

UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO USFQ

Colegio de Ciencias Sociales y Humanidades

Efecto de la Terapia de Juego Cognitivo-Conductual en Niños de 3 a 6 años, para Tratar la Alimentación Selectiva del Trastorno de Evitación/Restricción de la Ingesta de Alimentos

Proyecto de Investigación

Nicole Andrea Ayala Obando

Psicología

Trabajo de titulación presentado como requisito
para la obtención del título de
Licenciada en psicología

Quito, 17 de mayo de 2017

UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO USFQ
COLEGIO DE CIENCIAS SOCIALES Y HUMANIDADES

**HOJA DE CALIFICACIÓN
DE TRABAJO DE TITULACIÓN**

Efecto de la Terapia de Juego Cognitivo-Conductual en Niños de 3 a 6 años, para Tratar la Alimentación Selectiva del Trastorno de Evitación/Restricción de la Ingesta de Alimentos

Nicole Andrea Ayala Obando

Calificación:

Nombre del profesor, Título académico

María Cristina Crespo Andrade,
Master en docencia

Firma del profesor

Quito, 17 de mayo de 2017

Derechos de Autor

Por medio del presente documento certifico que he leído todas las Políticas y Manuales de la Universidad San Francisco de Quito USFQ, incluyendo la Política de Propiedad Intelectual USFQ, y estoy de acuerdo con su contenido, por lo que los derechos de propiedad intelectual del presente trabajo quedan sujetos a lo dispuesto en esas Políticas.

Asimismo, autorizo a la USFQ para que realice la digitalización y publicación de este trabajo en el repositorio virtual, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Firma del estudiante: _____

Nombres y apellidos: Nicole Andrea Ayala Obando

Código: 00107259

Cédula de Identidad: 1719506659

Lugar y fecha: Quito, mayo de 2017

RESUMEN

Antecedentes: El Trastorno de evitación/restricción de la ingesta de alimentos (ARFID) es uno de los trastorno alimenticios más recientes presentes en la quinta edición del DSM. Se caracteriza por presentarse en edades muy tempranas, en donde el niño muestra una alta aversión hacia una amplia gama de alimentos, lo cual afecta su nutrición y desarrollo. Al ser este un nuevo trastorno, no existe mucha información ni investigaciones acerca de qué tratamientos son efectivos para tratar el ARFID en niños de 3 a 6 años. En este trabajo se consideró una posible terapia, a partir de algunas investigaciones que encontraron que la alimentación selectiva (AS), un comportamiento característico de este trastorno, tiene rasgos de conducta semejantes al trastorno obsesivo compulsivo (TOC) o TOC pediátrico (Kauer, Pelchat, Rozin y Zickgraf, 2015). Por esta razón, en base en los tratamientos más efectivos para el TOC pediátrico, se implementó la Terapia de juego cognitivo-conductual y algunos componentes básicos de la Terapia de juego familiar (TJFCC), para tratar la alimentación selectiva en el ARFID. **Metodología:** Se propone reclutar una muestra de cinco niños y niñas diagnosticados con ARFID para implementar la TJFCC durante tres meses (15 sesiones), evaluando los cambios por medio de observaciones y encuestas. **Resultados:** La TJFCC podría ser bastante efectiva en la disminución de síntomas de externalización e internalización del ARFID, así mismo podría tratar focos problemáticos como un ambiente familiar deteriorado, además de brindarle al niño los beneficios del juego en un ambiente seguro. **Conclusiones:** Se espera que la TJFCC resulte bastante eficaz en el tratamiento del ARFID en una población joven ya que no solo mejoró un síntoma del ARFID, la alimentación selectiva, sino que también ayude a tratar otros focos problemáticos del trastorno en sí.

Palabras clave: trastorno de evitación/restricción de la ingesta de alimentos (ARFID), alimentación selectiva, TOC pediátrico, terapia de juego cognitivo-conductual, niños y padres.

ABSTRACT

Background: Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder (ARFID) is one of the most recent eating disorders in the fifth edition of the DSM. It is characterized by appearing at an early age when the child shows strong reluctance to a wide variety of food, which affects his or her nutrition and development. Since this is a new disorder there is not much information or research about which treatment is effective for ARFID in children from ages 3 to 6 years. In this dissertation a possible therapy is considered, on the basis of other researches that discovered that selective eating (AS), a typical behavior in this disorder, has behavior traits that are similar to the obsessive compulsive disorder (OCD) or pediatric OCD (Kauer, Pelchat, Rozin y Zickgraf, 2015). For this reason, based on the most effective treatments for the pediatric OCD, a cognitive-behavioral play therapy and other basic components of the family play therapy (TJFCC) are applied to treat selective eating in ARFID. **Methodology:** Is proposed to recruit a sample of five boys and girls diagnosed with ARFID to implement the TJFCC during three months (15 sessions), evaluating the changes through observation and surveys. **Results:** The TJFCC could be quite effective in the decrease of externalization and internalization symptoms of ARFID, as well as treating potential problematic sources such as a deteriorated family environment. Additionally it could bring the child the benefits of playing in a safe environment. **Conclusions:** Is expected that the TJFCC be effective in the treatment of ARFID in a young community, because it not only can improved a symptom of ARFID, which is selective eating, but also it can help in the treatment of other problematic sources of the disorder itself.

Key words: Avoidant/restrictive food intake disorder (ARFID), selective eating, pediatric OCD, cognitive-behavioral play therapy, children and parents.

TABLA DE CONTENIDO

Introducción.....	8
Introducción al problema.....	9
Antecedentes.....	9
El problema.....	11
Pregunta de investigación.....	13
Revisión de literatura.....	14
Revisión de literatura.....	14
Formato de la revisión de literatura.....	14
Metodología y diseño de la investigación.....	65
Justificación de la metodología seleccionada.....	65
Herramientas de investigación utilizada.....	66
Descripción de participantes.....	68
Reclutamiento de los participantes.....	68
Consideraciones éticas.....	68
Resultados Esperados.....	69
Discusión.....	71
Limitaciones del estudio.....	73
Recomendaciones para futuros estudios.....	74
Referencias.....	76
ANEXO A: Carta para reclutamiento de participantes.....	85
ANEXO B: Formulario de Consentimiento Informado.....	86
ANEXO C: Entrevista hábitos alimenticios para padres (antes y después).....	88
ANEXO D: Entrevista hábitos alimenticios para niños(antes y después)...	90

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Criterios de diagnóstico del Trastorno de evitación/restricción de la ingesta de alimentos	91
--	----

INTRODUCCIÓN

La alimentación y una buena nutrición son de suma importancia y necesario para un desarrollo óptimo en los primeros años de vida (UNICEF, 2013). Esto se debe a que la niñez es una etapa crítica en donde aspectos como el físico, cognoscitivo, psicosocial, entre otros, empiezan a formarse y consolidarse (Papalia, Wendokos y Duskin, 2010). Si el desarrollo no se da de la mejor manera en los primeros años, podrían existir graves repercusiones en la vida adulta del individuo (UNICEF, 2013); como por ejemplo, algunas desventajas funcionales como disminución del rendimiento intelectual y baja capacidad de trabajo a causa de una malnutrición infantil (Martorell, 1999).

En la infancia, pueden existir varias causas de malnutrición como la falta de accesibilidad a los alimentos. Por otro lado existen otras causas psicológicas, como trastornos relacionados con la reducción de la ingesta de alimentos, que resultan en graves problemas de malnutrición. Hoy en día, gracias a los avances en la psicología, se ha logrado identificar uno de estos causantes psicológicos que afecta principalmente a la población infantil, siendo este el Trastorno de evitación/restricción de la ingesta de alimentos (ARFID). A pesar de que en la actualidad ya es posible diagnosticar este trastorno, al ser tan reciente, hay una falta de investigaciones acerca de un método específico y efectivo para tratar el ARFID en niños ecuatorianos de 3 a 6 años. Esta es la razón por la cual, el presente trabajo de investigación pretende encontrar una posible terapia psicológica que resulte eficaz en el tratamiento de un síntoma específico de este trastorno, llamado alimentación selectiva (AS). Este comportamiento se caracteriza por una aversión o evitación a cierta gama de alimentos, los cuales son rechazados debido a sus características organolépticas.

INTRODUCCIÓN AL PROBLEMA

“La nutrición del niño pequeño empieza con una buena alimentación de la madre durante el embarazo, luego recibiendo lactancia materna adecuada y por último una alimentación complementaria de buena calidad”, según palabras del representante del Ministro de Salud de Perú (Organización Panamericana de la Salud, 2008). Cada niño debe pasar por algunas etapas, después de la lactancia, hasta llegar a una alimentación basada en sólidos, la cual le brindará nuevos nutrientes para un crecimiento y desarrollo óptimo en todos los aspectos. Este cambio en la dieta se da aproximadamente a partir de los seis meses de edad (Moreno y Galiano, 2006). En casos especiales, esta transición representa un verdadero desafío para algunos padres o cuidadores, debido a que hay casos en los que el niño no se alimenta adecuadamente y con una dieta variada, ya que rechaza la gran mayoría de alimentos sólidos que se les da. Zudaire (2014), comenta que a menudo esta actitud aversiva de los niños hacia la comida, puede confundirse con un berrinche del pequeño o con que el niño es demasiado quisquilloso con las comidas, pero no es hasta que las consecuencias de su mala alimentación repercuten en su salud, cuando se ve necesario activar protocolos de trastornos alimenticios.

Antecedentes

La historia de un nuevo diagnóstico sobre un trastorno de la conducta alimentaria en niños: una breve reseña

Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) más frecuentes, según el National Institute of Mental Health [NIMH](2011), son la anorexia nerviosa (AN) y la bulimia nerviosa (BN), los cuales generalmente se dan en la adolescencia o adultez temprana. No obstante, existen otros trastornos alimenticios igual de serios pero muy diferentes a estos dos trastornos, de los cuales no se ha escuchado hablar ni ha habido

mucha información acerca de ellos, hasta hace poco. Estos trastornos se dan principalmente en la infancia, de hecho, se estima que afectan entre el 20 al 80% de la población infantil de todo el mundo (Ortiz, 2011). Gracias a una mayor recopilación de información e investigación sobre la conducta alimenticia en niños, fue posible reclasificar los trastornos alimenticios ya existentes en el DSM-IV, en nuevas categorías para el DSM-V y agregar un nuevo trastorno infantil, denominado *Trastorno de evitación/restricción de la ingesta de alimentos* (Behar y Arancibia, 2014). Esta nueva clasificación ha sido un gran avance en el ámbito psicológico como en el pediátrico, ya que ha permitido una mejora en el abordaje terapéutico de estos trastornos (Ortiz, 2011).

El Trastorno de evitación/restricción de la ingesta de alimentos, cuyas siglas en inglés son ARFID, se caracteriza por presentarse en la infancia y la niñez temprana, afectando tanto a niños como niñas y pudiendo persistir hasta la adultez (APA, 2013). Según el DSM-V, los niños con este trastorno presentan una considerable pérdida de peso o falta de aumento del mismo, presencia de algunas deficiencias nutricionales, dependencia de alimentación enteral y una interferencia o perturbación en el funcionamiento psicológico adecuado (Behar y Arancibia, 2014; APA, 2013). Estas consecuencias son causadas por la alteración en la alimentación o la ingesta (American Psychiatric Association [APA], 2013), a partir de “una disminución del interés a la comida o a comer en general; evitación asociada a las características sensoriales de los alimentos; preocupación creciente hacia las diversas consecuencias o desventajas de comer” (Behar y Arancibia, 2014, p.28).

En cuanto a la evitación de ciertos alimentos en base a las características sensoriales que estos poseen, la evitación puede darse por la textura de la comida, su apariencia, olor, color, temperatura o sabor. El DSM-V denomina este comportamiento aversivo, como “alimentación restrictiva”, “alimentación selectiva”, “alimentación

exigente”, “negativa crónica a los alimentos”, “neofobia alimentaria” entre otros (APA, 2013). Ortiz (2011) informa, en base al trabajo de Timimi y colaboradores, que la alimentación selectiva consta de una serie definida de alimentos que el niño aprueba y se limita a ellos para alimentarse, haciendo bastante difícil para los padres, el poder alimentar adecuadamente a su hijo, afectando a su vez su relación y por ende la dinámica familiar.

El problema

Karges (2016) afirma que los síntomas y signos del ARFID, pueden variar entre individuos, pero en general, este problema se caracteriza por la presencia de patrones perjudiciales de alimentación, que llevan a una mala nutrición, repercutiendo gravemente en el desarrollo del niño (Ortiz, 2011). Es por eso que Karges (2016) considera que el tratamiento para este trastorno debe abordar estos patrones alimenticios perjudiciales para lograr que el niño desarrolle buenos hábitos de alimentación. Por el mismo hecho de que el ARFID es un trastorno relativamente nuevo (Behar y Arancibia, 2014), todavía se están investigando métodos efectivos para su tratamiento. Karges (2016) informa que muchas intervenciones psicológicas y con enfoques conductuales, han demostrado efectos prometedores para los pacientes de ARFID, como terapias de exposición y la terapia cognitivo-conductual (TCC) (Zudaire, 2014).

En cuanto a la terapia cognitivo conductual, esta ha demostrado una alta eficacia en el tratamiento de algunos trastornos alimenticios como la bulimia nerviosa (Dobson y Dobson, 2009). Si bien se reconoce su efectividad, hay un factor importante a tomar en cuenta. Hernández (2015) menciona que existen algunas diferencias en los procesos de evaluación psicológica y tratamiento clínico tanto para niños, adolescentes y adultos, la cual se basa en su nivel de desarrollo. Debido a esto, Schaefer (2012) comenta, que

“la terapia cognitiva que se practica con los adultos es inapropiada para emplearse con niños y adolescentes sin ser modificada, ya que se necesita un enfoque más apropiado para el desarrollo.” (p. 313)

Para intervenir a un niño, hay que tomar en cuenta factores de desarrollo como, su desarrollo cognitivo y el habla, ya que en muchas terapias se requiere de la verbalización de experiencias, pensamientos, sentimientos y sensaciones; habilidades que en edades muy tempranas no se encuentran bien desarrolladas (Hernández, 2015). A consecuencia de esto, se han adaptado algunas terapias, con el objetivo de poder incluir a la población infantil en el tratamiento psicológico. Es aquí donde se introduce la terapia de juego (TJ), la cual fue desarrollada en primera instancia por Virginia Axline en 1974, con el objetivo de crear un tratamiento que se adapte a las necesidades de los niños (Schaeref, 2012). La TJ puede adaptarse a los diferentes enfoques terapéuticos ya existentes, como el cognitivo-conductual, ajustando sus técnicas para implementarlas en niño de todas las edades a través del juego (Schaeref, 2012).

Al ser el ARFID un nuevo trastorno, no existe bibliografía que hable sobre algún enfoque de terapia en específico, eficaz para el tratamiento del trastorno. A pesar de esto, existe literatura que habla sobre que la alimentación selectiva, síntoma del ARFID, tiene varias semejanzas en su sintomatología con otro trastorno llamado Trastorno obsesivo compulsivo (TOC) (Kauer, Pelchat, Rozin y Zickgraf, 2015). Este trastorno también se presenta en la población infantil, y se lo identifica como TOC pediátrico (Rosa-Alcázar, Iniesta-Sepúlveda, Storch, Rosa-Alcázar, Parada-Navas y Olivares Rodríguez, 2016), para el cual ya existen algunas terapias desarrolladas para su tratamiento. Por lo tanto, este trabajo de investigación se centrará en averiguar si resultaría eficaz el uso de algunas metodologías o enfoques de terapias, originalmente usadas para tratar el TOC pediátrico, para implementarlas en el tratamiento del trastorno

de evitación/restricción de la ingesta de alimentos, específicamente para el tratamiento de la alimentación selectiva.

Pregunta de investigación

¿Cómo y hasta qué punto, el implementar la terapia de juego cognitivo conductual, podría ayudar a niños de entre 3 a 6 años, con la alimentación selectiva, síntoma característico del trastorno de evitación/restricción de la ingesta de alimentos?

El significado del estudio

Como se mencionó anteriormente, del 20% al 80% de la población infantil de todo el mundo, se ve afectada por trastornos alimenticios (Ortiz, 2011). Estos trastornos resultan bastante perjudiciales para los niños, ya que tienen repercusiones negativas en el desarrollo y en muchos casos con consecuencias irreversibles si no son tratados a tiempo (Martorell, 1999). Existen trastornos como el Trastorno de evitación/restricción de la ingesta de alimentos, del cual no se tiene mucha información sobre tratamientos eficaces para aplicarlos en poblaciones infantiles y mucho menos en Ecuador. Esta es la razón por la cual se considera bastante útil proponer una terapia que se acople a las necesidades de niños de 3 a 6 años, al mismo tiempo que ofrezca resultados prometedores para el tratamiento del trastorno. Tanto padres de familia, como pediatras, se verían beneficiados al conocer un poco más sobre el ARFID y de posibles técnicas clínicas eficaces para abordarlo.

REVISION DE LITERATURA

Revisión de la literatura

Fuentes

La información que se utilizará para la revisión de literatura de esta investigación, provendrá de libros, tanto electrónicos como físicos, artículos de revistas electrónicas, artículos independientes y trabajos de investigación. Se accedió a esta información principalmente a través de la página web Reasearch Gate. Igualmente se recopiló la información con la ayuda de Ecosia, Google académico y Google Books. Las palabras claves que se utilizaron para la búsqueda fueron principalmente, Trastorno de evitación/restricción de la ingesta de alimentos (ARFID), alimentación selectiva, TOC pediátrico, terapia de juego cognitivo-conductual, además de algunas variantes de los temas de interés, para afinar y especificar aun más la búsqueda.

Formato de la revisión de la literatura

La revisión de la literatura será presentada de la siguiente manera. Primero, se analizará el proceso de introducción de alimentos solidos en la dieta de los lactantes como una forma de entender la formación de los primeros hábitos de alimentación en la vida de una persona. Segundo, se considera importante describir el Trastorno de evitación/restricción de la ingesta de alimentos y en particular lo que es la alimentación selectiva y sus características. Tercero, se presentará brevemente al TOC y al TOC pediátrico, con el objetivo de encontrar semejanzas, a partir de una comparación con la alimentación selectiva en el ARFID. Asimismo, se describirán terapias, metodologías e instrumentos terapéuticos usados para tratar TOC pediátrico. Cuarto, se describirá una posible terapia para el tratamiento de la alimentación selectiva en el ARFID, en base a los tratamientos para el TOC.

1. Introducción a los alimentos sólidos

Una buena alimentación es fundamental desde el primer día de vida de la persona (Van Dijk y Van Geert, 2012). Incluso, antes de nacer el bebé en el útero requiere de la buena alimentación de su madre para garantizar su desarrollo óptimo (Organización Panamericana de la Salud, 2008). Muchas organizaciones de la salud, como la Academia Estadounidense de Pediatría (APP) recomiendan la leche materna como la única fuente de nutrición del bebé durante los primeros seis meses de vida (American Academy of Pediatrics [APP], 2017). Sin embargo, en muchos países se empiezan a introducir aproximadamente desde los 4 meses de edad, otros alimentos o líquidos en la dieta de los lactantes (Smith y Becker, 2016). Si bien existen muchas opiniones y hallazgos acerca de las ventajas y desventajas de una lactancia materna no exclusiva en los primeros seis meses y sobre cuándo debería ser el momento más apropiado para introducir alimentos sólidos en la dieta del bebé, hay algunas señales o pautas para saber el momento en el que el lactante está listo para introducir alimentos más sólidos en su dieta.

