



**Universidad**  
Zaragoza

# Trabajo Fin de Grado

Tratamientos para el Trastorno por  
Evitación/Restricción de la Ingesta de Alimentos en  
el Trastorno del Espectro Autista: una revisión  
sistemática

*Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder Treatments  
in Autism Spectrum Disorder: a systematic review*

Autor

Óscar Sánchez Pardillos

Directora

Ana Hernando Mazón

Grado en Psicología

Año académico 2023-2024



Facultad de  
Ciencias Sociales  
y Humanas - Teruel

**Universidad** Zaragoza

## *Tratamientos para el Trastorno por Evitación/Restricción de la Ingesta de Alimentos en Trastorno del Espectro Autista: una revisión sistemática*

### **RESUMEN**

El trastorno por evitación/restricción de la ingesta de alimentos es un trastorno de la conducta alimentaria que se caracteriza principalmente por la evitación y selección de alimentos por sus propiedades organolépticas, que generalmente afecta a población joven masculina. A pesar de la alta coexistencia con el Trastorno del Espectro Autista, no existe variedad de estudios con un tratamiento para este perfil de población. Por tanto, el objetivo de este artículo es recopilar evidencia empírica sobre las intervenciones psicológicas nombradas para las conductas de restricción del ARFID en población infantojuvenil TEA. Para ello se realizó una revisión sistemática a través del método PRISMA-P, obteniendo 16 artículos tras los criterios de inclusión y exclusión, de los cuales 14 artículos fueron longitudinales y, por otro lado, el 68.75% estudios de casos individuales. Se pudo observar que existen dos vertientes en la investigación: realizar la intervención directamente utilizando principalmente técnicas conductistas u obtener información relevante sobre los trastornos y su intervención. La investigación sigue siendo necesaria dado que la variedad en la estructura de las intervenciones es limitada y quedan cuestiones por responder como los motivos que hacen que estas intervenciones tengan éxito.

### **PALABRAS CLAVE**

ARFID, autismo, tratamientos psicológicos, revisión sistemática, conductismo

## *Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder Treatments in Autism Spectrum Disorder: a systematic review*

### **ABSTRACT**

Avoidant/restrictive food intake disorder is an eating disorder that is mainly characterized by the avoidance and selection of foods for their organoleptic properties, which generally affects the young male population. Despite the high coexistence with Autism Spectrum Disorder, there is no variety of studies with a treatment for this population profile. Therefore, the objective of this article is to collect empirical evidence on the psychological interventions designed for the restrictive behaviors of ARFID in ASD children and adolescents. For this, a systematic review was carried out through the PRISMA-P method, obtaining 16 articles after the inclusion and exclusion criteria, of which 14 articles were longitudinal and, on the other hand, 68.75% were individual case studies. It was observed that there are two aspects in the research: carrying out the intervention directly using mainly behavioral techniques or obtaining relevant information about the disorders and their intervention. Research remains necessary as the variety in the structure of interventions is limited and questions remain unanswered as to why these interventions are successful.

### **KEY WORDS**

ARFID, autism, psychological treatments, systematic review, behaviorism

## Introducción

El trastorno por evitación/restricción de la ingesta de alimentos (*Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder, ARFID* en inglés) está englobado como un trastorno de la conducta alimentaria en la 5ª edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-V; APA, 2013). Según el DSM-V (APA, 2013), el ARFID se caracteriza por la falta de interés en la alimentación, la evitación por las características organolépticas, y la preocupación acerca de consecuencias repulsivas al comer. De ello, se derivan tres formas en las que se puede presentar, ya sean independientes o coexistentes: aversión sensorial hacia ciertos alimentos por sus características organolépticas (sabor, textura, etc.), generalmente por una sensibilidad extrema (forma selectiva); apetito o ingesta restringida (forma limitada) y/o rechazo hacia alimentos por alguna experiencia negativa (vómitos, atragantamientos, etc.) o su anticipación (forma aversiva).

