

ARFID: Trastorno por restricción y evitación de alimentos y su manejo en pediatría

ARFID: Avoidant and restrictive food disorder and its management in pediatrics

Norma Cipatli Ayuzo-del Valle^{1,2}

Nancy Mayorga-Elizondo³

Dania Regina Montalvo-Luna⁴

Jorge Chuck-Sepulveda²

Jorge Matos-Alviso²

Ulises Reyes-Gómez^{2, 5}

Armando Quero-Hernández²

Arturo Perea-Martínez⁶

Lilia Santiago-Lagunes⁶

Katy Lizeth Reyes-Hernández⁵

Édgar Samuel Aguilar-Figueroa⁵

1. Adscrita al Instituto de Pediatría, Hospital Zambrano Hellion, Tecnológico de Monterrey (TEC), N. L., México.
2. Adscrito a la Academia Mexicana de Pediatría (ACAMEXPED).
3. Psicóloga de la Universidad de Monterrey.
4. Nutrióloga de la Universidad Regiomontana.
5. Adscrito a la Unidad de Investigación en Pediatría, Instituto San Rafael, San Luis Potosí.
6. Adscrito a la Clínica de Obesidad, Departamento de Medicina Interna del Instituto Nacional de Pediatría, México.

Responsable de correspondencia: Norma Cipatli Ayuzo del Valle, Directora de la clínica de adolescentes del Instituto Zambrano Hellion, Tecnológico de Monterrey (TEC). Dirección: Av. Batallón de Patricio, núm. 112, Real San Agustín, C. P. 66278, San Pedro Garza García, Monterrey, Nuevo León. Correo electrónico: cipatlimd@yahoo.com y/o reyes_gu@yahoo.com

RESUMEN

El Trastorno por Restricción y Evitación de Alimentos (ARFID) se caracteriza por conductas alimentarias evitativas y restringidas, asociadas a falta de interés en los alimentos, evitación sensorial o temor a consecuencias aversivas. Puede ocasionar pérdida de peso, déficits nutricionales y dependencia de suplementos alimenticios. Aunque se diferencia de los selectivos para comer, comúnmente conocidos como *picky eaters*, que es una etapa transitoria en preescolares. La prevalencia de ARFID varía entre 5 % y 22 %, con comorbilidades psiquiátricas como ansiedad y trastorno del espectro autista. Sus variantes clínicas incluyen aversiones sensoriales, inapetencia y rechazo aversivo a alimentos. Sus causas son multifactoriales, involucran desde factores biológicos, genéticos y ambientales hasta estilos de crianza. El diagnóstico se basa en criterios del DSM-V, con base en cuestionarios como el NIAS y el EDY-Q. A pesar de la introducción

del término en 2013, no existen guías clínicas específicas para su manejo. Se destaca la importancia de la individualización del tratamiento, considerando el estado nutricional, el impacto psicosocial y los objetivos del paciente y su familia. El objetivo de esta revisión narrativa es describir los aspectos epidemiológicos, etiológicos, diagnósticos y terapéuticos del ARFID en población pediátrica.

Palabras clave: trastornos de conducta alimentaria, ARFID, preescolares, escolares.

ABSTRACT

Restrictive and Avoidant Food Disorder (ARFID) is characterized by avoidant and restricted eating behaviors associated with a lack of interest in food, sensory avoidance, or fear of aversive consequences. It can cause weight loss, nutritional deficiencies, and dependence on dietary supplements. Although it is distinct from selective eating, commonly known as "picky eaters", it is a transitional stage in preschoolers. The prevalence of ARFID ranges between 5% and 22%, with psychiatric comorbidities such as anxiety and autism spectrum disorder. Its clinical variants include sensory aversions, loss of appetite, and aversive food rejection. Its causes are multifactorial, involving biological, genetic, environmental, and parenting style factors. Diagnosis is based on DSM-5 criteria, using questionnaires such as the NIAS and EDY-Q. Despite the introduction of the term in 2013, there are no specific clinical guidelines for its management. The importance of individualizing treatment is emphasized, considering the nutritional status, psychosocial impact, and goals of the patient and family. Moreover, this review aims to summarize the main clinical approaches and highlight their practical implications for pediatric care.

Keywords: eating disorders, ARFID, preschoolers, school-aged children.

