

“HACIA UNA RELACIÓN POSITIVA CON LA COMIDA: ANÁLISIS DEL ARFID EN LA INFANCIA DENTRO DE LOS TCA”

“Towards a positive relationship with food: analysis of
ARFID in childhood within Eating Disorders”



**TRABAJO DE FIN DE GRADO: GRADO EN
ENFERMERÍA.**

CURSO 2023/24

AUTORA: ISABEL DE LA MORA PÉREZ
DIRECTORA: SARA MARTÍNEZ DE CASTRO
FACULTAD DE ENFERMERÍA
UNIVERSIDAD DE CANTABRIA

ÍNDICE

GLOSARIO DE SIGLAS Y ABREVIATURAS	1
RESUMEN	2
ABSTRACT	2
INTRODUCCIÓN	3
1. JUSTIFICACIÓN	4
2. OBJETIVOS	4
3. METODOLOGÍA	5
4. DESCRIPCIÓN DE CAPÍTULOS	6
HACIA UNA RELACIÓN POSTIVA CON LA COMIDA: ANÁLISIS DEL ARFID EN LA INFANCIA DENTRO DE LOS TCA	7
1. CONOCIENDO LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA	7
1. ANOREXIA NERVIOSA	7
2. BULIMIA NERVIOSA	8
3. TRASTORNO POR ATRACÓN	8
4. PICA	9
5. TRASTORNO POR RUMIACIÓN	9
6. TRASTORNO POR EVITACIÓN/RESTRICCIÓN DE ALIMENTOS (ARFID)	9
2. PROFUNDIZANDO EN EL ARFID	10
1. DEFINICIÓN Y DIAGNÓSTICO	10
2. SUBTIPOS ARFID	11
3. EPIDEMIOLOGÍA	14
4. COMORBILIDADES	15
5. TRATAMIENTO SEGÚN LOS DIFERENTES NIVELES DE PREVENCIÓN	15
6. TRATAMIENTO	16
CONCLUSIONES	21
BIBLIOGRAFÍA	22
ANEXOS	25
ANEXO 1	25
ANEXO 2	26

AVISO DE RESPONSABILIDAD DE LA UC

Este documento es el resultado del Trabajo de Fin de Grado de un alumno, siendo su autor responsable de su contenido. Se trata por tanto de un trabajo académico que puede contener errores detectados por el tribunal y que pueden no haber sido corregidos por el autor en la presente edición. Debido a dicha orientación académica no debe hacerse un uso profesional de su contenido. Este tipo de trabajos, junto con su defensa, pueden haber obtenido una nota que oscila entre 5 y 10 puntos, por lo que la calidad y el número de errores que puedan contener difieren en gran medida entre unos trabajos y otros, La Universidad de Cantabria, el Centro, los miembros del Tribunal de Trabajos de Fin de Grado, así como el profesor tutor/director no son responsables del contenido último de este Trabajo.

GLOSARIO DE SIGLAS Y ABREVIATURAS

ARFID	Trastorno por Evitación/Restricción de Alimentos.
BLW	Baby-Led Weaning
DE	Desviación Estándar
DSM-5	Manual Diagnóstico y Estadísticos de los Trastornos Mentales. 5ª edición.
EDY-Q	Eating Disturbances in Youth-Questionnaire.
FBI	Feeling and Body Investigators.
FBT	Terapia Basada en la Familia.
HUMV	Hospital Universitario Marqués de Valdecilla.
ICD-11	Clasificación Internacional de la Organización Mundial de la Salud. 11ª edición.
PEG	Gastrostomía Endoscópica Percutánea
SDS	Puntuaje de la Desviación Estándar
SNG	Sonda Nasogástrica.
TCA	Trastorno de la Conducta Alimentaria.
TCC	Terapia Cognitivo Conductual.
TEA	Trastorno del Espectro Autista.

RESUMEN

Actualmente, el diagnóstico de los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) se encuentra en aumento, especialmente durante la adolescencia o inicio de la adultez [11]. Dentro de estas edades, aparece en el DSM-5 publicado, el ARFID como otro de los tipos de TCA [10]. Esta patología se caracteriza por un rechazo continuado de alimentos, lo que provoca déficits nutricionales [11].

El DSM-5, además, diferencia 3 subtipos de ARFID: sensitivo, falta de interés y miedo [10]. Aunque, en estudios recientes, se ha descrito otro nuevo, el combinado, que tiene características mixtas de los grupos sensitivo y falta de interés [15].

El ARFID, tiene como comorbilidad principal la ansiedad, aunque también se puede manifestar junto con trastornos del estado del ánimo, dificultades de aprendizaje, trastorno del espectro autista, trastorno por déficit de atención e hiperactividad y trastorno obsesivo compulsivo [17].

En cuanto a su tratamiento, las terapias realizadas son adaptaciones de las intervenciones que se realizan para tratar otros TCA, como la terapia cognitivo conductual, la exposición a los alimentos, la terapia basada en la familia, la intervención multidisciplinar intensiva, la alimentación enteral por y los tratamientos farmacológicos [21, 22]. En cualquiera de los casos, siempre debe ser individualizado [21,22]. Además, resulta relevante la formación de los padres, incluso antes del nacimiento, en una correcta alimentación y como medida preventiva de posibles trastornos [19].

Debido a la escasez de estudios sobre prevalencia y tratamientos específicos, así como su reciente incorporación al DSM-5, cabe concluir, finalmente, que es necesaria una mayor investigación sobre el ARFID.

Palabras clave: Trastornos de la Conducta Alimentaria, DSM-5, ARFID, alimentación selectiva, apetito, neofobia alimentaria.

ABSTRACT

Currently, the diagnosis of Eating Disorders (ED) are rising, especially among teenagers or people starting adulthood [11]. Within this age group, the ARFID has been shown in DSM-5 as another type of ED [10]. This disorder is characterised by a continuous refusal of food, which causes nutritional deficits [11].

In DSM-5, ARFID is divided into 3 subtypes: sensory, lack of interest and fear [10]. Recent studies have noticed a new subtype, the combined subtype, which has mixed features of the sensitive and uninterested groups [15].

The main comorbidity of ARFID is anxiety, although it can also develop with mood disorders learning difficulties, autism spectrum disorder, attention deficit hyperactivity disorder and obsessive-compulsive disorder [17].

For the treatment of this pathology, the therapies used to be adaptations of interventions used to treat other EDs: cognitive behavioural therapy, food exposure, family-based therapy, intensive multidisciplinary intervention, enteral feeding and pharmacological treatments [21,22]. This must be individualised for each patient [21, 22]. It is important to educate parents, even before birth, on proper nutrition and for prevention of disorders that may appear [19].

Due to the shortage of studies on prevalence and specific treatments, and as a result of its recent incorporation to the DSM-5, further research on ARFID is key.

Key words: Eating Disorders, DSM-5, ARFID, selective eating, appetite, food neophobia.

INTRODUCCIÓN

La alimentación comprende las acciones mediante las cuales se suministra alimentos al organismo (selección, cocinado e ingesta) [1]. A partir de los alimentos ingeridos por la persona, se obtienen los nutrientes necesarios para mantener la salud y prevenir enfermedades [1,2,3]. Éstos, se dividen en macronutrientes (hidratos de carbono, proteínas y lípidos) o micronutrientes (vitaminas y minerales). Y, la nutrición se define como la ciencia que estudia los procesos mediante los cuales el organismo incorpora, utiliza y transforma los nutrientes contenidos en los alimentos [1,2].

Por tanto, desde el momento del nacimiento, el ser humano necesita alimentos para nutrirse y poder sobrevivir [4]. Un recién nacido obtiene los nutrientes mediante la leche, así que estado nutricional y su desarrollo inmunológico se relaciona principalmente con la lactancia materna [4]. En el caso de que esta no sea posible o la madre no lo desee, las leches infantiles deben asemejarse en la mayor proporción a la de las madres, por lo que han de incluir el mayor número de componentes que favorezcan el desarrollo cognitivo, digestivo e inmune del lactante [4].

Durante los seis primeros meses de vida, se mantiene la alimentación a base de leche (ya sea materna o de fórmula), pero comienza la introducción de alimentos en la llamada alimentación complementaria, condicionando, posteriormente, el estado nutricional del lactante [4,5]. Este momento es decisivo, ya que comienzan a desarrollarse las preferencias y el comportamiento alimentario, así como al peso corporal durante toda la vida de la persona [5]. Actualmente, para este proceso, el método Baby-Led Weaning (BLW) o alimentación guiada, es el elegido por muchos progenitores. Con ella, son los padres quienes ofrecen los distintos alimentos a sus descendientes, sin embargo, es él quien decide que alimentos ingiere [6], motivado en gran medida por la actitud y las reacciones observadas de los adultos [8,9]. En esta línea, el estudio de Brawn A. et al, identifica que las madres que realizaron BLW, no presionaban a sus hijos durante las comidas y además estaban menos preocupadas por el peso, permitiendo al bebé autorregularse y controlar su ingesta [7]. También concluye, que, si los bebés se exponen a comidas variadas, existe una mayor predisposición a experimentar con nuevos alimentos durante la infancia [6,7].

Cuando esta relación con la comida entre padres e hijos se ve alterada, por cualquiera de ellos, el niño se encuentra en riesgo de padecer un trastorno de la conducta alimentaria y las complicaciones que ello conlleva [8]. El DSM-V, define los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) como *“la alteración persistente en la alimentación o en el comportamiento relacionado con la alimentación que lleva a una alteración en el consumo o en la absorción de los alimentos y que causa un deterioro significativo de la salud física o del funcionamiento psicosocial”* [10]. Pese a no existir una definición específica de TCA en edad pediátrica [8], este manual, si recoge los siguientes tipos de desórdenes alimentarios: Pica, Trastorno por rumiación, Anorexia nerviosa, Bulimia nerviosa, Trastorno por atracón, Trastorno no especificado (TCAEN) y Trastorno por evitación o restricción de alimentos (ARFID) [10].

