participantes .....	99
3.2.1. Población y criterios de selección.....	99
3.2.2. Criterios de inclusión .....	100
3.2.3. Criterios de exclusión .....	100
3.2.4. Tamaño de la muestra .....	100
3.2.5. Muestra.....	101
3.3. Instrumentos.....	101
3.4. Procedimiento .....	106
3.5. Variables del estudio .....	108
3.6. Análisis de datos.....	109
<b>4. Resultados.....</b>	<b>113</b>
4.1. Análisis descriptivo .....	113
4.2. Análisis descriptivo de la muestra de niños y adolescentes.....	113
4.2.1. Grupo ARFID.....	113
4.2.2. Grupo AN.....	115
4.2.3. Grupo no clínico (GNC).....	116
4.3. Análisis descriptivo de la muestra de familiares.....	118
4.3.1. Grupo ARFID.....	118
4.3.2. Grupo AN.....	118
4.3.3. Grupo no clínico (GNC).....	119

4.4. Análisis comparativo .....	121
4.5. Análisis comparativo de la muestra de niños y adolescentes .....	121
4.5.1. Variables sociodemográficas y antecedentes .....	121
4.5.2. Variables antropométricas y de exploración física .....	124
4.5.3. Variables clínicas y neuropsicológicas .....	125
4.6. Análisis comparativo de la muestra de familiares .....	132
4.6.1. Variables clínicas .....	132
4.7. Análisis multivariante (MANCOVA) .....	138
<b>5. Discusión.....</b>	<b>143</b>
<b>6. Conclusiones.....</b>	<b>163</b>
<b>7. Referencias .....</b>	<b>171</b>
<b>Apéndices</b>	
Apéndice A. Entrevista diagnóstica diseñada para el ARFID.....	205
Apéndice B. Cuestionario de datos sociodemográficos .....	207
Apéndice C. Consentimiento informado diseñado para esta investigación .....	209
Apéndice D. Hoja informativa diseñada para esta investigación .....	211



## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. <i>Diferencias entre la categoría diagnóstica de los TCA del DSM-IV-TR (APA, 2002) y la del DSM-5 (APA, 2013)</i> .....	47
Tabla 2. <i>Criterios diagnósticos del DSM-5 (APA, 2013) para el trastorno de evitación/restricción de la ingestión de alimentos (ARFID)</i> .....	54
Tabla 3. <i>Factores de riesgo etiológicos de tipo predisponentes, precipitantes y perpetuantes en el ARFID según Coglán y Otasowie (2019)</i> .....	60
Tabla 4. <i>Criterios diagnósticos del DSM-5 (APA, 2013) para la Anorexia Nerviosa</i> ...	67
Tabla 5. <i>Diferencias clínicas entre el trastorno de evitación/restricción de la ingestión de alimentos y la anorexia nerviosa según Coglán y Otasowie (2019)</i> .....	72
Tabla 6. <i>Principales áreas de evaluación durante la evaluación inicial del ARFID según Coglán y Otasowie (2019)</i> .....	74
Tabla 7. <i>Indicadores médicos de hospitalización en TCA (Golden et al., 2015)</i> .....	80
Tabla 8. <i>VARIABLES dependientes de la muestra de niños y adolescentes y de la muestra de familiares</i> .....	108
Tabla 9. <i>Análisis descriptivo de las variables sociodemográficas, antropométricas y antecedentes en los tres grupos (ARFID, AN y GNC) de niños y adolescentes</i> .....	117
Tabla 10. <i>Análisis descriptivo de las variables sociodemográficas y antecedentes en los tres grupos (ARFID, AN y GNC) de familiares (padres/madres)</i> .....	120
Tabla 11. <i>Análisis comparativo (ANOVA y Chi-cuadrado) de las variables sociodemográficas y antecedentes entre los tres grupos (ARFID, AN y GNC) de niños y adolescentes</i> .....	123
Tabla 12. <i>Análisis comparativo (ANOVA y Chi-cuadrado) de las variables antropométricas y de exploración física entre los tres grupos (ARFID, AN y GNC) de niños y adolescentes</i> .....	124

Tabla 13. <i>Análisis comparativo (ANOVA) de las variables depresión, ansiedad y miedos, evaluadas en los tres grupos de niños y adolescentes (ARFID, AN y GNC) con los cuestionarios CDI, STAIC y FSSC-R</i> .....	126
Tabla 14. <i>Análisis comparativo (ANOVA) de la variable socialización, evaluada en los tres grupos de niños y adolescentes (ARFID, AN y GNC) con la escala BAS-3</i> .....	127
Tabla 15. <i>Análisis comparativo (ANOVA) de las variables calidad de vida, funcionamiento general y vínculo parental, evaluadas en los tres grupos de niños y adolescentes (ARFID, AN y GNC) con las escalas KIDSCREEN-27, CGAS y PBI</i> ....	129
Tabla 16. <i>Análisis comparativo (ANOVA) de las variables conducta y capacidad intelectual, evaluadas en los tres grupos de niños y adolescentes (ARFID, AN y GNC) con los instrumentos CBCL y WISC-IV</i> .....	131
Tabla 17. <i>Análisis comparativo (ANOVA) de las variables vínculo parental y estilo educativo, evaluadas en los tres grupos de madres (ARFID, AN y GNC) con las escalas PBI y EMBU-P</i> .....	133
Tabla 18. <i>Análisis comparativo (ANOVA) de las variables vínculo parental y estilo educativo, evaluadas en los tres grupos de padres (ARFID, AN y GNC) con las escalas PBI y EMBU-P</i> .....	134
Tabla 19. <i>Análisis comparativo (ANOVA) de la variable síntomas psicológicos y psicopatológicos, evaluada en los tres grupos de madres (ARFID, AN y GNC) con la escala SCL-90</i> .....	136
Tabla 20. <i>Análisis comparativo (ANOVA) de la variable síntomas psicológicos y psicopatológicos, evaluada en los tres grupos de padres (ARFID, AN y GNC) con la escala SCL-90</i> .....	137

## Lista de abreviaturas

APA	American Psychiatric Association
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
TCA	Trastorno/s de la Conducta Alimentaria
ARFID	Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder
AN	Anorexia Nerviosa
OMS	Organización Mundial de la Salud
BN	Bulimia Nerviosa
TA	Trastorno de Atracones
TCANE	Trastorno de la Conducta Alimentaria No Especificado
IMC	Índice de Masa Corporal
TDAH	Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad
TEA	Trastorno del Espectro del Autismo
TOC	Trastorno Obsesivo-Compulsivo
GNC	Grupo No Clínico
HSJD	Hospital Sant Joan de Déu
CCEE	Consultas Externas
HP	Hospitalización Parcial
HC	Hospitalización Completa
K-SADS-PL	Kiddie-Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia and Lifetime
CGAS	Children's Global Assessment Scale
SCQ	Social Communication Questionnaire
SCL-90	Symptom Checklist-90
EMBU-P	Cuestionario de estilo educativo percibido por progenitores

PBI	Parental Bonding Instrument
CBCL	Child Behavior Check-List
CDI	Children's Depression Inventory
STAIC	State-Trait Anxiety Inventory for Children's
FSSC-R	Fear Survey Schedule for Children-Revised
KIDSCREEN	Cuestionario de calidad de vida relacionada con la salud para niños y adolescentes
BAS-3	Batería de Socialización-3
WISC-IV	Wechsler Intelligence Scale for Children (4th edition)
CI	Capacidad Intelectual
EP	Educación Primaria
ESO	Educación Secundaria Obligatoria
ABS	Área Básica de Salud
CSMIJ	Centro de Salud Mental Infanto-Juvenil
FP	Formación Profesional

# **INTRODUCCIÓN**



## Introducción

### Justificación, motivación personal y contribuciones

La *American Psychiatric Association (APA)* publicó en mayo de 2013, la quinta edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales [*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5)*], que incluye una amplia y significativa revisión del capítulo de los trastornos alimentarios.

Los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) son patologías psiquiátricas de etiología multifactorial que implican graves consecuencias en la salud física y psicológica de los pacientes y en consecuencia, un impacto significativo en el funcionamiento familiar (Lewis & Nicholls, 2016). En las últimas dos décadas, ha aumentado significativamente su incidencia en occidente y constituyen la tercera enfermedad crónica entre la población femenina infantojuvenil (Hay et al., 2014; Peláez, Raich, & Labrador, 2010; Qian et al., 2013).

El DSM-5 (APA, 2013), en el capítulo de los trastornos alimentarios, incorpora el trastorno de evitación/restricción de la ingestión de alimentos [*Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder (ARFID)*], reformulando el antiguo “trastorno de la ingestión alimentaria de la infancia o la niñez” que formaba parte del DSM-IV-TR (APA, 2000). En el ARFID, se incluyen a los pacientes que presentan evitación y/o restricción alimentaria en ausencia de cogniciones distorsionadas en torno al peso y la figura corporal. En la literatura hallada frecuentemente lo comparan con la Anorexia Nerviosa (AN) y hasta ahora, sabemos que existen algunas similitudes, pero también diferencias entre ambas entidades diagnósticas (Coglan & Otasowie, 2019; Fisher et al., 2014; Lieberman, Houser, Voyer, Grady, & Katzman, 2019). Por su reciente incorporación en el DSM-5 (APA, 2013), los estudios en torno a la prevalencia general del ARFID y sobre las características sociodemográficas, clínicas, psicopatológicas y psicosociales de los pacientes, son insuficientes.

En base a lo expuesto anteriormente, fueron varios los motivos que impulsaron el inicio y el desarrollo de esta tesis. Primeramente, un interés clínico personal por los TCA que nace de las prácticas del Máster Universitario en Psicología General Sanitaria durante el curso 2014-2015, en la Unidad de TCA del Hospital Sant Joan de Déu. Seguidamente, por la atracción clínica y científica que progresivamente me despertó un subconjunto de pacientes que iniciaban tratamiento en la Unidad, pero referían una manifestación clínica diferente a la de otros TCA: eran más jóvenes, no exponían cogniciones anorexígenas y no mostraban conductas compensatorias. Habitualmente, manifestaban miedo en torno a la acción de comer, inapetencia o falta de interés por la comida, y una fuerte interferencia del trastorno en su funcionamiento general a nivel personal, social, familiar y escolar. Los primeros hallazgos científicos observaron diferencias a nivel sociodemográfico respecto a otros TCA y concluyeron que los pacientes diagnosticados de ARFID podían tener las mismas complicaciones médicas que se dan en la AN, que su funcionamiento psicosocial podría estar fuertemente deteriorado y que a menudo, se acompañaba de un mayor riesgo de desarrollar otro TCA a largo plazo (Fisher et al., 2014; Forman et al., 2014; Nicely, Lane-Loney, Masciulli, Hollenbeak, & Ornstein, 2014; Norris et al., 2014).

Para finalizar con la justificación y las motivaciones que nos llevaron a desarrollar este estudio, en base a la información anterior, nos surgieron un conjunto de suposiciones en torno al ARFID que posteriormente, estructurarían los objetivos y las hipótesis de este trabajo. Además, consideramos que ofrecer nuevos datos a la comunidad científica sobre esta categoría diagnóstica era de suma importancia ya que forma parte del DSM-5 (APA, 2013) desde 2013, pudiéndose considerar un trastorno psiquiátrico relativamente reciente, y son escasas las investigaciones existentes hasta el momento. También valoramos la idea de que esta nueva información científica pudiese ofrecer a los clínicos nuevas estrategias de intervención y orientarles hacia nuevos tratamientos específicos que a su vez, ayudasen

a controlar y prevenir el impacto del ARFID en el desarrollo físico, personal y psicosocial de los pacientes y a reducir el nivel de sufrimiento, desesperanza y sobrecarga que genera la enfermedad a nivel familiar, últimas motivaciones a destacar que propulsaron el inicio y el desarrollo de la tesis doctoral.

El objetivo principal de esta investigación era describir las características clínicas de un grupo de pacientes con ARFID y compararlas con un grupo de pacientes con AN, llevando a cabo una evaluación sistematizada mediante una batería instrumental.

Para poder desarrollar esta tesis doctoral, durante cinco años, he formado parte de la Unidad de TCA del Área de Salud Mental del Hospital Sant Joan de Déu (Barcelona). El equipo de expertos clínicos y de investigadores que forman la Unidad, han colaborado en la elaboración de este estudio. Esta experiencia, me ha brindado la oportunidad de estar en contacto directo con profesionales de la salud y con pacientes, para así, poder ampliar mis conocimientos sobre la aplicación directa de la práctica clínica en los TCA. Además, me ha permitido participar en publicaciones y congresos habitualmente, relacionados con el ARFID o también, con otras áreas de investigación de los TCA.

Seguidamente, listaremos las publicaciones y contribuciones en congresos que se han presentado durante este tiempo:

***Publicaciones:***

Serrano, E., Cañas, L., Carbonell, X., Carulla-Roig, M., Palma, C., Matalí, J., & Dolz, M. (2017). Distribución diagnóstica de los Trastornos de la Conducta Alimentaria: comparativa entre el DSM-IV-TR y el DSM-5. *Actas Españolas de Psiquiatria*, 45(1), 32-38.

Serrano, E., Campos, A., Godrid, M., Cañas, L., Carulla, M., Matalí, J., & Dolz, M. (2018). Adolescentes, trastornos alimentarios y perfeccionismo: ¿qué papel juegan las conductas purgativas? *Revista de Psicopatología y Salud Mental del Niño y del Adolescente*, 32, 67-73.

**Contribuciones en congresos:**

Serrano, E., Carulla, M., Cañas, L., Matalí, J., Cecilia, R., Curet, M., Sánchez, B., & San, L. (2015). *Effectiveness of a Partial Hospitalization Treatment Program for adolescents with Eating Disorders*. Póster presentado en el International Congress European Society for Child and Adolescent Psychiatry (ESCAP). Madrid, España.

Cañas, L., Serrano, E., Palma, C., Carulla, M., Sánchez, B., & San, L. (2015). *Systematic review of Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder in Children and Adolescents*. Póster presentado en el International Congress European Society for Child and Adolescent Psychiatry (ESCAP). Madrid, España.

Carulla, M., Serrano, E., Salvador, C., Cañas, L., Cecilia, R., Sánchez, B., Curet, M., & San, L. (2015). *Delay in the diagnosis of Rokitansky Syndrome due to an early Anorexia Nervosa: case report and Review of the literature*. Póster presentado en el International Congress European Society for Child and Adolescent Psychiatry (ESCAP). Madrid, España.

Cañas, L., & Molano, A. (2016). *Trastorno de evitación/restricción de la ingestión de alimentos: características clínicas y tratamiento ambulatorio*. Comunicación oral en el XXXIII Congreso Nacional de Enfermería de Salud Mental. Cádiz, España.

- Cañas, L., Serrano, E., Palma, C., Carulla-Roig, M., Molano, A. M<sup>a</sup>, & Dolz, M. (2016). *Tratamiento del trastorno de evitación/restricción de la ingestión de alimentos mediante desensibilización sistemática: estudio de un caso*. Póster presentado en el 60º Congreso de la AEPNYA (Asociación Española de Psiquiatría del Niño y del Adolescente). San Sebastián, España.
- Cecilia-Costa, R., Curet, M., Carulla-Roig, M., Cañas, L., Serrano-Troncoso, E., & Dolz-Abadía, M. (2016). *Prevalencia, factores de riesgo y manejo de los trastornos de conducta alimentaria en adolescentes con diabetes tipo 1*. Póster presentado en el 60º Congreso de la AEPNYA (Asociación Española de Psiquiatría del Niño y del Adolescente). San Sebastián, España.
- Carulla-Roig, M., Serrano, E., Cañas, L., Curet, M., Cecilia-Costa, R., & Dolz, M. (2016). *Comorbilidad entre el Trastorno Obsesivo-Compulsivo y los Trastornos de La Conducta Alimentaria en la infancia y adolescencia. Revisión sistemática de los factores etiológicos, epidemiológicos y características clínicas*. Póster presentado en el 60º Congreso de la AEPNYA (Asociación Española de Psiquiatría del Niño y del Adolescente). San Sebastián, España.
- Godrid, M., Serrano, E., Cañas, L., Curet, M., Arteaga, G., Carulla, M., & Dolz, M. (2016). *Revisió sistemàtica d'intervencions psicoterapèutiques sobre la distorsió de la imatge corporal en trastorns de la conducta alimentària*. Póster presentado en la XII Reunió de la Societat catalana de Psiquiatria Infanto-juvenil. Barcelona, España.
- Molano, A. M<sup>a</sup>, Cañas, L., Ponce, A., & Serrano, E. (2017). *Abordaje ambulatorio del trastorno de evitación/restricción de la ingestión de alimentos: estudio de un caso*. Póster presentando en el XI Congreso de la Asociación Española para el Estudio de los Trastornos de la Conducta Alimentaria (AEETCA). Barcelona, España.

- Cañas, L., Serrano, E., Sevillano, C., Molano, A., Carulla, M., Godrid, M., Curet, M., & Dolz, M. (2017). *Trastorno de evitación/restricción de la ingestión de alimentos: eficacia de una nueva intervención grupal con familias*. Comunicación oral en el XI Congreso de la Asociación Española para el Estudio de los Trastornos de la Conducta Alimentaria (AEETCA). Barcelona, España.
- Cañas, L., Serrano, E., Molano, A. M<sup>a</sup>., Carulla, M., Godrid, M., Curet, M., & Dolz, M. (2017). *Tractament del trastorn d'evitació/restricció de la ingestió d'aliments mitjançant desensibilització sistemàtica: estudi d'un cas*. Póster presentado en las Jornadas del Hospital Sant Joan de Déu "Hospital viu, viu l'hospital". Barcelona, España.
- Serrano-Troncoso, E., Carulla, M., Godrid, M., Casanovas, M., Curet, M., Sánchez, B., Cañas, L., & Dolz-Abadia, M. (2017). *Effectiveness and characteristics of a new Partial Hospitalization model to treat adolescents with Anorexia Nervosa as an alternative to Inpatient Treatment*. Póster presentado en el European Council on Eating Disorders (ECED). Vilnius, Lituania.
- Cañas, L. (2018). *Nuevas tecnologías para la aplicación de la TCC en adolescentes con Trastorno de la Conducta Alimentaria*. Comunicación oral en la XXXIII reunión anual de la Societat Catalana de Recerca i Teràpia del Comportament (SCRITC). Barcelona, España.
- Cañas, L., & Molano, A. M<sup>a</sup>. (2019). *Trastorno de evitación y restricción de la ingestión de alimentos: datos sociodemográficos, características clínicas y programa de intervención*. Taller en el 63º Congreso de la AEPNYA (Asociación Española de Psiquiatría del Niño y del Adolescente). Oviedo, España.

Carulla-Roig, M., Serrano, E., Fàbrega, M., Cañas, L., Godrid, M., Cecilia, R., Domene, L., Soto, P., Sánchez, B., & Dolz, M. (2019). *Intracranial hypertension due to avitaminosis A in a case of pediatric ARFID*. Póster presentado en el International Congress European Society for Child and Adolescent Psychiatry (ESCAP). Viena, Austria.

Cañas, L., Serrano, E., Molano, A. M<sup>a</sup>. (2019). *Trastorno de evitación/restricción de la ingestión de alimentos (ARFID): características clínicas e intervención individual y familiar*. Simposio en el XII Congreso de la Asociación Española para el Estudio de los Trastornos de la Conducta Alimentaria (AEETCA). Zaragoza, España.

### **Estructura de la tesis doctoral**

A continuación, se describirá la estructura, el contenido y la secuencia de la tesis doctoral, dividida en dos grandes partes:

La primera parte, marco teórico, mediante una revisión actualizada de la literatura científica, expone los antecedentes teóricos sobre los que se ha fundamentado el estudio.

La segunda parte, aplicación empírica, está organizada en diversos apartados: en primer lugar, los objetivos y las hipótesis de la investigación. Después, el método, donde explicamos el tipo de diseño, los participantes, la batería instrumental, el procedimiento, las variables del estudio y el análisis de datos. En el siguiente apartado, los resultados, se realiza un análisis descriptivo de la muestra y se exponen los hallazgos obtenidos de los análisis comparativos y del multivariante. A continuación, en la discusión, comentamos los resultados en base a las preguntas de la investigación y estudios previos. Además, se incluyen las limitaciones del estudio y la prospectiva. Seguidamente, en las conclusiones, exponemos el cumplimiento o no de las hipótesis de la investigación y mediante una breve síntesis, los principales hallazgos del estudio. Por último, se incluye la lista de referencias

y los apéndices, con la entrevista diagnóstica diseñada para el ARFID, el cuestionario de datos sociodemográficos, el consentimiento informado y la hoja informativa del estudio.

## **PRIMERA PARTE. MARCO TEÓRICO**



# MARCO TEÓRICO

**Trastornos de la conducta alimentaria: estado actual**

**Trastornos de la conducta alimentaria: actual clasificación diagnóstica**

**Trastorno de evitación/restricción de la ingestión de alimentos**

*Actual clasificación diagnóstica y presentación clínica*

*Etiopatogenia*

*Dimensiones psicopatológicas*

*Comorbilidad*

*Epidemiología*

*Diagnóstico diferencial: diferencias clínicas entre el ARFID y la AN*

*Examen físico y evaluación diagnóstica*

*Complicaciones médicas, evolución y pronóstico*

*Tratamiento*

**ARFID y AN: relaciones familiares y perfil psicopatológico de las familias**

*Vínculo parental, estilo educativo y perfil psicopatológico de las familias*



## 1. Marco teórico

### 1.1. Trastornos de la conducta alimentaria: estado actual

El *Pla integral d'atenció a les persones amb trastorn mental i addiccions* (2017-2019) de la *Generalitat de Catalunya* (2017) señala que, según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), una de cada cuatro personas padecerá algún tipo trastorno mental a lo largo de su vida, datos que equivalen al 25% de nuestra población general y por los cuales, la Unión Europea ha declarado la salud mental como una prioridad a nivel médico, político y social.

En el actual *Pla de Salut de Catalunya* (2016-2020) del *Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya* (2016) se destaca que, en los últimos años, ha aumentado la demanda asistencial por problemas de salud mental en población infanto-juvenil de forma significativa, etapas en las que debutan gran parte de los trastornos mentales graves. Ante dicha situación, se plantean acciones preventivas y de promoción de la salud en el ámbito sanitario, social y escolar. Los principales objetivos son la promoción de la salud mental, la prevención y la detección precoz desde una visión biopsicosocial.

Los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) se caracterizan por un patrón persistente y alterado del comportamiento alimentario. El denominador común entre los TCA es el desarrollo de importantes irregularidades en la ingestión de alimentos que no son causadas por perturbaciones médicas (Castro & Toro, 2010). Los pacientes establecen hábitos alimentarios disfuncionales y poco saludables que les causan problemas físicos, psicológicos y psicosociales (Guía de Práctica Clínica sobre TCA, 2009). Las alteraciones nutricionales y metabólicas que generan las irregularidades alimentarias mantienen y/o potencian las alteraciones cognitivas, emocionales y conductuales que generan el propio TCA (Castro & Toro, 2010).

En las últimas dos décadas, han aumentado significativamente la incidencia de los TCA en población occidental, independientemente de la clase social, la cultura y la etnia (Lewis & Nicholls, 2016; Qian et al., 2013). Los TCA constituyen la tercera enfermedad crónica entre la población femenina infanto-juvenil de occidente. En concreto, en España, se estima que alrededor de 75.000 niños y adolescentes están afectados por alguna de las diferentes manifestaciones del trastorno y el 90% pertenecen al género femenino (Lewis & Nicholls, 2016; Peláez et al., 2004).

La revisión sistemática y meta-análisis más reciente sobre la prevalencia general de los TCA a lo largo de la vida, muestra unas cifras del 1.01% para población general y por géneros, del 1.59% en mujeres y del 0.30% en hombres (Qian et al., 2013). En España, las cifras de prevalencia, obtenidas de diferentes estudios epidemiológicos, giran en torno al 1-3% en población infanto-juvenil de ambos sexos, cifras similares a las obtenidas en otros países desarrollados (Peláez, Raich, & Labrador, 2010). Sin embargo, cabe destacar que, en la actualidad, existen dificultades metodológicas para obtener estimaciones sobre la incidencia y la prevalencia de los TCA en población general, los datos actuales varían según la población estudiada y los instrumentos de evaluación empleados. Con el objetivo de obtener datos epidemiológicos, es necesario unificar la tipología de los estudios, siendo el diseño de doble fase la metodología más adecuada (Peláez et al., 2010).

Los TCA poseen una etiología múltiple y son varios los estudios que concluyen que están involucrados factores de riesgo biológicos, psicológicos y/o socioculturales de tipo predisponentes, precipitantes y/o perpetuantes (Bulik, 2005; Lewis & Nicholls, 2016; Strober, Freeman, Lampert, Diamon, & Kaye, 2000).

A nivel sociodemográfico, el principal factor de riesgo es el sexo femenino, siendo el nivel de psicopatología alimentaria mayor en las mujeres con una proporción hombre-mujer de 1:10 (Hoek, 2006; Raevuori, Keski-Rahkonen, & Hoek, 2014). La adolescencia,

también es un período de vulnerabilidad para el inicio de un TCA (Harden, Mendle, & Kretsch, 2012). Además, varios estudios corroboran la influencia de la genética y de la interacción con el ambiente en el desarrollo de los TCA (Harden et al., 2012; Karwautz et al., 2011; Watson et al., 2019). Investigaciones recientes destacan como principales factores de riesgo psicobiológicos realizar dieta anómala y/o restrictiva, preocupación por el cuerpo y la apariencia física, la menarquia temprana, insatisfacción corporal y/o deseo de delgadez, dificultades alimentarias desde la infancia, profesiones y/o actividades que valoren excesivamente la delgadez, eventos estresantes, influencia del estereotipo cultural de delgadez, excesiva rigidez, perfeccionismo, desconfianza interpersonal, retraimiento social y comorbilidad psiquiátrica (Carretero, Raich, Sánchez, Rusiñol, & Sánchez, 2009; Hay et al., 2014; Karwautz et al., 2011; Lavender et al., 2013; Mercader et al., 2008; Pike et al., 2009; Ruiz, Vázquez, Mancilla, & Trujillo, 2010; Stice, Janet, & Shaw, 2010).

A nivel familiar, varios estudios han destacado como principales factores de riesgo realizar dieta y/o conductas alimentarias atípicas en la familia, antecedentes de obesidad, preocupación por el peso y la apariencia física por parte de los padres y/o los hermanos, verbalizar comentarios negativos en torno a la alimentación y presencia de psicopatología en los padres. Desde una dimensión relacional-educativa, la sobreprotección paterna, el exceso de control, estilos educativos rígidos, la elevada exigencia, la conflictiva familiar y patrones familiares desestructurados y/o poco cohesionados (Fairburn, Copper, Doll, & Welch, 1999; Herraiz-Serrano et al., 2015; Klump et al., 2003; Strober et al., 2000).

La coexistencia de comorbilidades médicas y psiquiátricas son frecuentes en los TCA, aumentando la complejidad diagnóstica y la severidad de la psicopatología general (Becker & Grilo, 2015). A nivel psiquiátrico, los trastornos mentales más frecuentes son trastornos de ansiedad, trastornos depresivos, trastorno obsesivo-compulsivo, trastornos de personalidad, trastornos adictivos y trastornos del control de los impulsos y la conducta

(Becker & Grilo, 2015; Hay et al., 2014; Lewis & Nicholls, 2016; Vandana et al., 2014).

A nivel orgánico, las enfermedades más frecuentes son la obesidad, la diabetes mellitus, tiroides y síndromes de malabsorción (Claus, Brae, & Decaluwé, 2006; Klinkby Støving, Bennedbaek, Hegedüs, & Hagen, 2001; Young-Hyman & Davis, 2010).

## **1.2. Trastornos de la conducta alimentaria: actual clasificación diagnóstica**

En 2013 la *American Psychiatric Association (APA)* presentó en su reunión anual, la quinta edición del *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5)*.

La actual clasificación diagnóstica de los TCA incluye los siguientes diagnósticos: Anorexia Nerviosa (AN), Bulimia Nerviosa (BN), Trastorno por Atracónes (TA), pica, trastorno de rumiación, trastorno de evitación/restricción de la ingestión de alimentos [*Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder (ARFID)*], otro trastorno alimentario o de la ingestión de alimentos especificado y trastorno alimentario o de la ingestión de alimentos no especificado.

El DSM-5 (APA, 2013) incluye una significativa revisión del capítulo de los TCA. En primer lugar, se modifica el nombre de la categoría diagnóstica de “trastornos de la conducta alimentaria” del DSM-IV-TR (APA, 2002) por “trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos”. También se incluyen cuatro nuevas entidades diagnósticas: TA, pica, trastorno de rumiación y ARFID. Por último, se modifican los criterios diagnósticos para AN, BN y Trastorno de la Conducta Alimentaria No Especificado (TCANE).

El DSM-IV-TR (APA, 2002) únicamente incluía tres tipos de TCA: AN, BN y TCANE. El trastorno de rumiación, la pica y el trastorno de la ingestión alimentaria de la infancia o la niñez (predecesor del ARFID) formaban parte del capítulo de “trastornos de la ingestión y de la conducta alimentaria de la infancia y la niñez”. La Tabla 1 detalla las diferencias entre la categoría diagnóstica de los TCA del DSM-IV-TR (APA, 2002) y del DSM-5 (APA, 2013).

Tabla 1

*Diferencias entre la categoría diagnóstica de los TCA del DSM-IV-TR (APA, 2002) y la del DSM-5 (APA, 2013)*

DSM-IV-TR (APA,2002)	DSM-5 (APA, 2013)
<b><i>Trastornos de la ingestión y de la conducta alimentaria de la infancia o la niñez</i></b>	<b><i>Trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos</i></b>
307.52 (F98.3) Pica	307.52 Pica (F98.3) En niños (F50.8) En adultos
307.53 (F98.2) Trastorno por rumiación	307.53 (F98.21) Trastorno de rumiación
307.59 (F98.2) Trastorno de la ingestión alimentaria de la infancia o la niñez	307.59 (F50.8) Trastorno de evitación/restricción de la ingestión de alimentos
<b><i>Trastornos de la conducta alimentaria</i></b>	
307.1 (F50.0) Anorexia nerviosa Tipo restrictivo Tipo compulsivo/purgativo	307.1 Anorexia nerviosa (F50.01) Tipo restrictivo (F50.02) Tipo por atracón/purgas
307.51 (F50.2) Bulimia nerviosa Tipo purgativo Tipo no purgativo	307.51 (F50.2) Bulimia nerviosa  307.51 (F50.8) Trastorno por atracón 307.59 (F50.8) Otro trastorno alimentario o de la ingestión de alimentos especificado
307.50 (F50.9) Trastorno de la conducta alimentaria no especificado	307.50 (F50.9) Trastorno alimentario o de la ingestión de alimentos no especificado

TCA, Trastornos de la Conducta Alimentaria; DSM, Diagnostic and Statiscal Manual of Mental Disorders; APA, American Psychiatric Association.

Los principales objetivos de los cambios propuestos en el DSM-5 (APA, 2013), eran disminuir la prevalencia del TCANE e incrementar el diagnóstico de otros tipos de TCA de mayor especificidad diagnóstica (Keel, Brown, Holm-Denoma, & Bodell, 2011; Lindvall Dahlgren, Wisting, & Rø, 2017).

En población clínica con TCA, según los criterios diagnósticos del DSM-IV-TR (APA, 2002), la prevalencia de la AN era del 10-15%, de la BN del 30% y del TCANE del 50-60% (Celis & Roca, 2011; Nicholls, Chater, & Lask, 2000; Peebles, Hardy, Wilson, & Lock, 2010). Los pacientes que no cumplían con los criterios diagnósticos del DSM-IV-TR (APA, 2002) para AN o BN, habitualmente, eran diagnosticados de TCANE (Fisher et al., 2014). En población infanto-juvenil y adulta, se estima que entre el 40 y el 80% de los pacientes con TCA, fueron diagnosticados de TCANE con el DSM-IV-TR (APA, 2002; Fairburn et al., 2007; MacDonald, McFarlane, & Olmsted, 2014; Ornstein et al., 2013).

Mediante los nuevos criterios diagnósticos del DSM-5 (APA, 2013), se ha podido observar una disminución significativa del 62.3% al 32.6% de casos diagnosticados de TCANE respecto al DSM-IV-TR (APA, 2002; Ornstein et al., 2013).

Un estudio con población clínica de una unidad de TCA española infanto-juvenil, observó una disminución significativa de casos diagnosticados de TCANE con los nuevos criterios diagnósticos del DSM-5 (APA, 2013); hallando sobre una  $n=101$ , una reducción significativa de los casos diagnosticados de TCANE aplicando los nuevos criterios DSM-5 (34.7% frente a 23.8%) y un aumento significativo de los casos con AN (58.4% frente a 66.3%) y con BN (6.9% frente a 8.9%) (Serrano-Troncoso et al., 2017). Otros estudios hallaron una reducción del 20% de los casos diagnosticados de TCANE en población adulta (Nicholls et al., 2000; Peebles et al., 2010).

En el DSM-5 (APA, 2013), para la AN, el criterio diagnóstico de amenorrea del DSM-IV-TR (APA, 2002) ha sido eliminado como característica principal del síndrome, pasando a ser una evidencia clínica del estado nutricional del mismo modo que la presión arterial y la temperatura corporal, entre muchas otras (Attia & Roberto, 2009). Asimismo, se añade el componente conductual para los casos prepúberes que no posean la capacidad de expresar aspectos cognitivos ni abstractos (Ornstein et al., 2013), incorporando como criterio diagnóstico presentar un comportamiento persistente que interfiera en el aumento de peso aunque no refiera cogniciones anorexígenas. En relación al peso, se ha establecido que debe ser significativamente bajo en relación a la edad, sexo, curso del desarrollo y salud. El peso significativamente bajo se define como un peso que es inferior al mínimo normal o, en población infanto-juvenil, inferior al mínimo esperado (APA, 2013). Se excluye el término rechazo a mantener el peso corporal igual o por encima del valor mínimo normal considerando la edad y la talla, desapareciendo el ejemplo de pérdida de peso inferior al 85% del esperable. Se debe especificar la gravedad diagnóstica (leve, moderada, grave o extrema) en pacientes adultos en base al Índice de Masa Corporal (IMC) y en población infanto-juvenil, mediante el percentil del IMC. En ambos casos, se deben tener en cuenta los límites derivados de las categorías de la OMS. Por último, se mantienen los subtipos restrictivo y compulsivo-purgativo substituyendo en este último, el término compulsivo por atracones.

Para BN, la frecuencia de atracones y conductas compensatorias inapropiadas se reduce a un promedio de una vez a la semana durante tres meses (APA, 2013). El mismo criterio en el DSM-IV-TR (APA, 2002), era de dos veces a la semana durante tres meses. También se eliminan los subtipos purgativo y no purgativo. El especificador de gravedad recae en la frecuencia de comportamientos compensatorios inapropiados (uso de laxantes, diuréticos, vómito autoprovocado, ayuno y/o ejercicio físico compensatorio excesivo).

Se reconoce a nivel formal el TA como una categoría primaria de los TCA. Tanto para la BN como para el TA, en el DSM-5 (APA, 2013), se especifica que un episodio de atracón se caracteriza por ingerir una cantidad de alimentos claramente superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en circunstancias similares y por presentar sensación de falta de control sobre lo que se ingiere durante el episodio (APA, 2013). Los episodios de atracones pueden estar asociados a tres o más de los hechos siguientes: comer mucho más rápido de lo normal, comer hasta sentirse desagradablemente lleno, comer grandes cantidades de alimentos sin sentir hambre, comer solo debido a la vergüenza que se siente por la cantidad que se ingiere y/o a sentirse a disgusto con uno mismo, deprimido o muy avergonzado. Respecto a la BN, el atracón no se asocia a la presencia recurrente de un comportamiento compensatorio inapropiado. El especificador de gravedad se basa en la frecuencia semanal de atracones, promedio establecido en al menos una vez a la semana durante tres meses en el DSM-5 (APA, 2013).

El DSM-5 (APA, 2013) también incluye como nuevos diagnósticos el trastorno de rumiación, la pica y el ARFID.

El trastorno de rumiación se caracteriza por presentar una regurgitación repetida de los alimentos durante un período mínimo de un mes sin poder atribuirse a una afección médica u otro TCA. La pica se exterioriza por una ingestión persistente de sustancias no nutritivas ni alimentarias (inapropiadas al grado de desarrollo del individuo) durante un período mínimo de un mes. El comportamiento alimentario no puede formar parte de una práctica cultural y socialmente aceptada. Se debe especificar si el diagnóstico se realiza en niños o adultos. Por último, el ARFID se pone de manifiesto por el fracaso persistente para cumplir las adecuadas necesidades nutritivas y/o energéticas y se puede asociar con una pérdida de peso significativa, una deficiencia nutritiva y/o dificultades psicosociales. No hay alteración en la forma en que uno mismo experimenta el propio peso y el trastorno

alimentario no se produce en el curso de la AN o BN. Tampoco se atribuye a una afección médica ni se explica mejor por otro trastorno mental.

Los cambios en los criterios diagnósticos de los TCA afectan a la epidemiología. Estudios recientes con población general occidental estimaron unas cifras de prevalencia entre el 0.3 y el 0.5% para la AN y entre el 0.8 y el 1% para la BN en población infanto-juvenil (Lewis & Nicholls, 2016; Qian et al., 2013). Con esta misma población, el DSM-5 (APA, 2013) recogió unas cifras del 0.4% para la AN y entre el 1 y el 1.5% para la BN, con una proporción de casos hombre-mujer de 1:10. Estudios epidemiológicos muestran datos variables en relación al aumento significativo de la proporción de casos hombre-mujer con AN (entre 1:3 y 1:12) y con BN (entre 1:3 y 1:18) (Bulik et al., 2006; Hudson, Hiripi, Pope, & Kessler, 2007; Raevuori et al., 2014; Woodside et al., 2001).