Las primeras señales para saber que el bebé podría estar listo para la introducción de alimentos más sólidos, son un mayor control de su cabeza (APP, 2017), cambios en el comportamiento motor oral del lactante, ya que se vuelve más voluntario, y cambios anatómicos en su boca (Van der Heul, 2015). Asimismo, cuando los bebés llegan a tener el doble del peso al nacer y empiezan a mostrar mayor interés por la comida (APP, 2017), podrían ser otras señales para empezar con el cambio de dieta del lactante. Durante este cambio, el infante tiene que acostumbrarse poco a poco a nuevos gustos y texturas; incluso su área de control oral, debe adiestrarse en el transporte de la comida (Nicklaus, 2011 citado por Van der Heul, 2015). Es normal que en un comienzo, el pequeño no sea capaz de llevar el alimento a la parte trasera de la boca

para tragarlo y tome un tiempo para que se acostumbre a texturas más espesas (APP, 2017). En cuanto a qué tipo de comida se debe introducir primero, “no existe evidencia médica que indique qué introducir alimentos sólidos en cualquier orden determinado presente una ventaja para su bebé.” (APP, 2017). A pesar de esto, durante todo este proceso, la APP (2017) aconseja prestar gran atención si ocurren reacciones alérgicas, como diarrea, erupción o vómitos. Asimismo, estar alerta y para evitar atragantamiento o ahogo del niño, por lo que se recomienda dar alimentos blandos y fáciles de tragar, como trozos pequeños de plátano (APP, 2017).

Importancia de las primeras experiencias alimenticias

Van der Heul (2015) comenta que las primeras experiencias de alimentación durante el primer año de vida, son un importante fundamento para la alimentación en los años siguientes (Harris, 2008; Mennella, 2012 citados por Van der Heul, 2015). Van der Heul (2015) también informa que en el primer año de vida, el infante está más dispuesto a aceptar nuevos sabores y texturas, mientras que en el segundo año de vida, el infante entra en un período de neofobia, que es el rechazo a alimentos que no son familiares; lo que podría ocasionar que la introducción de nuevos alimentos en su dieta, se vuelva una tarea difícil para los padres (Dovey, Staples, Leigh Gibson, & Halford, 2007 citados por Van der Heul, 2015). Es por esto que resulta muy importante desarrollar los primeros hábitos alimenticios, puesto que los niños que carecen de estas experiencias tempranas con la comida sólida y sus nuevas sensaciones, son más probables a comer menos variedad de alimentos sólidos después del primer año (Coulthard, Harris, y Emmett, 2009; Mason y Harris, 2005 citados por Van der Heul, 2015).

Rol de los padres en los primeros hábitos alimenticios

Se ha visto que las interacciones cotidianas entre un niño y sus cuidadores dan forma a los hábitos interpersonales del niño a futuro (Van Dijk y Van Geert, 2012) y uno de estos hábitos son los hábitos alimenticios. Los padres juegan un rol muy importante en la generación de estos hábitos, puesto que primero, son ellos los que introducen por primera vez la comida, eligen los alimentos, la hora para comer y las porciones, en base a las reacciones y respuestas de sus hijos. Esta dinámica crea un sistema consistente entre el lactante, cuidador, alimento (Van Dijk y Van Geert, 2012) y esto a su vez, establece el contexto de la alimentación, el cual el niño relacionará con sus próximas experiencias alimenticias y también con la sensación de comer y la comida en general. Por otra parte, la APP (2017) menciona que el rol de los padres también es importante al momento de crear una rutina en las comidas del bebé. El sentarse, tomar el alimento con una cuchara, descansar entre bocados y dejar de comer cuando sienta saciedad, son hábitos de alimentación que perdurarán a lo largo de su vida. Igualmente, el compartir en familia la hora de la comida ha mostrado tener efectos positivos en el desarrollo del niño (APP, 2017). El lograr que este proceso sea un proceso placentero y agradable, ayudará al niño a desarrollar buenos hábitos alimenticios a futuro y evitando dificultades para alimentarlo con alimentos variados y saludables en su infancia.

2. Trastorno de evitación/restricción de la ingesta de alimentos

Historia del trastorno

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales – quinta edición, de la American Psychiatric Association, cuenta con una reciente actualización de los trastornos alimenticios, reconociendo un nuevo trastorno en esta categoría. En la nueva sección de Trastornos de la conducta alimentaria (**Feeding and eating disorders**)

del DSM-V, se encuentran desordenes tales como Pica, Trastorno de rumiación, Trastorno de evitación/restricción de la ingesta de alimentos (ARFID), Anorexia nerviosa (AN), Bulimia nerviosa (BN), Trastorno por atracón, Otro trastorno de la conducta alimentaria o de la ingesta especificado (**Other Specified Feeding or Eating Disorder**) y Trastorno de la conducta alimentaria no especificados (EDNOS) (Behar y Arancibia (2014). En términos generales, estos trastornos alimenticios se caracterizan por ser perjudiciales para la salud física y el funcionamiento psicosocial, debido a un consumo alterado de los alimentos (APA, 2013), lo cual no permite el cumplimiento de la ingesta calórica necesaria para el buen funcionamiento del organismo de la persona.

El Trastorno de evitación/restricción de la ingesta de alimentos, es el trastorno alimenticio más reciente en la edición-5 del DSM, según informan Behar y Arancibia (2014). Antes de la nueva actualización del DSM, cualquier trastorno alimenticio que no coincidía con los criterios de diagnóstico presentes en el DSM-IV, de AN o BN, eran diagnosticados como Trastorno de la conducta alimentaria no especificado (EDNOS) (Kenney and Walsh, 2013). Fisher, Rosen, Ornstein, Mammel, Katzman, Rome, Callahan, Malizio, Kearney y Walsh (2013), explican que de hecho, más del 50% de niños y adolescentes que tenían algún trastorno alimenticio, eran diagnosticados con EDNOS, debido a que eran muy jóvenes para ajustarse al diagnóstico de AN y BN, además de que no mostraban signos de distorsión de la imagen corporal y no tenían miedo a ganar peso. Debido a la variedad de presentaciones clínicas, existía una gran heterogeneidad en esta categoría EDNOS (Fisher et al. , 2013). De hecho, Nicely, Lane-Loney, Masciulli, Hollenbeak, Ornstein (2014), comentan que clínicos e investigadores identificaron los tipos de desórdenes alimenticios presentes en esta categoría, incluso antes de que saliera la 5ta edición del DSM. Con la ayuda del sistema de clasificación Great Ormond Street (GOS), se logró agrupar a los pacientes EDNOS

en las siguientes categorías: Trastorno emocional de evitación de alimentos (FAED), Alimentación selectiva (futuraamente denominado como ARFID) y Disfagia funcional (Nicely et al., 2014). La gran heterogeneidad de EDNOS, fue la razón por la cual, el grupo a cargo de la revisión del DSM-V, vio necesario examinar los perfiles clínicos de estos pacientes, actualizando los criterios de diagnóstico, de este y otros trastornos, con el objetivo de reconocer nuevos o eliminar otros (Nicely et al., 2014). Fisher et al. (2013) comentan, que lo que hicieron finalmente fue combinar la sección del DSM-IV de Trastornos alimentarios (**Eatind Disorder**) con la de Trastornos alimentarios de la infancia o la primera infancia (**Feeding Disorder of Infancy or Early Childhood**), en una sola sección llamada Trastornos de la conducta alimentaria (**Feeding and Eating Disorders**), en donde se incluía por primera vez, el Trastorno de evitación/restricción de la ingesta de alimentos. Se preveía que con la inclusión de este nuevo trastorno, se captaría una población de jóvenes con problemas alimenticios, que podrían haber sido excluidos de los criterios de diagnósticos de versiones previas del DSM (Fisher et al, 2013), por la falta de concordancia de su condición con los antiguos criterios de diagnósticos.

Descripción del trastorno

En la tabla 1 se describen los cuatro criterios diagnóstico del ARFID que se deben cumplir. El primer criterio (Criterio A) habla sobre la presencia de alteraciones en la alimentación o de la ingesta debido a una aparente “disminución del interés hacia la comida o comer en general; evitación asociada a las características sensoriales de los alimentos; preocupación creciente hacia las diversas consecuencias o desventajas de comer” (Behar y Arancibia, 2014, p. 28). Las actitudes frente a la comida antes descritas, podrían resultar en un fracaso, clínicamente significativo, en el cumplimiento de los requisitos nutricionales necesarios y de consumo de energía mínimos para una

buena salud y desarrollo óptimo (APA, 2013). Igualmente de acuerdo con el Criterio A, los pacientes con ARFID deben presentar una o más de los siguientes factores: considerable pérdida de peso o crecimiento irregular o inadecuado; presencia de deficiencias nutricionales significativas; dependencia de alimentación enteral, en la cual alimentación se da por tubo o por medio de suplementos nutricionales y por último interferencias en el funcionamiento psicosocial, como la incapacidad de comer en la presencia de otros (APA, 2013; Kenney and Walsh, 2013).

Por otro lado, los criterios de diagnóstico B,C y D son tres exclusiones que el paciente debe cumplir para ser diagnosticado con ARFID (APA, 2013):

- B. La alteración de la alimentación no se debe a la falta de disponibilidad de alimentos o por una práctica religiosa o cultural, como el ayuno voluntario, ni tampoco incluye comportamientos normales de desarrollo, como el ser un tanto quisquilloso cuando niño o tener un consumo reducido de alimentos en adultos mayores.
- C. La alteración de la alimentación no se produce exclusivamente durante el curso de la anorexia nerviosa o bulimia nerviosa y tampoco existe evidencia de una perturbación en la percepción del peso corporal o la imagen corporal.
- D. El trastorno alimentario no es atribuible a una afección médica concurrente o no es mejor explicado por otro trastorno mental.

Descripción detallada del criterio de diagnóstico A

En el Criterio A se habla sobre tres comportamientos de los cuales se describirán dos de ellos. Primero, acerca de una “preocupación acerca de las consecuencias repulsivas de la acción de comer” (APA, 2013, p.334), Behar y Aranciba (2014), lo explican como la “preocupación creciente hacia las diversas consecuencias o desventajas de comer” (p.28). Esta preocupación puede generarse a partir de una

experiencia traumática anterior con la comida, la cual provocó náuseas, vómito o ahogo en el niño, quién luego relacionó las consecuencias negativas de esa experiencia, con la comida o al comer en general. Kenney y Walsh (2013), comentan que algunos niños con ARFID también pueden rechazar la comida debido al temor de una contaminación, al envenenamiento, a la regurgitación o incluso a la defecación. Sea cual sea la razón de la aversión, la restricción alimentaria se da principalmente para evadir estas consecuencias negativas, que se creen, pueden surgir al momento de comer. Es importante aclarar que estos comportamientos en algunas ocasiones se pueden confundir con fobias específicas, por ejemplo miedo extremo a vomitar, pero la diferencia recae en que en el caso del ARFID, el foco principal de la atención clínica, es un problema alimenticio serio.

En el Criterio A, también se menciona la evitación de los alimentos, a causa de sus características o propiedades organolépticas, las cuales se refieren a las propiedades físicas de los alimentos, que se perciben a través de los sentidos como el olor, color, textura o sabor (Chavarrias, 2016). Es normal que la mayoría de niños a su corta edad, no estén acostumbrados a comer todo tipo de alimentos y se muestren un poco exigentes en cuanto a lo que les gusta y a lo que no. Pero esa exigencia podría considerarse un caso clínico cuando el niño llega al extremo de no comer nada, a menos de que sea de cierto color o de textura determinada. A este comportamiento se lo denomina alimentación selectiva o alimentación restrictiva (APA, 2013) o en su término en inglés, *picky eating* (Zickgraf, Franklin y Rozin, 2016), y se caracteriza por una hipersensibilidad a las características sensoriales de los alimentos, como a su apariencia, textura, color, sabor, gusto e incluso temperatura (APA, 2013); características que para otras personas podrían pasar por desapercibido o ser sutiles (Bryant-Waugh, et al., 2010). Nicely y colaboradores (2014), comentan que la alimentación selectiva puede

limitar la ingesta del niño en un rango tan estrecho de alimentos aceptables, que podría producir una pérdida significativa de peso (Fisher et al., 2013) y malnutrición por la falta de variedad de nutrientes.

Características de los niños con ARFID

Primero es importante mencionar que tanto el género masculino como el femenino se ven afectados por este trastorno por igual en poblaciones alrededor del mundo, como en los Estados Unidos, Canadá, Australia y Europa (APA, 2013). Segundo, además de presentar una falta de interés en comer o en los alimentos y de la pérdida de peso o crecimiento inapropiado, los infantes con signos de ARFID suelen caracterizarse por ser demasiado soñolientos, angustiados o agitados al momento de alimentarse, incluso cuando pasan a la etapa de la niñez, suelen ser bastante difíciles de consolar durante las comidas (APA, 2013). Debido a esto, muchos de ellos dependen en gran medida, de suplementos nutricionales en su ingesta diaria (Nicely et al., 2014), como una forma de compensación nutricional. Parte de su comportamiento se debe, a que estos niños suelen presentar rigidez de pensamiento y la necesidad de uniformidad, razón por la cual, se reusan a toda costa a probar nuevos alimentos y necesitan pedir siempre lo mismo para sentirse seguros (Mason, 2015). En cuanto al carácter, estos niños suelen ser bastante irritables, retraídos, apáticos (APA, 2013) y decaídos o faltos de energía, probablemente por una posible anemia debido a la falta de hierro en sus dietas. Una dieta poco variada, también tiene como consecuencia otros problemas como constipación estomacal, por la falta de fibra, generando malestar en el niño y reduciendo por consiguiente, sus ganas de comer (Mason, 2015).

Al comparar este trastorno con otros trastornos alimenticios, Fisher y colaboradores (2013) reportan, a partir de un trabajo de investigación, que la edad de los

pacientes con ARFID es mucho menor a comparación de aquellos con AN y BN. Es decir, que los niños y adolescentes con este trastorno presentan signos de ARFID muchos antes de su diagnóstico en edades muy tempranas, por lo que tienen una mayor duración de la enfermedad (Fisher et al., 2013) a comparación de la AN y BN, que suele presentarse mayormente en la adolescencia. Además, los pacientes con ARFID reportan mayores temores a vómitos y/o asfixia al momento de comer y problemas con la textura de los alimentos, que aquellos con otros trastornos de alimentación (Nicely et al., 2014). Además, se ha encontrado una mayor comorbilidad de trastornos de ansiedad, Trastorno generalizado del desarrollo, trastornos del aprendizaje (Nicely et al., 2014) y Trastorno obsesivo compulsivo (APA, 2013) en aquellos con ARFID, en comparación con otros trastornos alimenticios. Trastornos del estado del ánimo como el Trastorno depresivo mayor, no son tan comunes en pacientes con ARFID como en pacientes con AN o BN (Fisher et al., 2013). A pesar de esto, Fisher y colaboradores (2013) comentan, a partir del trabajo de investigación de Zickgraf, Franklin y Rozin (2016), que los adultos que muestra síntomas de ARFID, están igual de angustiados y probablemente tengan síntomas de depresión y ansiedad, como aquellos con anorexia o bulimia, aunque muestren diferentes tipos de comportamientos alimenticios. Un posible explicación para esto podría ser que los síntomas de depresión no se dan tanto en la niñez como en la adultez, debido a que las repercusiones de este trastorno se hacen más notorias a futuro, cuando la persona ya adulta, ve afectados varios ámbitos de su vida.

Factores de riesgo, pronóstico y diagnóstico diferencial

Existen varios factores que pueden aumentar el riesgo de comportamientos de evitación o restricción característicos del ARFID, como los factores temperamentales, físicos y ambientales (APA, 2013). Cabe recalcar que en muchos casos, estos factores

causantes de la restricción alimentaria pueden ser tratados y cambiados para mejor, haciendo que la aversión hacia la comida se vaya reduciendo. Lo que sugiere que el solo hecho de que existan comportamientos de evitación y restricción alimentaria, no se convierte en un predictor directo del trastorno. Más bien, este comportamiento es un factor de riesgo para un posible diagnóstico de ARFID, el cual debe estar acompañado de los otros criterios de diagnóstico presente en el DSM-V.

Factores temperamentales

“Los trastornos de ansiedad, el trastorno del espectro autista, el trastorno obsesivo-compulsivo y el trastorno por déficit de atención/hiperactividad pueden aumentar el riesgo de comportamientos de evitación o restricción de la alimentación o la ingesta” (APA, 2013, p.336). Por ejemplo, un trastorno de ansiedad o una fobia específica que pueden desencadenarse a partir de un evento traumático en donde el niño sufrió un ahogó a causa de la comida o tuvo un episodio de vomito, causan un miedo severo a vomitar o ahogarse, convirtiéndose en la principal razones para la evitación alimentaria.

Factores físicos

Según la APA (2013), entre las dificultades físicas que podrían ser un factor de riesgo o de pronóstico para el ARFID, se encuentran condiciones gastrointestinales o gastroesofágicas, como padecer intolerancias a ciertos alimentos y presentar síntomas como reflujo, vómitos, diarrea o dolor abdominal fuerte (Fisher et al, 2013), las cuales podría ocasionar a su vez un desencadenante comportamental, como por ejemplo la fobia a vomitar (Bryant-Waugh, Markham, Kreipe y Walsh, 2010). Igualmente las deficiencias musculares que afectan directamente a las habilidades orales-motoras, pueden resultar en alteraciones en el comportamiento alimentario (Bryant-Waugh et al., 2010).

Factores ambientales (ambiente familiar)

La interacción entre padres e hijos es bastante relevante en lo que respecta a problemas de alimentación, ya que una mala relación puede exacerbar el problema, haciendo que el simple hecho de comer se vuelva una tarea frustrante y estresante para ambas partes. Kenney y Walsh (2013), comentan que en algunas ocasiones los padres, por la negativa de sus hijos a comer, responden de manera inadecuada y utilizan estrategias desesperadas y poco ortodoxas. Estos comportamientos, en algunos casos un poco violentos, contribuyen a que el niño desarrolle una inquietud general al alimentarse, logrando únicamente que el pequeño se vuelva cada vez más apático, mientras frena su deseo por comer (Mason, 2015). Van Dijk, Bruinsma y Hauser (2016) informan a partir de la investigación de Frankel y colaboradores (2014), que se ha demostrado que el uso de un estilo de alimentación controlador o indulgente, contribuye a una autorregulación menos óptima en niños. Asimismo se observó que el comportamiento alimenticio y el aumento de peso del niño depende del estilo de alimentación impuesto por los padres y a su vez, el peso del niño y su comportamiento alimenticio, influyen en las preocupaciones de los padres y estilo de alimentación que ellos usan con sus hijos (dinámica bidireccional) (Van Dijk et al., 2016).