El trabajo que presento constituye una aproximación a los Trastornos de la Conducta Alimentaria, profundizando concretamente en el Trastorno por evitación o restricción de alimentos (ARFID).

1. JUSTIFICACIÓN

El motivo de elección del tema para este Trabajo de Fin de Grado, surge tras mi experiencia en la rotación de prácticas asistenciales en el servicio de Hospital de Día Infanto-Juvenil del HUMV. Allí, conozco a un menor con Trastorno por Evitación/Restricción de Alimentos (ARFID). El psiquiatra del servicio me advierte de la influencia de este trastorno en el desarrollo de los niños que lo padecen y, de su reciente incorporación al manual diagnóstico DSM-5, suscitando mi interés en profundizar en el conocimiento de este desorden alimentario.

2. OBJETIVOS

El objetivo principal de este trabajo es:

- Profundizar en el Trastorno de la Conducta Alimentaria denominado ARFID en población infantil.

Objetivos secundarios:

- Realizar un análisis de los diferentes Trastornos de la Conducta Alimentaria, teniendo en cuenta sus criterios diagnósticos y las complicaciones que se pueden desarrollar.
- Definir el diagnóstico de ARFID, sus modificaciones con el paso de los años y los diferentes subtipos.
- Analizar la epidemiología del ARFID.
- Describir las comorbilidades asociadas al ARFID.
- Desarrollar las diferentes terapias utilizadas en el ARFID.

3. METODOLOGÍA

Este TFG consiste en una revisión bibliográfica. Para su realización han sido consultadas las siguientes fuentes de búsqueda:

Bases de datos: electrónicas de libre acceso relacionadas con las Ciencias de la Salud. Han sido seleccionadas las que considero más accesibles y con mayor información sobre el tema.

- PubMed (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/>).
- SciELO (<https://www.scielo.cl/>)

Buscador de bibliografía científica/académica: Google Académico (<https://scholar.google.es/schhp?hl=es>).

Fuentes oficiales electrónicas:

- Manual de Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-V): <https://www.eafit.edu.co/ninos/reddelaspreguntas/Documents/dsm-v-guia-consulta-manual-diagnostico-estadistico-trastornos-mentales.pdf>
- American Psychiatric Association: <https://www.psychiatry.org/>

Posteriormente, han sido seleccionados los Descriptores de la Salud DeSH/MeSH en tres fases diferenciadas, en función del desarrollo del trabajo; pero en todas ellas, los operadores booleanos utilizados han sido “AND” y “OR”.

- **Primera Fase.** Se corresponde con la elaboración de la introducción; donde los descriptores utilizados han sido: *Lactancia Materna/Breastfeeding, Alimentación Complementaria/supplementary feeding, Nutrición Infantil/child nutrition, Trastornos de la Alimentación/feeding disorders.*
- **Segunda Fase.** Se corresponde con la elaboración de la primera parte del capítulo. En este caso se han utilizado: *Trastornos de la Conducta Alimentaria/ eating disorders, Anorexia/anorexia, Bulimia/bulimia, DSM-V/ DSM-5.*
- **Tercera Fase.** Para la elaboración del segundo capítulo, se han utilizado: *Trastorno por Evitación/Restricción de Alimentos/ avoidant/restrictive food intake disorder, Neofobia Alimentaria/food neophobia, apetito/ appetite, alimentación selectiva/selective eating.*

En cuanto a los criterios de inclusión establecidos para la selección de los artículos, fueron los siguientes:

- Escritos en castellano e inglés.
- Selección de franja de edad de 1-17 años (niños y adolescentes).
- Publicados desde 2018 hasta la actualidad.
- Acceso gratuito.

En último lugar, en cuanto a las limitaciones del trabajo, se han encontrado las siguientes:

- Escasez de estudios que traten las intervenciones a realizar (debido a su reciente incorporación del diagnóstico de ARFID al DSM-V).
- La mayor parte de las investigaciones provienen de EEUU o Reino Unido, encontrando escasos artículos publicados en España.
- Por último, no fue posible acceder a los estudios con acceso privado lo que pudo conllevar pérdida de datos.

4. DESCRIPCIÓN DE CAPÍTULOS

HACIA UNA RELACIÓN POSTIVA CON LA COMIDA: ANÁLISIS DEL ARFID EN LA INFANCIA DENTRO DE LOS TCA. El único capítulo del trabajo va a ser dividido en los siguientes Subapartados.

Conociendo los trastornos de la Conducta Alimentaria. En este capítulo se lleva a cabo la descripción de los trastornos, explicando las manifestaciones clínicas más habituales de cada uno de ellos, criterios diagnósticos (establecidos por el DSM-5) y las complicaciones que pueden desarrollarse de cada uno de ellos.

Profundizando en el ARFID. En este apartado, se realiza un análisis del ARFID realizando una contextualización sobre el trastorno, su epidemiología, comorbilidades, diagnóstico, subtipos, tratamiento y medidas de prevención.

HACIA UNA RELACIÓN POSTIVA CON LA COMIDA: ANÁLISIS DEL ARFID EN LA INFANCIA DENTRO DE LOS TCA

1. CONOCIENDO LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

Los Trastornos de la Conducta Alimentaria son patologías psiquiátricas que se caracterizan por conductas anómalas en relación con los alimentos, y que provocan graves complicaciones psicológicas, sociales, nutricionales y/o médicas (desnutrición, convulsiones, problemas cardiacos, renales o gastrointestinales...) [11]; y cuyo tratamiento requiere, por tanto, de un trabajo multidisciplinar [11].

Estas patologías afectan hasta a un 5% de la población mundial, y pueden aparecer en cualquier edad y género, aunque mayoritariamente debutan en la adolescencia o en adultos jóvenes y en mujeres entre 12 y 35 años [11]. Además, con frecuencia, se asocian a otros trastornos psiquiátricos, en su mayoría, trastornos del estado de ánimo (ansiedad), trastornos obsesivos-compulsivos o trastornos de consumo de sustancias [11].

Atendiendo a los signos y síntomas característicos de estos desórdenes alimentarios, tanto en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5), como en la Clasificación Internacional de la Organización Mundial de la Salud 11ª Revisión (ICD-11); clasifican los siguientes diagnósticos que se mencionan a continuación [11].

1. ANOREXIA NERVIOSA

La anorexia nerviosa se caracteriza por la **restricción de la ingesta** en relación con las necesidades, lo que conduce a una **pérdida de peso** hasta encontrarse en un valor inferior al mínimo normal en relación a su edad, sexo, curso del desarrollo y salud física; y cuyo **Índice de Masa Corporal** (IMC) es **menor de 18,5** [10,11]; sin ser capaces de reconocer o identificar la gravedad de su estado de salud [10,11]. Este comportamiento es motivado por el **gran temor a engordar**, por una alteración de la autopercepción corporal (constitución/peso) [10,11].

Dentro de la anorexia nerviosa existen dos tipos [10]:

- **Tipo restrictivo:** Pérdida de peso en los últimos 3 meses, debida sobre todo a la dieta, el ayuno y/o el ejercicio excesivo, sin que existan episodios recurrentes de atracones o purgas.
- **Tipo atracones/purgas:** El paciente, además de la disminución ponderal, ha realizado episodios recurrentes de atracones o purgas (vómito autoprovocado, laxantes, diuréticos...) en los últimos 3 meses.

Se debe especificar la gravedad y se realiza en función del IMC, atendiendo a los siguientes percentiles tanto en los adultos como en niños y adolescentes [10]:

- Leve → $IMC \geq 17 \text{ kg/m}^2$.
- Moderado → $IMC 16-16,99 \text{ kg/m}^2$.
- Grave → $IMC 15-15,99 \text{ kg/m}^2$.
- Extremo → $IMC < 15 \text{ kg/m}^2$.

La anorexia nerviosa puede dar lugar a complicaciones médicas graves, llegando a poner en peligro la vida (anomalías del ritmo cardiaco, problemas renales o convulsiones) [11].

2. BULIMIA NERVIOSA

Los pacientes con bulimia nerviosa realizan **episodios recurrentes de atracones**. Éstos, se caracterizan por la ingesta en un periodo determinado de una cantidad de alimentos superior a los que ingerirían la mayoría de personas en circunstancias parecidas. Además, existe una **sensación de falta de control** sobre lo que se ingiere durante el episodio. [10,11]; y también, se asocian **comportamientos compensatorios** al menos una vez a la semana durante 3 meses [10]. Estos atracones o conductas compensatorias se producen para **evitar el aumento de peso**. Consisten en vómitos autoprovocados, uso incorrecto de laxantes/diuréticos/enemas, ayuno y/o ejercicio excesivo, impulsado inadecuadamente por su constitución y peso corporal [10], que puede ser normal o incluso estar en sobrepeso y obesidad [11]

La gravedad de la bulimia nerviosa se relaciona con la frecuencia de los comportamientos compensatorios [10].

- Leve → Una media de 1-3 episodios a la semana.
- Moderada → Una media de 4-7 episodios a la semana.
- Grave → Una media de 8-13 episodios a la semana.
- Extremo → Una media de 14 episodios a la semana.

La bulimia puede dar lugar a complicaciones muy graves como desgarros esofágicos, rupturas gástricas y arritmias cardíacas peligrosas [11].

