

# Trastorno alimentario por evitación y restricción en el autismo infantil: una revisión narrativa

Mercedes Ruiz Brunner<sup>1</sup> , Gabriela Macagno<sup>2</sup> , Mariana Laquis<sup>3</sup> , Elisabeth Cieri<sup>1</sup> ,  
Mariel Gabe<sup>2</sup> , Ana L. Condinanzi<sup>1</sup> , Carla Gil<sup>2</sup> , Eduardo Cuestas<sup>4</sup> 

## RESUMEN

El trastorno de evitación/restricción de ingesta alimentaria (TERIA) definido por el DMS-5, que afecta el crecimiento y desarrollo del niño, es frecuente en quienes tienen trastorno del espectro autista (TEA).

Esta actualización tiene por objetivo describir las causas, consecuencias, estrategias de detección y abordaje terapéutico del TERIA en niños con diagnóstico de TEA, en artículos científicos publicados.

Se incluyeron artículos originales, revisiones, metaanálisis y ensayos clínicos publicados entre enero de 2016 y febrero de 2025 en revistas con revisión por pares. La búsqueda se realizó en PubMed, Cochrane Library y Google Scholar con los descriptores "ARFID AND AUTISM". Se consideraron solo estudios en texto completo, en inglés o español, centrados en población pediátrica, y se identificaron 23 publicaciones relevantes.

En este trabajo se exploran cómo las características del TEA pueden influir en los síntomas del TERIA. A la luz de los hallazgos, se analizan recomendaciones y tratamientos basados en ensayos clínicos y metaanálisis.

**Palabras clave:** trastorno de la ingesta alimentaria evitativa/restrictiva; pediatría; conducta alimentaria; trastorno del espectro autista; nutrición del niño.

doi (español): <http://dx.doi.org/10.5546/aap.2025-10745>

doi (inglés): <http://dx.doi.org/10.5546/aap.2025-10745.eng>

**Cómo citar:** Ruiz Brunner M, Macagno G, Laquis M, Cieri E, Gabe M, Condinanzi AL, et al. Trastorno alimentario por evitación y restricción en el autismo infantil: una revisión narrativa. *Arch Argent Pediatr.* 2025;e202510745. Primero en Internet 9-OCT-2025.

<sup>1</sup> Instituto Universitario de Ciencias Biomédicas de Córdoba (IUCBC), Centro de Investigación en Medicina Traslacional Severo R. Amuchástegui (CIMETSA), Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET), Córdoba, Argentina;

<sup>2</sup> Instituto de Investigaciones Clínicas y Epidemiológicas (INICyE), Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Córdoba, Córdoba, Argentina; <sup>3</sup> Centro de Investigaciones en Nutrición Humana (CenINH), Escuela de Nutrición, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Córdoba, Córdoba, Argentina; <sup>4</sup> Segunda Cátedra de Clínica Pediátrica, Medicina, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Córdoba, Córdoba, Argentina.

**Correspondencia para Mercedes Ruiz Brunner:** [mercedesruizb@fcm.unc.edu.ar](mailto:mercedesruizb@fcm.unc.edu.ar)

**Financiamiento:** Este estudio fue financiado por el Proyecto Consolidar, a cargo del Dr. Eduardo Cuestas, y por el Proyecto Formar, a cargo de la Dra. Elisabeth Cieri, de la Secretaría de Ciencia y Tecnología de la Universidad Nacional de Córdoba (Resolución n.o 258/23).

**Conflicto de intereses:** Ninguno que declarar.

**Recibido:** 8-5-2025

**Aceptado:** 18-8-2025



Esta obra está bajo una licencia de Creative Commons Atribución-No Comercial-Sin Obra Derivada 4.0 Internacional. Atribución — Permite copiar, distribuir y comunicar públicamente la obra. A cambio se debe reconocer y citar al autor original. No Comercial — Esta obra no puede ser utilizada con finalidades comerciales, a menos que se obtenga el permiso. Sin Obra Derivada — Si remezcla, transforma o crea a partir del material, no puede difundir el material modificado.

## INTRODUCCIÓN

La alimentación en la infancia constituye un proceso dinámico y complejo que trasciende la mera ingestión de alimentos; implica la coordinación de múltiples sistemas, como el gastrointestinal, el nervioso, el respiratorio y el musculoesquelético. Asimismo, requiere el desarrollo progresivo de habilidades motoras, conductuales y relacionales que son adquiridas por los niños a lo largo de su crecimiento.<sup>1</sup> Cuando alguna de estas áreas se ve alterada, pueden surgir trastornos de la alimentación.<sup>2</sup> Se estima que entre el 25 % y el 40 % de los niños con desarrollo típico presentan alguna dificultad alimentaria durante su crecimiento, que en la mayoría de los casos se resuelve espontáneamente.<sup>3</sup> En cambio, cuando persisten o se agravan, pueden derivar en cuadros clínicos más complejos, como el trastorno de evitación/restricción de la ingesta de alimentos (TERIA, o ARFID por sus siglas en inglés: *Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder*).<sup>4</sup>

En los últimos años, se ha observado un creciente interés por la relación entre el TERIA y el trastorno del espectro autista (TEA). El TEA constituye un conjunto de condiciones del neurodesarrollo caracterizadas por alteraciones en la comunicación e interacción social, junto con patrones de comportamiento e intereses restringidos y repetitivos.<sup>4</sup> La evidencia disponible indica que la prevalencia de TERIA es significativamente mayor en niños con TEA.<sup>5</sup> Ambas condiciones comparten múltiples características clínicas en relación con la alimentación, como hipersensibilidades sensoriales, selectividad alimentaria extrema y dietas escasamente variadas.<sup>6,7</sup> Esto sugiere posibles mecanismos etiopatogénicos comunes.