INTRODUCCIÓN

El Trastorno de Ingesta Alimentaria Evitativa/Restringida (ARFID, por sus siglas en inglés), se caracteriza por conductas alimentarias evitativas y restringidas, impulsadas por una aparente falta de interés en los alimentos. Tal evitación tiene su razón en las propie-

Bol Clin Hosp Infant Edo Son 2024; 42 (2); 27-31

dades sensoriales de la comida y/o temores de que comer tenga consecuencias aversivas como asfixia o vómitos. La alimentación evitativa/restrictiva puede contribuir a la pérdida de peso, la imposibilidad de ganarlo, el compromiso nutricional, la dependencia de suplementos nutricionales o alimentación enteral y/o problemas psicosociales.

El término ARFID fue introducido en el 2013 en el Manual DSMV1 como un trastorno de la conducta alimentaria, encargado de definir la patología alimentaria como fracaso persistente para cumplir las adecuadas necesidades nutricionales y/o energéticas, asociadas a uno o más de los siguientes elementos:

- Pérdida de peso significativa (o fracaso para alcanzar el aumento de peso esperado o crecimiento escaso en los niños).
- Deficiencia nutricional significativa.
- Dependencia de alimentación enteral o de suplementos nutritivos por vía oral.

Ideas erróneas sobre ARFID:

- No se debe a falta de alimentos disponibles o práctica cultural.
- No se presenta de forma exclusiva con anorexia, bulimia, NO hay distorsión de la imagen corporal.
- NO se produce en el contexto de otra afección anatómica.
- No se refiere a comportamiento normales del desarrollo como preescolar alimentador selectivo.¹

Es importante hacer la diferenciación con los niños selectivos para comer o denominados con frecuencia *picky eaters*, ya que esta última se refiere a una etapa habitual en la vida de los preescolares, cuando expresan una negativa para comer alimentos nuevos (neofobia) y preferencia por alimentos específicos que por lo general son carbohidratos. Esta etapa es transitoria, mejora con métodos de crianza y no genera ansiedad en el paciente y tampoco se acompaña de falla de medro.²

El ARFID sigue siendo poco reconocido en Latinoamérica, donde predominan estudios de países de altos ingresos. En nuestra región, la doble carga de malnutrición y los determinantes socioculturales pueden retrasar su diagnóstico y atención. Por ello, resulta fundamental visibilizar y revisar este trastorno en el contexto latinoamericano, para sensibilizar a pediatras y a otros profesionales de la salud sobre su detección y abordaje oportuno.

Epidemiología

El más reciente metaanálisis, basado en la epidemiología mundial de ARFID, incluye una revisión de 30 centros de diferentes países. En él se demostró una prevalencia de entre 5 % y 22 %, y una comorbilidad con enfermedades psiquiátricas como ansiedad en

(9.1 %-72 %) y con trastorno del espectro autista de 8.2 % a 54.75 %.³

Dentro de las variantes clínicas pueden presentarse una o varias presentaciones:

1. Selectivo: aversiones sensoriales que llevan a rechazar alimentos por su sabor, textura, olor o forma.
2. Limitante: inapetencia.
3. Aversivo: rechazo a los alimentos por su relación con algún evento traumático asociado al alimento, que puede ser el miedo a vomitar (emetofobia), asfixia, ERGE severo o asociación del alimento con algún momento de angustia para el paciente, como violencia familiar, separación de los padres o muerte de alguna persona querida.⁴

Etiología

Si bien, la etiología es multifactorial, existen reportes de factores biológicos como alteración en el péptido regulador de apetito y colecistoquinina,⁵ predisposición genética,⁶ factores ambientales, a saber, la falta de exposición a diferentes alimentos, neofobia parental y estilos de crianza.⁷ Dentro de los estilos de crianza, los autoritarios –que son controladores–, y los negligentes son los más asociados a ARFID; el autoritativo –que es el receptivo, que permite aceptación, rechazo y establece límites–, es el que menos se asocia con este diagnóstico.³

El diagnóstico se realiza con base en los lineamientos definidos por el DSMV.¹ Al respecto, existen cuestionarios validados para el diagnóstico, de los más comunes se tiene el NIAS (por sus siglas en inglés, de 9 ítems de ARFID), y el Eating Disorder in Youth Questionnaire (EDY-Q).⁸ El cuestionario de NIAS fue recientemente validado en la población mexicana por Medina y et al., con 800 pacientes de la Ciudad de México e Hidalgo.⁹