3. TRASTORNO POR ATRACÓN

Se caracterizan por **atracones**, pero **sin** realizar **conductas compensatorias** [10,11]. Se producen de media una vez a la semana durante 3 meses con intenso malestar al respecto [10,11], y que se caracterizan por 3 (o más) de los siguientes hechos [10]:

- Comer mucho más rápido de lo normal.
- Comer hasta sentirse desagradablemente lleno.
- Comer grandes cantidades de alimento cuando no se siente hambre.
- Comer solo debido a la vergüenza que siente por las cantidades que ingiere.
- Sentirse a disgusto con uno mismo, deprimido o muy avergonzado.

La gravedad se basa en función del número de los episodios de los atracones [10].

- Leve → 1-3 atracones a la semana.
- Moderado → 4-7 atracones a la semana.
- Grave → 8-13 atracones a la semana.
- Extremo → 14 o más atracones a la semana.

Asociadas a esta patología, se describen complicaciones como obesidad, diabetes, hipertensión o enfermedades cardiovasculares [11].

4. PICA

Los pacientes con PICA **ingieren** de forma persistente diferentes **sustancias no nutritivas y no alimentarias** durante un periodo mínimo de 1 mes. No puede ser diagnosticado en menores de 2 años, debido a que hasta esa edad forma parte de su desarrollo llevarse objetos a la boca [11].; Algunas de estas sustancias son: papel, jabón, tela, cabello, cuerda, tiza, metal, carbón y arcilla; su consumo varía con la edad y la disponibilidad [11].

Cuando este comportamiento se produce en el contexto de otro trastorno mental o afección médica, PICA es suficientemente grave para que se justifique una atención clínica adicional [10]. Esto se debe al elevado riesgo no solo de obstrucción intestinal sino también de consecuencias derivadas de los efectos tóxicos de las sustancias consumidas [11].

5. TRASTORNO POR RUMIACIÓN

El trastorno por rumiación supone la **regurgitación repetida y voluntaria de alimentos** durante un periodo mínimo de 1 mes, sin ser de origen orgánico como la afección gastrointestinal [10,11]. Tras la regurgitación, los alimentos pueden ser masticados, tragados o escupidos.

Esta patología puede ocurrir en el contexto de otros trastornos mentales (como discapacidad intelectual); pero el grado de rumiación debe ser suficientemente grave para justificar una atención clínica por separado [11].

Asociadas al trastorno por rumiación, se describe las siguientes complicaciones: pérdida de peso, dientes desgastados, mal aliento y daños en el esófago [11]

6. TRASTORNO POR EVITACIÓN/RESTRICCIÓN DE ALIMENTOS (ARFID)

Es un trastorno alimentario introducido en el año 2013 en el DSM-5, se caracteriza por un **fracaso continuo para satisfacer las necesidades nutricionales sin que exista una preocupación por el peso corporal o constitución física** [10,11]; puede ser debido a [11]:

- Bajo apetito y falta de interés por comer.
- Aversión extrema de alimentos basada en características sensoriales.
- Ansiedad o preocupación por las consecuencias de comer.

El impacto en la salud, es similar al que padecen las personas con anorexia nerviosa [11].

A continuación, se profundiza en este desorden alimentario; realizando un análisis sobre el diagnóstico, los subtipos, la epidemiología, las comorbilidades asociadas, el tratamiento según los niveles de prevención y, por último, el tratamiento.

2. PROFUNDIZANDO EN EL ARFID

1. DEFINICIÓN Y DIAGNÓSTICO

ARFID [etiqueta diagnóstica del DSM-5 307.59 (F50.8)] es un problema de salud en el que destaca, la evitación persistente o restricción alimentaria, lo que conduce a sus criterios diagnósticos debiendo estar uno al menos presente [11, 12]:

- Bajo apetito y falta de interés por comer.
- Aversión extrema de alimentos basada en características sensoriales.
- Ansiedad o preocupación por las consecuencias de comer.

Debido a la falta de una definición mundialmente aceptada **estas características definitorias**, han ido **variando** desde su **primera aparición hasta la actualidad** [13] como se detalla cronológicamente a continuación [12,13]:

- En el DMS-4 publicado en 1994, estaba incluido dentro de; la categoría no específica de trastornos de la alimentación de la infancia o la primera adolescencia [14].
- Posteriormente, en 2012, se propone considerar el ARFID como una identidad propia en pacientes pediátricos y adultos, siendo incluida en el ICD-11 [14].
- Finalmente, en el año 2013, fue establecido el diagnóstico de ARFID en el DSM-5 y con ello sus criterios diagnósticos [13]: baja de peso o retraso en el crecimiento, deficiencia nutricional. Dependencia de suplementos nutricionales para alcanzar las metas nutricionales y/o interferencia significativa en el funcionamiento psicosocial. Quedando excluidos los niños con dificultades alimentarias que se relacionan con falta de alimentos disponibles o práctica cultural, otro trastorno médico o mental, o alteraciones de la imagen corporal [12].

Para poder ser diagnosticado de ARFID se deben cumplir los criterios establecidos en el DSM-5 [10]:

Criterio A. Trastorno alimentario o de la ingestión de alimentos que se ve manifestado por el fracaso continuo para alcanzar los objetivos nutricionales y/o energéticos necesarios y que va asociado a uno (o más) de los siguientes hechos [10]:

- Pérdida significativa de peso (o fracaso para conseguir el peso esperado o crecimiento escaso en niños).
- Deficiencia nutritiva significativa.
- Dependencia de la alimentación enteral o suplementos nutritivos por vía oral.
- Interferencia importante con el funcionamiento psicosocial.

Criterio B. El trastorno no es explicado mejor por carencia de alimentos o por prácticas culturales [10].

Criterio C. El trastorno no se produce asociado a una anorexia o bulimia nerviosa, y no hay trastorno de dismorfia corporal [10].

Criterio D. El trastorno alimentario no se puede asignar a una afección médica o no se explica mejor por otra patología mental. En el caso de que se produzca en el contexto de otra enfermedad, las características del ARFID serán más graves, justificando la atención adicional [10].

2. SUBTIPOS ARFID

Dentro del ARFID, el DSM-5, desglosa **tres subtipos** que pueden ocurrir durante cualquier momento de la vida del ser humano, en diversas combinaciones e intensidades diferentes [12,13]:

1. Evitación de los alimentos debido a sus propiedades sensoriales (selectividad).
2. Poco apetito o falta de interés por los alimentos (inapetencia).
3. Miedo a las consecuencias negativas de comer (aversión postraumática).

A continuación, se desarrolla la información más detallada de cada uno de ellos [15]:

1. **Subtipo sensorial** → Caracterizado por altas probabilidades de sensibilidad sensorial y comportamientos rígidos de alimentación, en ausencia de características de los demás síntomas.
2. **Subtipo falta de interés** → Caracterizado por falta de apetito y falta de interés en comer o en los alimentos como problema principal, pudiendo presentar en menor medida dificultades relacionadas con prácticas de comportamiento de alimentación (bocados pequeños, duración prolongada para terminar comidas...).
3. **Subtipo eversión (miedo)** → Caracterizado por niños con miedo a las consecuencias aversivas de comer (miedo a asfixiarse, dolor o náuseas).

En diversos estudios se ha visto reflejado que en un porcentaje variable de los niños con ARFID (entre un 15% y un 50%) puede darse una presentación mixta de al menos dos de los subtipos descritos, lo que sugiere la existencia de un cuarto subgrupo [15].

4. **Subtipo combinado** → Presenta características de los grupos sensoriales y falta de interés a la vez.

Sánchez-Cerezo. J et al, realizaron un análisis de la clase latente (LCA) para identificar las clases de ARFID. Los pediatras encuestados notificaron un total de 917 posibles casos de ARFID, de los cuales finalmente se incluyeron en el estudio 319 niños y adolescentes de entre 5 a 18 años [15], la división por grupos y sus características se muestra en la **Tabla 2** [15].

Las diferencias más significativas entre los diferentes subtipos, se muestran en la **Tabla 2** [15].

- **Número de casos:** el subtipo combinado es el que más casos de pacientes recoge (38,2%), mientras que el menos representado fue el subtipo miedo (7,8%).
- **Comorbilidades:** la ansiedad es la más prevalente en pacientes con ARFID, sobre todo en el subtipo miedo (84,2%).
- **Peso:** los pacientes con el subtipo falta de interés fueron lo que más perdieron (92,5% de los niños).

