El amplio espectro de los trastornos evitativos/restrictivos de la ingestión de alimentos, ortorexia y otros desórdenes (alimentarios).

The broad spectrum of avoidant/restrictive food intake disorders, orthorexia and other (eating) disorders

Rosa Behar Astudillo¹

Background: The avoidant/restrictive spectrum of eating behaviour includes the avoidant/restrictive of food intake disorder (ARFID), sometimes involving overlapping, crossing and turning with other eating disorders. Objective: A descriptive analysis of ARFID and other eating disorders is performed in relation to its epidemiological, etiopathogenic, clinical and therapeutic aspects. Illustrative clinical vignettes are included. Method: A review of specialised textbooks and the available literature in Medline/PubMed and SciELO on ARFID and other eating disorders was carried out. Results: ARFID, which in the DSM-5 acquires the category of a well-defined eating disorder, may be preceded by selective/picky eating. Patients are mainly young men with a long evolution of the disorder. Other eating disorders included in the avoidant/restrictive range are: anorexia nervosa, food allergy and intolerance and orthorexia nervosa; the lately as a relatively recent syndromatic concept. It has been controversial whether orthorexia nervosa is a unique eating disorder, a consequence of its outcome or an obsessive-compulsive process. The historical background of an eating disorder is a significant predictive factor for orthorexia nervosa. All these disorders can produce different levels of malnutrition and interference in psychosocial performance. The therapeutic management requires a multidisciplinary team that includes physicians, psychotherapists, nutritionists, psychoeducation, cognitive-behavioural psychotherapy, nutritional counselling, and sometimes anti-serotonergic drug therapy. Conclusions: More evidence is needed in the research of these new phenotypes of eating disorders to determine their impact on demographic, nosological, clinical and therapeutic aspects.

Key words: Food intake disorders, eating disorders, feeding behaviour, health behaviour.

Rev Chil Neuro-Psiquiat 2020; 58 (2): 171-185

Aceptado: 14/04/2020

Recibido: 30/08/2019

¹ Departamento de Psiquiatría, Universidad de Valparaíso. Valparaíso.

Introducción

Los trastornos alimentarios se caracterizan por la perturbación persistente de la ingesta alimentaria o el comportamiento relacionado con la alimentación, que resulta en la alteración del consumo o la absorción de los alimentos y que perjudica significativamente la salud física y/o el funcionamiento psicosocial. Su psicopatología se ha modificado a lo largo del tiempo bajo la influencia de factores ambientales, los que han determinado la aparición de nuevos fenotipos. Algunas de estas condiciones continúan bajo investigación y no están claramente identificadas como entidades diagnósticas independientes⁽¹⁾.

La sintomatología compatible con el trastorno evitativo/restrictivo de la ingestión alimentaria (TERIA) existe independientemente de los síntomas propios de otros trastornos de la alimentación y se caracteriza por varios y particulares comportamientos alimentarios^(2,3). El abanico evitativo/restrictivo de patrones alimentarios abarca otras patologías, principalmente la anorexia nerviosa, las alergias e intolerancias alimentarias y la ortorexia nerviosa; fenómeno que ha sido descrito en la literatura científica; sin embargo, ha recibido muy poca atención empírica y todavía no existe un reconocimiento formal como un diagnóstico psiquiátrico^(4,5).

Todas estas constelaciones sindromáticas a veces pueden implicar traslapes, entrecruzamientos y virajes con otras patologías alimentarias, siendo imprescindible en la práctica clínica cotidiana, esmerarse en establecer diferenciaciones diagnósticas acuciosas en los espectros categoriales fundamentalmente autista, obsesivo-compulsivo, afectivo, ansioso y somatomorfo.

En este artículo se realizó un análisis descriptivo del TERIA, y de otros trastornos

alimentarios, en cuanto a sus aspectos epidemiológicos, etiopatogénicos, clínicos y terapéuticos. Se incluyen viñetas clínicas ilustrativas (Tabla 1).

Metodología

Se efectuó una investigación exhaustiva de artículos disponibles, de investigación y actualización sobre la temática, incluyéndose aquellos que relacionaban la presencia del TERIA y otros trastornos alimentarios evitativos/restrictivos y la evidencia con diversas variables biopsicosociales, a través de la base de datos Medline/PubMed, SciELO, abarcando desde 1994 hasta la actualidad (2019), utilizando para la búsqueda palabras clave como *eating disorders*, *avoidant/restrictive food intake disorder*, *orthorexia*, *anorexia nervosa*, *selective/picky eating*, *food allergy/intolerance con los operadores booleanos and (y)/or (o)*.

Comer selectivo/exigente

Ocurre en niños con peso normal, pero que consumen una variedad limitada e inadecuada de nutrientes, rechazando alimentos que les pueden ser familiares o desconocidos⁽⁶⁾. Existe falta de voluntad para probar los nuevos (neofobia alimentaria) y patrones alimentarios aberrantes, que pueden incluir el rechazo de alimentos de una textura, consistencia, color u olor determinados. Dicha neofobia comúnmente alcanza su máxima expresión entre el segundo y el sexto año de vida, con una reducción gradual en el tiempo, y solamente algunos se ven afectados más allá de sus primeros años de adultez^(7-9, 10). No se asocia necesariamente con el bajo peso ni deficiencias nutricionales en los niños; tampoco todos los comedores selectivos/exigentes desarrollarán un TERIA⁽¹¹⁾.