En la versión anterior, la 4ª edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV; APA, 1994), el Trastorno de la ingestión alimentaria de la infancia o la niñez contaba con un criterio basado en edad. Se especificaba que el inicio de este diagnóstico debía ser anterior a los 6 años de edad. No obstante, en el DSM-V este trastorno fue sustituido por el diagnóstico ARFID, siendo el criterio de la edad eliminado (Vázquez-Arévalo et al., 2015). En este sentido, diversos estudios como el de Nicely et al. (2014) remarcan que sus participantes con ARFID no fueron diagnosticados con el Trastorno de la ingestión alimentaria de la infancia o la niñez por ser mayores de 6 años a pesar de cumplir el resto de los criterios. Además, observaron que estos mismos participantes, en comparación al resto de la muestra con TCAs, eran más jóvenes y con mayor porcentaje de hombres. Asimismo, en general, los trastornos de la conducta alimentaria afectan a varias facetas personales como los pensamientos, el peso, la imagen corporal, etc. Sin embargo, en el ARFID existe una peculiaridad que lo diferencia de éstos y es que no presenta ningún tipo de imagen corporal distorsionada (Zimmerman y Fisher, 2017).

Continuando con el tratamiento y las estrategias para la mejora del ARFID, estudios como el de Thomas et al. (2017), demuestran la eficacia de la terapia cognitivo conductual y la terapia familiar, en este caso en formato individual, faltando datos en muestras de mayor número. Willmott et al. (2024) agrupan diferentes enfoques para el tratamiento del ARFID: conductista, cognitivista, familiar y mixto. En su discusión remarcan las técnicas conductuales dentro de la terapia cognitiva, además de la heterogeneidad de los resultados por la propia etiología del ARFID. También relacionan cada enfoque con un rango de edad, siendo el enfoque conductista utilizado en muestras de 15 años o menos y el enfoque cognitivista en muestras hasta los 55 años.

Por otro lado, existe mayor investigación acerca de las consecuencias del ARFID si no es tratado. Entre ellas, se ha encontrado evidencia sobre síntomas físicos como la pérdida de peso, la desnutrición, la dependencia de suplementos orales y/o dependencia de alimentación artificial entre otras (Bourne et al., 2022). Según Feillet et al. (2019), la severidad de estas consecuencias parece ser más grave que las de anorexia nerviosa. En este estudio remarcan que, dependiendo del tipo de alimentación y según los alimentos que se dejen de consumir, este trastorno puede llegar a ser mortal en casos de infantes con malnutrición. Estos autores también encuentran un punto en común entre el ARFID y el Trastorno del Espectro Autista que denominan como patrón selectivo de alimentación y puede ser la explicación de la alta comorbilidad entre ambos trastornos.

El Trastorno del Espectro Autista (TEA) se podría definir como un conjunto de trastornos del desarrollo donde existe un espectro o rango en el que se pueden observar los síntomas de forma leve a severa (Lauritsen, 2013). En la versión anterior (DSM-IV-TR; APA, 1994), existía un criterio de edad para el diagnóstico, teniendo que ser observable la sintomatología del autismo antes de los 3 años. Tras la publicación del DSM-V (APA, 2013), se modificó, siendo necesario que los síntomas estuviesen presentes durante las primeras fases del periodo de desarrollo (Lauritsen, 2013).

Los síntomas característicos del TEA suelen ser problemas de interacción y comunicación social, además de patrones o comportamientos repetitivos y restrictivos (APA, 2013). No obstante, una característica menos conocida es la respuesta atípica a estímulos sensoriales (Robertson y Simmons, 2013). Existe, por tanto, hiposensibilidad o hipersensibilidad a estímulos táctiles, olfativos, texturas, colores y temperatura. Esto supone una afectación en su vida diaria, incluida la alimentación (Nadon et al., 2011).