Algunos investigadores como Bryant-Waugh y colaboradores (2010), creen que los trastornos alimenticios en la infancia son "relacionales", es decir, que el foco del problema, se encuentra en la influencia de factores parentales y ambientales, hecho que sugiere un análisis del ambiente que rodea al niño, como una forma de tratar el trastorno. De hecho la APA, (2013) afirma que “Los porcentajes más altos de problemas de alimentación pueden presentarse en los hijos de madres con trastornos de la conducta alimentaria ” (p. 336) incluso “ una alteración de la relación cuidador-niño que puede afectar a la alimentación y a la ingesta de alimentos de este último” (p.337), lo que

confirma que el ambiente, específicamente el ambiente familiar, es un factor de riesgo que aumenta las posibilidades de una aversión a la comida y por ende, un futuro diagnóstico de ARFID.

2.1 Alimentación selectiva en el ARFID

Como se mencionó anteriormente, una de las características de los pacientes con ARFID es la alimentación selectiva (AS). En casos clínicos extremos, estos niños tienen una dieta que consta de entre 5 a 10 alimentos aceptables (Mason, 2015) o según Zickgraf, Franklin y Rozin (2016) de menos de 20 alimentos aceptables, que generalmente se componen de hidratos de carbono (Mason, 2015). Bryant-Waugh y colaboradores (2010) explican que, un niño con AS, podría limitarse a comer alimentos de un solo color en particular, como el blanco, por lo que su dieta general constaría de alimentos como leche, pan, galletas o pasta sencilla. Esta dieta basada en carbohidratos, se describe a menudo como dieta "beige", puesto que los alimentos coloridos, tales como los vegetales, son excluidos completamente de la dieta, probablemente debido a su textura más que a su color (Mason, 2015). Incluso, las proteínas, especialmente las carnes y los peces, también suelen encontrarse ausentes. En general muchos de estos niños se encuentran reacios a probar nuevos alimentos, comportamiento que se denomina como neofobia alimentaria, la cual se describe como el miedo a la novedad, en este caso miedo a probar alimentos que no son familiares para el niño (Zickgraf et al., 2016).

Primeras señales

Mason (2015) explica, que el niño con ARFID puede mostrar en sus primeros años de vida, una hipersensibilidad a las texturas, olores y sabores, particularmente cuando el infante pasa de las primeras texturas casi líquidas, como el puré, a alimentos

más grumosos o sólidos. Cuando pasa al segundo y tercer año de vida, este se vuelve aun más sensible ante la percepción de los alimentos (Mason, 2015), siendo un problema que tiende a persistir hasta la edad adulta (APA, 2013). Esta etapa coincide con una etapa normal de desarrollo en la niñez, en la cual la mayoría de niños pueden ser un tanto quisquillosos y rechazar alimentos nuevos (Dovey, Staples, Leigh Gibson, & Halford, 2007 citados por Van der Heul, 2015), pero el rechazo a la comida en niños con ARFID es mucho más severo. Kauer y colaboradores (2015) mencionan algunos estudios que hablan sobre que la sensibilidad a los gustos amargos y dulces es un correlato y un posible factor de riesgo para la alimentación selectiva. También se menciona que el rechazo en la alimentación selectiva, podría darse por una hipersensibilidad a la textura e igualmente se ha visto en otras investigaciones que la textura influye fuertemente en las percepciones de sabor (Kauer et al., 2015). Esto sugiere que la AS se da por una dinámica circular, en la que la sensibilidad a la textura influye en la percepción del sabor, provocando una aversión a la comida con texturas particulares ya que se perciben con una mayor sensibilidad. Esto explica el por qué los niños con ARFID se limitan a comer ciertos alimentos, ya que sus alimentos seguros no activan ni estimulan sus sentidos de la forma en que otros alimentos lo hacen por su textura. Esta sobre estimulación a causa de su hipersensibilidad al momento de comer ciertos alimentos, podría causarles asco, náuseas incluso ansiedad, al ser estímulos tan fuertes para ellos. Incluso hay casos en donde el niño es incapaz de tolerar los olores de los alimentos que no son parte de su rango de alimentos aceptables, por lo que se les dificulta comer junto con otras personas (Bryant-Waugh, et al., 2010). Esto representa un grave problema para ellos en el ámbito social puesto que corren el riesgo de ser intimidados y, a medida que envejecen, podrían sentirse avergonzados y empezar a auto recluirse de contextos sociales que involucren comida, para esconder su condición

(Nicely et al., 2014).

Rasgos de comportamiento

Los niños con AS tienen una gran necesidad de seguridad con lo que respecta a sus comidas, razón por la cual suelen tener una posición rígida en cuanto a, qué comer, a cómo debe ser preparada la comida e incluso la presentación de la misma (Zickgraf, et al., 2016). Esto se debe a que desde que son pequeños, ellos se basan en sus sentidos para determinar si el alimento es "seguro" o no para comerlo (Mason, 2015), por lo que pueden llegar a fijarse en detalles tan específicos como la marca de la comida o en su presentación (Mason 2015). Esto hace que sea bastante difícil para los padres el poder alimentar a sus hijos de la mejor manera. A pesar de ser tan exigentes, una proporción razonable de niños con AS, comen suficientes calorías para satisfacer sus necesidades energéticas y no necesariamente se encuentran bajos de peso, ya que obtienen estas calorías de sus alimentos preferidos (Nicely et al., 2014). Es por esto que muchos padres pueden verse frustrados al momento de ir al doctor, puesto que los profesionales pueden desestimar sus preocupaciones, si la altura y el peso del niño son satisfactorios, (Mason, 2015) dejando de lado la buena nutrición del pequeño e incluso su salud. Es importante mencionar que en este caso el niño no padece de ARFID sino solo AS, puesto que no cumple con los criterios de diagnóstico que hablan sobre una considerable pérdida de peso y una considerable deficiencia nutricional (APA, 2013). A pesar de que de igualmente la AS es un problema alimenticio bastante grave, existen algunas diferencias entre la AS sola y el ARFID.

Diferencia entre alimentación selectiva y ARFID

Un detalle importante, que Zickgraf y colaboradores (2016) han descubierto, es que la alimentación selectiva y los síntomas de ARFID, pueden existir

independientemente. Es decir, un niño puede tener alimentación selectiva y no presentar signos de ARFID, a lo que este trabajo va a denominar como el ser *altamente quisquilloso* (picky eater). Zickgraf y colaboradores (2016), observaron que una persona altamente quisquillosa, con neofobia alimenticia, con comportamientos rígidos con respecto a la comida y con un reducido rango de alimentos aceptables, es más propensa a reportar síntomas de ARFID. Es decir la alimentación selectiva, por sí sola, puede ser un posible factor de riesgo para el diagnóstico del trastorno, pero no significa que la persona padece de ARFID. De hecho Zickgraf y colaboradores (2016) comentan que, el ser altamente quisquilloso no parece estar asociado con síntomas de alguna psicopatología, a menos de que sea lo suficientemente grave como para conducir a síntomas de ARFID. En el mismo trabajo de Zickgraf y colaboradores (2016), se habla sobre las diferencias de las personas altamente quisquillosas y aquellas con ARFID, y se reportó que las personas con ARFID tienen más síntomas del Trastorno obsesivo compulsivo (TOC), angustia y ansiedad (**internalizing distress**), además de un mayor deterioro relacionado con la calidad de vida, en comparación con las personas altamente quisquillosas.

Tratamientos para el ARFID

Antes de que el Trastorno de evitación/restricción de la ingesta de alimentos tuviera un nombre que lo identificara de los otros trastornos alimenticios, lo que se hacía para tratarlo era usar métodos o tratamientos destinados para la anorexia restrictiva (Zickgraf et al., 2016). En una serie de revisiones hasta el año 2014, Zickgraf y colaboradores (2016) encontraron que del 12% al 22% de los adolescentes referidos a clínicas de trastornos alimentarios, cumplían con los criterios de ARFID, mas no con los criterios de un trastorno alimenticio restrictivo asociado con problemas de peso y alteración de la imagen corporal como la anorexia. A pesar de que el ARFID y la

anorexia pertenecen al mismo grupo de trastornos alimenticios, se ha visto que el ARFID comparte más características con el Trastorno obsesivo-compulsivo que con la anorexia (Zickgraf et al., 2016). Fairburn (2008), opina que por la forma en la que los desórdenes alimenticios están clasificados, a partir de las diferentes condiciones que se presentan en cada trastorno, alienta la idea de que cada desorden necesita de un tratamiento específico para tratar sus condiciones. En este trabajo se pretende buscar un posible tratamiento para el ARFID, específicamente para la alimentación selectiva. Zickgraf y colaboradores (2016) comentan, que no hay tratamiento basado en evidencia para tratar el ARFID en adultos, ni en niños de edad escolar y muy poca investigación de tratamientos se ha llevado a cabo en estas poblaciones.

3.Trastorno obsesivo-compulsivo

Trastorno obsesivo-compulsivo y alimentación selectiva

Los trastornos comórbidos más comunes con el Trastorno de evitación/restricción de la ingesta de alimentos son los trastornos de ansiedad, el Trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) y los trastornos del neurodesarrollo (APA, 2013). En cuanto al TOC, existe una amplia literatura que habla sobre una relación con la alimentación selectiva (AS), puesto que en la AS se manifiestan varios rasgos de la conducta del TOC (Kauer, Pelchat, Rozin y Zickgraf, 2015). Por ejemplo, Kauer y colaboradores (2015), comentan que se ha encontrado una elevada sensibilidad al asco o al disgusto en individuos con TOC y a su vez, han demostrado empíricamente la relación que existe entre la sensibilidad al asco con la AS (Kauer et al., 2015). En otro estudio de Wildes, Zucker y Marcus (2012), se observó que los adultos con AS, tenían casi el doble de probabilidades de tener síntomas clínicamente significativos del TOC, en comparación con las personas con hábitos de alimentación normal. A su vez,

Zickgraf, Franklin y Rozin (2016) también encontraron una relación existente entre la AS y los síntomas del TOC, además de signos de depresión y ansiedad social.

Al haber cierta relación en la sintomatología de ambos trastornos, además del hecho de que la AS y el TOC comparten factores de riesgo subyacentes de la personalidad y que existe rigidez conductual y cognitiva en ambos casos (Zickgraf et al., 2016), podría existir la posibilidad de basarse en el tratamiento de un trastorno para tratar otro similar a este. Es decir, se propone la hipótesis sobre la posibilidad de que el tratamiento para la alimentación selectiva en el ARFID, podría basarse en los tratamientos o metodologías ya existentes para abordar el TOC en niños. Teniendo esta posibilidad en mente, a continuación se describirán los aspectos más relevantes del diagnóstico del TOC y sus características, para luego hacer una asociación con los síntomas y características de la AS, con el objetivo de ver si la hipótesis planteada podría ser factible en la práctica clínica.

Características del Trastorno obsesivo-compulsivo (TOC)

El Trastorno obsesivo-compulsivo, es caracterizado por la presencia de una obsesión y/o compulsión que afecta el ámbito social, personal y ocupacional de la persona, debido a la cantidad de tiempo que este destina para lidiar con sus obsesiones y/o compulsiones (APA, 2013). Basados en la descripción del DSM-V, las obsesiones se definen como pensamientos recurrentes y persistentes, impulsos o imágenes, que se experimentan como intrusivos y no deseados, que ocasionan un alta ansiedad y angustia (APA, 2013; Leonard, Swedo, Allen y Rapoport, 1994). En cuanto a las compulsiones, estos son comportamientos repetitivos o actos mentales que un individuo se siente impulsado a hacer y que se realizan según reglas determinadas que se debe cumplir rígidamente, en respuesta a una obsesión (APA, 2013). Generalmente, las compulsiones

sirven para neutralizar o aliviar el malestar ansioso que provocan las obsesiones (Leonard et al., 1994). Cada obsesión y compulsión varía entre cada persona, pero todos quienes padecen TOC, se sienten limitados por ellos y ven afectada su calidad de vida. Las personas con TOC, suelen mostrar creencias disfuncionales, como el sentido exagerado de la responsabilidad, la sobreestimación de la amenaza, la necesidad de certeza y perfeccionismo, importancia de los pensamientos y necesidad de controlarlos (Diedrich, Sckopke, Schwartz, Schlegl, Osen, Stierle y Voderholzer, 2016; APA, 2013). Otro aspecto importante del TOC es que no todos los individuos que lo padecen, tienen el mismo grado de conciencia sobre la exactitud de las creencias que provocan los síntomas obsesivo-compulsivos. Es decir algunos pacientes están convencidos de que si no comprueban estrictamente 30 veces que la puerta está cerrada, algún intruso puede entrar a la casa; otros creen que probablemente alguien pueda entrar a la casa, si no verifican 30 veces que la puerta está cerrada; y algunos otros saben que no necesariamente tienen que comprobar 30 veces que la puerta está cerrada para saber que la casa está segura, pero de igual forma lo hacen para aliviar la ansiedad.

Asociación de los síntomas de la AS y el TOC

Para comenzar, es necesario mencionar que existe un termino específico para el TOC en niños pequeños, llamado Trastornos obsesivo-compulsivo pediátrico (Rosa-Alcázar, Iniesta-Sepúlveda, Storch , Rosa-Alcázar, Parada-Navas y Olivares Rodríguez, 2016). En cuanto al TOC pediátrico y el TOC en adultos, la expresión de los síntomas y la presentación del trastorno es igual en ambos casos, aunque el tipo de obsesiones puede variar (Brezinka, 2013). Al entender el comportamiento en una persona con TOC, se podría entender de mejor manera el comportamiento de evitación alimentaria de la AS, al existir una relación que existe entre la AS y el TOC. Se sabe que en el TOC

pediátrico existen pensamientos recurrentes y persistentes, llamados obsesiones, que son intrusivos y no deseados, que ocasionan un alta ansiedad y angustia en el niño (APA, 2013; Leonard, Swedo, Allen y Rapoport, 1994). En el caso de la AS, podría ser que la aversión alimentaria se da, a causa de pensamientos intrusivos y repetitivos acerca de las consecuencias negativas que se creen, pueden pasar al comer alimentos que no son familiares para el niño o “seguros”. Estos pensamientos podrían compararse con las obsesiones, ya que generan ansiedad y angustia en la persona. El niño con AS, evita alimentos que no son “seguros” para él, basándose en sus sentidos para determinarlo, y come solo los alimentos que le resultan conocidos. Este comportamiento podría ser un acto compulsivo, ya que al intentar ignorar o suprimir sus pensamientos obsesivos, y neutralízalos con algún otro pensamiento o acción, como la evitación, el niño está realizando una compulsión (APA, 2013). La compulsión en este caso reduce la ansiedad al momento de la comida, puesto que el pequeño se limita a solo comer alimentos seguros, como solo aquellos de color blanco. Incluso evita situaciones donde la comida está involucrada, para evadir las consecuencias temidas y la ansiedad que le genera, volviéndose un comportamiento alimentario ritualizado, como sucede en el TOC.

Existe otra semejanza entre el TOC y la AS con respecto a cómo repercuten estos trastorno en el ambiente familiar. En ambos casos existe una dinámica familiar obstaculizada por un deterioro del ambiente familiar. Asimismo puede ocurrir un fenómeno denominado acomodación familiar (**Family accommodation**) la cual se refiere a las formas en la que los miembros de la familia participan en la realización de rituales, la evitación de situaciones que provocan ansiedad o la modificación de las rutinas diarias, como una forma de ayudar al familiar (Lebowtiz, 2013), logrando únicamente facilitar los actos de compulsión mas no la mejora del paciente. Por ejemplo, una persona con TOC con temor a la contaminación, podría impedir tener

visitantes en casa por temor al contacto con bacterias. En el caso de la AS, la familia también se puede ver involucrada, al no poder formar parte de contextos donde la comida esté presente ya que obstruiría los rituales del niño. Al existir una disfunción familiar en ambos trastornos, este es un importante foco de atención para tratar en terapia y en ambos casos, siendo un factor de mejora del paciente si se aborda adecuadamente.

Tratamientos para el TOC

A continuación se describirán los tratamientos y enfoques más comunes que se han utilizado a lo largo de los años para tratar el TOC en adultos. Dichos tratamientos han visto la necesidad de actualizarse y modificarse para poder tratar a otras población también afectada por el TOC, que es la población infantil.

Terapia cognitiva y terapia conductual

Para el tratamiento del TOC, se han usado terapias con enfoque cognitivo, como la Rationale Emotive Therapy (RET), la cual se enfoca principalmente en temas característicos del TOC, como la sobreestimación la amenaza y la responsabilidad excesiva (Riggs y Foe, 2006) pero también trata otras creencias distorsionadas como la intolerancia a la incertidumbre, el perfeccionismo y la importancia a los pensamientos intrusivos y la necesidad de controlarlos (Diedrichet al., 2016). Por otro lado, también se han usado otras terapias con enfoque conductual para abordar el TOC, las cuales se basan principalmente en la exposición y prevención de respuestas, limitándose solo a tratar de prevenir las compulsiones de los pacientes (Leonard et al., 1994). La terapia de exposición, al demostrar una alta eficacia, era también el tratamiento de elección para tratar a niños con TOC pediátrico (Leonard et al., 1994). A pesar de esto, para tener resultados favorecedores, los niños debían estar altamente motivados y ser capaces de

seguir y entender instrucciones (Leonard et al., 1994), hechos que suelen ser un tanto difíciles de lograr con niños, y aun más con niños muy pequeños.

Farmacoterapia

Existe otro tipo de tratamiento llamado farmacoterapia, la cual se basa prácticamente en la administración de fármacos, en base a la hipótesis que dice que la deficiencia de serotonina en el cerebro, es un elemento clave en la fisiopatología del TOC, así lo informa el Colegio de medicina de Stanford (s/f). Estos fármacos se denominan inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina o SSRI y aumentan la disponibilidad de serotonina en el cerebro (Colegio de medicina de Stanford, s/f). La farmacoterapia con SSRI está asociada con una alta efectividad en la reducción de síntomas y es fácil acceder a estos medicamentos. A pesar de esto, se ha visto que el tratar el TOC solo con fármacos, suele dejar síntomas residuales sustanciales en los pacientes (Riggs y Foe, 2006). Asimismo, existe una gran preocupación sobre los efectos colaterales del SSRI en los más jóvenes a largo plazo y de su uso prolongado (Riggs y Foe, 2006). En el caso de niños menores a 8 años con TOC pediátrico, Diedrichet y colaboradores (2016) hablan sobre que hay una falta de estudios sobre el uso seguro de estos medicamentos y que poco han sido aprobados para el consumo en este grupo de edad.