A pesar de la relevancia clínica de esta asociación, la literatura que analiza de manera sistemática y articulada la intersección entre TERIA y TEA sigue siendo escasa y dispersa. Por este motivo, se decidió llevar a cabo una revisión narrativa que permitiera sintetizar la evidencia actual. El objetivo es responder a la pregunta: “¿Qué se sabe hasta el momento sobre las causas, consecuencias, estrategias de detección y abordaje terapéutico del TERIA en niños con diagnóstico de TEA?”.

## MÉTODOS

El presente trabajo fue concebido como una revisión narrativa. Para ello, se contempló la inclusión de artículos originales, revisiones

narrativas, revisiones sistemáticas, metaanálisis y ensayos clínicos publicados en revistas científicas con revisión por pares.

La búsqueda bibliográfica fue realizada en tres bases de datos electrónicas de acceso internacional: PubMed, perteneciente a la Biblioteca Nacional de Medicina de los Estados Unidos (NIH); Cochrane Library, especializada en revisiones sistemáticas y evidencia clínica de alta calidad; y Google Scholar, con el fin de ampliar la sensibilidad de la búsqueda e identificar literatura gris potencialmente relevante. La estrategia de búsqueda se efectuó sin restricción temporal, incluyendo todas las publicaciones disponibles desde enero 2016 hasta febrero de 2025. Se emplearon los descriptores: *ARFID AND AUTISM*, y se aplicaron filtros para restringir los resultados a artículos de tipo revisión, revisión sistemática, metaanálisis y ensayo clínico. Solo fueron considerados aquellos estudios disponibles en texto completo y redactados en idioma inglés o español.

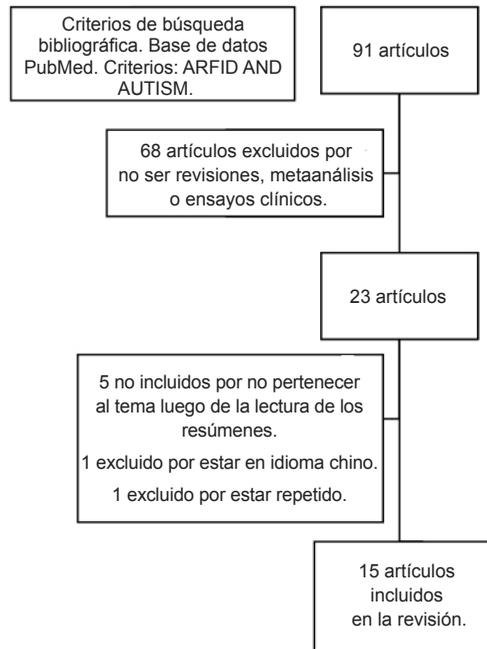
Fueron incluidos los estudios que abordaran explícitamente aspectos del TERIA/ARFID en población pediátrica (de 0 a 18 años) con diagnóstico confirmado de TEA. Se excluyeron aquellos trabajos que se centraran exclusivamente en población adulta, los que no establecieran una relación explícita entre TEA y TERIA, así como también las comunicaciones breves, cartas al editor, editoriales, resúmenes de congresos sin datos, duplicados y versiones preliminares de artículos ya publicados (*Figura 1*). Esta estrategia permitió identificar un total de 23 publicaciones, de las que se incluyeron 15 (*Material complementario 1*).

## DEFINICIÓN Y EPIDEMIOLOGÍA

El TERIA tiene un origen multifactorial —biológico, psicológico y ambiental— y se caracteriza por la restricción o evitación alimentaria que impacta significativamente en el peso, los requerimientos nutricionales o el funcionamiento psicosocial.<sup>2,6,8,9</sup> El cuadro clínico se distingue por conductas alimentarias como inapetencia, selectividad o aversión a comer (incluidas causas postraumáticas), las cuales pueden manifestarse a cualquier edad y persistir hasta la adultez.<sup>1,10,11</sup>

En el año 2013 el TERIA fue clasificado dentro de los trastornos alimentarios del DSM-5 para abarcar un conjunto de condiciones que no contaban con un diagnóstico específico hasta el momento. El TERIA se distingue de

**FIGURA 1. Flujograma de la búsqueda bibliográfica realizada**



otros como la anorexia, al no estar relacionado con la imagen corporal, la disponibilidad de alimentos ni con prácticas culturales, religiosas o médicas.<sup>4,6</sup> Para su diagnóstico, deben existir consecuencias clínicas como alteraciones en el

peso, crecimiento o déficit nutricional, lo cual lo diferencia de una simple selectividad alimentaria (Tabla 1).<sup>4</sup> Cabe aclarar que el déficit nutricional puede presentarse en niños que presenten un peso adecuado para su edad y talla, o en quienes

**TABLA 1. Características del trastorno de evitación/restricción de ingesta alimentaria (TERIA)**

**Código DSM-5 307.59 (F50.8)**

**Criterios diagnósticos de TERIA según DSM-5 (2013)**

A. Trastorno de la conducta alimentaria y de la ingesta de alimentos (p. ej., falta de interés aparente por comer o alimentarse; evitación a causa de las características organolépticas de los alimentos; preocupación acerca de las consecuencias repulsivas de la acción de comer) que se pone de manifiesto por el fracaso persistente para cumplir las adecuadas necesidades nutritivas y/o energéticas asociadas a uno (o más) de los hechos siguientes:

1. Pérdida de peso significativa (o fracaso para alcanzar el aumento de peso esperado o crecimiento escaso en los niños).
2. Deficiencia nutritiva significativa.
3. Dependencia de la alimentación enteral o de suplementos nutritivos por vía oral.
4. Interferencia importante en el funcionamiento psicosocial.

B. El trastorno no se explica mejor por la falta de alimentos disponibles o por una práctica asociada culturalmente aceptada.

C. El trastorno de la conducta alimentaria no se produce exclusivamente en el curso de la anorexia nerviosa o la bulimia nerviosa, y no hay pruebas de un trastorno en la forma en que uno mismo experimenta el propio peso o constitución.

D. El trastorno de la conducta alimentaria no se puede atribuir a una afección médica concurrente o no se explica mejor por otro trastorno mental. Cuando el trastorno de la conducta alimentaria se produce en el contexto de otra afección o trastorno, la gravedad del trastorno de la conducta alimentaria excede a la que suele asociarse a la afección o trastorno y justifica la atención clínica adicional.