En cuanto a la evolución de los TCA, se ha estimado que el 46.9% de los casos con AN presentan remisión completa, el 33.5% remisión parcial y el 20.8% desarrollan un curso crónico de la enfermedad. La tasa de mortalidad es del 5% (Steinhausen, 2002). En la BN, el 60% de los casos presentan un buen pronóstico, el 30% remisión parcial y el otro 10% un mal pronóstico (Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria, 2009).

En el TA, se estima una prevalencia entre el 0.9 y el 1.9% en población general occidental a lo largo de la vida (Erskine & Whiteford, 2018; Kessler et al., 2013). Siendo mayor la prevalencia en mujeres que en hombres (el 1.4% frente al 0.4%), las diferencias en la proporción hombre-mujer (entre 1:2 y 1:6) son inferiores a las halladas en AN y BN (Erskine & Whiteford, 2018; Raevuori et al., 2014).

Aunque no se disponen de datos epidemiológicos del trastorno de rumiación ni pica, existen estudios recientes que ofrecen datos con poblaciones específicas (Hartmann et al., 2018). Un estudio evaluó a 1.430 estudiantes suizos (rango de edad 7-13 años) con

el cuestionario *Eating Disturbances in Youth Questionnaire (EDY-Q)*, el 9.7% obtuvieron puntuaciones significativas para el trastorno de rumiación y el 10% para la pica (Murray, Thomas, Hinz, Munsch, & Hilbert, 2018). Otros autores, con el mismo tipo de población y el mismo instrumento, evaluaron a un grupo de 804 estudiantes y el 4.98% puntuó para pica y el 1.49% para trastorno de rumiación (Hartmann et al., 2018).

Actualmente, tampoco disponemos de suficientes datos sobre la prevalencia del ARFID en población general. Las cifras de prevalencia actuales se han calculado en base a datos retrospectivos y poblaciones específicas (Coglan & Otasowie, 2019). Un estudio con una muestra de 1.444 estudiantes es el único que hasta el momento, ha estimado una prevalencia general del ARFID del 3.2% en población infanto-juvenil Suiza (Kurz, Van Dyck, Dremmel, Munsch, & Hilbert, 2015).

En unidades específicas para trastornos alimentarios, se han encontrado tasas de prevalencia del ARFID del 5-14% en hospitalización total y del 22.5% en hospitalización parcial (Coglan & Otasowie, 2019; Nicely et al., 2014; Norris et al., 2014; Ornstein et al., 2013; Zimmerman & Fisher, 2017). Un estudio multicéntrico con 712 pacientes con TCA, concluyó que 98 sujetos (13.8%) cumplieron con criterios del DSM-5 (APA, 2013) para el ARFID (Fisher et al., 2014; Zimmerman & Fisher, 2017).

### **1.3. Trastorno de evitación/restricción de la ingestión de alimentos**

#### ***1.3.1. Actual clasificación diagnóstica y presentación clínica***

El ARFID reemplaza y representa una versión revisada y ampliada del *trastorno de la ingestión alimentaria de la infancia o la niñez* que incluía el capítulo de “trastornos de inicio en la infancia, la niñez o la adolescencia” del DSM-IV-TR (APA, 2002; Bryant-Waugh et al., 2018; Coglan & Otasowie, 2019; Fisher et al., 2014).

Los pacientes con este diagnóstico, durante mínimo un mes, debían presentar una alteración de la alimentación manifestada por una dificultad persistente para comer

adecuadamente, con pérdida ponderal o incapacidad significativa para aumentar de peso. Se especificaba que el inicio debía ser anterior a los seis años. Tampoco se podía atribuir a una afección médica ni explicarse mejor por otro trastorno mental (APA, 2002).

Los criterios diagnósticos del DSM-5 (APA, 2013) para el ARFID, no requieren que el inicio de la sintomatología alimentaria esté presente antes de los seis años. Los pacientes presentan una alteración de la conducta alimentaria caracterizada por el fracaso persistente para cumplir con las necesidades nutritivas y/o energéticas adecuadas. Dichas dificultades, se pueden asociar a una pérdida ponderal o estancamiento pondoestatural, deficiencia nutritiva significativa, dependencia de la alimentación enteral o suplementos nutritivos orales y/o a una interferencia importante en el funcionamiento psicosocial. Los pacientes no presentan alteración en la forma en que uno mismo experimenta el propio peso o constitución, el trastorno alimentario no se produce en el curso de la AN o la BN. Tampoco se atribuye a una afección médica ni se explica mejor por otro trastorno mental. La Tabla 2 incluye los criterios diagnósticos DSM-5 (APA, 2013) del ARFID.

Tabla 2

*Criterios diagnósticos del DSM-5 (APA, 2013) para el trastorno de evitación/restricción de la ingestión de alimentos (ARFID)*

---

**Trastorno de evitación/restricción de la ingestión de alimentos 307.59 (F50.8)**

---

A. Trastorno alimentario o de la ingestión de alimentos (p. 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:

1. Pérdida de peso significativa (o fracaso para alcanzar el aumento de peso esperado o crecimiento escaso en los niños).
2. Deficiencia nutritiva significativa.
3. Dependencia de la alimentación enteral o de suplementos nutritivos por vía oral.
4. 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 alimentario no se produce exclusivamente en el curso de la anorexia nerviosa o la bulimia nerviosa, y no hay pruebas de un trastorno en la forma en que uno mismo experimenta el propio peso o constitución.

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

*Especificar si:*

**En remisión:** Después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para los trastornos de la ingestión de alimentos, los criterios no se han cumplido durante un período continuado.

---

Al trastorno de la ingestión alimentaria de la infancia o la niñez del DSM-IV-TR (APA, 2012), varios autores lo han definido como una categoría diagnóstica inespecífica que rara vez se utilizó en la práctica clínica (Coglan & Otasowie, 2019; Fisher et al., 2014; Nicely et al., 2014; Nicholls & Bryant-Waugh, 2009).

Mediante criterios diagnósticos del DSM-IV-TR (APA, 2002), un gran porcentaje de pacientes mayores de seis años que presentaban una conducta alimentaria alterada pero no cumplían criterios diagnósticos de AN o BN, eran diagnosticados de TCANE (Coglan & Otasowie, 2019; Fisher et al., 2014; Lieberman et al., 2019; Nicely et al., 2014). Dichos pacientes, mantenían una ingesta restrictiva y selectiva marcada por la desnutrición y un deterioro funcional significativo, pero no referían otras alteraciones presentes en la AN o la BN, como son la distorsión de la imagen corporal, el temor al aumento de peso y/o la presencia de conductas compensatorias (Bryant-Waugh, 2013; Fisher et al., 2014; Kurz et al., 2015; Nicholls et al., 2000). Por esto, varios autores han calificado al TCANE como una categoría clínica inespecífica, que incluía a los pacientes que no cumplían los criterios diagnósticos para otro TCA más específico (Keel et al., 2011; Ornstein et al., 2013).

El ARFID se incorpora con la finalidad de incluir aquellos pacientes que presenten evitación y/o restricción alimentaria en ausencia de cogniciones distorsionadas en torno al peso y la figura (Kurz et al., 2015). Puede diagnosticarse a cualquier edad, permitiendo que jóvenes y adultos puedan recibir el diagnóstico (Eddy et al., 2015; Nakai, Nin, Noma, Teramukai, & Wonderlich, 2016) pero habitualmente, se diagnostica en población infantil (Coglan & Otasowie, 2019).

Los pacientes diagnosticados de ARFID pueden presentar conductas alimentarias restrictivas y/o selectivas, pérdida de peso significativa o estancamiento pondoestatural, deficiencia nutritiva significativa, dependencia de suplementos nutritivos por vía oral o de la alimentación enteral e importantes dificultades psicosociales (APA, 2013).

Varios autores afirmaron que la inclusión del ARFID en el DSM-5 (APA, 2013), implicaría la patologización de la alimentación selectiva como una condición psiquiátrica en población infanto-juvenil (Bryant-Waugh, Markham, Kreipe, & Walsh, 2010; Kreipe & Palomaki, 2012). El rechazo de alimentos se puede atribuir a dos factores: un trastorno alimentario o a una conducta alimentaria selectiva/delicada (Dovey, Staples, Gibson, & Halford, 2008). Se entiende por alimentación selectiva/delicada el consumo y rechazo de una variedad inapropiada de alimentos, sin que la conducta alimentaria tenga impacto en el estado físico (pérdida de peso, estancamiento pondoestatural y/o deficiencia nutritiva) del individuo ni comporte un deterioro de su funcionamiento psicosocial (Chatoor, 2002; Dovey et al., 2008; Kerzner et al., 2016).

Las estimaciones de prevalencia de niños con alimentación selectiva/delicada son inconsistentes, oscilando en torno al 17 y el 50% en niños menores de seis años (Cardona et al., 2015; Mascola, Bryson, & Agras, 2010; Micali et al., 2011). En un estudio reciente con una muestra de 4.018 niños seleccionados por edades (1.5, 3 y 6 años), se estimó que el 46% presentaba una alimentación selectiva/delicada antes de los seis años, remitiendo de forma significativa a esta edad; el 13.2% mantuvo una conducta alimentaria alterada a partir de los seis años (Cardona et al., 2015).

La alimentación selectiva/delicada se define como un problema leve y transitorio, común en niños menores de seis años, pudiendo llegar a denominarlos “quisquillosos y/o exigentes” (Dovey et al., 2008; Kerzner et al., 2016; Kurz et al., 2015; Norris et al., 2014). Sin embargo, los clínicos refieren que dicha sintomatología requiere de atención primaria para prevenir la cronificación de la conducta alimentaria alterada y el posible desarrollo de otro TCA específico a largo plazo (Cardona et al., 2015; Chatoor, 2002; Dovey et al., 2008; Kerzner et al., 2016; Kurz et al., 2015; Norris et al., 2014).

En función de los niveles de gravedad, la alimentación selectiva/delicada se puede categorizar en tres tipos diferentes: leve, moderada y severa. En el ARFID, los niveles de gravedad oscilan de moderado a severo y requieren de intervención clínica especializada (Menzel, Reilly, Luo, & Kaye, 2019; Zucker et al., 2015).

Un TCA como el ARFID, comporta un impacto en el estado nutricional, físico, emocional y psicosocial de los pacientes y requiere de una intervención clínica específica (Dovey et al., 2008; Kerzner et al., 2016). El ARFID no es un sinónimo de alimentación selectiva/delicada, los pacientes presentan deficiencias nutricionales y una alimentación restrictiva clínicamente significativa, que puede implicar un curso crónico y un deterioro severo del funcionamiento psicosocial (Coglan & Otasowie, 2019; Zimmerman & Fisher, 2017). El ARFID habitualmente se diagnostica en población infanto-juvenil y a menudo, hay un intervalo prolongado entre el inicio de la sintomatología, la presentación clínica y el inicio del tratamiento (Micali et al., 2011).

Los pacientes con ARFID pueden presentar restricción alimentaria, desnutrición, pérdida de peso significativa, estancamiento pondoestatural y en jóvenes y adultos, riesgo de amenorrea (Eddy et al., 2015; Nakai et al., 2016; Nicely et al., 2014). También pueden observarse alteraciones biológicas relacionadas con el proceso de malnutrición como el retraso en el crecimiento y alteraciones electrolíticas: la hipocalcemia, la bradicardia y el intervalo QT prolongado en electrocardiograma (Strandjord, Sieke, Richmond, & Rome, 2015). Debido a los efectos de la desnutrición, los pacientes pueden referir irritabilidad, dificultades de concentración y cansancio; síntomas que pueden deteriorar sus relaciones interpersonales y su desarrollo académico (Coglan & Otasowie, 2019).

Desde la primera infancia, pueden presentar conductas alimentarias selectivas y/o restrictivas y falta de interés aparente por comer y alimentarse. También referir evitación de alimentos a causa de las características organolépticas y preocupación excesiva por las

consecuencias repulsivas de la acción de comer. Además, haber experimentado episodios de asfixia, vómitos por miedo y/o rechazo a los alimentos sólidos, emetofobia, fagofobia, quejas por saciedad, náuseas, experiencias sensoriales desagradables con la comida, dolor abdominal y alergias y/o intoxicaciones alimentarias (Coglan & Otasowie, 2019; Fisher et al., 2014; Katzman, Norris, & Zucker, 2019; Lieberman et al., 2019; Nicely et al., 2014; Zimmerman & Fisher, 2017).

Debido al impacto del TCA, pueden llegar a desarrollar cambios a nivel emocional y funcional. Los bebés pueden presentar letargo, angustia y excesiva agitación durante las ingestas, convirtiendo la alimentación en un momento familiar desagradable. En niños y adolescentes, se desarrollan dificultades emocionales que interfieren en su desarrollo y su funcionamiento personal, social y familiar (Chatoor, 2002; Coglan & Otasowie, 2019; Dovey et al., 2008).

### **1.3.2. Etiopatogenia**

El ARFID posee una etiología múltiple. La presentación clínica puede depender de factores de riesgo predisponentes, precipitantes y perpetuantes (Aviram, Atzaba-Poria, Pike, Meiri, & Yerushalmi, 2014; Coglan & Otasowie, 2019; Lewis & Nicholls, 2016). En la Tabla 3 se incluyen los principales factores de riesgo predisponentes, precipitantes y perpetuantes del ARFID según Coglan y Otasowie (2019).

Como factores de riesgo predisponentes, diversos estudios destacan presentar un diagnóstico médico asociado (trastorno gastrointestinal, alergias alimentarias, cardiopatía congénita, entre otros) y previo al TCA (Mairs & Nicholls, 2016; Nicely et al., 2014).

Alrededor del 80% de los pacientes con trastornos del desarrollo, experimentan algún tipo de dificultad alimentaria. La discapacidad intelectual, el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) y el Trastorno del Espectro del Autismo (TEA), pueden presentarse comórbidos en el ARFID (Lucarelli, Pappas, Welchons, & Augustyn,

2017; Mairs & Nicholls, 2016; Marí-Bauset, Zazpe, Mari-Sanchis, Llopis-González, & Morales-Suárez-Varela, 2014).

En pacientes con TEA, el criterio diagnóstico de hipersensibilidad sensorial puede interferir en su conducta alimentaria, rechazando ciertos alimentos por las características organolépticas como, por ejemplo, el sabor, la textura, el olor, el color y/o la temperatura. También pueden desarrollar conductas alimentarias restrictivas y selectivas, los pacientes suelen referir aversión hacia la comida o interés restringido por ciertos tipos de alimentos (Beighley, Matson, Rieske, & Adams, 2013; Coglán & Otasowie, 2019; Lucarelli et al., 2017; Marí-Bauset et al., 2014).

Los síntomas clínicos del TDAH (la inatención y la hiperactividad e impulsividad) pueden interferir a nivel alimentario. Los pacientes refieren distracción y altos niveles de excitación durante las ingestas que progresivamente, les genera pérdida de interés por los alimentos durante dicha actividad. Asimismo, varios estudios han corroborado el efecto secundario supresor del apetito del tratamiento farmacológico y su fuerte interferencia en los hábitos alimentarios de los pacientes con TDAH (Coglán & Otasowie, 2019; Pennell, Couturier, Grant, & Johnson, 2016).

Las alteraciones en la conducta alimentaria, también pueden ocurrir en contextos de abuso, negligencia o trastornos de apego (APA, 2013). A nivel familiar, varios estudios han destacado como un factor de riesgo principal los antecedentes familiares de trastornos de ansiedad o de TCA (Coglán & Otasowie, 2019; Mairs & Nicholls, 2016; Nicely et al., 2014; Strandjord et al., 2015)

Como factores de riesgo de tipo precipitante del ARFID, diversos autores destacan haber experimentado o presenciado episodios traumáticos de asfixia, atragantamiento y/o vómitos. También haber sufrido y referir malestar abdominal, vómitos, náuseas o arcadas por ciertos alimentos. Dichas experiencias y síntomas clínicos, en algunos sujetos, pueden

desembocar en restricción y aversión hacia diversos alimentos generadores de la situación o de la sintomatología clínica y además, progresivamente, en generalizar con otros grupos de alimentos hasta desarrollar una conducta alimentaria significativamente restrictiva y selectiva (Coglan & Otasowie, 2019; Fisher et al., 2014; Zimmerman & Fisher, 2017).

Como factor de riesgo perpetuante, varios estudios destacan la frustración de los padres ante el fracaso persistente de sus hijos para cumplir con las necesidades nutritivas y energéticas adecuadas y el impacto que genera en su estado físico, psicológico, familiar, académico y social (Mitchell, Farrow, Haycraft, & Meyer, 2013).

A nivel familiar, se generan situaciones de estrés y ansiedad que interfieren en las dinámicas y el bienestar psicológico de las familias. Los progenitores refieren miedo al deterioro de la relación paternofilial y acaban evitando cualquier conflicto por la comida o durante las ingestas. Pierden la influencia que habitualmente ejercen sobre qué y cuánta comida ofrecer a sus hijos y por consiguiente, evitan la presentación de nuevos alimentos y contribuyen al desarrollo de conductas alimentarias restrictivas y selectivas (Coglan & Otasowie, 2019; Mitchell et al., 2013).

Tabla 3

*Factores de riesgo etiológicos de tipo predisponentes, precipitantes y perpetuantes en el ARFID según Coglan y Otasowie (2019)*

	<b>Biológicos</b>	<b>Psicológicos</b>	<b>Sociales/Ambientales</b>
<b>Predisponentes</b>	Diagnóstico médico o psiquiátrico coexistente	Ansiedad	Abuso/Negligencia Dificultades de apego TCA/ansiedad en los padres
<b>Precipitantes</b>	Episodios de asfixia, atragantamiento o vómitos	Fagofobia Emetofobia	Inacción y ansiedad en los padres ante señales de alarma
<b>Perpetuantes</b>	Trastornos de ansiedad o TCA en los padres	Temperamento difícil Ansiedad	Conflictos familiares Deterioro de la relación paternofilial

ARFID, Avoidant Restrictive Food Intake Disorder; TCA, Trastornos de la Conducta Alimentaria.

### 1.3.3. Dimensiones psicopatológicas

En el DSM-5 (APA, 2013) se ejemplificaron los principales síntomas del ARFID y recientemente, varios autores, los han clasificado en tres dimensiones psicopatológicas: pacientes con poco interés en comer y por la comida, pacientes con restricción alimentaria por las propiedades sensoriales de los alimentos y pacientes que evitan alimentos o comer por miedos específicos (Katzman et al., 2019; Sharp & Stubbs, 2019; Thomas et al., 2017; Zickgraf & Ellis, 2018).

Como hemos comentado anteriormente, la ingesta insuficiente se puede relacionar con la falta de apetito, con las reacciones adversas a las características organolépticas de los alimentos y con los temores vinculados a la acción de comer (Bryant-Waugh, 2013).

La hipersensibilidad, la inapetencia y la capacidad de respuesta al miedo subyacen a estas tres posibles dimensiones psicopatológicas: sensibilidad sensorial, falta de interés y evitación por miedos específicos (Thomas et al., 2017).

Actualmente, no hay ensayos clínicos suficientes que corroboren la identificación de estas tres dimensiones psicopatológicas (Bryant-Waugh, 2013; Sharp & Stubbs, 2019). El estudio de Thomas et al. (2017), engloba los tres subtipos de ARFID (falta de interés, sensibilidad sensorial y miedo) en un modelo neurobiológico tridimensional que concluye que pueden variar en gravedad clínica y que no son mutuamente excluyentes.

Los pacientes con falta de interés en comer y por la comida (*“lack of interest in eating or food”*) refieren inapetencia, saciedad temprana, bajo interés por la comida y por alimentarse, baja conciencia de apetito y autonomía alimentaria y dificultades durante el acto físico de comer/ingerir (tamaño pequeño de mordida y/o duración prolongada de las ingestas). Asimismo, pueden desarrollar alteraciones emocionales subyacentes (síntomas ansioso-depresivos) y problemas de salud como por ejemplo, síndromes de malabsorción y alteraciones masticatorio-deglutorias (Bryant-Waugh et al., 2010; Kreipe & Palomaki,

2012; Kurz, Van Dyck, Dremmel, Munsch, & Hilbert, 2016; Mammel & Ornstein, 2017; Norris et al., 2017; Thomas et al., 2017). Investigaciones previas con pacientes con AN, hallaron una disminución en la activación del hipotálamo (control de la alimentación y de la saciedad) y la ínsula anterior (encargada de la percepción del gusto, del control visceral, la somatopercepción y de la integración emocional y perceptiva) (Holsen et al., 2012). En pacientes con ARFID, recientemente, Thomas et al. (2017) relacionaron la falta de interés por la comida con una activación diferente en dichos centros cerebrales encargados de la regulación del apetito.

El subtipo restricción alimentaria por las propiedades sensoriales de los alimentos (“*sensory sensitivity*”), integra aquellos pacientes con ARFID que presentan una conducta alimentaria selectiva y/o restrictiva basándose en las características organolépticas de los alimentos. Suelen referir aversión sensorial hacia los alimentos, experiencias sensoriales desagradables con éstos y selección y restricción alimentaria basada en el sabor, textura, color, aspecto, olor o temperatura. Asimismo, presentan rechazo hacia nuevos alimentos, dificultades de alimentación desde la primera infancia y rigidez cognitiva que interfiere en la acción de comer como por ejemplo, rechazo a que la comida se mezcle en el plato o demanda de utilizar un utensilio diferente para cada tipo de alimento durante una misma ingesta (Bryant-Waugh et al., 2010; Dovey et al., 2008; Kurz et al., 2016; Mammel & Ornstein, 2017; Mascola et al., 2010; Nicholls, Christie, Randall, & Lask, 2001; Norris et al., 2017; Sharp & Stubbs, 2019; Thomas et al., 2017).

La tercera y última dimensión psicopatológica del ARFID, incluye un subconjunto de sujetos que presentan evitación de alimentos por miedos específicos (“*fear or aversive consequences*”). Refieren evitación y/o restricción alimentaria posterior a una experiencia traumática relacionada con la ingesta (vómitos, un episodio de asfixia/atragantamiento o dolor abdominal) o también, sin un desencadenante aparente, pueden presentar fagofobia,

disfagia funcional, emetofobia, preocupación excesiva por las consecuencias repulsivas de comer o vómitos por miedo y rechazo a los alimentos sólidos (Fisher et al., 2014; Kurz et al., 2016; Mammel & Ornstein, 2017; Nicholls et al., 2000; Norris et al., 2017; Thomas et al., 2017). Respecto a los otros subtipos de ARFID, estos pacientes presentan un mayor número de hospitalizaciones (Norris, Hiebert, & Katzman, 2018). La amígdala, la corteza cingulada anterior y la corteza prefrontal medial intervienen en el procesamiento de las emociones. Igual que en las fobias específicas, en el ARFID, Thomas et al. (2017), han sugerido la hipótesis de una posible disfunción en dicho circuito cerebral que comporte una hiperreactividad psicofisiológica del miedo.

Eddy et al. (2015) evaluaron un total de 2.231 pacientes (rango de edad 8-18 años) en la unidad de gastroenterología de un hospital general pediátrico. Del total de pacientes, treinta y tres presentaron síntomas clínicos del ARFID de los cuales, diecinueve (57.6%) refirieron falta de interés, siete (21.2%) sensibilidad sensorial y tres (9.2%) evitación por miedos específicos. El 12% restante presentaron síntomas clínicos mixtos.

El estudio de Kurz et al. (2015), evaluó la prevalencia del ARFID en una muestra de 1.444 niños (rango de edad 8-13 años) de población general y cuarenta y seis (3.2%), cumplieron criterios diagnósticos: veintiocho (52.9%) presentaron sensibilidad sensorial, dieciocho (33.9%) falta de interés, siete (13.2%) evitación por miedos específicos y un 15% síntomas clínicos mixtos de cada uno de los subtipos.

Recientemente, Norris et al. (2017) publicaron un estudio de análisis retrospectivo con setenta y siete sujetos diagnosticados de ARFID, con el objetivo de describir las tres dimensiones psicopatológicas. El 39% fueron clasificados como falta de interés en comer y alimentarse, el 43% como evitación de alimentos por miedos específicos y el 18% como restricción alimentaria por las propiedades sensoriales de los alimentos. El 22% refirió una combinación mixta, demostrando que no son mutuamente excluyentes (Thomas et al.,

2017). Mediante un análisis comparativo, hallaron diferencias significativas entre los tres grupos en edad, género, meses de enfermedad y comorbilidad psiquiátrica. Los pacientes con sensibilidad sensorial eran más jóvenes, referían más tiempo de enfermedad y el 43% presentó comorbilidad con trastornos del desarrollo neurológico. En el grupo de evitación alimentaria por miedos específicos, la prevalencia de mujeres fue mayor (79%) y el 70% presentó comorbilidad con trastornos de ansiedad.

En relación a las dimensiones del ARFID, el estudio más reciente, incluye ochenta y tres pacientes ingresados en un programa de hospitalización específico para TCA. Del total de la muestra, el 57.9% refirieron falta de interés por alimentarse, el 36.1% evitaban alimentos o comer por miedos específicos y el 6.0% manifestaron sensibilidad sensorial a las características organolépticas de los alimentos. Los autores concluyeron diferencias significativas en edad, género y comorbilidad entre las tres dimensiones. El subgrupo con miedos específicos, eran menores, la prevalencia de mujeres fue mayor y refirieron más comorbilidad con trastornos de ansiedad. El subtipo con falta de interés, presentó mayor comorbilidad con trastorno del ánimo (Zickgraf, Lane-Loney, Essayli, & Ornstein, 2019).

#### **1.3.4. Comorbilidad**

Comparado con otros TCA, se ha hallado una mayor probabilidad de coexistencia del ARFID con otras enfermedades físicas y/o trastornos psiquiátricos (Fisher et al., 2014; Norris, Spettigue, & Katzman, 2016). En varios estudios, se ha destacado que la presencia de comorbilidad puede interferir significativamente en el tratamiento y evolución clínica de los pacientes (Coglan & Otasowie, 2019; Zimmerman & Fisher, 2017).

El ARFID puede presentarse subyacente a trastornos del desarrollo neurológico como son la discapacidad intelectual, el TEA y el TDAH (Beighley et al., 2013; Coglan & Otasowie, 2019; Katzman et al., 2019; Lucarelli et al., 2017; Marí-Bauset et al., 2014;

Nicely et al., 2014; Ornstein, Essayli, Nicely, Masciulli, & Lane-Loney, 2017; Pennell et al., 2016; Thomas et al., 2017; Zickgraf et al., 2019; Zimmerman & Fisher, 2017).

También se han hallado altos índices de comorbilidad con trastornos de ansiedad y Trastorno Obsesivo-Compulsivo (TOC) (Eddy et al., 2015; Fisher et al., 2014; Katzman et al., 2019; Nicely et al., 2014; Norris et al., 2014; Thomas et al., 2017; Zickgraf et al., 2019; Zimmerman & Fisher, 2017; Zucker et al., 2015). En presencia de otras obsesiones y/o compulsiones, rumiaciones y rituales de carácter obsesivo en torno a la alimentación y la ingesta pueden aparecer en un TOC. La fagofobia y la emetofobia, manifestadas en diversos pacientes con ARFID, pueden desarrollar síntomas clínicos de diferentes tipos de trastornos de ansiedad (Coglan & Otasowie, 2019).

Es frecuente que los pacientes con ARFID presenten trastornos del aprendizaje o deterioro cognitivo comórbidos (Katzman et al., 2019; Nicely et al., 2014; Ornstein et al., 2017; Zimmerman & Fisher, 2017).

En el DSM-5 (APA, 2013) se especifica que para diagnosticar un ARFID, éste no se puede atribuir a una afección médica u otro trastorno mental concurrentes. Únicamente cuando la sintomatología alimentaria sea el foco de atención primordial a nivel clínico, el diagnóstico principal de ARFID sería el más apropiado (Coglan & Otasowie, 2019).

### **1.3.5. Epidemiología**

La revisión sistemática del ARFID más reciente (Strand, Von Hauswolff-Juhlin, & Welch, 2018) incluye un total de treinta y ocho investigaciones, publicadas en las bases de datos “*PubMed/MEDLINE* y *Web of Science*”, que ofrecen datos epidemiológicos del ARFID hasta febrero del 2018 . Del total de estudios publicados, dieciocho (47%) ofrecen datos de carácter retrospectivo y veintisiete (71%), únicamente incluyen población clínica infanto-juvenil y/o adulta. Dada la reciente definición e incorporación del diagnóstico en el DSM-5 (APA, 2013), no disponemos de suficientes datos epidemiológicos del ARFID

en población general. Hasta el momento, únicamente Kurz et al. (2015) han estimado una prevalencia general del ARFID del 3.2% entre población general infanto-juvenil Suiza.

Estudios epidemiológicos de carácter retrospectivo con población clínica infanto-juvenil (rango de edad 8-18 años), estiman una prevalencia del ARFID entre un 13 y un 31% en unidades específicas de TCA (Cooney, Lieberman, Guimond, & Katzman, 2018; Fisher, Gonzalez, & Malizio, 2015; Fisher et al., 2014; Nicely et al., 2014; Norris et al., 2017; Ornstein et al., 2013). Con grupos de edad mixtos, con población infanto-juvenil y adulta, la prevalencia del ARFID en pacientes diagnosticados de TCA oscila entre un 12 y un 14% (Forman et al., 2014; Nakai et al., 2016; Ornstein et al., 2013; Strandjord et al., 2015; Zickgraf et al., 2019).

En Estados Unidos, en unidades de gastroenterología de hospitales pediátricos de tercer nivel, con una muestra de 3.017 pacientes en edades comprendidas entre los 8 y los 20 años, se halló una prevalencia del ARFID entre un 4 y un 11.5% de los pacientes (Eddy et al., 2015; Maginot, Kumar, Shiels, Kaye, & Rhee, 2017; Norris et al., 2014).

En población adulta, recientemente, entre una muestra de 406 sujetos organizados en tres grupos (síntomas ARFID, comedores selectivos y malos hábitos alimentarios) y evaluados mediante una entrevista inicial, se ha estimado una prevalencia del ARFID de un 11.3% (Zickgraf, Franklin, & Rozin, 2016). En Japón, evaluaron 655 personas adultas (rango de edad 20-59) con el objetivo de detectar posibles TCA y el 10.7% de la muestra, manifestó síntomas clínicos del ARFID (Seike et al., 2016).

### ***1.3.6. Diagnóstico diferencial: diferencias clínicas entre el ARFID y la AN***

El ARFID y la AN son dos TCA que pueden incluir a los pacientes que presenten una conducta alimentaria de tipo restrictivo y forman parte de la quinta edición del manual diagnóstico y estadístico DSM-5 (APA, 2013). Entre ambos, se han hallado similitudes y

diferencias a lo largo de la literatura. La Tabla 4 incluye los criterios diagnósticos para la AN del DSM-5 (APA, 2013).

Tabla 4

*Criterios diagnósticos del DSM-5 (APA, 2013) para la Anorexia Nerviosa*

<b>Anorexia Nerviosa 307.1</b>
<p>A. Restricción de la ingesta energética en relación con las necesidades, que conduce a un peso corporal significativamente bajo con relación a la edad, el sexo, el curso del desarrollo y la salud física. Peso significativamente bajo se define como un peso inferior al mínimo normal o, en niños y adolescentes, inferior al mínimo esperado.</p> <p>B. Miedo intenso a ganar peso o a engordar, o comportamiento persistente que interfiere en el aumento de peso, incluso con un peso significativamente bajo.</p> <p>C. Alteración en la forma en que uno mismo percibe su propio peso o constitución, influencia impropia del peso o la constitución en la autoevaluación, o falta persistente de reconocimiento de la gravedad del peso corporal bajo actual.</p> <p><i>Especificar si:</i></p> <p><b>(F50.01) Tipo restrictivo:</b> En los últimos tres meses, el individuo no ha tenido episodios recurrentes de atracones o purgas (vómito autoprovocado o utilización incorrecta de laxantes, diuréticos o enemas). Este subtipo describe presentaciones en la que la pérdida de peso es debida sobre todo a la dieta, el ayuno y/o el ejercicio excesivo.</p> <p><b>(F50.02) Tipo con atracones/purgas:</b> Durante los últimos tres meses, el individuo ha tenido episodios recurrentes de atracones o purgas (vómito autoprovocado o utilización incorrecta de laxantes, diuréticos o enemas).</p> <p><i>Especificar si:</i></p> <p><b>En remisión parcial:</b> Después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para la anorexia nerviosa, el Criterio A (peso corporal bajo) no se ha cumplido durante un período continuado, pero todavía se cumple el Criterio B (miedo intenso a aumentar de peso o a engordar, o comportamiento que interfiere en el aumento de peso) o el Criterio C (alteración de la autopercepción).</p> <p><b>En remisión total:</b> Después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para la anorexia nerviosa, no se ha cumplido ninguno de los criterios durante un período continuado.</p> <p><i>Especificar la gravedad actual:</i> la gravedad mínima se basa, en los adultos, en el índice de masa corporal (IMC) actual (véase a continuación) o, en niños y adolescentes, en el percentil del IMC. Los límites siguientes derivan de las categorías de la Organización Mundial de la Salud para la delgadez en adultos; para niños y adolescentes, se utilizarán los percentiles del IMC correspondientes.</p> <p><b>Leve:</b> <math>IMC \geq 17 \text{ kg/m}^2</math></p> <p><b>Moderado:</b> <math>IMC 16\text{--}16,99 \text{ kg/m}^2</math></p> <p><b>Grave:</b> <math>IMC 15\text{--}15,99 \text{ kg/m}^2</math></p> <p><b>Extremo:</b> <math>IMC &lt; 15 \text{ kg/m}^2</math></p>

Ambos diagnósticos pueden cursar con un déficit nutricional debido a una ingesta energética insuficiente y los pacientes, pueden presentar las mismas consecuencias a nivel médico: bradicardia (Cooney et al., 2018), pérdida de peso significativa y/o desnutrición (Eddy et al., 2015; Fisher et al., 2014; Nicely et al., 2014; Norris et al., 2014), amenorrea (Eddy et al., 2015; Nakai et al., 2016; Nicely et al., 2014; Thomas et al., 2017), síntomas gastrointestinales (Norris et al., 2014) y anemia (Kelly, Shank, Bakalar, & Tanofsky-Kraff, 2014).

Los motivos que subyacen a la restricción alimentaria son la principal diferencia entre ambos diagnósticos, en el ARFID las alteraciones de la conducta alimentaria no se deben a las cogniciones anorexígenas presentes en la AN (Kurz et al., 2015; Nakai et al., 2016; Nicely et al., 2014; Ornstein et al., 2013; Thomas et al., 2017).

Desde la publicación del DSM-5 (APA, 2013), varios estudios han comparado los dos grupos de pacientes con el objetivo de evidenciar las diferencias clínicas existentes.

Dichos estudios, concluyen que los pacientes con ARFID son más jóvenes que los pacientes con AN e inician el tratamiento a una edad más temprana (Becker et al., 2019; Bryson, Scipioni, Essayli, Mahoney, & Ornstein, 2018; Cooney et al., 2018; Fisher et al., 2014; Forman et al., 2014; Katzman et al., 2019; Lieberman et al., 2019; Nakai et al., 2016; Nicely et al., 2014; Norris et al., 2014; Ornstein et al., 2013; Zimmerman & Fisher, 2017). Algunas investigaciones también sugieren que la proporción de hombres frente a mujeres en el ARFID es mucho mayor que en la AN (Bryson et al., 2018; Fisher et al., 2014; Forman et al., 2014; Katzman et al., 2019; Lieberman et al., 2019; Nicely et al., 2014; Norris et al., 2014; Ornstein et al., 2013). Sin embargo, estas diferencias de género no son tan evidentes en pacientes adultos (Nakai et al., 2016).

Los pacientes con ARFID refieren un tiempo de enfermedad significativamente superior al de los pacientes con AN (Fisher et al., 2014; Forman et al., 2014; Lieberman

et al., 2019; Norris et al., 2016; Ornstein et al., 2017; Strandjord et al., 2015; Zimmerman & Fisher, 2017) y requieren hospitalizaciones más largas (Strandjord et al., 2015).

A diferencia de la AN, no presentar pérdida de peso significativa no es un criterio diagnóstico excluyente del ARFID. Pacientes con sobrepeso o normopeso para su edad y talla, pueden ser diagnosticados de ARFID si presentan deficiencia nutritiva significativa, dependencia de la alimentación enteral o de suplementos nutritivos orales, estancamiento pondoestatural o una interferencia en el funcionamiento psicosocial (Becker et al., 2019; Thomas et al., 2017).

La probabilidad de comorbilidad médica o psiquiátrica es mayor en los pacientes con ARFID respecto a la AN (Becker et al., 2019; Bryson et al., 2018; Fisher et al., 2014; Lieberman et al., 2019; Norris et al., 2014).

Los pacientes con ARFID son más propensos a presentar una condición médica comórbida y previo al diagnóstico clínico e inicio del tratamiento, haber consultado a más médicos especialistas de atención primaria que los pacientes con AN (Nicely et al., 2014). Además, suelen referir más síntomas gastrointestinales, alimentación selectiva desde la primera infancia, miedo a vomitar y/o a atragantarse, quejas por saciedad, náuseas y haber experimentado episodios de asfixia, vómitos por miedo y rechazo a los alimentos sólidos, experiencias sensoriales desagradables e intoxicaciones alimentarias (Bryson et al., 2018; Coglán & Otasowie, 2019; Fisher et al., 2014; Lieberman et al., 2019; Nicely et al., 2014; Norris et al., 2016; Zimmerman & Fisher, 2017).