Terapia cognitivo-conductual

Aunque las terapias antes descritas, la terapia cognitiva, la terapia conductual, se pueden usar independientemente para tratar el TOC, con resultados prometedores, existe otra terapia aun más efectiva y que combina las metodologías de estas dos terapias y es la Terapia cognitivo-conductual (TCC). Según el psiquiatra Aaron Beck,

creador de la TCC, considera que las dificultades psicológicas humanas dependen de la relación de cinco elementos: el contexto interpersonal, la fisiología, las emociones, la conducta y la cognición del individuo (Kosovsky, 2011). Un terapeuta cognitivo-conductual tiene como propósito trabajar en las cogniciones de la persona, sus conductas y emociones, “teniendo en cuenta el contexto y las relaciones interpersonales que impactan sobre estas mismas variables.” (Kosovsky, 2011). La TCC ha sido validada empíricamente en cuanto a su “eficacia, efectividad y eficiencia” y es la más recomendada para tratar el TOC (Kosovsky, 2011). De hecho, Diedrichet y colaboradores (2016) mencionan que hoy en día se recomienda la TCC para tratar el TOC, en conjunto con la terapia de exposición y prevención de respuesta (ERP), así como la modificación de las creencias disfuncionales, sobre el significado y la significación de los pensamientos obsesivos, en combinación con los SSRI o sin ellos. La terapia ERP está diseñada para habituar al paciente al estímulo que le atemoriza a través de la exposición gradual al mismo, situación en la cual el paciente, voluntariamente, debe abstenerse de realizar sus rituales compulsivos (Riggs y Foe, 2006). Para lograr esto, el terapeuta a partir de una fuerte alianza terapéutica (Kosovsky, 2011), motiva al paciente, refuerza sus comportamientos positivos y le ayuda a desconfirmar sus creencias distorsionadas, para que el abstenerse de realizar sus compulsiones, se vuelva una tarea más fácil y menos angustiada (Riggs y Foe, 2006). El terapeuta también le provee al paciente estrategias claras de prevención de actos de compulsión que puede usar incluso fuera de las sesiones de exposición.

Terapia cognitivo-conductual para niños

Kosovsky (2011) menciona que en cuanto al tratamiento con TCC en adultos, con niños y con familias, existen algunas similitudes, a la vez que grandes diferencias. En terapia con niños, un factor a tomar en cuenta es el hecho de que generalmente los niños

que acuden a terapia no lo hacen por voluntad propia. Es decir la mayoría de las veces, los niños son llevados por sus cuidadores, por lo que Kosovsky (2011) afirma, que el foco de la terapia en niños debe tomar en consideración el sistema familiar. Otro factor a tomar en cuenta cuando se trata de terapia con niños es su nivel de desarrollo. “La planificación de los tratamientos, así como los objetivos, las estrategias y la evaluación de los logros, deben ser acordes a la edad y al nivel madurativo de cada niño/a.” (Kosovsky, 2011). Con respecto a esto, Diedrichet y colaboradores (2016) explican que para un niño menor de 7 años podría resultar difícil comprender ciertos conceptos de la TCC e incluso saber diferenciar entre sus pensamientos intrusivos de otras cogniciones, por lo que se ha visto necesario desarrollar técnicas terapéuticas para tratar niños de todo rango de edad y con todo tipo de trastornos.

Según la TCC los trastornos infantiles se agrupan en dos grandes grupos de trastornos, los trastornos externalizadores y los trastornos internalizadores (Kendall, 2000). En los trastornos externalizadores, se ven actitudes impulsivas o agresivas (Schaefer, 2012) donde básicamente hay una “falta de un registro y procesamiento cognitivo efectivo que permita pensar alternativas para detener el impulso antes de actuar” (Kosovsky, 2011). En cambio, los trastornos internalizadores son aquellos que ocurren dentro del niño por lo que están asociados a sus emociones (McGuire, 2000). Kosovsky (2011) los describe como problemáticas donde predominan las distorsiones cognitivas, como las presentes en el TOC, acompañadas de una lógica rígida, repetitiva y distorsionada.

3.1 Terapias y materiales para el tratamiento del TOC pediátrico

Expertos en el TOC, recomiendan la TCC como el principal tratamiento de elección para niños prepúberes, sin embargo, Brezinka (2013) menciona, que la disponibilidad de esta terapia para el TOC pediátrico es escasa, debido a la falta de materiales y herramientas de trabajo para el tratamiento con niños. Para tener una idea sobre las técnicas que se pueden usar para abordar la alimentación selectiva en el ARFID, a continuación se describirá una terapia con enfoque cognitivo-conductual, con un alta efectividad para el tratamiento del TOC pediátrico, y un material de apoyo que se puede implementar en las sesiones terapéuticas.

Cognitive-Behavioral Family-Based Treatment

La Cognitive-Behavioral Family-Based Treatment (CBFT) es el tratamiento más adecuado para los niños pequeños con TOC, puesto que es efectivo incluso en niños de 3 a 8 años (Child Welfare, 2013). Esta terapia incluye los mismos componentes básicos de la TCC, como la ERP, más técnicas complementarias como la psicoeducación, el entrenamiento cognitivo y la prevención de recaídas (Child Welfare, 2013), además de estrategias de autocontrol y entrenamiento a padres en resolución de problemas (Kosovsky, 2011). La única diferencia con la TCC, es la significativa participación de la familia y un menor enfoque en la terapia cognitiva (Rosa-Alcázar et al., 2016). Como se ha mencionado anteriormente, el TOC tiene graves repercusiones en la dinámica familiar del paciente, razón por la cual el papel de la familia, especialmente cuando se trata de niños muy pequeños, es de suma importancia en la CBFT. Uno de los objetivos, es involucrar a los padres directamente en el proceso al establecerlos como coterapeutas. Para esto se les enseña técnicas de psicoeducación, resolución de problemas, instrucciones para abordar la acomodación familiar, monitoreo/facilitación

de tareas en casa e implementación de protocolos de refuerzo (Child Welfare, 2013). El hecho de que los padres tengan una participación activa y directa, también fuera de las sesiones terapéuticas, se vuelve un gran apoyo para el niño especialmente para tratar uno de los principales problemas del TOC que es la acomodación familiar.

Con la CBFT se tiene una significativa reducción de la acomodación y la reducción de los síntomas obsesivo-compulsivos, que se mantienen incluso después del tratamiento (Child Welfare, 2013; Rosa-Alcázar et al., 2016). Rosa-Alcázar y colegas (2016) notaron que el deseo de los padres de ayudar a su hijo y el gran impacto positivo que tienen las intervenciones de los padres en la CBFT, sugiere que el entrenamiento de los padres es también un enfoque potencialmente efectivo y bien aceptado para el TOC pediátrico. Es decir, Rosa-Alcázar y colegas (2016) vieron la posibilidad de tratar al paciente con TOC, sin necesidad de que este acuda a terapia, puesto que la intervención puede darse a través de sus padres, a partir de un *Parent Training* (PT) con resultados igual de prometedores como con la CBFT. De hecho descubrieron que con un PT, se producen mejoras clínicas similares, con una aceptación por parte de los padres y los niños, al igual que con la CBFT, y que los problemas de internalización y externalización de síntomas también mejoraron significativamente con ambas aproximaciones (Rosa-Alcázar et al., 2016). Aunque el CBFT puede estar asociado con una mayor mejoría en los síntomas de externalización, la PT tiene sus ventajas, ya que se da la intervención en el entorno natural del niño, limitando la interrupción de las actividades cotidianas del pequeño y fomentando el desarrollo de habilidades de los padres para evitar una recaída a futuro, además de que el trabajar solo con los padres es mucho más viable cuando se tratan de niños muy pequeños (Rosa-Alcázar et al., 2016). Por lo tanto, tanto la CBFT como el entrenamiento de los padres (PT), podría ser una opción de tratamiento de acuerdo a las necesidades del niño y de los padres.

Video juego “*Ricky and the Spider*”

El videojuego terapéutico *Ricky and the Spider*, fue desarrollado por el Departamento de Psiquiatría Infantil y Adolescente de la Universidad de Zurich, con la intención de proporcionar material de apoyo a los terapeutas en el tratamiento del TOC pediátrico, además de mejorar la difusión de tratamientos empíricamente sustentados, para niños entre las edades de 6 a 12 años (Universidad de Zurich, 2013; Brezinka 2013). Al ser material de apoyo, este videojuego no es un juego de autoayuda, por lo que debe ser jugado bajo la guía de un terapeuta y por cada sesión terapéutica se puede jugar un solo nivel a la vez (Brezinka, 2013). El juego consta de un nivel introductorio y 7 niveles más, con una duración de aproximadamente 15 minutos por nivel. El objetivo de cada nivel es animar a los niños a luchar contra sus obsesiones y compulsiones con las estrategias de la TCC (Brezinka 2013). El juego ofrece una útil metáfora para que los niños puedan comprender de mejor manera el TOC y lo que es la TCC, mediante la incorporación de los siguientes elementos: psicoeducación, el modelo cognitivo del trastorno obsesivo compulsivo, la creación de una jerarquía de síntomas, el uso de las técnicas de externalización para hacer frente a la ansiedad y sentimientos desagradables, y ejercicios de prevención en base de exposición-respuesta (Brezinka 2013). Estos conceptos son prácticamente los mismos que se presentan en otras terapias cognitivas conductuales como en la CBFT.

Brezinka (2013) describe cómo funciona el juego y de qué se trata cada nivel. Ella menciona que el juego utiliza a una araña como una representación metafórica de lo que son las obsesiones y de lo perjudiciales que pueden llegar a ser. Esta araña, asusta a otros insectos, al amenazarlos con que les pasarán cosas malas si no siguen sus órdenes, por esta razón los insectos realizan todo lo que la araña les pide hacer y se entrelazan cada vez más en la red del Trastorno obsesivo-compulsivo. En el juego

también están presentes dos niños, Ricky y Lisa, que padecen de TOC y también le temen a la araña, por lo que siguen sus órdenes. Con la ayuda del Dr. Búho, el jugador, en este caso el niño en tratamiento, debe ayudar a estos dos personajes a pasar los 8 niveles y a cumplir ciertas tareas durante el proceso. En el nivel dos, el Dr. Búho, le explica al niño cómo funcionan los pensamientos en el TOC, a través de una comparación de los mismos con un arroyo. Él comenta que tanto en un río como en la corriente de pensamientos, hay una filtro que evita que cosas que no pertenecen al lugar pasen, por ejemplo basura en un río o pensamientos absurdos en el TOC, pero que en el caso de Ricky y Lisa, la araña dañó este filtro, razón por la cual ellos no son capaces de ignorar pensamientos absurdos como otras personas lo hacen (Brezinka 2013). De esta forma el niño va comprendiendo como funciona el trastorno y lo que a él le sucede. En los siguientes dos niveles se usan técnicas de externalización, como el poner apodosos graciosos a la araña o ayudar a hacer un mapa de compulsiones (*courage tasks*) a Ricky y Lisa, en el cual se debe ordenar jerárquicamente por grado de dificultad las compulsiones que les resultaría más fáciles de ignorar y no obedecer hasta las más difíciles (1 = muy fácil, 10 = muy difícil) (Brezinka 2013). Al lograr esto, luego el niño prosigue a hacer lo mismo, al crear su propio mapa de compulsiones (*courage tasks*). A partir del quinto nivel se proponen ejercicios de exposición, donde se motiva a Ricky y a Lisa a realizar sus lista de *courage tasks*, teniendo en mente que debe dominar completamente una tarea, antes de pasar a la próxima y lo mismo se le pide al niño que realice con su propia lista. Finalmente, en el octavo y último nivel el Dr. Búho le proporciona un certificado donde describe todos los logros efectuados, enfatizando el hecho de que el niño puede pedir ayuda en cualquier momento y cuando sea necesario (Brezinka 2013). De esta manera se logra empoderar al niño con la idea de que él es quién tiene el control de sus actos y sus pensamientos, ya que ahora es más consciente

para diferenciar los pensamientos obsesivos de otras cogniciones.

La terapia acompañada con el video juego, en conjunto con las tareas de refuerzo de los temas tratados, lograron resultados positivos vistos en el estudio de Brezinka (2013), que a pesar de tener un grupo de estudio reducido, se observó una notable mejora de los síntomas del TOC, en 17 niños de los 18 participantes (el 18avo participante se mantuvo igual). Podría decirse que el juego en sí, fomenta la motivación del niño para el tratamiento, puesto que el juego es altamente aceptado tanto por el terapeuta como por el niño, como un valioso complemento para la terapia, además de ser una herramienta útil para explicar ciertos conceptos importantes. Los dos únicos inconvenientes son, que el juego solo existe en alemán e inglés y que no es aplicable para niños menores de 6 años, ya que como dice Diedrichet y colaboradores (2016), los niños menores a 7 años de edad presentan dificultades en la identificación y expresión de patrones de síntomas, incapacidad para distinguir pensamientos obsesivos de otras cogniciones y su conexión con las compulsiones y en general un menor nivel de comprensión, a causa de características de desarrollo con respecto a la edad. Esto a menudo obstruye su participación activa en el tratamiento, por lo que se cree útil buscar una técnica de terapia que se acople a las características de desarrollo en edades tempranas. En lo que respecta a todos los trastornos, el diagnóstico y tratamiento temprano promueve un panorama positivo a futuro. En el caso del ARFID, existe la necesidad de encontrar un tratamiento para los más pequeños, ya que se ha visto que si no se trata a temprana edad, los adultos con ARFID presentan un diagnóstico mucho más grave y más dificultades sociales y personales (Zickgraf y colaboradores, 2016).

4. Terapia para la alimentación selectiva en el ARFID

Teorías del desarrollo

Antes de presentar una posible terapia para los niños afectados por el ARFID, es necesario tomar en cuenta el hecho de que para poder relacionarse terapéuticamente con un niño, es importante reconocer que ellos perciben y experimentan el mundo de formas muy diferentes a como lo hacen los adultos o los adolescentes debido a grandes diferencias a nivel de desarrollo. Existen dos teorías elaboradas por los psicólogos del desarrollo, Jean Piaget y Erik Erikson, las cuales se revisarán a continuación para conocer en qué formas una terapia de niños se debe ajustar a sus necesidades.

Teoría del desarrollo cognitivo de Piaget

En su teoría Piaget se enfocó en los cambios cognitivos del individuo (Papalia, Olds y Feldman, 2009) y consideraba que el aprendizaje se resume en una simple ecuación: acción = conocimiento (Feldman, 2008). Para una mejor comprensión de estos cambios cognitivos, Piaget dividió a su teoría de desarrollo en cuatro etapas: 1. Sensoriomotora o motriz (0 a 2 años), 2. Preoperacional (2 a 7 años), 3. Operaciones concretas (7 a los 11 años), 4. Operaciones formales (11 hasta la adultez) (Papalia, Olds y Feldman (2009); siendo la segunda etapa, la etapa que comprende las edades del grupo de estudio interés del presente trabajo.

Etapa preoperacional

Esta etapa lleva su nombre, debido a que Piaget observó que los niños entre las edades de 2 a 7 años, aun no estaban listos para utilizar operaciones mentales lógicas, como lo hacen los niños en la etapa de operaciones concretas (Papalia, Olds y Feldman, 2009). Para entender mejor como funciona la mente de los niños en estas edades, Piaget volvió a dividir esta etapa en otras dos subetapas, la etapa preconceptual y la prelógica o

intuitiva (Pérez, 2014).

- Etapa preconceptual

En la etapa preconceptual (2 a 4 años), los niños tienen un mayor dominio del pensamiento simbólico, el cual “permite que los infantes comiencen a pensar sobre los eventos y a anticipar sus consecuencias” (Papalia, Olds y Feldman, 2009, p. 203). Asimismo, les permite demostrar *insight* (Papalia, Olds y Feldman, 2009) y ser capaces de crear representaciones mentales sobre objetos o eventos pasados (Feldman, 2008). Pérez (2014) comenta que durante el juego simbólico, los niños suelen atribuir cualidades humanas a elementos inertes, como creer que sus juguetes tienen vida y sentimientos. Gracias a esta habilidad los infantes también pueden simular en sus juegos una acción de su realidad que han observado algún tiempo atrás, como cocinar, manejar un carro o dar de comer a una muñeca. A esto se lo denomina imitación diferida (Feldman, 2008; Papalia, Olds y Feldman, 2009).

Otra cualidad típica en estas edades es el egocentrismo, el cual no les permite tomar en cuenta el punto de vista de la otra persona. Piaget mostró que los niños de tres años aun creen que el Universo gira en torno a ellos (Papalia, Olds y Feldman, 2009) y que esto podría ser la razón por la cual, a pesar de que en esta etapa el niño tiene una mayor noción de lo que es la causa y efecto (Pérez, 2014), “los niños, en ocasiones, tienen problemas para distinguir entre la realidad y lo que pasa dentro de sus cabezas, y por qué pueden confundirse acerca de qué ocasiona qué.” (Papalia, Olds y Feldman, 2009, p. 299). En cuanto al habla, en los preescolares se da un gran avance en el uso de un lenguaje más complejo, gracias a la mejora de la memoria del niño (Feldman, 2008).

- Etapa prelógica:

En la etapa prelógica o intuitiva (4 a 7 años), los niños siguen siendo egocéntricos por lo tanto caen la centración, que es el hecho de centrarse en un solo

aspecto de una situación o una característica de un elemento e ignorar las demás (no tener una perspectiva amplia). Esta limitación en el pensamiento evita que el niño comprenda los principios de conservación, como los conceptos de número, volumen, peso, área, longitud, ni las transformaciones de la materia (Feldman, 2008). Sin embargo los niños sí tienen una comprensión de las identidades, lo que les permite ver las semejanzas y diferencias de las cosas y categorizarlas. “Para los cuatro años de edad, muchos niños pueden clasificar según dos criterios, como color y forma. Los niños utilizan esta capacidad para ordenar muchos aspectos de sus vidas, categorizando a las personas como “buenas” o “malas”, “agradables” o “desagradables” y así sucesivamente.” (Papalia, Olds y Feldman, 2009, p. 297).

Según Piaget, no es sino hasta los cinco o seis años de edad que los niños aprenden a distinguir entre la apariencia de algo y la realidad, en otras palabras lo que parece ser y lo que es. A pesar de las creencias de Piaget, Papalia, Olds y Feldman (2009), describen varios estudios los cuales demuestran que a partir de los tres años los niños ya tienen desarrollada esta noción pero en menor escala.

Pensamiento egocéntrico

El pensamiento egocéntrico va disminuyendo en los años finales de esta etapa, por lo que los niños poco a poco pueden ir entendiendo que dos personas pueden tener diferentes creencias acerca del mismo suceso y pueden comprender que ciertas creencias suyas son falsas (Lillard y Curenton, 1999, citado por Papalia, Olds y Feldman, 2009). Además, es importante recalcar que los niños preoperacionales no son tan egocéntricos como Piaget los calificaba. Si bien los niños no son capaces de tomar en cuenta los puntos de vista de los demás, ellos son capaces de sentir empatía. “Para los tres años de edad, los niños se dan cuenta de que si alguien obtiene lo que quiere se

sentirá feliz y que, en caso contrario, se sentirá triste (Wellman y Wooley, 1990).” (Papalia, Olds y Feldman, 2009, p. 302). Este hecho es de suma importancia para el desarrollo y la interacción social.