Especificar si:

En remisión: Después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para los trastornos de la conducta alimentaria y de la ingesta de alimentos, los criterios no se han cumplido durante un período continuado.

**Tipos de TERIA**

- TERIA de ingesta limitada: falta de apetito o interés por comer.
- TERIA selectivo: selectividad al comer por sensibilidad sensorial (más frecuente en niños con TEA).
- TERIA aversivo: miedo o aversión postraumática.
- TERIA combinado (más de un subtipo) (Tomaszek, 2025).

presentan sobrepeso u obesidad.

Se describen tres formas clínicas: falta de interés por comer (inapetencia), selectividad por sensibilidad sensorial (neofobia, variedad limitada), y evitación por experiencias aversivas (traumáticas); además, se reconoce un subtipo mixto.<sup>12,13</sup> En personas con TEA, predomina la forma sensorial<sup>14</sup> (Tabla 1).

La prevalencia de conductas alimentarias alteradas es mayor en niños y adolescentes con rasgos de autismo o TEA.<sup>8,15</sup> Un estudio canadiense mostró que la incidencia de TERIA es de 2,02 cada 100 000 personas de 5 a 18 años. En esta población, entre el 8,2 % y el 54,8 % presentaban autismo.<sup>16</sup> Sin embargo, no se cuenta con datos de prevalencia precisos a nivel mundial. Se estima que los niños con TEA tienen cinco veces más chances de presentar dificultades en su alimentación que sus pares con desarrollo típico.<sup>17</sup> Los niños con TEA muestran una mayor incidencia de selectividad alimentaria, neofobia y patrones alimentarios y conductuales restrictivos, posibles manifestaciones de TERIA.<sup>18</sup> La coocurrencia de TERIA y TEA ronda entre el 50 % y el 80 %, con variabilidad según los estudios.<sup>6,8,13,19</sup> El TERIA suele iniciarse en la infancia o adolescencia, sin consenso sobre

diferencias por sexo.<sup>20</sup> La presencia de TEA debe considerarse como un indicador clínico o signo de alerta para la evaluación sistemática de posible condición asociada con TERIA, dada la alta prevalencia de coocurrencia entre ambas condiciones en la población pediátrica. El DSM-5 aclara que, en personas con TEA, los comportamientos alimentarios rígidos o la sensibilidad sensorial no son suficientes para el diagnóstico de TERIA. Este requiere al menos un criterio de impacto clínico en la nutrición y/o la salud, como se explica en la Tabla 1.<sup>4</sup>

### CAUSAS DEL TRASTORNO DE EVITACIÓN/RESTRICCIÓN DE INGESTA ALIMENTARIA EN NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES CON TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA

La etiología del TERIA infantil, al igual que la de todos los trastornos alimentarios, resulta multifactorial y de la combinación de factores biológicos,<sup>21,22</sup> psicológicos,<sup>3,8,9</sup> ambientales,<sup>10</sup> sensoriales, conductuales y gastrointestinales propios de la persona.<sup>15</sup> Estos factores se amplían en la Tabla 2.

Dentro de los factores ambientales, la familia y los cuidadores cumplen un importante rol en la formación de los hábitos alimentarios

**TABLA 2. Factores asociados al desarrollo del trastorno de evitación/restricción de ingesta alimentaria en niños, niñas y adolescentes con trastorno del espectro autista**

Factor	Descripción	Ejemplos/relevancia en TEA
<b>Biológicos</b>	Alteraciones hormonales y de péptidos reguladores del apetito, alteraciones en la percepción del gusto, falta de exposición a sabores y sensibilidad sensorial. <sup>21,22</sup>	Procesamiento sensorial atípico en hasta el 97 % de las personas con TEA. <sup>14,24</sup>
<b>Psicológicos</b>	Estrés temprano vinculado a alteraciones en la alimentación como pueden ser factores intrauterinos, prematuridad, alteraciones vinculares y eventos traumáticos durante el desarrollo. <sup>3,8,9</sup>	Es necesario abordar estas experiencias de estrés temprano en la anamnesis.
<b>Ambientales</b>	Hábitos familiares, estilo de crianza, prácticas alimentarias como una alimentación poco variada en la familia, presión u obligación al niño para que coma o pruebe nuevos alimentos y texturas. <sup>10</sup>	Dentro de los estilos parentales, el autoritativo (receptivo) es el más apropiado. <sup>10,23</sup>
<b>Sensoriales</b>	Principales causas del TERIA. Hipersensibilidad a texturas, sabores, olores y colores.	Los niños con TEA tienen más rechazo de alimentos por sus texturas, consistencias, preparaciones de varios ingredientes. <sup>28</sup>
<b>Conductuales</b>	Rigidez, preferencias marcadas, conductas disruptivas durante las comidas.	Rechazo frecuente a frutas/vegetales; preferencia por comidas simples. <sup>10,28</sup>
<b>Gastrointestinales</b>	Reflujo, constipación, dolor abdominal que alteran el apetito o causan aversión alimentaria.	Pueden afectar las habilidades de los niños para concentrarse. <sup>13</sup>

TEA: trastorno del espectro autista.

en la infancia. El tipo de crianza utilizado influirá significativamente. Dentro de los estilos parentales, se presentan como obstáculo los modelos autoritarios (controlador), permisivo (indulgente) y negligente. Se destaca como beneficioso la práctica del modelo autoritativo (receptivo). El estilo autoritativo (receptivo) se caracteriza por tener una orientación estructurada considerando los deseos del niño. Permite tanto la aceptación como el rechazo de los nuevos alimentos, pero estableciendo límites adecuados.<sup>10,23</sup>