Esta característica puede ser un motivo que respalda las estimaciones nombradas en el estudio de Dumont et al. (2023). Estos autores indican que las personas con TEA son 5 veces más propensas a sufrir un trastorno de la conducta alimentaria en comparación a los niños neurotípicos. De esto se derivan diferentes hipótesis que buscan conocer el origen de los TCAs en el TEA. En el caso de la anorexia nerviosa se relaciona con la rigidez de pensamiento (Westwood y Tchanturia, 2017). En el caso del ARFID, puede tener relación con el patrón selectivo de alimentación nombrado anteriormente (Feillet et al., 2019).

Diversos estudios tratan de hipotetizar los posibles orígenes y comorbilidad entre el ARFID y el TEA. En el caso de Ahearn et al. (2001), consideran que la manifestación de intereses y actividades restrictivas propias del TEA puede afectar a la alimentación. Keski-Rahkonen y Ruusunen (2023) lo asocian a la necesidad de realizar rituales y rutinas en personas con TEA, afectando también a la hora de comer e incluso al orden en el que se comen los alimentos. Por último, Bourne et al. (2022) resaltan la coincidencia de ambos

trastornos en la evitación basada en los sentidos, además de la restricción basada en miedo o fobia a las novedades.

En definitiva cabe señalar que la investigación enfatiza sobre todo en la descripción y origen de los trastornos. Sin embargo, el tratamiento del ARFID en TEA concretamente queda en un segundo plano. A pesar de su elevada comorbilidad y las diferentes necesidades propias de las personas con TEA, los estudios reducen el trastorno del espectro autista a una etiqueta para describir las características de los participantes. No obstante, estas necesidades y características deben ser consideradas a la hora de diseñar programas de intervención en esta problemática particular. Luego, es necesario evaluar los efectos en la mejora de la sintomatología del ARFID y en la mayor medida posible, adaptarse a las necesidades y preocupaciones propias del TEA.

Por tanto, el objetivo de este trabajo es recopilar evidencias sobre las intervenciones psicológicas nombradas para las conductas de restricción de alimentos propias del ARFID en población infantojuvenil TEA, respondiendo a la siguiente pregunta: ¿Cuáles son las intervenciones psicológicas documentadas hasta la fecha para las conductas de restricción de alimentos propias del ARFID que puedan beneficiar a la población infantojuvenil con diagnóstico de TEA?

Para contestar más profundamente a esta pregunta se pretende responder a tres preguntas específicas:

1. ¿Cómo es la metodología general de los artículos seleccionados?
2. ¿Qué resultados obtienen los tratamientos que nombran?
3. ¿Cómo es el perfil de los pacientes incluidos en los estudios?

## **Método**

La revisión se realizó en base al método PRISMA-P (Moher et al., 2015), la búsqueda inicial comenzó el día 1 de marzo a través de las bases de datos de Scopus y Web Of Science (WOS), siendo la última búsqueda el día 20 de marzo de 2024.

### **Estrategia de búsqueda**

Para realizar la fórmula, en el caso de SCOPUS, los campos de búsqueda fueron título, resumen y palabras claves, mientras que en WOS se utilizó tema, que incluía los mismos apartados que el anterior.

Una vez establecidos los campos, la fórmula que se utilizó fue la siguiente:

En SCOPUS: TITLE-ABS-KEY ( ( "Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder" OR "ARFID" OR "food-intake disorder" ) AND ( autis\* OR "asd" ) AND ( intervent\* OR program\* OR treatment OR therapy OR training ) ) AND PUBYEAR > 2012 AND PUBYEAR < 2025

En WOS: TS= (("Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder" OR "ARFID" OR "food-intake disorder") AND (autis\* OR "asd")) AND (intervent\* OR program\* OR treatment OR therapy OR training)) AND (PY = (2013-2024))

La búsqueda también se realizó en castellano con las siguientes fórmulas:

En SCOPUS: TITLE-ABS-KEY ( ( "Trastorno de evitación/restricción de la ingesta de alimentos" OR "TERIA" OR "trastorno de la ingesta alimentaria" ) AND ( autis\* OR "TEA" ) AND ( intervenc\* OR program\* OR tratamiento OR terapia OR entrenamiento) ) AND PUBYEAR > 2012 AND PUBYEAR < 2025