Teoría de desarrollo de Erikson

La teoría de desarrollo psicosocial de Erikson enfatizó la influencia de la sociedad sobre el desarrollo de la personalidad del individuo (Papalia, Olds y Feldman, 2009). En su teoría, Erikson detalla el desarrollo vitalicio del “yo” desde el nacimiento hasta la vejez a lo largo de ocho etapas. En cada etapa Erikson describe una crisis de personalidad y que a partir de la resolución de esa crisis surge como resultado una fortaleza, virtud o cualidad, que favorecen a un sano desarrollo del “yo”, (Bordignon, 2005; Papalia, Olds y Feldman, 2009) .

Bordignon (2005), enumera las ocho etapas de la teoría psicosocial de Erikson: Confianza vs Desconfianza (Niño de 0 a 12-18 meses), Autonomía vs Vergüenza y duda (Infancia: de 2 a 3 años), Iniciativa vs Culpa y miedo (Preescolar: de 3 a 5 años), Industria vs Inferioridad (Edad Escolar - Latencia: de 5-6 a 11-13 años), Identidad vs Confusión de roles (Adolescencia: de 12 a 20 años), Intimidad vs Aislamiento (Joven Adulto: de 20 a 30 años), Generatividad vs Estancamiento (Adulto: de 30 a 50 años), Integridad vs Desespero (Vejez: pasado los 50 años).

Iniciativa vs Culpa y miedo (Preescolar: de 3 a 5 años)

La etapa fálica de Freud y la etapa preoperacional de Piaget son correspondientes a la tercera etapa del desarrollo psicosocial de Erikson. En esta fase el niño empieza el aprendizaje sexual, sobre lo que es masculino y femenino (Bordignon, 2005), y conoce más sobre la identidad de género y sobre el rol que este desempeña en la sociedad. Los principios y valores, que aprenden en la escuela, la sociedad y la

familia son conocimientos que los niños tienden a ritualizar en sus juegos (Bordignon, 2005), dramatizando los roles de género, las experiencias de la niñez y las normas sociales que ven en su entorno.

En cuanto al desarrollo cognitivo, el lenguaje se encuentra mucho más desarrollado y el niño es capaz de expresarse de mejor manera. También en esta etapa la imaginación y la imitación juegan un papel de suma importancia (Bordignon, 2005), donde los niños se vuelven más ingeniosos e inventivos en sus juegos y buscan compartir estas actividades con otros niños.

En general, el juego en esta fase se convierte en la oportunidad perfecta para desarrollar la iniciativa. Si los padres le brindan al niño un espacio para que desarrolle esta cualidad, el niño se sentirá empoderado. Por el contrario, si cada iniciativa del niño es criticada o controlada, surgirán sentimientos de frustración acompañados con culpabilidad o miedo a tomar las riendas o a enfrentarse a nuevas situaciones (Bordignon, 2005). Esto por consiguiente, podría generar un miedo a enfrentarse al mundo exterior, haciendo que el niño se pierda de valiosos aprendizajes y que evite el desarrollo de la fortaleza de esta etapa, que es el *propósito* (Bordignon, 2005). El propósito según explica Bordignon (2005), es “el deseo de ser, de hacer y de convivir, sintetizado en la expresión: “Yo soy lo que puedo imaginar que sé”. (p.55).

Síntesis del desarrollo del lenguaje en preescolares hasta los seis años

Feldman (2008) explica, que el lenguaje en los niños florece entre los dos y tres años aproximadamente. A pesar de que en términos de desarrollo no se puede hablar de generalidades, se ha observado que en las edades preescolares, los niños empiezan a combinar mayor número de palabras para formar oraciones más largas y con mayor sintaxis en su expresión oral (Feldman, 2008). A los seis años, un niño promedio

umenta su vocabulario a 14.000 palabras aproximadamente (Feldman, 2008). En general Feldman (2008) comenta que, los niños preescolares ya conocen y entienden de manera más clara las reglas sobre los plurales, el uso de sustantivos, la tercera persona del singular y las formas del tiempo pasado de los verbos. Estos conocimientos en el lenguaje le permiten al infante a expresar de manera más clara sus emociones y necesidades. Piaget creía que los niños no toman en cuenta el efecto de su habla en otros por su egocentrismo, pero de hecho Feldman, (2008) explica que en este periodo los niños “empiezan a dirigir su habla a otros, desean que los demás los escuchen y se frustran cuando no se hacen entender” (p.249) a esto se lo denomina habla social, la cual comienza en las edades preescolares y sigue a lo largo de la vida.

Posible terapia para tratar la alimentación selectiva en ARFID

Factor a tomar en cuenta

Como foco importante de atención en el tratamiento, Diedrichet y colaboradores (2016), encontraron que las creencias obsesivas pueden considerarse factores predisponentes de pensamientos obsesivos y actos compulsivos, por lo tanto se sugiere que el cambio en las creencias obsesivas, especialmente con respecto a la importancia de los pensamientos y la necesidad de controlarlos, es un mecanismo clave para predecir el resultado del tratamiento del TOC. Por lo tanto, un enfoque prometedor de tratamiento de la alimentación selectiva, podría ser el enfocarse en la disminución de las creencias obsesivas. Incluso Diedrichet y colaboradores (2016) comentan que esta idea podría representar un enfoque alternativo para los paciente que sufren de sesgos cognitivos fuertes o que rechazan las intervenciones basadas en la exposición (Diedrichet et al., 2016).

Terapia

Como se mencionó anteriormente es de gran importancia lograr flexibilizar la rigidez de pensamientos en un paciente con TOC, para que aprenda a identificar las creencias obsesivas que pasan por su mente y logre evitar que los pensamientos obsesivos y actos compulsivos, causados por estas creencias, controlen su vida. Este aumento de consciencia, se puede conseguir con la Terapia cognitivo-conductual, en cualquiera de sus formatos, y con resultados prometedores. Acorde a la relación que existe entre la alimentación selectiva y el TOC, resultados similares podrían lograrse para la alimentación selectiva en el ARFID. Se sabe que la población afectada por este trastorno es mucho más joven que la población afectada por otros trastornos alimenticios, siendo esta la población infantil (Fisher et al., 2013).

Un tratamiento psicológico en esta población se dificulta ya que en edades tempranas, los niños son incapaces de verbalizar, entender o concientizar sus pensamientos, sentimientos o deseos, como lo hacen los niños mayores de 7 años (Tessari, s/f; Schaefer, 2012). Esta es la razón por la cual resultaría complicado aplicar una terapia tradicional mediante el habla y que esta logre acoplarse a todas las necesidades de un paciente tan joven. A pesar de esto, si existe una terapia creada específicamente para tratar dificultades y trastornos en los más pequeños, llamada Terapia de juego. Todos los niños tienen un lenguaje universal que es el juego, y sea cual sea la edad de la persona, a través del mismo puede acceder a emociones, memorias o material inconsciente, que resulta difícil de verbalizar, para lograr expresarlo de una manera divertida e innovadora (Hadi, 2016; Tessari, s/f). Tessari (s/f) comenta, que todo lo que los niños no hablan, lo van a jugar y es por esto que la terapia de juego es perfecta para tratar a la población infantil. Aunque los pacientes más comunes de esta terapia son niños de 3 a 12 años (Schaefer, 2012), esta puede adaptarse

para paciente más jóvenes como bebés (Schaefer, Kelly-Zion, McCormick y Ohnogi, 2008 citado en Schaefer, 2012) hasta clientes adultos y ancianos (Schaefer, 2003 citado en Schaefer, 2012). Su amplia aplicabilidad en las poblaciones, se debe a que jugar es algo innato en todos los seres humanos, inclusive en los animales, y sin importar la edad, todas las personas se benefician de esta actividad. Schaefer (2012) comenta, que el juego es una actividad divertida y por lo tanto desestresante, este es educativo y creativo, además de que fomenta la interacción y comunicación social positiva. Esta es la razón por la cual en la Terapia de juego, se usa al juego como un instrumento de sanación.

El juego

El juego, como se mencionó anteriormente, es la expresión universal de la niñez, puesto que es algo innato en cada ser humano y es una herramienta terapéutica que puede superar las diferencias étnicas, lingüísticas u otros aspectos culturales (Drewes, 2006 citando por Schaefer, 2012). En la infancia, el juego proporciona un medio eficaz de entretenimiento, aprendizaje y desarrollo en varios aspectos, como en el físico, psicológico, social y emocional del niño (Hadi, 2016). Durante el juego el niño puede desfogar su agresividad de una manera segura y aprender a manejar su frustración, al mismo tiempo que comienza a regular sus emociones de una forma más adaptable (Schaefer, 2012). El juego también le ofrece al niño “la sensación de poder y de control que proviene de la solución de problemas y el dominio de nuevas experiencias, ideas e intereses” (Schaefer, 2012, p.15) aumentando por consiguiente, su confianza en sí mismo.

En terapia, los niños se encuentran en un espacio donde tienen la oportunidad de dominar su propio mundo, donde él puede ser él mismo sin los límites estructurados de la sociedad, al mismo tiempo que crea, desarrolla y establece su sentido del “yo”

(Schaefer, 2012). Jugar le permite al niño interactuar con su entorno y comunicarse con el mundo exterior (Hadi, 2016) en un ambiente seguro y no amenazador, donde no existen errores demasiado graves, ni desafíos imposibles y donde puede expresarse a través de su propio lenguaje, el juego (Schaefer, 2012; Hadi, 2016). Es por esto que Hadi (2016) cita a Montaigne al decir, que si queremos entender a los niños, necesitamos entender su juego.

En resumen, el juego tiene varios poderes terapéuticos, los cuales le ayudan al niño a desarrollar nuevas habilidades para afrontar sus dificultades de mejor manera. Schaefer (2012) los clasifica en ocho categorías: “comunicación, regulación emocional, mejora de la relación, juicio moral, manejo del estrés, fortalecimiento del yo, preparación para la vida y autorrealización.” (p. 4)

Los juguetes

Sicólogos del desarrollo han observado que el juego en la niñez utiliza mucho la fantasía, la imaginación y los símbolos, a lo que denominaron como juego simbólico (Russ, 2007 citado por Tessari, s/f). Melanie Klein, una de las pioneras de la terapia de juego, observó que en este juego simbólico, los niños son capaces de darse cuenta de que los juguetes pueden representar personas o relaciones importantes en su vida, como la relación con sus padres, y llegan a desarrollar sentimientos hacia estos juguetes, los cuales tenían una relación directa con las personas a las que simbolizaban (McGuire, 2000). Es por esto que en terapia, los juguetes le ayudan al niño a entender el contenido de sus emociones, para reestructurar sus sentimientos, con la ayuda del terapeuta, y disminuir la tensión y la ansiedad que esas relaciones le podrían causar (McGuire, 2000). Virginia Axline (1947) afirmó, que los niños pueden expresar de mejor manera sus pensamientos, sentimientos y deseos, por medio del juego que con sus palabras (Schaefer, 2012). Dado la importancia del rol de los juguetes y al hecho de que el juego

podría ser el equivalente al lenguaje de los niños y los juguetes a sus palabras (Landreth, 2002 citado por Tessari, s/f), en la terapia de juego es de suma importancia saber elegir los juguetes o materiales para que faciliten el proceso de expresión y comunicación con el terapeuta (Schaefer, 2012).

En cuanto a los juguetes usados en la terapia de juego, todos deben tener un propósito terapéutico (Schaefer, 2012), deben permitir expresar los sentimientos y las emociones del pequeño, no deben transmitir mensajes confusos que creen conflicto en el niño (Tessari, s/f) y deben evitarse los juegos o juguetes que se rompen con facilidad o los que son muy complicados de usar (Kottman, 2001 citado por Schaefer, 2012). En términos de los materiales específicos de juego, en base a las recomendaciones de Landreth (1991); McGuire (2000) y Schaefer (2012) mencionan una lista de juguetes la cual incluye: a) Medios expresivos creativos (lápices de colores, plastilina, marionetas de mano, bisutería, tijeras, Legos y papel); b) Artículos de la vida real (casa de muñecas equipada, una familia de muñecos o de animales, un bebé con biberón, un kit de enfermería, platos de plástico, dos teléfonos, juguetes de medios de transporte, un martillo); (c) Materiales de liberación agresiva tales como una bolsa inflable, una pistola de dardos, esposas, un cuchillo de goma y soldados de juguete. Los juguetes a elegir dependen mucho del enfoque de la terapia de juego, pueden haber juguetes extra como pelotas suaves, máscaras, espejos, caja de arena y miniaturas, disfraces etc (Schaefer, 2012). En algunos casos se necesitan juguetes específicos para tratar un niño en particular, Schaefer (2012). Por ejemplo, para tratar la alimentación selectiva o la aversión del niño a un alimento en específico, resultaría mejor encontrar ese alimento de plástico para implementarlo en las sesiones.

Terapia de juego

En cuanto a la definición exacta de lo que es la Terapia de juego la *Association for Play Therapy*, define esta práctica como “el uso sistemático de un modelo teórico para establecer un proceso interpersonal en que terapeutas capacitados utilizan los poderes terapéuticos del juego para ayudar a los clientes a prevenir o resolver dificultades psicosociales y a alcanzar un crecimiento y desarrollo óptimos” (Association for Play Therapy, s/f). Como se mencionó anteriormente, gracias a los poderes terapéuticos del juego, este se ha implementado en gran medida en la terapias infantiles, pero el principal énfasis de este recurso terapéutico se lo ha dado la Terapia de juego. Aproximaciones de la terapia de juego actual, se dieron desde del año de 1909, donde Sigmund Freud, a partir de su trabajo con el Pequeño Hans, tuvo la idea de implementar el juego terapéutico en la psicoterapia (Schaefer, 2012), al basarse en notas que describían el juego del pequeño, para entender ciertos aspectos de su comportamiento (McGuire, 2000). Desde entonces la terapia de juego ha ido desarrollándose con bases firmes en modelos teóricos hasta hoy en día (Schaefer, 2012). Sus conceptos y procedimientos se aplican en otras terapias debido a su gran eficacia, como por ejemplo en la terapia familiar, terapia de juego con adultos, terapia de juego en hospitales y en diversas poblaciones (McGuire, 2000). Asimismo, al igual que la terapia tradicional, la terapia de juego puede ponerse en práctica en varios formatos o enfoques. Entre todas las variedades de terapias de juego, se encuentran adaptaciones como la terapia de juego cognitivo-conductual (TJCC) y la terapia de juego filial/familiar (TJF). En cuanto a la dinámica de la terapia de juego, existen dos formas en las que el juego del niño se puede dar en las sesiones dependiendo del enfoque que utilice el terapeuta; el juego directivo, como en la terapia de juego cognitivo-conductual y el juego no directivo, como en la terapia de juego centrada en el niño o la terapia filial

(Hadi, 2016).

Sea cual sea el enfoque de la terapia, lo que se pretende lograr, es que el niño aprenda comportamientos más adaptativos, con ayuda del terapeuta, quien le incentiva a desarrollar sus carencias emocionales y sociales (Pedro-Carroll y Reddy, 2005 citado en Tessari, s/f). La relación positiva que se promueve entre el terapeuta y el niño, le ofrece al paciente una experiencia emocional correctiva (Tessari, s/f), que le ayuda a fomentar un autoconcepto positivo necesario para su proceso de desarrollo. Esto se da gracias a que el niño percibe del terapeuta su amabilidad, el respeto, límites claros (McGuire, 2000), su aceptación, comprensión empática y la congruencia en su trato (Landreth, 1991 citado por McGuire, 2000). La “Terapia de Juego también se usa para promover el desarrollo cognitivo, y ofrecer una visión y resolución de conflictos internos o pensamientos disfuncionales del niño”. (Tessari s/f, p. 2).

Según Landreth, Homeyer, Glover y Sweeney (1996) (citados por McGuire, 2011), la terapia de juego se correlaciona con cambios positivos en “(a) comportamientos de externalización como la agresividad, la impulsividad y el autocontrol; (b) comportamientos de internalización como depresión, ansiedad y somatización; (c) rendimiento académico; Y (d) aumentos en la autoestima, autoconcepto y autoconfianza.”(p.2). En general la terapia de juego, libera al niño de los sentimientos que lo inquietan, devolviéndole su energía, la cual pueden reenfocar en cambios positivos conductuales, emocionales, sociales y de autorregulación (Moustakas, 1997 citado por McGuire, 2000).

Terapia sugerida: Terapia de juego familiar cognitivo-conductual (TJFCC)

En la sección de terapias para el tratamiento del TOC pediátrico, la terapia familiar cognitivo-conductual (**Cognitive-Behavioral Family-Based Treatment**),

demonstró ser bastante eficaz en el tratamiento de este trastorno, razón por la cual una fusión de los principios de la TJJ con los TJCC, podría ser una gran opción para un tratamiento de la alimentación selectiva. De hecho, “También se ha demostrado la eficacia de la terapia de juego familiar que utilizan otras modalidades (como los enfoques cognitivo-conductual o de grupo) para fomentar la participación de los cuidadores (Bratton, Ray, Rhine y Jones, 2005 citado en Schaefer, 2012, p. 6).

Terapia de juego familiar

Eliana Gil, promotora de la terapia de juego familiar, menciona que en algunas ocasiones los terapeutas de juego ven frustrados sus progresos en las sesiones, porque algunos padres no se comprometen a hacer los cambios necesarios para mantener el progreso de sus hijos en casa (Schaefer, 2012). Se vio en la descripción de la alimentación selectiva, que parte del problema del niño se puede ver agravado por algún aspecto en la relación padre-hijo o el ambiente familiar, por lo cual, la participación activa y el compromiso de los cuidadores es de suma importancia para lograr resultados positivos y duraderos. Esto es lo que se pretende conseguir en la terapia de juego familiar.

En sí, la TJJ logra el cambio a partir del fortalecimiento de las relaciones familiares y el empoderamiento de los niños, padres y de todo el conjunto familiar. Los padres aprenden habilidades paternas más efectivas y estilos de interacción en un ambiente acogedor, donde el cambio se da de una manera agradable (Figuroa, 2013). En las sesiones, se ayuda a un miembro de la familia a través de la participación activa de otros miembros de la misma, como la de los padres o cuidadores, los cuales se convierten en los principales agentes de cambio como los denomina Eliana Gil (Schaefer, 2012). Su presencia impacta positivamente e influye en una mejor

recuperación de los niños (Figueroa, 2013). El proceso en esta terapia comienza a partir del entrenamiento de los padres como coterapeutas, con el objetivo de fomentar interacciones positivas, a través de un juego no directivo, dentro y fuera del consultorio (Guerney, 2000 citado por Schaefer, 2012). Con esto se consigue impulsar cambios duraderos que aseguren un mantenimiento en el progreso del niño. Eliana Gil comenta, que mientras los padres son los que guían las sesiones y adaptan lo aprendido para emplearlo en su vida cotidiana, el terapeuta por su parte, además de monitorear el trabajo de los cuidadores, debe crear un ambiente seguro y de aceptación para los padres, para que ellos aprendan a crear un ambiente seguro y de aceptación para sus hijos (Schaefer, 2012). El juego en este tipo de terapia es no directivo, lo que quiere decir que el terapeuta, en este caso los padres, mantienen su rol de apoyo, pero no son intrusivos; lo que significa que todas las decisiones y la responsabilidad la tiene el niño, logrando enfatizar el empoderamiento y la auto-aceptación del paciente (Hadi, 2016)

En concreto, los logros que el niño alcanza con la TJF son : “a) reconocer y expresar sus sentimientos de manera constructiva y precisa, b) aumentar su autoestima y confianza, c) eliminar sus conductas inadaptadas, d) desarrollar habilidades de solución de problemas, e) lograr dominio de sus temores y otros sentimientos, f) aumentar su autorregulación, g) desarrollar conductas pro sociales, y h) fortalecer la confianza en sus padres.” (Schaefer, 2012, p.156)

Terapia de juego cognitivo-conductual

Otro formato de la terapia de juego, es la terapia de juego cognitivo-conductual (TJCC), la cual puede incorporar los factores terapéuticos de la TJF, uno de ellos siendo el apoyo permanente de los padres. Schaefer (2012) recomienda la TJCC como la más apta para tratar el TOC pediátrico y según la hipótesis del trabajo, también servirá para

la alimentación selectiva en el ARFID. Susan Knell la impulsadora de la TJCC, sostenía la idea de que la terapia conductual usada en adultos podía ser modificada para usarla en niños, razón por la cual “La terapia de juego cognitivo-conductual, según la idea de Knell (Knell, 1993a, 1993b, 1994, 1997, 1998, 1999, 2000, 2003; Knell y Beck, 2000; Knell y Dasari, 2006, 2009; Knell y Moore, 1990; Knell y Ruma, 1996, 2003), fue desarrollada para usarse con niños de dos y medio a seis años e incorpora las terapias cognitivas, las conductuales y las de juego.” (Schaefer, 2012, p.314).