En niños, niñas y adolescentes que presentan TEA, la sensibilidad sensorial es señalada como una de las principales causas del TERIA; actualmente es el factor más citado en la literatura.<sup>10</sup> La sensibilidad sensorial hace que respondan de forma desproporcionada a estímulos, lo que limita el consumo de alimentos desconocidos, por su textura o por su tipo de presentación.<sup>10,24</sup> El procesamiento sensorial atípico se presenta en hasta el 97 % de las personas con TEA aumentando la posibilidad de presentar selectividad alimentaria y TERIA.<sup>14,25</sup>

La neofobia alimentaria, referida al miedo de comer alimentos nuevos, es frecuente en niños. En niños con TEA la neofobia, que en general suele ser transitoria, tiende a permanecer en el tiempo.<sup>26,27</sup> En quienes presentan TEA, se pueden observar también conductas disruptivas a la hora de comer y preferencias marcadas, con un rechazo más frecuente a los vegetales y frutas.<sup>10,28</sup>

Finalmente, los problemas gastrointestinales –frecuentes en niños con TEA– pueden contribuir al rechazo alimentario al generar dolor, inapetencia o malestar que muchas veces no logran comunicar verbalmente.<sup>28-30</sup> Es esencial considerar estos factores en el abordaje terapéutico.

### RECOMENDACIONES PARA EL DIAGNÓSTICO TEMPRANO DEL TRASTORNO DE EVITACIÓN/RESTRICCIÓN DE INGESTA ALIMENTARIA

Niños, niñas y adolescentes con TEA deben ser adecuadamente evaluados de forma frecuente para detectar síntomas de TERIA mediante una anamnesis clínica detallada y así lograr una detección temprana, antes de que existan complicaciones mayores.<sup>16,19,31</sup> El abordaje debe ser realizado por un equipo multidisciplinario de salud para buscar que el niño maneje situaciones de ansiedad al alimentarse e

incentivar a ampliar la variedad de alimentos que consume.<sup>7,8</sup> Esto evitará el aumento del riesgo de que se produzcan comorbilidades asociadas y complicaciones que afecten el desarrollo.<sup>9</sup>

La evaluación nutricional alimentaria en personas con TEA y sospecha o diagnóstico de TERIA debe incluir:<sup>10</sup>

- Anamnesis alimentaria detallada con registro alimentario (evaluar la ingesta energética, de macro- y micronutrientes).
- Evaluación antropométrica completa a partir de patrones de referencia.
- Búsqueda de complicaciones médicas agudas, crónicas y secundarias a la desnutrición, sobrepeso/obesidad y déficit de micronutrientes.
- Descartar enfermedades orgánicas como trastornos gastrointestinales, alergias alimentarias, enfermedad de Crohn, etc.

Además, se sugiere realizar un abordaje interdisciplinario acompañando con evaluaciones clínicas completas, oftalmológica, neurológica y psicológica, cuya indicación deberá establecerse en función del tipo, gravedad y cronicidad de la selectividad alimentaria.<sup>19</sup>

### COMPLICACIONES DEL TRASTORNO DE EVITACIÓN/RESTRICCIÓN DE INGESTA ALIMENTARIA EN POBLACIONES PEDIÁTRICAS CON TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA

Las consecuencias del TERIA incluyen afectación del estado nutricional, como retraso del crecimiento, deficiencias de micronutrientes y dependencia de suplementos nutricionales. Asimismo, genera un impacto significativo en el funcionamiento psicosocial y, en algunos casos, puede asociarse con sobrepeso.<sup>20</sup>

La coexistencia de TERIA y autismo puede llevar a una dieta particularmente restringida y a problemas graves de deficiencia nutricional con complicaciones a largo plazo (*Tabla 3*). En los niños con TEA, se observa un bajo consumo de frutas y verduras, pescados, lácteos y alto consumo de productos alimentarios ultraprocesados de elevada densidad energética y escaso valor nutricional, tales como jugos, bebidas azucaradas y *snacks*.<sup>8,32</sup>

### ASPECTOS GENÉTICOS ASOCIADOS AL TRASTORNO DE EVITACIÓN/RESTRICCIÓN DE INGESTA ALIMENTARIA

Tanto el ser quisquilloso al comer (*picky eater*) como la neofobia hacia los alimentos son

características consideradas con elevado grado de heredabilidad,<sup>16,33</sup> presentando una fuerte reacción de miedo hacia el alimento o todo un grupo de alimentos.<sup>34,35</sup> Alrededor del 70 % de la heredabilidad en el desarrollo del TERIA es debida a la variación genética entre individuos.<sup>33</sup>

Si bien el TEA y el TERIA coexisten frecuentemente, esta asociación no puede generalizarse a todas las personas. Se propone que los fenotipos vinculados al TERIA son moderadamente hereditarios, y que el grado de heredabilidad y la naturaleza de las variantes genéticas subyacentes puedan vincularse a las formas en que se presenta.<sup>36</sup>

Entre los hallazgos genéticos relevantes, se identificó un polimorfismo de un solo nucleótido (SNP) en el cromosoma 5, próximo al gen *ZWIM6*, asociado previamente con trastornos

del neurodesarrollo como la esquizofrenia y el deterioro cognitivo.<sup>36</sup> También se han encontrado variantes *de novo* en este gen en pacientes sin discapacidad intelectual, pero con sintomatología gastrointestinal significativa.<sup>37</sup>

Si bien algunos análisis genéticos infieren que existirían vínculos genéticos, aún queda mucho por estudiar. A futuro, la información genética servirá para comprender si el TERIA comparte etiología común con trastornos de la conducta alimentaria o del neurodesarrollo generando potencial impacto en su abordaje y tratamiento.<sup>31</sup>

### MICROBIOTA: SU RELACIÓN CON EL TRASTORNO DE EVITACIÓN/RESTRICCIÓN DE INGESTA ALIMENTARIA EN POBLACIÓN PEDIÁTRICA CON AUTISMO

La composición y función de la microbiota

**TABLA 3. Deficiencias nutricionales, síntomas físicos y complicaciones asociadas al trastorno de evitación/restricción de ingesta alimentaria**