A nivel psiquiátrico, varios estudios han hallado mayores tasas de comorbilidad del ARFID con trastornos de ansiedad (Bryson et al., 2018; Cooney et al., 2018; Fisher et al., 2014; Katzman et al., 2019; Mammel & Ornstein, 2017; Menzel et al., 2019; Nicely et al., 2014; Norris et al., 2014) y de la AN con trastornos del estado de ánimo (Becker et al., 2019; Bryson et al., 2018; Coglán & Otasowie, 2019; Cooney et al., 2018; Fisher

et al., 2014; Nicely et al., 2014). TEA, TDAH, TOC y trastornos del aprendizaje son más prevalentes en el ARFID que en la AN (Beighley et al., 2013; Bryson et al., 2018; Coglan & Otasowie, 2019; Cooney et al., 2018; Eddy et al., 2015; Fisher et al., 2014; Katzman et al., 2019; Lucarelli et al., 2017; Nicely et al., 2014; Norris et al., 2014; Ornstein et al., 2017; Pennell et al., 2016; Thomas et al., 2017; Zimmerman & Fisher, 2017).

Lieberman et al. (2019), publicaron recientemente un estudio comparativo de las características médicas y psicológicas de un grupo de pacientes diagnosticados de ARFID o AN, según criterios diagnósticos del DSM-5 (APA, 2013), que recibían tratamiento en un programa específico para TCA de un hospital general pediátrico. Participaron ciento seis sujetos, el 72.6% diagnosticados de AN y el 27.4% de ARFID. Evaluaron conducta alimentaria y síntomas de ansiedad y de depresión mediante cuestionarios de autoinforme estandarizados. Hallaron diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos. La proporción de hombres fue mayor en el ARFID que en la AN (24% vs. 14%). También eran menores con una edad media de 10 años en el ARFID y de 11 en la AN. Presentaron mayor tiempo de enfermedad en meses que los pacientes con AN (29 meses vs. 6 meses) y además, un mayor porcentaje del grupo ARFID refirió síntomas gastrointestinales (31% vs 7%) y mayor comorbilidad psiquiátrica con trastornos de la ansiedad (44% vs. 28%), trastornos del aprendizaje (10% vs. 1%) y trastornos del desarrollo neurológico (16% vs. 4%). El grupo con AN requirió más hospitalizaciones (73% vs. 48%) y a nivel médico, presentaron más bradicardia, mayor impulso de delgadez, baja autoestima y, por último, mayor comorbilidad psiquiátrica con trastornos del estado de ánimo (6% vs. 3%).

Makhzoumi et al. (2019) evaluaron las diferencias clínicas entre un grupo de 275 pacientes (rango de edad 11-26 años) diagnosticados de ARFID o AN e ingresados en un programa de hospitalización parcial para TCA. No hallaron diferencias estadísticamente significativas en la edad media. La prevalencia de hombres fue mayor en el ARFID (30%

vs. 14%). En comparación a los pacientes con AN, al ingreso en la unidad, los sujetos con ARFID mostraron una media del IMC mayor (16.55Kg/m<sup>2</sup> vs. 15.75 Kg/m<sup>2</sup>) y por contra, una recuperación ponderal más lenta (1.36 kg/semana vs. 1.92Kg/semana) (Makhzoumi et al., 2019).

La Tabla 5 incluye las diferencias clínicas entre el ARFID y la AN según el estudio de Coglán y Otasowie (2019).

Tabla 5

*Diferencias clínicas entre el trastorno de evitación/restricción de la ingestión de alimentos y la anorexia nerviosa según Coglan y Otasowie (2019).*

<b>Características clínicas</b>	<b>ARFID</b>	<b>AN</b>
<b>Peso inicio del tratamiento</b>	Bajo/Normopeso/Sobrepeso	Peso significativamente bajo
<b>Edad de inicio (años)</b>	4-13	13-15
<b>Distribución de género</b>	Mayor proporción de hombres	Mayor proporción de mujeres
<b>Alimentación</b>	Cantidad limitada/falta de interés/evitación por las características organolépticas de los alimentos/miedos específicos	Cantidad limitada/evitación de alimentos por contenido calórico
<b>Actitud ante la recuperación de peso</b>	No presentan miedo al aumento de peso Pueden referir deseos de aumento de peso	Miedo al aumento de peso Cogniciones anorexígenas en torno al peso y la figura
<b>Alimentación enteral/suplementos nutritivos orales</b>	Requieren más a menudo alimentación por sonda o la toma de suplementos nutritivos orales y aceptan fácilmente su prescripción y contenido calórico	Rechazo de la alimentación por sonda o de los suplementos nutritivos orales por el contenido calórico
<b>Comorbilidad</b>	Mayor incidencia de enfermedades médicas comórbidas Mayor comorbilidad psiquiátrica con trastornos de ansiedad	Baja incidencia de enfermedades médicas comórbidas Mayor comorbilidad psiquiátrica con trastornos del estado de ánimo

ARFID, Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder; AN, Anorexia Nerviosa.

### **1.3.7. Examen físico y evaluación diagnóstica**

Para hacer un diagnóstico de ARFID, antes del inicio del tratamiento, es necesario realizar una evaluación biopsicosocial del paciente y recopilar información de su historia del desarrollo y familiar. El clínico debe valorar la naturaleza, duración y causas del TCA y determinar su repercusión en la salud física y psicológica del paciente y la interferencia en su funcionamiento psicosocial (Coglan & Otasowie, 2019; Katzman et al., 2019). La Tabla 6 incluye las áreas de evaluación que proponen Coglan y Otasowie (2019) durante la evaluación inicial del ARFID.

A nivel de alimentación, se debe realizar una evaluación detallada de la ingesta dietética del paciente que incluya un listado de alimentos que ingiere/tolera y de alimentos que evita y/o restringe, la conducta alimentaria (preparación culinaria y cantidad/raciones ingeridas) y los hábitos alimenticios. Es importante solicitar, a la familia o al paciente, un registro detallado de las ingestas que ha realizado durante las últimas veinticuatro horas y que incluya los alimentos sólidos y líquidos (Katzman et al., 2019).

En la evaluación inicial, también se debe realizar un examen físico completo que incluya los parámetros somatométricos altura, peso e IMC. En población infanto-juvenil, para cuantificar el criterio diagnóstico de “pérdida de peso significativa”, se debe calcular el percentil del IMC teniendo en cuenta los límites derivados de las categorías de la OMS. Además, se deben consultar los datos registrados en las gráficas de curva del crecimiento a lo largo de la historia del paciente, útiles para marcar un peso objetivo, poder definir un posible estancamiento pondoestatural y establecer un plan de recuperación ponderal. Del mismo modo, se deben registrar la presión arterial, la temperatura corporal, la frecuencia cardíaca y detectar los posibles signos físicos de desnutrición (Coglan & Otasowie, 2019; Katzman et al., 2019; Lucarelli et al., 2017; Zimmerman & Fisher, 2017).

Tabla 6

*Principales áreas de evaluación durante la evaluación inicial del ARFID según Coglán y Otasowie (2019)*

---

**Naturaleza del comportamiento evitativo/restrictivo**

¿La persona está logrando comer una cantidad y variedad de alimentos adecuada para su edad?

**Duración**

¿El comportamiento ha estado presente durante al menos un mes?

**Causas (no mutuamente excluyentes)**

Falta de interés por la comida

¿La persona reconoce las señales de hambre o la falta de apetito?

¿Las alteraciones de la conducta alimentaria están relacionadas con el estado de ánimo/emociones?

¿Muestra la persona un alto nivel de excitación/falta de atención/distracción?

Sensibilidad sensorial

Evitación de alimentos por las características organolépticas (sabor, textura, aspecto, color y/o marca)

Miedos específicos

Fagofobia o emetofobia

¿Refiere alguna experiencia traumática relacionada con la ingesta?

**Consecuencias**

¿Pérdida de peso significativa o estancamiento ponderal?

¿Síntomas/signos de deficiencia nutritiva?

¿Dependencia de la alimentación por sonda o de suplementos nutritivos orales?

¿El comportamiento alimentario interfiere en el funcionamiento global del paciente?

**Criterios de exclusión**

¿Presenta cogniciones anorexígenas en torno al peso y/o la figura?

¿Refiere temor al aumento de peso?

¿Se puede atribuir el comportamiento alimentario a una afección médica concurrente o explicarse mejor por otro trastorno mental?

¿El paciente y la familia refieren falta de alimentos disponibles?

¿El trastorno se explica mejor por una práctica asociada culturalmente aceptada?

**Otra información útil**

Historia del desarrollo del paciente

Contexto familiar: hábitos alimentarios, relación paterno-maternofamiliar y antecedentes médicos y/o psiquiátricos

¿Presencia de otras sensibilidades sensoriales?

Evaluación de otros trastornos mentales coexistentes (comorbilidad psiquiátrica)

---

Se deben realizar pruebas de laboratorio para identificar posibles causas médicas asociadas con la pérdida de peso, la deficiencia nutritiva o los síntomas gastrointestinales. A nivel general, realizar un hemograma completo y en función de la historia clínica de cada paciente, incluir los siguientes parámetros: electrolitos séricos (niveles de potasio, magnesio, sodio y calcio), nitrógeno ureico en sangre, función hepática, hormona tiroidea, creatinina, ácido fólico y vitaminas D y B12. En las pacientes con amenorrea secundaria, incluir la prueba de la gonadotropina coriónica humana. En algunos casos, es necesario hacer exámenes diagnósticos complementarios (electrocardiograma, densitometría ósea, endoscopia o un examen neurológico) para detectar condiciones fisiológicas subyacentes. También puede ser útil una evaluación de las funciones orofaciales del paciente por parte de un logopeda (Coglan & Otasowie, 2019; Golden et al., 2015; Katzman et al., 2019; Norris et al., 2018; Thomas et al., 2017).

La información clínica (epidemiología, psicopatología, evolución y pronóstico) que habitualmente se obtiene mediante pruebas psicométricas, en el ARFID, está limitada por la falta de instrumentos validados. Las medidas psicométricas comúnmente utilizadas en TCA carecen de sensibilidad para población infantil (menores de 12 años) y para hacer un diagnóstico de ARFID (Cooney et al., 2018). En la actualidad, se están desarrollando instrumentos diagnósticos específicos para el ARFID. No obstante, en España, hasta el momento actual, no se han validado a nuestra población.

El instrumento *Eating Disturbances in Youth-Questionnaire (EDY-Q)* (Hilbert & Van Dyck, 2016; Van Dyck et al., 2013) evalúa alteraciones de la conducta alimentaria en población general infanto-juvenil entre los 8 y los 13 años. Se compone de un total de catorce ítems basados en los criterios diagnósticos del DSM-5 (APA, 2013) y se utiliza como medida de autoinforme para registrar síntomas clínicos del ARFID, pica y trastorno de rumiación (Kurz et al., 2015, 2016). Para el ARFID, la escala está estructurada en base

a los grupos propuestos por Bryan-Waugh et al. (2010): alimentación selectiva, evitación por causas emocionales y disfagia funcional.

La entrevista *Pica, ARFID and Rumination Disorder Interview (PARDI)* ofrece cuatro versiones en función de la edad de los pacientes (versión para padres de pacientes de 2 y 3 años; versión para padres de pacientes mayores de 4 años; versión para pacientes de 8 a 13 años; y versión para pacientes mayores de 14 años). Para el ARFID, proporciona detalles clínicos sobre la gravedad diagnóstica (Brigham, Manzo, Eddy, & Thomas, 2018; Bryant-Waugh et al., 2018).

La versión para niños del *Children Eating Disorder Examination (ChEDE)* fue diseñada para diagnosticar TCA en niños mayores de siete años (Bryant-Waugh, Cooper, Taylor, & Lask, 1996). También se ha realizado una versión para población infantojuvenil con trastorno por atracones (Hilbert et al., 2013). En la actualidad, están desarrollando un módulo específico para ARFID (rango de edad 8-13 años) (Schmidt, Kirsten, Hiemisch, Kiess, & Hilbert, 2019).

En población adulta, la *Eating Disorders Assessment for DSM-5 (EDA-5)* evalúa TCA e incluye el ARFID (Sysko et al., 2015). Recientemente, Zickgraf y Ellis (2018) crearon el *Nine-Item ARFID Screen (NIAS)*, instrumento diagnóstico compuesto de nueve ítems específico para pacientes adultos con ARFID.

### **1.3.8. Complicaciones médicas, evolución y pronóstico**

Las complicaciones médicas del ARFID pueden ser las mismas que las de otros TCA (Coglan & Otasowie, 2019). Puede conllevar secuelas médicas severas secundarias a la desnutrición (Fisher et al., 2014; Katzman et al., 2019) como anomalías electrolíticas, bradicardia, intervalo QT prolongado en electrocardiograma y anemia (Strandjord et al., 2015). Las deficiencias nutritivas pueden observarse independientemente del bajo peso (Coglan & Otasowie, 2019). A menudo, se desarrollan un conjunto de problemas médicos

infantiles que pueden producir alteraciones gastrointestinales como la gastroparesia o el estreñimiento, factores de mantenimiento del ARFID (Sharp & Stubbs, 2019; Tsai, Singh, & Pinkhasov, 2017). En el estudio de Norris et al. (2014), el 25% de los pacientes con ARFID presentaron osteopenia. La deficiencia nutritiva puede interferir en el crecimiento y el desarrollo físico y sexual de los pacientes (Fisher et al., 2014; Nicely et al., 2014). El funcionamiento cognitivo también puede verse afectado (Coglan & Otasowie, 2019). Las mujeres con ARFID tienen mayor riesgo de mostrar irregularidades menstruales (Forman et al., 2014) y amenorrea primaria o secundaria (Nakai et al., 2016). En un estudio de caso reciente, un paciente varón adolescente (17 años) diagnosticado de ARFID en normopeso, presentaba deficiencias de vitamina A, E, B12, D, K y folato, así como degeneración de la médula espinal, como sintomatología secundaria a la restricción alimentaria (Chandran, Anderson, Kennedy, Kohn, & Clarke, 2015).

Makhzoumi et al. (2019) evaluaron 27 pacientes diagnosticados de ARFID en un programa específico para TCA y veintiuno presentaban miedos específicos, cinco referían falta de interés y uno sensibilidad sensorial. El 81.5% de los pacientes refirieron síntomas gastrointestinales (vómitos, estreñimiento, diarrea, reflujo gástrico o dolor abdominal) o enfermedades médicas asociadas (24% gastroparesia, 15.4% bradicardia y 9% síndrome del intestino irritable). Se hallaron alteraciones en los exámenes de laboratorio de catorce pacientes: el 7% anemia, el 11% transaminitis, el 23% hipocalemia, el 7% hipopotasemia y el 3% hipoglucemia. El 34% dependía de suplementos nutritivos orales.

Varios estudios concluyen que el ARFID, caracterizado por un inicio precoz de la conducta alimentaria restrictiva en la infancia, a menudo se acompaña de un mayor riesgo de desarrollar otros TCA a largo plazo (Fisher et al., 2014; Norris et al., 2014). Mediante los criterios diagnósticos del DSM-5 (APA, 2013), Norris et al. (2014) reclasificaron de forma retrospectiva a 699 pacientes con TCA evaluados entre 2000 y 2011. Al inicio del

tratamiento, treinta y cuatro (5%) cumplieron criterios diagnósticos para el ARFID, pero durante el curso del mismo, cuatro (12%) manifestaron cogniciones anorexígenas o temor al aumento de peso y fueron reclasificados como AN. Diversos autores han señalado la importancia de reevaluar el diagnóstico, especialmente si la evolución del paciente no es favorable, teniendo en cuenta que las cogniciones distorsionadas, de forma progresiva, se pueden hacer más evidentes y un número reducido de casos puede desarrollar una AN a largo plazo (Mairs & Nicholls, 2016).

En la actualidad, para el ARFID, no hay una definición específica ni pautada de la recuperación necesaria debido a su reciente incorporación en el DSM-5 (APA, 2013) y la complejidad clínica del diagnóstico. No está claro el grado de recuperación ponderal, de diversidad alimentaria y reposición nutricional que deben alcanzar los pacientes para categorizarlos como recuperados. En pacientes que han seguido una trayectoria de bajo percentil en curvas de crecimiento estándar desde la primera infancia, puede que no sea necesario que realicen una recuperación ponderal que los sitúe en un percentil del IMC en la media estandarizada para su edad y talla. En relación a la renutrición y diversidad dietética, no se han clarificado la variedad de alimentos que deben introducirse de cada una de las categorías alimenticias. Se necesitan más investigaciones que colaboren en el desarrollo de una definición óptima de recuperación, que ayude a valorar a los clínicos la respuesta al tratamiento, evolución y pronóstico de los pacientes con ARFID (Coglan & Otasowie, 2019).

### **1.3.9. Tratamiento**

A causa de la reciente incorporación del ARFID en el DSM-5 (APA, 2013) y su complejidad diagnóstica, hasta el momento actual, no hay tratamientos empíricamente validados (Coglan & Otasowie, 2019; Herpertz-Dahlmann, 2017). La presentación clínica del ARFID puede variar en función de cada paciente y el tratamiento se debería adaptar

a las necesidades médicas, nutricionales, de salud mental y psicosociales de cada uno de ellos (Coglan & Otasowie, 2019; Katzman et al., 2019; Thomas et al., 2017).

Varios autores destacan la importancia de trabajar multidisciplinariamente mediante un plan de intervención integral, participando profesionales médicos (atención primaria, nutrición, gastroenterología y alergología, entre otros), de la salud mental (enfermería, psiquiatría y psicología), logopedia y trabajo social (Coglan & Otasowie, 2019; Golden et al., 2015; Katzman et al., 2019). La colaboración del paciente y su familia es esencial y según Thomas et al. (2017), una buena alianza terapéutica con éstos es importante para el curso del tratamiento. También es fundamental trabajar conjuntamente con los centros escolares.

Según Coglan y Otasowie (2019), una perspectiva biopsicosocial de los trastornos mentales ayuda a los clínicos a identificar la naturaleza y gravedad clínica del diagnóstico, también a establecer un plan de tratamiento individualizado que, según estos autores, se debe realizar en dos fases: en la fase aguda (con renutrición) y en la fase de mantenimiento (prevención de recaídas).

Igual que en otros TCA, los pacientes con ARFID pueden presentar deficiencias nutritivas, bajo peso y/o estancamiento pondoestatural. En tales casos, se recomienda la aplicación de un protocolo de renutrición específico para cada paciente. Desde una visión multidisciplinar, el tratamiento médico del ARFID debe incluir la evaluación del estado nutricional de los pacientes y de las complicaciones médicas subyacentes. Los niveles de desnutrición se deben controlar midiendo los parámetros antropométricos y con exámenes de laboratorio (Bryson et al., 2018; Golden et al., 2015; Katzman et al., 2019; Ornstein et al., 2017; Thomas et al., 2017).

En la Tabla 7 se incluyen los indicadores de inestabilidad médica que propusieron Golden et al. (2015) para determinar la necesidad de hospitalización en población infanto-juvenil diagnosticada de TCA.

Tabla 7

*Indicadores médicos de hospitalización en TCA (Golden et al., 2015)*

---

1.	IMC <75% de la media para la edad, talla y género
2.	Deshidratación
3.	Alteraciones electrolíticas (hipofosfatemia, hipopotasemia o hiponatremia)
4.	Alteraciones en ECG (intervalo QT prolongado o bradicardia severa)
5.	Inestabilidad fisiológica
	Bradicardia severa (<50 latidos/minuto)
	Hipotensión (<90/45 mm Hg)
	Hipotermia (temperatura corporal <35.6°C)
	Hipotensión ortostática (>20 latidos/minuto)
6.	Estancamiento pondoestatural
7.	No respuesta al tratamiento ambulatorio
8.	Evitación/restricción aguda de alimentos
9.	Autolesiones o purgas incontroladas
10.	Complicaciones médicas subyacentes a la desnutrición (síncope, convulsiones, etc.)
11.	Comorbilidad médica o psiquiátrica que limite el tratamiento ambulatorio

---

IMC, Índice de Masa Corporal; ECG, Electrocardiograma.

Varios autores describieron un protocolo de rehabilitación nutricional que se lleva a cabo en un programa de hospitalización parcial para TCA y participaron 215 pacientes (rango de edad 5-23 años), 176 con AN, 22 con BN, 9 con ARFID y 8 con TCANE. Al ingreso, el promedio de calorías fue de 1466Kcal/día y de forma progresiva y en función de cada paciente, aumentaron hasta alcanzar un promedio de 3800Kcal/día. Sin hallarse diferencias significativas entre el ARFID y la AN, la media de recuperación ponderal fue de 2.5Kg (media del IMC al ingreso de 17.1Kg/m<sup>2</sup> y al alta de 18.2Kg/m<sup>2</sup>) a lo largo del tratamiento. Los pacientes con ARFID mostraron mayor necesidad y dependencia de la alimentación enteral (mediante sonda nasogástrica) respecto a otros TCA (22% vs. 8%).

El 3.8% de los pacientes, treinta días después de recibir el alta, requirieron de una nueva hospitalización (Peebles et al., 2017).

En la actualidad, varios autores plantean la cuestión de si el ARFID, debido a su presentación clínica, requiere un plan de tratamiento diferente al de otros TCA (Katzman et al., 2019) ya que hasta el momento, utilizan los mismo recursos y dispositivos que otros trastornos alimentarios.

Varias investigaciones, han demostrado que las intervenciones desde un enfoque conductual mejoran significativamente la conducta alimentaria de los pacientes en la fase aguda. Sin embargo, hasta el momento, no se ha demostrado su efectividad a largo plazo en la modificación del comportamiento alimentario (temor, evitación, rechazo, etc.) ni en la reducción de las asociaciones negativas que establecen los pacientes con los alimentos y con la ingesta desde el inicio de la enfermedad (Sharp et al., 2016; Thomas, Wons, & Eddy, 2018).

Debido al posible curso crónico del ARFID, desde una visión conductual, varios autores (Coglan & Otasowie, 2019) abogan por una estrategia de atención escalonada que incluya un seguimiento prolongado a largo plazo y en la fase de mantenimiento, intervenir mediante técnicas de autogestión y de psicoeducación, estrategias que pueden potenciar la autoeficacia de los pacientes y sus familiares.

El primer objetivo de tratamiento del ARFID se debe centrar en aumentar la salud física y mental de los pacientes mediante la renutrición y con intervenciones conductuales específicas como la psicoeducación, técnicas de exposición y condicionamiento operante. No obstante, también es muy importante desarrollar intervenciones familiares específicas que mediante la psicoeducación, ofrezcan información diagnóstica, pautas de abordaje conductual y disminuyan la carga y la angustia de los cuidadores (Bryant-Waugh, 2013;

Coglan & Otasowie, 2019; Fischer, Luiselli, & Dove, 2015; Herpertz-Dahlmann, 2017; Katzman et al., 2019; Thomas et al., 2017, 2018; Zimmerman & Fisher, 2017).

Basándose en la orientación y terapia cognitivo-conductual, Thomas et al. (2018), propusieron intervenciones específicas para las tres dimensiones del ARFID. La primera fase, común entre todos los pacientes, se centra en la renutrición, evaluación diagnóstica y psicoeducación. Posteriormente, para el subtipo sensibilidad sensorial, plantearon una intervención mediante desensibilización sistemática, exposición a nuevos alimentos y de exploración a través de los sentidos. Para sujetos con miedos específicos, psicoeducación centrada en la evitación de los mismos, jerarquía de estímulos y exposición gradual a los alimentos temidos. Con el subtipo falta de interés, sugirieron exposición a las funciones interoceptivas (distensión abdominal, sensación de saciedad, náuseas, etc.) con alimentos altamente deseados por los pacientes (Zucker et al., 2018). El principal objetivo a nivel de tratamiento, es la generalización de las conductas aprendidas en el domicilio.

Ornstein et al. (2017), en un programa de hospitalización parcial específico para TCA, compararon la respuesta al tratamiento de un grupo de pacientes con ARFID con otros TCA. El plan de intervención incluía terapia familiar, manejo conductual, terapia cognitivo-conductual y técnicas de prevención y exposición de respuesta. La estancia en semanas fue significativamente inferior en el ARFID respecto a la AN y presentaron tasas similares de recuperación ponderal. A nivel psicopatológico, observaron mejoras en todos los pacientes a lo largo del tratamiento. En base a sus resultados y a modo de conclusión, los autores sugirieron que los pacientes con ARFID pueden tratarse con éxito en el mismo programa de intervención que otros TCA.

Mediante un estudio de caso múltiple (11 casos; rango de edad 10-18 años), varios autores, recientemente, han descrito un programa de tratamiento estructurado en cuatro sesiones y basado en la terapia cognitivo-conductual para pacientes con ARFID. El plan

de intervención incluye exposición a estímulos aversivos, reestructuración cognitiva, técnicas de relajación, manejo conductual y prevención de recaídas. La respuesta de los pacientes al tratamiento fue buena, pudiendo alcanzar un peso saludable y estableciendo unos hábitos alimentarios adecuados. Mediante cuestionarios estandarizados, observaron que los niveles de ansiedad y miedos específicos en torno a la alimentación, disminuyeron significativamente (Dumont, Jansen, Kroes, de Haan, & Mulkens, 2019).

Recientemente, varios autores han propuesto un modelo de intervención familiar para pacientes con ARFID basado en el *Family-Based Treatment (FBT)* para la AN y BN (Le Grange & Lock, 2007; Lock & Le Grange, 2013). Las fases incluyen externalización, agnosticismo, empoderamiento parental y estrategias de manejo conductual basadas en la modificación de la conducta alimentaria. Hasta el momento actual, se han publicado dos estudios comparativos (ensayo controlado aleatorizado y estudio de caso). Los resultados han demostrado que este modelo de intervención es eficaz en el curso del tratamiento del ARFID, hallando un aumento significativo en la percepción de autoeficacia de los padres que correlacionó de forma significativa con una mejoría de la sintomatología alimentaria de los pacientes (Lock et al., 2018; Lock, Sadeh-Sharvit, & L'Insalata, 2019).

Con adultos diagnosticados de ARFID, también se ha demostrado la eficacia de los programas de intervención basados en la terapia cognitivo-conductual (King, Urbach, & Stewart, 2015; Steen & Wade, 2018).

El estudio de Coglan y Otasowie (2019) avala el uso de tratamiento farmacológico como complemento al plan de intervención establecido para cada paciente, proponen el uso de antipsicóticos atípicos o de inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina para el control de la ansiedad. Otro estudio reciente (Brewerton & D'Agostino, 2017), ha demostrado la eficacia de la Olanzapina a dosis bajas en un grupo de nueve pacientes con ARFID, observando una recuperación ponderal, una mejora de los hábitos alimentarios y

una reducción significativa de los síntomas ansioso-depresivos. En un grupo de catorce pacientes diagnosticados de ARFID, se ha evidenciado que el uso de Mirtazapina aumenta la sensación de apetito y ayuda a los pacientes en la recuperación ponderal (Gray, Chen, Menzel, Schwartz, & Kaye, 2018). En población infanto-juvenil con déficit nutritivo y estancamiento pondoestatural, se ha observado que los antihistamínicos (cyproheptadine) aumentan la sensación de apetito y facilitan la renutrición (Sant'Anna et al., 2014).

Conocer la efectividad de estos enfoques, ayudaría a los clínicos a personalizar las intervenciones en función de cada paciente y a largo plazo, a poder diseñar programas de intervención específicos para pacientes con ARFID empíricamente validados (Brewerton & D'Agostino, 2017; Cogley & Otasowie, 2019; Dumont et al., 2019; Gray et al., 2018; King et al., 2015; Lock et al., 2018, 2019; Ornstein et al., 2017; Sant'Anna et al., 2014; Steen & Wade, 2018; Thomas et al., 2018; Zucker et al., 2018).

#### **1.4. ARFID y AN: relaciones familiares y perfil psicopatológico de las familias**

##### ***1.4.1. Vínculo parental, estilo educativo y perfil psicopatológico de las familias***

Varios factores personales y ambientales contribuyen a la patogénesis de los TCA. A lo largo del tiempo, múltiples estudios han corroborado que pueden estar asociados con una disfuncionalidad familiar y con una vulnerabilidad personal-emocional (Berge, Loth, Hanson, Croll-Lampert, & Neumark-Sztainer, 2012; Cerniglia et al., 2017).

Los pacientes con TCA a menudo refieren relaciones paterno-filiales deterioradas. Actualmente, los hallazgos de la literatura científica no son concluyentes aunque dichas relaciones, se consideren un mecanismo subyacente a los TCA (Kluck, 2008; Ringer & Crittenden, 2007; Zachrisson & Skårderud, 2010).

El cuidado y la protección, son las dos dimensiones que, en base a la contribución de los padres en la relación con sus hijos, influirán en el desarrollo del vínculo parental. La dimensión de cuidado puede englobar afecto, calidez emocional, empatía, proximidad,

frialdad emocional, indiferencia y/o rechazo. La dimensión de protección, puede englobar control, sobreprotección, infantilización, intrusión, autonomía y/o permisividad (Parker, Tupling, & Brown, 1979). En la actualidad, en pacientes con TCA, varias investigaciones han hallado una relación directa entre el vínculo parental desarrollado durante la infancia y los modelos de apego establecidos en la edad adulta (Balottin, Mannarini, Rossi, Rossi, & Balottin, 2017; Monteleone et al., 2019).

En una proporción significativa de estudios que evalúan vínculo parental en TCA que incluye la revisión sistemática más reciente, se han hallado bajos niveles de cuidados y elevada protección en las familias de pacientes con TCA (Balottin et al., 2017; Gander, Sevecke, & Buchheim, 2015; Tetley, Moghaddam, Dawson, & Rennoldson, 2014).

En población infanto-juvenil con AN y BN, respecto a otros trastornos mentales, diversos autores hallaron una mayor prevalencia de trastornos de ansiedad por separación y mayor inseguridad personal (O’Kearney, 1996; Ward, Ramsay, & Treasure, 2000). En relación al apego, varios estudios han corroborado el desarrollo de un estilo evitativo en la AN y ansioso-ambivalente en la BN (O’Shaughnessy & Dallos, 2009; Zachrisson & Skårderud, 2010). Monteleone et al. (2019) refirieron que la presencia excesiva de control parental contribuye al desarrollo de un apego inseguro y de una autoimagen negativa.

Minuchin, Rosman y Baker (1978) definieron un tipo de patrón familiar, común entre pacientes con AN, denominado “familias psicósomáticas” y caracterizado por altos niveles de sobreprotección, fusión, rigidez y evitación de conflictos. Varios autores, han hallado una clara asociación entre el funcionamiento familiar y la presencia de conductas alteradas en torno al peso, la figura y la alimentación en TCA (Cerniglia et al., 2017).

La emoción expresada, actitud familiar hacia los pacientes basada en el criticismo, sobreimplicación emocional, hostilidad y calidez (Reilly, Brown, Gray, Kaye, & Menzel, 2019), desempeña un papel importante en el tratamiento de los TCA y se ha demostrado

que está relacionada con una mayor presencia de síntomas psicopatológicos en los padres (Ravi, Forsberg, Fitzpatrick, & Lock, 2009; Zabala, Macdonald, & Treasure, 2009). A lo largo de la literatura, en varias investigaciones, se han hallado altos niveles de ansiedad, de depresión y de estrés en los cuidadores de pacientes con TCA (Anastasiadou, Medina-Pradas, Sepulveda, & Treasure, 2014). Los cuidadores de las personas con TCA, de forma general y debido a la sobrecarga que les genera la situación, padecen más problemas de salud mental y angustia psicológica (Anastasiadou, Sepúlveda, Parks, Cuellar-Flores, & Graell, 2016; Sepúlveda et al., 2012).

Varios autores (Herraiz-Serrano et al., 2015), compararon un grupo de 196 sujetos diagnosticados de AN o BN con 127 sujetos sanos (rango de edad 13-44 años), hallando diferencias estadísticamente significativas en la influencia del vínculo parental y el estilo educativo en el desarrollo de un TCA. Los pacientes con TCA percibieron mayor rechazo, rigidez, sobreprotección y menor afecto por parte de sus familiares que los sujetos sanos del grupo control.

Rienecke y Richmond (2017) evaluaron el perfil psicopatológico de 126 familias de 79 pacientes diagnosticados de AN o BN y compararon los resultados con población no clínica. En los padres de dichos pacientes, se halló un mayor nivel de síntomas clínicos percibidos, hostilidad y de prevalencia con trastornos ansioso-depresivos y TOC.

Recientemente, en un grupo de madres de sujetos con ARFID, varios autores han hallado altos niveles de malestar psicológico, destacando la presencia de somatizaciones, síntomas ansioso-depresivos y hostilidad (Lucarelli, Sechi, Cimino, & Chatoor, 2018).

Debido a su reciente incorporación en el DSM-5 (APA, 2013), hasta el momento actual, no hay suficientes investigaciones que evalúen los constructos de vínculo parental, estilo educativo y el perfil psicopatológico en familiares de pacientes con ARFID (Coglan & Otasowie, 2019; Katzman et al., 2019; Zimmerman & Fisher, 2017). Con otros TCA,

las investigaciones actuales incluyen población específica y los resultados obtenidos son contradictorios. Por ello, es necesario seguir desarrollando estudios epidemiológicos que evalúen dichos factores de riesgo etiopatogénicos y ofrezcan resultados generalizables que aumenten el conocimiento clínico del ARFID y ayuden a desarrollar intervenciones específicas (Balottin et al., 2017; Berge et al., 2012; Cerniglia et al., 2017; Monteleone et al., 2019; Ravi et al., 2009; Rienecke & Richmond, 2017; Ringer & Crittenden, 2007; Tetley et al., 2014; Zachrisson & Skårderud, 2010).

Para finalizar este apartado, enfatizar que el ARFID, caracterizado por un patrón alimentario restrictivo/selectivo, es un TCA cada vez más prevalente en unidades de TCA infantojuveniles. El objetivo de esta investigación es describir las características clínicas de un grupo de pacientes con ARFID y compararlas con un grupo de pacientes con AN y población no clínica, con el fin de categorizar al ARFID como una entidad diagnóstica diferenciada dentro de los TCA y poder diseñar planes de intervención específicos.

Seguidamente, presentaremos la aplicación empírica de este estudio, se expondrán los objetivos, las hipótesis y el método de la investigación. Para finalizar, los resultados y hallazgos obtenidos del trabajo de campo.



## **SEGUNDA PARTE. APLICACIÓN EMPÍRICA**



# **OBJETIVOS E HIPÓTESIS**

## **Objetivos generales y específicos**

*Objetivos generales*

*Objetivos específicos*

## **Hipótesis generales y específicas**

*Hipótesis generales*

*Hipótesis específicas*



## **2. Objetivos e hipótesis**

### **2.1. Objetivos generales y específicos**

Con la finalidad de describir las características clínicas más comunes de un grupo de pacientes con ARFID y destacar aquellas que los difieren de un conjunto de pacientes diagnosticados de AN, se plantearon los siguientes objetivos generales y específicos.

#### **2.1.1. *Objetivos generales***

1. Describir las características sociodemográficas y evaluar la sintomatología clínica en un grupo de pacientes (nuevos casos consecutivos) diagnosticados de ARFID según los criterios diagnósticos del DSM-5 (APA, 2013).
2. Describir las características sociodemográficas y evaluar el perfil psicopatológico y las relaciones familiares en los progenitores de dichos pacientes.
3. Comparar los resultados obtenidos con un grupo de pacientes diagnosticados de AN, según criterios diagnósticos del DSM-5 (APA, 2013), y un Grupo No Clínico (GNC); incluyendo en ambos casos, a sus familiares (padres y/o madres).

#### **2.1.2. *Objetivos específicos***

En la muestra de niños y adolescentes:

1. Describir las características sociodemográficas y clínicas.
2. Evaluar psicométricamente los niveles de ansiedad, síntomas depresivos, miedos, la socialización, calidad de vida relacionada con la salud, funcionamiento general, comportamiento, vínculo parental y capacidad intelectual.
3. Comparar los resultados obtenidos entre los tres grupos.

En la muestra de progenitores:

4. Describir las características sociodemográficas y clínicas.
5. Evaluar psicométricamente psicopatología, vínculo parental y estilo educativo.
6. Comparar los resultados obtenidos entre los grupos de familiares.

## **2.2. Hipótesis generales y específicas**

Las hipótesis, generales y específicas, que se derivan de los objetivos descritos en el apartado anterior y guiaron la presente investigación son las siguientes:

### **2.2.1. Hipótesis generales**

1. Los pacientes con ARFID presentarán diferencias clínicas significativas respecto a los pacientes con AN y a los sujetos del GNC.
2. Entre los grupos de familiares de los pacientes con ARFID y AN no se observarán diferencias significativas en las variables clínicas. Sin embargo, dichos familiares respecto a los del GNC, presentarán diferencias estadísticamente significativas.

### **2.2.2. Hipótesis específicas**

1. Los pacientes con ARFID presentarán diferencias estadísticamente significativas en edad, género, tiempo de evolución de la enfermedad, edad de inicio del TCA, antecedentes médicos/psiquiátricos y comorbilidad respecto al grupo de pacientes con AN y el GNC.
2. Se hallarán diferencias significativas en los valores antropométricos (peso, talla, IMC y percentil del IMC) entre los tres grupos de participantes.
3. Se hallarán diferencias estadísticamente significativas en las variables clínicas y neuropsicológicas entre los tres grupos de niños y adolescentes.

El grupo ARFID presentará mayores niveles de ansiedad y miedo. Estos pacientes también referirán más alteraciones comportamentales y un funcionamiento global más deteriorado. Los niveles de socialización, calidad de vida relacionada con la salud y capacidad intelectual serán inferiores en estos sujetos. También percibirán un vínculo parental más sobreprotector. Por último, el grupo con AN referirá más síntomas depresivos.