¿Cómo se logra adaptar una terapia para adultos para usarla en niños?

En la terapia cognitiva conductual, particularmente en la parte cognitiva de la terapia, se afirma que las experiencias emocionales son determinadas por las cogniciones que surgen a partir de vivencias previas (Schaefer, 2012). Esas cogniciones influyen en la percepción de los eventos, los cuales determinan el cómo una persona entiende su mundo y las circunstancias que lo rodean (O'Connor y Braverman, 1997). Si por alguna razón las cogniciones de la persona son disfuncionales, se requiere de la capacidad del paciente para saber distinguir entre estos pensamientos irracionales, que generalmente son de carácter negativo, autocrítico y sesgado (Stallard, 2007), de los pensamientos lógicos o racionales (Hadi, 2016), para lograr un cambio con cogniciones más adaptables. “Las publicaciones acerca del desarrollo sugieren que los niños en la etapa preoperacional carecen de la complejidad y flexibilidad cognitivas necesarias para beneficiarse de la terapia cognitiva.” (Schaefer, 2012, p. 313). En otras palabras, los niños pequeños no logran distinguir entre sus pensamientos racionales de los irracionales debido a características del desarrollo como su egocentrismo y su pensamiento concreto (Feldman, 2008). A pesar de estos obstáculos, Schaefer (2012) describe la forma en la que el terapeuta de juego cognitivo-conductual logra adaptar los

métodos de una terapia para adultos, al comunicarlos a través del juego de una forma apropiada para el desarrollo del niño (O'Connor y Braverman, 1997).

Schaefer (2012), comienza con un típico ejemplo de auto-atribución de culpa por parte del niño, al creer que sus padres se están divorciando a causa de un mal comportamiento suyo. El divorcio de los padres y la travesura del niño, son dos hechos separados que pudieron haber ocurrido en periodos de tiempo cercanos, pero que no tienen ninguna relación de causa y efecto como el niño cree. Un niño pequeño no es capaz de separar estos dos hechos y empieza a generar una creencia distorsionada sobre sí mismo, lo que le lleva a considerar que él es el responsable del divorcio de sus padres. A pesar de que son creencias muy comunes que surgen a causa del egocentrismo de la edad preoperacional (O'Connor y Braverman, 1997), estas se pueden cambiar por pensamientos más adaptados. Con ayuda de la terapia y de los padres, se puede incorporar en su discurso cotidiano, ideas como “Mis papás no se estaban llevando bien. Papá no se mudó a causa de mi conducta. Lo hizo porque él y mamá peleaban demasiado.” (Schaefer, 2012, p.314). Schaefer (2012), menciona que en otras situaciones, a diferencia del caso anterior, hay niños que no presentan estas creencias distorsionadas, pero que el problema recae en que ellos no cuentan con creencias adaptativas necesarias para el enfrentamiento. “En esos casos el niño puede necesitar ayuda para crear autoafirmaciones funcionales y adaptadas como medio de afrontamiento, no para reemplazar los inadaptados sino para estimular un pensamiento y conducta más adaptados.” (Schaefer, 2012, p.314).

En el caso de la alimentación selectiva, el presente trabajo plantea otra hipótesis y se considera que la presencia de creencias disfuncionales podrían estar ocasionando el rechazo a cierto tipo de alimentos, al influir en la percepción de un niño con ARFID. Para entender un poco más esta hipótesis es necesario explicar dos conceptos muy

importantes de la teoría cognitiva de Aaron Beck, que son los esquemas y las distorsiones cognitivas. García-Allen,(s/f) explica que los esquemas son estructuras cognitivas de codificación de la información, que se crean a partir de las experiencias vividas y sirven como moldes para la percepción e interpretación del mundo exterior. Beck manifiesta que los esquemas son patrones de pensamiento relativamente estables de interpretación subjetiva (García-Allen, s/f). Al momento del procesamiento de información podría producirse una distorsión en la valoración o interpretación de la realidad, a lo que Beck denomina como distorsión cognitiva, que vendría a ser un esquema disfuncional (García-Allen, s/f). En el caso de la alimentación selectiva del ARFID, hay varios factores que influyen en la aversión del niño a ciertas comidas. Hipotéticamente hablando podría darse el escenario en el cual el niño con hipersensibilidad a ciertos sabores, al tener una experiencia traumática con un alimento en específico, podría desarrollar un concepto erróneo (esquema distorsionado) y generalizarlo a todo los alimentos de color, olor o textura similar al alimento que le disgustó o le ocasionó náuseas. Lo que se logra con la terapia cognitiva es una reestructuración de cogniciones para modificar esquemas disfuncionales y que el paciente logre verse a sí mismo y al mundo de forma más realista y adaptativa (García-Allen, s/f). Al crear asociaciones más próximas a la realidad, ayudaría al niño con ARFID a percibir a los alimentos como algo de lo que puede disfrutar y no como algo amenazante. Incluso podría desarrollar la habilidad de poder diferenciar los alimentos que no tolera verdaderamente por su hipersensibilidad, de los que sí puede comer de forma segura.

La terapia y métodos de intervención

En general la TJCC se caracteriza por trabajar en la relación cognición-sentimiento-conducta en pocas sesiones, las cuales son estructuradas, directivas,

orientadas al problema, psicoeducativas (Schaefer, 2012) y de tiempo limitado, hecho que contribuye a la independencia y fomentar la habilidad de autoayuda del pequeño (Stallard, 2007). Aunque la TJCC depende del juego como medio de comunicación y de una relación terapéutica positiva, como en las otras terapias de juego, está se diferencia de las demás por su principal objetivo que es establecer conexiones entre la conducta y los pensamientos del paciente (Schaefer, 2012). Para obtener los resultados deseados, el terapeuta debe participar activamente al elegir las actividades, los materiales de juego y guiar el comportamiento del niño, para poder alcanzar las metas que él y los padres proponen, después de una evaluación previa del paciente (Schaefer, 2012; Hadi, 2016). Por esta razón el juego en la TJCC necesita ser un juego directivo.

En la TJCC se enfoca en tratar los conflictos y problemas del presente, más no traumas del pasado (O'Connor y Braverman, 1997). El terapeuta intenta expresar de forma verbal estos problemas en terapia y a través de una relación terapéutica positiva, él ayuda al pequeño a hacer conexiones entre las palabras y las conductas con la ayuda del juego (Knell, 1993 citado por Schaefer, 2012). Por ejemplo, el terapeuta a partir de un juego de rol con un títere, podría ayudarle al niño a entender el contexto de su problema y explicarle conductas, estrategias y formas de pensar más adaptativas (O'Connor y Braverman, 1997), convirtiéndose el títere, en un modelo para el niño. McGuire (2000), comenta a partir del trabajo de Landreth, (1991), que el niño en ausencia de amenazas emocionales y gracias a la aceptación incondicional, comprensión empática y congruencia del terapeuta, es capaz de enfrentar nuevas experiencias, procesar lo aprendido y revisar su autoconcepto y auto estructura, obteniendo mayor provecho de lo inculcado en terapia.

Técnicas de intervención

Técnicas cognitivas

La TJCC emplea las mismas técnicas cognitivas y conductuales, que se usan en las terapias para adultos con la única diferencia de que se implementan a través del juego. En cuanto a las técnicas cognitivas más comunes son el registro de pensamientos disfuncionales, estrategias de cambio cognitivo / refutar las creencias irracionales, autoafirmaciones de afrontamiento y la biblioterapia (Schaefer, 2012). La implementación de estas técnicas para la alimentación selectiva podrían ser:

-Registro de pensamiento: Se le presenta al niño una situación, como el momento de la comida, y se le pide registrar sus pensamientos en dibujos o en una grabadora como Schaefer (2012), propone. Esta técnica le ayuda a los padres y al terapeuta a supervisar los pensamientos del niño.

-Estrategias de cambio cognitivo/refutar las creencias irracionales: Schaefer (2012) comenta que para abordar el problema y poder refutar las creencias irracionales, se analiza la evidencia que apoya la creencia, se explora las alternativas, se consideran múltiples escenarios y se examina las consecuencias (creencias inadaptadas) (Beck, Rush, Shaw y Emery, 1979, citado por Schaefer, 2012). Para emplear todas estas estrategias se puede utilizar el juego de rol con títeres. Se interpreta un escenario donde el títere rechaza alimentos de colores, como frutas y verduras, y se plantea lo que pasaría si el juguete prueba una fruta.

-Autoafirmaciones: La anterior actividad también puede emplear las autoafirmaciones. Estas afirmaciones deben ser lingüística y conceptualmente simples (Soy fuerte, Puedo hacerlo) y pueden ser autorreforzantes (Estoy haciendo un buen trabajo). Pueden también presentar elementos de estrategias de afrontamiento (Puedo comer frente a otras personas y disfrutar de su compañía), pueden ayudar a reducir

sentimientos negativos (Podré probar nuevos alimentos cuando esté listo) y ser más próximos a realidad (No es verdad que todos los alimentos me harán daño si los como) (Schaefer y Gordon, 1991 citado por Schaefer, 2012).

-Biblioterapia: Es un complemento de la terapia en el cual se usan libros para que lo lean los hijos o los padres, donde se presentan historias similares a las del niño con técnicas de cambio cognitivo (O'Connor y Braverman, 1997).

Técnicas conductuales

Las técnicas conductuales que se usan son el modelamiento, reforzamiento positivo, desensibilización sistemática, desvanecimiento del estímulo, extinción, tiempo fuera, auto supervisión y programación de actividades (Schaefer, 2012). Para implementar estas técnicas, las sesiones pueden darse fuera del cuarto de juego cuando se trata de métodos conductuales como la desensibilización sistemática y el modelamiento. De hecho Schaefer (2012) comenta que en el caso de niños con ansiedades específicas, fobias y trastorno obsesivo compulsivo, las sesiones pueden tener lugar en un entorno que simule la situación angustiosa o temida y en el caso del TOC, en un escenario donde esté presente el estímulo que ocasiona las obsesiones y compulsiones (March y Mulle, 1998 citado por Schaefer, 2012). A esto se lo denomina tratamiento in vivo.

-Modelamiento: En el caso del modelamiento, se pretende adquirir, fortalecer o debilitar conductas, lo cual se pone a prueba en modelos de afrontamiento como en las sesiones in vivo (Bandura, 1977 citado por Schaefer, 2012). Para inculcar en el niño habilidades de afrontamiento específicas y modelar un comportamiento se utiliza ejemplos a seguir denominados modelos, los cuales pueden ser juguetes como peluches, títeres, películas, juegos de video (Ricky y la araña) (O'Connor y Braverman, 1997), los

cuales presentan la conducta deseada. El modelamiento se logra mediante aproximaciones paulatinas al comportamiento deseado y cada paso hacia la meta es acompañado con refuerzo positivo por parte del terapeuta o los padres.

-El reforzamiento positivo: Puede ser verbal (Lo lograste), gestual (Pulgar arriba, una sonrisa) o material (Dejarlo jugar con su juguete favorito) (O'Connor y Braverman, 1997). Los refuerzos pueden ser más directos o sutiles (Schaefer, 2012).

-Desensibilización sistemática: Schaefer (2012) informa que existen dos formas de esta técnica, la desensibilización imaginaria y la desensibilización in vivo. Los estímulos están asociados a ciertas respuestas, las cuales pueden ser respuestas inadaptadas como sentimientos de ansiedad o temor. En la alimentación selectiva, el estímulo vendría a ser alimentos no familiares para el niño y la respuesta la ansiedad. Esta técnica se utiliza para reducir esta ansiedad al cambiar una respuesta inadaptada por una adaptada (Ollendick y King, 1998; Wolpe, 1958, 1982 citado por Schaefer, 2012), rompiendo la asociación que hay entre el estímulo (comida) y la respuesta (ansiedad). Para lograr esto se enseña técnicas de relajación a los pacientes más grandes y para los más pequeños, puede inducirse la relajación, como Knell, (2000) sugiere, por medio actividades de juego relajantes o visualización de escenas tranquilizantes (Schaefer, 2012). Estos métodos se ponen en práctica cuando el paciente se encuentra frente al estímulo que lo pone ansioso.

-Desvanecimiento del estímulo: Los niños son capaces de realizar conductas deseadas solo si son presentadas en circunstancias específicas o con personas en particular (Schaefer, 2012). En la alimentación selectiva hay niños que solo comen un alimento si es de cierto color, marca, presentación o situación. Para desvanecer estos estímulos se le puede presentar un alimento seguro para el niño como el arroz, pero con otras características como en su color, mandando el mensaje que el color no define si

un alimento es seguro para comer o no.

-Extinción y Reforzamiento diferencial de otra conducta: Esta técnica trata en no recibir ninguna atención positiva (refuerzo positivo), para extinguir alguna conducta inadaptada y reforzar la conducta positiva (Schaefer, 2012).

-Tiempo fuera: Esta técnica se puede utilizar en terapia cuando el niño rompe una regla como la de no romper los juguetes. La técnica es básicamente alejar al niño de un reforzador al pasarlo de un lugar deseado a otro menos atractivo (Schaefer, 2012). Se puede explicar al niño como es la dinámica del tiempo fuera con el uso de un títere.

-Programación de actividades: Como su nombre lo dice, en esta técnica se planean actividades recreativas fuera de la terapia con objetivos a lograr, en las cuales los padres pueden participar. Schaefer (2012) menciona que esta técnica puede ser útil para niños deprimidos, ansiosos o retraídos. En el caso de la alimentación selectiva, se puede planear con la familia actividades placenteras relacionadas con la comida, como picnics en el parque.

Rol de los padres en la TJFCC para la alimentación selectiva

La TJFCC se puede dar específicamente con el niño o con los padres en conjunto con el niño, si el terapeuta lo ve necesario. En el caso de la alimentación selectiva se cree que la participación de los padres en la terapia sería de gran ayuda, por lo que los padres deberían estar involucrados desde un comienzo, manteniendo una comunicación continua con su hijo a lo largo del proceso. Si los padres se involucran en el proceso, ellos tendrían sesiones aparte con el terapeuta, quien les proveerá de apoyo, psicoeducación, habilidades de manejo del niño (saber dar reforzamiento positivo adecuado) e información relevante para lidiar de una forma más efectiva con las dificultades de su hijo (O'Connor y Braverman, 1997). En el caso de la alimentación

selectiva estas habilidades pueden ser usadas al momento de las comidas en casa. También estas sesiones sirven para monitorear los avances de su hijo y la interacción padre-hijo (O'Connor y Braverman, 1997).

METODOLOGÍA Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

En el presente trabajo de investigación se pretende responder a la pregunta ¿Cómo y hasta qué punto, el implementar la terapia de juego cognitivo conductual, podría ayudar a niños de entre 3 a 6 años, con la alimentación selectiva, síntoma característico del Trastorno de evitación/restricción de la ingesta de alimentos? Para lograrlo se propone utilizar una metodología cualitativa y un diseño cuasi experimental pre-post prueba.

Justificación de la metodología seleccionada

Al querer averiguar si la TJFCC tiene efectos positivos en el tratamiento de niños de 3 a 6 años con ARFID, en cuanto a un cambio en los hábitos alimenticios característicos de la alimentación selectiva, lo más óptimo sería medir estos hábitos antes y después de la terapia con la ayuda de un instrumento de medición de hábitos alimenticios en niños, como el Children's Eating Attitude Test (ChEAT), pero este instrumento solo está diseñado para niños mayores a 8 años de edad. Esta es la razón por la cual métodos cualitativos se podrían emplear para analizar los posibles cambios en los hábitos alimenticios del niño, antes y después de la terapia de juego con un diseño pre prueba-post prueba .

La investigación cualitativa según Strauss y Corbin (1990) es aquella que obtiene resultados y recolecta datos no numéricos. En la investigación cualitativa se usan métodos contextualizados que permiten describir reacciones e interacciones,

comportamientos, creencias, pensamientos, movimientos sociales e indaga acerca de las vivencias de la persona (Strauss y Corbin, 1990). Los métodos cualitativos pueden brindar información más profunda acerca del impacto de la intervención en el paciente, más allá de cambios medibles en cuanto a los hábitos de alimenticios. Es decir, en el caso de esta investigación estos métodos podrían brindar información muy útil acerca de la perspectiva, sentimientos y pensamientos del paciente con respecto a la comida antes y después de la TJFCC. Con esto, también se podría recaudar mayor información para mejorar el entendimiento global de este nuevo trastorno. Asimismo, se propone utilizar una metodología cuasi experimental de diseño pre-post prueba con un solo grupo de estudio. Los diseños pre prueba-post prueba usualmente son utilizados en investigaciones conductuales, principalmente con el propósito de comparar grupos y/o medir cambios resultantes de tratamientos experimentales (Dimitrov y Rumrill, 2003). Esta metodología ayuda a evaluar cualitativamente el estado del niño y la dinámica familiar antes y después del tratamiento, lo que podría ayudar a sacar conclusiones acerca de la efectividad de la TJFCC en el tratamiento de la alimentación selectiva en el ARFID.