En WOS: TS= (("Trastorno de evitación/restricción de la ingesta de alimentos" OR "TERIA" OR "trastorno de la ingesta alimentaria") AND (autis\* OR "TEA") AND (intervenc\* OR program\* OR tratamiento OR terapia OR entrenamiento)) AND (PY = (2013-2024))

### **Criterios de inclusión y exclusión**

Los criterios de inclusión son los siguientes: (a) tienen que ser estudios empíricos ya sean cualitativos, cuantitativos o mixtos; (b) los idiomas en los que pueden estar escritos tienen que ser castellano o inglés; (c) la fecha de publicación tiene que ser a partir de 2013 (año de salida del DSM-V y la inclusión del diagnóstico del ARFID en éste) hasta 2024, la fecha en la que se realizó esta revisión; (d) tiene que existir acceso al texto completo (pudiendo ser el artículo publicado en las propias bases de datos o la página de publicación original, y si es posible descargarlo para anotaciones); (e) los participantes o beneficiarios tienen que tener diagnóstico de TEA; (f) tiene que existir un diagnóstico de ARFID, o si no existiese un diagnóstico como tal, deberían ser características y conductas propias de este trastorno como selectividad o restricción por las características de la comida; (g) el contenido del artículo tiene que contener un tratamiento psicológico de utilidad para el ARFID.

Como criterios de exclusión serían los siguientes: (a) artículos con un enfoque puramente físico o fisiológico en vez de psicológico; (b) artículos que no cuenten con ambos diagnósticos o que no incluyan un tratamiento.

### **Extracción de datos**

Los datos de los artículos analizados fueron recopilados en una tabla para la cual se creó una plantilla que incluía los siguientes apartados: autor, año, tipo y características del diseño del estudio, número y características de los participantes, objetivo del estudio,

descripción de la intervención, medidas y resultados, y conclusiones. Se hizo un test piloto con 3 artículos y se acabó eliminando la columna de año, ya que esta información estaba en el apartado de autores al ser una cita estilo APA. Por otro lado, se modificó la última columna de medidas y resultados, añadiendo los resultados a la columna de conclusiones al ser contenido similar.

### **Calidad metodológica**

Se realizó un análisis para comprobar la calidad metodológica de estos artículos. Para ello se utilizó la Herramienta de Evaluación de Métodos Mixtos (MMAT) de Hong et al. (2018), donde se recogen 5 listas según el método de investigación: investigaciones cualitativas, ensayos controlados aleatorios, estudios no aleatorios, estudios descriptivos cuantitativos y estudios de métodos mixtos. Gracias a esto, se pudieron evaluar todos los artículos en la misma herramienta a través de cinco preguntas según el tipo de estudio, marcando con 1 en el caso de que fuese Sí y con un 0 en caso de que fuese No o No se nombra. Los resultados se presentan en el Anexo 1.

### **Resultados**

Tras la búsqueda inicial se encontraron 60 artículos en WOS y 73 artículos en SCOPUS, se eliminaron los duplicados que fueron 43 artículos, siendo el número total de artículos de 90 entre ambas bases de datos. Para comenzar, se aplicó el primer criterio de exclusión iniciando el cribado, descartando 22 artículos ya que no estaban relacionados con un enfoque psicológico en el tratamiento del ARFID en personas con TEA. A continuación se comprobó si cumplían los criterios de inclusión. Así, se eliminaron 29 artículos por no tener acceso al texto completo, y 2 artículos por estar escrito en un idioma diferente a español o inglés.

De los 38 artículos incluidos en la fase de idoneidad, se descartaron 5 artículos por motivos relativos al formato, ya que no eran estudios empíricos (p. ej., revisiones sistemáticas, capítulos de revistas o cartas entre otras). Con relación al contenido se eliminaron 6 artículos que no incorporaban un diagnóstico de ARFID o conductas propias de éste, 4 artículos que no tenían diagnóstico de autismo y 7 artículos que no nombran ningún tratamiento en esta población.