TABLA 2. Demografía, antropometría, características clínicas y comorbilidades de las clases latentes identificadas

	COMBINADO (n=122)	SENSORIAL (n=94)	FALTA DE INTERÉS (n=80)	MIEDO (n=23)
Porcentaje	38,2%	29,5%	25,1%	7,5%
Edad media del diagnóstico	9,9 años	11,0 años	13,0 años	12,9 años
Mujeres (%)	32 (26,2%)	47 (50,0%)	48 (60,0%)	18 (78,3%)
Duración de los síntomas en años	4,8 años	4,4 años	3,7 años	1,0 años
Duración de los síntomas más de un año (%)	85 (81,7%)	57 (74,0%)	45 (63,4%)	5 (21,8%)
Altura SDS (DE)	0,21 y 21,1 (1,40)	0,27 (1,2)	0,444 (1,46)	0,26 (1,21)
Peso SDS (DE)	,64 (1,62)	,79 (1,71)	1,79 (1,70)	1,75 (1,35)
IMC	15,96	16,55	15,59	14,49
IMC SDS	„77 (1,57)	.89 (1,89)	2,06 (1,66)	2,662 (1,35)
Pérdida de peso (%)	72 (59,0%)	51 (54,2%)	74 (92,5%)	21 (91,3%)
Ausencia de grupos de alimentos (%)	92 (75,4%)	45 (48,9%)	31 (38,8%)	4 (17,4%)
Deficiencia nutricional (%)	72 (59,0%)	40 (42,6%)	25 (31,3%)	5 (21,8%)
Alimentados por SNG (%)	12 (9,8%)	11 (11,7%)	9 (11,3%)	2 (8,7%)
Dependientes de suplementos nutricionales (%)	66 (54,6%)	34 (36,2%)	32 (40,0%)	6 (26,1%)
Tristeza al comer (%)	98 (80,3%)	62 (66,0%)	51 (63,8%)	18 (78,3%)
Incapacidad para comer con otros (%)	70 (57,4%)	41 (43,6%)	35 (43,8%)	7 (30,4%)
Evitar las actividades sociales con alimentación (%)	81 (66,4%)	43 (45,7%)	42 (52,5%)	11 (47,8%)
Depresión (%)	5 (5,5%)	5 (6,9%)	13 (17,1%)	2 (9,5%)
Ansiedad (%)	45 (47,9%)	42 (56%)	37 (49,3%)	16 (84,2%)
Trastorno obsesivo compulsivo (%)	3 (3,5%)	9 (12,5%)	3 (4,1%)	2 (9,5%)
Autolesión deliberada (%)	4 (4,5%)	4 (5,9%)	7 (9,6%)	0 (0%)
Dificultades de aprendizaje (%)	37 (37%)	17 (21,5%)	11 (14,3%)	0(0%)
Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (%)	12 (12,4%)	6 (7,8%)	4 (5,2%)	1 (4,8%)
Trastorno del espectro autista (%)	70 (66%)	46 (52,9%)	21 (26,9%)	3 (14,3%)

Fuente: Elaboración propia a partir de la Tabla 4 del estudio de Sanchez-Cerezo J, Neale J, Julius N, Croudace T, Lynn RM, Hudson LD, et al. C, 2024.

En el análisis de los datos (**Tabla 3**), se observa que la edad de diagnóstico, el sexo y las características clínicas se puede sugerir un perfil de paciente dependiendo del subtipo.

Tabla 3. Clasificación de Subtipos en función de edad, sexo, IMC y nivel de ansiedad

SUBTIPO	EDAD	SEXO	IMC	NIVEL DE ANSIEDAD
Combinado	9.9 años	Hombres > Mujeres	15,96	47,9%
Sensorial	11 años	Hombres = Mujeres	16,55	56%
Falta de interés	13 años	Hombres < Mujeres	15,59	49,3%
Miedo	12,9 años	Hombres < Mujeres	14,49	84,2%

Fuente: Elaboración propia a partir de la Tabla 2

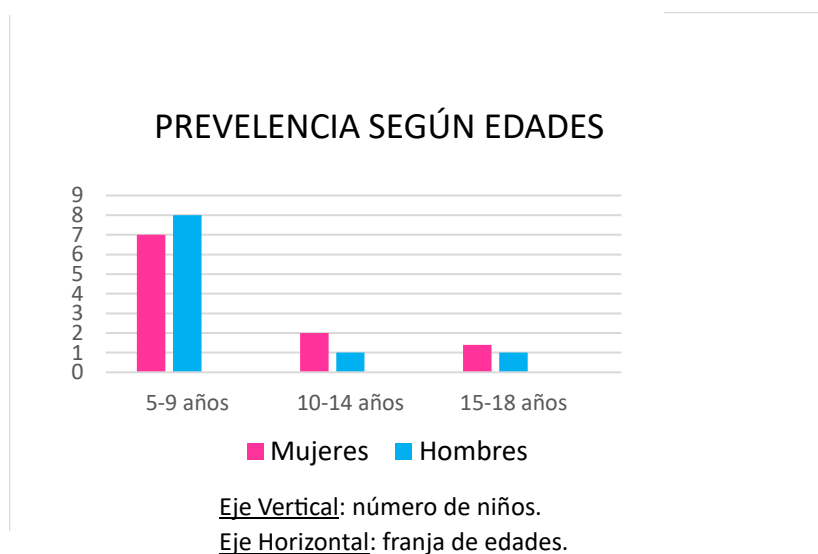
- **Subtipo Combinado.** Edad más joven al momento del diagnóstico (media de 9,9 años), ser varón, experimentar niveles altos de angustia relacionados con los alimentos y padecer TEA.
- **Subtipo Sensorial.** Mismo número de hombres y mujeres, y pérdida menor de peso (el 54,2%).
- **Subtipo Falta de Interés.** Edad más alta en el momento del diagnóstico (media de 13 años), pérdida de peso y ausencia de angustia en torno a la alimentación.
- **Subtipo Miedo.** Ser mujer, una media de edad de 12,9 años y niveles más altos de ansiedad. Estos pacientes difieren de los otros 3, en las siguientes características: 80% niñas con bajo peso con síntomas de ARFID de inicio agudo y presentado más del 80% ansiedad como comorbilidad. En contraposición, en los otros grupos, la mayoría fueron hombres, el IMC no era tan bajo y la ansiedad era menor [15]. Estos datos del estudio, concluyen que las características del subtipo miedo, pudieran beneficiarse de otro tipo de terapias enfocadas a reducir los episodios ansiosos [15].

3. EPIDEMIOLOGÍA

Los informes epidemiológicos disponibles a nivel mundial, a día de hoy son escasos debido a la reciente incorporación del diagnóstico al DSM-5. La **prevalencia** varía en función del perfil de la población en el cual se realiza el estudio [13].

Atendiendo a la diferencia por sexo y edad; como se refleja en el Gráfico 1, el ARFID es más prevalente en el sexo masculino en infantiles entre 5-9 años. Las edades comprendidas entre 5-9 años tiene una relación de 7 mujeres por cada 8 hombres, 10-14 años la relación es de 2/1 y por último de 15-18 años es de 1,4/1, viéndose esto reflejado en el **Gráfico 1** [16].

GRÁFICO 1. Prevalencia de ARFID en función del sexo y la edad.



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del estudio de Katzman DK, Spettigue W, Agostino H, Couturier J, Dominic A, Findlay SM, et al, C, 2021.

Como se puede concluir según los datos recogidos en la **Tabla 1** [13], los niños con TEA tienen más posibilidades de ser diagnosticados de ARFID, mientras que en la población escolar de edades comprendidas entre los 8 y los 13 años, la prevalencia de ARFID es 3,2 niños de cada 100, representado un dato relevante [13].

TABLA 1. Prevalencia según perfil de población.

PERFIL DE POBLACIÓN	PREVALENCIA
Población escolar (8-13 años)	3,2%
Centros de tratamiento diurno con patología alimentaria	14-23%
Niños con trastorno del espectro autista (TEA)	80%

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del estudio de Urrejola P, De Toro V, Aedo K. C, 2021.

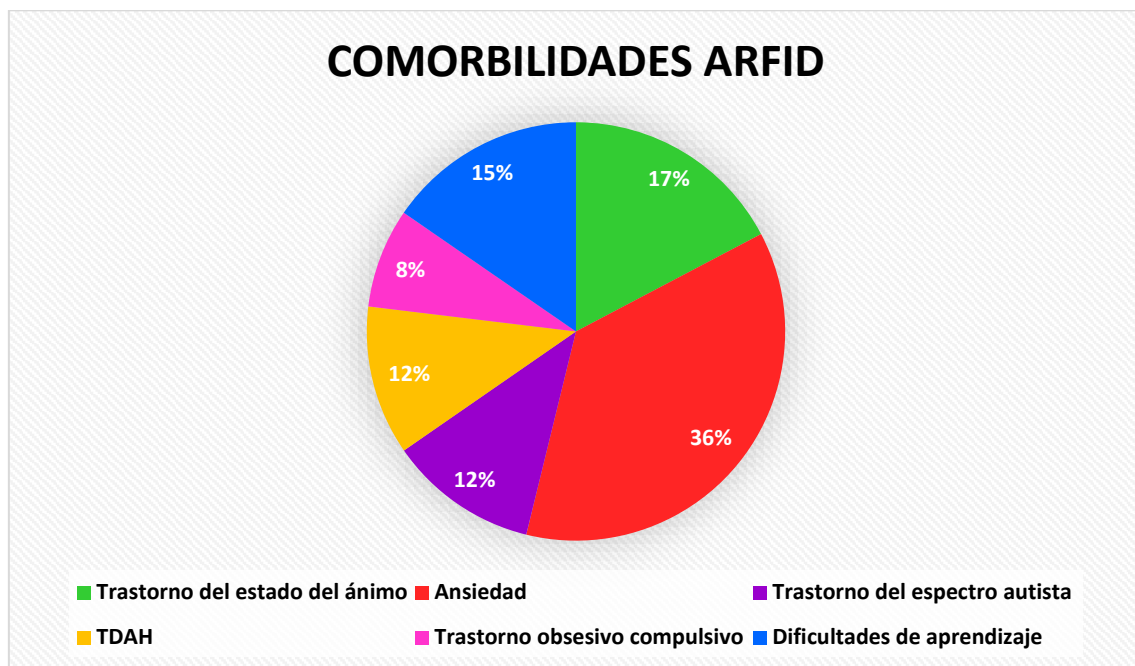
En cuanto a la **incidencia** de casos, en la actualidad existe un único estudio transversal realizado en Canadá dirigido a una población con edades comprendidas de 5-18 años, y donde incidencia resultó un 2,02 por cada 100000 pacientes con ARFID [16]. Concretamente, un 63,77% de los casos se encuentran comprendidos entre edades de 10-14 años [16].