Tabla 1. Principales instrumentos diagnósticos para ARFID

Instrumento	Características	Aplicabilidad
NIAS (Nine Item ARFID Screen)	9 ítems; validado en población mexicana; identifica conductas de evitación y restricción	Niños y adolescentes; útil en contextos clínicos y de investigación
EDY-Q (Eating Disorder in Youth Questionnaire)	24 ítems; mide síntomas y conductas de ARFID	Niños de 8–13 años; fácil aplicación en ámbitos escolar y clínico

TRATAMIENTO

Los tratamientos se basan en mejorar las condiciones nutricionales del paciente y en hacer una evaluación de los alimentos que deben ser incluidos en la dieta; el

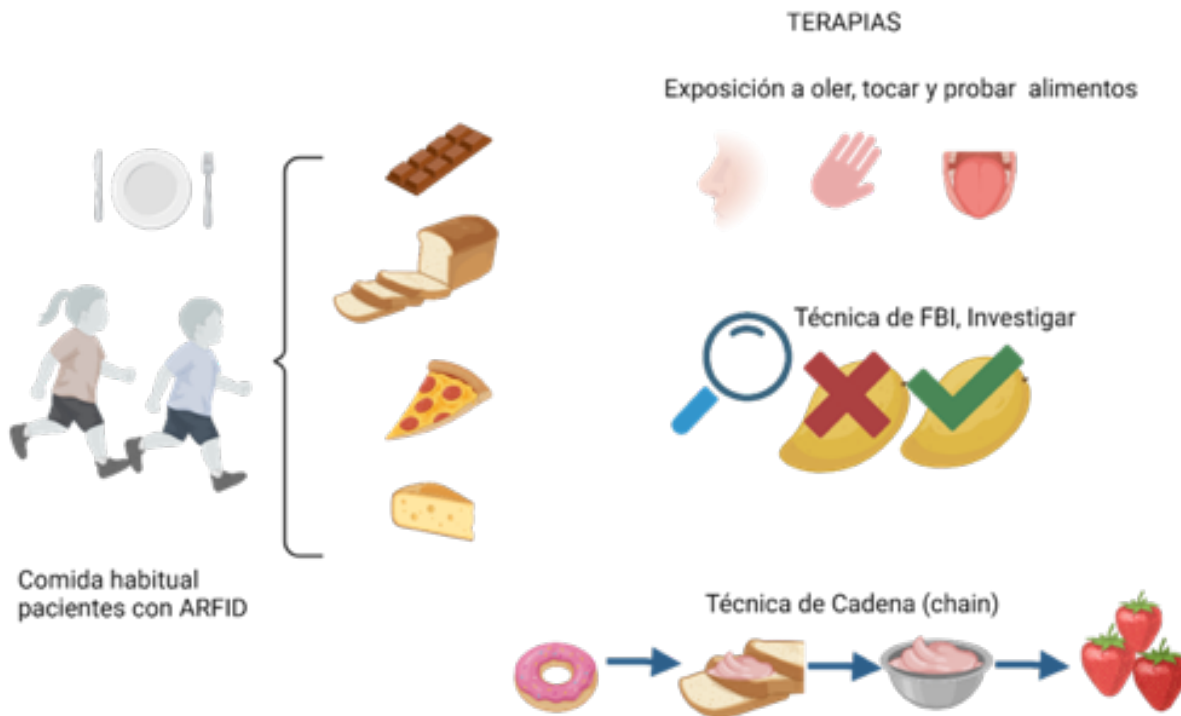


Figura 1. Técnicas y terapias.

manejo debe ser multidisciplinario, con nutrición, pediatría y psicología.¹⁰ Se realiza una desensibilización sistemática y un plan nutricional estructurado con terapia basada en la exposición gradual, técnicas de relajación y juego.⁴ El resultado de las intervenciones se valora según la mejoría del estado nutricional, el número de alimentos introducidos y la disminución de la dependencia de formulaciones como suplementos alimenticios.¹¹ Algunas opciones de manejo actuales son los siguientes:

Cadena de alimentos: consiste en introducir alimentos de forma paulatina con colores, texturas o características similares. Se inicia con alimento "seguro", que sea parte de la dieta habitual, y se trabaja en ir introduciendo un alimento que comparta características físicas con el anterior.¹⁰⁻¹³