Los consumidores adultos exigentes pueden diferenciarse de aquellos con síntomas de anorexia y bulimia por su mayor

Tabla 1. Casos clínicos ilustrativos

CASO CLÍNICO 1: Paciente de sexo masculino, 27 años, soltero, sin hijos. Actualmente no trabaja. Egresó de su carrera hace dos años, y al momento de su consulta, aún se encuentra realizando su tesis, lo que le provoca gran frustración por la interferencia en poder lograr titularse. Siempre ha sido tímido, más bien solitario, poco sociable y sentimentalmente no ha establecido ninguna relación de pareja (“no he tenido tiempo”). Vive con sus padres. Es el menor de tres hermanos, quienes ya hace muchos años se han alejado del hogar, formando sus propias familias. Padre de 73 años, ex – docente universitario jubilado, madre de 63 años, dueña de casa. La madre, que lo acompaña a sus controles, se muestra muy aprensiva, sobre-involucrada y sobre-protectora con él. Refiere intolerancia a la lactosa, a los hidratos de carbono, a las frutas y verduras, los que le provocan intensos malestares digestivos (ej. retortijones, diarrea) con compromiso del estado general, sensación de cansancio, que a su vez se han traducido en una importante baja ponderal (aproximadamente 15 kilos en dos años y medio) y temor fóbico a incorporar alimentos nuevos a su dieta. Es muy autoscópico con el funcionamiento de su organismo y vive esclavizado indagando prolijamente sobre las características de los alimentos que podría consumir. Expresa insatisfacción con su silueta corporal, se encuentra muy delgado y le gustaría ganar peso. No consume alcohol, tabaco, ni drogas ilícitas. Su ánimo se ha mantenido estable con venlafaxina hasta 187,5 mg/día, la que debe adquirir de una marca específica y en una determinada farmacia, ya que de lo contrario, reaparecen las quejas somáticas descritas. El manejo terapéutico, además de la farmacoterapia, ha consistido en psicoeducación, apoyo clínico inespecífico y psicoterapia cognitivo-conductual, medidas que han generado una positiva evolución, incrementando paulatinamente su repertorio alimentario (ej. palta, tomate, maní, Coca-Cola, Canada Dry), lo que le ha permitido recuperar 8 kilos y avanzar de manera efectiva en el desarrollo de su tesis.

CASO CLÍNICO 2: Paciente de sexo masculino, 17 años, con excelente rendimiento académico en su último año de enseñanza media. Llevado por su preocupada madre a la consulta debido a que al interiorizarse inquisitivamente de las cualidades saludables de los productos alimentarios por Internet, desde hace ya cuatro meses, comenzó por su cuenta a suprimir drásticamente la ingesta de lípidos e hidratos de carbono y simultáneamente a practicar agotadores ejercicios físicos (ej. abdominales, trote), disminuyendo ostensiblemente su Índice de Masa Corporal a 18 kg/mt². Su peso previo se encontraba en límites estándares, pero él pensaba que tenía “muchos rollos, mucha grasa y los músculos fofos”. A la entrevista, destaca la egosintonía respecto a sus hábitos alimentarios, la vasta información sobre las ventajas y desventajas de los nutrientes, su contenido calórico, el concepto del comer saludable, con las combinaciones adecuadas de alimentos, de preferencia, orgánicos y crudos, su preparación en utensilios que no contengan aluminio, que no sean fritos, sólo horneados o a la plancha, etc. La madre lo ha notado algo irritable, con el sueño desfasado en horarios, con cambios inexplicables del estado de ánimo, ansiedad y con interferencia en su desempeño en el colegio, en el pre-universitario y con tendencia a aislarse de su grupo de pares; además terminó desde hace un mes con su polola de dos años. Cree que “todas las personas deberían tener un grado de ortorexia para prevenir las enfermedades de la vejez, como infartos, diabetes, obesidad, entre otras”. Refiere sentirse molesto por ser llevado a un especialista, ya que no presenta ninguna patología mental y que aceptó asistir a la evaluación para “dejar tranquilos a los viejos” y porque sus padres condicionaron el permiso para su viaje de estudios al extranjero a su aceptación de someterse a tratamiento, que consistió en la indicación farmacológica de mirtazapina 30 mg/día, asistencia nutricional, psicoeducación y psicoterapia cognitivo-conductual, demostrando un positivo desenlace en relación a sus creencias distorsionadas acerca de las comidas, peso corporal, sintomatología depresiva-angustiosa y regularización del ciclo sueño-vigilia. En la actualidad, se encuentra cursando exitosamente su segundo año de carrera universitaria, se reconcilió con su pareja y recuperó su estado nutricional, demostrando cambios que han implicado patrones alimentarios más equilibrados.

propensión a la neofobia alimentaria y los comportamientos inflexibles en el comer. Aquellos con TERIA pueden distinguirse de los consumidores selectivos, sin estos síntomas, por la presencia de ansiedad, manifestaciones obsesivo-compulsivas y la calidad de vida relacionada con la alimentación^(2, 12).

El consumo selectivo parece ser bastante común a lo largo de la vida, aunque las estimaciones de prevalencia varían ampliamente, 5,6% a 56%⁽¹²⁻¹⁵⁾. Se ha asociado con un menor consumo de frutas y verduras en los niños en edad escolar⁽¹⁶⁾, con malnutrición en los ancianos⁽¹⁷⁾, y ha sido considerado como una barrera para una alimentación saludable⁽¹⁰⁾. También se ha relacionado en la infancia con el estrés familiar y conflictos en horarios de comidas^(18,19). Los consumidores exigentes adultos refieren tasas más altas de deterioro de la calidad de vida y ansiedad social en relación con la alimentación, comparadas con aquellos que comen normalmente⁽²⁰⁾.

La alimentación selectiva es una variante del comportamiento común, que afecta a adultos y niños saludables. Si bien, se asocia generalmente con el TERIA, sólo una alimentación selectiva más severa está estrechamente asociada con éste, mientras que una menos grave es relativamente benigna. Sin embargo; al presente, existen escasos instrumentos validados para evaluar la alimentación selectiva, y la investigación sobre los marcadores o las medidas de severidad, son más bien preliminares.

Los consumidores adultos exigentes obtienen puntuaciones comparativamente más altas en las evaluaciones de depresión y la gravedad de los síntomas del trastorno obsesivo compulsivo^(20, 21). A lo largo de su existencia comen menos de 20 alimentos diferentes, son rígidos y exclusivos sobre las formas en que se preparan o presentan los alimentos seleccionados, y muestran

una mayor sensibilidad sensorial^(2, 16, 18, 19, 20-25) por lo que poseen más probabilidades de presentar también los síntomas propios del TERIA.