4. No se hallarán diferencias estadísticamente significativas entre los familiares de los grupos clínicos (ARFID y AN). Sin embargo, en los instrumentos de medida correspondientes, el grupo ARFID respecto al grupo AN presentará puntuaciones mayores en protección y cuidados. En estilo educativo referirán puntuaciones más altas en rechazo, control y favoritismo y más bajas en calidez emocional. También mostrarán un mayor nivel de gravedad de síntomas psicológicos.

Las familias de los grupos clínicos, respecto a las del GNC, mostrarán diferencias estadísticamente significativas en cada una de estas variables.



# **MÉTODO**

*Tipo de diseño*

*Participantes*

*Población y criterios de selección*

*Criterios de inclusión*

*Criterios de exclusión*

*Tamaño de la muestra*

*Muestra*

*Instrumentos*

*Procedimiento*

*Variables del estudio*

*Análisis de datos*



### **3. Método**

#### **3.1. Tipo de diseño**

La presente investigación es un estudio descriptivo, observacional y comparativo constituido por tres grupos: dos formados por pacientes con diagnósticos de ARFID o AN y un GNC formado por población general, evaluados todos ellos de forma transversal.

Los pacientes con ARFID y AN fueron seleccionados mediante un muestreo no probabilístico de tipo intencional, que se reclutaron de forma consecutiva de nuevos casos ingresados en una unidad específica para TCA infanto-juvenil. El GNC está formado por población general y también fue seleccionado mediante un muestreo no probabilístico de tipo intencional, procurando garantizar la máxima homogeneidad posible respecto a los dos grupos clínicos (ARFID y AN) en las variables edad y género y en base a la literatura consultada, anticipándonos a las diferencias significativas que preveíamos observar entre el ARFID y la AN en dichas variables.

#### **3.2. Participantes**

##### **3.2.1. Población y criterios de selección**

La muestra clínica está compuesta por pacientes diagnosticados de ARFID o AN según criterios diagnósticos del DSM-5 (APA, 2013). Fueron reclutados entre octubre del 2015 y mayo del 2018 en la unidad de TCA del Área de Salud Mental del Hospital Sant Joan de Déu (HSJD) de Esplugues de Llobregat (Barcelona). Los pacientes, nuevos casos consecutivos, fueron evaluados en los diferentes dispositivos que incluye el programa de tratamiento del HSJD para los TCA: Consultas Externas (CCEE), Hospitalización Parcial (HP) y Hospitalización Completa (HC).

Los sujetos del GNC fueron reclutados intencionalmente entre población general infanto-juvenil, con el objetivo de garantizar la máxima uniformidad posible en la edad y

el género respecto a los dos grupos clínicos (ARFID y AN). Las evaluaciones se llevaron a cabo en consultas externas del HSJD entre enero del 2016 y marzo del 2018.

### **3.2.2. Criterios de inclusión**

Los criterios de inclusión para el estudio fueron los siguientes:

- En la administración de una entrevista diagnóstica semiestructurada, cumplir con los criterios diagnósticos del DSM-5 (APA, 2013) para ARFID o AN.
- Tener una edad comprendida entre los 7 y los 17 años.
- Firmar el consentimiento informado (familiares y participantes menores de 12 años), documento que regula la voluntariedad de participar en la investigación y garantiza la confidencialidad.

### **3.2.3. Criterios de exclusión**

Los criterios de exclusión para el estudio fueron los siguientes:

- Para el GNC, presentar patología alimentaria, criterio evaluado mediante una entrevista diagnóstica semiestructurada.
- En la muestra de niños y adolescentes, presentar comorbilidad psiquiátrica con discapacidad intelectual o TEA (que implicara dificultades de interpretación y comprensión de los instrumentos).
- Para todos los participantes, presentar un trastorno psiquiátrico o enfermedad médica grave que impidiese su participación.
- Presentar dificultades de comprensión y/o expresión idiomática.
- La no aceptación a participar en el estudio por parte de los niños y adolescentes o sus familiares.

### **3.2.4. Tamaño de la muestra**

Se calculó el tamaño muestral mediante “*la calculadora de Grandària Mostral*” *GRANMO* tomando como variable primaria el nivel de depresión valorado con la prueba

*Children's Depression Inventory* (Kovacs, 1992), que se consideró una de las medidas de resultado principales (“primary endpoint”).

Se estimó que se requerirían un mínimo de 31 sujetos para cada grupo, asumiendo la existencia de tres grupos (ARFID, AN y GNC). Se aceptó un riesgo alfa de 0.05 y un riesgo beta inferior al 0.2 en un contraste bilateral.

### **3.2.5. Muestra**

Participaron un total de 283 sujetos. Fueron evaluados 99 niños y adolescentes en edades comprendidas entre los 7 y los 17 años junto a sus familias, 96 madres y 88 padres, organizados en tres grupos según diagnóstico: ARFID, AN y GNC.

Durante el proceso de reclutamiento, acorde con los criterios de exclusión de este estudio, fueron descartados seis pacientes que iniciaron tratamiento en la unidad de TCA del HSJD con diagnóstico de TEA y que cumplieron criterios diagnósticos para el ARFID según el DSM-5 (APA, 2013). Se informó a los familiares y todos los pacientes, iniciaron tratamiento en la unidad de TEA sin realizar la evaluación correspondiente a este estudio.

Durante el proceso de evaluación, no hubo pérdidas muestrales. Sin embargo, en el grupo de madres, tres no participaron y según informaron las familias, dos por ausencia de la figura materna por divorcio conyugal y una por fallecimiento. En el grupo de padres, fueron once: siete por ausencia de la figura paterna por divorcio conyugal y/o por motivos laborales, tres por presentar un trastorno psiquiátrico grave que impidió su colaboración y uno por dificultades de expresión y comprensión idiomática.

### **3.3. Instrumentos**

A continuación, se detallará la batería de instrumentos que cumplimentaron todos los participantes y sus familiares. A través de éstos, se pudieron medir e interpretar cada una de las variables que forman este estudio y llevar a cabo los objetivos planteados.

Kiddie-Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia-Present and Lifetime (*K-SADS-PL*) (Kaufman et al., 1997). Entrevista diagnóstica semiestructurada, validada al español por Ulloa et al. (2006), a través de la cual, realizamos el diagnóstico clínico de TCA, evaluamos la historia clínica y la coexistencia de comorbilidad psiquiátrica. Incluye diagnósticos del eje I de acuerdo a los criterios del DSM-IV (APA, 1994). Está compuesta por una entrevista introductoria, una de cribado y suplementos diagnósticos (Ulloa et al., 2006). Actualmente, a nuestro conocimiento, no hay una entrevista diagnóstica validada al español para el DSM-5 (APA, 2013) y en este estudio, los diagnósticos de ARFID y de AN se llevaron a cabo mediante dicho manual, desarrollando preguntas complementarias a la K-SADS-PL. Para el ARFID, diseñando una entrevista específica (ver apéndice A) y para la AN, adaptando verbalmente las preguntas a los nuevos criterios diagnósticos. De forma similar, este proceso se ha llevado a cabo en un estudio reciente con este mismo instrumento (Izquierdo et al., 2019). La K-SADS-PL se administraba conjuntamente a los pacientes y sus familias.

Children's Global Assessment Scale (*CGAS*) (Shaffer et al., 1983). Forma parte de la K-SADS-PL. Dividida en grupos de diez unidades que describen y evalúan el nivel de funcionamiento general del individuo (personal, familiar, social y escolar) en un rango del 1 al 100 y puntuaciones mayores de 70, reflejan un funcionamiento adecuado.

Cuestionario de datos sociodemográficos diseñado para la presente investigación. Organizado en dos apartados: datos sobre los participantes y datos correspondientes a los padres y madres. Lo cumplimentaban los progenitores al inicio de la evaluación (se puede consultar en el apéndice B).

Social Communication Questionnaire (*SCQ*) (Rutter, Bailey, & Lord, 2003). Cuestionario de cribado, evalúa la presencia de TEA en población infantojuvenil y adulta y lo cumplimentaban los familiares. Estructurado en dos formas: la forma A relacionada

con la vida pasada del sujeto y la B, basada en sus últimos tres meses. Una puntuación de corte superior a quince, indica presencia de dicha sintomatología. El índice de fiabilidad obtenido mediante el *Alpha de Cronbach* fue de 0.90.

*Symptom Checklist-90 (SCL-90)* (Derogatis & Cleary, 1977; Derogatis, Lipman, & Covi, 1973; González de Rivera et al., 1989). Cuestionario autoaplicado compuesto de noventa ítems que evalúa síntomas psicológicos y psicopatológicos en población adulta. Los agrupa en nueve escalas sintomáticas (somatización, obsesión-compulsión, ansiedad, sensibilidad interpersonal, depresión, hostilidad, ansiedad fóbica, ideación paranoide y psicoticismo) y en tres índices de malestar psicológico. El índice de fiabilidad obtenido mediante el *Alpha de Cronbach* fue de 0.98.

*Cuestionario de estilo educativo percibido por progenitores (EMBU-P)* (Castro, de Pablo, Gómez, Arrindell, & Toro, 1997). Se utilizó la versión de Castro et al. (1997) diseñada en base al EMBU original (Arrindell, Emmelkamp, Britman, & Monsma, 1983; Arrindell et al., 1986; Arrindell & Van der Ende, 1984; Perris, Jacobsson, Lindström, von Knorring, & Perris, 1980). Cuestionario de autoinforme, evalúa estilo educativo percibido por cada progenitor hacia sus hijos en el momento actual. Formado por 52 ítems que se organizan en cuatro escalas: rechazo, sobreprotección, calidez emocional y favoritismo. Los índices de fiabilidad obtenidos mediante el *Alpha de Cronbach* oscilaron entre 0.66 y 0.84 en función de cada escala.

*Parental Bonding Instrument (PBI)* (Parker et al., 1979). Adaptado a población barcelonesa por Ballús (1991). Formado por 25 ítems, evalúa la contribución parental en los vínculos padre-hijo/a y madre-hijo/a en base a dos constructos: protección y cuidado. Detalla cuatro tipos de vínculo parental: óptimo, ausente o débil, controlado o forzado y sin afecto. El índice de fiabilidad obtenido mediante el *Alpha de Cronbach* fue de 0.73 para la escala de cuidados y de 0.87 para la escala de protección.

Child Behavior Check-List (CBCL) (Achenbach & Rescorla, 2001; Sardinero, Pedreira, & Muñiz, 1997). Cuestionario autoaplicado. A partir de la información de los padres, evalúa problemas de conducta y emocionales en población infanto-juvenil (rango de edad 6-18 años). Está compuesto de 120 ítems organizados en 8 escalas: introversión, ansiedad/depresión, somatización, problemas sociales, problemas de atención, problemas de pensamiento, conducta de romper normas y conducta agresiva. En función de la escala, los índices de fiabilidad (valores *Alpha de Cronbach*) oscilaron entre 0.72 y 0.91.

Children's Depression Inventory (CDI) (del Barrio, Moreno, & López, 1999; Kovacs, 1992). Instrumento de autoinforme, compuesto de veintisiete ítems formulados en tres frases que expresan diferentes grados de sintomatología depresiva en población infanto-juvenil. Proporciona una puntuación total de depresión en dos escalas: autoestima negativa y disforia. El índice de fiabilidad obtenido mediante el *Alpha de Cronbach* fue de 0.80, presentando una buena consistencia interna.

State-Trait Anxiety Inventory for Children's (STAIC) (Spielberger, Edwards, Lushene, Montuori, & Platzek, 1973, 1990). Cuestionario autoaplicado, formado por 20 ítems. Analiza la Ansiedad-Estado (A-E) que evalúa sentimientos de aprensión, tensión y preocupación que varían de intensidad con el tiempo y la Ansiedad-Rasgo (A-R), que informa de la predisposición de la persona a mostrar estadios de ansiedad. El índice de fiabilidad, calculado mediante la fórmula *KR-20 de Kuder-Richardson*, osciló entre 0.87 y 0.93.

Fear Survey Schedule for Children-Revised (FSSC-R) (Ollendick, 1983), Chorot y Sandín la adaptaron y validaron al español (Sandín, 1997). Cuestionario de autoinforme, compuesto de 80 ítems, calcula la prevalencia y la intensidad de los miedos en población infantojuvenil. Ofrece puntuaciones globales y puntuaciones individuales, organizadas en cinco dimensiones: miedos a los peligros físicos y muerte, miedos al fracaso y a la crítica,

miedos a pequeños animales, miedos a lo desconocido y miedos médicos. En función de cada escala, los índices de fiabilidad obtenidos mediante el *Alpha de Cronbach* oscilaron entre 0.63 (consistencia interna aceptable) y 0.94 (consistencia interna excelente).

*KIDSCREEN, calidad de vida relacionada con la salud en niños y adolescentes* (Aymerich et al., 2005; Ravens-Sieberer et al., 2005). Desarrollado simultáneamente en varios países, evalúa calidad de vida relacionada con la salud en población infantojuvenil. En dicha investigación, se utilizó la versión KIDSCREEN-27 compuesta por veintisiete ítems organizados en cinco escalas: bienestar físico, estado de ánimo/sentimientos, vida familiar/tiempo libre, amigos y colegio. El índice de fiabilidad *Alpha de Cronbach* fue >70. Para el uso legal de este instrumento, se cumplimentó un formulario de colaboración con la “European KIDSCREEN Group”.

*Batería de Socialización-3 (BAS-3)* (Silva & Martorell, 1989). Instrumento de autoinforme, permite obtener un perfil de socialización y una apreciación global del grado de adaptación social en población infanto-juvenil. Evalúa las siguientes dimensiones de la conducta social: consideración con los demás, autocontrol en las relaciones sociales, retraimiento social, ansiedad social, timidez, liderazgo y sinceridad. Para cada una de las escalas, los índices de fiabilidad obtenidos mediante el *Alpha de Cronbach* oscilaron entre 0.60 (consistencia interna aceptable) y 0.82 (buena consistencia interna).

*Wechsler Intelligence Scale for Children 4th edition (WISC-IV)* (Wechsler, 2003). Escala de inteligencia que ofrece información sobre la Capacidad Intelectual (CI) general del niño y del adolescente y sobre su funcionamiento en las principales áreas específicas de la inteligencia: Comprensión Verbal (CV), Razonamiento Perceptivo (RP), memoria de trabajo y velocidad de procesamiento. Se calculó una estimación del CI administrando cuatro subescalas del total de la prueba (semejanzas y vocabulario del área de CV; cubos y matrices del área de RP) (Crawford, Anderson, Rankin, & MacDonald, 2010).

### 3.4. Procedimiento

El proyecto de la presente tesis fue aprobado por la comisión de doctorado de la *Facultat de Psicologia, Ciències de l'Educació i de l'Esport (FPCEE) Blanquerna* de la *Universitat Ramon Llull (URL)* y el comité ético de investigación clínica del HSJD de Barcelona en julio del 2015, para garantizar su idoneidad ética-metodológica, pertinencia e interés científico.

Para la recogida de datos de los dos grupos clínicos (AN y ARFID), se realizó una reunión informativa con el equipo de profesionales que forma la unidad de TCA del HSJD (psiquiatría, psicología y enfermería) para informarles del estudio. Fueron los encargados de reclutar la muestra clínica (nuevos casos consecutivos) que posteriormente, derivaban a una evaluadora externa entrenada (doctoranda).

El GNC fue seleccionado de forma intencional entre población general cercana al equipo investigador adjunto, tratando de garantizar la máxima homogeneidad en la edad y el género respecto a los dos grupos clínicos.

A todos los participantes y familias que cumplían con los criterios del estudio, se les realizó una propuesta de participación a nivel individual con la descripción del mismo, los objetivos y el procedimiento a seguir. En el caso de acceder a participar, debían firmar el consentimiento informado, procedimiento mediante el cual se garantiza que los sujetos han comprendido la información obtenida y expresan su intención de participar de forma voluntaria (ver apéndice C). Los mayores de doce años firmaban este documento junto a sus familias y de los menores de doce años, obtuvimos el asentimiento verbal.

Para garantizar la confidencialidad y su anonimato, a todos los participantes se les asignaba un código de identificación en función del orden de evaluación.

Una vez finalizado este proceso, se procedía a la entrega del material que consistía en un sobre corporativo del HSJD de Barcelona que incluía la hoja informativa del estudio

(apéndice D) y tres ejemplares del consentimiento informado (uno para las familias, otro que se guardaba en la historia clínica de cada sujeto y el último, lo archivaba el evaluador). Además, contenía la batería instrumental con la entrevista diagnóstica conjunta K-SADS-PL, el bloque de niños y adolescentes con los cuestionarios CDI, STAIC, KIDSCREEN-27, FSSC-R, BAS-3, PBI y WISC-IV; y, por último, el bloque de familias que incluía los cuestionarios de datos sociodemográficos y los instrumentos de medida SCL-90, EMBU-P, PBI, CBCL y SCQ para cada madre y padre.

Se iniciaba la evaluación con la administración conjunta (paciente y familia) de la entrevista diagnóstica semiestructurada K-SDAS-PL. Al finalizarla, desde enfermería se registraban los parámetros antropométricos de peso, talla, IMC y percentil del IMC y las variables clínicas: tensión arterial sistólica y diastólica, frecuencia cardíaca, temperatura corporal y perímetro abdominal. Posteriormente, los grupos de niños y adolescentes y de progenitores por separado, cumplimentaban sus bloques de instrumentos.

Los niños y adolescentes fueron evaluados presencialmente en la unidad de TCA del HSJD por una evaluadora externa entrenada, para garantizar que la administración de los instrumentos se realizara de forma homogénea.

Los cuestionarios del bloque de familias eran de autoinforme y podían decidir si entregarlo debidamente cumplimentado el mismo día de la evaluación presencial de su hijo/a o cumplimentarlo fuera del hospital y entregarlo en otro momento acordado con la evaluadora.

La recogida de datos se llevó a cabo entre octubre del 2015 y mayo del 2018 y a lo largo de este periodo, se realizó la corrección gradual de los instrumentos, teniendo en cuenta las normas de corrección y de interpretación de los cuestionarios estandarizados.

Posteriormente, los datos recogidos se fueron introduciendo de forma progresiva y manual en el IBM *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)* v24, registrados

mediante el código adjudicado por orden de evaluación. Por último, se procedió al análisis estadístico de la totalidad de los datos recopilados.

### 3.5. Variables del estudio

La variable independiente del estudio es la presencia (ARFID o AN) o la ausencia (GNC) de diagnóstico clínico en los sujetos seleccionados. Las variables dependientes de la investigación se detallarán a continuación (ver Tabla 8), dividiendo la muestra de niños y adolescentes y la de familias.

Tabla 8

*Variables dependientes de la muestra de niños y adolescentes y la muestra de familiares*

Variables dependientes	
Muestra de niños y adolescentes	Muestra de familiares (madres y/o padres)
<i>Sociodemográficas</i>	<i>Sociodemográficas</i>
Edad/género	Edad/género
Lugar de nacimiento	Lugar de nacimiento
Nivel de estudios	Estado civil/unidad familiar/entorno de residencia
	Nivel de estudios
	Situación laboral/nivel socioeconómico
<i>Antecedentes, exploración física y diagnóstico</i>	<i>Antecedentes</i>
Recurso de procedencia	Antecedentes psiquiátricos familiares
Unidad y recurso de tratamiento (CCEE/HP/HT)	
Edad y tiempo de inicio de la enfermedad	
Tratamiento farmacológico	
Antecedentes médicos/psiquiátricos	
Comorbilidad médica y/o psiquiátrica	
Intervenciones quirúrgicas/hospitalizaciones	
Rendimiento académico	
Peso máximo/peso mínimo/peso actual	
Talla/IMC/percentil del IMC actuales	
Temperatura corporal/frecuencia cardíaca	
Tensión arterial sistólica y diastólica	
Amenorrea	
Conducta alimentaria/subtipo de ARFID	
<i>Clínicas y neuropsicológicas</i>	<i>Clínicas</i>
Depresión	Síntomas psicológicos y psicopatológicos
Ansiedad	Estilo educativo
Miedos	Vínculo parental
Socialización	
Calidad de vida	
Funcionamiento general	
Conducta	
Capacidad intelectual estimada	

IMC, Índice de Masa Corporal; CCEE, Consultas Externas; HP, Hospitalización Parcial; HT, Hospitalización Total; ARFID, Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder.

### 3.6. Análisis de datos

El análisis estadístico de los datos se llevó a cabo en dos fases:

En primer lugar, se realizó un análisis descriptivo de las diferentes variables que componen la investigación con el objetivo de describir las características de la muestra.

En la segunda fase, se utilizó análisis de varianza (ANOVA) para comparar las medias obtenidas en las variables de escala y posteriormente, se realizaron comparaciones múltiples mediante la corrección de Bonferroni para evaluar las diferencias significativas entre grupos. También se utilizó la prueba chi-cuadrado ( $X^2$ ) para comparar las diferencias obtenidas en las variables nominales y ordinales entre grupos. Finalmente, se llevó a cabo un análisis multivariante (MANCOVA), incluyendo en el modelo aquellas variables que pudieran resultar extrañas en la comparativa de grupos según diagnóstico (ARFID, AN o GNC). Se realizaron los contrastes multivariados, las pruebas de los efectos intersujetos y las estimaciones de los parámetros con niveles de potencia.

El nivel de significación estadística se estableció en  $p < .05$ . El análisis estadístico se realizó mediante el IBM *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)* v24.0.



# **RESULTADOS**

## *Análisis descriptivo*

### *Análisis descriptivo de la muestra de niños y adolescentes*

*Grupo ARFID*

*Grupo AN*

*Grupo no clínico (GNC)*

### *Análisis descriptivo de la muestra de familiares*

*Grupo ARFID*

*Grupo AN*

*Grupo no clínico (GNC)*

## *Análisis comparativo*

### *Análisis comparativo de la muestra de niños y adolescentes*

*Variables sociodemográficas y antecedentes*

*Variables antropométricas y de exploración física*

*Variables clínicas y neuropsicológicas*

### *Análisis comparativo de la muestra de familiares*

*Variables clínicas*

*Análisis multivariante (MANCOVA)*



## **4. Resultados**

En el presente apartado, en base al orden establecido en los objetivos del estudio, se expondrán los diferentes resultados obtenidos del trabajo de campo.

En primer lugar, se expondrán los resultados del análisis descriptivo de la muestra. Seguidamente, se detallarán los resultados obtenidos en el análisis comparativo de los tres grupos de niños y adolescentes, y los grupos de progenitores. Para finalizar, se expondrán los resultados del análisis multivariante.

### **4.1. Análisis descriptivo**

Participaron un total de 283 sujetos, 99 niños y adolescentes junto a sus familias, 96 madres y 88 padres.

Los datos que se exponen a continuación, fueron registrados durante la aplicación de la entrevista diagnóstica K-SADS-PL (se administraba conjuntamente a los pacientes y sus familias) y mediante el cuestionario de datos sociodemográficos diseñado para esta investigación que cumplimentaban los progenitores (consultar en el apéndice B).

Los resultados se dividirán en dos apartados: análisis descriptivo de la muestra de niños y adolescentes, y análisis descriptivo de la muestra de familiares.

### **4.2. Análisis descriptivo de la muestra de niños y adolescentes**

La Tabla 9 resume las principales variables que incluye el análisis descriptivo de la muestra de niños y adolescentes (ARFID, AN y GNC).

#### **4.2.1. Grupo ARFID**

Fueron evaluados 33 pacientes diagnosticados de ARFID, 20 (60.6%) fueron del género masculino y 13 (39.4%) del género femenino. La edad media del grupo fue de 10 años (DE: 2.37; rango de edad 7-17 años).

Diecinueve (57.6%) eran estudiantes de Educación Primaria (EP), trece (39.4%) de Educación Secundaria Obligatoria (ESO) y uno (3%) de Bachillerato. Doce (36.4%)

refirieron dificultades de rendimiento académico, variable registrada durante la entrevista K-SDADS-PL y que categorizamos en tres niveles diferentes en función de la media: alto (notable-excelente), medio (bien-suficiente) y bajo (insuficiente).

Diecisiete pacientes (51.5%) fueron derivados a la unidad de TCA del servicio de gastroenterología, ocho (24.2%) del Área Básica de Salud (ABS), seis (18.3%) del Centro de Salud Mental Infanto-Juvenil (CSMIJ), uno (3.0%) del servicio de neurología y uno más (3.0%), del servicio de inmunología.

La media de peso fue de 34.3Kg (DE: 12.73), la media del IMC fue de 16.78Kg/m<sup>2</sup> (DE: 3.29) y la del percentil del IMC de 36 (DE: 37.21). La media de edad de inicio de la enfermedad fue de 6 años (DE: 3.53; rango de edad 2-13 años) y la media del tiempo de inicio del ARFID de 61 meses (DE: 51.36).

Catorce pacientes (42.4%) con ARFID refirieron antecedentes médicos: 4 (28.8%) alergias alimentarias, 3 (21.4%) enfermedades de tipo respiratorio, 3 (21.4%) cardiopatías congénitas, 2 (14.2%) enfermedades gastrointestinales, 1 (7.1%) epilepsia y 1 más (7.1%) desorden tiroideo. Nueve (27.3%) tenían prescrito tratamiento farmacológico, 12 (36.4%) habían requerido hospitalizaciones pediátricas y 5 (15.2%) intervenciones quirúrgicas.

Dieciséis pacientes (48.5%) informaron de antecedentes psiquiátricos personales. Mediante la entrevista diagnóstica K-SADS-PL, veintisiete (81.8%) presentaron alguna comorbilidad psiquiátrica: dieciséis (59.3%) trastornos de ansiedad, siete (25.9%) TDAH, dos (7.4%) TOC y dos (7.4%) trastorno de conducta.

Para garantizar la rigurosidad diagnóstica del ARFID, realizamos unas preguntas complementarias en base a los criterios diagnósticos del DSM-5 (APA, 2013) para dicho trastorno y se incorporaron a la entrevista K-SADS-PL (ver apéndice A). A continuación, se describirán los datos que se registraron del grupo con ARFID.

Veintitrés de los niños y adolescentes con ARFID (69.7%) presentaban un patrón alimentario selectivo desde la infancia. Veintinueve (87.9%) refirieron falta de interés en la comida o por comer, veintiséis (78.8%) evitación por las características organolépticas de los alimentos y trece (39.4%) miedo a las consecuencias aversivas relacionadas con la comida (por haber experimentado algún episodio de ahogo y/o atragantamiento).

Ocho (24.2%) informaron tener dificultades para ingerir alimentos sólidos y once (33.3%) explicaron preocupación por las consecuencias repulsivas de la acción de comer. Catorce pacientes (42.4%) refirieron síntomas gastrointestinales recurrentes y tres (9.1%) vómitos frecuentes después de las ingestas. Veinte (60.6%) se encontraban por debajo de su peso y talla y doce (36.4%) tenían prescritos suplementos nutritivos orales.

Dieciséis pacientes (48.5%) junto a sus progenitores, consideraron que el trastorno alimentario les estaba interfiriendo en su funcionamiento psicosocial.

#### **4.2.2. Grupo AN**

Se evaluaron un total de 33 pacientes diagnosticados de AN, 31 (93.9%) fueron del género femenino y 2 (6.1%) del género masculino. La edad media fue de 14 años (DE: 1.82; rango de edad 11-17 años). Dos (6.1%) eran estudiantes de EP, veintitrés (69.7%) de ESO y ocho (24.2%) de Bachillerato. El 63.6% tenía un rendimiento académico alto.

Veinte pacientes (60.6%) acudieron a la unidad de TCA derivados del ABS, ocho (24.2%) del CSMIJ y cinco (15.2%) del servicio de urgencias del HSJD.

La media de peso fue de 40.1Kg (DE: 7.10), la media del IMC fue de 15.75Kg/m<sup>2</sup> (DE: 1.68) y la del percentil del IMC de 6 (DE: 7.52). La media de edad del inicio de la enfermedad fue de 13 años (DE: 1.78; rango de edad 11-17 años) y la del tiempo de inicio del TCA de 8 meses (DE: 5.98). Veintiuna de las pacientes (70%) presentaban amenorrea secundaria. Catorce (42.4%) tenían prescrito tratamiento psicofarmacológico.

Cuatro (12.1%) refirieron antecedentes médicos (cardiopatía, asma, hipotensión y hernia inguinal), tres (24.2%) habían requerido de algún tipo de intervención quirúrgica y seis (18.2%) de alguna hospitalización pediátrica. Ocho pacientes (24.2%) informaron de antecedentes psiquiátricos/psicológicos personales. Con la K-SADS-PL, once (33.3%) presentaron alguna comorbilidad psiquiátrica: seis (54.5%) trastornos depresivos y cinco (45.5%) trastornos de ansiedad.

#### **4.2.3. Grupo no clínico (GNC)**

Evaluamos un total de 33 sujetos entre población general infanto-juvenil con una edad media de 11 años (DE: 2.46; rango de edad 7-17 años), dieciocho (54.5%) del género masculino y quince (45.5%) del género femenino. Veintidós (66.7%) eran estudiantes de EP, diez (30.3%) de ESO y uno (3%) de Bachillerato. El 97% presentaban un rendimiento académico medio.

La media de peso fue de 42.1Kg (DE: 12.45), la media del IMC de 18.93Kg/m<sup>2</sup> (DE: 3.03) y la del percentil del IMC de 65 (DE: 24.14).

Cuatro (12.1%) presentaban antecedentes médicos (asma o alergias alimentarias) y ninguno antecedentes psiquiátricos/psicológicos personales. En la administración de la entrevista diagnóstica K-SADS-PL, el GNC no mostró ninguna patología psiquiátrica.

Tabla 9

*Análisis descriptivo de las variables sociodemográficas, antropométricas y antecedentes en los tres grupos (ARFID, AN y GNC) de niños y adolescentes*

<b>VARIABLES</b>	<b>ARFID (n=33)</b>	<b>AN (n=33)</b>	<b>GNC (n=33)</b>
<b>Género (n/%)</b>			
<i>Masculino</i>	20 (60.6%)	2 (6.1%)	18 (54.5%)
<i>Femenino</i>	13 (39.4%)	31 (93.9%)	15 (45.5%)
<b>Edad actual, años (media/DE)</b>	10.85 (2.37)	14.15 (1.82)	11.15 (2.46)
<b>Lugar de nacimiento (n/%)</b>			
<i>España</i>	33 (100%)	30 (90.9%)	33 (100%)
<i>Extranjero</i>	0 (0%)	3 (9.1%)	0 (0%)
<b>Ocupación actual (n/%)</b>			
<i>Estudiante EP</i>	19 (57.6%)	2 (6.1%)	22 (66.7%)
<i>Estudiante de ESO</i>	13 (39.4%)	23 (69.7%)	10 (30.3%)
<i>Estudiante de Bachillerato</i>	1 (3%)	8 (24.2%)	1 (3%)
<b>Rendimiento académico (n/%)</b>			
<i>Alto</i>	0 (0%)	21 (63.6%)	1 (3%)
<i>Medio</i>	21 (63.3%)	12 (36.4%)	32 (97%)
<i>Bajo</i>	12 (36.4%)	0 (0%)	0 (0%)
<b>Recurso de procedencia (n/%)</b>			
<i>CSMIJ</i>	6 (18.3%)	8 (24.2%)	-
<i>ABS</i>	8 (24.2%)	20 (60.6%)	-
<i>Otros servicios</i>	19 (57.5%)	5 (15.2%)	-
<b>Recurso de evaluación y tratamiento (n/%)</b>			
<i>CCEE</i>	29 (87.9%)	3 (9.1%)	33 (100%)
<i>HP/HT</i>	4 (12.1%)	30 (90.9%)	0 (0%)
<b>Edad inicio enfermedad, años (media/DE)</b>	6.24 (3.53)	13.73 (2.44)	-
<b>Tiempo inicio enfermedad, meses (media/DE)</b>	61.21 (51.36)	8.45 (5.98)	-
<b>Peso actual, Kg (media/DE)</b>	34.30 (12.73)	40.15 (7.10)	42.19 (12.45)
<b>IMC, Kg/m<sup>2</sup> (media/DE)</b>	16.78 (3.29)	15.75 (1.68)	18.93 (3.03)
<b>Pc del IMC (media/DE)</b>	36.73 (37.21)	6.24 (7.52)	65.55 (24.14)
<b>Peso máximo, Kg (media/DE)</b>	36.07 (13.35)	51.24 (11.17)	42.02 (12.41)
<b>Peso mínimo, Kg (media/DE)</b>	31.85 (12.48)	39.74 (6.97)	40.09 (10.96)
<b>Antecedentes médicos personales (n/%)</b>	14 (42.4%)	4 (12.1%)	4 (12.1%)
<b>Antecedentes psiquiátricos personales (n/%)</b>	16 (48.5%)	8 (24.2%)	2 (6.1%)
<b>Comorbilidad psiquiátrica (n/%)</b>	27 (81.8%)	11 (33.3%)	0 (0%)

ARFID, Avoidant Restrictive Food Intake Disorder; AN, Anorexia Nerviosa; GNC, Grupo No Clínico; DE, Desviación Estándar; EP, Educación Primaria; ESO, Educación Secundaria Obligatoria; CSMIJ, Centro de Salud Mental Infanto-Juvenil; ABS, Área Básica de Salud; CCEE, Consultas Externas; HP, Hospitalización Parcial; HT, Hospitalización Total; IMC, Índice de Masa Corporal; Pc, Percentil; Kg, Kilogramos; m<sup>2</sup>, metro cuadrado.

### 4.3. Análisis descriptivo de la muestra de familiares

La Tabla 10 resume las principales variables que incluye el análisis descriptivo de la muestra familiares (padre y/o madre) de los tres grupos (ARFID, AN y GNC).

#### 4.3.1. Grupo ARFID

Participaron un total de 61 familiares (32 madres y 29 padres).

La edad media de las madres fue de 42 años (DE: 5.29; rango de edad 31-55 años), veintiséis (81.3%) estaban casadas y veintinueve (90.6%) convivían con su pareja e hijos.

Nivel de estudios finalizado: diez (31.2%) EP, nueve (28.1%) ESO o Bachillerato, otras nueve (28.1%) Formación Profesional (FP) y cuatro (12.6%) estudios universitarios. Veinticuatro (75%) presentaban una situación laboral estable y catorce (43.8%) un nivel socioeconómico medio.

La edad media de los padres fue de 44 años (DE: 4.81; rango de edad 33-55 años), veinticuatro (82.8%) estaban casados y veintisiete (93.2%) vivían con su pareja e hijos.

Nivel de estudios finalizado: nueve (31%) EP, ocho (27.6%) ESO o Bachillerato, ocho (27.6%) FP y cuatro (13.8%) estudios universitarios. Veinticinco (89.6%) refirieron una situación laboral estable y dieciocho (62.1%) un nivel socioeconómico medio.

El 36.4% de los progenitores refirieron antecedentes psiquiátricos familiares.

#### 4.3.2. Grupo AN

Participaron un total de 62 familiares (32 madres y 30 padres).

La edad media de las madres fue de 47 años (DE: 4.16; rango de edad 39-57 años), veintiocho (87.5%) estaban casadas y veintinueve (90.6%) vivían con su pareja e hijos.

Nivel de estudios finalizado: tres (9.4%) EP, seis (18.8%) ESO/Bachillerato, doce (37.5%) FP y once (34.3%) estudios universitarios. Veintiséis (81.3%) informaron de una situación laboral estable y veintiuna (28.2%) de un nivel socioeconómico medio.

La edad media de los padres fue de 49 años (DE: 4.53; rango de edad 41-61 años).

Veintisiete (90%) estaban casados y veintiocho (93.3%) convivían con su pareja e hijos.

Nivel de estudios finalizado: cuatro (13.3%) EP, cinco (16.7%) ESO/Bachillerato, once (36.7%) FP y diez (33.3%) estudios universitarios. Veintiocho (93.3%) presentaban una situación laboral estable y veintiuno (70%) tenían un nivel socioeconómico medio.

Dieciséis familias (48.5%) refirieron antecedentes psiquiátricos familiares.

#### **4.3.3. Grupo no clínico (GNC)**

Participaron un total de 61 familiares (32 madres y 29 padres).

La edad media de las madres fue de 45 años (DE: 2.92; rango de edad 41-52 años).

Treinta (93.7%) estaban casadas y convivían con su pareja e hijos.

Nivel de estudios finalizado: tres (9.4%) EP, cuatro (12.5%) ESO o Bachillerato, seis (18.7%) FP y dieciocho (59.4%) estudios universitarios. Treinta y una (96.9%) tenían una situación laboral estable y veintidós (68.8%) un nivel socioeconómico medio.

La edad media de los padres fue de 45 años (DE: 4.03; rango de edad 33-56 años).

Veintiocho (84.8%) estaban casados y convivían con su pareja e hijos.

Nivel de estudios finalizado: cuatro (13.8%) EP, ocho (27.6%) ESO/Bachillerato, ocho (27.6%) FP y nueve (31%) estudios universitarios. Veintisiete (93.1%) presentaban una situación laboral estable y veintitrés (79.3%) un nivel socioeconómico medio-alto.

Cinco familias (15.2%) refirieron antecedentes familiares psiquiátricos.