#### Deficiencias nutricionales

- Vitamina A y carotenos
- Vitaminas del complejo B: B1, B2, B3, B6, B9, B12
- Vitamina C
- Vitamina D
- Vitamina E
- Calcio
- Zinc
- Magnesio
- Potasio
- Hierro
- Cobre
- Selenio

#### Síntomas físicos

- Trastornos gastrointestinales
- Estreñimiento
- Úlceras
- Reflujo gastroesofágico
- Vómitos
- Dolor abdominal

#### Complicaciones en situaciones crónicas

- Anemias
- Ansiedad
- Desarrollo cognitivo y emocional deteriorado
- Desnutrición y/o retraso del crecimiento
- Dificultades para respirar y/o moverse
- Disfunción hepática
- Edemas
- Escorbuto
- Funcionamiento inmunológico comprometido
- Gingivitis
- Osteopenia, raquitismo o alteración del metabolismo óseo
- Neuropatía óptica secundaria a hipovitaminosis A, del complejo B y oligoelementos
- Pseudoobstrucción intestinal aguda (síndrome de Ogilvie)
- Trastornos psiquiátricos emergentes, como obsesión/rigidez y sensibilidad sensorial

intestinal está dada por múltiples factores como el tipo de parto, genética, dieta, actividad física, uso de antibióticos y exposición ambiental.<sup>38</sup> La selectividad alimentaria y falta de diversidad dietética está asociada al TERIA y a problemas gastrointestinales debido a cambios en la microbiota intestinal, que muestra un aumento de bacterias potencialmente dañinas y disminución de aquellas beneficiosas.<sup>6,13</sup> Los niños con TERIA pueden presentar cambios en la diversidad de la microbiota intestinal comparados con sus pares.<sup>13</sup>

Las investigaciones sobre la composición de la microbiota en niños con TEA siguen siendo inconsistentes y contradictorias.<sup>13</sup> Se ha reportado un aumento de bacterias como *Faecalibacterium*, *Parabacteroides* y *Clostridium*, y una disminución de *Bifidobacterium* y *Lactobacillus*, especies reconocidas por sus efectos beneficiosos.<sup>39,40</sup> Este perfil bacteriano sugiere un estado disbiótico que puede contribuir a la patogénesis de TERIA.

El eje intestino-cerebro, que integra el tracto gastrointestinal y el sistema nervioso central, cumple un rol fundamental en la modulación de la función cerebral y el comportamiento, y ha sido señalado como un posible factor vinculado al TEA.<sup>13,41</sup> Posiblemente, esto se debe a una retroalimentación negativa que se genera debido a la poca variedad en la dieta por el TERIA. Como consecuencia, se intensifican los síntomas de TEA por vía de una neuroinflamación y producción alterada de neurotransmisores y respuestas aumentadas al estrés.<sup>13,42</sup> La disbiosis intestinal podría empeorar los síntomas del TEA a través de múltiples mecanismos biológicos y vías metabólicas, que aún falta estudiar.<sup>13</sup>

Para mejorar la microbiota, se sugiere mejorar la alimentación de las personas con TERIA incluyendo alimentos naturales. El consumo de probióticos y la actividad física regular también son agentes que mejorarán la salud intestinal. Esto podría ayudar a mejorar algunos síntomas del TEA vinculados a malestares gastrointestinales.<sup>13</sup> Aún se deben ampliar las investigaciones sobre el tratamiento, dosificación y efecto de la alimentación en la microbiota y conducta de niños, niñas y adolescentes con TEA.

### **INTERVENCIONES PARA EL TRATAMIENTO DEL TRASTORNO DE EVITACIÓN/RESTRICCIÓN DE INGESTA ALIMENTARIA EN PERSONAS CON AUTISMO**

Si bien no se han realizado muchos ensayos clínicos ni metaanálisis en poblaciones pediátricas

para el tratamiento del TERIA y el TEA, diversos estudios han reportado resultados favorables con las terapias de abordaje conductual y la educación nutricional (*Tabla 4*). En las terapias de abordaje conductual, se destaca el “análisis conductual aplicado” conocido como ABA (por sus siglas en inglés de “*Applied Behavior Analysis*”). ABA está basado en tres principios básicos: refuerzo, extinción y estímulos.<sup>16</sup> Las estrategias de abordaje de la conducta son las más documentadas. Dentro de las estrategias de intervención conductual, se incluyen refuerzos positivos, extinción, desvanecimiento y, en menor medida, atención diferencial y refuerzos negativos.<sup>15,43</sup>

La intervención temprana en niños con TEA y TERIA es crucial, ya que puede ser necesario incluir suplementación nutricional, terapia cognitivo-conductual y enfoques de modificación de comportamiento, aunque la evidencia sobre la efectividad de estas intervenciones aún es limitada.<sup>7</sup>

Las terapias grupales donde equipos interdisciplinarios de profesionales de la salud supervisan la alimentación han demostrado tener buen efecto.<sup>15</sup> La capacitación y el entrenamiento de los profesionales de la salud para trabajar en equipo resultan efectivos y necesarios.<sup>44,45</sup> Estas terapias multidisciplinarias se acompañan con educación alimentaria nutricional a las familias y cuidadores.<sup>15</sup>

Dentro de los programas estructurados, se ha realizado un ensayo clínico aleatorizado para el tratamiento de selectividad alimentaria moderada-grave en TEA utilizando el plan de manejo de las aversiones a la comida y la variedad limitada (MEAL, por sus siglas en inglés *Managing Eating Aversions and Limited variety*), que demostró tener buena efectividad.<sup>45</sup> El plan MEAL incluye diez sesiones grupales de 90 minutos y seguimientos en 16 semanas de tratamiento. Lo que diferencia al plan MEAL de otros programas de educación parental es que, además de capacitaciones con contenidos para las familias, se realiza un seguimiento de los niños, se diseñan estrategias específicas para cada niño, y se cuenta con actividades prácticas como juegos de rol y demostraciones.<sup>45</sup> Otras intervenciones que incluyan estos principios podrían estudiarse a futuro en ensayos clínicos.