Trastorno evitativo/restrictivo de la ingesta alimentaria

Los criterios diagnósticos del TERIA se muestran en la Tabla 2⁽²⁶⁾. Su prevalencia oscila entre 1,5% a 23% entre niños y adolescentes internados o con régimen de hospitalización diurna por trastornos alimentarios⁽²⁷⁾, y en adolescentes y adultos 9,2%⁽²⁸⁾. Una revisión retrospectiva en mujeres adolescentes y adultas identificó al 11% con TERIA⁽²⁹⁾ y una encuesta comunitaria arrojó una prevalencia de 0,3%⁽³⁰⁾.

Cuando es grave, el comer selectivamente puede provocar pérdida ponderal o dificultad para mantener un peso saludable, deficiencias nutricionales, dependencia de los suplementos para obtener una nutrición adecuada, o interferencia para participar en la vida cotidiana debido a la vergüenza, la ansiedad o sus consecuencias.

Factores de riesgo

La American Psychiatric Association menciona los siguientes⁽²⁶⁾:

- Emocionales:** relacionados con problemas emocionales generalizados sin cumplir los criterios diagnósticos de los trastornos de ansiedad o afectivos, se denomina "trastorno emocional por evitación de alimentos".

- Temperamentales:** los trastornos de ansiedad, del espectro autista, obsesivo-compulsivo y por déficit atencional/hiperactivo, pueden favorecer el riesgo de desarrollar el TERIA.

- Ambientales:** la ansiedad familiar suele asociarse al trastorno, sobre todo el ser hijo de una madre que padezca algún trastorno

Tabla 2. Criterios diagnósticos del trastorno de evitación/restricción de la ingestión de alimentos [307.59 (F50.8)] según DSM-5 *

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.

* Traducida y adaptada de: American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5. Washington: American Psychiatric Association; 2013. doi:10.1176/appi.books.9780890425596

alimentario. La interpretación por parte de los padres del comportamiento infantil como agresivo o de rechazo puede contribuir a la problemática, incluso la presentación de la comida y puede generarse por una psicopatología parental, malos tratos o negligencia.

•**Genéticos/fisiológicos:** las afecciones gastrointestinales, como el reflujo gastroesofágico, entre otros, han sido asociadas al TERIA, pudiendo representar una respuesta negativa condicionada a la ingesta, después o en previsión de, una experiencia aversiva, como asfixia, un procedimiento traumático, que generalmente involucra el tracto gastrointestinal (ej. esofagoscopia) o vómitos repetidos, fenómeno denominado disfagia por roce

y globus hystericus; también se incluye sensibilidad sensorial alterada de algunos estados fisiológicos (ej. embarazo), aunque generalmente no es extremo y no cumple con los criterios completos para el trastorno.

•**Socioculturales:** presentaciones similares al TERIA ocurren en diversas poblaciones, pero no debe diagnosticarse cuando la evitación de la ingesta alimentaria está relacionada únicamente a las prácticas religiosas o culturales específicas. Es igualmente común en hombres y mujeres en la infancia, pero su co-existencia con trastornos del espectro autista tiene un predominio masculino.

Diagnóstico diferencial

Se incluyen los siguientes trastornos:^(2, 26, 31, 32)

•*Condiciones médicas.* La pérdida de apetito que precede a la ingesta restringida es un síntoma inespecífico que puede acompañar a condiciones médicas (ej. enfermedades gastrointestinales, alergias e intolerancias alimentarias, neoplasias ocultas). Un diagnóstico de TERIA requiere que la alteración de la ingesta exista más allá de lo explicable por los síntomas físicos de una enfermedad médica; a su vez, el trastorno alimentario también puede persistir después de ser activado por un cuadro orgánico y continuar posteriormente a la resolución de la afección somática. Los pacientes postquirúrgicos y los que reciben quimioterapia, frecuentemente pierden el apetito; como asimismo aquellos con afecciones neurológicas/neuromusculares, asociadas con problemas orales/esofágicos/estructurales y funcionales de la faringe (ej. hipotonía muscular y protrusión de la lengua).

•*Trastorno reactivo del vínculo.* Un cierto grado de abstinencia es característico de un trastorno reactivo del apego, conduciendo a una alteración en la relación cuidadora-niña/o y afectando la ingesta alimentaria.

•*Desorden del espectro autista.* Los pacientes autistas presentan hábitos alimentarios rígidos y destacadas sensibilidades sensoriales, aunque no siempre resultan con el nivel de deterioro requerido para un diagnóstico de TERIA.

•*Trastornos de ansiedad.* La fobia específica a situaciones provocadoras de asfixia o vómitos, se acompaña de miedo, ansiedad y evitación. Distinguir ambos trastornos puede ser difícil cuando el temor a la asfixia o al vómito resulta en evitación de la comida.

Si el problema alimentario se convierte en el foco principal de la atención clínica, corresponde al TERIA. En el trastorno de ansiedad social, el individuo puede presentar un temor a ser observado por otros mientras come, lo que también ocurriría en el TERIA.

•*Anorexia nerviosa.* La restricción de la ingesta calórica y el bajo peso corporal son características fundamentales de la anorexia nerviosa. También existe temor a ganar peso o engordar y persistencia de conductas que interfieren con el aumento ponderal, acompañadas de alteraciones perceptuales en la experiencia del propio peso y figura corporal, que no están presentes en el TERIA, y ambos desórdenes no deben ser diagnosticados concurrentemente. El diagnóstico diferencial puede ser difícil, especialmente en la infancia tardía y la adolescencia temprana, por la similitud de las consecuencias (ej. la pérdida de peso y la desnutrición), siendo el umbral de gravedad mayor para la anorexia típica. El trastorno restrictivo de la ingesta alimentaria podría preceder o superponerse a la aparición de la anorexia nerviosa típica y atípica. La restricción en función de la silueta y del peso corporal poco realista observada en la anorexia nerviosa, frente a aquella debida a la aversión por las propiedades sensoriales de los alimentos, distingue los dos trastornos.

•*Desorden obsesivo compulsivo.* Puede existir evitación o restricción de la ingesta relacionadas con las preocupaciones obsesivas con alimentos o patrones alimentarios ritualizados. El TERIA debe diagnosticarse conjuntamente, sólo si se cumplen todos los criterios para ambos cuadros, y cuando la alimentación aberrante es un aspecto importante de la presentación clínica que requiere intervención específica.