Tabla 10

*Análisis descriptivo de las variables sociodemográficas y antecedentes en los tres grupos (ARFID, AN y GNC) de familiares (padres/madres)*

Variables	ARFID		AN		GNC	
	Madres (n=32)	Padres (n=29)	Madres (n=32)	Padres (n=30)	Madres (n=32)	Padres (n=29)
<b>Edad, años (media/DE)</b>	42.41 (5.29)	44.69 (4.81)	47.63 (4.16)	49.50 (4.53)	45.09 (2.92)	45.52 (4.03)
<b>Lugar de nacimiento (n/%)</b>						
<i>España</i>	30 (93.7%)	26 (89.7%)	29 (90.6%)	27 (90%)	31 (96.9%)	29 (100%)
<i>Extranjero</i>	2 (6.3%)	3 (10.3%)	3 (9.4%)	3 (10%)	1 (3.1%)	0 (0%)
<b>Estado civil (n/%)</b>						
<i>Soltero/a</i>	3 (9.4%)	3 (10.3%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
<i>Casado/a</i>	26 (81.3%)	24 (82.8%)	28 (87.5%)	27 (90%)	30 (93.7%)	28 (96.6%)
<i>Separado/a-divorciado/a</i>	3 (9.4%)	2 (6.9%)	3 (9.4%)	2 (6.7%)	2 (6.3%)	1 (3.4%)
<i>Viudo/a</i>	0 (0%)	0 (0%)	1 (3.1%)	1 (3.3%)	0 (0%)	0 (0%)
<b>Convivencia actual (n/%)</b>						
<i>Pareja + hijos</i>	29 (90.6%)	27 (93.2%)	29 (90.6%)	28 (93.3%)	30 (93.7%)	28 (96.6%)
<i>Hijos</i>	2 (6.3%)	1 (3.4%)	2 (6.3%)	2 (6.7%)	2 (6.3%)	1 (3.4%)
<i>Otros familiares/situaciones</i>	1 (3.1%)	1 (3.4%)	1 (3.1%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
<b>Entorno en el que reside (n/%)</b>						
<i>Pueblo o ciudad pequeña</i>	25 (78.1%)	22 (75.9%)	25 (78.1%)	22 (73.3%)	14 (43.8%)	15 (51.7%)
<i>Gran ciudad</i>	7 (21.9%)	7 (24.1%)	7 (21.9%)	8 (26.7%)	18 (56.2%)	14 (48.3%)
<b>Estabilidad situación laboral (n/%)</b>						
<i>Si</i>	24 (75%)	26 (89.6%)	26 (81.3%)	28 (93.3%)	31 (96.9%)	27 (93.1%)
<i>No</i>	8 (25%)	3 (10.4%)	6 (18.7%)	2 (6.7%)	1 (3.1%)	2 (6.9%)
<b>Nivel socioeconómico (n/%)</b>						
<i>Bajo</i>	14 (43.8%)	8 (27.5%)	9 (28.2%)	4 (13.3%)	2 (6.2%)	6 (20.7%)
<i>Medio</i>	14 (43.8%)	18 (62.1%)	21 (65.6%)	21 (70%)	22 (68.8%)	11 (37.9%)
<i>Alto</i>	4 (12.5%)	3 (10.4%)	2 (6.2%)	5 (16.7%)	8 (25%)	12 (41.4%)
<b>Antecedentes familiares psiquiátricos (n/%)</b>	12 (36.4%)		16 (48.5%)		5 (15.2%)	

ARFID, Avoidant Restrictive Food Intake Disorder; AN, Anorexia Nerviosa; GNC, Grupo No Clínico; DE, Desviación Estándar.

#### 4.4. Análisis comparativo

A continuación, partiendo de las hipótesis planteadas en la presente investigación, se detallarán los resultados obtenidos en el análisis comparativo.

Los resultados se dividirán en dos subapartados: análisis comparativo en los tres grupos (ARFID, AN y GNC) de niños y adolescentes de las variables sociodemográficas, antropométricas, de exploración física, clínicas y neuropsicológicas; y posteriormente, el análisis de las variables clínicas en la muestra de familiares (padres y/o madres).

#### 4.5. Análisis comparativo de la muestra de niños y adolescentes

##### 4.5.1. Variables sociodemográficas y antecedentes

Entre grupos, se hallaron diferencias estadísticamente significativas en todas las variables sociodemográficas y antecedentes (ver Tabla 11).

Se hallaron diferencias estadísticamente significativas en la proporción de géneros entre los grupos clínicos, con un mayor porcentaje de hombres ( $n=20$ ; 60.6%) en el grupo ARFID respecto al grupo AN ( $n=2$ ; 6.1%). En el GNC, la proporción de géneros, estuvo equiparada a la de ambos grupos clínicos (54.5% hombres y 45.5% mujeres).

Los pacientes con ARFID fueron más jóvenes (edad media 10.85 años; DE: 2.37) que los pacientes con AN (edad media 14.15 años; DE: 1.82) y los sujetos del GNC (edad media 11.15 años; DE: 2.46). Con la corrección de Bonferroni, se observaron diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos clínicos ( $p=.000$ ) en dicha variable.

La edad media de inicio de la enfermedad del grupo de pacientes con ARFID fue significativamente inferior a la de los pacientes con AN, siendo para el grupo con ARFID de 6.24 años (DE: 3.5) y para el grupo AN de 13.73 años (DE: 2.44). El grupo con ARFID también informó de una media de tiempo de inicio del TCA mayor (61 meses; DE: 51.36) a la del grupo con AN (8 meses; DE: 5.98). En ambas variables, se observaron diferencias estadísticamente significativas ( $p=.000$ ) entre los dos grupos clínicos.

Hallando diferencias significativas entre grupos, el grupo con ARFID informó de más antecedentes médicos que el grupo con AN y el GNC ( $p=.003$ ) y, asimismo, también refirieron más antecedentes psiquiátricos/psicológicos personales ( $p=.000$ ).

Con la entrevista diagnóstica K-SADS-PL, se hallaron diferencias significativas en comorbilidad psiquiátrica entre grupos ( $p=.000$ ), presentando los pacientes con ARFID mayor patología psiquiátrica. Veintisiete pacientes (81.8%) del grupo ARFID presentaron comorbilidad psiquiátrica (59.3% trastornos de ansiedad, 25.9% TDAH, 7.4% trastornos de conducta y 7.4% TOC); y once pacientes (33.3%) del grupo con AN (54.5% trastornos depresivos y 45.5% trastornos de ansiedad).

Las familias del grupo AN informaron de más antecedentes psiquiátricos a nivel familiar ( $p=.015$ ) que las familias de los pacientes con ARFID y de los sujetos del GNC.

Tabla 11

*Análisis comparativo (ANOVA y Chi-cuadrado) de las variables sociodemográficas y antecedentes entre los tres grupos (ARFID, AN y GNC) de niños y adolescentes*

Variables	ARFID (n=33)	AN (n=33)	GNC (n=33)	Estadísticos	gl	p*
<b>Género (n/%)</b>				$\chi^2=15.94$	1	.000
<i>Masculino</i>	20 (60.6%)	2 (6.1%)	18 (54.5%)			
<i>Femenino</i>	13 (39.4%)	31 (93.9%)	15 (45.5%)			
<b>Edad actual, años (media/DE)</b>	10.85 (2.37)	14.15 (1.82)	11.15 (2.46)	$F=21.96$	2	.000 <sup>a,c</sup>
<b>Edad de inicio de la enfermedad, años (media/DE)</b>	6.24 (3.53)	13.73 (2.44)	-	$F=34.35$	1	.000 <sup>a</sup>
<b>Tiempo de inicio de la enfermedad, meses (media/DE)</b>	61.21 (51.36)	8.45 (5.98)	-	$F=34.35$	1	.000 <sup>a</sup>
<b>Antecedentes médicos (n/%)</b>	14 (42.4%)	4 (12.1%)	4 (12.1%)	$\chi^2=0.00$	1	.003
<b>Antecedentes personales psiquiátricos/psicológicos (n/%)</b>	16 (48.5%)	8 (24.2%)	2 (6.1%)	$\chi^2=2.78$	1	.000
<b>Comorbilidad psiquiátrica (n/%)</b>	27 (81.8%)	11 (33.3%)	0 (0%)	$\chi^2=7.67$	1	.006
<i>Trastornos de ansiedad</i>	16 (59.3%)	5 (45.5%)	-			
<i>Trastornos depresivos</i>	-	6 (54.5%)	-			
<i>TDAH</i>	7 (25.9%)	-	-			
<i>TOC</i>	2 (7.4%)	-	-			
<i>Trastornos de conducta</i>	2 (7.4%)	-	-			
<b>Antecedentes psiquiátricos familiares (n/%)</b>	12 (36.4%)	16 (48.5%)	5 (15.2%)	$\chi^2=8.16$	1	.004

ARFID, Avoidant Restrictive Food Intake Disorder; AN, Anorexia Nerviosa; GNC, Grupo No Clínico; gl, Grados de Libertad; DE, Desviación Estándar; TDAH, Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad; TOC, Trastorno Obsesivo-Compulsivo.

\*Nivel de significación establecido en  $p<0.05$

Diferencias entre grupos después de la corrección de Bonferroni con  $p<0.05$ :

<sup>a</sup>Diferencias entre ARFID-AN

<sup>b</sup>Diferencias entre ARFID-GNC

<sup>c</sup>Diferencias entre AN-GNC

#### 4.5.2. Variables antropométricas y de exploración física

En la Tabla 12 se incluyen los resultados del análisis comparativo de las variables antropométricas y de exploración física entre los tres grupos de niños y adolescentes.

Se hallaron diferencias significativas en las variables antropométricas (peso, IMC y percentil del IMC) entre grupos. La media del percentil del IMC del grupo de pacientes con AN, fue significativamente inferior ( $p=.000$ ) a la del grupo con ARFID y el GNC.

En la variable de exploración física frecuencia cardiaca, el grupo con AN obtuvo niveles significativamente inferiores ( $p=.002$ ) respecto al grupo con ARFID.

En la variable amenorrea se hallaron diferencias entre grupos ( $p=.013$ ), el 70% de las pacientes con AN presentaban dicho síntoma secundario al TCA.

Tabla 12

*Análisis comparativo (ANOVA y Chi-cuadrado) de las variables antropométricas y de exploración física entre los tres grupos (ARFID, AN y GNC) de niños y adolescentes*

Variables	ARFID	AN	GNC	Estad.	gl	p*
	(n=33)	(n=33)	(n=33)			
	media (DE)	media (DE)	media (DE)			
<b>Peso, Kg</b>	34.30 (12.73)	40.15 (7.10)	42.19 (12.45)	$F=4.51$	2	.013 <sup>b</sup>
<b>IMC, Kg/m<sup>2</sup></b>	16.78 (3.29)	15.75 (1.68)	18.93 (3.03)	$F=11.36$	2	.000 <sup>b,c</sup>
<b>Pc del IMC</b>	36.73 (37.21)	6.24 (7.52)	65.55 (24.14)	$F=43.00$	2	.000 <sup>a,b,c</sup>
<b>Peso máximo, Kg</b>	36.07 (13.35)	51.24 (11.17)	42.02 (12.41)	$F=12.65$	2	.000 <sup>a,c</sup>
<b>Peso mínimo, Kg</b>	31.85 (12.48)	39.74 (6.97)	40.09 (10.96)	$F=6.61$	2	.002 <sup>a,b</sup>
<b>TAS, mmHg</b>	102.85 (11.45)	99.12 (12.85)	100.18 (10.07)	$F=0.91$	2	.403
<b>TAD, mmHg</b>	65.06 (8.51)	66.55 (11.95)	65.52 (7.42)	$F=0.21$	2	.810
<b>FC, latidos/minuto</b>	84.24 (16.70)	71.70 (15.46)	79.97 (10.51)	$F=6.40$	2	.002 <sup>a</sup>
<b>Amenorrea (n/%)</b>	0 (0%)	21 (70%)	0 (0%)	$\chi^2=8.03$	1	.013

ARFID, Avoidant Restrictive Food Intake Disorder; AN, Anorexia Nerviosa; GNC, Grupo No Clínico; DE, Desviación Estándar; Estad; Estadísticos; gl, Grados de Libertad; Kg, Kilogramos; IMC, Índice de Masa Corporal; m<sup>2</sup>, metro<sup>2</sup>; Pc, Percentil; TAS/TAD, Tensión Arterial Sistólica/Diastólica; mmHg, milímetros de mercurio; FC, Frecuencia Cardiaca.

\*Nivel de significación establecido en  $p<0.05$

Diferencias entre grupos después de la corrección de Bonferroni con  $p<0.05$ :

<sup>a</sup>Diferencias entre ARFID-AN

<sup>b</sup>Diferencias entre ARFID-GNC

<sup>c</sup>Diferencias entre AN-GNC

#### 4.5.3. Variables clínicas y neuropsicológicas

La Tabla 13 incluye los resultados obtenidos en el análisis comparativo, mediante ANOVA, de las variables depresión, ansiedad y miedos, evaluadas en los grupos de niños y adolescentes con los instrumentos CDI, STAIC y FSSC-R.

Las diferencias entre grupos en depresión fueron significativas ( $p=.000$ ), el grupo de pacientes con AN obtuvo una puntuación media total más alta en el cuestionario CDI que el grupo ARFID y el GNC, significando una mayor presencia de síntomas depresivos en este grupo de pacientes.

El CDI incluye las subescalas de *disforia* y *autoestima*. El grupo con AN, obtuvo puntuaciones más elevadas ( $p=.000$ ) en *disforia* respecto a los otros dos grupos. En la de *autoestima*, no se hallaron diferencias significativas entre los dos grupos clínicos (ARFID y AN) mediante la corrección de Bonferroni, obteniendo puntuaciones medias indicativas de autoestima negativa.

En relación a los niveles de ansiedad evaluados con el cuestionario STAIC, fue el grupo AN el que obtuvo puntuaciones más altas en las subescalas de *Ansiedad-Estado* y de *Ansiedad-Rasgo*, hallando diferencias significativas entre grupos ( $p=.000$ ).

En la puntuación media total del FSSC-R, el grupo con ARFID obtuvo diferencias estadísticamente significativas ( $p=.000$ ) respecto al grupo con AN y el GNC, indicativas de una elevada presencia de miedos en los pacientes con ARFID.

Analizando cada una de las subescalas que componen el cuestionario FSSC-R por separado, el grupo ARFID obtuvo diferencias significativas ( $p=.000$ ) en las dimensiones *miedos a peligros físicos y muerte*, *miedo a lo desconocido* y *miedos médicos*, respecto al grupo de pacientes con AN y los sujetos del GNC.

Tabla 13

*Análisis comparativo (ANOVA) de las variables depresión, ansiedad y miedos, evaluadas en los tres grupos de niños y adolescentes (ARFID, AN y GNC) con los cuestionarios CDI, STAIC y FSSC-R*

Variables	ARFID	AN	GNC	Estadísticos	gl	p*
	(n=33)	(n=33)	(n=33)			
	media PD (DE)	media PD (DE)	media PD (DE)			
<b>CDI total</b>	10.55 (8.10)	16.06 (10.59)	4.88 (3.70)	F=16.14	2	.000 <sup>a,b,c</sup>
<i>Disforia</i>	6.30 (5.44)	10.97 (7.28)	2.82 (2.51)	F=18.58	2	.000 <sup>a,b,c</sup>
<i>Autoestima negativa</i>	4.06 (3.20)	5.42 (4.00)	2.06 (1.73)	F=9.69	2	.000 <sup>b,c</sup>
<b>STAIC</b>						
<i>Ansiedad-Estado</i>	30.67 (7.72)	36.64 (10.43)	24.15 (5.00)	F=19.93	2	.000 <sup>a,b,c</sup>
<i>Ansiedad-Rasgo</i>	33.82 (8.16)	39.00 (8.30)	29.48 (6.50)	F=12.62	2	.000 <sup>a,c</sup>
<b>FSSC-R total</b>	131.58 (22.41)	113.24 (20.63)	106.42 (20.15)	F=12.55	2	.000 <sup>a,b</sup>
<i>Miedo al fracaso y a la crítica</i>	27.94 (5.85)	25.42 (7.10)	23.42 (6.05)	F=4.17	2	.018 <sup>b</sup>
<i>Miedo a pequeños animales y daños menores</i>	20.64 (4.77)	18.15 (3.23)	17.12 (4.11)	F=6.44	2	.002 <sup>b</sup>
<i>Miedo a peligros físicos y muerte</i>	32.64 (6.80)	25.67 (8.28)	25.64 (7.73)	F=9.20	2	.000 <sup>a,b</sup>
<i>Miedo a lo desconocido</i>	26.30 (5.82)	22.39 (4.40)	20.91 (3.91)	F=11.19	2	.000 <sup>a,b</sup>
<i>Miedos médicos</i>	8.27 (2.91)	6.45 (1.62)	6.27 (1.77)	F=8.47	2	.000 <sup>a,b</sup>

ARFID, Avoidant Restrictive Food Intake Disorder; AN, Anorexia Nerviosa; GNC, Grupo No Clínico; PD, Puntuación Directa; DE, Desviación Estándar; gl, Grados de Libertad; CDI, Children's Depression Inventory; STAIC, State-Trait Anxiety Inventory for Children's; FSSC-R, Fear Survey Schedule for Children Revised.

\*Nivel de significación establecido en  $p < 0.05$

Diferencias entre grupos después de la corrección de Bonferroni con  $p < 0.05$ :

<sup>a</sup>Diferencias entre ARFID-AN

<sup>b</sup>Diferencias entre ARFID-GNC

<sup>c</sup>Diferencias entre AN-GNC

En la Tabla 14 se incluyen las puntuaciones que obtuvieron la muestra de niños y adolescentes en la escala socialización BAS-3 y los resultados del análisis comparativo.

Mediante la corrección de Bonferroni, no se hallaron diferencias estadísticamente significativas entre el grupo de pacientes con ARFID y el grupo de pacientes con AN en ninguna de las dimensiones que componen la BAS-3, presentando ambos grupos clínicos un perfil de socialización similar y respecto al grupo de población general infanto-juvenil (GNC), caracterizado por obtener puntuaciones menores en *consideración con los demás*, *autocontrol en las relaciones sociales* y *capacidad de liderazgo*; y mayores en *ansiedad social/timidez* y *retraimiento social*.

Las diferencias significativas halladas en el análisis de comparación múltiple con la corrección de Bonferroni, se encontraron entre el GNC y el grupo ARFID en las escalas *autocontrol en las relaciones sociales* ( $p=.047$ ), *retraimiento social* ( $p=.016$ ) y *liderazgo* ( $p=.006$ ).

Tabla 14

*Análisis comparativo (ANOVA) de la variable socialización, evaluada en los tres grupos de niños y adolescentes (ARFID, AN y GNC) con la escala BAS-3*

Variables	ARFID (n=33)	AN (n=33)	GNC (n=33)	Estad.	gl	p*
<b>BAS-3, media PD (DE)</b>						
<i>Consideración con los demás</i>	11.94 (2.89)	12.33 (3.29)	13.42 (1.06)	F=2.87	2	.061
<i>Autocontrol relaciones sociales</i>	10.24 (2.06)	10.79 (2.97)	11.76 (2.31)	F=3.15	2	.047 <sup>b</sup>
<i>Retraimiento social</i>	2.27 (2.78)	1.79 (2.50)	0.70 (0.98)	F=4.29	2	.016 <sup>b</sup>
<i>Ansiedad social/timidez</i>	4.18 (3.48)	4.73 (3.59)	3.36 (2.82)	F=1.41	2	.249
<i>Liderazgo</i>	6.09 (2.93)	6.70 (3.20)	8.30 (2.27)	F=5.38	2	.006 <sup>b</sup>
<i>Sinceridad</i>	5.21 (2.08)	5.85 (2.21)	4.70 (2.20)	F=2.33	2	.102

BAS-3, Batería de Socialización-3; ARFID, Avoidant Restrictive Food Intake Disorder; AN, Anorexia Nerviosa; GNC, Grupo No Clínico; Estad, Estadísticos; gl, Grados de Libertad; PD, Puntuación Directa; DE, Desviación Estándar.

\*Nivel de significación establecido en  $p<0.05$

Diferencias entre grupos después de la corrección de Bonferroni con  $p<0.05$ :

<sup>a</sup>Diferencias entre ARFID-AN

<sup>b</sup>Diferencias entre ARFID-GNC

<sup>c</sup>Diferencias entre AN-GNC

La Tabla 15 resume los resultados del análisis comparativo de las variables calidad de vida y salud, funcionamiento general y vínculo parental, evaluadas con el cuestionario KIDSCREEN-27, la escala CGAS y el instrumento PBI, respectivamente.

En la subescala *actividad física y salud* del cuestionario KIDSCREEN, el grupo AN obtuvo una puntuación media inferior a la del grupo ARFID y el GNC, observando diferencias estadísticamente significativas entre ellos ( $p=.000$ ). En *ánimo y sentimientos*, también se observaron diferencias significativas entre grupos ( $p=.000$ ) y el grupo con AN, obtuvo puntuaciones inferiores respecto a los otros dos grupos. Dichos resultados, indican un mayor malestar físico y psicológico en la muestra de pacientes con AN.

En las subescalas *autonomía y relación con los padres, amigos y apoyo social y colegio y entorno social*, no se hallaron diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos clínicos, con niveles de bienestar psicosocial autopercebido inferiores a los del GNC con el que ambos, presentaron diferencias estadísticamente significativas.

En la puntuación media de la escala CGAS, que evalúa el nivel de funcionamiento general del individuo, se hallaron diferencias estadísticamente significativas entre grupos ( $p=.000$ ). El grupo con ARFID, respecto al grupo con AN y el GNC, obtuvo puntuaciones inferiores e indicativas de un deterioro severo a nivel personal, familiar, social y escolar.

El vínculo parental percibido se evaluó con el instrumento PBI y en el constructo *protección*, se hallaron diferencias significativas entre grupos. Respecto al grupo con AN y el GNC, los pacientes con ARFID obtuvieron puntuaciones más elevadas en *protección materna* ( $p=.000$ ) y *paterna* ( $p=.001$ ), indicativas de sobreprotección y exceso de control. En el constructo *cuidados*, no se hallaron diferencias estadísticamente significativas entre grupos en *cuidados maternos*. En *cuidados paternos*, los dos grupos clínicos presentaron diferencias significativas con el GNC.

Tabla 15

*Análisis comparativo (ANOVA) de las variables calidad de vida, funcionamiento general y vínculo parental, evaluadas en los tres grupos de niños y adolescentes (ARFID, AN y GNC) con las escalas KIDSCREEN-27, CGAS y PBI*

Variables	ARFID	AN	GNC	Estadísticos	gl	p*
	(n=33)	(n=33)	(n=33)			
	media PD (DE)	media PD (DE)	media PD (DE)			
<b>KIDSCREEN-27</b>						
<i>Actividad física y salud (bienestar físico)</i>	17.91 (4.28)	13.82 (3.66)	22.03 (2.62)	F=43.12	2	.000 <sup>a,b,c</sup>
<i>Ánimo y sentimientos (bienestar psicológico)</i>	30.30 (4.74)	23.58 (6.97)	31.52 (3.42)	F=22.17	2	.000 <sup>a,b</sup>
<i>Autonomía y relación con los padres</i>	27.42 (5.83)	28.58 (4.73)	31.30 (4.15)	F=5.33	2	.006 <sup>b,c</sup>
<i>Amigos y apoyo social</i>	15.82 (4.57)	15.15 (4.60)	18.64 (3.27)	F=6.40	2	.002 <sup>b,c</sup>
<i>Colegio y entorno social</i>	15.48 (3.67)	14.79 (5.16)	18.06 (2.22)	F=6.52	2	.002 <sup>b,c</sup>
<b>CGAS</b>	38.09 (6.29)	48.82 (10.38)	92.61 (4.97)	F=479.58	2	.000 <sup>a,b,c</sup>
<b>PBI hijo/a-madre</b>						
<i>Protección</i>	16.91 (6.21)	10.81 (7.64)	11.97 (4.29)	F=8.95	2	.000 <sup>a,b</sup>
<i>Cuidados</i>	28.06 (5.44)	29.25 (5.53)	31.12 (4.55)	F=2.91	2	.059
<b>PBI hijo/a-padre</b>						
<i>Protección</i>	14.50 (6.10)	8.69 (7.56)	10.27 (5.22)	F=7.14	2	.001 <sup>a,b</sup>
<i>Cuidados</i>	25.69 (6.94)	25.44 (5.99)	30.00 (5.16)	F=5.83	2	.004 <sup>b,c</sup>

ARFID, Avoidant Restrictive Food Intake Disorder; AN, Anorexia Nerviosa; GNC, Grupo No Clínico; PD, Puntuación Directa; DE, Desviación Estándar; gl, Grados de Libertad; KIDSCREEN, instrumento de calidad de vida relacionada con la salud en niños y adolescentes; CGAS, Children's Global Assessment Scale; PBI, Parental Bonding Instrument.

\*Nivel de significación establecido en  $p < 0.05$

Diferencias entre grupos después de la corrección de Bonferroni con  $p < 0.05$ :

<sup>a</sup>Diferencias entre ARFID-AN

<sup>b</sup>Diferencias entre ARFID-GNC

<sup>c</sup>Diferencias entre AN-GNC

Mediante el cuestionario CBCL, evaluamos problemas de conducta y emocionales a partir de la información de las familias en la muestra de niños y adolescentes (ver Tabla 16). En la dimensión *total problemas*, los dos grupos clínicos, no presentaron diferencias estadísticamente significativas, mostrando un nivel de dificultades similar y mayor al del GNC. En *conductas internalizantes*, se observaron diferencias significativas entre grupos ( $p=.000$ ), el grupo AN obtuvo puntuaciones más elevadas que el grupo ARFID y el GNC. En la dimensión *conductas externalizantes*, mediante la corrección de Bonferroni, no se hallaron diferencias significativas entre los dos grupos clínicos, obteniendo puntuaciones similares y mayores a las del GNC.

Analizando las ocho subescalas que componen el CBCL por separado, en *ansioso-depresivo* se hallaron diferencias significativas entre grupos, siendo los pacientes con AN los que presentaron puntuaciones mayores. Del mismo modo, en *introvertido-depresivo*, el grupo AN, obtuvo puntuaciones más altas y se observaron diferencias estadísticamente significativas ( $p=.000$ ) entre los tres grupos. En *problemas de atención*, los pacientes con ARFID obtuvieron puntuaciones mayores respecto al grupo con AN y el GNC, hallando diferencias significativas ( $p=.000$ ) entre ellos.

En *síntomas somáticos*, *problemas sociales*, *problemas de pensamiento*, *conducta de romper normas* y *conducta agresiva*, no se observaron diferencias significativas entre los grupos clínicos mediante la corrección de Bonferroni, presentando un perfil similar e indicativo de conductas y emociones alteradas en estas subescalas del CBCL respecto al GNC.

En la variable capacidad intelectual evaluada mediante el instrumento WISC-IV, los pacientes con ARFID presentaron un CI estimado inferior al de los otros dos grupos, hallando diferencias estadísticamente significativas ( $p=.000$ ) respecto al grupo con AN y el GNC (ver Tabla 16).

Tabla 16

*Análisis comparativo (ANOVA) de las variables conducta y capacidad intelectual, evaluadas en los tres grupos de niños y adolescentes (ARFID, AN y GNC) con los instrumentos CBCL y WISC-IV*

Variables	ARFID	AN	GNC	Estadísticos	gl	p*
	(n=33)	(n=33)	(n=33)			
	media PD (DE)	media PD (DE)	media PD (DE)			
<b>CBCL</b>						
<i>Ansioso/Depresivo</i>	4.85 (4.01)	8.06 (5.20)	2.52 (2.50)	<i>F</i> =15.50	2	.000 <sup>a,c</sup>
<i>Introvertido/Depresivo</i>	3.61 (3.97)	5.58 (3.47)	1.33 (1.38)	<i>F</i> =14.97	2	.000 <sup>a,b,c</sup>
<i>Síntomas somáticos</i>	3.03 (2.39)	3.39 (3.20)	1.57 (1.60)	<i>F</i> =6.87	2	.002 <sup>b,c</sup>
<i>Problemas sociales</i>	3.82 (3.18)	2.79 (2.28)	1.48 (1.95)	<i>F</i> =7.04	2	.001 <sup>b</sup>
<i>Problemas de pensamiento</i>	2.67 (2.75)	3.79 (3.31)	1.09 (1.52)	<i>F</i> =8.68	2	.000 <sup>c</sup>
<i>Problemas de atención</i>	6.33 (4.72)	3.79 (3.48)	2.58 (2.37)	<i>F</i> =9.06	2	.000 <sup>a,b</sup>
<i>Conducta de romper normas</i>	2.67 (2.11)	2.18 (2.15)	1.09 (1.42)	<i>F</i> =5.78	2	.004 <sup>b,c</sup>
<i>Conducta agresiva</i>	7.33 (5.80)	8.39 (4.97)	3.15 (3.31)	<i>F</i> =10.94	2	.000 <sup>b,c</sup>
<i>Conductas internalizantes</i>	11.09 (8.69)	18.00 (11.27)	5.24 (4.22)	<i>F</i> =18.30	2	.000 <sup>a,b,c</sup>
<i>Conductas externalizantes</i>	10.58 (7.31)	11.21 (7.79)	4.64 (4.18)	<i>F</i> =9.88	2	.000 <sup>b,c</sup>
<i>Total problemas</i>	39.24 (24.38)	45.09 (29.82)	17.70 (12.44)	<i>F</i> =12.57	2	.000 <sup>b,c</sup>
<b>WISC-IV</b>	89.91 (15.27)	103.91 (14.23)	103.61 (10.82)	<i>F</i> =11.45	2	.000 <sup>a,b</sup>

ARFID, Avoidant Restrictive Food Intake Disorder; AN, Anorexia Nerviosa; GNC, Grupo No Clínico; PD, Puntuación Directa; DE, Desviación Estándar; gl, Grados de Libertad; CBCL, Child Behavior Check-List; WISC-IV, Wechsler Intelligence Scale for Children (4th ed.).

\*Nivel de significación establecido en  $p < 0.05$

Diferencias entre grupos después de la corrección de Bonferroni con  $p < 0.05$ :

<sup>a</sup>Diferencias entre ARFID-AN

<sup>b</sup>Diferencias entre ARFID-GNC

<sup>c</sup>Diferencias entre AN-GNC

## 4.6. Análisis comparativo de la muestra de familiares

### 4.6.1. Variables clínicas

Con la escala PBI evaluamos, en cada progenitor por separado, el vínculo parental percibido hacia su hijo/a en base a los constructos de *protección* y de *cuidados* (ver Tablas 17 y 18).

La corrección de Bonferroni mostró diferencias significativas entre los dos grupos clínicos en *protección materna* ( $p=.001$ ). Las madres del grupo ARFID, respecto a las del grupo AN y el GNC, obtuvieron puntuaciones superiores indicativas de sobreprotección. En la dimensión *protección paterna*, no se observaron diferencias significativas entre los tres grupos de padres. No obstante, respecto a los padres del grupo con AN y los del GNC, los padres del grupo ARFID obtuvieron puntuaciones más elevadas, también indicativas de sobreprotección.

En *cuidados maternos*, no se observaron diferencias significativas entre los tres grupos de madres. En el constructo *cuidados paternos* la corrección de Bonferroni mostró diferencias significativas entre los padres del grupo con AN y del GNC, con puntuaciones mayores en el GNC. Entre los dos grupos clínicos no se hallaron diferencias significativas en dicho constructo.

El estilo educativo se evaluó con el instrumento EMBU-P, cumplimentado por los progenitores por separado (ver Tablas 17 y 18).

Entre los grupos de progenitores de los pacientes con ARFID y AN y los del GNC, no se hallaron diferencias significativas en las dimensiones que componen el EMBU-P. Sin embargo, los progenitores del grupo ARFID, respecto a los de los otros dos grupos, presentaron puntuaciones mayores en las subescalas de *rechazo*, *control* y *favoritismo* y menores en *calidez emocional*, indicativas de un estilo educativo más deteriorado.

Tabla 17

*Análisis comparativo (ANOVA) de las variables vínculo parental y estilo educativo, evaluadas en los tres grupos de madres (ARFID, AN y GNC) con las escalas PBI y EMBU-P*

Variables	Madres ARFID	Madres AN	Madres GNC	Estadísticos	gl	p*
	(n=32)	(n=32)	(n=32)			
	media PD (DE)	media PD (DE)	media PD (DE)			
<b>PBI</b>						
<i>Protección</i>	15.31 (5.39)	10.81 (3.68)	12.66 (4.59)	$F=7.71$	2	.001 <sup>a</sup>
<i>Cuidados</i>	27.59 (7.01)	27.88 (3.67)	30.16 (4.10)	$F=2.38$	2	.098
<b>EMBU-P</b>						
<i>Rechazo</i>	17.74 (3.10)	16.94 (2.92)	16.47 (2.80)	$F=1.50$	2	.228
<i>Calidez emocional</i>	57.97 (7.47)	59.26 (4.49)	59.41 (7.82)	$F=0.42$	2	.655
<i>Control</i>	38.84 (6.80)	37.16 (6.32)	35.91 (6.61)	$F=1.57$	2	.213
<i>Favoritismo</i>	3.48 (2.11)	2.97 (1.85)	3.47 (1.19)	$F=0.87$	2	.422

ARFID, Avoidant Restrictive Food Intake Disorder; AN, Anorexia Nerviosa; GNC, Grupo No Clínico; PD, Puntuación Directa; DE, Desviación Estándar; gl, Grados de Libertad; PBI, Parental Bonding Instrument; EMBU-P, cuestionario de estilo educativo percibido por progenitores.

\*Nivel de significación establecido en  $p<0.05$

Diferencias entre grupos después de la corrección de Bonferroni con  $p<0.05$ :

<sup>a</sup>Diferencias entre ARFID-AN

<sup>b</sup>Diferencias entre ARFID-GNC

<sup>c</sup>Diferencias entre AN-GNC

Tabla 18

*Análisis comparativo (ANOVA) de las variables vínculo parental y estilo educativo, evaluadas en los tres grupos de padres (ARFID, AN y GNC) con las escalas PBI y EMBU-P*

Variables	Padres ARFID (n=29)	Padres AN (n=30)	Padres GNC (n=29)	Estadísticos	gl	p*
	media PD (DE)	media PD (DE)	media PD (DE)			
<b>PBI</b>						
<i>Protección</i>	14.00 (3.48)	11.83 (4.39)	13.28 (3.60)	$F=2.42$	2	.095
<i>Cuidados</i>	26.52 (4.15)	24.90 (4.15)	28.34 (4.76)	$F=4.59$	2	.013 <sup>c</sup>
<b>EMBU-P</b>						
<i>Rechazo</i>	18.48 (4.56)	17.36 (3.38)	16.07 (2.15)	$F=3.43$	2	.037 <sup>b</sup>
<i>Calidez emocional</i>	53.34 (11.08)	56.18 (6.26)	59.86 (6.50)	$F=4.52$	2	.014 <sup>b</sup>
<i>Control</i>	38.72 (4.29)	35.28 (5.13)	38.64 (8.19)	$F=3.02$	2	.054
<i>Favoritismo</i>	3.93 (2.78)	3.07 (2.08)	3.31 (1.53)	$F=1.16$	2	.317

ARFID, Avoidant Restrictive Food Intake Disorder; AN, Anorexia Nerviosa; GNC, Grupo No Clínico; PD, Puntuación Directa; DE, Desviación Estándar; gl, Grados de Libertad; PBI, Parental Bonding Instrument; EMBU-P, cuestionario de estilo educativo percibido por progenitores.

\*Nivel de significación establecido en  $p<0.05$

Diferencias entre grupos después de la corrección de Bonferroni con  $p<0.05$ :

<sup>a</sup>Diferencias entre ARFID-AN

<sup>b</sup>Diferencias entre ARFID-GNC

<sup>c</sup>Diferencias entre AN-GNC

Los niveles de psicopatología y síntomas psicológicos se evaluaron con la escala SCL-90 en los grupos de familiares y se analizaron los resultados obtenidos mediante un análisis comparativo (ver Tablas 19 y 20).

No se hallaron diferencias estadísticamente significativas entre las madres de los pacientes con ARFID y AN en las diferentes subescalas que componen el SCL-90. Ambos grupos de madres, presentaron perfiles psicopatológicos similares y respecto a las madres del GNC, mostraron puntuaciones más altas en el *índice global de severidad (GSI, Global Severity Index)* y en las subescalas: *obsesiones-compulsiones, sensibilidad interpersonal, depresión, ansiedad fóbica, ideación paranoide y psicoticismo*. Dichas puntuaciones, son indicativas de un mayor nivel de gravedad de los síntomas psicológicos en las madres de los pacientes con ARFID y AN.

Entre los tres grupos de padres, no se hallaron diferencias significativas en el *GSI*. Sin embargo, los padres de ambos grupos clínicos, obtuvieron puntuaciones más elevadas en todas las subescalas del SCL-90 que los del GNC, resultados indicativos de un mayor malestar psicológico.

Respecto a los padres del grupo AN y los del GNC, los padres del grupo ARFID mostraron puntuaciones más elevadas en las subescalas: *somatizaciones, ansiedad fóbica, sensibilidad interpersonal e ideación paranoide*, hallando diferencias significativas.