Sobre la base de lo desarrollado, se realiza una síntesis de las estrategias para el tratamiento del TERIA en niños con TEA presentadas en la *Figura 2*.

**TABLA 4. Sistematización de intervenciones para el tratamiento del trastorno de evitación/restricción de ingesta alimentaria en niños con trastorno del espectro autista basados en revisiones, metaanálisis y ensayos clínicos**

Artículo	País	Objetivo	Tipo de artículo	Tipo de tratamiento	Resultado
Sarcia B. 2021 <sup>(16)</sup>	EE. UU.	La intención de este artículo es proporcionar una visión general de las intervenciones ABA utilizadas para abordar el comportamiento desafiante a la hora de comer.	Revisión literaria	Análisis conductual aplicado (ABA por sus siglas en inglés de <i>Applied Behavior Analysis</i> )	<sup>a</sup> Explica lo que es la terapia ABA. <sup>b</sup> Presenta resultados de la terapia ABA utilizando reforzadores y estrategias de extinción de conductas. <sup>c</sup> Informa que hay pocos estudios sobre los efectos a largo plazo de su aplicación.
Sharp WG, Burrell TL, Berry RC, Stubbs KH, McCracken CE, Gillespie SE, Scahill L. 2019 <sup>(45)</sup>	EE. UU.	El objetivo fue evaluar la viabilidad y eficacia inicial de un programa estructurado de formación de padres para niños con TEA y selectividad alimentaria moderada.	Ensayo clínico aleatorizado con duración de 16 semanas. Grupo A: 19 niños con TEA y selectividad alimentaria cuyas familias recibieron el programa estructurado (plan MEAL <sup>1</sup> ) Grupo B (control): 19 niños con TEA y selectividad alimentaria cuyas familias recibieron educación parental.	10 sesiones estructuradas de 90 minutos a grupos de padres de niños con TEA. A un grupo se le asignó el plan MEAL que, además de la formación de las familias, incluye juego de roles, actividades prácticas y estrategias específicas diseñadas para cada niño. Incluye intervenciones conductuales y educación nutricional. El programa de educación parental contaba con contenidos estructurados, pero no incluía a los niños.	<sup>a</sup> Se observaron mayores respuestas positivas en las familias que realizaron el programa estructurado MEAL. <sup>b</sup> El plan MEAL, al incluir intervenciones personalizadas y adaptadas a cada niño, mostró mayor efectividad en el tratamiento de la selectividad alimentaria <sup>c</sup> Las terapias de grupo que incluyen la formación de padres presentan efectos positivos en la mejora de la selectividad alimentaria en niños con TEA.
Sharp WG, Volkert VM, Scahill L, McCracken CE, McElhanon B. A Systematic 2017 <sup>(15)</sup>	EE. UU.	Su objetivo fue evaluar los modelos de atención y realizar un metaanálisis de los resultados del programa para los niños que reciben una intervención intensiva y multidisciplinaria para los trastornos alimentarios pediátricos.	Metaanálisis Estudios del 2000 al 2015 Se incluyeron 11 estudios que en total reunían 593 pacientes.	Tratamiento de supervisión de comidas por equipo multidisciplinario. Intervenciones estudiadas: * Intervención conductual. * Educación nutricional. * Ejercicios oromotores. * Retiro de sonda de alimentación.	<sup>a</sup> El comer en el centro de tratamiento bajo supervisión muestra mejores efectos en el tratamiento de problemas graves. <sup>b</sup> La intervención conductual resultó positiva. Dentro de las estrategias de intervención conductual, se incluyeron refuerzos positivos, extinción, desvanecimiento y, en menor medida, atención diferencial, refuerzos negativos, costo de respuesta, y otras. <sup>c</sup> La dependencia de alimentación enteral por sonda se eliminó en el 70 % de los casos <sup>d</sup> Las intervenciones de supervisión multidisciplinaria de las comidas generaron aumento del consumo oral, mejoría de comportamientos al momento de la comida y reducción del estrés parental.

<p>Sharp WG, Stubbs KH, Adams H, Wells BM, Lesack RS, Criado KK, Simon EL, McCracken CE, West LL, Scahill LD. 2016<sup>(44)</sup></p>	<p>EE. UU.</p>	<p>El objetivo de este estudio piloto fue investigar la viabilidad y la eficacia preliminar de una intervención conductual intensiva basada en un manual de capacitación para niños con TERIA que presenten rechazo crónico a la comida y dependencia de la alimentación enteral o de suplementos de fórmula nutricional oral.</p>	<p>Ensayo clínico piloto con 20 niños. El tratamiento tuvo una duración de 5 días consecutivos. 10 niños recibieron el tratamiento y 10 niños no lo recibieron.</p>	<p>* Entrenamiento a profesionales basado en un manual estructurado llamado iEAT. * El tratamiento consiste en supervisar y abordar con estrategias conductuales 14 momentos de alimentación en 5 días consecutivos, cada uno de 40 minutos. * En los últimos momentos de alimentación participan los padres, quienes reciben un entrenamiento.</p>	<p><sup>a</sup> Se prueba que el entrenamiento a terapeutas basado en un manual puede ser efectivo para el abordaje conductual de los comportamientos a la hora de comer de niños con TERIA. <sup>b</sup> Esta es solo una prueba piloto que requiere una muestra mayor y mejor profundización del abordaje. <sup>c</sup> Este es un estudio previo del mismo grupo de investigación que luego desarrolla el plan MEAL.</p>
---	----------------	--	---	---	---

MEAL: Managing Eating Aversions and Limited variety; TEA: trastorno del espectro autista; TERIA: trastorno de evitación/restricción de ingesta alimentaria; ABA: Applied Behavior Analysis.

## CONCLUSIÓN

Los problemas alimentarios deben reconocerse como multifactoriales, especialmente en población pediátrica. Es importante realizar evaluaciones alimentarias y nutricionales completas de forma rutinaria para la detección e intervención temprana del TERIA en niños, niñas y adolescentes con TEA.