•*Trastorno depresivo mayor.* El apetito podría verse afectado con una ingesta

alimentaria significativamente restringida, muchas veces asociada a la pérdida de peso, fenómenos que generalmente disminuyen con la mejoría del estado de ánimo.

•*Trastornos del espectro esquizofrénico.* Pacientes con esquizofrenia, trastorno delirante, u otros cuadros psicóticos, pueden exhibir comportamientos extraños, como evitación de ciertos alimentos debido a creencias delirantes, que en algunos casos, pueden contribuir a una preocupación por las consecuencias negativas de ingerirlos.

•*Espectro autista.* La sensibilidad relacionada con la textura de los alimentos es una característica común de los pacientes autistas. En un estudio de padres de niños con trastorno del espectro autista, casi 70% sintió que la selectividad de los alimentos de su hijo se vio afectada por la textura de éstos, siendo el factor sensorial el más frecuente.

•*Trastorno facticio o Münchhausen por poder.* Para asumir el rol de enfermo, algunos pacientes pueden describir intencionalmente dietas mucho más restrictivas que las que son realmente capaces de consumir, tanto las complicaciones de dicha conducta, como la necesidad de alimentación enteral o suplementos nutricionales, incapacidad para tolerar un rango estándar de alimentos, y/o para participar normalmente en situaciones apropiadas para la edad que involucran comida. La presentación puede ser impresionantemente dramática y los síntomas informados inconsistentemente. En el Münchhausen por poder, la cuidadora, quien recibe el diagnóstico en vez de la persona afectada, describe síntomas consistentes con el TERIA y pueden inducir los síntomas físicos, como la falta de aumento de peso.

Co-morbilidad

Los trastornos co-existent más comúnmente observados son los de ansiedad, obsesivo-compulsivo y del desarrollo neurológico, específicamente del espectro autista, déficit atencional/hiperactivo e incapacidad intelectual (trastorno del desarrollo intelectual)⁽²⁷⁾, generando variados niveles de deterioro de la calidad de vida relacionada con la alimentación^(2, 11, 33).

Otros trastornos alimentarios

Otros fenotipos evitativos/restrictivos alimentarios incluyen:

•*Alergia e intolerancia alimentaria.* La alergia alimentaria describe una respuesta inmunológica adversa a una proteína alimentaria específica⁽³⁴⁾; las más comunes incluyen leche, huevo, maní, nueces, mariscos, pescado, trigo y soja⁽³⁵⁾. Si bien el diagnóstico más confiable requiere la confirmación de una reacción alérgica clínica^(36, 37), las pruebas dérmicas, de laboratorio y los niveles séricos específicos de inmunoglobulina E, se utilizan más frecuentemente para complementar este hallazgo. La intolerancia alimentaria alude a cualquier reacción adversa, no inmunológica, provocada por la ingestión de un alimento y hasta el momento ha sido poco estudiada⁽³⁴⁾. Por lo general, provoca cierto grado de molestia gastrointestinal inespecífica, fatiga, malestar y migrañas⁽³⁸⁾. En ambos cuadros se confirma una reacción adversa con la comida; pero más corrientemente, el diagnóstico se basa en una historia sugerente, combinada con una buena respuesta clínica a una dieta de eliminación como prueba. Un grupo limitado de estudios sugiere una prevalencia de 1% a 3,5% en todas las edades^(39, 40), y más del 20% de los adultos y los niños alteran sus dietas debido a alergias alimentarias⁽⁴¹⁾.

Se ha demostrado que la simple percepción

de la presencia de la enfermedad alérgica alimentaria, es suficiente para influir en las conductas alimentarias individuales. Tanto los pacientes con TERIA como los con alergia e intolerancia alimentarias comparten altas tasas de comorbilidad psiquiátrica⁽³²⁾.

En casos pediátricos y de adultos se ha ilustrado el éxito de la terapia cognitiva conductual, incluida la desensibilización sistemática con exposición in vivo, la reestructuración cognitiva y la psicoeducación para lograr progresos en el ajuste nutricional, la variedad de la dieta y el auto-control de la ansiedad alimentaria⁽⁴²⁻⁴⁴⁾.

Los inmunólogos deberían presuponer que sus pacientes conllevan un riesgo más alto que la población general de adoptar conductas alimentarias alteradas, que son o pueden llegar a ser patológicas. Es esencial diferenciar clínicamente entre la intolerancia real, que requiere monitoreo y manejo para los consiguientes problemas dietéticos con respecto a alimentos seguros, o incluso la derivación a un especialista en trastornos alimentarios, y la intolerancia alimentaria simplemente informada, que puede ser una manifestación de un trastorno alimentario propiamente tal. Los adultos asistentes a una clínica inmunológica, pueden evidenciar un menoscabo físico por la pérdida de peso o diversos grados de deterioro en el funcionamiento social, pudiendo requerir una evaluación adicional para un diagnóstico y tratamiento formal de un TERIA.

•*Ortorexia nerviosa*. El fenómeno ortoréxico ha sido observado y descrito clínicamente desde fines de los años 90; empero, ha recibido muy poca atención empírica y todavía no existe un reconocimiento formal de sus manifestaciones como un diagnóstico psiquiátrico^(4,5). Tampoco se han desarrollado criterios claros para su clasificación y se ha mantenido una discusión acerca de su pertenencia al grupo de trastornos alimentarios o al espectro obsesivo-

compulsivo⁽⁴⁵⁾.

El término ortorexia proviene del griego, ortos (recto, correcto, derecho) y orexia (apetito, deseo), fue introducido por el médico estadounidense Steven Bratman (1997), definiéndolo como una fijación patológica hacia una alimentación equilibrada y saludable⁽⁴⁵⁻⁴⁷⁾.

Su prevalencia en la población general es del 6,9%; los profesionales de la salud evidencian un alto riesgo, elevándose ésta entre 35% a 57,6%. La educación, la elección de la profesión, el estatus socioeconómico y la internalización de los ideales socioculturales, son factores significativos en su desarrollo, mientras que el índice de masa corporal, edad e imagen corporal no parecen ser variables etiopatogénicas determinantes⁽⁴⁶⁾.