Feeling and Body Investigator (FBI): tratamiento introducido por Zucker de la Universidad de Duke, basado en juegos de caricaturas, cuya finalidad es hacer una introspección de las emociones, utilizando un modelo lúdico y atractivo visualmente para los pacientes. Los formatos de trabajo están accesibles en su publicación y pueden utilizarse en el consultorio y en casa.¹²

Tratamiento basado en la familia¹⁴: consiste en 2 fases. En la primera, se trabaja con la familia para evitar caer en situaciones de culpa. De inicio, la familia es la responsable de ser la alimentadora principal, debe acompañar al paciente en los momentos de ansiedad, generados por los alimentos. Se brinda psicoeducación a los padres para su manejo de forma ambulatoria en casa. La segunda fase consiste en incorporar

decisiones sobre la elección de alimentos con supervisión de los padres.³⁻¹²

El modelo de Terapia Cognitivo conductual para ARFID (CBT-AR): se enfoca en trabajar en la evitación o restricción de alimentos. El tratamiento consta de 20 a 30 sesiones con un formato estructurado de cuatro amplias etapas y de tareas intercesiones.¹⁶ La primera etapa de tratamiento consta de psicoeducación sobre el ARFID y en ayudar al paciente o a los padres a entender los mantenedores de manera individualizada, con el fin de comprender el funcionamiento de su enfermedad. En la segunda etapa, se determina qué mantenedores se abordarán. En la tercera etapa, se establece qué alimentos nuevos se van a introducir, se busca trabajar los mantenedores más relevantes (sensibilidad sensorial, miedo a las consecuencias aversivas y falta de interés al comer). En la cuarta etapa, se trabaja la prevención de recaídas.¹ Se puede administrar en terapia familiar o en terapia individual, según sea el caso.

El CBT-AR apoyado por la familia: este tratamiento se recomienda para pacientes que tengan de 10 a 15 años, para adolescentes o adultos jóvenes que viven en casa con un peso significativamente bajo y para pacientes con discapacidades del desarrollo que necesiten apoyo adicional. Los cuidadores principales son los que tienen la responsabilidad principal, escogen los objetivos de tratamiento, apoyan al paciente a realizar las tareas para casa.¹⁶

El CBT-AR individual: se recomienda para pacientes de 16 años o más sin bajo peso. El paciente acude

de manera individual y es el responsable del cambio, selecciona los objetivos de tratamiento y realiza las tareas en casa. Los padres o cuidadores podrían acudir a alguna sesión, invitados por el terapeuta o el paciente para analizar estrategias en el hogar.¹⁶

La Terapia Cognitivo Conductual: consiste en la psicoeducación, manejo de las emociones y conocimiento de los pensamientos propioceptivos del paciente para poder enfrentar el miedo a los alimentos. Ha mostrado mejores resultados en pacientes mayores de 10 años.¹⁰⁻¹³

Algunas intervenciones basadas en evidencias, como reforzar los comportamientos positivos con objetos lúdicos, como calcomanías, pelotas o libretas, han reportado efectos favorables.¹⁵ La “higiene del momento de alimentación”, que se refiere a pactar los tiempos de comidas y ofrecer porciones adecuadas a la edad del niño, también ha reportado buenos resultados.¹ Muchos centros usan una combinación de los tratamientos antes mencionados, según las características y comorbilidades de cada paciente.

Limitaciones y futuras líneas de investigación

Entre las líneas de investigación actuales destaca la búsqueda de la carga genética involucrada en pacientes con ARFID,⁶ lo que podría aportar información clave sobre su fisiopatología. En Latinoamérica, no obstante, persisten limitaciones importantes, por ejemplo, la escasez de estudios locales y la dificultad para estimar su prevalencia real. Futuras investigaciones deberán priorizar estudios multicéntricos que

integren factores genéticos, culturales y clínicos para mejorar la detección y el manejo del trastorno en la región.

CONCLUSIÓN

A una década de la introducción de la definición de ARFID, aún no existen guías clínicas específicas para su manejo.¹² La elección de la intervención debe individualizarse y tomar en cuenta el estado nutricional del niño, el impacto sobre el funcionamiento psicosocial, las comorbilidades psiquiátricas y/o del neurodesarrollo, los factores impulsores y de mantenimiento de ARFID, así como las prioridades y objetivos del paciente y su familia, además de su método de crianza. De manera similar, el pediatra debe considerar cómo medir los resultados de las intervenciones, las prioridades de tratamiento y los riesgos nutricionales.