Si bien esta revisión narrativa permite reunir hallazgos relevantes, la evidencia disponible aún es limitada y heterogénea. Aun así, se reconoce que deben abordarse aspectos conductuales y de educación alimentaria nutricional, mediante estrategias elaboradas específicas para cada niño con un enfoque interdisciplinario que involucre a las familias. A pesar de los hallazgos presentados, se requieren estudios de mayor calidad metodológica, longitudinales y comparativos. ■

El material complementario que acompaña este artículo se presenta tal como ha sido remitido por los autores. Se encuentra disponible en: [https://www.sap.org.ar/docs/publicaciones/archivosarg/2026/10745\\_Act\\_RuizBrunner\\_Anexo.pdf](https://www.sap.org.ar/docs/publicaciones/archivosarg/2026/10745_Act_RuizBrunner_Anexo.pdf)

## REFERENCIAS

- Bryant-Waugh R, Markham L, Kreipe RE, Walsh BT. Feeding and eating disorders in childhood. *Int J Eat Disord.* 2010;43(2):98-111.
- Bertrand V, Dhenin C, Déchelotte P, Faerber M. Delayed avoidant restrictive food intake disorder diagnosis leading to Ogilvie's syndrome in an adolescent. *Eat Weight Disord.* 2022;27(5):1913-8.
- Saure C, Zonis LN, Sanguinetti XG, Kovalskys I. Dificultades alimentarias en la infancia: una revisión narrativa. *Arch Argent Pediatr.* 2024;122(5):e202310200.
- Asociación Americana de Psiquiatría. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5). 5ta ed. Madrid: Panamericana; 2014.
- Chistol LT, Bandini LG, Must A, Phillips S, Cermak SA, Curtin C. Sensory Sensitivity and Food Selectivity in Children with Autism Spectrum Disorder. *J Autism Dev Disord.* 2018;48(2):583-91.
- Sader M, Weston A, Buchan K, Kerr-Gaffney J, Gillespie-Smith K, Sharpe H, et al. The Co-Occurrence of Autism and Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder (ARFID): A Prevalence-Based Meta-Analysis. *Int J Eat Disord.* 2025;58(3):473-88.
- Keski-Rahkonen A, Ruusunen A. Avoidant-restrictive food intake disorder and autism: Epidemiology, etiology, complications, treatment, and outcome. *Curr Opin Psychiatry.* 2023;36(6):438-42.
- 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.
- Cerniglia L, Marzilli E, Cimino S. Emotional-behavioral functioning, maternal psychopathologic risk and quality of mother-child feeding interactions in children with avoidant/restrictive food intake disorder. *Int J Environ Res Public Health.* 2020;17(11):3811.
- 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.
- Milano K, Chatoor I, Kerzner B. A Functional Approach to Feeding Difficulties in Children. *Curr Gastroenterol Rep.*

**FIGURA 2. Estrategias para el manejo del trastorno de la evitación/restricción de ingesta alimentaria en niños con trastorno del espectro autista**



TERIA: trastorno de evitación/restricción de la ingesta alimentaria. Programa MEAL<sup>1</sup> por sus siglas en inglés Managing Eating Aversions and Limited variety (Sharp et al., 2019).

- 2019;21(10):51.
- O'Neill EK, Mankad K, Bowman R, Thompson DA. Electrophysiological assessment of nutritional optic neuropathy: a case report. *Doc Ophthalmol*. 2023;146(2):181-9.
  - Tomaszek N, Urbaniak AD, Bałdyga D, Chwesiuk K, Modzelewski S, Waszkiewicz N. Unraveling the Connections: Eating Issues, Microbiome, and Gastrointestinal Symptoms in Autism Spectrum Disorder. *Nutrients*. 2025;17(3):486.
  - Bourne L, Mandy W, Bryant-Waugh R. Avoidant/restrictive food intake disorder and severe food selectivity in children and young people with autism: A scoping review. *Dev Med Child Neurol*. 2022;64(6):691-700.
  - Sharp WG, Volkert VM, Scahill L, Mccracken CE, Mcelhanon B. A Systematic Review and Meta-Analysis of Intensive Multidisciplinary Intervention for Pediatric Feeding Disorders: How Standard Is the Standard of Care? *J Pediatr*. 2017;181:116-24.
  - Sarcia B. The Impact of Applied Behavior Analysis to Address Mealtime Behaviors of Concern Among Individuals with Autism Spectrum Disorder. *Psychiatr Clin North Am*. 2021;44(1):83-93.
  - Sharp WG, Berry RC, McCracken C, Nuhu NN, Marvel E, Saulnier CA, et al. Feeding problems and nutrient intake in children with autism spectrum disorders: A meta-analysis and comprehensive review of the literature. *J Autism Dev Disord*. 2013;43(9):2159-73.
  - Nygren G, Linnsand P, Hermansson J, Dinkler L, Johansson M, Gillberg C. Feeding Problems Including Avoidant Restrictive Food Intake Disorder in Young Children with Autism Spectrum Disorder in a Multiethnic Population. *Front Pediatr*. 2021;9:780680.
  - Schimansky S, Jasim H, Pope L, Hinds P, Fernandez D, Choleva P, et al. Nutritional blindness from avoidant-