Se caracteriza por la preferencia patológica hacia los alimentos biológicamente puros, lo que conduce a importantes restricciones dietéticas, patrones de alimentación ritualizados y a la evitación rígida de productos alimentarios que se consideran poco saludables⁽⁵⁾ e impuros porque poseen herbicidas, pesticidas o sustancias artificiales, con preocupaciones excesivas por las técnicas y los materiales utilizados en su elaboración, pudiendo conducir a la pérdida de las relaciones sociales y a las insatisfacciones afectivas que, a su vez, favorecen la conducta alimentaria patológica. Inicialmente, el paciente desea mejorar su salud, tratar una enfermedad o perder peso. Finalmente, la dieta se convierte en el aspecto más relevante y dominante de su existir⁽⁴⁸⁾.

La ortorexia se reconoce cuando una dieta se convierte en el aspecto preponderante en la vida de una persona: las actividades cotidianas están supeditadas a la planificación, compra y preparación de comidas 'adecuadas'. Cada incumplimiento de este régimen causa ansiedad y conciencia culpable y lleva a un ajuste aún mayor de los hábitos dietéticos.

Generalmente, los ortoréxicos manifiestan

sus sentimientos específicos hacia la comida ('peligroso' para describir un producto en conserva, 'artificial' para aquellos producidos industrialmente, 'saludable' para los biológicos) y demuestran un deseo intenso o incontrolable de comer cuando se sienten angustiados, emocionados, felices o culpables⁽⁴⁹⁾.

Según Bratmann, la ortorexia está relacionada con un sentimiento ilusorio de seguridad (prevención de enfermedades), la necesidad de ejercer un control total sobre la vida (eliminación de lo impredecible), un conformismo oculto (la filosofía de la alimentación ayuda preconsciousmente a lograr un modelo culturalmente aceptado de un cuerpo hermoso), una búsqueda de espiritualidad e identidad, y un deseo de auto-privación⁽⁴⁵⁾.

Un estudio demostró que en varones estudiantes de medicina hubo una tendencia estadísticamente significativa mayor para la ortorexia⁽⁵⁰⁾. Los síntomas ortoréxicos son altamente prevalentes entre los pacientes anoréxicos y bulímicos, y tienden a aumentar pos tratamiento; por lo que pareciera asociarse tanto con la mejoría clínica de estas afecciones, como con la migración hacia formas menos severas de trastornos alimentarios⁽⁵¹⁾. Otra investigación reveló que las tendencias ortoréxicas más altas se correlacionaban significativamente con un perfeccionismo más elevado (auto-orientado, hacia los demás y socialmente prescrito), la focalización en la apariencia, la preocupación por el sobrepeso, el peso auto-clasificado y los estilos de apego temeroso y de rechazo. Además se asociaron con puntuaciones más bajas para la satisfacción con zonas corporales y un estilo de apego seguro. Se determinó que la preocupación por el sobrepeso, la orientación hacia la apariencia y la presencia de un historial de trastornos alimentarios, fueron factores predictivos significativos de ortorexia nerviosa, siendo este último, el más sobresaliente

Estos hallazgos sugieren que el síndrome ortoréxico podría ubicarse en el mismo espectro de los desórdenes de la conducta alimentaria⁽⁵²⁾. En este sentido, algunos autores⁽⁵³⁾ postulan que el comportamiento alimentario ortoréxico pareciera ser un trastorno alimentario, cuyo rasgo nuclear □ una dieta saludable □ configuraría una idea sobrevalorada; mientras que para otros⁽⁵⁴⁾, correspondería a un proceso obsesivo-compulsivo caracterizado por el cuidado extremo y la selección del alimento considerado 'sano y puro'. Este ritual conduce a una dieta muy restrictiva y al aislamiento social compensatorio. Los ortoréxicos evitan obsesivamente los alimentos que pueden contener colorantes y saborizantes artificiales, agentes conservantes, residuos de pesticidas o ingredientes modificados genéticamente, grasas no saludables, productos alimentarios con demasiada sal o azúcar y otros componentes. La forma de preparación, los utensilios de cocina y otras herramientas utilizadas también forman parte del ritual obsesivo. Los ortoréxicos habitualmente poseen antecedentes o rasgos en común con los pacientes anoréxicos. Son muy cuidadosos, detallistas y ordenados, con una exagerada necesidad de auto-cuidado y protección. Las mujeres, los adolescentes y quienes practican deportes como el fisiculturismo o la estética, son los grupos con mayor riesgo. Su manejo terapéutico requiere un equipo multidisciplinario que incluya médicos, psicoterapeutas, nutricionistas y en ocasiones terapia farmacológica anti-serotoninérgica.

Discusión

Uno de los cambios más significativos del DSM-5 fue que el trastorno de alimentación de la infancia pasó a llamarse TERIA, los criterios se ampliaron considerablemente, corroborando la validación y la necesidad de esta categoría como un diagnóstico

de trastorno alimentario distinto⁽³⁾, cuya introducción ha incrementado el reconocimiento de un grupo de pacientes, previamente descuidado, con alimentación restrictiva clínicamente significativa, pero sin problemas ponderales ni distorsión de la figura corporal, que estaban mal clasificados en el pasado. No obstante, para aumentar su validez conceptual, deberían aclararse aún más los límites sintomatológicos, especialmente de sus subtipos de patrones alimentarios, si son generalizables y aplicables a otras muestras, como niños pequeños o adultos y si las opciones terapéuticas pueden diferir según la subcategoría^(29, 55, 56).

Los pacientes con TERIA tienden a ser más probablemente hombres jóvenes, y comparativamente con otros trastornos alimentarios, padecen una enfermedad de mayor duración. Los modelos terapéuticos especializados para los trastornos alimentarios restrictivos, como la anorexia nerviosa, también parecen ser potencialmente efectivos, pero son necesarios estudios prospectivos acerca de su eficacia⁽⁵⁵⁾.