Herramientas de investigación utilizada

Como el principal objetivo de una terapia cognitivo-conductual es cambiar esquemas disfuncionales por otros más adaptativos, y con eso ayudar al paciente a tener una perspectiva más realista y menos distorsionada sobre la realidad, se pueden usar herramientas de recolección de información no numérica como entrevistas, reportes y observación, para ver si en la terapia se lograron los objetivos. En casos de tratamientos con niños pequeños una gran fuente de información son los padres, por lo que resultaría necesario entrevistarlos antes, durante y después del proceso de intervención, para poder

reportar cambios en casa o progreso del niño en cuanto a sus hábitos alimenticios y cambios en la dinámica y ambiente familiar. Para recopilar esta información será necesario elaborar un cuestionario donde los padres podrán reportar comportamientos observables de sus hijos antes y después de la terapia (Anexo C). Por otro lado se considera útil realizar una entrevista semiestructurada para el niño (Anexo D), la cual se debe centrar en averiguar sus emociones, cogniciones, experiencias y comportamientos. Se aconseja que esta entrevista se de en la primera y última sesión de juego, usando títeres para transmitir las preguntas y se usará la técnica de registro de pensamiento para poder registrar un posible cambio en sus emociones, cogniciones y experiencias. También se puede usar el juego para que el niño no tenga la necesidad de verbalizar su respuesta si es que él o ella lo prefiere.

En el caso de la observación del niño en las sesiones, esta técnica puede servir para identificar algún cambio en el comportamiento del niño dentro y fuera de la terapia. Para esto serán necesarias anotaciones y reportes del terapeuta de juego los cuales usualmente brindan información importante acerca nuevos comportamientos, aprendizajes u otras habilidades que se pretenden inculcar en terapia. Si existen cambios, estos reportes podrían ser un fuerte indicador de la influencia que tiene la terapia sobre el comportamiento e incluso pensamiento del niño, demostrados en las dinámicas de juego del paciente. En el caso del registro de las observaciones en casa por parte de los padres, estas pueden ser reportadas semanalmente en las sesiones de los padres con el terapeuta.

Descripción de los participantes

Para el presente estudio se propone implementar la terapia en 5 niños y niñas diagnosticados con ARFID, los cuales deben estar en el rango edad de 3 a 6 años y

mostrar signos de alimentación selectiva. Todos los participantes deben ser ecuatorianos y preferiblemente del cantón Quito, por cuestiones de comodidad en cuanto a la cercanía del lugar en donde se realizarán la terapia de juego. Además el estudio requiere de la participación de ambos padres del niño en cuestión. Para el grupo de estudio no se requiere que se tome en cuenta factores de los participantes como su nivel socioeconómico y género.

Reclutamiento de los participantes

Para esta investigación se propone acudir a un centro pediátrico o psicológico en la ciudad de Quito en donde acudan padres con preocupaciones acerca de los hábitos alimenticios de su hijo y sobre su bajo peso por malnutrición. Teniendo en cuenta que los padres acuden al centro para ser ayudados, se cree conveniente que en estos casos se pregunte si desean que sus hijos pasen por un proceso de diagnóstico para descartar un trastorno alimenticio como el ARFID y si el diagnóstico resulta positivo, se les ofrecerá la posibilidad de ayudar a su hijo al formar parte de esta investigación. El tiempo que puede tomar el reclutamiento de los cinco participantes, podría durar aproximadamente un mes debido a que este trastorno no es muy común y en muchos casos se confunde con un mal comportamiento del niño y no como un trastorno grave, por lo que no se busca ayuda psicológica para tratarlo.

Consideraciones éticas

En cuanto a las consideraciones éticas para el estudio, se requerirá en primer lugar, que todos los padres firmen voluntariamente un consentimiento informado el cual permite que sus hijos participen en la investigación y en donde ellos también aceptan involucrarse en el proceso terapéutico. La familia y el participante tienen todo el

derecho de retirarse del estudio en el momento que ellos deseen. Tanto a los padres de los participantes como a los participantes, se les debe explicar el objetivo del estudio, el proceso a realizarse y su duración. Esta será de aproximadamente de tres meses, 15 sesiones de 35 minutos cada una, una vez por semana en el caso de los niños. En el caso de los padres, las sesiones también son una vez por semana pero de menos duración, en las cuales se les brindará herramientas y técnicas para ayudar a su hijo en casa y pueden hablar de sus inquietudes. En segundo lugar, para asegurar el anonimato y evitar cualquier divulgación de información, se les debe identificar a cada participante con un código, el cual solo el investigador y el terapeuta sabrán. Todos los reportes, entrevistas y notas de observaciones se deben identificar con este código. Para dicha información solo tendrá acceso el investigador para analizarla y una vez finalizado el estudio todos los archivos serán eliminados por seguridad del participante. En terapia se debe respetar el ritmo de cada participante y su decisión de realizar las actividades o no. Como los padres tienen un papel muy importante en el estudio, se los puede ayudar con apoyo psicológico aparte si es que llegaran a sentirse abrumados por algún hecho o necesiten ayuda y orientación extra. Esto asegurará que el participante obtenga todos los beneficios tanto en terapia como en casa.

RESULTADOS ESPERADOS

A partir de la información encontrada en la revisión de literatura, especialmente de las investigaciones que hablan acerca de las similitudes en los rasgos de comportamiento de la alimentación selectiva (AS) y el Trastorno obsesivo compulsivo (TOC) (Kauer, Pelchat, Rozin y Zickgraf, 2015; Zickgraf, Franklin y Rozin, 2016) existen dos resultados principales esperados. Primero que la terapia que se eligió para la alimentación selectiva en el ARFID, sea la más apropiada para tratar todos los focos

problemáticos de la AS en una población tan joven como son los niños de 3 a 6 años. La terapia elegida fue la Terapia de juego familiar cognitivo-conductual. Esta terapia se cree la más conveniente ya que además de usar el juego, el propio lenguaje de los niños, fue elegida en base a los enfoques terapéuticos utilizados en una de las terapias más eficaces para tratar el TOC pediátrico, que es la Cognitive-Behavioral Family-Based Treatment (CBFT) (Rosa-Alcázar et al., 2016). Segundo, si la TJFCC trata efectivamente los focos problemáticos de la AS, también se esperaría que esta terapia resulte útil en la reducción de síntomas de internalización y externalización del paciente, además de los síntomas del trastorno en sí. Es decir se espera ver cambios en el mejoramiento de los hábitos alimenticios, al reducir la neofobia y al hacer que los niños estén más abiertos a probar nuevos alimentos. Con esto aumentarían su rango y el número de alimentos aceptables y por ende el paciente tendría una mejor nutrición para un desarrollo óptimo y sin ninguna repercusión en su vida adulta. Igualmente, ya no dependería de alimentación enteral, su peso estaría estable y su funcionamiento psicosocial mejoraría.

Por otro lado, además de lograr los cambios positivos que se relacionan con la terapia de juego, como son el desarrollo del autocontrol, mejoramiento del autoestima y autoconfianza por mencionar algunos (McGuire, 2011), también se espera ver una gran mejoría en la dinámica y ambiente familiar, principalmente en la reducción de la acomodación familiar. Como se vio, este uno de los agravantes de los síntomas en el TOC con respecto a las compulsiones (Lebowtiz, 2013), y lo mismo ocurre en la AS. Al estar la familia comprometida a ayudar al niño, esta ya no participaría en la realización de rituales, la evitación de situaciones ansiosas para el niño o la modificación de las rutinas diarias, sino gracias a la psicoeducación ofrecida en terapia

desarrollarían nuevas habilidades de afrontamiento de problemas relacionados con la AS.

Discusión

Al terminar el estudio se puede responder a la pregunta ¿Cómo y hasta qué punto, el implementar la Terapia de juego cognitivo-conductual (TJCC), podría ayudar a niños de entre 3 a 6 años, con la alimentación selectiva, síntoma característico del Trastorno de evitación/restricción de la ingesta de alimentos?. Para comenzar es importante mencionar que Schaefer (2012), recomienda la TJCC como la terapia más efectiva para tratar en TOC pediátrico, la cual ha sido validada empíricamente en cuanto a su “eficacia, efectividad y eficiencia” (Kosovsky, 2011). Por ende si nos basamos en los estudios de Kauer y colaboradores (2015) que hablan sobre la existencia de semejanzas entre la AS y el TOC, podríamos atribuir la misma efectividad de la TJCC al tratamiento de la AS del ARFID. Rosa-Alcázar (2016), menciona que la CBFT (terapia cognitiva-conductual con terapia familiar) está asociada con la reducción de síntomas de internalización y externalización en el TOC, por lo que una terapia con un enfoque similar como la TJFCC, también reduciría síntomas de internalización y externalización de la AS. Los síntomas de internalización se refieren a problemáticas donde predominan las distorsiones cognitivas, acompañadas de una lógica rígida, repetitiva y distorsionada (Kosovsky, 2011); siendo la ansiedad y una posible depresión (Schaefer, 2012) los síntomas a reducir en la AS. Por otro lado, en los síntomas de externalización básicamente hay una ausencia de un registro y procesamiento cognitivo los cuales le permiten a la persona tomar en cuenta alternativas en una situación para evitar actuar impulsivamente (Kosovsky, 2011) o tener una falta de autocontrol (Schaefer, 2012).

Asimismo, se puede decir que la Terapia de juego familiar cognitivo-conductual, por el hecho de implementar el juego como una herramienta terapéutica, hace que la terapia sea apta para tratar a la población infantil de niños y niñas de 3 a 6 años. Adicional a esto, el juego por sí solo tiene sus beneficios terapéuticos como la regulación emocional, mejoramiento en la comunicación, manejo del estrés, fortalecimiento del yo, autorrealización etc (Schaefer, 2012). Esto le puede ayudar al niño en todos los aspectos de su vida no solo en los aspectos afectados por el trastorno. Particularmente hablando del impacto de la terapia en la alimentación selectiva, se sabe que la terapia cognitivo-conductual se enfoca en el cambio de esquemas disfuncionales por otros más adaptativos, lo que le permite al paciente percibir el mundo de una manera más realista (Schaefer, 2012). Esto a su vez, reduce la ansiedad del niño y ese miedo al experimentar con nuevos alimentos, puesto que ahora es capaz de percibir su ambiente como un lugar más seguro. Por parte gracias el apoyo de los padres a lo largo del proceso y el fortalecimiento de los lazos familiares, son un factor clave de la mejora del niño (Schaefer, 2012). Los padres al aprender habilidades paternas más efectivas (Figuroa, 2013) y estrategias para el manejo de situaciones específicas a través de una psicoeducación, le ayudan a su hijo a “b) aumentar su autoestima y confianza, c) eliminar sus conductas inadaptadas, d) desarrollar habilidades de solución de problemas, e) lograr dominio de sus temores y otros sentimientos, f) aumentar su autorregulación, g) desarrollar conductas pro sociales, y h) fortalecer la confianza en sus padres.” (Schaefer, 2012, p.156)

Se considera que los resultados esperados de este estudio son bastante factibles por el principal hecho, que se ha venido repitiendo a lo largo del trabajo, acerca de que la AS comparte características con el TOC, por lo que hace muy probable que cualquier terapia para niños con enfoque cognitivo conductual funcione para tratar las distorsiones

cognitivas y rigidez cognitiva, que son los principales causantes de comportamientos y rituales alimenticios perjudiciales e irracionales en el caso de la AS. Además se considera que la terapia no solo ayudaría a mejorar los síntomas de la alimentación selectiva sino también síntomas globales del ARFID, como una considerable pérdida de peso o crecimiento irregular o inadecuado; presencia de deficiencias nutricionales significativas; dependencia de alimentación enteral, la cual se basa en una alimentación por tubo o uso de suplementos nutricionales y por último presentar una interferencia en el funcionamiento psicosocial, como la incapacidad de comer en la presencia de otros (APA, 2013; Kenney and Walsh, 2013).

Finalmente, se cree que la metodología cualitativa que se propone en el estudio si puede responder a la pregunta de investigación planteada, ya que a partir de esta se obtiene importante información acerca de los cambios emocionales y experienciales del niño después del tratamiento. A pesar de que esta metodología resultaría bastante útil, sería interesante contar una metodología cuantitativa que se pueda implementar en un población tan joven, como la del presente trabajo, para observar el impacto de la terapia en cuanto a la reducción de hábitos alimenticios perjudiciales en el niño y así poder concluir de forma más concreta en que aspectos específicos sería efectiva esta terapia.

Limitaciones del estudio

Una de las limitaciones metodológicas que se encontraron en esta investigación fue la falta de herramientas de medición cuantitativa para el rango de edad del grupo de estudio. A pesar de que los métodos cualitativos pueden demostrar que hubo cambios positivos en el comportamiento alimenticios de niños, es importante y útil contar con datos numéricos sobre los cambios en los hábitos alimenticios de los niños, ya que las observaciones (método cualitativo) pueden dar resultados subjetivos o no percibir

cambios leves cuando si los hay. Otra limitación es que el estudio depende de una psicóloga clínica especializada en terapia de juego cognitivo-conductual para ser efectuado. A parte de esto, también se vio que la terapia necesita de una gran disponibilidad de tiempo por parte de los padres para lograr su participación activa, hecho que en algunos casos podría ser difícil para los padres que trabajan debido a sus horarios, por lo no les permitiría involucrarse al 100% en el proceso terapéutico y de la investigación. Otra limitación que se encontró fue que el grupo de estudio es bastante reducido, dificultando el poder generalizar los efectos positivos de la TJFCC en el tratamiento de la AS en el ARFID. Además de una muestra reducida también se considera como una limitación el hecho de que no se tomaron en cuenta factores predisponentes de este trastorno, como factores ambientales, temperamentales, o genéticos. Solo se tomó en cuenta la presencia de alimentación selectiva y la ausencia de otras enfermedades diagnosticables.

Por último si se decide aplicar la investigación, una gran limitación sería el reclutamiento de los participantes, puesto que este trastorno es poco conocido y por lo tanto poco diagnosticado, dificultando el proceso para encontrar un grupo de estudio del rango de la edad de interés y con todos los requerimientos para el estudio.

Recomendaciones para futuros estudios

Una de las principales recomendaciones para futuras investigaciones tiene que ver con la metodología del estudio, puesto que se cree importante poder encontrar un instrumento de medición cuantitativo de los hábitos alimenticios en infantes, que se pueda implementar en la muestra de este estudio. Igualmente, sería de gran ayuda poder desarrollar una prueba estandarizada para medir los niveles de ansiedad en los momentos de la comida antes y después del tratamiento en diferentes sesiones de

exposición in vivo, como un indicador de reducción de síntomas de internalización. También es necesario buscar un buen método de reclutamiento de participantes para futuras investigaciones. Finalmente sería interesante dar un seguimiento un año después a los participantes de la investigación para ver si los resultados y los cambios son estables tanto en el niño como en la familia.

REFERENCIAS

- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 5th ed. Arlington, VA: American Psychiatric Association.
- Association for Play Therapy (s/f). About play therapy overview. *Association for Play Therapy*. Recuperado el 10 de marzo de 2017 de www.a4pt.org
- Bordignon, N.A. (2005). El desarrollo psicosocial de Eric Erikson. El diagrama epigenético del adulto. *Revista Lasallista de Investigación*, 2, 50-63.
- Behar, R. y Aranciba, M. (2014). DSM-V y los trastornos de la conducta alimentaria. *Revista Chilena de Neuropsiquiatría*. 52 (1), 22-33.
- Brezinka, V. (2013). Ricky and the Spider-a video game to support cognitive behavioural treatment of children with obsessive-compulsive. *Clinical Neuropsychiatry*, 10 (3), 6-12. Doi: 10.5167/uzh-93917
- Bryant-Waugh, R., Markham L., Kreipe R. y Walsh B.T. (2010). Feeding and eating disorders in childhood. *International Journal of Eating Disorders*, 43, 98-111.
- Chavarrias, M. (2016). Propiedades organolépticas de los alimentos. *Eroski Consumer*. Recuperado el 25 de febrero de 17 de <http://www.consumer.es/seguridad-alimentaria/sociedad-y-consumo/2016/06/09/223847.php>

Child Welfare. (2013, enero). Alternatives for families: a cognitive-behavioral therapy (AF-CBT) (Issue Brief s/n). Recuperado el 15 de marzo de 2017 de <https://www.childwelfare.gov/pubPDFs/cognitive.pdf>

Colegio de medicina de Stanford. Pharmacological Treatments. *Stanford Medicine*. Recuperado el 1 de febrero de 2017 de <http://ocd.stanford.edu/treatment/pharma.html>

Diamond, J. (2016). Understanding avoidant/restrictive food intake disorder and food neophobia. *Insight Bulletin*. Recuperado el 11 de octubre de 2016 de <http://insightbulletin.com/understanding-avoidant-restrictive-food-intake-disorder-and-food-neophobia/>

Diedrich, A., Sckopke, Ph., Schwartz, C., Schlegl, S., Osen, B., Stierle, Ch. y Voderholzer, U. (2016). Change in obsessive beliefs as predictor and mediator of symptom change during treatment of obsessive-compulsive disorder – a process-outcome study. *BMC Psychiatry*. 16 (220). Doi: 10.1186/s12888-016-0914-6

Dobson , D. y Dobson, K.S. (2009). Evidence-based practice of cognitive-behavioral therapy. Nueva York: The Guildford Press.

Fairburn, Ch. (2008). Cognitive behavior therapy and eating disorders. Nueva York: The Guildford Press.

Feldman, R.S. (2008). Desarrollo en la infancia (4ta edición). (C.O. Victor y G.A. Martha, Trans). Naucalpan, México: Pearson Educación

- Figuerola, M.E. (2013). Terapia de juego desde el modelo integrativo aplicada a escolares que presentan conductas agresivas (Tesis de maestría). Universidad del Azuay, Cuenca, Ecuador. Recuperado de <http://dspace.uazuay.edu.ec/bitstream/datos/3340/1/10108.pdf>
- Fisher, M.M., Rosen, D.S., Ornstein, R.M., Mammel, K.A., Katzman, D.K., Rome, E.S., Callahan, S.T., Malizio, J. M., Kearney, S. y Walsh, T.B. (2013). Characteristics of avoidant/restrictive food intake disorder in children and adolescents: a “new disorder” in DSM-5. *Journal of Adolescent Health*. 55, 49-52. Doi: <http://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2013.11.013>
- García-Allen, J. (s/f). La terapia cognitiva de Aaron Beck. *Psicología y Mente*. Recuperado el 13 de marzo de 2017 de <https://psicologiymente.net/clinica/terapia-cognitiva-aaron-beck#!>
- Hadi, Sh. (8 de enero de 2016). Play therapy and pediatrics – discover more about children in an hour of play than in a year of conversation. *Journal of Pioneering Medical Sciences*. Recuperado el 5 de marzo de 2017 de https://www.researchgate.net/publication/292151900_Play_Therapy_and_Pediatrics_-_Discover_More_about_Children_in_an_Hour_of_Play_than_in_a_Year_of_Conversation
- Hernández, G.L. (8 de julio de 2015). Diferencias y similitudes en los procesos de EPC (evaluación psicológica clínica) para niños, adolescentes y adultos. *Plethora*. Recuperado el 12 de octubre de 2016 de <http://consulta-psicologica.com/blog/item/32->

diferencias-y-similitudes-en-los-procesos-de-epc-para-ninos-adolescentes-y-adultos.html

Karges, C. (10 de agosto de 2016). Treatment Options for Avoidant Restrictive Food Intake Disorder (ARFID). *Eating Disorder Hope*. Recuperado el 10 de octubre de 2016 de <https://www.eatingdisorderhope.com/blog/treatment-options-avoidant-restrictive-food-intake-disorder-arfid>

Kenney, L. y Walsh, B.T. (2014). Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder (ARFID). *Eating Disorders Review*, 25 (2). Recuperado el 4 de enero de 2017 de http://eatingdisordersreview.com/nl/nl_edr_24_3_1.html

Kauer, J., Pelchat, M., Rozin P. y Zickgraf H. (2015). Adult picky eating. Phenomenology, taste sensitivity, and psychological correlates. *Appetite*. 90, 219-228. Doi: 10.1016/j.appet.2015.03.001

Kosovsky, R. (10 de octubre de 2016). El abordaje de las terapias cognitivas en niños, adolescentes y familias. *Intersecciones Psi*. Recuperado el 12 de octubre de 2016 de http://intersecciones.psi.uba.ar/index.php?option=com_content&view=article&id=254:el-abordaje-de-las-terapias-cognitivas-en-ninos-adolescentes-y-familias&catid=9:perspectivas&Itemid=1

Lebowitz, E.R., 2013. Parent-based treatment for childhood and adolescent OCD. *J. Obsessive Compuls. Relat. Disord.* 2, 425–431.

