

Mesa Redonda: Abordaje del trastorno de la conducta alimentaria tipo evitación y/o restricción (ARFID)

Trastorno de la conducta alimentaria tipo evitación y/o restricción: Abordaje desde la consulta de Psiquiatría

B. PAYÁ GONZÁLEZ

Psiquiatra del niño y del adolescente. Servicio de Psiquiatría. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. Instituto de Investigación Marqués de Valdecilla (IDIVAL)

RESUMEN

El trastorno por evitación/restricción de la ingesta de alimentos (TERIA) es un diagnóstico de reciente incorporación al Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-V). Se trata de un trastorno que se asocia a importantes consecuencias médicas, emocionales y del desarrollo del niño y cuya evaluación e intervención debe ser eminentemente de tipo multidisciplinar. En este artículo se revisan algunos aspectos clave de la clínica evaluación e intervención desde el enfoque de la psiquiatría infantil.

Palabras clave: Trastorno por evitación/restricción alimentos; Trastornos alimentación de inicio infantil; TERIA.

INTRODUCCIÓN

El trastorno por evitación/restricción de la ingesta de alimentos, abreviado bajo el término TERIA, es una entidad diagnóstica incorporada en el año 2012 a la última edición del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-V), dentro del capítulo de los trastornos de la conducta alimentaria.

Este grupo de trastornos engloba a los niños inapetentes o quisquillosos con la comida, que en antiguas clasificaciones se diagnosticaban como trastorno de la ingestión alimentaria de la infancia o trastornos de la conducta alimentaria no especificados.

El TERIA se caracteriza por un patrón de ingesta limitado o restrictivo que se asocia a importantes consecuencias médicas, emocionales y del desarrollo del niño. Las razones por las que la persona restringe su ingesta alimentaria pueden variar; en algunas personas se asocia a una hipersensibilidad sensorial que se manifiesta con una aversión a diferentes texturas, sabores u olores de los alimentos. En otros casos la falta de interés por la alimentación está asociada a una predisposición biológica ligada a alteraciones en circuitos hedónicos del apetito o en aquellos que rigen la identificación de las señales de hambre. Existe, por último, otro subgrupo dentro de los TERIA donde la evitación a la alimentación se produce desde el miedo a sufrir consecuencias físicas negativas, como vómitos, atragantamiento, reacciones alérgicas, etc.

A diferencia de otros trastornos de conducta alimentaria, como la anorexia nerviosa, en el trastorno de evitación/restricción de la ingesta de alimentos no se identifica un

AVOIDANT/RESTRICTIVE FOOD INTAKE DISORDER: CLINICAL APPROACH FROM CHILD PSYCHIATRY

ABSTRACT

Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder (ARFID) has been a recently added diagnosis to the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-V). It is a disorder that is associated with significant medical, emotional and developmental negative consequences. Assessment and intervention of this disorder must be multidisciplinary. This article reviews some key aspects of clinical assessment and intervention from a child psychiatry perspective.

Keywords: Avoidance restrictive food intake disorder; Childhood eating disorders; ARFID.

Correspondencia: mbeatriz.paya@scsalud.es

© 2023 Sociedad de Pediatría de Asturias, Cantabria, Castilla y León

Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la licencia Reconocimiento-No Comercial de Creative Commons (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/2.5/es/>), la cual permite su uso, distribución y reproducción por cualquier medio para fines no comerciales, siempre que se cite el trabajo original.

deseo de adelgazar, una distorsión de la imagen corporal ni miedo al aumento de peso. De hecho, las personas con este tipo de trastornos alimentarios, que tienen bajo peso, son conscientes de ello y tienen deseo de ganar peso, aunque tienen dificultades para conseguirlo.

EPIDEMIOLOGÍA

Al ser un diagnóstico de reciente denominación, los estudios y los datos epidemiológicos relativos a este trastorno son de momento escasos.

Se estima una prevalencia del 1 al 3,2% en muestras comunitarias en edad escolar, encontrándose cifras de prevalencia mayores en unidades especializadas de TCA (5-22%) y de digestivo pediátrico (4 al 11%).

Aunque la mayoría de estudios encuentran una prevalencia similar entre ambos sexos, algunos estudios muestran mayor predominancia en sexo masculino.