Respecto a la ortorexia nerviosa, la falta de criterios comunes y de resultados adecuados de investigación, hacen que sea imposible generalizar los datos sobre la población general, necesiándose estudios adicionales con muestras representativas más grandes e

instrumentos de evaluación con propiedades psicométricas apropiadas⁽⁴⁶⁾. Para algunos autores, este cuadro debería tener un diagnóstico por separado en el DSM^(56-59, 60). Muchos aspectos psicológicos y conductuales de los trastornos alimentarios son compartidos por los ortoréxicos⁽⁶¹⁾; adicionalmente, la cultura occidental actual, con el creciente interés en un estilo de vida saludable, contribuye al establecimiento de un entorno de alto riesgo para el desarrollo de síntomas ortoréxicos^(62, 63).

Se requiere un mayor análisis investigativo para determinar la prevalencia de comportamientos alimentarios patológicos obsesivos, auto-definidos como saludables y para clasificar la ortorexia nerviosa como un trastorno alimentario único o simplemente un subconjunto de otro trastorno^(4, 45); o una consecuencia evolutiva del desenlace de los desórdenes alimentarios⁽⁵²⁾. Además, es perentorio aclarar si la sintomatología ortoréxica residual puede incidir en un mayor número de recaídas y recurrencias de los cuadros alimentarios^(51, 54) y pesquisar los factores de riesgo para ortorexia en poblaciones estudiantiles con el fin de programar los enfoques preventivos y terapéuticos en los *campus* universitarios⁽⁶⁴⁾.

Resumen

Introducción: El espectro evitativo/restrictivo de la conducta alimentaria, incluye el trastorno evitativo/restrictivo de la ingestión de alimentos (TERIA), y otros desórdenes que implican a veces traslapes, entrecruzamientos y virajes con otros trastornos alimentarios. Objetivo: Se realiza un análisis descriptivo del TERIA, y de otros trastornos alimentarios, en relación a sus aspectos epidemiológicos, etiopatogénicos, clínicos y terapéuticos. Se incluyen viñetas clínicas ilustrativas. Método: Se efectuó una búsqueda bibliográfica sobre el TERIA y otros trastornos alimentarios mediante las bases de datos Medline/PubMed, SciELO y textos especializados. Resultados: El TERIA, que en el DSM-5 adquiere la categoría de un trastorno alimentario bien definido, puede ser precedido por el comer selectivo/exigente. Los pacientes son principalmente hombres jóvenes con evolución prolongada del desorden. Otros

trastornos alimentarios incluidos en el abanico evitativo/restrictivo son: anorexia nerviosa, alergia e intolerancia alimentaria y ortorexia nerviosa, como un concepto sindromático relativamente reciente. Existe controversia si la ortorexia nerviosa es un trastorno alimentario único o una consecuencia del desenlace de éste o un proceso obsesivo-compulsivo. El antecedente de trastorno alimentario es un factor predictivo significativo para ortorexia nerviosa. Todos estos desórdenes pueden producir diversos niveles de desnutrición e interferencia en el desempeño psicosocial. El manejo terapéutico requiere un equipo multidisciplinario que incluya médicos, psicoterapeutas, nutricionistas, psicoeducación, psicoterapia cognitivo-conductual, asesoría nutricional, y en ocasiones terapia farmacológica anti-serotoninérgica. Conclusiones: Se necesita una mayor evidencia en la investigación de estos nuevos fenotipos de trastornos alimentarios para determinar su impacto en aspectos demográficos, nosológicos, clínicos y terapéuticos.

Palabras clave: Trastornos de la ingestión de alimentos, trastornos alimentarios, conducta alimentaria, conducta saludable

Referencias Bibliográficas

1. Dell'Osso L, Abelli M, Carpita B, Pini S, Castellini G, Carmassi C, et al. Historical evolution of the concept of anorexia nervosa and relationships with orthorexia nervosa, autism, and obsessive-compulsive spectrum. *Neuropsychiatr Dis Treat* 2016; 12:1651-60. doi: 10.2147/NDT.S108912.
2. Zickgraf HF, Franklin ME, Rozin P. Adult picky eaters with symptoms of avoidant/restrictive food intake disorder: comparable distress and comorbidity but different eating behaviours compared to those with disordered eating symptoms. *Eat Disord* 2016; 4:26.
3. Norris ML, Spettigue WJ, Katzman DK. Update on eating disorders: current perspectives on avoidant/restrictive food intake disorder in children and youth. *Neuropsychiatr Dis Treat* 2016; 12: 213-218.
4. Costa CB, Hardan-Khalil K, Gibbs K. Orthorexia nervosa: a review of the literature. *Issues Ment Health Nurs* 2017;38 (12):980-988. doi: 10.1080/01612840.2017.1371816.
5. Koven NS, Abry AW. The clinical basis of orthorexia nervosa: emerging perspectives. *Neuropsychiatr Dis Treat* 2015;11:385-94. doi: 10.2147/NDT.S61665
6. Dovey TM, Staples PA, Gibson EL, Halford JC. Food neophobia and 'picky/fussy' eating in children: a review. *Appetite* 2008;50: 181-193.
7. Addessi E, Galloway AT, Visalberghi E, Birch LL. Specific social influences on the acceptance of novel foods in 2–5-year-old children. *Appetite* 2005;45:264-271.
8. Cashdan E. A sensitive period for learning about food. *Human Nature*. 1994; 5:279-291.
9. McFarlane T, Pliner P. Increased willingness to taste novel foods: effects of nutrition and taste information. *Appetite* 1997; 28:227-238.
10. Thompson C, Cummins S, Brown T, Kyle R. What does it mean to be a 'picky eater'? A qualitative study of food related identities and practices. *Appetite*. 2015;84:235-9. doi:10.1016/j.appet.2014.09.028
11. Zimmerman J, Fisher M. Avoidant/