4. COMORBILIDADES

Las comorbilidades asociadas al ARFID, son extraídas a partir de un estudio retrospectivo de cohortes, realizado en Ontario (Canadá), a 26 pacientes ingresados en una clínica especializada dentro de un hospital de atención terciaria para evaluar las tasas de comorbilidades y conseguir con ello información para el posterior tratamiento [17].

Como se puede observar en la **Gráfico 2** [17], de las **seis comorbilidades** descritas, el problema de salud mayormente asociado al ARFID es la ansiedad, seguido de trastornos en el estado del ánimo y dificultades para el aprendizaje. En contraposición, el menor porcentaje corresponde a la asociación con el Trastorno Obsesivo Compulsivo [17].

GRÁFICO 2. Comorbilidades del ARFID.



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del estudio de Norris ML, Obeid N, Santos A, Valois DD, Isserlin L, Feder S, et al. C, 2021.

5. TRATAMIENTO SEGÚN LOS DIFERENTES NIVELES DE PREVENCIÓN

La OMS en 1998, define la Prevención como “medidas destinadas no solamente a prevenir la aparición de la enfermedad, tales como la reducción de factores de riesgo, sino también a detener su avance y atenuar sus consecuencias una vez establecidas” [18]. Estas actividades preventivas, se pueden clasificar en tres niveles [18]:

1. **Prevención Primaria.** “Son medidas orientadas a evitar la aparición de una enfermedad o problema de salud mediante el control de los factores causales y los factores predisponentes o condicionantes” [18]. Si se aplican estas intervenciones al ARFID, se trata de educación sanitaria sobre alimentación a los padres en aspectos como la forma de introducir los alimentos a sus hijos. Es necesario realizarlo de manera positiva, sin ejercer presión sobre la comida, y por tanto evitando que se pueda producir una conducta de rechazo infantil hacia los alimentos [19].

2. **Prevención Secundaria.** Está destinada al diagnóstico precoz de la enfermedad incipiente sin que existan aún manifestaciones clínicas, de modo que un tratamiento oportuno impida que la enfermedad avance [18]. Existe un instrumento de cribado de ARFID, que constituye una buena herramienta inicial. Se trata de **EDY-Q (Eating Disturbances in Youth-Questionnaire) Anexo 1**, mediante 12 ítems basados en los criterios de DSM-5, este cuestionario evalúa de manera fácil y rápida el riesgo de que los niños padezcan un trastorno de la alimentación [20]. Aunque, faltan estudios que confirmen su sensibilidad diagnóstica y propiedades psicométricas (confiabilidad de los datos recopilados), el diagnóstico de esta enfermedad solo puede ser a través profesionales expertos que analicen la información aportada por los progenitores [20].
3. **Prevención Terciaria.** Consiste en acciones para tratar la enfermedad y prevenir recaídas; y por tanto se desarrolla cuando el ARFID ya está instaurado [18]. Estas intervenciones corresponden al apartado de tratamiento que se desarrolla a continuación.

6. TRATAMIENTO

La existencia de hospitales que traten el ARFID de forma especializada es escasa, por lo que, para conseguir la rehabilitación, es necesario un equipo multidisciplinar, siendo esencial la colaboración entre distintos profesionales que lo conforman (psiquiatras, logopedas y trabajadores sociales, etc) [21].

Los factores que favorecen el mantenimiento de las alteraciones de la conducta alimentaria son diferentes en cada subtipo; y por tanto el tratamiento también lo es [21]. De este modo, el tipo de presentación del ARFID, las historias personales y los factores de riesgo de los pacientes, determinan los objetivos a conseguir y aplicar [21,22]:

- **Subtipo sensitivo** → Implementación de una diversidad dietética.
- **Subtipo falta de interés** → Ganancia ponderal y disminución de la duración de las ingestas.
- **Subtipo miedo** → Disminución de la ansiedad y el temor relacionado con la alimentación.

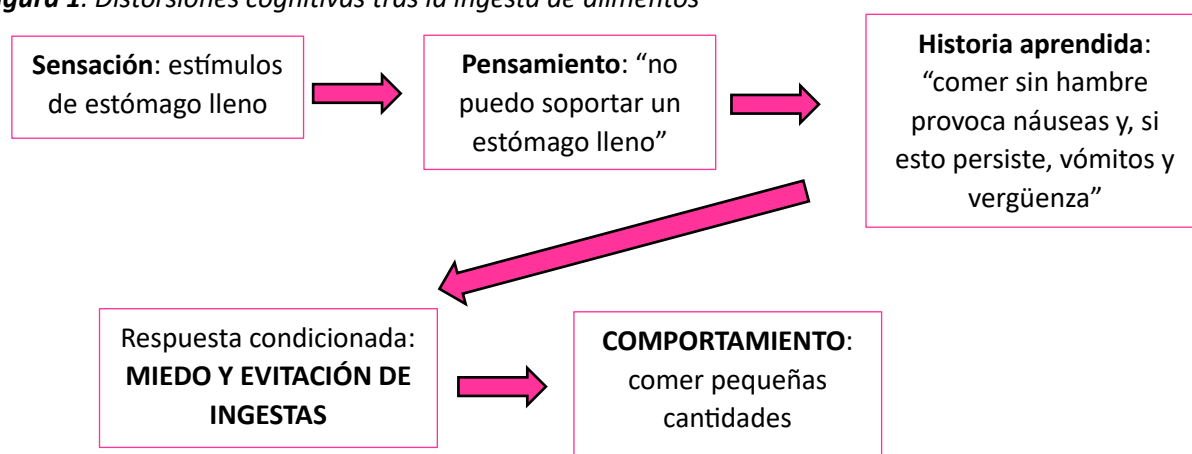
Con el fin de alcanzar los objetivos plantados, se deben realizar alguna de las siguientes intervenciones que se describen a continuación [21,22]: Terapia Cognitivo Conductual, Tratamiento de exposición introspectivo (FBI-ARFID), Exposición a los alimentos, Terapia basada en la familia, Intervención multidisciplinar intensiva, Alimentación enteral por boca y/o Tratamiento farmacológico. Cada una de estas intervenciones se va a describir a continuación.

I. TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL (TCC)

Hasta este momento, no se han establecido tratamientos validados empíricamente en el ARFID [21]. Hasta la fecha, la **TCC** se considera el más eficaz para los trastornos de la conducta alimentaria sobre todo aquellos que presentan ansiedad como comorbilidad [23]. Es por ello, que el ARFID cumple con los criterios de aplicación esta terapia, únicamente en el subtipo miedo, por lo que, en los otros subtipos no ansiosos, esta intervención podría resultar un desafío [23].

Por tanto, el objetivo de la TCC, es eliminar las expectativas que los pacientes (del subtipo miedo), han creado a lo largo del tiempo; reinterpretando y etiquetando como se recoge en la **Figura 1**, las distorsiones cognitivas que trasman en negativas las respuestas fisiológicas producidas tras la ingesta de alimentos [23].

Figura 1. Distorsiones cognitivas tras la ingesta de alimentos



Fuente: Elaboración propia a partir del estudio Dumont E, Jansen A, Kroes D, de Haan E, Mulken S. C, 2019.

La intervención consiste en un incremento gradual de las cantidades de comida ingeridas y en consecuencia un aumento de peso [23]. Esto permite al paciente observar sus respuestas físicas, para comprender el resultado esperado por ellos no ocurre, como se muestra en la **Figura 2** [23].

Figura 2. Mecanismo de respuestas físicas consiguiendo la reducción de la ansiedad.



Fuente: Elaboración propia a partir del estudio Dumont E, Jansen A, Kroes D, de Haan E, Mulken S. C, 2019.

II. TRATAMIENTO DE EXPOSICIÓN INTROSPECTIVO DENOMINADO SENTIMIENTOS E INVESTIGADORES CORPORALES (FBI-ARFID).

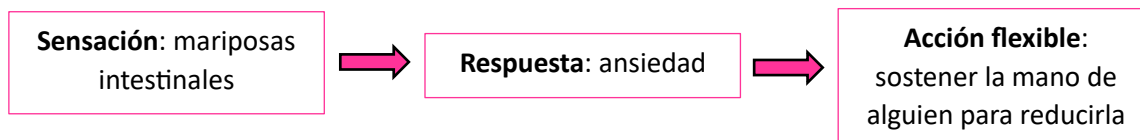
De este modo, muchos pacientes con el subtipo miedo, restringen los alimentos para evitar sensaciones internas [24]; y para conseguir que los niños pequeños con ARFID las comprendan, un grupo de investigadores de los EEUU (Zucker NL, La Via M, Craske MG, et al), desarrollaron a partir de intervenciones para el trastorno del pánico y el síndrome del intestino irritable, un **tratamiento de exposición introspectivo denominado Sentimientos e Investigadores Corporales** (en inglés feeling and body investigators-FBI) [24]. Con él, mediante dibujos animados, se enseña a cómo interpretar los sentimientos internos sobre significados (por ejemplo, emociones) y acciones (si estoy nervioso, coger a alguien la mano) [24]. **Anexo 2.**

Este tipo de intervención tiene como objetivo conseguir que los menores de 4-10 años con ARFID perciban las sensaciones como curiosidad en lugar de como miedo, consiguiendo que aprendan a tolerarlas. Se centran en experimentar y explorar esos sentimientos incómodos o aversivos en lugar de ponerlas fin [24].