- Martorell, R. (1999). The nature of child malnutrition and its long-term implications. *Food and Nutrition Bulletin*, 20 (3), 288. doi:10.1177/156482659902000304
- Leonard, H.L., Swedo, S.E, Allen, A.J. y Rapoport, J.L. (1994). Obsessive-compulsive disorder. En Ollendick, T.H., King, N.J y Yule, W. (Eds.) *International handbook of phobic and anxiety disorders in children and adolescents (pp. 207-2017)*. Recuperado https://books.google.com.ec/books?hl=en&lr=&id=WkxFGtxkqo0C&oi=fnd&pg=PA207&dq=obsessive+compulsive+disorder&ots=nI3G2k1tct&sig=9zXnbX7ojA5KMKD-qysSJvX_7-Y&redir_esc=y#v=onepage&q=obsessive%20compulsive%20disorder&f=false
- Mason, S. (2015). Understanding avoidant/restrictive food intake disorder (ARFID) – a personal view from clinical practice. *National Steering Group for Childhood Feeding Disorders*. Recuperado el 6 de noviembre de 2016 desde http://www.nsg-cfd.com/uploads/8/9/5/3/8953410/arfid_opinion_piece.pdf
- McGuire, D.E. (2000). Child-Centered Group Play Therapy with Children Experiencing Adjustment Difficulties (Disertación de doctorado). University of North Texas, Texas, Estados Unidos. Recuperado de https://digital.library.unt.edu/ark:/67531/metadc2622/m2/1/high_res_d/Dissertation.pdf
- Moreno, J.M. y Galiano, M.J. (2006). El desarrollo de los hábitos alimentarios en el lactante y en el niño pequeño. Sentido y sensibilidad. *Revista Pediatría de Atención Primaria*, 8 (1), 11-25.

- National Institute of Mental Health. (2011). Trastornos de la alimentación. *National Institute of Mental Health*. Recuperado el 2 de octubre de 2016 de http://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/trastornos-de-la-alimentacion/eating-disorders_142512.pdf
- Nicely, T.A., Lane-Loney, S., Masciulli, E., Hollenbeak, Ch.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 (21). doi: 10.1186/s40337-014-0021-3
- O'Connor, K.J. y Braverman, L.M. (1997). Play therapy and practice: a comparative presentation. Canadá: John Wiley & Sons, Inc.
- Organización Panamericana de la Salud, 2008. Alimentación y Nutrición del niño pequeño: Memoria de la Reunión Subregional de los Países de Sudamérica, 2-4 diciembre 2008. Lima, Perú. Washington, D.C.: OPS, 2009. Recuperado el 1 de octubre de 2016 desde [http://www.unicef.org/lac/Reunion_Sudamericana_de_Alimentacion_y_Nutricion_del_Nino_Pequeno\(2\).pdf](http://www.unicef.org/lac/Reunion_Sudamericana_de_Alimentacion_y_Nutricion_del_Nino_Pequeno(2).pdf)
- Ortiz, H. (2011). Nueva clasificación de los desórdenes alimentarios. *Precop SCP*, 10 (4), 44-58.
- Papalia, D. E., Olds, S. W. y Feldman, R. D. (2009). *Psicología del desarrollo. De la infancia a la adolescencia*. Madrid: McGraw Hill.

Papila, D.E. Wendokos, S. y Duskin, R. (2010). Desarrollo humano. México D.F: McGraw Hill.

Pérez, M.F. (2014). La teoría del desarrollo cognitivo de Piaget aplicada en la clase de primaria (Tesis de pregrado). Universidad de Valladolid, Segovia, España. Recuperado de <https://uvadoc.uva.es/bitstream/10324/5844/1/TFG-B.531.pdf>

Riggs, D.S. y Foe, E.B. (2006). Obsessive-compulsive disorder. En Hersen, M. Tomas, J.C. y Andrasik, F. (Eds.) *Comprehensive handbook of personality and psychopathology* (pp.169-188). Recuperado de https://books.google.com.ec/books?hl=en&lr=&id=6jWdjg2wFPoC&oi=fnd&pg=PA169&dq=obsessive+compulsive+disorder&ots=QCf6gC-5Ks&sig=pWFLts7Dc4zBBbYk0ibBqj9Sfp4&redir_esc=y#v=onepage&q=obsessive%20compulsive%20disorder&f=true

Rosa-Alcázar, A.I., Iniesta-Sepúlveda, M., Storch, E.A., Rosa-Alcázar, A., Parada-Navas, J.L. y Olivares Rodríguez, J.O. (2016). A preliminary study of cognitive-behavioral family-based treatment versus parent training for young children with obsessive-compulsive disorder. *Journal of Affective Disorder*. Doi: 10.1016/j.jad.2016.09.060

Schaefer, Ch.E. (2012). Fundamentos de terapia de juego. Mexico D.F: El Manual Moderno.

Stallard, P. (2007). Pensar bien sentirse bien. Bilbao: Desclée de brouwer, S.A.

Strauss, A. Y Corbin, J. (2002). Bases de la investigación cualitativa. Técnicas

y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada. Medellín: Editorial Universidad de Antioquia.

Tessari, M. (s/f). Terapia de juego, el lenguaje de los niños. *Fundación Procesos Estudio e Investigación del Aprendizaje*. Recuperado el 10 de marzo de 2017 de http://www.uca.edu.ar/uca/common/grupo18/files/Terapia_de_Juego-_aplicable_a_escuelas-_hospitales_y_otras_i.pdf

Unicef. (2013). Why early childhood development?. *Unicef*. Recuperado el 10 de mayo de 2017 de https://www.unicef.org/earlychildhood/index_40748.html

Universidad de Zurich, (2013). Ricky and the Spider. *Universidad de Zurich*. Recuperado el 3 de febrero de 2017 de <http://www.rickyandthespider.uzh.ch/en/hintergrund.html>

Van Dijk, M. Bruinsma, E. y Hauser, M.H. (2016). The relation between child feeding problems as measured by parental report and mealtime behavior observation: A pilot study. *Appetite*. 99, 262-267. Doi: 10.1016/j.appet.2016.01.026

Wildes, J. E., Zucker, N. L., y Marcus, M. D. (2012). Picky eating in adults. Results of a web-based survey. *The International Journal of Eating Disorders*, 45(4), 575–582. doi:10.1002/eat.20975.

Zickgraf, H.F., Franklin, M.E. y 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(26). doi: 10.1186/s40337-016-0110-6

Zudaire, M. (27 de marzo de 2014). Alimentación selectiva, un nuevo trastorno alimentario. *Eroski Consumer*. Recuperado el 1 de octubre de 2016 de http://www.consumer.es/web/es/alimentacion/aprender_a_comer_bien/enfermedad/2014/03/27/219645.php

ANEXO A: Carta para reclutamiento de participantes

Estimados padres de familia:

Usted y su hijo/a han sido invitados a participar en una investigación acerca de la eficacia de la Terapia de juego familiar cognitivo-conductual para el tratamiento del Trastorno de evitación/restricción de la ingesta de alimentos (ARFID).

Como parte del estudio se les realizarán varias entrevistas y observaciones, además de que se requerirá de su participación activa en el proceso y de su asistencia y la de su hijo/a a sesiones semanales. En la información obtenida se protegerá su anonimato y el de su hijo, por lo que no se utilizará su nombre ni su información personal para identificar la información. Su participación es totalmente voluntaria por lo tanto, si decide no participar en la investigación, no existirá ninguna sanción al respecto. Sin embargo, si desea ser parte de esta investigación por favor contáctese con el investigador encargado, cuyos datos se encuentran adjuntos.

Atentamente,

El investigador.

ANEXO B: Formulario de Consentimiento Informado



Comité de Ética de Investigación en Seres Humanos
Universidad San Francisco de Quito
 El Comité de Revisión Institucional de la USFQ
 The Institutional Review Board of the USFQ

Formulario Consentimiento Informado

Título de la investigación: Efecto de la Terapia de Juego Cognitivo-Conductual en Niños de 3 a 6 años, para Tratar la Alimentación Selectiva del Trastorno de Evitación/Restricción de la Ingesta de Alimentos

Organización del investigador *Universidad San Francisco de Quito*

Nombre del investigador principal *Nicole Andrea Ayala Obando*

Datos de localización del investigador principal *2896011, 0995605294, nicolaya13@hotmail.com*

Co-investigadores *Ninguno*

DESCRIPCIÓN DEL ESTUDIO
Introducción
<p>Este formulario incluye un resumen del propósito de este estudio. Usted puede hacer todas las preguntas que quiera para entender claramente su participación y despejar sus dudas. Para participar puede tomarse el tiempo que necesite para consultar con su familia y/o amigos si desea participar o no.</p> <p>Usted ha sido invitado a participar en un investigación sobre los efectos de la Terapia de juego familiar cognitivo-conductual en la reducción de hábitos alimenticios perjudiciales, causantes de malnutrición por la falta de variedad de alimentos consumidos porque su hij@ presenta una aversión o una gran dificultad para tolerar la gran mayoría de alimentos y además él o ella se encuentra en el rango de edad de 3 a 6 años.</p>
Propósito del estudio
<p>Este estudio pretende mejorar los hábitos alimenticios de cinco niños y niñas y reestablecer su ambiente familiar, afectado por este problema de alimentación, al implementar una terapia que utiliza el juego como una forma de ayudarle al niño a entender y eliminar conceptos erróneos que tiene acerca la comida. Al mismo tiempo se les brindará a los padres herramientas e información necesaria, como complemento de la terapia, para tratar el problema de alimentación en casa de una mejor manera.</p>
Descripción de los procedimientos
<p>El proceso terapéutico tendrá una duración aproximada de tres meses, constará de 15 sesiones de 35 minutos cada una, una vez por semana. Primero se comenzará con una evaluación en conjunto con los padres acerca de los focos problemáticos que se quieren tratar. Con los objetivos planteados, el niño empezará el proceso terapéutico. Al mismo tiempo los padres deben acudir a sesiones semanales a parte, de menor duración, para hablar de sus inquietudes, reportar los procesos del niño y ser intruidos con técnicas, para apoyar a su hijo con el proceso en casa.</p>
Riesgos y beneficios
<p>Un posible riesgo para el niño sería el hecho de tener que enfrentar en algunas sesiones de exposición, situaciones ansiosas y estresantes. Para evitar consecuencias a nivel físico como vómito o náuseas y que su miedo y ansiedad aumente al presentarle nuevos alimentos, las sesiones de exposicion se realizarán de forma paulatina, respetando el ritmo del niño y proporcionandole técnicas de aforntamiento y relajación previo a las sesiones. En cuanto a los padres, debido a su nivel de participacion en el proceso, se les brindará todo el apoyo que necesiten por parte del terapeuta a lo largo del mismo.</p> <p>Por otro lado los beneficios son mucho mayores que los riesgos. Además de lograr un cambio positivo en los hábitos alimenticios del participante, el hecho de tratar a tiempo este grave problema, evita graves</p>

repercusiones en su salud y desarrollo, por ende los aspectos físicos, psicológicos, cognitivos y sociales en su vida adulta tampoco se verían afectados. Asimismo, la terapia de juego en sí le brinda al niño la oportunidad de fomentar su auto concepto, autoestima, empoderamiento y mejorar su comunicación. Igualmente el hecho de que los padres sean parte del proceso, mejora los lazos familiares, el ambiente en casa y la comunicación a corto y a largo plazo si se siguen usando las técnicas aprendidas en terapia de padres.

Confidencialidad de los datos

Para nosotros es muy importante mantener su privacidad, por lo cual aplicaremos las medidas necesarias para que nadie conozca su identidad ni tenga acceso a sus datos personales:

- 1) La información que nos proporcione se identificará con un código que reemplazará su nombre y se guardará en un lugar seguro donde solo el investigador y _____ tendrán acceso.
- 2) Su nombre no será mencionado en los reportes o publicaciones.
- 3) El Comité de Bioética de la USFQ podrá tener acceso a sus datos en caso de que surgieran problemas en cuando a la seguridad y confidencialidad de la información o de la ética en el estudio.

Derechos y opciones del participante

Usted puede decidir no participar y si decide no participar solo debe decírselo al investigador principal o a la persona que le explica este documento. Además aunque decida participar puede retirarse del estudio cuando lo desee, sin que ello afecte los beneficios de los que goza en este momento.

Usted no recibirá ningún pago ni tendrá que pagar absolutamente nada por participar en este estudio.

Información de contacto

Si usted tiene alguna pregunta sobre el estudio por favor llame al siguiente teléfono 0995605294 que pertenece a Nicole Ayala, o envíe un correo electrónico a nicolaya13@hotmail.com

Si usted tiene preguntas sobre este formulario puede contactar al Dr. William F. Waters, Presidente del Comité de Bioética de la USFQ, al siguiente correo electrónico: comitebioetica@usfq.edu.ec

Consentimiento informado	
Comprendo mi participación en este estudio. Me han explicado los riesgos y beneficios de participar en un lenguaje claro y sencillo. Todas mis preguntas fueron contestadas. Me permitieron contar con tiempo suficiente para tomar la decisión de participar y me entregaron una copia de este formulario de consentimiento informado. Acepto voluntariamente participar en esta investigación.	
Firma del tutor	Fecha
Nombre del investigador que obtiene el consentimiento informado	
Firma del investigador	Fecha

ANEXO C: Entrevista hábitos alimenticios para padres (antes y después)

Antes de empezar la terapia

Participante: #.....

1. ¿Cómo describiría la hora de la comida en casa?

Desayuno: Almuerzo: Cena:

2. ¿Quién o quiénes son los que acompañan al niño al momento de la comida?

Desayuno: Almuerzo: Cena:

3. Describa los platos que se le ofrecen al niño en las tres comidas

Desayuno: Almuerzo: Cena:

4. Según sus observaciones ¿Cuáles son los alimentos que su hijo

Tolera: Tolera un poco menos: No tolera en absoluto:

Califique de 1al 10 (1- 10+), cuan grave cree que es la alimentación selectiva de su hijo:.....

5. ¿Cómo describe el comportamiento de su hijo al presentarle nuevos alimentos o alimentos que no tolera? ¿Existen reacciones físicas como náuseas?

En casa: Fuera de casa:

6. ¿Suple de alguna manera la escasa alimentación de su hijo?

7. ¿Afecta este problema de alimentación al ambiente y dinámica familiar?
¿Cómo y en que aspectos?

Después de terminar la terapia

1. ¿Cómo describiría las horas de la comida en casa?

Desayuno: Almuerzo: Cena:

2. ¿Quién o quiénes son los que acompañan al niño al momento de la comida?

Desayuno: Almuerzo: Cena:

3. Según sus observaciones ¿Su hijo está más dispuesto a probar alimentos nuevos como frutas y verduras? Otros?

Califique de 1al 10 (1- 10+), cuan grave cree que es la alimentación selectiva de su hijo después de la terapia :.....

4. ¿Cómo describe el comportamiento de su hijo al presentarle nuevos alimentos o alimentos? ¿Siguen existiendo reacciones físicas?

En casa: Fuera de casa:

5. ¿Considera que la dinámica y el ambiente familiar ha mejorado después de la terapia?
6. ¿Ha visto otros cambios en su hijo aparte de sus hábitos alimenticios? Cuáles?
7. En términos generales ¿Cómo calificaría la efectividad de la TJFCC en el tratamiento de la AS y el ARFID?

1. nada efectiva..... 10. Bastante efectiva

ANEXO D: Entrevista hábitos alimenticios para niños(antes y después)...**Antes de la terapia**

Participante: #.....

1. ¿Te gusta comer?
2. ¿Te gusta ir a otras casas a comer?
3. ¿Cuál es tu comida preferida? Por qué?
4. ¿Cuál o cuáles son los alimentos que menos te gustan? Por qué?
5. ¿Cómo te sientes cuando comes algo que sí te gusta?
6. ¿Qué sientes cuando te dan de comer *el o los alimentos que no le agradan*?
7. ¿Te gusta probar nuevos alimentos?
8. ¿Quién te acompaña a comer?
Desayuno: Almuerzo: Cena:
9. ¿Qué hacen tus padres o cómo se portan cuando no quieres comer?
10. ¿Cómo te sientes cuando tus padres se comportan de esa manera?

Después de la terapia

1. ¿Te gusta comer?
2. ¿Has probado un alimento nuevo en estos días? ¿Te gustó? ¿Cómo te sentiste?
3. ¿Qué aprendiste en terapia?
4. ¿Qué comes en...?
Desayuno: Almuerzo: Cena:
5. ¿Quién te acompaña a comer?
Desayuno: Almuerzo: Cena:
6. ¿Cómo se portan tus padres al momento de la comida? ¿Cómo te sientes?
7. ¿Cómo te sientes ahora?
Emocionalmente: Físicamente: Contigo mismo: Con tu familia:

Tabla 1.

Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder

Diagnostic Criteria	307.59 (F50.8)
<p>A. An eating or feeding disturbance (e.g., apparent lack of interest in eating or food; avoidance based on the sensory characteristics of food; concern about aversive consequences of eating) as manifested by persistent failure to meet appropriate nutritional and/or energy needs associated with one (or more) of the following:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Significant weight loss (or failure to achieve expected weight gain or faltering growth in children). 2. Significant nutritional deficiency. 3. Dependence on enteral feeding or oral nutritional supplements. 4. Marked interference with psychosocial functioning. <p>B. The disturbance is not better explained by lack of available food or by an associated culturally sanctioned practice.</p> <p>C. The eating disturbance does not occur exclusively during the course of anorexia nervosa or bulimia nervosa, and there is no evidence of a disturbance in the way in which one's body weight or shape is experienced.</p> <p>D. The eating disturbance is not attributable to a concurrent medical condition or not better explained by another mental disorder. When the eating disturbance occurs in the context of another condition or disorder, the severity of the eating disturbance exceeds that routinely associated with the condition or disorder and warrants additional clinical attention.</p> <p><i>Specify if:</i></p> <p>In remission: After full criteria for avoidant/restrictive food intake disorder were previously met, the criteria have not been met for a sustained period of time.</p>	

American Psychiatric Association (2013)