- restrictive food intake disorder (ARFID). *Curr Probl Pediatr Adolesc Health Care* 2017; 47:95-103.
12. Taylor CM, Wernimont SM, Northstone K, Emmett PM. Picky/fussy eating in children: review of definitions, assessment, prevalence and dietary intakes. *Appetite* 2015; 95:349-59. doi:10.1016/j.appet.2015.07.026.
  13. Antoniou EE, Roefs A, Kremers SPJ, Jansen A, Gubbels JS, Sleddens EFC, et al. Picky eating and child weight status development: a longitudinal study. *J Hum Nutr Diet* 2016; 29: 298-307.
  14. Dubois L, Farmer AP, Girard M, Peterson K. Preschool children's eating behaviours are related to dietary adequacy and body weight. *Eur J Clin Nutr* 2007;61(7):846-55. doi:10.1038/sj.ejcn.1602586.
  15. Ekstein S, Laniado D, Glick B. Does picky eating affect weight-for-length measurements in young children? *Clin Pediatr* 2010;49(3):217-20. doi:10.1177/0009922809337331.
  16. Galloway AT, Fiorito L, Lee Y, Birch LL. Parental pressure, dietary patterns, and weight status among girls who are "picky eaters". *J Am Diet Assoc* 2005;105(4):541-8. doi:10.1016/j.jada.2005.01.029
  17. Maitre I, Van Wymelbeke V, Amand M, Vigneau E, Issanchou S, Sulmont-Rossé C. Food pickiness in the elderly: relationship with dependency and malnutrition. *Food Qual Prefer* 2014;32:145-51. doi:10.1016/j.foodqual.2013.04.003.
  18. Jacobi C, Schmitz G, Agras WS. Is picky eating an eating disorder? *Int J Eat Disord* 2008;41(7):626-34. doi:10.1002/eat.20545.
  19. Mascola AJ, Bryson SW, Agras WS. Picky eating during childhood: a longitudinal study to age 11 years. *Eat Behav* 2010;11(4):253-7. doi:10.1016/j.eatbeh.2010.05.006.
  20. Wildes JE, Zucker NL, Marcus MD. Picky eating in adults: results of a web-based survey. *Int J Eat Disord* 2012;45(4):575-82. doi:10.1002/eat.20975.
  21. Kauer J, Pelchat ML, Rozin P, Zickgraf HF. Adult picky eating. Phenomenology, taste sensitivity, and psychological correlates. *Appetite* 2015;90:219-28. doi:10.1016/j.appet.2015.03.001.
  22. Cermak SA, Curtin C, Bandini LG. Food selectivity and sensory sensitivity in children with autism spectrum disorders. *J Am Diet Assoc* 2010;110 (2):238-46. doi:10.1016/j.jada.2009.10.032.
  23. Coulthard H, Blissett J. Fruit and vegetable consumption in children and their mothers. Moderating effects of child sensory sensitivity. *Appetite* 2009; 52(2):410-5. doi:10.1016/j.appet.2008.11.015. 10.
  24. Farrow CV, Coulthard H. Relationships between sensory sensitivity, anxiety and selective eating in children. *Appetite* 2012; 58 (3):842-6. doi:10.1016/j.appet.2012.01.017.
  25. Smith AM, Roux S, Naidoo NR, Venter DJ. Food choices of tactile defensive children. *Nutrition* 2005; 21(1):14-9. doi:10.1016/j.nut.2004.09.004.
  26. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5. Washington: American Psychiatric Association; 2013. doi:10.1176/appi.books.9780890425596.
  27. Katzman D, Norris M, Zucker N. Avoidant restrictive food intake disorder. *Psychiatric Clinics* 2019; 42 (1):45-57.
  28. Nakai Y, Nin K, Noma S, Teramukai S, Wonderlich S. Characteristics of avoidant/restrictive food intake disorder.

- der in a cohort of adult patients. *Eur Eat Disorders Rev* 2016;24(6):528-530. doi: 10.1002/erv.2476.
29. Norris ML, Spettigue W, Hammond, N, Katzman DK, Zucker N, Yelle K, et al. Building evidence for the use of descriptive subtypes in youth with avoidant restrictive food intake disorder. *Int J Eat Disord* 2018;51(2):170-3.
  30. Hay P, Mitchison D, Collado AEL, González-Chica DA, Stocks N, Touyz S. Burden and health-related quality of life of eating disorders, including Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder (ARFID), in the Australian population. *J Eat Disord* 2017;5:21.
  31. Kreipe R, Palomaki A. Beyond picky eating: avoidant/restrictive food intake disorder. *Curr Psychiatry Rep* 2012;14:421-431.
  32. Fitzgerald M, Fitzgerald BF. Food avoidance and restriction in adults: a cross-sectional pilot study comparing patients from an immunology clinic to a general practice. *J Eat Disord* 2017; 5:30.
  33. Altman SE, Shankman SA. What is the association between obsessive– compulsive disorder and eating disorders? *Clin Psychol Rev* 2009;29(7):638–46. doi:10.1016/j.cpr.2009.08.001.
  34. Johansson SG, Bieber T, Dahl R, Friedmann PS, Lanier BQ, Lockey RF, et al. Revised nomenclature for allergy for global use: report of the nomenclature review Committee of the World Allergy Organisation, October 2003. *J Allergy Clin Immunol* 2004;113:832-6.
  35. Sampson HA, Aceves S, Bock A, James J, Jones S, Lang D, et al. Food allergy: a practice parameter update – 2014. *J Allergy Clin Immunol* 2014;134(5):1016-25.
  36. Sicherer SH, Sampson HA. Food allergy. *J Allergy Clin Immunol* 2010;125(2 Suppl 2): 116-25.
  37. Altman DR, Chiaramonte LT. Public perception of food allergy. *J Allergy Clin Immunol* 1996; 97:1247-51.
  38. Australasian Society of Clinical Immunology and Allergy. Food intolerance. <http://www.allergy.org.au/patients/food-other-adverse-reactions/food-intolerance>. Accessed 9 Oct 2015.
  39. Roehr CC, Edenharter G, Reimann S, Ehlers I, Worm M, Zuberbier T, et al. Food allergy and non-allergic food hypersensitivity in children and adolescents. *Clin Exp Allergy* 2004; 34:1534-41.
  40. Osterballe M, Hansen TK, Mortz CG, Host A, Bindslev-Jensen C. The prevalence of food hypersensitivity in an unselected population of children and adults. *Pediatr Allergy Immunol* 2005;16: 567-73.
  41. Rona RJ, Keil T, Summers C, Gislason D, Zuidmeer L, Sodergren E, et al. The prevalence of food allergy: a meta-analysis. *J Allergy Clin Immunol* 2007; 120:638-46.
  42. Bryant-Waugh R. Avoidant restrictive food intake disorder: an illustrative case example. *Int J Eat Disord* 2013;46: 420-3.
  43. King LA, Urbach JR, Stewart KE. Illness anxiety and avoidant/restrictive food intake disorder: cognitive-behavioural conceptualisation and treatment. *Eat Behav* 2015;19: 106-9.
  44. Millikin C, Braun-Janzen C. Collaborative treatment of choking phobia in an older adult. *Clin Case Stud* 2013;12: 263.
  45. Janas-Kozik M, Zejda J, Stochel M, Brozek G, Janas A, Jelonek I. Orthorexia – a new diagnosis?. *Psychiatr Pol* 2012; 46(3):441-50.
  46. Moroze RM, Dunn TM, Craig Holland J, Yager J, Weintraub P. Microthinking