Por otro lado, como las sensaciones interoceptivas nos dan información propia y comunican necesidades como hambre o náuseas, pretenden proporcionar a los niños herramientas que les ayuden a conocer el significado y relacionarlas a acciones flexibles que cumplan necesidades particulares. Un ejemplo es lo que se muestra en la **Figura 3** [24].

En el FBI-ARFID, se enseña a niños y padres a ser agentes del FBI, detectives del propio cuerpo, cuyas pistas son las sensaciones que experimenta el cuerpo y su trabajo es tratar de averiguar el mensaje que los sentimientos interoceptivos y exteroceptivos les están intentando comunicar [24].

Figura 3. Herramienta para conocer significado y cumplir sus necesidades.



Fuente: Elaboración propia a partir del estudio Zucker NL, LaVia MC, Craske MG, Foukal M, Harris AA, Datta N, et al. C, 2019.

III. LA EXPOSICIÓN A LOS ALIMENTOS

Por otro lado, existe un estudio en los Países Bajos, que recoge una serie de casos clínicos en 11 adolescentes de entre 10-18 años con ARFID (cualquier subtipo), con el que se propone una innovadora terapia cognitivo conductual basada en **la exposición a los alimentos**, que concluye con la aceptación de más alimentos y disminución de la selectividad de los mismos [21].

En cada sesión se les ofrecía al menos 3 alimentos (un total de entre 18-27), solicitándoles que los comieran para el desayuno, el almuerzo o la cena. Los pacientes no fueron obligados ni alentados a ingerir los alimentos ofrecidos. Este proceso fue repetido en 3 ocasiones; y concluye que [21]:

- En la fase de seguimiento: aumentó en el 91% de los pacientes la aceptación de alimentos (10 pacientes).
- Al final del tratamiento intensivo (4 semanas), el 54,55% ya no cumplían criterios de ARFID (6 pacientes).
- Finalizado el seguimiento ambulatorio (4 semanas más tarde), el 91% no cumplían criterios de ARFID (10 de los 11 pacientes).

IV. LA TERAPIA BASADA EN LA FAMILIA

La **terapia basada en la familia** (FBT, siglas en inglés) es un tratamiento originalmente para tratar la anorexia [25] y la bulimia [26], en adolescentes (12 a 18 años). La diferencia principal con la TCC, es que la FBT, no son los pacientes sino los padres quienes realizan cambios sobre los alimentos, y su hijo los acepta [22, 27].

Cerricada J, Shiris S et al [28], realizaron un ensayo piloto de variabilidad aleatorizado de FBT-ARFID en pacientes de 5 a 12 años. Esta terapia resultó más óptima que únicamente visitas pediátricas, dando lugar a mejora de la gravedad de los síntomas, peso y autoeficacia de los padres. La duración de la terapia fue una media de 4 meses, dividida en 14 sesiones. El aumento de la confianza propia de los padres se vinculó directamente con la ganancia ponderal de los pacientes. En los pacientes con peso bajo y normal, este aumento de peso y la gravedad del ARFID disminuyó después del tratamiento [22,28].

Se ha realizado una adaptación para este trastorno denominada FBT-ARFID, que ha resultado muy eficaz [22]. Su desarrollo es ambulatorio e individualizado para cada familia, y consta de las siguientes fases [22]:

- **Fase 1.** Los profesionales realizan una observación de la comida familiar para posteriormente poder enseñar a los progenitores el manejo de los comportamientos alimentarios disfuncionales del menor. Se enfatiza el impacto negativo que tienen estas conductas tanto en el desarrollo del niño como en las dinámicas familiares; y a partir de ahí se inicia el proceso de aprendizaje del cambio conductual [22].
- **Fase 2.** Se proporciona al paciente de nuevo cierto control sobre la alimentación [22].
- **Fase 3.** En ella se abordan cuestiones de desarrollo en los adolescentes como aspectos físicos, psicológicos y sociales; siempre y cuando el niño haya restaurado su peso y hayan desaparecido los comportamientos ARFID [19]. Es por ello que, en ocasiones, dado que gran parte de diagnósticos se dan en una etapa preadolescente, esta fase se elimina [22].

La duración del tratamiento depende de la forma de presentación del trastorno en el paciente [22]:

- Subtipos sensoriales y falta de interés: 4 o 5 meses.
- Subtipo medio: entre 3 y 5 para el de miedo, con una media a 20 sesiones (no especifica duración de las mismas).

Por último, en cuanto a las intervenciones que realiza esta terapia, son las siguientes [22]:

- a) Falta de atención a la etiología de ARFID.
- b) Empoderamiento de los padres.
- c) Promoción de la externalización de ARFID para reducir la autoculpabilidad de la familia.
- d) Énfasis en las graves consecuencias médicas y sobre el desarrollo si no se trata.
- e) Facilitar el aprendizaje de los padres en lugar de prescribirlos o dirigirlos.
- f) Enfoque pragmático y conductual en modificar los comportamientos de alimentación disfuncionales.
- g) Falta de énfasis en las distorsiones cognitivas.

V. INTERVENCIÓN MULTIDISCIPLINAR INTENSIVA.

El tipo de atención más común para todos los trastornos de la conducta alimentaria en edad pediátrica es la intervención multidisciplinaria intensiva [29]. Este tipo de terapia se realiza en un **hospital de día o mediante ingreso hospitalario**. Allí, los pacientes reciben apoyo de un equipo de psicólogo, médico, enfermera, auxiliar de enfermería, dietista, logopeda, terapeuta ocupacional y trabajador social [22].

Entre los objetivos de tratamiento destacan: mejorar el estado nutricional, promover diversidad dietética y conseguir cambios de comportamiento durante las ingestas, como la aceptación y reducción de actitudes inapropiadas durante la comida [22,30,31].

VI. ALIMENTACIÓN ENTERAL

En ocasiones, cuando la salud del paciente está tan comprometida (peso muy bajo o gran déficit nutricional), en paralelo con la intervención conductual y familiar [32], se puede recurrir a fórmulas de **alimentación enteral** ya sea por **vía oral** o incluso con la colocación de una **sonda nasogástrica** o de una **PEG** o botón gástrico [32]. Su utilización requiere valorar si los beneficios del tratamiento superan los riesgos (como menor interés por consumir alimentos sólidos o fomento del papel de enfermo) [32].

VII. TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

Según la bibliografía consultada, como **tratamiento farmacológico** se ha utilizado [33,34]:

- **Ciprohepradina** como estimulante del apetito en niños con bajo peso.
- **Mirtazapina**, antidepresivo con propiedades estimulantes del apetito, en niños del subtipo miedo.

CONCLUSIONES

Seguir una buena alimentación es fundamental para mantenerse saludable [1,2]. Un recién nacido es alimentado a base de leche; es importante la lactancia materna en este periodo para favorecer su desarrollo inmunológico y su estado nutricional [4]. Pasados 6 meses, se produce un momento decisivo, la introducción de la alimentación complementaria, es aquí donde se desarrollan las preferencias y comportamiento alimentarios del niño [4,5]. Muchos padres optan por el BLW pues los lactantes están expuestos a comidas variadas [6]. Cuando la relación con la comida entre progenitores y descendiente se ve alterada, el niño se encuentra en situación de riesgo para el desarrollo de un trastorno de la conducta alimentaria [8].

Los TCA se recogen en el DSM-5: anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, trastorno por atracón, PICA, trastorno por rumiación y trastorno por evitación o restricción de alimentos [10]. Este último, que aparece en su mayoría durante la niñez o la adolescencia, se caracteriza por un rechazo continuado de los alimentos dando lugar a deficiencias nutricionales, sin estar relacionado con deseos de pérdida de peso o importancia del estado físico [10,11].

El DSM-5, diferencia tres subtipos de ARFID: subtipo sensitivo, subtipo falta de interés y subtipo miedo [10]. Sin embargo, en estudios recientes se ha corroborado la existencia de un cuarto subtipo, el combinado, en el que confluyen características del sensitivo y falta de interés [15].

El incremento de la incidencia y prevalencia de este tipo de enfermedades, especialmente en la adolescencia o al inicio de la edad adulta, supone un problema de salud pública porque afecta a múltiples esferas: física (deficiencias nutricionales), psicológica (ansiedad) y social (aislamiento) [11]. La prevalencia mayor de ARFID se da en niños varones de 5 a 9 años [16]. Mientras que la incidencia de casos, analizada en un único estudio transversal en Canadá, en niños de 5-18 años resultó en 2,02 por cada 100000 pacientes [16].

Es por ello que se hacen necesarias estrategias de prevención del ARFID. Intervenciones como la educación parental sobre los problemas comunes de la alimentación y la importancia de responder de forma adecuada a ellos; así como la manera de introducir la comida (incluso en la etapa prenatal) son algunos de ellos [19].

Existen una alta prevalencia de comorbilidades asociadas al ARFID, siendo las más frecuentes: ansiedad, trastornos del estado de ánimo, dificultades de aprendizaje, trastorno del espectro autista, trastorno por déficit de atención e hiperactividad y trastorno obsesivo compulsivo [17]. Por ello, una vez diagnosticado este desorden alimentario, se realiza el tratamiento; el cual pese a ser el mismo que para otros TCA, es un equipo multidisciplinar el que se encarga de individualizarlo y adaptarlo a los menores [21,22].