Se trata de trastornos que, en su mayoría, debutan en la infancia temprana, pero donde se identifica un largo periodo de enfermedad sin tratar.

Un dato consistente en los estudios epidemiológicos es la alta asociación de este tipo de trastornos alimentarios con enfermedades médicas, sobre todo digestivas, y trastornos mentales, fundamentalmente con trastornos de ansiedad y trastornos del espectro del autismo (TEA).

CLÍNICA

Aunque la edad típica de debut es durante la infancia, el TERIA puede aparecer en una amplia variedad de edades, sexo, personalidades y con diferentes formas de presentación clínica. Dado que no va asociado necesariamente a bajo peso, también podemos encontrar una amplia variedad de constituciones corporales.

Se diferencian tres subtipos clínicos que no son necesariamente excluyentes, de forma que en la clínica es bastante común encontrar síntomas de varios subtipos en la misma persona.

Subtipo aversivo

Las personas con este subtipo clínico son habitualmente buenos comedores hasta el momento en que se inicia el trastorno.

El debut suele ser brusco y su aparición suele ocurrir en edades más tardías que los otros subtipos. Suele estar asociado a algún tipo de trauma o experiencia de estrés relacionada con la alimentación, que ha podido ser experimentada por

la propia persona o haberlo presenciado en algún familiar o persona conocida.

Dentro de las situaciones que desencadenan este subtipo de TERIA se incluyen antecedentes de reacciones alérgicas severas, atragantamientos, dolor abdominal, etc. A partir de la experimentación de alguna de estas situaciones, la persona comienza a preocuparse por poder sufrir alguna de estas consecuencias con la ingesta de determinados alimentos o ante situaciones que le recuerdan a la situación traumática. Este subtipo de TERIA suele estar asociado a trastornos de ansiedad y trastornos de tipo obsesivo-compulsivos.

Subtipo evitativo

Las personas que pertenecen a este subtipo presentan dificultades con la alimentación desde la infancia temprana. En este subtipo subyace una hipersensibilidad sensorial que puede ponerse de manifiesto en las primeras etapas del desarrollo ante la introducción de alimentos sólidos. Es el subtipo que más se asocia a los trastornos de espectro del autismo.

Subtipo restrictivo

En este subtipo se englobarían los niños con pobre apetito. Se trataría de niños que no experimentan, no identifican o no responden a las señales de hambre. Suelen quejarse de sensación de saciedad frecuente, dando la impresión de que experimentan poco placer o disfrute asociado a las comidas. Los padres suelen referir que ya desde edades muy tempranas no expresaban señales de hambre y que tenían que alimentarles de forma muy mecánica.

ETIOPATOGENIA DEL TERIA

Como se plasma en la [figura 1](#), en la etiopatogenia de los TERIA existen una serie de factores predisponentes neurobiológicos, médicos y ambientales, que confieren una mayor vulnerabilidad a desarrollar este trastorno.

Todas estas condiciones predisponen a la ocurrencia de experiencias negativas relacionadas con la alimentación, de manera que el niño o el adolescente empieza a experimentar emociones negativas cada vez que se expone a la comida, así como a construir creencias y cogniciones negativas sobre la alimentación, que serían las que determinarían el inicio de la restricción de la ingesta.

En el caso del subtipo aversivo, los pacientes tienden a sobreestimar este tipo de emociones y cogniciones y a subestimar sus posibilidades de manejarlas. Con la evitación de la ingesta se producirían cada vez menos oportunidades para exponerse a situaciones positivas naturales con la comida, de cambiar las creencias negativas subyacentes y a