REFERENCIAS

4. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2013.
5. Silvers E, Erlich K. Picky eating or something more? Differentiating ARFID from typical childhood development. *The Nurse Practitioner*. 2023; 48(12): 16-20. DOI: 10.1097/01.NPR.0000000000000119
6. Sánchez-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. *Eur Eat Disord Rev*. 2023; 31(2): 226-246. DOI: 10.1002/erv.2964
7. De Toro V, Aedo K, Urrejola P. Trastorno de evitación y restricción de la ingesta de alimentos (ARFID): lo que el pediatra debe saber. *Andes Pediatr*. 2021; 92(2): 298-307. DOI: 10.32641/andespediatr.v92i2.2794
8. Burton Murray H, Becker KR, Harshman S, et al. Elevated fasting satiety-promoting cholecystokinin (CCK) in ARFID compared to healthy controls. *J Clin Psychiatry*. 2022; 83(5): 21m14111. DOI: 10.4088/JCP.21m14111
9. Bulik CM, Micali N, MacDermid CM, et al. ARFID Genes and Environment (ARFID-GEN): study protocol. *BMC Psychiatry*. 2023; 23: 863. DOI: 10.1186/s12888-023-05266-x
10. Białek-Dratwa A, Szczepańska E, Szymańska D, Grajek M, Krupa-Kotara K, Kowalski O. Neophobia-A natural developmental stage or feeding difficulties? *Nutrients*. 2022; 14(7): 1521. DOI: 10.3390/nu14071521
11. Dinkler L, Bryant-Waugh R. Assessment of avoidant restrictive food intake disorder, pica and rumination disorder: interview and questionnaire measures.

Algoritmo de manejo clínico de ARFID



Figura 2. Manejo clínico de ARFID.

- Curr Opin Psychiatry. 2021; 34(6): 532-542. DOI: 10.1097/YCO.0000000000000736
12. Medina-Tepal KA, Vázquez-Arévalo R, Trujillo-ChiVacuán EM, Zickgraf HF, Mancilla-Díaz JM. Cross-cultural adaptation and validation of the Nine Item ARFID Screen (NIAS) in Mexican youths. *Int J Eat Disord*. 2023; 56(4): 721-726. DOI: 10.1002/eat.23832
 13. Białek-Dratwa A, Szymańska D, Grajek M, Krupa-Kotara K, Szczepańska E, Kowalski O. ARFID—Strategies for dietary management in children. *Nutrients*. 2022; 14(9): 1739. DOI: 10.3390/nu14091739
 14. Fisher M, Zimmerman J, Bucher C, Yadlosky L. ARFID at 10 years: A review of medical, nutritional and psychological evaluation and management. *Curr Gastroenterol Rep*. 2023; 25(12): 421-429. DOI: 10.1007/s11894-023-00900-w
 15. Willmott E, Dickinson R, Hall C, et al. A scoping review of psychological interventions and outcomes for ARFID. *Int J Eat Disord*. 2024; 57(1): 27-61. DOI: 10.1002/eat.24073
 16. Howard M, Hembry P, Rhind C, Siddall A, Uddin MF, Bryant-Waugh R. Cognitive behavior therapy as a psychological intervention in ARFID treatment for children and young people. *Cogn Behav Ther*. 2023; 16:e5. DOI: 10.1017/S1754470X22000629
 17. Lock JE, Robinson A, Sadeh-Sharvit S, Rosania K, Osipov L, Kirz N, Derenne J, Utzinger LM. Applying family-based treatment (FBT) to avoidant/restrictive food intake disorder. *Int J Eat Disord*. 2019; 52(4): 439-446. DOI: 10.1002/eat.22994
 18. Bloomfield BS, Fischer AJ, Clark RR, Dove M. Treatment of food selectivity in a child with ARFID through parent teleconsultation. *Behav Anal Pract*. 2019; 12(1): 33-43. DOI: 10.1007/s40617-018-0251-y
 19. Thomas JJ, Eddy KT. Cognitive-Behavioral Therapy for ARFID: Children, Adolescents, and Adults. Cambridge: Cambridge University Press; 2018.