Por último, tras la información obtenida, se concluye que dada la reciente incorporación del ARFID al DSM-5, existen pocos artículos publicados e incluso muchos de ellos explicitan la necesidad de una mayor investigación sobre el mismo. Además, es probable que este desorden alimentario sea infradiagnosticado, justificando los comportamientos patológicos de los niños como la etiqueta de “malos comedores” cuando en realidad requieran tratamiento profesional. Por otro lado, para poder detectar precozmente alteraciones como el miedo o la falta de interés por la comida y poder disminuir la creciente incidencia de casos, sería insistir en la formación de los pediatras sobre los TCA. Con ello, se justifican también futuras investigaciones sobre la prevalencia, el curso y pronóstico y principalmente la búsqueda de tratamientos más específicos para ARFID y cada uno de los subtipos.

BIBLIOGRAFÍA

1. ¿Qué es la nutrición y alimentación? | Ventana abierta a la familia [Internet]. [citado 4 mayo 2024]. Disponible en: <https://www.saludcastillayleon.es/ventanafamilias/es/infancia/alimentacion/bases-alimentacion-saludable/nutricion-alimentacion>
2. Nutrición - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud [Internet]. [citado 4 mayo 2024]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/nutricion>
3. Nutrición - Concepto, tipos, nutrientes y alimentación sana [Internet]. [citado 4 mayo 2024]. Disponible en: <https://concepto.de/nutricion/>
4. Delgado Ojeda J, Santamaría Orleans A. Nutrición e inmunidad en las primeras etapas de la vida. Nutr Hosp. 2023 Nov 22;40(2):16–9. Disponible en: <https://www.nutricionhospitalaria.org/articles/04948/show#>
5. Forero T. Y, Acevedo R. MJ, Hernández M. JA, Morales S. GE, Forero T. Y, Acevedo R. MJ, et al. Complementary feeding: A practice between two knowledges. Rev Chil Pediatr [Internet]. 2018 [citado 4 mayo 2024];89(5):612–20. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062018000500612&lng=en&nrm=iso&tlng=es
6. Fuentes Alfaro V, Leonelli Neira G, Weisstaub G, Fuentes Alfaro V, Leonelli Neira G, Weisstaub G. What is currently known about the baby-led weaning method-BLW? Andes pediátrica [Internet]. 2022 May 1 [citado 4 mayo 2024];93(3):300–11. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2452-60532022000300300&lng=en&nrm=iso&tlng=en
7. Brown A, Lee M. Maternal control of child feeding during the weaning period: differences between mothers following a baby-led or standard weaning approach. Matern Child Health J [Internet]. 2011 Nov [citado 4 mayo 2024];15(8):1265–71. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s10995-010-0678-4>
8. Goday PS, Huh SY, Silverman A, Lukens CT, Dodrill P, Cohen SS, et al. Pediatric Feeding Disorder: Consensus Definition and Conceptual Framework. J Pediatr Gastroenterol Nutr [Internet]. 2019 [citado 4 mayo 2024];68(1):124. Disponible en: <https://doi.org/10.1097/MPG.0000000000002188>
9. Díaz-Castrillón F, Cruzat-Mandich C, Lizana-Calderón P, Gil A, León-Papic MJ. Contextos habituales de alimentación en edad temprana: estudio en díadas cuidador principal e hijo o hija. Prensa méd argent [Internet]. 2021 [citado 4 mayo 2024];24–32. Disponible en: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1362149>
10. GUÍA DE CONSULTA DE LOS CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DEL DSM-5. American Psychiatric Association. [Citado 27 marzo 2024]; Disponible en: <https://www.eafit.edu.co/ninos/redde laspreguntas/Documents/dsm-v-guia-consulta-manual-diagnostico-estadistico-trastornos-mentales.pdf>
11. Psychiatry.org - Qué son los Trastornos de Comer? [Internet]. [Citado 27 marzo 2024]. Disponible en: https://www.psychiatry.org/patients-families/eating-disorders/what-are-eating-disorders#section_5
12. Saravia González S, Harris Diez P, Saravia S, Díaz-Castrillón F, Cruzat-Mandich C, Lizana-Calderón P, et al. Parental feeding strategies in children with Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder (ARFID): Association with food refusal behavior. Andes pediátrica [Internet]. 2022 [citado 27 marzo 2024];93(6):851–9. Disponible en: https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2452-605320220005001302&lng=en&nrm=iso&tlng=en

13. Urrejola P, De Toro V, Aedo K. Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder (ARFID): What the pediatrician should know. *Andes pediatri* [Internet]. 2021 [citado 27 marzo 2024];92(2):298–307. Disponible en: https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2452-60532021005000121&lng=en&nrm=iso&tlng=en
14. Uher R, Rutter M. Classification of feeding and eating disorders: review of evidence and proposals for ICD-11. *World Psychiatry* [Internet]. 2012 [citado 22 abril 2024];11(2):80. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.wpsyc.2012.05.005>
15. Sanchez-Cerezo J, Neale J, Julius N, Croudace T, Lynn RM, Hudson LD, et al. Subtypes of avoidant/restrictive food intake disorder in children and adolescents: a latent class analysis. *EClinicalMedicine* [Internet]. 2024 Feb 1 [citado 9 abril 2024];68. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2024.102440>
16. Katzman DK, Spettigue W, Agostino H, Couturier J, Dominic A, Findlay SM, et al. Incidence and Age- and Sex-Specific Differences in the Clinical Presentation of Children and Adolescents With Avoidant Restrictive Food Intake Disorder. *JAMA Pediatr* [Internet]. 2021 Dec 6 [citado 4 abril 2024];175(12):E213861. Disponible en: <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2021.3861>
17. Norris ML, Obeid N, Santos A, Valois DD, Isserlin L, Feder S, et al. Treatment Needs and Rates of Mental Health Comorbidity in Adolescent Patients With ARFID. *Front Psychiatry* [Internet]. 2021 Jul 16 [citado 4 abril 2024];12:680298. Disponible en: <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2021.680298>
18. Julio V, Vacarezza M, Álvarez C, Sosa A. Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud [Internet]. [citado 23 abril 2024]. Disponible en: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-423X2011000100003
19. Saravia S, Díaz-Castrillón F, Cruzat-Mandich C, Lizana-Calderón P, Gómez D, Corona F, et al. Estrategias parentales de alimentación en niños con un Trastorno de Evitación/Restricción de la Ingesta de Alimentos (ARFID): Asociación con la conducta de rechazo a los alimentos. *Andes pediatri* [Internet]. 2022 [citado 23 abril 2024];93(6):851–9. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2452-60532022000600851&lng=es&nrm=iso&tlng=es
20. Kurz S, Vandyck Z, Dremmel D, Munsch S, Hilbert A. Early-onset restrictive eating disturbances in primary school boys and girls. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. [Internet] [citado 23 abril 2024];24(7):779–85. Disponible en: <https://doi.org/10.1007%2Fs00787-014-0622-z>
21. Bloomfield BS, Fischer AJ, Clark RR, Dove MB. Treatment of Food Selectivity in a Child with Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder Through Parent Teleconsultation. *Behav Anal Pract* [Internet]. 2019 Mar [citado 21 abril 2024];12(1):33. Disponible en: <https://doi.org/10.1007%2Fs40617-018-0251-y>
22. Kambanis PE, Thomas JJ. Assessment and treatment of avoidant/restrictive food intake disorder. *Curr Psychiatry Rep* [Internet]. 2023 Feb 1 [citado 22 abril 2024];25(2):53. Disponible en: <https://doi.org/10.1007%2Fs11920-022-01404-6>
23. Dumont E, Jansen A, Kroes D, de Haan E, Mulken S. A new cognitive behavior therapy for adolescents with avoidant/restrictive food intake disorder in a day treatment setting: A clinical case series. *Int J Eat Disord* [Internet]. 2019 Apr 1 [citado 21 abril 2024];52(4):447. Disponible en: <https://doi.org/10.1002/eat.23053>

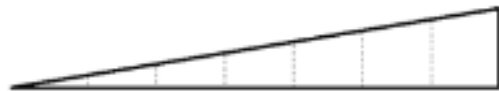
24. Zucker NL, LaVia MC, Craske MG, Foukal M, Harris AA, Datta N, et al. Feeling and Body Investigators (FBI) – ARFID division: an acceptance-based interoceptive exposure treatment for children with ARFID. *Int J Eat Disord* [Internet]. 2019 Apr 1 [citado 21 abril 2024];52(4):466. Disponible en: <https://doi.org/10.1002/eat.22996>
25. Enrojece J, Le Grange D. *Manual de tratamiento para la anorexia Nervosa: Un enfoque basado en la familia*. 2a ed. Nueva York: Guilford, 2013.
26. Le Grange D, Lock J. *Tratar la bulimia en adolescentes: un enfoque basado en la familia*. Nueva York: Guilford; 2007
27. Rosania K, Lock J. Family-Based Treatment for a Preadolescent With Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder With Sensory Sensitivity: A Case Report. *Front Psychiatry* [Internet]. 2020 May 8 [citado 23 abril 2024];11:502185. Disponible en: <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.00350>
28. Lock J, Sadeh-Sharvit S, L'Insalata A. Feasibility of conducting a randomized clinical trial using family-based treatment for avoidant/restrictive food intake disorder [Internet]. 2019 [citado 22 abril 2024];52(6), 746-751. Disponible en: <https://doi.org/10.1002/eat.23077>
29. Goday PS, Huh SY, Silverman A, Lukens CT, DODRILL P, Cohen SS, et al. Pediatric Feeding Disorder: Consensus Definition and Conceptual Framework. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* [Internet]. 2019 [citado 22 abril 2024];68(1):124. Disponible en: <https://doi.org/10.1097%2FMPG.0000000000002188>
30. Volkert VM, Burrell L, Berry RC, Waddle C, White L, Bottini S, et al. Intensive multidisciplinary feeding intervention for patients with avoidant/restrictive food intake disorder associated with severe food selectivity: An electronic health record review. *Int J Eat Disord* [Internet]. 2021 Nov 1 [citado 22 abril 2024];54(11):1978–88. Disponible en: <https://doi.org/10.1002/eat.23602>
31. Sharp WG, Stubbs KH, Adams H, Wells BM, Lesack RS, Criado KK, et al. Intensive, Manual-based Intervention for Pediatric Feeding Disorders: Results From a Randomized Pilot Trial. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* [Internet]. 2016 [citado 22 abril 2024];62(4):658–63. Disponible en: <https://doi.org/10.1097/MPG.0000000000001043>
32. Peral RT. Tratamiento nutricional en Pediatría [Internet]. 2023 [citado 22 abril 2024]; 49-55. Disponible en: https://www.nutricionemocional.es/sites/default/files/libro_de_casos_clinicos_en_nutricion_enteral_pediatica.pdf#page=55
33. Thomas JJ, Lawson EA, Micali N, Misra M, Deckersbach T, Eddy KT. Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder: A Three-Dimensional Model of Neurobiology with Implications for Etiology and Treatment. *Curr Psychiatry Rep* [Internet]. 2017 Aug 1 [citado 22 abril 2024];19(8):54. Disponible en: <https://doi.org/10.3390/>
34. Białek-Dratwa A, Szymańska D, Grajek M, Krupa-Kotara K, Szczepańska E, Kowalski O. ARFID—Strategies for Dietary Management in Children. *Nutrients* [Internet]. 2022 May 1 [citado 22 abril 2024];14(9). Disponible en: <https://doi.org/10.3390/nu14091739>