Tabla 19

*Análisis comparativo (ANOVA) de la variable síntomas psicológicos y psicopatológicos, evaluada en los tres grupos de madres (ARFID, AN y GNC) con la escala SCL-90*

Variables	Madres ARFID	Madres AN	Madres GNC	Estadísticos	gl	p*
	(n=32)	(n=32)	(n=32)			
	media PD (DE)	media PD (DE)	media PD (DE)			
<b>SCL-90</b>						
<i>Somatizaciones</i>	0.95 (0.79)	0.77 (0.62)	0.66 (0.56)	F=1.50	2	.227
<i>Obsesiones-Compulsiones</i>	0.98 (0.86)	1.05 (0.62)	0.62 (0.61)	F=3.39	2	.038 <sup>c</sup>
<i>Sensibilidad interpersonal</i>	0.81 (0.77)	0.47 (0.49)	0.36 (0.43)	F=5.20	2	.007 <sup>b</sup>
<i>Depresión</i>	1.07 (0.90)	1.31 (0.70)	0.56 (0.45)	F=9.29	2	.000 <sup>b,c</sup>
<i>Ansiedad</i>	0.85 (0.82)	0.93 (0.53)	0.60 (0.41)	F=2.53	2	.085
<i>Hostilidad</i>	0.70 (0.81)	0.54 (0.47)	0.43 (0.43)	F=1.59	2	.208
<i>Ansiedad fóbica</i>	0.89 (0.16)	0.29 (0.40)	0.39 (0.55)	F=4.60	2	.012 <sup>b</sup>
<i>Ideación paranoide</i>	0.76 (0.82)	0.46 (0.59)	0.24 (0.30)	F=5.82	2	.004 <sup>b</sup>
<i>Psicoticismo</i>	0.55 (0.66)	0.38 (0.40)	0.20 (0.24)	F=4.50	2	.014 <sup>b</sup>
<i>Total</i>	74.94 (64.65)	69.81 (41.33)	42.19 (31.53)	F=4.32	2	.016 <sup>b</sup>
<i>Índice global de severidad (Global Severity Index, GSI)</i>	0.83 (0.71)	0.77 (0.45)	0.46 (0.35)	F=4.34	2	.016 <sup>b</sup>
<i>Total de síntomas positivos (Positive Symptom Total, PST)</i>	34.62 (22.03)	35.12 (17.41)	25.22 (17.39)	F=2.74	2	.070
<i>Distrés de síntomas positivos (Positive Symptom Distress Index, PSDI)</i>	1.95 (0.60)	1.91 (0.40)	1.64 (0.44)	F=3.74	2	.027 <sup>b</sup>

ARFID, Avoidant Restrictive Food Intake Disorder; AN, Anorexia Nerviosa; GNC, Grupo No Clínico; PD, Puntuación Directa; DE, Desviación Estándar; gl, Grados de Libertad; SCL-90, Symptom Checklist-90.

\*Nivel de significación establecido en  $p < 0.05$

Diferencias entre grupos después de la corrección de Bonferroni con  $p < 0.05$ :

<sup>a</sup>Diferencias entre ARFID-AN

<sup>b</sup>Diferencias entre ARFID-GNC

<sup>c</sup>Diferencias entre AN-GNC

Tabla 20

*Análisis comparativo (ANOVA) de la variable síntomas psicológicos y psicopatológicos, evaluada en los tres grupos de padres (ARFID, AN y GNC) con la escala SCL-90*

Variables	Padres ARFID (n=29)	Padres AN (n=30)	Padres GNC (n=29)	Estadísticos	gl	p*
	media PD (DE)	media PD (DE)	media PD (DE)			
<b>SCL-90</b>						
<i>Somatizaciones</i>	0.67 (0.64)	0.33 (0.34)	0.35 (0.38)	F=4.70	2	.012 <sup>a,b</sup>
<i>Obsesiones-Compulsiones</i>	0.73 (0.62)	0.74 (0.63)	0.46 (0.58)	F=1.82	2	.167
<i>Sensibilidad interpersonal</i>	0.61 (0.52)	0.34 (0.34)	0.35 (0.45)	F=3.43	2	.037 <sup>a,b</sup>
<i>Depresión</i>	0.68 (0.60)	0.80 (0.57)	0.34 (0.42)	F=5.70	2	.005 <sup>c</sup>
<i>Ansiedad</i>	0.59 (0.57)	0.47 (0.36)	0.35 (0.34)	F=2.16	2	.121
<i>Hostilidad</i>	0.39 (0.35)	0.44 (0.40)	0.31 (0.37)	F= 0.95	2	.387
<i>Ansiedad fóbica</i>	0.26 (0.38)	0.09 (0.14)	0.10 (0.18)	F=3.93	2	.023 <sup>a</sup>
<i>Ideación paranoide</i>	0.59 (0.56)	0.30 (0.36)	0.26 (0.41)	F=4.53	2	.013 <sup>a,b</sup>
<i>Psicoticismo</i>	0.35 (0.39)	0.28 (0.34)	0.25 (0.28)	F=0.75	2	.475
<i>Total</i>	52.93 (41.67)	42.27 (30.64)	31.14 (31.33)	F=2.83	2	.064
<i>Índice global de severidad (Global Severity Index, GSI)</i>	0.58 (0.46)	0.46 (0.34)	0.34 (0.34)	F=2.83	2	.064
<i>Total de síntomas positivos (Positive Symptom Total, PST)</i>	28.76 (19.70)	24.30 (16.44)	19.90 (20.16)	F=1.60	2	.206
<i>Distrés de síntomas positivos (Positive Symptom Distress Index, PSDI)</i>	1.73 (0.47)	1.70 (0.42)	1.77 (0.66)	F=0.13	2	.877

ARFID, Avoidant Restrictive Food Intake Disorder; AN, Anorexia Nerviosa; GNC, Grupo No Clínico; PD, Puntuación Directa; DE, Desviación Estándar; gl, Grados de Libertad; SCL-90, Symptom Checklist-90.

\*Nivel de significación establecido en  $p < 0.05$

Diferencias entre grupos después de la corrección de Bonferroni con  $p < 0.05$ :

<sup>a</sup>Diferencias entre ARFID-AN

<sup>b</sup>Diferencias entre ARFID-GNC

<sup>c</sup>Diferencias entre AN-GNC

#### 4.7. Análisis multivariante (MANCOVA)

Se llevó a cabo el modelo lineal general de análisis multivariante (MANCOVA) para controlar el efecto de las covariables de género, edad, capacidad intelectual estimada (WISC-IV) y tiempo de inicio del TCA, sobre todas las medidas de resultado analizadas. Los tamaños del efecto se calcularon usando Eta-cuadrado de Cohen ( $\eta^2$ ) y se incorporó el análisis de la potencia observada (P).

Se observó una incidencia estadísticamente significativa del género en la variable *autocontrol en las relaciones sociales* ( $p=.013$ ;  $\eta^2=.104$ ;  $P=.713$ ) de la escala BAS-3 y el género, explicó las diferencias halladas entre los grupos clínicos y el GNC. En *actividad física y salud* ( $p=.031$ ;  $\eta^2=.079$ ;  $P=.587$ ) del instrumento KIDSCREEN, el género explicó las diferencias halladas entre los tres grupos de comparación.

En la dimensión *protección paterna* ( $p=.001$ ;  $\eta^2=.167$ ;  $P=.913$ ) de la escala PBI y en *miedos médicos* ( $p=.014$ ;  $\eta^2=.102$ ;  $P=.707$ ) del cuestionario FSSC-R, el grupo ARFID resultó estadísticamente diferente al grupo AN y GNC y dichas diferencias, se explicaron por el género de los pacientes del grupo con ARFID.

Del mismo modo, se halló un efecto estadísticamente significativo de la covariable edad en la dimensión *protección materna* ( $p=.003$ ;  $\eta^2=.145$ ;  $P=.863$ ) y *protección paterna* ( $p=.000$ ;  $\eta^2=.262$ ;  $P=.993$ ) del PBI. En esta comparación, la edad explicó las diferencias del grupo ARFID respecto al grupo con AN y el GNC. En *síntomas somáticos* ( $p=.020$ ;  $\eta^2=.092$ ;  $P=.221$ ) del cuestionario CBCL, la edad explicó las diferencias entre los grupos clínicos y el GNC.

El coeficiente intelectual moduló sobre las subescalas *conducta de romper normas* ( $p=.007$ ;  $\eta^2=.122$ ;  $P=.789$ ) y *conducta de agresiva* ( $p=.007$ ;  $\eta^2=.119$ ;  $P=.779$ ) de la escala CBCL y *protección paterna* ( $p=.038$ ;  $\eta^2=.073$ ;  $P=.549$ ) del PBI, observando niveles del tamaño del efecto pequeños y potencia moderada-alta.

Por último, la covariable tiempo de inicio del TCA presentó un efecto significativo sobre las subescalas *actividad física y salud* ( $p=.005$ ;  $\eta^2=.123$ ;  $P=.832$ ) del KIDSCREEN e *introvertido/depresivo* ( $p=.026$ ;  $\eta^2=.084$ ;  $P=.612$ ) del CBCL. Un menor tiempo de inicio de la enfermedad, explicó las puntuaciones obtenidas en estas subescalas y las diferencias halladas entre el grupo con AN y los otros dos grupos (ARFID y GNC). Sin embargo, en la escala *miedos médicos* ( $p=.049$ ;  $\eta^2=.066$ ;  $P=.507$ ) del cuestionario FSSC-R, el tiempo de inicio del TCA, significativamente mayor en el grupo con ARFID, también explicó las puntuaciones obtenidas y las diferencias del grupo con ARFID respecto al grupo con AN y el GNC.



**DISCUSIÓN**



## **5. Discusión**

En este apartado se llevará a cabo la discusión de la tesis con el fin de interpretar y de contrastar con la literatura consultada, los resultados obtenidos en esta investigación.

Se organizará siguiendo una estructura paralela a la de los resultados presentados anteriormente y en base a las variables evaluadas en los tres grupos de participantes y sus familias: 1. Sociodemográficas y antecedentes, 2. Antropométricas y exploración física, y 3. Variables clínicas/neuropsicológicas. Para finalizar, se especificarán las limitaciones del estudio y la prospectiva.

A causa de la reciente incorporación del ARFID en el DSM-5 (APA, 2013) como TCA, el principal objetivo del estudio fue describir las características clínicas de un grupo de pacientes con este trastorno y destacar aquellas que los diferenciaron y los semejaran con la AN y un GNC. Participaron un total de 99 niños y adolescentes organizados en tres grupos (ARFID, AN y GNC) junto a sus familiares (96 madres y 88 padres).

En la muestra analizada, se observó una distribución heterogénea de las variables sociodemográficas y antecedentes y se hallaron diferencias significativas entre el ARFID y la AN, pudiendo definir dichos diagnósticos como entidades clínicas distintas.

Se hallaron diferencias significativas en la distribución del género entre los grupos clínicos. En el grupo ARFID, veinte pacientes (60.6%) fueron del género masculino y en el grupo AN únicamente dos (6.1%). Varios estudios han sugerido que la proporción de hombres frente a mujeres en el ARFID era mayor que en la AN y estudios comparativos, han ratificado estas diferencias de género entre diagnósticos (Becker et al., 2019; Bryson et al., 2018; Katzman et al., 2019; Lieberman et al., 2019; Ornstein et al., 2013; Zickgraf & Ellis, 2018).

También se hallaron diferencias significativas en la variable edad entre los grupos clínicos. La edad media del grupo con ARFID fue de diez años y la del grupo con AN de

catorce años. Investigaciones recientes han corroborado que los pacientes con ARFID son más jóvenes que los pacientes con AN e inician el tratamiento a una edad más temprana (Becker et al., 2019; Bryson et al., 2018; Cooney et al., 2018; Lieberman et al., 2019; Nakai et al., 2016; Norris & Katzman, 2015; Pinhas et al., 2017; Strandjord et al., 2015; Thomas et al., 2017; Zickgraf et al., 2019; Zimmerman & Fisher, 2017). Secundando los resultados hallados en la literatura, en nuestro estudio, el grupo ARFID respecto al grupo con AN, refirió una edad media de inicio del TCA más temprana y un tiempo de evolución de la enfermedad significativamente superior.

Varios autores han afirmado que los pacientes con ARFID, respecto a otros TCA, tienen una mayor predisposición a presentar una condición médica comórbida y previa al TCA (Fitzgerald & Frankum, 2017; Makhzoumi et al., 2019; Nicely et al., 2014; Norris et al., 2016; Ornstein et al., 2013; Strandjord et al., 2015; Zia, Riddle, DeCou, McCann, & Heitkemper, 2017; Zimmerman & Fisher, 2017). En nuestro estudio, respecto al grupo AN y al GNC, un porcentaje significativamente mayor de pacientes con ARFID refirieron antecedentes médicos (alergias alimentarias, cardiopatías congénitas, epilepsia, ftofobia, hernia diafragmática congénita, asma o tiroides). Respecto a otros TCA, los pacientes con ARFID suelen referir más síntomas gastrointestinales, haber experimentado episodios de ahogo/atragantamiento y una alimentación selectiva o falta de interés por comer desde la primera infancia (Bryson et al., 2018; Coglán & Otasowie, 2019; Eddy et al., 2015; Fisher et al., 2014; Lieberman et al., 2019; Nakai et al., 2017; Norris et al., 2016; Strandjord et al., 2015; Toufexis et al., 2015). En nuestro estudio, dicha sintomatología presente en el ARFID se registró mediante una entrevista diseñada para esta investigación en base a los criterios diagnósticos del DSM-5 (APA, 2013) y las principales características clínicas registradas en la revisión bibliográfica realizada: veintitrés pacientes con ARFID (69.7%) mostraban un patrón alimentario selectivo desde la primera infancia, veintinueve (87.9%)

refirieron falta de interés en la comida, catorce (42.4%) tenían síntomas gastrointestinales y tres (39.4%) habían experimentado algún episodio de ahogo/atragantamiento.

Varias investigaciones han confirmado que respecto a otros TCA, la probabilidad de comorbilidad psiquiátrica también es mayor en el ARFID (Becker et al., 2019; Bryson et al., 2018; Coglean & Otasowie, 2019; Zimmerman & Fisher, 2017). En la actualidad, se han hallado mayores tasas de comorbilidad del ARFID con trastornos de ansiedad, TEA, TDAH, TOC, trastornos del aprendizaje y discapacidad intelectual (Beighley et al., 2013; Bryson et al., 2018; Coglean & Otasowie, 2019; Cooney et al., 2018; Eddy et al., 2015; Fisher et al., 2014; Katzman et al., 2019; Lieberman et al., 2019; Lucarelli et al., 2017; Mammel & Ornstein, 2017; Marí-Bauset et al., 2014; Menzel et al., 2019; Ornstein et al., 2017; Pennell et al., 2016; Thomas et al., 2017; Zickgraf et al., 2019; Zimmerman & Fisher, 2017; Zucker et al., 2015). En la presente investigación, se evaluó la comorbilidad psiquiátrica con la entrevista K-SADS-PL. Coincidiendo con los resultados hallados hasta el momento, fueron los sujetos con ARFID los que presentaron una mayor comorbilidad psiquiátrica (48.5%), observando diferencias estadísticamente significativas entre grupos. En nuestra muestra, se hallaron tasas de comorbilidad con trastornos de ansiedad (59.3%), TDAH (25.9%), TOC (7.4%) y trastorno de conducta (7.4%). Sin embargo, no podemos ofrecer tasas de comorbilidad con el TEA ni con la discapacidad intelectual, considerados motivos de exclusión del estudio con el fin de evitar un sesgo en la investigación por las dificultades de interpretación y de comprensión de los instrumentos que podrían implicar dichos diagnósticos. El TEA comporta dificultades en la interacción social y presencia de patrones restrictivos y repetitivos del comportamiento que frecuentemente, entre muchos otros, son conductas alimentarias selectivas y restrictivas (Beighley et al., 2013; Lucarelli et al., 2017; Marí-Bauset et al., 2014). Por lo tanto, en pacientes con TEA que presenten sintomatología clínica del ARFID, éste se podría considerar un diagnóstico secundario al

diagnóstico principal (TEA). En este estudio, la justificación de establecer como motivo de exclusión presentar comorbilidad psiquiátrica con TEA, también recae en la finalidad de crear un grupo clínico con el ARFID como diagnóstico principal. De acuerdo con otras investigaciones, el grupo AN respecto al grupo con ARFID, presentó mayor comorbilidad psiquiátrica con trastornos depresivos, observando diferencias significativas entre ambos (Becker et al., 2019; Bryson et al., 2018; Coglan & Otasowie, 2019; Cooney et al., 2018; Fisher et al., 2014; Nicely et al., 2014).

A lo largo de los años, la literatura ha demostrado que los antecedentes familiares y la presencia de psicopatología en la familia, se pueden considerar factores de riesgo en el desarrollo de un TCA. En el ARFID, debido a su reciente incorporación en el DSM-5 (APA, 2013), dicha etiología no se ha podido demostrar hasta ahora (Coglan & Otasowie, 2019; Fairburn et al., 1999; Herraiz-Serrano et al., 2015; Klump et al., 2003; Mairs & Nicholls, 2016; Strandjord et al., 2015; Strober et al., 2000). Mediante la K-SADS-PL, en nuestro estudio, los familiares de los grupos clínicos, informaron de más antecedentes psiquiátricos a nivel familiar que los del GNC, hallando similitudes entre el grupo ARFID y el grupo AN (36.4% vs. 48.5%).

Como criterio diagnóstico, el DSM-5 (APA, 2013) incluye que los pacientes con ARFID pueden presentar una interferencia importante de los síntomas del trastorno en su funcionamiento psicosocial. En esta investigación, durante la aplicación de la entrevista diagnóstica K-SDAS-PL, evaluamos dichas interferencias con la escala CGAS, que mide el nivel de funcionamiento general de la persona. Los niveles de funcionamiento general del grupo ARFID fueron significativamente inferiores a los de los otros dos grupos, con una puntuación media indicativa de un deterioro severo en el funcionamiento de diversas áreas (social, escolar, familiar y personal). La puntuación media del grupo con AN indicó una interferencia moderada en el funcionamiento general de los pacientes y la del GNC,

un funcionamiento superior en todas las áreas. Hasta el momento, a nuestro conocimiento, no hay estudios que hayan medido esta variable con una escala similar a la utilizada en este estudio y puedan apoyar estos resultados. Una investigación reciente con una muestra de veintidós pacientes diagnosticados de ARFID, mediante una entrevista clínica, registró un funcionamiento psicosocial deteriorado en el 45.5% de los sujetos (Zickgraf, Murray, Kratz, & Franklin, 2019).

El ARFID y la AN pueden incluir a pacientes que presenten un patrón alimentario restrictivo. En ambas patologías, los pacientes se caracterizan por presentar una ingesta energética insuficiente y corren el riesgo de presentar las mismas complicaciones médicas a causa de la desnutrición y/o la malnutrición (bradicardia, pérdida de peso significativa, anemia, amenorrea, hipotermia y síntomas gastrointestinales, entre otras) (Cooney et al., 2018; Eddy et al., 2015; Fisher et al., 2014; Katzman et al., 2019; Nakai et al., 2016; Thomas et al., 2017). Sin embargo, entre ambos diagnósticos, existen diferencias clínicas evidentes. La pérdida de peso significativa no es un criterio diagnóstico excluyente en el ARFID y los pacientes, independientemente de presentar signos de deficiencia nutritiva, pueden presentar normopeso o sobrepeso (Coglan & Otasowie, 2019; Kurz et al., 2015; Makhzoumi et al., 2019; Nakai et al., 2016; Zimmerman & Fisher, 2017).

Teniendo en cuenta los límites derivados de las categorías de la OMS que aconseja el DSM-5 (APA, 2013) para evaluar el nivel de gravedad del TCA en población infanto-juvenil mediante el percentil del IMC, el grupo de pacientes con AN presentó una media significativamente inferior a la de los otros dos grupos (ARFID y GNC), indicativa de un peso corporal significativamente bajo. El grupo ARFID, presentó una media del percentil del IMC indicativa de un peso saludable. Sin embargo, respecto al grupo AN, informaron de una mayor dependencia de suplementos nutritivos orales (36.4% vs. 9.1%) por mostrar

signos de desnutrición o malnutrición, pudiendo concluir que, en ambos grupos clínicos, el TCA tuvo un impacto en la salud física de los pacientes.

Acerca de las diferencias en las variables antropométricas y de exploración física entre pacientes con ARFID y AN, se han hallado controversias entre los resultados de los distintos trabajos. De acuerdo con otros estudios (Cooney et al., 2018; Eddy et al., 2015; Fisher et al., 2014; Makhzoumi et al., 2019; Nicely et al., 2014; Strandjord et al., 2015), nuestros resultados evidenciaron diferencias clínicas entre grupos a nivel antropométrico. Otros autores no hallaron estas diferencias, presentando los pacientes con ARFID medias del percentil del IMC indicativas de un peso significativamente bajo, similares a las de la AN (Bryson et al., 2018; Lange, Ekedahl-Fjertorp, Holmer, Wijk, & Wallin, 2019; Norris et al., 2014).

En nuestra muestra, el grupo con AN obtuvo puntuaciones significativamente más elevadas en el CDI, poniendo de manifiesto mayor presencia de sintomatología depresiva en estos pacientes. Coincidiendo con el estudio de Cooney et al. (2018), la media de las puntuaciones de las escalas del CDI del grupo ARFID no alcanzaron significación clínica de sintomatología depresiva. Estos resultados encajan con varios estudios descriptivos y comparativos en los que se ha concluido que los pacientes con AN respecto a los pacientes con ARFID, presentan mayores tasas de comorbilidad con trastornos depresivos (Coglan & Otasowie, 2019; Cooney et al., 2018; Fisher et al., 2014; Lieberman et al., 2019; Mascola et al., 2010; Nicely et al., 2014). Con la entrevista diagnóstica K-SADS-PL, en este estudio, seis pacientes con AN presentaron comorbilidad psiquiátrica con trastornos depresivos y en el grupo ARFID, no se halló dicha patología psiquiátrica.

En la medición de la ansiedad mediante el cuestionario STAIC, basándonos en los estudios publicados hasta ahora, no hallamos los resultados esperados y los pacientes con ARFID no obtuvieron puntuaciones significativas en dicha escala y fueron inferiores a

las del grupo con AN. Sin embargo, mediante la entrevista diagnóstica K-SADS-PL, el 59.3% de los pacientes cumplieron los criterios diagnósticos para trastornos de ansiedad. Otros autores (Cooney et al., 2018; Nicely et al., 2014) hallaron las mismas discrepancias con este tipo de muestra, utilizando un instrumento de medida diferente. Estos resultados comportan una serie de consideraciones. Primeramente, las diferencias obtenidas podrían deberse a las dificultades del grupo de pacientes con ARFID para comprender y responder a las preguntas del STAIC debido a su edad media. Por consiguiente, se podría considerar que éste no sea el instrumento más apropiado para discriminar trastornos de ansiedad en población infantil con ARFID. También, según Cooney et al. (2018), la complejidad recae en que los trastornos de ansiedad difieren en tipo y síntomas y las medidas psicométricas actuales no diferencian esta sintomatología en un trastorno heterogéneo como el ARFID. Por lo tanto, son necesarias más investigaciones que desarrollen y evalúen instrumentos de medida específicos para la ansiedad en población infantojuvenil con ARFID.

En base a los ejemplos que utiliza el DSM-5 (APA, 2013) para la definición de un trastorno alimentario o de la ingestión de alimentos en los criterios del ARFID, son varios los estudios (Katzman et al., 2019; Sharp & Stubbs, 2019; Thomas et al., 2017; Zickgraf & Ellis, 2018) que han confirmado la existencia de un subgrupo de pacientes con ARFID que refieren miedos específicos en torno a la acción de comer y/o los alimentos. A pesar de ello, a nuestro conocimiento, no hay investigaciones que hayan evaluado la presencia e intensidad de los miedos en sujetos con ARFID hasta el momento. En esta muestra, los evaluamos con el instrumento de autoinforme FSSC-R. El grupo de pacientes con ARFID obtuvo puntuaciones significativas respecto a los otros dos grupos en la puntuación total del cuestionario, indicando una presencia de miedos clínicamente significativos. El nivel de prevalencia general y de intensidad de los miedos disminuye a medida que aumenta la edad (Valiente, Sandín, Chorot, & Tabar, 2003) pero es importante diferenciar los miedos

comunes de los clínicamente significativos en población infantojuvenil (Valiente, Sandín, & Chorot, 2002a). Varios autores definieron la sensibilidad a la ansiedad como un factor general de predisposición hacia los miedos clínicamente significativos (Valiente, Sandín, & Chorot, 2002b). En este estudio, el grupo con ARFID obtuvo puntuaciones indicativas de miedos clínicamente significativos en las subescalas del FSSC-R, *miedos médicos y peligros físicos/muerte*. A modo de reflexión, consideramos que dichas diferencias con la AN, podrían estar fuertemente relacionadas con las disimilitudes observadas entre ambos diagnósticos en el tiempo de inicio de la enfermedad y la propensión a tener una condición médica comórbida. El grupo con ARFID también obtuvo puntuaciones mayores en *miedo a lo desconocido y miedos a pequeños animales/daños menores*. En la actualidad, no hay estudios que incluyan esta variable y, por consiguiente, amparen los resultados obtenidos en esta investigación.

Evaluamos el perfil de socialización con la escala BAS-3 y los pacientes de ambos grupos clínicos, obtuvieron resultados similares. Respecto al GNC, en los grupos ARFID y AN, hallamos una mayor disfuncionalidad con puntuaciones menores en las subescalas de *consideración con los demás y autocontrol en las relaciones sociales*; y mayores en *retraimiento social* y en *ansiedad social/timidez*. Actualmente, no hay estudios que hayan comparado esta dimensión entre estos grupos diagnósticos con un instrumento de medida similar al nuestro y puedan corroborar los resultados obtenidos. De forma individual, en un estudio reciente con pacientes con AN, hallaron un fuerte deterioro en su función social (Bentz et al., 2017). De mismo modo, con el ARFID, diversos estudios han remarcado su impacto en el funcionamiento social (Coglan & Otasowie, 2019; Katzman et al., 2019). Una investigación reciente concluyó que el impacto del ARFID en la función social de los pacientes podría atribuirse a la interferencia de sus hábitos alimentarios en las rutinas

cotidianas, pudiendo llegar a evitar determinadas situaciones sociales por vergüenza y/o ansiedad anticipatoria relacionada con su conducta alimentaria (Zickgraf et al., 2019).

Varios estudios han confirmado el impacto de un TCA en la calidad de vida de los pacientes, sin embargo, hasta el momento, no hay ninguno que compare el ARFID con la AN. En nuestra muestra, medimos la calidad de vida relacionada con la salud con la escala KIDSCREEN. Observamos diferencias estadísticamente significativas entre los grupos clínicos, pero podemos concluir que ambos, informaron de un fuerte impacto del trastorno en su calidad de vida. Respecto al grupo ARFID, el grupo con AN obtuvo puntuaciones indicativas de un mayor deterioro del bienestar físico y psicológico. Ambos, manifestaron una interferencia similar del trastorno en su autonomía y a nivel familiar, social y escolar, mostrando una calidad de vida más deteriorada que la del GNC. En la literatura, con cada diagnóstico por separado, hay investigaciones que ratifican nuestros resultados. Con AN, publicaron una revisión sistemática sobre la calidad de vida relacionada con la salud y en varios estudios, hallaron un deterioro significativo en la calidad de vida de estos pacientes (Ágh et al., 2016). Otros autores hallaron los mismos resultados comparando un grupo de pacientes con AN y sujetos sanos (Weigel, König, Gumz, Löwe, & Brettschneider, 2016). Con ARFID, una investigación reciente, también ha evaluado dicha variable con la escala KIDSCREEN-27 y han comparado los resultados con un grupo control de población sana, hallando puntuaciones indicativas de un fuerte deterioro en la autonomía y las relaciones familiares y sociales del grupo clínico (Schmidt et al., 2019). Mediante otro instrumento de medida pero con el mismo tipo de muestra, una investigación reciente ha corroborado el impacto del ARFID en la calidad de vida de los pacientes (Krom et al., 2019). En base a nuestros hallazgos, podemos afirmar que ambos trastornos interfieren de forma similar en la calidad de vida de los pacientes, irrumpiendo de forma grave en su bienestar físico-psicológico y en su funcionamiento psicosocial. Por consiguiente, consideramos que son

necesarios más estudios que evalúen el impacto de ambas patologías en la calidad de vida de los pacientes.

Evaluamos el perfil psicopatológico con la escala CBCL en la muestra de niños y adolescentes a partir de la información de los familiares. Los grupos clínicos (ARFID y AN) presentaron un perfil psicopatológico similar y más deteriorado que el del GNC. El grupo con AN obtuvo una puntuación mayor en conductas interiorizadas y se observaron diferencias estadísticamente significativas entre grupos. En conductas exteriorizadas, los dos grupos clínicos, mostraron un perfil similar. Los pacientes con un patrón de conducta interiorizada expresan sus dificultades mediante la inhibición, la inquietud, la evitación o la timidez y suelen presentar trastornos ansioso-depresivos. Por el contrario, los sujetos con un patrón exteriorizado, expresan sus problemas mediante conductas agresivas, con impulsividad, negativismo o hiperactividad y pueden presentar trastornos de conducta y TDAH (Achenbach & Edelbrock, 1984). Acorde con la clasificación de Achenbach, en las subescalas del CBCL, el grupo AN mostró más sintomatología ansioso-depresiva que el grupo con ARFID, observando diferencias significativas. El grupo con ARFID obtuvo puntuaciones significativamente mayores en *problemas de atención*, escala directamente relacionada con el diagnóstico de TDAH (Achenbach & Edelbrock, 1984). A nivel social, ambos grupos refirieron dificultades similares y a nivel conductual, también presentaron puntuaciones análogas en conductas disruptivas. Varios estudios, a pesar de no comparar ambos grupos diagnósticos, apoyan nuestros resultados. Mediante el mismo cuestionario, varios autores observaron un funcionamiento fuertemente deteriorado en sujetos con AN, con puntuaciones más altas en sintomatología depresiva (Leggero et al., 2010; Viglione, Muratori, Maestro, Brunori, & Picchi, 2006). Con el ARFID, también se ha ratificado el fuerte impacto del trastorno en el funcionamiento conductual/emocional de los pacientes,

destacando las puntuaciones en la escalas del CBCL de *síntomas somáticos, dificultades de atención y conducta disruptiva/agresiva* (Lucarelli, Sechi, Cimino, & Chatoor, 2018).

Medimos el CI estimado en la muestra de niños y adolescentes con las subescalas de *vocabulario y semejanzas* del área de CV y las de *cubos y matrices* del área de RP del WISC-IV (Crawford et al., 2010). El grupo con ARFID obtuvo una media del CI estimado significativamente inferior a la de los pacientes con AN y el GNC, indicativa de un nivel medio-bajo. Hasta este momento, no hemos hallado estudios que hayan evaluado el CI en este tipo de muestra. Por lo tanto, no podemos contrastar nuestros resultados con trabajos previos. Sin embargo, consideramos que nos llevan a una serie de consideraciones. Varios autores han referido que es frecuente que el ARFID presente comorbilidad psiquiátrica con trastornos del desarrollo neurológico, trastornos del aprendizaje o deterioro cognitivo (Beighley et al., 2013; Cooney et al., 2018; Katzman et al., 2019; Lieberman et al., 2019; Lucarelli et al., 2018; Pennell et al., 2016; Zickgraf et al., 2019; Zimmerman & Fisher, 2017). En esta muestra, el grupo con ARFID tenía un rendimiento académico inferior al del grupo con AN y el GNC, variable registrada en la entrevista K-SADS-PL, y hallamos diferencias significativas entre grupos. Estos pacientes suelen mostrar un funcionamiento escolar deteriorado, resultados que obtuvimos mediante la escala CGAS (evalúa el nivel de funcionamiento social, escolar, familiar y personal de los pacientes) y respaldan otras investigaciones (Krom et al., 2019; Lucarelli et al., 2018; Weigel et al., 2016; Zickgraf, et al., 2019). Por este motivo, consideramos que, en futuros estudios, se debería incluir la evaluación de la capacidad cognitiva para observar el impacto de esta variable (CI) en la evolución y el funcionamiento de los pacientes.

Evaluamos el vínculo parental con el instrumento PBI en la muestra infantojuvenil y en la de familiares (padre y/o madre). Hallamos diferencias entre los grupos de niños y adolescentes, manifestando el grupo ARFID respecto a los otros dos grupos (AN y GNC),

un vínculo parental controlado o forzado (Parker et al., 1979). Los pacientes con ARFID obtuvieron puntuaciones significativamente altas en *protección*, indicando que percibían un exceso de control, sobreprotección e infantilización por parte de sus progenitores. Los pacientes con AN obtuvieron puntuaciones indicativas de un vínculo parental óptimo pero al igual que en el ARFID, manifestaron una tendencia parental a la sobreprotección. Las familias del grupo ARFID también reconocieron un vínculo parental caracterizado por la sobreprotección, infantilización y el exceso de control hacia sus hijos.

También evaluamos el estilo educativo con el cuestionario EMBU-P en los grupos de familiares. No hallamos diferencias significativas entre ellos, pero los grupos clínicos, obtuvieron puntuaciones mayores en *rechazo, control y favoritismo*, y menores en *calidez emocional*, indicativas de presentar un estilo educativo más deteriorado que el del GNC.

Actualmente, no hay trabajos comparativos con pacientes con ARFID y con AN que hayan estudiado las variables vínculo parental y estilo educativo y, por consiguiente, puedan secundar nuestros resultados. Con la AN, las conclusiones halladas en la literatura son discordantes (Balottin et al., 2017; Monteleone et al., 2019; Rienecke & Richmond, 2017). Con hallazgos similares a los observados en nuestro estudio, son varios los autores que han concluido que los TCA pueden estar asociados con una disfuncionalidad familiar y que frecuentemente, se observan relaciones paterno-filiales deterioradas, caracterizadas por un exceso de control, sobreprotección, infantilización, rechazo emocional y carencia de cuidados por parte de los familiares (Berge et al., 2012; Cerniglia et al., 2017; Herraiz-Serrano et al., 2015; Monteleone et al., 2019; Tetley et al., 2014). Con el ARFID, varios autores han afirmado que las relaciones familiares podrían estar fuertemente deterioradas por la interferencia de los hábitos alimentarios de los pacientes en las dinámicas familiares (Zickgraf et al., 2019).

Los progenitores de la muestra clínica refirieron un nivel de malestar significativo en el índice global de severidad del SCL-90, con perfiles psicopatológicos similares y con puntuaciones indicativas de un mayor nivel de gravedad, respecto a las familias del GNC. Mostraron más síntomas de las subescalas de *depresión, ansiedad fóbica, somatización, sensibilidad interpersonal, obsesión-compulsión e ideación paranoide*. En la actualidad, no hay estudios que hayan medido ni comparado el nivel de malestar psicológico en este tipo de muestra. Con cada diagnóstico por separado, un estudio de carácter retrospectivo, observó un nivel de malestar psicológico significativo en un grupo de madres de pacientes con ARFID (Lucarelli et al., 2018). En progenitores de pacientes con AN, varios autores, hallaron altos niveles de sintomatología clínica en estas familias (Rienecke & Richmond, 2017). Nuestros resultados podrían respaldarse en los hallazgos de estas investigaciones, debido a que confirman la presencia de psicopatología en los familiares de pacientes con ARFID y AN. Ante un diagnóstico de TCA en la etapa infantojuvenil, varios estudios han destacado que se generan situaciones de estrés y ansiedad que interfieren en las dinámicas familiares y en el bienestar físico y/o psicológico de los progenitores como cuidadores de los pacientes (Coglan & Otasowie, 2019; Mitchell et al., 2013; Sepúlveda et al., 2012; Zickgraf et al., 2019). Varios autores han destacado como factor de riesgo en el desarrollo de un TCA a largo plazo, los antecedentes psiquiátricos a nivel familiar con trastornos de ansiedad o TCA (Coglan & Otasowie, 2019; Lucarelli et al., 2018; Mairs & Nicholls, 2016; Nicely et al., 2014; Strandjord et al., 2015). En base a estos hallazgos, remarcamos la importancia de desarrollar investigaciones que evalúen los síntomas psicopatológicos en los familiares de pacientes con ARFID y AN, para observar su posible interferencia en el inicio, desarrollo y evolución de ambos trastornos y también, para poder corroborar si dicha variable se puede considerar un factor común entre ambas entidades diagnósticas.

La novedad diagnóstica del ARFID es un punto fuerte de esta investigación por la aportación de nuevos datos a la comunidad científica. A lo largo de este proyecto, se llevó a cabo una revisión bibliográfica periódica sin hallar ningún estudio análogo a éste, siendo el pionero en comparar un conjunto de variables sociodemográficas y clínicas en este tipo de muestra, dos grupos clínicos (ARFID y AN) y un GNC, incluyendo a sus progenitores.

El presente estudio nos ha permitido conocer las características sociodemográficas y clínicas de un grupo de pacientes con ARFID y destacar aquellas que los diferencian y semejan de un grupo de pacientes con AN.

En síntesis, nuestros resultados han evidenciado diferencias y similitudes clínicas entre ambos diagnósticos. En nuestra muestra, los pacientes del grupo ARFID respecto al grupo AN, fueron más jóvenes y mayoritariamente varones. Además, informaron de una edad de inicio de la enfermedad más temprana y un tiempo de evolución del TCA mayor. También presentaron más antecedentes médicos y comorbilidad psiquiátrica que el grupo con AN. En base a estas disimilitudes, podemos confirmar que el ARFID y la AN son dos entidades clínicas diagnósticas distintas, hallazgos secundados en la literatura consultada. A nivel psicopatológico, presentaron un perfil similar. Sin embargo, el grupo con ARFID presentó mayor presencia de miedos y mayor deterioro del funcionamiento general, y el grupo con AN, mostró más síntomas ansioso-depresivos. El patrón familiar del grupo con ARFID se caracterizó por un exceso de sobreprotección paterna. A nivel psicopatológico, los familiares de ambos grupos, refirieron un malestar psicológico significativo y similar.

#### ***Limitaciones del estudio***

En la unidad de TCA del HSJD la prevalencia del ARFID es inferior a la de la AN, correspondiendo a un 15% frente a un 26.5% a nivel ambulatorio y a un 10% frente a un 70% en HP (el resto, a nivel ambulatorio, corresponde a un 38.5% TCANE, 16.5% BN, 3% TA y 0.5% pica). Estudios actuales obtienen porcentajes similares y entre el 13%

y el 31% de los pacientes que inician tratamiento en una unidad infantojuvenil para TCA, cumplen criterios diagnósticos DSM-5 (APA, 2013) para el ARFID (Cooney et al., 2018; Fisher et al., 2015; Nakai et al., 2016; Norris et al., 2016; Strandjord et al., 2015; Zickgraf et al., 2019). En este sentido, una primera limitación del estudio es la derivada del tamaño de la muestra. Con el fin de garantizar la comparabilidad entre grupos y el uso de pruebas paramétricas en la fase de análisis estadístico, se calculó el tamaño muestral mediante la *calculadora de Grandària Mostral GRANMO* y se estimó que se requerirían un mínimo de 31 sujetos para cada grupo diagnóstico (ARFID, AN y GNC).