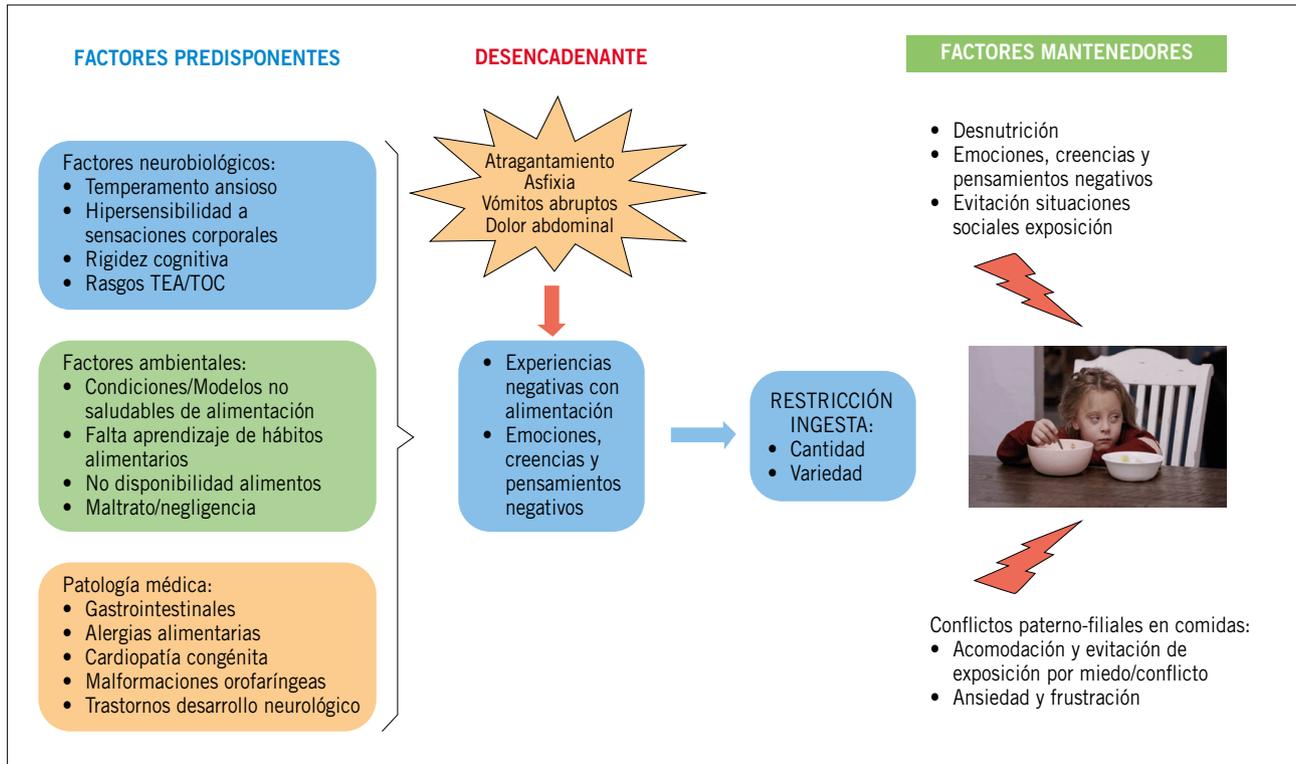


Figura 1. Etiopatogenia del TERIA.

tener modelos sanos de iguales. Por otro lado, la desnutrición secundaria puede generar síntomas gastrointestinales que actuarían como mantenedores del trastorno.

VALORACIÓN DEL TERIA EN LA CONSULTA DE PSQUIATRÍA

La valoración del TERIA en la consulta de Psiquiatría está fundamentalmente orientada a la intervención y a focalizar las prioridades del tratamiento.

El primer escalón, tanto en la evaluación como en la intervención de estos trastornos, sería la valoración del estado físico y nutricional del paciente. En este sentido, se debe proceder a un examen médico y nutricional del paciente, para asegurarse que presenta un estado de salud adecuado.

Una vez confirmada la estabilidad médica, ya se puede proceder a valorar los diferentes aspectos que puedan requerir intervención por parte de los profesionales de los equipos de salud mental infanto-juvenil.

Dado que es muy común que los TERIA generen problemas en el funcionamiento familiar, la evaluación del impacto del trastorno en entorno familiar es un aspecto importante en la valoración e intervención en el área de Psiquiatría infantil.

Nos podemos encontrar con diferentes situaciones que pueden requerir una intervención familiar. Desde padres con visiones muy distintas sobre cómo manejar el problema alimentario de su hijo o respecto a la dimensión real del problema. Así, podemos encontrar que un padre tiene una conciencia real del problema y el otro tiende a su minimización, e incluso podemos encontrar con una acomodación y negación total respecto a la enfermedad por parte de todo el sistema familiar. En este último caso los padres tendrían un papel favorecedor en la perpetuación de los síntomas del trastorno a través de la evitación de la ingesta de determinados alimentos en el ámbito familiar o de exposición a determinadas circunstancias sociales relacionadas con la alimentación, como reuniones familiares, salidas a restaurantes, fiestas, etc., entrando además en un aislamiento social progresivo.