- restrictive food intake disorder – recommendations for the early diagnosis and multidisciplinary management of children at risk from restrictive eating. *Arch Dis Child*. 2023;109(3):181-7.
20. Yule S, Wanik J, Holm EM, Bruder MB, Shanley E, Sherman CQ, et al. Nutritional Deficiency Disease Secondary to ARFID Symptoms Associated with Autism and the Broad Autism Phenotype: A Qualitative Systematic Review of Case Reports and Case Series. *J Acad Nutr Diet*. 2021;121(3):467-92.
  21. Menzel JE, Reilly EE, Luo TJ, Kaye WH. Conceptualizing the role of disgust in avoidant/restrictive food intake disorder: Implications for the etiology and treatment of selective eating. *Int J Eat Disord*. 2019;52(4):462-5.
  22. Zickgraf HF, Richard E, Zucker NL, Wallace GL. Rigidity and Sensory Sensitivity: Independent Contributions to Selective Eating in Children, Adolescents, and Young Adults. *J Clin Child Adolesc Psychol*. 2022;51(5):675-87.
  23. Lopez NV, Schembre S, Belcher BR, O'Connor S, Maher JP, Arbel R, et al. Parenting styles, food-related parenting practices, and children's healthy eating: A meditation analysis to examine relationships between parenting and child diet. *Appetite*. 2018;128:205-13.
  24. Patil O, Kaple M. Sensory Processing Differences in Individuals with Autism Spectrum Disorder: A Narrative Review of Underlying Mechanisms and Sensory-Based Interventions. *Cureus*. 2023;15(10):e48020.
  25. Griffin ZAM, Boulton KA, Thapa R, DeMayo MM, Ambarchi Z, Thomas E, et al. Atypical sensory processing features in children with autism, and their relationships with maladaptive behaviors and caregiver strain. *Autism Res*. 2022;15(6):1120-9.
  26. Valenzuela-Zamora AF, Ramírez-Valenzuela DG, Ramos-Jiménez A. Food Selectivity and Its Implications Associated with Gastrointestinal Disorders in Children with Autism Spectrum Disorders. *Nutrients*. 2022;14(13):2660.
  27. Hubbard KL, Anderson SE, Curtin C, Must A, Bandini LG. A comparison of food refusal related to characteristics of food in children with autism spectrum disorder and typically developing children. *J Acad Nutr Diet*. 2014;114(12):1981-7.
  28. Sharp WG, Postorino V, McCracken CE, Berry RC, Criado KK, Burrell TL, et al. Dietary Intake, Nutrient Status, and Growth Parameters in Children with Autism Spectrum Disorder and Severe Food Selectivity: An Electronic Medical Record Review. *J Acad Nutr Diet*. 2018;118(10):1943-50.
  29. Holingue C, Newill C, Lee LC, Pasricha PJ, Fallin MD. Gastrointestinal symptoms in autism spectrum disorder: A review of the literature on ascertainment and prevalence. *Autism Res*. 2018;11(1):24-36.
  30. Wasilewska J, Klukowski M. Gastrointestinal symptoms and autism spectrum disorder: links and risks - a possible new overlap syndrome. *Pediatric Health Med Ther*. 2015;6:153-66.
  31. Kennedy HL, Dinkler L, Kennedy MA, Bulik CM, Jordan J. How genetic analysis may contribute to the understanding of avoidant/restrictive food intake disorder (ARFID). *J Eat Disord*. 2022;10(1):53
  32. Sharp WG, Berry RC, Burrell L, Scahill L, McElhanon BO. Scurvy as a Sequela of Avoidant-Restrictive Food Intake Disorder in Autism: A Systematic Review. *J Dev Behav Pediatr*. 2020;41(5):397-405.
  33. Dinkler L, Wronski ML, Lichtenstein P, Lundström S, Larsson H, Micali N, et al. Etiology of the Broad Avoidant Restrictive Food Intake Disorder Phenotype in Swedish Twins Aged 6 to 12 Years. *JAMA Psychiatry*. 2023;80(3):260-9.
  34. Del Campo C, Bouzas C, Tur JA. Risk Factors and Consequences of Food Neophobia and Pickiness in Children and Adolescents: A Systematic Review. *Foods*. 2024;14(1):69.
  35. Werthmann J, Jansen A, Havermans R, Nederkoorn C, Kremers S, Roefs A. Bits and pieces. Food texture influences food acceptance in young children. *Appetite*. 2015;84:181-7.
  36. Koomar T, Thomas TR, Pottschmidt NR, Lutter M, Michaelson JJ. Estimating the Prevalence and Genetic Risk Mechanisms of ARFID in a Large Autism Cohort. *Front Psychiatry*. 2021;12:668297.
  37. Palmer EE, Kumar R, Gordon CT, Shaw M, Hubert L, Carroll R, et al. A Recurrent De Novo Nonsense Variant in ZSWIM6 Results in Severe Intellectual Disability without Frontonasal or Limb Malformations. *Am J Hum Genet*. 2017;101(6):995-1005.
  38. Petra AI, Panagiotidou S, Hatzigelaki E, Stewart JM, Conti P, Theoharides TC. Gut-Microbiota-Brain Axis and Its Effect on Neuropsychiatric Disorders with Suspected Immune Dysregulation. *Clin Ther*. 2015;37(5):984-95.
  39. Xu M, Xu X, Li J, Li F. Association between gut microbiota and autism spectrum disorder: A systematic review and meta-analysis. *Front Psychiatry*. 2019;10:473.
  40. Iglesias-vázquez L, van Ginkel Riba G, Arija V, Canals J. Composition of gut microbiota in children with autism spectrum disorder: A systematic review and meta-analysis. *Nutrients*. 2020;12(3):792.
  41. Hung LY, Margolis KG. Autism spectrum disorders and the gastrointestinal tract: insights into mechanisms and clinical relevance. *Nat Rev Gastroenterol Hepatol*. 2024;21(3):142-63.
  42. Gonçalves CL, Doifode T, Rezende VL, Costa MA, Rhoads JM, Soutullo CA. The many faces of microbiota-gut-brain axis in autism spectrum disorder. *Life Sci*. 2024;337:122357.
  43. Eckes T, Buhlmann U, Holling HD, Möllmann A. Comprehensive ABA-based interventions in the treatment of children with autism spectrum disorder – a meta-analysis. *BMC Psychiatry*. 2023;23(1):133.
  44. 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*. 2016;62(4):658-63.
  45. Sharp WG, Burrell TL, Berry RC, Stubbs KH, McCracken CE, Gillespie SE, et al. The Autism Managing Eating Aversions and Limited Variety Plan vs Parent Education: A Randomized Clinical Trial. *J Pediatr*. 2019;211:185-92. e1.