ANEXOS

ANEXO 1

EDY-Q

Please read through the following statements and check the box that describes you best.



Never
true

Always
true

1. If I was allowed to, I would not eat.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
2. Food/eating does not interest me.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
3. I do not eat when I'm sad, worried, or anxious.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
4. Other people think that I weigh too little.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
5. I would like to weigh more.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
6. I feel fat, even if other people do not agree with me.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
7. As long as I do not look too fat or weigh too much, everything else does not matter.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
8. I am a picky eater.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
9. I do not like to try new food.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
10. I am afraid of choking or vomiting while eating.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
11. I am afraid of swallowing food.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
12. I do not like to try food with a specific smell, taste, appearance, or a certain consistency (e.g., crispy or soft).	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
13. I like to eat things that are not meant for eating (e.g., sand).	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
14. I regurgitate food that I have already swallowed.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

ANEXO 2

Sample Workbook Characters

The Feels



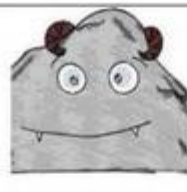
Betty the
Butterfly



Julie
Jitters



Samantha
Sweat



Ricky the
Rock



Tommy
Thunderbolt

The Eats



Harold the
Hunger Pain



Georgia the
Gut Growler



Solomon
Satisfied



Sabrina
Stuffed



Thurston
Thirsty

The Noisies



Victor
Vomit



Gassy
Gus



Gordon
Gotta Go



Gerta
Gotta Go



Gaggy
Greg

The Blahs and the Zoomies



Tina
Tired



Bertha
Blah



Otto Out-of-
Control



Ernie the
Energy Ball

The Ouches



Polly the
Pain



Harriet the
Headache

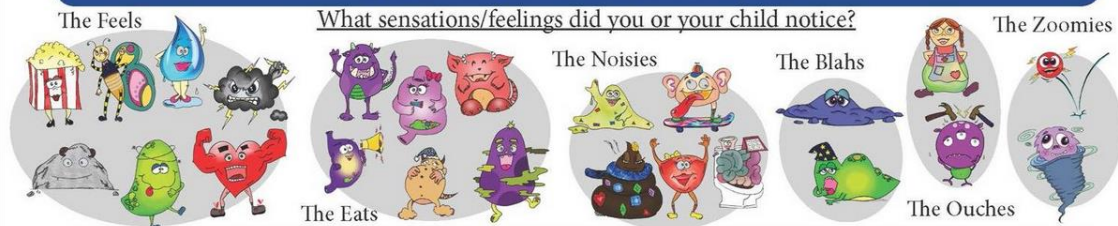


Patricia the
Poop Pain



Ella the
Emotional Pain

STEP 1: LISTEN TO YOUR BODY.



STEP 2: CONDUCT AN INVESTIGATION.

What were you doing? What was going on?

STEP 3: TAKE A GUESS AT WHAT THE SENSATION MAY MEAN.

Is it a feeling?

- I'm feeling excited.
- I'm feeling happy.
- I'm feeling scared.
- I'm feeling nervous.
- I'm feeling sad.
- I'm feeling disgusted.
- I'm feeling mad (at my friends, at my parents, at my teacher, at my siblings...)
- I'm missing my parents.
- I'm feeling lonely.
- I'm feeling tired.

Is it a type of pain?

- It is gas pain.
- It is hunger pain.
- It is overstuffed pain.
- It is muscle pain.
- It is emotional pain.
- It is worry pain (from thinking too hard about something)

Something else?

- _____
- _____

Or write or draw what you think the sensation means.

STEP 4: TRY A STRATEGY AND SEE WHAT HAPPENS.

If you are feeling excited or happy,

- Dance around!

If you are feeling scared, nervous, sad, or have emotional pain,

- Talk to someone.
- Get a hug from someone or hold someone's hand
- Draw a picture or write about it
- Do something that makes you laugh
- Take some slow, deep breaths and close your eyes

If you are feeling mad or disgusted,

- Yell really loudly.
- Do slow deep breathing and walk around.
- Make a firm but polite request about what you need.

If you are feeling lonely or missing your parents,

- Call or talk to someone
- Write a letter
- Play with an animal

If you are feeling tired,

- Rest

If you are feeling gas pain,

- Go to the bathroom, or pass gas.

If you are feeling hunger pain,

- Eat

If you are feeling overstuffed pain,

- Lay on the couch
- Go on a slow walk

If it is worry pain,

- If you can do something about it, make a plan. If you can't do anything, boss your worry around!

If you are feeling muscle pain,

- Get someone to rub your muscles or your ears
- Lay on a heating pad
- Take a nice hot bath

Something else?

- _____
- _____

Write or draw what you tried, how it went, or what you will try next time!

STEP 5: GO ON A BODY MISSION.

Have your child rate his or her pain or discomfort on the thermometer. Try proceeding with what your child was planning to do (e.g., go to school, finish a meal). Write down how it went.

Write or draw what you tried, how it went, or what you will try next time!

Session #	Workbook	Body Investigation	Lesson	Worksheets/Practice	Decision Point
Session 1: Introduction to Feeling and Body Investigators (FBI) – ARFID Division	Henry Heartbeat Gassy Gus Samantha Sweat Betty Butterfly	Which of two activities makes our heart beat faster or slower?	My heart changes to meet my needs.	Body Brainstorms (e.g., activities outside that make your heart beat faster or slower; things that make you sweat); Pick 2 sensations and draw what you were doing in your FBI journal.	
Session 2: The Eats ^a	Harold the Hunger Pain, Georgia the Gut Growler, Solomon Satisfied, Sabrina Stuffed	How many crackers are needed to move from Georgia to Solomon? (Compare parent's guess with child's guess.)	My body tells me if I'm hungry when I learn to listen.	Body Brainstorms (e.g., think of last meal you felt satisfied, last time you felt Harold); Learn Step 1 and 2 of Decision-Tree Worksheet (label and contextualize sensations).	Does child need additional practice with hunger and fullness detection? ^a If yes, assess energy and refuel after body investigations every session. Energy monitoring added to FBI-ARFID worksheet
Session 3: The Noisies ^a	Gassy Gus, Victor Vomit, Gaggy Greg, Gordon Gotta Go	Can we guess the location of our gag reflex?	My body has a lot of safety strategies to help me.		
Session 4: The Feels ^a	Betty Butterfly, Nauseous Ned, Julie Jitters, Ricky the Rock, Tommy Thunderbolt	How can we can get the most butterflies (e.g., sitting in the dark and telling scary stories, doing timed math problems)?	Butterflies help you get ready to face challenges.	Body Brainstorms (e.g., what gives you the butterflies? positive jitters?); Body Decision Tree Worksheet (all 5 steps from now on, with Hunger exercises if needed.) Body missions tailored to child's needs, for example, increasing energy intake.	Does child need additional practice with sensory aversions to food? ^b If yes, exteroceptive sessions (Sessions 5a – 5d) focusing on Appearance (e.g., Lumpy Lucy); Smell (e.g., Floral Fanny); Taste (e.g., Spicy Sahib); Texture (e.g., Clingy Clara) –, following the same format (education, exposure, lesson summary, generalization, practice)
Sample Exteroceptive Session 5a: The Looks ^{ab}	Smooth Stephanie, Bright Bea, Flawed Frankie	Sample Food Investigation: Examine effects of changes in appearance on taste.	Flaws can be friendly and fascinating.	Food Brainstorms (e.g., find 10 foods that are bright red); Food Investigations Worksheet	
Session 6: The Ouches, Part 1 ^{ab}	Polly Pain, Patricia the Poop Pain, Brenda the Brain, Ella the Emotional Pain	How fast can we run with a belt tight around the tummy? (Food exposure as needed.)	Pain is a messenger to help you take care of yourself.	Body Brainstorms (e.g., last time you had poop pain, fun things to do on the toilet); Decision Tree Worksheet (and/or Combined FBI-ARFID Worksheet with Sensory Challenges.)	