Otros problemas existentes en el núcleo familiar, como problemas de relación entre sus miembros, enfermedad mental en alguno de los progenitores o acontecimientos vitales estresantes, también pueden afectar al problema alimentario del niño y serían también foco de la intervención en la consulta de Psiquiatría.

La evaluación del impacto socioemocional de la enfermedad en el paciente es otra de las áreas fundamentales a explorar por parte de los profesionales de Psiquiatría infantil.

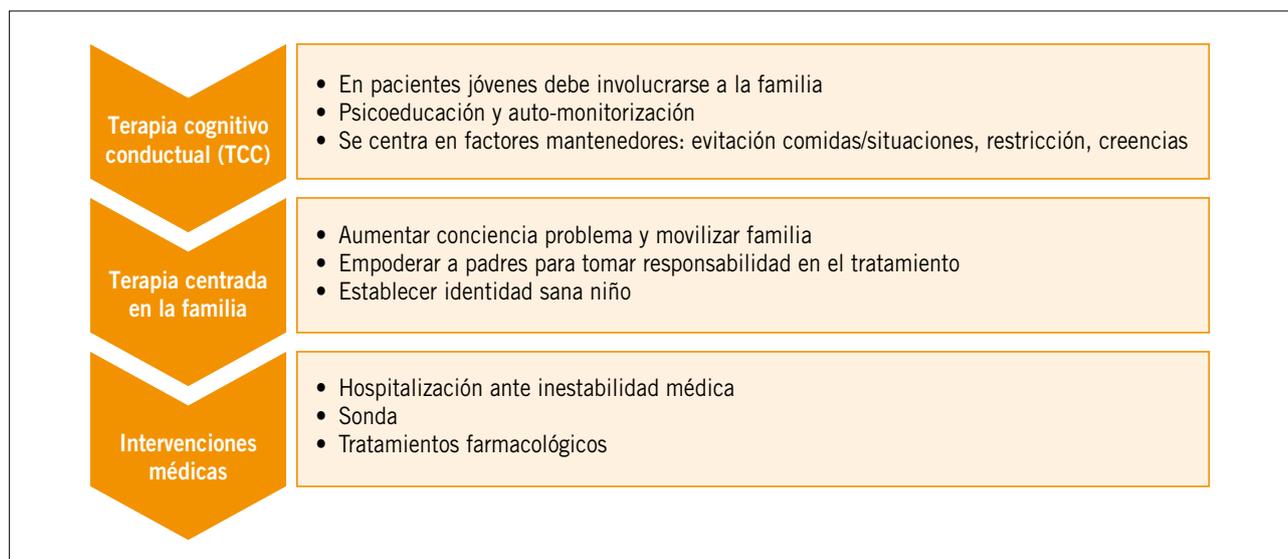


Figura 2. Intervención del TERIA en consulta de Psiquiatría.

En este sentido, se debe profundizar en el impacto de la enfermedad en la autonomía del niño y en la interferencia para la realización de actividades familiares, académicas, sociales y de ocio.

En la valoración psiquiátrica del niño o del adolescente con TERIA también es importante descartar la presencia de posible comorbilidad con otros trastornos mentales, sobre todo ansiedad, trastornos obsesivo-compulsivos y del espectro del autismo, por ser los más frecuentemente asociados.

Dado que el TERIA es además un factor de riesgo para el desarrollo de otros trastornos alimentarios en edades posteriores, es también recomendable hacer un despistaje de los mismos. El cambio del patrón alimentario respecto al patrón habitual, una mayor pérdida ponderal, verbalizaciones que sugieran miedo o preocupación por el peso, así como la aparición de conductas purgativas, serían algunos de los signos que podrían alertarnos del desarrollo de otro tipo de trastorno alimentario sobre el TERIA preexistente.

Por último, otro aspecto que debe explorarse en el paciente y en la familia es la conciencia de enfermedad y el grado de motivación para el tratamiento.