Una segunda limitación es la heterogeneidad entre grupos en cuanto a la edad y el género, diferencias que preveíamos observar en base a la literatura consultada al inicio de este proyecto. Pudiendo comportar un sesgo para esta investigación, se realizó un análisis multivariante (MANCOVA) para controlar el efecto de las variables edad y género sobre todas las medidas de resultado analizadas, observando que no incidían significativamente en las tendencias de las puntuaciones obtenidas.

Otra limitación del estudio es no evaluar la comorbilidad del ARFID con el TEA debido a su elevada prevalencia (Beighley et al., 2013; Lucarelli et al., 2017; Marí-Bauset et al., 2014). Se estableció como motivo de exclusión por las dificultades de interpretación y comprensión de los instrumentos que podría implicar dicho diagnóstico y con el fin de evitar un sesgo en la investigación.

Por último, detallaremos un conjunto de limitaciones relacionadas con la novedad diagnóstica del ARFID.

En primer lugar, al inicio de este proyecto (septiembre 2014), no contábamos con un instrumento diagnóstico para los criterios del DSM-5 (APA, 2013) validado al español y por esto, se administró la entrevista diagnóstica K-SADS-PL del DSM-IV (APA, 1994). Con el objetivo de aumentar la rigurosidad y objetividad diagnóstica del ARFID y la AN,

en base a los criterios del DSM-5 (APA, 2013), para el primero, se diseñó una entrevista específica que cumplieron los familiares y para la AN, se adaptaron verbalmente los nuevos criterios diagnósticos a la entrevista diagnóstica K-SADS-PL, proceso que varios autores, recientemente, también han llevado a cabo en su estudio (Izquierdo et al., 2019).

En segundo lugar, hasta el momento, no disponemos de un instrumento validado en población española para evaluar sintomatología alimentaria en pacientes con ARFID en edad infantojuvenil. Esto dificulta la identificación del trastorno y del curso natural del mismo (Thomas et al., 2017). Actualmente, el único instrumento específico es el *Eating Disturbances in Youth-Questionnaire (EDY-Q)*, cuestionario de autoinforme formado por catorce ítems basados en los criterios diagnósticos del DSM-5 (APA, 2013) para ARFID, pica y trastorno de rumiación (Hilbert & Van Dyck, 2016; Van Dyck et al., 2013). En este momento, el equipo de la unidad de TCA del HSJD, está llevando a cabo la validación y la adaptación al español con la autorización de las autoras originales.

### ***Prospectiva***

A continuación, expondremos un conjunto de propuestas y de líneas de mejora y valoración para futuras investigaciones que incluyan pacientes diagnosticados de ARFID y los comparen o no, con otros TCA o grupos de población no clínica.

En primer lugar, futuras líneas de investigación deberían enfocarse en el desarrollo de instrumentos psicométricos específicos y adaptados, que evalúen conducta alimentaria y síntomas comórbidos en los TCA en población infantil (pacientes menores de 12 años).

En futuras investigaciones, se debería ampliar el tamaño de la muestra realizando estudios multicéntricos. De este modo, se podría realizar una mayor extrapolación de los resultados obtenidos y aumentar la fiabilidad y generalización de los resultados. También son necesarios más estudios que ofrezcan datos epidemiológicos del ARFID en población general, debido a que en la actualidad, son insuficientes (Thomas et al., 2017).

Esta investigación ha evidenciado diferencias sociodemográficas y clínicas entre pacientes con ARFID y AN, concluyendo que son entidades diagnósticas diferentes. Por ello, para finalizar, cabe destacar la notable necesidad de seguir desarrollando estudios que ofrezcan información de las variables clínicas, psicosociales y de tratamiento en torno a esta nueva categoría diagnóstica. Nuevos hallazgos ofrecerían a los clínicos orientación sobre nuevas estrategias de intervención más efectivas y adaptadas a los pacientes y a sus familiares. Estudios prospectivos permitirían observar e identificar a los clínicos variables predictoras presentes en el ARFID, para extraer conclusiones más sólidas y que aportarían información clínica para la prevención del inicio y el desarrollo de la enfermedad. Varios autores han sugerido la cuestión de si el ARFID requiere un plan de tratamiento diferente al de otros TCA pero hasta el momento, no se han reconocido tratamientos empíricamente validados para el ARFID (Coglan & Otasowie, 2019; Katzman et al., 2019). Por lo tanto, son necesarios estudios clínicos aleatorizados que evalúen la eficacia del tratamiento para pacientes con ARFID y sus progenitores. En base a las tres dimensiones psicopatológicas (falta de interés, sensibilidad sensorial y miedos específicos), también son necesarias más investigaciones que estudien la necesidad de desarrollar estrategias de intervención para cada perfil a nivel individual, tanto para los pacientes como para las familias.

En síntesis, a nivel prospectivo, son necesarios más estudios que ofrezcan nueva información y estrategias para prevenir y reducir el impacto del ARFID y poder ofrecer a los pacientes y sus familias intervenciones más efectivas y adaptadas a la manifestación clínica de esta nueva entidad diagnóstica (ARFID).



**CONCLUSIONES**



## 6. Conclusiones

A continuación, se expondrán las conclusiones del estudio en base a las diferentes hipótesis generales y específicas, formuladas en esta investigación.

Para finalizar, se sintetizarán los hallazgos más relevantes del estudio respecto a las diferencias y las similitudes observadas en nuestra muestra entre el ARFID y la AN, resultados que pueden aportar nuevos datos sobre esta categoría diagnóstica reciente a la comunidad científica.

### *Hipótesis generales*

*Se confirma parcialmente la hipótesis general 1:*

*Los pacientes con ARFID presentarán diferencias clínicas significativas respecto a los pacientes con AN y los sujetos del GNC.*

Se observaron diferencias significativas entre los tres grupos en diversas variables sociodemográficas, antropométricas y clínicas. No obstante, hallamos más similitudes de las esperadas entre los dos grupos clínicos.

*Se confirma la hipótesis general 2:*

*Entre los grupos de familiares de los pacientes con ARFID y AN no se observarán diferencias significativas en las variables clínicas. Sin embargo, respecto a las familiares del GNC, presentarán diferencias estadísticamente significativas.*

Los familiares de los grupos clínicos presentaron perfiles similares en las variables vínculo parental, estilo educativo y psicopatología. Respecto a los progenitores del GNC, mostraron diferencias significativas en dichas variables.

### *Hipótesis específicas*

*Se confirma la hipótesis específica 1:*

*Los pacientes con ARFID, respecto al grupo de pacientes con AN y los sujetos del GNC, presentarán diferencias estadísticamente significativas en edad, género, tiempo de*

*evolución de la enfermedad, edad de inicio del TCA, antecedentes médicos/psiquiátricos y comorbilidad psiquiátrica.*

Se hallaron diferencias estadísticamente significativas entre grupos, los pacientes con ARFID, respecto al grupo con AN y el GNC, fueron más jóvenes y mayoritariamente varones. Respecto a los pacientes con AN, informaron de una edad de inicio del TCA más temprana junto con un mayor tiempo de evolución de la enfermedad. También mostraron más antecedentes médicos y mayores tasas de comorbilidad psiquiátrica.

*Se confirma la hipótesis específica 2:*

*Se hallarán diferencias significativas en los valores antropométricos (peso, talla, IMC y percentil del IMC) entre los tres grupos de participantes.*

Se hallaron diferencias significativas en los valores antropométricos entre los tres grupos participantes. Los pacientes con AN, respecto a los sujetos del grupo ARFID y del GNC, presentaron un percentil del IMC significativamente inferior.

*Se confirma parcialmente la hipótesis específica 3:*

*Se hallarán diferencias estadísticamente significativas en las variables clínicas y neuropsicológicas entre los tres grupos de participantes.*

*El grupo ARFID presentará mayores niveles de ansiedad y miedo. Estos pacientes también referirán más alteraciones comportamentales y un funcionamiento global más deteriorado. Los niveles de socialización, calidad de vida y capacidad intelectual serán inferiores en estos sujetos. Por último, el grupo con AN referirá más síntomas depresivos.*

Rechazando las hipótesis formuladas, ambos grupos clínicos (ARFID y AN) no presentaron diferencias significativas en las variables de socialización, calidad de vida y en conducta, presentando un perfil psicopatológico similar y fuertemente deteriorado. En la variable ansiedad, el grupo AN manifestó mayor sintomatología que el grupo ARFID.

Confirmando las hipótesis planteadas, respecto al grupo AN, el grupo con ARFID presentó diferencias estadísticamente significativas, con una mayor intensidad de miedos, un CI estimado inferior y un funcionamiento general más deteriorado. El grupo con AN, respecto al grupo ARFID, mostró más sintomatología depresiva. Ambos grupos clínicos, respecto al GNC, presentaron diferencias significativas en todas las variables evaluadas.

*Se confirma parcialmente la hipótesis específica 4:*

*No se hallarán diferencias significativas entre los progenitores de los dos grupos clínicos. Sin embargo, en los instrumentos de medida correspondientes, el grupo ARFID respecto al grupo AN, presentará puntuaciones mayores en protección y cuidados. En estilo educativo referirán puntuaciones más altas en rechazo, control y favoritismo y más bajas en calidez emocional. Del mismo modo, mostrarán un mayor nivel de gravedad de síntomas psicológicos.*

*Ambos grupos, respecto al GNC, presentarán diferencias significativas en cada una de estas variables.*

Aceptando las hipótesis planteadas, no se hallaron diferencias significativas entre los progenitores de los grupos clínicos en las variables estilo educativo y psicopatología, presentaron resultados indicativos de disfuncionalidad familiar y de niveles de malestar psicológico elevados. Respecto a las familias del GNC, ambos grupos clínicos, mostraron diferencias significativas en prácticamente todas las variables evaluadas.

Rechazando la hipótesis formulada, los familiares del grupo ARFID respecto a los del grupo AN, en vínculo parental, obtuvieron una puntuación significativamente superior en la escala de protección, indicativa de sobreprotección y exceso de control parental.

### ***Principales hallazgos de la investigación***

Para finalizar, consideramos importante destacar los principales hallazgos de esta investigación en base a los resultados obtenidos del trabajo de campo. El objetivo de este estudio era describir a un grupo de pacientes con ARFID y compararlos con un grupo de pacientes con AN y un GNC formado por población general, incluyendo en la evaluación a los familiares de todos los participantes. Con el fin de ofrecer a la comunidad científica nueva información en torno a esta nueva categoría diagnóstica (ARFID), en la actualidad, se está trabajando en la elaboración de dos artículos científicos con los resultados de esta tesis para su futura publicación.

Nuestros hallazgos han evidenciado que ambas entidades diagnósticas (ARFID y AN) son diferentes y que el ARFID tiene un impacto significativo en el desarrollo físico, emocional, social, escolar y familiar de los pacientes; en algunas áreas similar e incluso superior al que tiene la AN. En la muestra analizada, el ARFID respecto a la AN, presentó un conjunto de similitudes y de diferencias que enumeraremos a continuación:

- Fueron más jóvenes y mayoritariamente varones.
- Tenían una edad de inicio del TCA más temprana y un tiempo de evolución de la enfermedad superior.
- Presentaron más antecedentes médicos y comorbilidad psiquiátrica.
- Presentaron signos de desnutrición y malnutrición, a pesar de estar en un percentil del IMC dentro de la normalidad.
- Mostraron un funcionamiento general (a nivel personal, social, familiar y escolar) deteriorado y miedos clínicamente significativos.
- Obtuvieron una media del CI estimado significativamente inferior.
- Presentaron un deterioro significativo de la función social, la calidad de vida y la conducta.

- Presentaron un vínculo parental caracterizado por mayor control, sobreprotección e infantilización.
- Los familiares manifestaron síntomas de malestar psicológico significativos.



## **REFERENCIAS**



## 7. Referencias

- Achenbach, T. M., & Edelbrock, C. S. (1984). Psychopathology of childhood. *Annual Review of Psychology*, 35, 227-256. <https://doi.org/10.1002/ddr.430040503>
- Achenbach, T. M., & Rescorla, L. A. (2001). *Manual for the ASEBA School-age Forms & Profiles*. Burlington VT: University of Vermont Research Center for Children, Youth, & Families.
- Ágh, T., Kovács, G., Supina, D., Pawaskar, M., Herman, B. K., Vokó, Z., & Sheehan, D. V. (2016). A systematic review of the health-related quality of life and economic burdens of anorexia nervosa, bulimia nervosa, and binge eating disorder. *Eating and Weight Disorders*, 21(3), 353-364. <https://doi.org/10.1007/s40519-016-0264-x>
- Anastasiadou, D., Medina-Pradas, C., Sepulveda, A. R., & Treasure, J. (2014). A systematic review of family caregiving in eating disorders. *Eating Behaviors*, 15(3), 464-477. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2014.06.001>
- Anastasiadou, D., Sepúlveda, A. R., Parks, M., Cuellar-Flores, I., & Graell, M. (2016). The relationship between dysfunctional family patterns and symptom severity among adolescent patients with eating disorders: A gender-specific approach. *Women & Health*, 56(6), 695-712. <https://doi.org/10.1080/03630242.2015.1118728>
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4<sup>th</sup> ed., revised edition)*. Washington, DC: Autor.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5<sup>th</sup> ed.)*. Washington, DC: Autor.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4<sup>th</sup> ed.)*. Washington, DC: Autor.

- Arrindell, W. A., Emmelkamp, P. M. G., Britman, E., & Monsma, A. (1983). Psychometric evaluation of an inventory for assessment of parental rearing practices: A Dutch form of the EMBU. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67, 163-177.
- Arrindell, W. A., Perris, C., Eisemann, M., Perris, H., Van der Ende, J., Ross, M., ... del Vecchio, M. (1986). Cross-national invariance of dimensions of parental rearing behaviour: comparison of psychometric data of Swedish depressives and healthy subjects with Dutch target ratings on the EMBU. *Personality and Individual Differences*, 7, 103-112.
- Arrindell, W. A., & Van der Ende, J. (1984). Replicability and invariance of dimensions of parental rearing behaviour: Further Dutch experiences with the EMBU. *Personality and Individual Differences*, 5, 671-682.
- Attia, E., & Roberto, C. A. (2009). Should amenorrhea be a diagnostic criterion for anorexia nervosa? *International Journal of Eating Disorders*, 42(7), 581-589. <https://doi.org/10.1002/eat.20720>
- Aviram, I., Atzaba-Poria, N., Pike, A., Meiri, G., & Yerushalmi, B. (2014). Mealtime Dynamics in Child Feeding Disorder: The Role of Child Temperament, Parental Sense of Competence, and Paternal Involvement. *Journal of Pediatric Psychology*, 40(1), 45-54. <https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsu095>
- Aymerich, M., Berra, S., Guillamón, I., Herdman, M., Alonso, J., Ravens-Sieberer, U., & Rajmil, L. (2005). Desarrollo de la versión en español del KIDSCREEN, un cuestionario de calidad de vida para la población infantil y adolescente. *Gaceta Sanitaria*, 19(2), 93-102. <https://doi.org/10.1157/13074363>

- Balottin, L., Mannarini, S., Rossi, M., Rossi, G., & Balottin, U. (2017). The parental bonding in families of adolescents with anorexia: Attachment representations between parents and offspring. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, *13*, 319-327. <https://doi.org/10.2147/NDT.S128418>
- Ballús, C. (1991). *Adaptació del Parental Bonding Instrument a la població barcelonesa*. Investigación inédita, Escola Professional de Psicologia Clínica, Barcelona.
- Beker, D. F., & Grilo, C. M. (2015). Comorbidity of mood and substance use disorders in patients with binge-eating disorder: Associations with personality disorder and eating disorder pathology. *Journal of Psychosomatic Research*, *79*(2), 159-164. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2015.01.016>
- Becker, K. R., Keshishian, A. C., Liebman, R. E., Coniglio, K. A., Wang, S. B., Franko, D. L., ... Thomas, J. J. (2019). Impact of expanded diagnostic criteria for avoidant/restrictive food intake disorder on clinical comparisons with anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, *52*(3), 230-238. <https://doi.org/10.1002/eat.22988>
- Beighley, J. S., Matson, J. L., Rieske, R. D., & Adams, H. L. (2013). Food selectivity in children with and without an autism spectrum disorder: Investigation of diagnosis and age. *Research in Developmental Disabilities*, *34*(10), 3497-3503. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2013.07.026>
- Bentz, M., Jepsen, J. R. M., Pedersen, T., Bulik, C. M., Pedersen, L., Pagsberg, A. K., & Plessen, K. J. (2017). Impairment of Social Function in Young Females With Recent-Onset Anorexia Nervosa and Recovered Individuals. *Journal of Adolescent Health*, *60*(1), 23-32. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2016.08.011>

- Berge, J. M., Loth, K., Hanson, C., Croll-Lampert, J., & Neumark-Sztainer, D. (2012). Family life cycle transitions and the onset of eating disorders: Retrospective grounded theory approach. *Journal of Clinical Nursing, 21*(9-10), 1355-1363. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2011.03762.x>
- Brewerton, T. D., & D'Agostino, M. (2017). 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, 27*(10), 920-922. <https://doi.org/10.1089/cap.2017.0133>
- Brigham, K. S., Manzo, L. D., Eddy, K. T., & Thomas, J. J. (2018). Evaluation and Treatment of Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder (ARFID) in Adolescents. *Current Pediatrics Reports, 6*(2), 107-113. <https://doi.org/10.1007/s40124-018-0162-y>
- Bryant-Waugh, R., Cooper, P. J., Taylor, C. L., & Lask, B. D. (1996). The use of the eating disorder examination with children: A pilot study. *International Journal of Eating Disorders, 19*(4), 391-397.
- Bryant-Waugh, R. (2013). Avoidant restrictive food intake disorder: An illustrative case example. *International Journal of Eating Disorders, 46*(5), 420-423. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1098-108X\(199605\)19:4<391::AID-EAT6>3.0.CO;2-G](https://doi.org/10.1002/(SICI)1098-108X(199605)19:4<391::AID-EAT6>3.0.CO;2-G)
- Bryant-Waugh, R., Markham, L., Kreipe, R. E., & Walsh, B. T. (2010). Feeding and eating disorders in childhood. *International Journal of Eating Disorders, 43*(2), 98-111. <https://doi.org/10.1002/eat.20795>

- Bryant-Waugh, R., Micali, N., Cooke, L., Lawson, E. A., Eddy, K. T., & Thomas, J. J. (2018). Development of the Pica, ARFID, and Rumination Disorder Interview, a multi-informant, semi-structured interview of feeding disorders across the lifespan: A pilot study for ages 10–22. *International Journal of Eating Disorders*, 52(4), 378-387. <https://doi.org/10.1002/eat.22958>
- Bryson, A. E., Scipioni, A. M., Essayli, J. H., Mahoney, J. R., & Ornstein, R. M. (2018). Outcomes of low-weight patients with avoidant/restrictive food intake disorder and anorexia nervosa at long-term follow-up after treatment in a partial hospitalization program for eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 51(5), 470-474. <https://doi.org/10.1002/eat.22853>
- Bulik, C. M. (2005). Exploring the gene-environment nexus in eating disorders. *Journal of Psychiatry*, 30(5), 335-339.
- Bulik, C. M., Sullivan, P. F., Tozzi, F., Furberg, H., Lichtenstein, P., & Pedersen, N. L. (2006). Prevalence, Heritability, and Prospective Risk Factors for Anorexia Nervosa. *Archives Of General Psychiatry*, 63, 305-312.
- Cardona, S., Tiemeier, H., Van Hoeken, D., Tharner, A., Jaddoe, V. W., Hofman, A., ... Hoek, H. W. (2015). Trajectories of picky eating during childhood: A general population study. *International Journal of Eating Disorders*, 48(6), 570-579. <https://doi.org/10.1002/eat.22384>
- Carretero, A., Raich, R. M., Sánchez, L., Rusiñol, J., & Sánchez, D. (2009). Relevancia de factores de riesgo, psicopatología alimentaria, insatisfacción corporal y funcionamiento psicológico en pacientes con TCA. *Clínica y Salud*, 20(2), 145-157. <https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2012.02.002>

- Castro, J., de Pablo, J., Gómez, J., Arrindell, W. A., & Toro, J. (1997). Assessing rearing behaviour from the perspective of the parents: A new form of the EMBU. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 32(4), 230-235.  
<https://doi.org/10.1007/BF00788243>
- Castro, J., & Toro, J. (2010). Trastornos de la conducta alimentaria. En C. Soutullo & M<sup>a</sup>. J. Mardomingo (Ed.), *Manual de Psiquiatría del Niño y del Adolescente* (pp. 181-194). Madrid: Panamericana.
- Celis, A., & Roca, E. (2011). Terapia cognitivo-conductual para los trastornos de la conducta alimentaria según la visión transdiagnóstica. *Acción Psicológica*, 8(1), 21-33.
- Cerniglia, L., Cimino, S., Tafà, M., Marzilli, E., Ballarotto, G., & Bracaglia, F. (2017). Family profiles in eating disorders: Family functioning and psychopathology. *Psychology Research and Behavior Management*, 10, 305-312.  
<https://doi.org/10.2147/PRBM.S145463>
- Chandran, J. J., Anderson, G., Kennedy, A., Kohn, M., & Clarke, S. (2015). Subacute combined degeneration of the spinal cord in an adolescent male with avoidant/restrictive food intake disorder: A clinical case report. *International Journal of Eating Disorders*, 48(8), 1176-1179. <https://doi.org/10.1002/eat.22450>
- Chatoor, I. (2002). Feeding disorders in infants and toddlers: Diagnosis and treatment. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 11(2), 163.
- Claus, L., Brae, C., & Decaluwé, V. (2006). Dieting history in obese youngsters with and without disordered eating. *International Journal of Eating Disorders*, 39(8), 721-728.

- Coglan, L., & Otasowie, J. (2019). Avoidant/restrictive food intake disorder: what do we know so far? *BJPsych Advances*, 25(02), 90-98.  
<https://doi.org/10.1192/bja.2018.48>
- Cooney, M., Lieberman, M., Guimond, T., & Katzman, D. K. (2018). 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*, 6(1), S46.  
<https://doi.org/10.1186/s40337-018-0193-3>
- Crawford, J. R., Anderson, V., Rankin, P. M., & MacDonald, J. (2010). An index-based short-form of the WISC-IV with accompanying analysis of the reliability and abnormality of differences. *British Journal of Clinical Psychology*, 49(2), 235-258.  
<https://doi.org/10.1348/014466509X455470>
- Del Barrio, V., Moreno, C., & López, R. (1999). El Children's Depression Inventory, (CDI; Kovacs, 1992). Su aplicación en población española. *Clínica y Salud*, 10(3), 393-416.
- Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya. (2017). *Pla integral d'atenció a les persones amb trastorns mental i addiccions. Estratègia 2017-2019*.
- Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya. (2017). *Pla director de salut mental i addiccions. Estratègies 2017-2020*.
- Derogatis, L. R., & Cleary, P. A. (1977). Confirmation of the dimensional structure of the scl-90: A study in construct validation. *Journal of Clinical Psychology*, 33(4), 981-989.
- Derogatis, L. R., Lipman, R. S., & Covi, L. (1973). SCL-90: an outpatient psychiatric rating scale--preliminary report. *Psychopharmacology Bulletin*, 9(1), 13.

- Dovey, T. M., Staples, P. A., Gibson, E. L., & Halford, J. C. G. (2008). Food neophobia and «picky/fussy» eating in children: A review. *Appetite*, *50*(2-3), 181-193.  
<https://doi.org/10.1016/j.appet.2007.09.009>
- Dumont, E., Jansen, A., Kroes, D., de Haan, E., & Mulkens, S. (2019). A new cognitive behavior therapy for adolescents with avoidant/restrictive food intake disorder in a day treatment setting: A clinical case series. *International Journal of Eating Disorders*, *52*(4), 447-458. <https://doi.org/10.1002/eat.23053>
- Eddy, K. T., Thomas, J. J., Hastings, E., Edkins, K., Lamont, E., Nevins, C. M., ... Becker, A. E. (2015). Prevalence of DSM-5 avoidant/restrictive food intake disorder in a pediatric gastroenterology healthcare network. *International Journal of Eating Disorders*, *48*(5), 464-470. <https://doi.org/10.1002/eat.22350>
- Erskine, H. E., & Whiteford, H. A. (2018). Epidemiology of binge eating disorder. *International Journal of Eating Disorders*, *31*(6), 462-470.  
<https://doi.org/10.1002/eat.10202>
- Fairburn, C. G., Cooper, Z., Bohn, K., O'Connor, M. E., Doll, H. A., & Palmer, R. L. (2007). The severity and status of eating disorder NOS: Implications for DSM-V. *Behaviour Research and Therapy*, *45*(8), 1705-1715.  
<https://doi.org/10.1016/j.brat.2007.01.010>
- Fairburn, C. G., Cooper, Z., Doll, H. A., & Welch, S. L. (1999). Risk factors for anorexia nervosa: Three integrated case-control comparisons. *Archives of General Psychiatry*, *56*(5), 468-476.
- Fischer, A. J., Luiselli, J. K., & Dove, M. B. (2015). Effects of clinic and in-home treatment on consumption and feeding-associated anxiety in an adolescent with avoidant/restrictive food intake disorder. *Clinical Practice in Pediatric Psychology*, *3*(2), 154-166. <https://doi.org/10.1037/cpp0000090>

- Fisher, M., Gonzalez, M., & Malizio, J. (2015). Eating disorders in adolescents: How does the DSM-5 change the diagnosis? *International Journal of Adolescent Medicine and Health*, 27(4), 437-441. <https://doi.org/10.1515/ijamh-2014-0059>
- Fisher, M., Rosen, D. S., Ornstein, R. M., Mammel, K. A., Katzman, D. K., Rome, E. S., ... Walsh, T. (2014). Characteristics of Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder in Children and Adolescents: A “New Disorder” in DSM-5. *Journal of Adolescent Health*, 55(1), 49-52. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2013.11.013>
- Fitzgerald, M., & Frankum, B. (2017). Food avoidance and restriction in adults: a cross-sectional pilot study comparing patients from an immunology clinic to a general practice. *Journal of Eating Disorders*, 5(1), 30-41. <https://doi.org/10.1186/s40337-017-0160-4>
- Forman, S. F., McKenzie, N., Hehn, R., Monge, M. C., Kapphahn, C. J., Mammel, K. A., ... Woods, E. R. (2014). 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*, 55(6), 750-756. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2014.06.014>
- Gander, M., Sevecke, K., & Buchheim, A. (2015). Eating disorders in adolescence: Attachment issues from a developmental perspective. *Frontiers in Psychology*, 6, 1-12. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2015.01136>
- Golden, N. H., Katzman, D. K., Sawyer, S. M., Ornstein, R. M., Rome, E. S., Garber, A. K., ... Kreipe, R. E. (2015). Update on the medical management of eating disorders in adolescents. *Journal of Adolescent Health*, 56(4), 370-375. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2014.11.020>

- González de Rivera, J. L., Derogatis, L. R., De las Cuevas, C., Gracia Marco, R., Rodríguez Pulido, F., Henry Benítez, M., & Monterrey, A. L. (1989). *The spanish version of the SCL-90-R. Normative data in the general population*. Towson: Clinical Psychometric Research.
- Gray, E., Chen, T., Menzel, J., Schwartz, T., & Kaye, W. H. (2018). Mirtazapine and Weight Gain in Avoidant and Restrictive Food Intake Disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 57(4), 288-289.  
<https://doi.org/10.1016/j.jaac.2018.01.011>
- Grupo de trabajo Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria. *Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria*. Madrid: Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Consumo. Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques de Catalunya; 2009. Guías de Práctica Clínica en el SNS: AATRM Núm. 2006/05-01.
- Harden, K. P., Mendle, J., & Kretsch, N. (2012). Environmental and genetic pathways between early pubertal timing and dieting in adolescence: Distinguishing between objective and subjective timing. *Psychological Medicine*, 42(1), 183-193.  
<https://doi.org/10.1017/S0033291711000961>
- Hartmann, A. S., Poulain, T., Vogel, M., Hiemisch, A., Kiess, W., & Hilbert, A. (2018). Prevalence of pica and rumination behaviors in German children aged 7–14 and their associations with feeding, eating, and general psychopathology: a population-based study. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 27(11), 1499-1508.  
<https://doi.org/10.1007/s00787-018-1153-9>

- Hay, P., Chinn, D., Forbes, D., Madden, S., Newton, R., Sugenor, L., ... Ward, W. (2014). Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists clinical practice guidelines for the treatment of eating disorders. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 48(11), 977-1008.  
<https://doi.org/10.1177/0004867414555814>
- Herpertz-Dahlmann, B. (2017). Treatment of eating disorders in child and adolescent psychiatry. *Current Opinion in Psychiatry*, 30(6), 438-445.  
<https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000357>
- Herraiz-Serrano, C., Rodríguez-Cano, T., Beato-Fernández, L., Latorre-Postigo, J. M., Rojo-Moreno, L., & Vaz-Leal, F. J. (2015). Parental rearing and eating psychopathology. *Actas Españolas de Psiquiatria*, 43(3), 91-98.
- Hilbert, A., & Van Dyck, Z. (2016). Eating Disorders in Youth- Questionnaire (English Version). *Universitätsklinikum Leipzig*.
- Hilbert, A., Buerger, A., Hartmann, A. S., Spenner, K., Czaja, J., & Warschburger, P. (2013). Psychometric evaluation of the eating disorder examination adapted for children. *European Eating Disorders Review*, 21(4), 330-339.  
<https://doi.org/10.1002/erv.2221>
- Hoek, H. W. (2006). Incidence, prevalence and mortality of anorexia nervosa and other eating disorders. *Current Opinion in Psychiatry*, 19(4), 389-394.
- Holsen, L. M., Lawson, E. A., Blum, J., Ko, E., Makris, N., Fazeli, P. K., ... Goldstein, J. M. (2012). Food motivation circuitry hypoactivation related to hedonic and nonhedonic aspects of hunger and satiety in women with active anorexia nervosa and weight-restored women with anorexia nervosa. *Journal of Psychiatry and Neuroscience*, 37(5), 322-332. <https://doi.org/10.1503/jpn.110156>

- Hudson, J. I., Hiripi, E., Pope, H. G., & Kessler, R. C. (2007). The Prevalence and Correlates of Eating Disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Biological Psychiatry*, *61*(3), 348-358. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2006.03.040>
- Izquierdo, A., Plessow, F., Becker, K. R., Mancuso, C. J., Slattery, M., Murray, H. B., ... Thomas, J. J. (2019). Implicit attitudes toward dieting and thinness distinguish fat-phobic and non-fat-phobic anorexia nervosa from avoidant/restrictive food intake disorder in adolescents. *International Journal of Eating Disorders*, *52*(4), 419-427. <https://doi.org/10.1002/eat.22981>
- Karwautz, A. F., Wagner, G., Waldherr, K., Nader, I. W., Fernandez-Aranda, F., Estivill, X., ... Treasure, J. L. (2011). Gene-environment interaction in anorexia nervosa: Relevance of non-shared environment and the serotonin transporter gene. *Molecular Psychiatry*, *16*(6), 590-592. <https://doi.org/10.1038/mp.2010.125>
- Katzman, D. K., Norris, M. L., & Zucker, N. (2019). Avoidant Restrictive Food Intake Disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, *42*(1), 45-57. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2018.10.003>
- Kaufman, J., Birmaher, B., Brent, D., Rao, U., Flynn, C., Moreci, P., ... Ryan, N. (1997). Schedule for affective disorders and schizophrenia for school-age children-present and lifetime version (K-SADS-PL): Initial reliability and validity data. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *36*(7), 980-988. <https://doi.org/10.1097/00004583-199707000-00021>
- Keel, P. K., Brown, T. A., Holm-Denoma, J., & Bodell, L. P. (2011). Comparison of DSM-IV versus proposed DSM-5 diagnostic criteria for eating disorders: Reduction of eating disorder not otherwise specified and validity. *International Journal of Eating Disorders*, *44*(6), 553-560. <https://doi.org/10.1002/eat.20892>

- Kelly, N. R., Shank, L. M., Bakalar, J. L., & Tanofsky-Kraff, M. (2014). Pediatric feeding and eating disorders: Current state of diagnosis and treatment. *Current Psychiatry Reports*, *16*(5), 1-12. <https://doi.org/10.1007/s11920-014-0446-z>
- Kerzner, B., Milano, K., MacLean, W. C., Berall, G., Stuart, S., & Chaator, I. (2016). A practical approach to classifying and managing feeding difficulties. *Acta Paediatrica Española*, *74*(2), 70. <https://doi.org/10.1542/peds.2014-1630>
- Kessler, R. C., Berglund, P. A., Chiu, W. T., Deitz, A. C., Hudson, J. I., Shahly, V., ... Xavier, M. (2013). The Prevalence and Correlates of Binge Eating Disorder in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *Biological Psychiatry*, *73*(9), 904-914. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2012.11.020>
- King, L. A., Urbach, J. R., & Stewart, K. E. (2015). Illness anxiety and avoidant/restrictive food intake disorder: Cognitive-behavioral conceptualization and treatment. *Eating Behaviors*, *19*, 106-109. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2015.05.010>
- Klinkby Støvning, R., Bennedbaek, F. N., Hegedüs, L., & Hagen, C. (2001). Evidence of diffuse atrophy of the thyroid gland in patients with anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, *29*(2), 230-235.
- Kluck, A. S. (2008). Family factors in the development of disordered eating: Integrating dynamic and behavioral explanations. *Eating Behaviors*, *9*(4), 471-483. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2008.07.006>
- Klump, K. L., Fichter, M. M., Mitchell, J., Kaye, W. H., Berrettini, W. H., Bulik, C. M., ... Woodside, D. B. (2003). Significant Linkage on Chromosome 10p in Families with Bulimia Nervosa. *The American Journal of Human Genetics*, *72*(1), 200-207. <https://doi.org/10.1086/345801>

- Kovacs, M. (1992). *Children's Depression Inventory CDI Manual*. New York: Multi-health Systems, Inc.
- Kreipe, R. E., & Palomaki, A. (2012). Beyond picky eating: Avoidant/restrictive food intake disorder. *Current Psychiatry Reports*, *14*(4), 421-431.  
<https://doi.org/10.1007/s11920-012-0293-8>
- Krom, H., Van der Sluijs Veer, L., Van Zundert, S., Otten, M. A., Benninga, M., Haverman, L., & Kindermann, A. (2019). Health related quality of life of infants and children with avoidant restrictive food intake disorder. *International Journal of Eating Disorders*, (August 2018), 1-9. <https://doi.org/10.1002/eat.23037>
- Kurz, S., Van Dyck, Z., Dremmel, D., Munsch, S., & Hilbert, A. (2015). Early-onset restrictive eating disturbances in primary school boys and girls. *European Child and Adolescent Psychiatry*, *24*(7), 779-785. <https://doi.org/10.1007/s00787-014-0622-z>
- Kurz, S., Van Dyck, Z., Dremmel, D., Munsch, S., & Hilbert, A. (2016). Variants of early-onset restrictive eating disturbances in middle childhood. *International Journal of Eating Disorders*, *49*(1), 102-106. <https://doi.org/10.1002/eat.22461>
- Lange, A., Ekedahl-Fjertorp, H., Holmer, R., Wijk, E., & Wallin, U. (2019). Long-term follow-up study of low-weight avoidant restrictive food intake disorder compared with childhood-onset anorexia nervosa: Psychiatric and occupational outcome in 56 patients. *International Journal of Eating Disorders*, *52*(4), 435-438.  
<https://doi.org/10.1002/eat.23038>

- Lavender, J. M., Wonderlich, S. A., Crosby, R. D., Engel, S. G., Mitchell, J. E., Crow, S. J., ... Le Grange, D. (2013). Personality-based subtypes of anorexia nervosa: Examining validity and utility using baseline clinical variables and ecological momentary assessment. *Behaviour Research and Therapy*, *51*(8), 512-517.  
<https://doi.org/10.1016/j.brat.2013.05.007>
- Leggero, C., Masi, G., Brunori, E., Calderoni, S., Carissimo, R., Maestro, S., & Muratori, F. (2010). Low-Dose Olanzapine Monotherapy in Girls with Anorexia Nervosa, Restricting Subtype: Focus on Hyperactivity. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, *20*(2), 127-133.  
<https://doi.org/10.1089/cap.2009.0072>
- Le Grange, D., & Lock, J. (2007). Treating bulimia in adolescents: A family-based approach. New York: Guilford Press.
- Lewis, B., & Nicholls, D. (2016). Behavioural eating disorders. *Paediatrics and Child Health*, *26*(12), 519-526. <https://doi.org/10.1016/j.paed.2016.08.005>
- Lieberman, M., Houser, M. E., Voyer, A. P., Grady, S., & Katzman, D. K. (2019). Children with avoidant/restrictive food intake disorder and anorexia nervosa in a tertiary care pediatric eating disorder program: A comparative study. *International Journal of Eating Disorders*, *52*(3), 239-245. <https://doi.org/10.1002/eat.23027>
- Lindvall Dahlgren, C., Wisting, L., & Rø, Ø. (2017). Feeding and eating disorders in the DSM-5 era: A systematic review of prevalence rates in non-clinical male and female samples. *Journal of Eating Disorders*, *5*(1), 1-10.  
<https://doi.org/10.1186/s40337-017-0186-7>
- Lock, J., & Le Grange, D. (2013). Treatment manual for anorexia nervosa: A family-based approach (2nd ed.). New York: Guilford Press.