- about micronutrients: a case of transition from obsessions about healthy eating to near-fatal "orthorexia nervosa" and proposed diagnostic criteria. *Psychosomatics* 2015; 56(4):397-403. doi: 10.1016/j.psych.2014.03.003.
47. Dunn TM, Bratman S. On orthorexia nervosa: a review of the literature and proposed diagnostic criteria. *Eat Behav* 2016; 21:11-7. doi: 10.1016/j.eat-beh.2015.12.006.
  48. Zamora C, Bote B, García F, Ríos R. Orthorexia nervosa. A new eating behavior disorder?. *Actas Esp Psiquiatr* 2005; 33(1):66-8.
  49. Donini L, Marsili D, Graziani M, Imbriale M, Cannella C. Orthorexia nervosa: a preliminary study with a proposal for diagnosis and an attempt to measure the dimension of the phenomenon. *Eat Weight Disord* 2004; 9(2):151-7.
  50. Fidan T, Ertekin V, Işıkay S, Kirpınar I. Prevalence of orthorexia among medical students in Erzurum, Turkey. *Compr Psychiatry* 2010; 51(1):49-54. doi: 10.1016/j.comppsy.2009.03.001.
  51. Segura-García C, Ramacciotti C, Rania M, Aloí M, Caroleo M, Bruni A, et al. The prevalence of orthorexia nervosa among eating disorder patients after treatment. *Eat Weight Disord* 2015; 20(2):161-6. doi: 10.1007/s40519-014-0171-y.
  52. Barnes MA, Caltabiano ML. The interrelationship between orthorexia nervosa, perfectionism, body image and attachment style. *Eat Weight Disord* 2017;22(1):177-184. doi: 10.1007/s40519-016-0280-x.
  53. Barthels F, Pietrowsky R. Orthorectic eating behaviour - nosology and prevalence rates. *Psychother Psychosom Med Psychol* 2012;62 (12):445-9. doi: 10.1055/s-0032-1312630.
  54. Bartrina JA. Orthorexia or when a healthy diet becomes an obsession. *Arch Latinoam Nutr* 2007; 57(4):313-5.
  55. Strand M, von Hausswolff-Juhlin Y, Welch E. A systematic scoping review of diagnostic validity in avoidant/restrictive food intake disorder. *Int J Eat Disord* 2019;52(4):331-360. doi: 10.1002/eat.22962.
  56. Mammel K, Ornstein R. Avoidant/restrictive food intake disorder: a new eating disorder diagnosis in the diagnostic and statistical manual 5. *Curr Opin Pediatr* 2017;29(4):407-413. doi: 10.1097/MOP.0000000000000507.
  57. Ryman F, Cesuroglu T, Bood Z, Syurina E. Orthorexia nervosa: disorder or not? opinions of dutch health professionals. *Front Psychol* 2019;10:555. doi: 10.3389/fpsyg.2019.00555.
  58. Oberle C, Klare D, Patyk K. Health beliefs, behaviours, and symptoms associated with orthorexia nervosa. *Eat Weight Disord* 2019; 24(3): 495-506. doi: 10.1007/s40519-019-00657-0.
  59. Strahler J, Hermann A, Walter B, Stark R. Orthorexia nervosa: a behavioural complex or a psychological condition? *J Behav Addict* 2018;7(4):1143-1156. doi: 10.1556/2006.7.2018.129.
  60. Luck-Sikorski C, Jung F, Schlosser K, Riedel-Heller S. Is orthorexic behavior common in the general public? A large representative study in Germany. *Eat Weight Disord* 2019;24(2):267-273. doi: 10.1007/s40519-018-0502-5.
  61. Parra-Fernández M, Rodríguez-Cano T, Onieva-Zafra M, Pérez-Haro M, Casero-Alonso V, Fernández-Martínez E, et al. Prevalence of orthorexia nervosa in university students and its relationship with psychopathological aspects of eating behaviour disorders. *BMC Psychiatry* 2018;18(1):364. doi: 10.1186/s12888-018-1943-0.

62. Syurina E, Bood Z, Ryman F, Muf-tugil-Yalcin S. Cultural phenomena believed to be associated with orthorexia nervosa - opinion study in Dutch health professionals. *Front Psychol* 2018;9:1419. doi: 10.3389/fpsyg.2018.01419.
63. Olejniczak D, Bugajec D, Panczyk M, Brytek-Matera A, Religioni U, Czerw A, et al. Analysis concerning nutritio-
nal behaviours in the context of the risk of orthorexia. *Neuropsychiatr Dis Treat* 2017;13:543-550. doi: 10.2147/NDT.S129660.
64. Bundros J, Clifford D, Silliman K, Neyman Morris M. Prevalence of orthorexia nervosa among college students based on Bratman's test and associated tendencies. *Appetite* 2016;101:86-94. doi: 10.1016/j.appet.2016.02.144.

Correspondencia:
 Rosa Behar Astudillo
 Departamento de Psiquiatría
 Universidad de Valparaíso
 Casilla 92-V
 Valparaíso - CHILE
 rositabehar@vtr.net
 09-44969934