INTERVENCIÓN DEL TERIA EN CONSULTA PSIQUIATRÍA

El abordaje de los TERIA debe realizarse preferentemente en ámbito ambulatorio y desde un enfoque de tipo multidisciplinar. De esta manera debe englobar un trabajo conjunto y bien coordinado de diferentes profesionales como pedia-

tras, nutricionistas, enfermeros/as, psicólogos/as, psiquiatras, logopedas, etc.

Los tratamientos psicológicos existentes son adaptaciones de otros tratamientos previamente utilizados y que cuentan con sólida evidencia científica en el abordaje de otros trastornos de conducta alimentaria (figura 2).

Entre estos se incluye la terapia cognitivo conductual, la terapia familiar y las intervenciones médicas.

La terapia cognitivo conductual incluye la psicoeducación y la monitorización de las ingestas. En caso de pacientes jóvenes debe involucrarse siempre a la familia.

Este tipo de terapia centra su intervención en tratar de reducir los factores mantenedores que incluyen, entre otros, la evitación de las ingestas y de las situaciones sociales, así como las creencias erróneas existentes sobre la alimentación. Así se trabaja, tanto con el paciente como con la familia, a través de diferentes técnicas, en la exposición progresiva a diferentes alimentos y a situaciones sociales temidas como comidas en familia, comedores escolares, etc.

El *gold estándar* en el tratamiento de la anorexia y la bulimia nerviosa en edades infantojuveniles es la intervención familiar. Las adaptaciones de las intervenciones familiares para los TERIA incluyen abordajes específicos para aumentar la conciencia del problema y movilizar a los padres para el cambio y para que tomen responsabilidad en el tratamiento. También es importante tratar de establecer una identidad sana del niño, separada de su trastorno alimentario. El abordaje familiar puede ser realizado a nivel individual o en formato grupal.

Aunque no hay tratamientos farmacológicos aprobados para los TERIA, hay medicaciones que pueden tener utilidad

en el abordaje de estos trastornos. Los antihistamínicos, la mirtrazapina y la olanzapina pueden ser de utilidad por sus efectos de aumento del apetito. La olanzapina y las benzodiazepinas también pueden servir de ayuda para disminuir la ansiedad que se produce ante la exposición a la ingesta. Finalmente, los inhibidores selectivos de recaptación de la serotonina (ISRS) pueden ayudar en caso de existir comorbilidad con depresión, ansiedad, sintomatología obsesiva y/o para disminuir la rigidez cognitiva que se observa típicamente en los TEA.

BIBLIOGRAFÍA

- Davey E, Bennett SD, Bryant-Waugh R, Micali N, Takeda A, Alexandrou A, Shafran R. Low intensity psychological interventions for the treatment of feeding and eating disorders: a systematic review and meta-analysis. *J Eat Disord.* 2023; 11(1): 56. doi: 10.1186/s40337-023-00775-2.
- Graell Berna M, Faya Barrios M, Plana Turró MT. Trastornos de evitación/restricción de la ingestión de alimentos. En: Lázaro L, Moreno D, Rubio B, editoras. *Manual de psiquiatría de la infancia y la adolescencia.* AEPNYA. Barcelona: Elsevier; 2021. p. 328-35.
- Ladrón-Arana S, Orzanco-Garralda R, Escalada-Hernández P, Aguilera-Serrano C, Gutiérrez-Valencia M, Urbiola-Castillo J. Efficacy of educational interventions in adolescent population with feeding and eating disorders: a systematic review. *Eat Weight Disord.* 2023; 28(1): 69. doi: 10.1007/s40519-023-01594-9.
- Rubio EK, McMahon MXH, Volkert VM. A systematic review of physical guidance procedures as an open-mouth prompt to increase acceptance for children with pediatric feeding disorders. *J Appl Behav Anal.* 2021; 54(1): 144-67. doi: 10.1002/jaba.782.
- Sanchez-Cerezo J, Nagularaj L, Gledhill J, Nicholls D. What do we know about the epidemiology of avoidant/restrictive food intake disorder in children and adolescents? A systematic review of the literature. *Eur Eat Disord Rev.* 2023; 31(2): 226-46. doi: 10.1002/erv.2964.
- Strand M, von Hausswolff-Juhlin Y, Welch E. A systematic scoping review of diagnostic validity in avoidant/restrictive food intake disorder. *Int J Eat Disord.* 2019; 52(4): 331-60. doi: 10.1002/eat.22962.