- Lock, J., Robinson, A., Sadeh-Sharvit, S., Rosania, K., Osipov, L., Kirz, N., ...  
Utzinger, L. (2018). Applying family-based treatment (FBT) to three clinical presentations of avoidant/restrictive food intake disorder: Similarities and differences from FBT for anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 52(4), 439-446. <https://doi.org/10.1002/eat.22994>
- Lock, J., Sadeh-Sharvit, S., & L'Insalata, A. (2019). Feasibility of conducting a randomized clinical trial using family-based treatment for avoidant/restrictive food intake disorder. *International Journal of Eating Disorders*, 1-6. <https://doi.org/10.1002/eat.23077>
- Lucarelli, J., Pappas, D., Welchons, L., & Augustyn, M. (2017). Autism Spectrum Disorder and Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 38(1), 79-80. <https://doi.org/10.1097/DBP.0000000000000362>
- Lucarelli, L., Sechi, C., Cimino, S., & Chatoor, I. (2018). Avoidant/restrictive food intake disorder: A longitudinal study of malnutrition and psychopathological risk factors from 2 to 11 years of age. *Frontiers in Psychology*, 31(9), 1-12. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.01608>
- MacDonald, D. E., McFarlane, T. L., & Olmsted, M. P. (2014). «Diagnostic shift» from eating disorder not otherwise specified to bulimia nervosa using DSM-5 criteria: A clinical comparison with DSM-IV bulimia. *Eating Behaviors*, 15(1), 60-62. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2013.10.018>
- Maginot, T. R., Kumar, M. M., Shiels, J., Kaye, W., & Rhee, K. E. (2017). Outcomes of an inpatient refeeding protocol in youth with anorexia nervosa: Rady Children's Hospital San Diego/University of California, San Diego. *Journal of Eating Disorders*, 5(1), 1-10. <https://doi.org/10.1186/s40337-016-0132-0>

- Mairs, R., & Nicholls, D. (2016). Assessment and treatment of eating disorders in children and adolescents. *Archives of Disease in Childhood*, *101*(12), 1168-1175.  
<https://doi.org/10.1136/archdischild-2015-309481>
- Makhzoumi, S. H., Schreyer, C. C., Hansen, J. L., Laddaran, L. A., Redgrave, G. W., & Guarda, A. S. (2019). Hospital course of underweight youth with ARFID treated with a meal-based behavioral protocol in an inpatient-partial hospitalization program for eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, *52*(4), 428-434. <https://doi.org/10.1002/eat.23049>
- Mammel, K. A., & Ornstein, R. M. (2017). Avoidant/restrictive food intake disorder: A new eating disorder diagnosis in the diagnostic and statistical manual 5. *Current Opinion in Pediatrics*, *29*(4), 407-413.  
<https://doi.org/10.1097/MOP.0000000000000507>
- Marí-Bauset, S., Zazpe, I., Mari-Sanchis, A., Llopis-González, A., & Morales-Suárez-Varela, M. (2014). Food selectivity in autism spectrum disorders: A systematic review. *Journal of Child Neurology*, *29*(11), 1554-1561.  
<https://doi.org/10.1177/0883073813498821>
- Mascola, A. J., Bryson, S. W., & Agras, W. S. (2010). Picky eating during childhood: A longitudinal study to age 11 years. *Eating Behaviors*, *11*(4), 253-257.  
<https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2010.05.006>
- Menzel, J. E., Reilly, E. E., Luo, T. J., & Kaye, W. H. (2019). Conceptualizing the role of disgust in avoidant/restrictive food intake disorder: Implications for the etiology and treatment of selective eating. *International Journal of Eating Disorders*, 7-10.  
<https://doi.org/10.1002/eat.23006>

- Mercader, J. M., Fernández-Aranda, F., Gratacòs, M., Ribasés, M., Badía, A., Villarejo, C., ... Estivill, X. (2008). Blood levels of brain-derived neurotrophic factor correlate with several psychopathological symptoms in anorexia nervosa patients. *Neuropsychobiology*, *56*(4), 185-190. <https://doi.org/10.1159/000120623>
- Micali, N., Simonoff, E., Elberling, H., Rask, C. U., Olsen, E. M., & Skovgaard, A. M. (2011). Eating patterns in a population-based sample of children aged 5 to 7 years: Association with psychopathology and parentally perceived impairment. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, *32*(8), 572-580. <https://doi.org/10.1097/DBP.0b013e31822bc7b7>
- Minuchin, S., Rosman, B., & Baker, I. (1978). *Psychosomatic families: anorexia nervosa in context*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Mitchell, G. L., Farrow, C., Haycraft, E., & Meyer, C. (2013). Parental influences on children's eating behaviour and characteristics of successful parent-focussed interventions. *Appetite*, *60*(1), 85-94. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2012.09.014>
- Monteleone, A. M., Ruzzi, V., Patriciello, G., Pellegrino, F., Cascino, G., Castellini, G., ... Maj, M. (2019). Parental bonding, childhood maltreatment and eating disorder psychopathology: an investigation of their interactions. *Eating and Weight Disorders*. <https://doi.org/10.1007/s40519-019-00649-0>
- Murray, H. B., Thomas, J. J., Hinz, A., Munsch, S., & Hilbert, A. (2018). Prevalence in primary school youth of pica and rumination behavior: The understudied feeding disorders. *International Journal of Eating Disorders*, *51*(8), 994-998. <https://doi.org/10.1002/eat.22898>

- Nakai, Y., Nin, K., Noma, S., Teramukai, S., & Wonderlich, S. A. (2016). Characteristics of Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder in a Cohort of Adult Patients. *European Eating Disorders Review*, 24(6), 528-530. <https://doi.org/10.1002/erv.2476>
- Nakai, Y., Nin, K., Shun'ichi, N., Hamagaki, S., Takagi, R., Teramukai, S., & Wonderlich, S. A. (2017). Eating Behaviors Clinical presentation and outcome of avoidant/restrictive food intake disorder in a Japanese sample. *Eating Behaviors*, 24, 49-53. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2016.12.004>
- Nicely, T. A., Lane-Loney, S., Masciulli, E., Hollenbeak, C. S., & Ornstein, R. M. (2014). 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*, 2(1), 1-8. <https://doi.org/10.1186/s40337-014-0021-3>
- Nicholls, D., & Bryant-Waugh, R. (2009). Eating Disorders of Infancy and Childhood: Definition, Symptomatology, Epidemiology, and Comorbidity. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 18(1), 17-30. <https://doi.org/10.1016/j.chc.2008.07.008>
- Nicholls, D., Chater, R., & Lask, B. (2000). Children into DSM don't go: A comparison of classification systems for eating disorders in childhood and early adolescence. *The International journal of eating disorders*, 28(3), 317-324.
- Nicholls, D., Christie, D., Randall, L., & Lask, B. (2001). Selective eating: Symptom, disorder or normal variant. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 6(2), 257-270. <https://doi.org/10.1177/1359104501006002007>
- Norris, M. L., Hiebert, J. D., & Katzman, D. K. (2018). Determining treatment goal weights for children and adolescents with anorexia nervosa. *Paediatrics & Child Health*, 23(8), 551-551. <https://doi.org/10.1093/pch/pxy133>

- Norris, M. L., & Katzman, D. K. (2015). Change Is Never Easy, but It Is Possible: Reflections on Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder Two Years After Its Introduction in the DSM-5. *Journal of Adolescent Health, 57*(1), 8-9.  
<https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2015.04.021>
- Norris, M. L., Robinson, A., Obeid, N., Harrison, M., Spettigue, W., & Henderson, K. (2014). Exploring avoidant/restrictive food intake disorder in eating disordered patients: A descriptive study. *International Journal of Eating Disorders, 47*(5), 495-499. <https://doi.org/10.1002/eat.22217>
- Norris, M. L., Spettigue, W., Hammond, N. G., Katzman, D. K., Zucker, N., Yelle, K., ... Obeid, N. (2017). Building evidence for the use of descriptive subtypes in youth with avoidant restrictive food intake disorder. *International Journal of Eating Disorders, 51*(2), 170-173. <https://doi.org/10.1002/eat.22814>
- Norris, M. L., Spettigue, W. J., & Katzman, D. K. (2016). Update on eating disorders: Current perspectives on avoidant/restrictive food intake disorder in children and youth. *Neuropsychiatric Disease and Treatment, 12*, 213-218.  
<https://doi.org/10.2147/NDT.S82538>
- O’Kearney, R. (1996). Attachment disruption in anorexia nervosa and bulimia nervosa: A review of theory and empirical research. *International Journal of Eating Disorders, 20*(2), 115-127.
- O’Shaughnessy, R., & Dallos, R. (2009). Attachment research and eating disorders: A review of the literature. *Clinical Child Psychology and Psychiatry, 14*(4), 559-574.  
<https://doi.org/10.1177/1359104509339082>
- Ollendick, T. H. (1983). Reliability and validity of the revised fear survey schedule for children (FSSC-R). *Behaviour Research and Therapy, 21*(6), 685-692.

- Ornstein, R. M., Essayli, J. H., Nicely, T. A., Masciulli, E., & Lane-Loney, S. (2017). Treatment of avoidant/restrictive food intake disorder in a cohort of young patients in a partial hospitalization program for eating disorders. *International Journal of Eating Disorders, 50*(9), 1067-1074. <https://doi.org/10.1002/eat.22737>
- Ornstein, R. M., Rosen, D. S., Mammel, K. A., Callahan, S. T., Forman, S., Jay, M. S., ... Walsh, B. T. (2013). Distribution of eating disorders in children and adolescents using the proposed DSM-5 criteria for feeding and eating disorders. *Journal of Adolescent Health, 53*(2), 303-305. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2013.03.025>
- Parker, G., Tupling, H., & Brown, L. B. (1979). A Parental Bonding Instrument. *British Journal of Medical Psychology, 52*, 1-10. <https://doi.org/10.1037/t06510-000>
- Peebles, R., Hardy, K. K., Wilson, J. L., & Lock, J. D. (2010). Are Diagnostic Criteria for Eating Disorders Markers of Medical Severity? *Pediatrics, 125*(5), 1193-1201. <https://doi.org/10.1542/peds.2008-1777>
- Peebles, R., Lesser, A., Park, C., Heckert, K., Timko, C. A., Lantzouni, E., ... Weaver, L. (2017). Outcomes of an inpatient medical nutritional rehabilitation protocol in children and adolescents with eating disorders. *Journal of Eating Disorders, 5*(1), 1-14. <https://doi.org/10.1186/s40337-017-0134-6>
- Peláez, M. A., Labrador, F. J., & Raich, R. M. (2004). Epidemiología de los trastornos de la conducta alimentaria en España: revisión y estado de la cuestión. *Cuadernos de medicina psicosomática y psiquiatría de enlace, (71)*, 33-41.
- Peláez, M. A., Raich, R. M., & Labrador, F. J. (2010). Trastornos de la conducta alimentaria en España: Revisión de estudios epidemiológicos. *Mexican Journal of Eating Disorders, 1*, 62-75.

- Pennell, A., Couturier, J., Grant, C., & Johnson, N. (2016). Severe avoidant/restrictive food intake disorder and coexisting stimulant treated attention deficit hyperactivity disorder. *International Journal of Eating Disorders*, 49(11), 1036-1039.  
<https://doi.org/10.1002/eat.22602>
- Perris, C., Jacobsson, L., Lindström, H., von Knorring, L., & Perris, H. (1980). Development of a new inventory for assessing memories of parental rearing behaviour. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 61(4), 265-274.
- Pike, K. M., Hilbert, A., Wilfley, D. E., Fairburn, C. G., Dohm, F. A., Walsh, B. T., & Striegel-Moore, R. (2009). Toward an understanding of risk factors for anorexia nervosa: a case-control study. *Psychological Medicine*, 38(10), 1443-1453.  
<https://doi.org/10.1017/S0033291707002310>
- Pinhas, L., Nicholls, D., Crosby, R. D., Morris, A., Lynn, R. M., Madden, S., & Hons, M. (2017). Classification of childhood onset eating disorders: A latent class analysis. *International Journal of Eating Disorders*, 50(6), 657-664.  
<https://doi.org/10.1002/eat.22666>
- Qian, J., Qiang, H., Yumei, W., Ting, L., Mudan, W., Zhiquan, R., & Dehua, Y. (2013). Prevalence of eating disorders in the general population: a systematic review. *Shanghai Archives of Psychiatry*, 25(4), 212-223.  
<https://doi.org/10.3969/j.issn.1002-0829.2013.04.003>
- Raevuori, A., Keski-Rahkonen, A., & Hoek, H. W. (2014). A review of eating disorders in males. *Current Opinion in Psychiatry*, 27(6), 426-430.  
<https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000113>
- Ravens-Sieberer, U., Gosch, A., Rajmil, L., Erhart, M., Bruil, J., Duer, W., ... European KIDSCREEN Group. (2005). KIDSCREEN-52 quality-of-life measure for children and adolescents. *Expert Review of Pharmacoeconomics and Outcomes Research*,

5(3), 353-364. <https://doi.org/10.1586/14737167.5.3.353>

Ravi, S., Forsberg, S., Fitzpatrick, K., & Lock, J. (2009). Is there a relationship between parental self-reported psychopathology and symptom severity in adolescents with Anorexia Nervosa? *Eating Disorders*, 17(1), 63-71.

<https://doi.org/10.1080/10640260802570122>

Reilly, E. E., Brown, T. A., Gray, E. K., Kaye, W. H., & Menzel, J. E. (2019).

Exploring the cooccurrence of behavioural phenotypes for avoidant/restrictive food intake disorder in a partial hospitalization sample. *European Eating Disorders Review*, 1-7. <https://doi.org/10.1002/erv.2670>

Rienecke, R. D., & Richmond, R. L. (2017). Psychopathology and expressed emotion in parents of patients with eating disorders: Relation to patient symptom severity.

*Eating Disorders*, 25(4), 318-329. <https://doi.org/10.1080/10640266.2017.1289795>

Ringer, F., & Crittenden, P. M. (2007). Eating Disorders and Attachment: The Effects of Hidden Family Processes on Eating Disorders. *European Eating Disorders Review*, 15(2), 119-130. <https://doi.org/10.1002/erv>

<https://doi.org/10.1002/erv>

Ruiz, A. O., Vázquez, R., Mancilla, J. M., & Trujillo, E. M. (2010). Influencia de factores socioculturales en mujeres jóvenes y sus padres en los trastornos del comportamiento alimentario. *Psicología y Salud*, 20(2), 169-177.

Rutter, M., Bailey, A., & Lord, C. (2003). *The Social Communication Questionnaire: Manual*. Los Ángeles: Western Psychological Services.

Sandín, B. (1997). *Ansiedad, miedos y fobias en niños y adolescentes*. Madrid: Dykison,

Sant'Anna, A. M. G. A., Hammes, P. S., Porporino, M., Martel, C., Zygmuntowicz, C., & Ramsay, M. (2014). Use of cyproheptadine in young children with feeding difficulties and poor growth in a pediatric feeding program. *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition*, 59(5), 674-678.

- Sardinero, E., Pedreira, J. L., & Muñiz, J. (1997). El cuestionario CBCL de Achenbach: Adaptación española y aplicaciones clínico-epidemiológicas [Achenbach's CBCL questionnaire: Spanish adaptation and clinic-epidemiologic applications]. *Clínica y Salud*, 8(3), 447-480.
- Schmidt, R., Kirsten, T., Hiemisch, A., Kiess, W., & Hilbert, A. (2019). Interview-based assessment of avoidant/restrictive food intake disorder (ARFID): A pilot study evaluating an ARFID module for the Eating Disorder Examination. *International Journal of Eating Disorders*, 1-10. <https://doi.org/10.1002/eat.23063>
- Seike, K., Hanazawa, H., Ohtani, T., Takamiya, S., Sakuta, R., & Nakazato, M. (2016). A Questionnaire Survey of the Type of Support Required by Yogo Teachers to Effectively Manage Students Suspected of Having an Eating Disorder. *BioPsychoSocial Medicine*, 10(15), 1-10. <https://doi.org/10.1186/s13030-016-0065-5>
- Sepúlveda, A. R., Graell, M., Berbel, E., Anastasiadou, D., Botella, J., Carrobbles, J. A., & Morandé, G. (2012). Factors associated with emotional well-being in primary and secondary caregivers of patients with eating disorders. *European Eating Disorders Review*, 20(1), 78-84. <https://doi.org/10.1002/erv.1118>
- Serrano-Troncoso, E., Cañas, L., Carbonell, X., Carulla, M., Palma, C., Matalí, J., & Dolz, M. (2017). Distribución diagnóstica de los trastornos de la conducta alimentaria: comparativa entre el DSM-IV-TR y el DSM-5. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 45(1), 32-38.
- Shaffer, D., Gould, M. S., Brasic, J., Ambrosini, P., Fisher, P., Bird, H., & Aluwahlia, S. (1983). A Children's Global Assessment Scale. *Archives of General Psychiatry*, 40(11), 1228-1231.

- Sharp, W. G., & Stubbs, K. H. (2019). Avoidant/restrictive food intake disorder: A diagnosis at the intersection of feeding and eating disorders necessitating subtype differentiation. *International Journal of Eating Disorders*, 1-4.  
<https://doi.org/10.1002/eat.22987>
- Sharp, W. G., Stubbs, K. H., Adams, H., Wells, B. M., Lesack, R. S., Criado, K. K., ... Scahill, L. D. (2016). Intensive, manual-based intervention for pediatric feeding disorders: Results from a randomized pilot trial. *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition*, 62(4), 658-663.  
<https://doi.org/10.1097/MPG.0000000000001043>
- Silva, F., & Martorell, M. C. (1989). *BAS.3. Bateria de Socialización. Autoevaluación*. Madrid: TEA Ediciones.
- Spielberger, C. D., Edwards, C. D., Lushene, R. E., Montuori, J., & Platzek, D. (1973). *The state-trait anxiety inventory for children (preliminary manual)*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Spielberger, C. D., Edwards, C. D., Lushene, R. E., Montuori, J., & Platzek, D. (1990). *Cuestionario de Ansiedad Estado- Rasgo, STAI*. Madrid: TEA Ediciones.
- Steen, E., & Wade, T. D. (2018). Treatment of co-occurring food avoidance and alcohol use disorder in an adult: Possible avoidant restrictive food intake disorder? *International Journal of Eating Disorders*, 51(4), 373-377.  
<https://doi.org/10.1002/eat.22832>
- Steinhausen, H. C. (2002). The outcome of anorexia nervosa in the 20th century. *American Journal of Psychiatry*, 159(8), 1284-1293.  
<https://doi.org/10.1176/appi.ajp.159.8.1284>

- Stice, E., Janet, N., & Shaw, H. (2010). Risk factors and prodromal eating pathology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 51(4), 518-525. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2010.02212.x>
- Strand, M., Von Hausswolff-Juhlin, Y., & Welch, E. (2018). A systematic scoping review of diagnostic validity in avoidant/restrictive food intake disorder. *International Journal of Eating Disorders*, 1-30. <https://doi.org/10.1002/eat.22962>
- Strandjord, S. E., Sieke, E. H., Richmond, M., & Rome, E. S. (2015). Avoidant/restrictive food intake disorder: Illness and hospital course in patients hospitalized for nutritional insufficiency. *Journal of Adolescent Health*, 57(6), 673-678. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2015.08.003>
- Strober, M., Freeman, R., Lampert, C., Diamon, J., & Kaye, W. (2000). Controlled family study of anorexia nervosa and bulimia nervosa : Evidence of shared liability and transmission of partial syndromes. *The American Journal of Psychiatry*, 157(3), 393-401.
- Sysko, R., Glasofer, D. R., Hildebrandt, T., Klimek, P., Mitchell, J. E., Berg, K. C., ... Walsh, B. T. (2015). The eating disorder assessment for DSM-5 (EDA-5): Development and validation of a structured interview for feeding and eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 48(5), 452-463. <https://doi.org/10.1002/eat.22388>
- Tetley, A., Moghaddam, N. G., Dawson, D. L., & Rennoldson, M. (2014). Parental bonding and eating disorders: A systematic review. *Eating Behaviors*, 15(1), 49-59. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2013.10.008>
- The KIDSCREEN Group Europe. 2006. The KIDSCREEN Questionnaires-Quality of life questionnaires for children and adolescents. Handbook. Lengerich: Pabst Science Publishers.

- Thomas, J. J., Lawson, E. A., Micali, N., Misra, M., Deckersbach, T., & Eddy, K. T. (2017). Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder: a Three-Dimensional Model of Neurobiology with Implications for Etiology and Treatment. *Current Psychiatry Reports, 19*(8), 54-62. <https://doi.org/10.1007/s11920-017-0795-5>
- Thomas, J. J., Wons, O. B., & Eddy, K. T. (2018). Cognitive-behavioral treatment of avoidant/restrictive food intake disorder. *Current opinion in psychiatry, 31*(6), 425-430. <https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000454>
- Toufexis, M. D., Hommer, R., Gerardi, D. M., Grant, P., Rothschild, L., Souza, P. D., ... Murphy, T. K. (2015). Disordered Eating and Food Restrictions in Children with PANDAS/PANS. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology, 25*(1), 48-56. <https://doi.org/10.1089/cap.2014.0063>
- Tsai, K., Singh, D., & Pinkhasov, A. (2017). Pudendal nerve entrapment leading to avoidant/restrictive food intake disorder (ARFID): A case report. *International Journal of Eating Disorders, 50*(1), 84-87. <https://doi.org/10.1002/eat.22601>
- Ulloa, R. E., Ortiz, S., Higuera, F., Nogales, I., Fresán, A., Apiquian, R., ... de la Peña, F. (2006). Interrater reliability of the Spanish version of Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children--Present and Lifetime version (K-SADS-PL). *Actas Españolas de Psiquiatría, 34*(1), 36-40.
- Valiente, R. M., Sandín, B., & Chorot, P. (2002a). Miedos comunes en niños y adolescentes: Relación con la sensibilidad a la ansiedad, el rasgo de la ansiedad, la afectividad negativa y la depresión. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica, 7*(1), 61-70.

- Valiente, R. M., Sandín, B., & Chorot, P. (2002b). Miedos comunes en niños y adolescentes: su relación con la sensibilidad a la ansiedad y otras emociones negativas. *Psiquis*, 23(6), 217-225.  
<https://doi.org/10.5944/rppc.vol.7.num.1.2002.3922>
- Valiente, R. M., Sandín, B., Chorot, P., & Tabar, A. (2003). Diferencias según la edad en la prevalencia e intensidad de los miedos durante la infancia y la adolescencia: Datos basados en el FSSC-R. *Psicothema*, 15(3), 414-419.
- Van Dyck, Z., Bellwald, L., Kurz, S., Dremmel, D., Munsch, S., & Hilbert, A. (2013). Essprobleme im Kindesalter. Screening in der allgemeinen Bevölkerung. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*, 21(2), 91-100.  
<https://doi.org/10.1026/0943-8149/a000091>
- Vandana, A., Weisman, H., Vannucci, A., Nafiz, N., Gredysa, D., Kass, A. E., ... Taylor, B. (2014). Psychiatric co-morbidity in women presenting across the continuum of disordered eating. *Eating Behaviors*, 15(4), 686-693.  
<https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2014.08.023>
- Viglione, V., Muratori, F., Maestro, S., Brunori, E., & Picchi, L. (2006). Denial of symptoms and psychopathology in adolescent anorexia nervosa. *Psychopathology*, 39(5), 255-260. <https://doi.org/10.1159/000094723>
- Ward, A., Ramsay, R., & Treasure, J. (2000). Attachment research in eating disorders. *British Journal of Medical Psychology*, 73(1), 35-51.  
<https://doi.org/10.1348/000711200160282>
- Watson, H. J., Yilmaz, Z., Thornton, L. M., Hübel, C., Coleman, J. R. I., Gaspar, H. A., ... Bulik, C. M. (2019). Genome-wide association study identifies eight risk loci and implicates metabo-psychiatric origins for anorexia nervosa. *Nature Genetics*, 51(8), 1207-1214. <https://doi.org/10.1038/s41588-019-0439-2>

- Wechsler, D. (2003). *Wechsler intelligence scale for children (4th ed.)*. Toronto ON: The Psychological Corporation.
- Weigel, A., König, H. H., Gumz, A., Löwe, B., & Brettschneider, C. (2016). Correlates of health related quality of life in anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders, 49*(6), 630-634. <https://doi.org/10.1002/eat.22512>
- Woodside, D. B., Garkinfel, P. E., Lin, E., Goering, P., Kaplan, A. S., Goldbloom, D. S., & Kennedy, S. H. (2001). Comparisons of men with full or partial eating disorders, men without eating disorders, and women with eating disorders in the community. *The American Journal of Psychiatry, 158*(4), 570-574. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.158.4.570>
- Young-Hyman, D. L., & Davis, C. L. (2010). Disordered eating behavior in individuals with diabetes: Importance of context, evaluation, and classification. *Diabetes Care, 33*(3), 683-689. <https://doi.org/10.2337/dc08-1077>
- Zabala, M. J., Macdonald, P., & Treasure, J. (2009). Appraisal of caregiving burden, expressed emotion and psychological distress in families of people with eating disorders: A systematic review. *European Eating Disorders Review, 17*(5), 338-349. <https://doi.org/10.1002/erv.925>
- Zachrisson, H. D., & Skårderud, F. (2010). Feelings of insecurity: Review of attachment and eating disorders. *European Eating Disorders Review, 18*(2), 97-106. <https://doi.org/10.1002/erv.999>
- Zia, J. K., Riddle, M., DeCou, C. R., McCann, B. S., & Heitkemper, M. (2017). Prevalence of Eating Disorders, especially DSM-5 avoidant restrictive food intake disorder, in patients with functional gastrointestinal disorders: A cross-sectional online. *Gastroenterology, 152*(5), 715-716. [https://doi.org/10.1016/S0016-5085\(17\)32490-3](https://doi.org/10.1016/S0016-5085(17)32490-3)

- Zickgraf, H. F., & Ellis, J. M. (2018). Initial validation of the Nine Item Avoidant/Restrictive Food Intake disorder screen (NIAS): A measure of three restrictive eating patterns. *Appetite*, *123*(1), 32-42.  
<https://doi.org/10.1016/j.appet.2017.11.111>
- Zickgraf, H. F., Franklin, M. E., & Rozin, P. (2016). Adult picky eaters with symptoms of avoidant/restrictive food intake disorder: Comparable distress and comorbidity but different eating behaviors compared to those with disordered eating symptoms. *Journal of Eating Disorders*, *4*(1), 1-11. <https://doi.org/10.1186/s40337-016-0110-6>
- Zickgraf, H. F., Lane-Loney, S., Essayli, J. H., & Ornstein, R. M. (2019). Further support for diagnostically meaningful ARFID symptom presentations in an adolescent medicine partial hospitalization program. *International Journal of Eating Disorders*, 1-8. <https://doi.org/10.1002/eat.23016>
- Zickgraf, H. F., Murray, H. B., Kratz, H. E., & Franklin, M. E. (2019). Characteristics of outpatients diagnosed with the selective/neophobic presentation of avoidant/restrictive food intake disorder. *International Journal of Eating Disorders*, *52*(4), 367-377. <https://doi.org/10.1002/eat.23013>
- Zimmerman, J., & Fisher, M. (2017). Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder (ARFID). *Current Problems in Pediatric and Adolescent Health Care*, *47*(4), 95-103. <https://doi.org/10.1016/j.cppeds.2017.02.005>
- Zucker, N., Copeland, W., Franz, L., Carpenter, K., Keeling, L., Angold, A., & Egger, H. (2015). Psychological and psychological impairment in preschoolers with selective eating. *Pediatrics*, *136*(3), 582-590. <https://doi.org/10.1542/peds.2014-2386>

Zucker, N., Craske, M. G., Foukal, M., Harris, A. A., Datta, N., Saveriede, E., & Maslow, G. R. (2018). Feeling and body investigators (FBI): ARFID division—An acceptance-based interoceptive exposure treatment for children with ARFID. *International Journal of Eating Disorders*, 52(4), 466-472.  
<https://doi.org/10.1002/eat.22996>



# APÉNDICES



## Apéndice A. Entrevista diagnóstica diseñada para el ARFID

Edad de su hijo/a: \_\_\_\_\_ Género: Hombre ( ) Mujer ( )

**¿Tiene su hijo/a algún antecedente médico físico y/o psiquiátrico?**

1. Si
2. No

Si es que sí, especificar (ej.: alergias, ansiedad, dislexia):

**¿Considera que su hijo/a ha tenido o tiene una falta de interés aparente por comer o alimentarse?**

1. Si
2. No

Si es que sí, especificar desde cuándo y si persisten en la actualidad:

**¿Considera que su hijo/a ha evitado o evita los alimentos a causa de las características organolépticas (sabor, textura, olor y/o color) de éstos?**

1. Si
2. No

Si es que sí, especificar desde cuándo y si persisten en la actualidad:

**¿Ha presentado o presenta su hijo/a conductas alimentarias selectivas (elegir y/o preferir determinados alimentos) desde la infancia?**

1. Si
2. No

Si es que sí, especificar desde cuándo y si persisten en la actualidad:

**¿Considera que a su hijo/a le han preocupado o le preocupan las consecuencias repulsivas de la acción de comer?**

1. Si
2. No

Si es que sí, especificar desde cuándo y si persisten en la actualidad:

**¿Ha padecido su hijo/a algún episodio de ahogo (asfixia o dificultad al respirar)?**

1. Si
2. No

Si es que sí, especificar cómo y cuándo pasó:

**¿Ha tenido o tiene dificultades su hijo/a para ingerir (tragar) alimentos sólidos?**

1. Si
2. No

Si es que sí, especificar desde cuándo y si persisten en la actualidad:

**¿Ha presentado o presenta su hijo/a vómitos persistentes relacionados con las ingestas?**

1. Si
2. No

Si es que sí, especificar desde cuándo y si persisten en la actualidad:

**¿Ha tenido o tiene su hijo/a reiteradamente síntomas gastrointestinales (ej.: dolor de barriga, saciedad...) que le hayan impedido alimentarse con normalidad?**

1. Si
2. No

Si es que sí, especificar desde cuándo y si persisten en la actualidad:

**¿Ha tenido o tiene su hijo/a alergia a algún alimento?**

1. Si
2. No

¿Qué alimento/s?

Si es que sí, especificar desde cuándo y si persisten en la actualidad:

**¿Ha presentado o presenta su hijo/a dificultades para alcanzar el aumento de peso o crecimiento esperado para su edad y sexo?**

1. Si
2. No

Si es que sí, especificar desde cuándo y si persisten en la actualidad:

**¿Ha dependido o depende su hijo/a de la alimentación enteral (sonda) o toma suplementos nutritivos?**

1. Si
2. No

Si es que sí, especificar desde cuándo y si persisten en la actualidad:

**Si su hijo/a ha presentado o presenta algunas de las dificultades anteriores, ¿Interfirieron o interfieren en su funcionamiento psicosocial (ej.: relación con los amigos, realizar deporte, asistir al colegio)?**

1. Si
2. No

Si es que sí, especificar desde cuándo y si persisten en la actualidad:

## Apéndice B. Cuestionario de datos sociodemográficos

*Las preguntas que encontrará a continuación las debe responder usted sobre sí mismo/a.*

Edad de usted: \_\_\_\_\_ Género: Hombre ( ) Mujer ( )

### Estado civil:

1. Soltero/a
2. Casado/a
3. Separado/a o divorciado/a
4. Viudo/a

### Lugar de nacimiento:

1. Barcelona
2. Otros municipios de Cataluña
3. Otros municipios de España
4. Extranjero

### Tipo de entorno en el que reside:

1. Medio rural
2. Pueblo o ciudad pequeña
3. Gran ciudad

### ¿Con quién está viviendo actualmente? (marque todas las opciones que sean necesarias)

1. Padres
2. Pareja
3. Hijo/s. Especificar cuantos:
4. Pariente
5. No estoy viviendo con nadie más
6. Otros. Especificar:

### ¿Cuál es su nivel de estudios finalizado?

1. Educación primaria no finalizada
2. Educación primaria (certificado de escolaridad)
3. Educación secundaria
4. Bachillerato
5. Formación profesional (primer grado)
6. Formación profesional (segundo grado)
7. Diplomatura
8. Licenciatura
9. Postgrado/Máster/Doctorado

### ¿Actualmente, cuál es su situación laboral?

1. Jornada completa
2. Jornada parcial
3. Paro
4. Desempleado/a

5. Jubilado/a
6. Inactivo/a
7. Amo de casa
8. Estudiante

**¿Desde cuándo está en esta situación laboral?**

1. < 6 meses
2. >6 meses
3. ≤ 1 año
4. ≥ 1 año
5. >2 años
- 6.

**¿Considera usted que esta situación laboral es estable?**

1. Si
2. No

**¿A qué nivel socioeconómico cree usted que pertenece en relación a sus ingresos mensuales?**

Muy baja	Baja	Media baja	Media	Media alta	Alta	Muy alta
1	2	3	4	5	6	7

*Las preguntas que encontrará a continuación las debe responder usted sobre su hijo/a.*

Edad de su hijo/a: \_\_\_\_\_ Género: Hombre ( ) Mujer ( )

**Lugar de nacimiento:**

1. Barcelona
2. Otros municipios de Cataluña
3. Otros municipios de España
4. Extranjero

**Ocupación actual:**

1. Estudiante de Educación Infantil
2. Estudiante de Educación Primaria
3. Estudiante de Educación Secundaria Obligatoria
4. Programa de Cualificación Profesional Inicial (PQPI)
5. Estudiante de Bachillerato
6. Estudiante de Ciclo Formativo de Grado Medio
7. Otros:

## Apéndice C. Consentimiento informado diseñado para esta investigación



### CONSENTIMIENTO INFORMADO

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Nombre del representante legal: \_\_\_\_\_

Nombre del investigador: \_\_\_\_\_

- He leído y comprendido la hoja de información
- Me han facilitado suficiente información sobre el estudio
- He podido hacer preguntas sobre el estudio
- Comprendo que mi participación es voluntaria y presto libremente mi conformidad para participar en el estudio

Firma del participante

Firma de la investigadora

Barcelona a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

\*Nota: Se realizarán tres copias de este documento y una será para la investigadora principal, otra se archivará en la historia clínica del paciente y la última se le entregará al participante.



## Apéndice D. Hoja informativa diseñada para esta investigación



### HOJA INFORMATIVA del estudio:

#### **Trastorno de evitación/restricción de la ingestión de alimentos: diferencias y similitudes psicopatológicas y de relaciones parentales con la anorexia nerviosa y población general**

##### **Centros participantes**

Hospital Sant Joan de Déu. Barcelona.

Facultat de Psicologia, Ciències de l'Educació i de l'Esport Blanquerna. Barcelona.

##### **Investigadores principales**

Dr. Eduardo Serrano Troncoso

Servicio de Psiquiatría y Psicología. Hospital Sant Joan de Déu.

Dra. Carolina Palma Sevillano

Departamento de Psicología. Facultat de Psicologia, Ciències de l'Educació i de l'Esport, Blanquerna. Universitat Ramon Llull.

##### **Lugar de realización**

Servicio de Psiquiatría y Psicología del Hospital Sant Joan de Déu (Barcelona).

##### **Propósito del estudio:**

La presente investigación tiene como objetivo evaluar y comparar las características clínicas de un grupo de niños y adolescentes diagnosticados de trastorno de la conducta alimentaria y sujetos controles sanos.

En segundo lugar, evaluar la presencia de sintomatología clínica y relaciones familiares en dichos participantes.

La finalidad del estudio es mejorar el conocimiento de los trastornos alimentarios para mejorar su terapéutica.

##### **Procedimiento/explicación del estudio:**

El estudio consta de una evaluación psicológica al inicio del tratamiento. Participarán un total de 99 niños y adolescentes (8-17 años) y sus familias. Las pruebas consistirán en la administración de una entrevista diagnóstica y la pasación de un conjunto de cuestionarios que deberán cumplimentar los participantes y sus familiares (representantes legales).

**Riesgos:**

Al tratarse de pruebas que consisten en entrevistas y cuestionarios, la participación en el estudio no supone ningún riesgo para la salud física y/o psicológica de los participantes y sus familias.

**Confidencialidad:**

Los datos del estudio serán confidenciales y usados sólo a efectos de esta investigación según la Ley Orgánica de Protección de Datos Personales 15/99 (LOPD). La información que nos facilite será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Sus respuestas a los cuestionarios y a la entrevista serán codificadas usando un número de identificación y, por lo tanto, se garantiza su anonimidad.

**Alternativas a la participación:**

La participación en este estudio es voluntaria.

Si usted decide no participar, su decisión no implicará ninguna diferencia con respecto a la calidad de la asistencia sanitaria que usted va a recibir.

**Derecho de abandono del estudio:**

Los participantes tienen derecho a abandonar el estudio en cualquier momento sin que ello suponga cambios en su tratamiento.

\*Este estudio fue aprobado por el Comité Ético de Investigación Clínica del Hospital Sant Joan de Déu de Barcelona.





Esta Tesis Doctoral ha sido defendida el día \_\_\_\_ d\_\_\_\_\_ de 201\_\_

En el Centro\_\_\_\_\_

de la Universidad Ramon Llull, ante el Tribunal formado por los Doctores y Doctoras  
abajo firmantes, habiendo obtenido la calificación:

Presidente/a

\_\_\_\_\_

Vocal

\_\_\_\_\_

Vocal \*

\_\_\_\_\_

Vocal \*

\_\_\_\_\_

Secretario/a

\_\_\_\_\_

Doctorando/a

\_\_\_\_\_

(\*): Sólo en el caso de tener un tribunal de 5 miembros