Por lo tanto, teniendo en cuenta los criterios de inclusión y exclusión, se realizó la revisión con un número final de 16 artículos. El proceso se indica en la Figura 1.

**Tabla 1**  
*Resultados obtenidos*

<b>Autores</b>	<b>Tipo y características diseño estudio</b>	<b>Número y características participantes</b>	<b>Objetivo del estudio</b>	<b>Descripción de la intervención</b>	<b>Medidas</b>	<b>Resultados y conclusiones</b>
Babb et al. (2022)	Transversal, cuantitativo descriptivo mediante encuestas.	46 mujeres adultas TEA con TCA 110 mujeres adultas con TCA (incluye ARFID).	Comparar experiencias de mujeres con y sin TEA en servicios TCAs.	Se realizan varias preguntas y cuestionarios que recogen las experiencias de estas mujeres, incluyendo terapias psicológicas y no psicológicas entre otras cuestiones.	Demográficos, edades de relevancia (comienzo síntomas TCA, edad diagnóstico), en relación al TCA en sí (duración, tratamiento y su duración, acceso). Cuestionarios: EDE-Q, RAADS-14, SWEAA	Los datos muestran que las personas con TEA reciben servicios de peor calidad, alargando la duración de su TCA. Destacan que exista intervención temprana y adaptación de los servicios a personas con TEA.
Bloomfield et al. (2021)	Longitudinal, diseño de caso individual de línea múltiple.	Una niña de 5 años TEA y "picky eater"/ARFID y su madre.	Mejorar la alimentación de esta niña y entrenar a su madre.	Se utilizan diversas técnicas conductistas en la consulta y su casa. 5 sesiones semanales de 50 min durante 11 semanas.	Demográficos y medidas entre observadores. 6 niveles para medir cuánto tiempo estaba sentada y la demanda de comida tanto de alimentos preferidos como no preferidos.	Se obtienen resultados positivos, ya que disminuyó su escape (estuvo sentada durante la presentación de comida) y aumentó su consumo total y variedad de alimentos.
Burrell et al. (2023)	Longitudinal (2 sesiones después), diseño de caso individual de línea múltiple.	16 niños y 3 niñas de 3 a 8 años con TEA y alimentación selectiva	Mejorar el comportamiento al momento de comer y observar qué resultados obtiene el tratamiento MEAL	Se aplica el MEAL plan (Managing Eating Aversions and Limited Variety). Componentes conductistas, enseñanza didáctica y deberes. 10 sesiones de 90 minutos durante 12 semanas + 2 sesiones de seguimiento.	Demográficos, CI, educación madre, Cuestionarios: Vineland, SCQ, ADOS, SB-5, DAS-II, BAMBI, CGI-I, ABC. Gráficos elaborados a partir de ítems del BAMBI.	Se observó el progreso con los datos obtenidos en las sesiones de seguimiento, disminuyendo los lloros o gritos y aumentando el tiempo sentados.
Crowley et al. (2020)	Longitudinal, estudio de serie de casos de línea múltiple.	5 niños y 2 niñas de 2 a 8 años con TEA y ARFID.	Tratar de que consuman una dieta apropiada para su edad, nutrientes y calorías.	Aplicación de técnicas conductistas y observar resistencia al cambio. 3 tipos de elecciones (libre, asimétrica y única). Hasta 20 sesiones 2-5 días a la semana para 1-4 comidas (diferente total según el niño).	Observadores registran el consumo y las alternativas seleccionadas por los niños según el tipo de elección de la sesión.	Los gráficos reflejan que consumieron comidas alternativas a las habituales, demostrando que la intervención basada en la ley de emparejamiento funcionó.

Tabla 1 continuación

Autores	Tipo y características diseño estudio	Número y características participantes	Objetivo del estudio	Descripción de la intervención	Medidas	Resultados y conclusiones
Dumont et al. (2023)	Longitudinal (t1 y t2), retrospectivo correlacional.	143 niños y 109 niñas de 5 meses a 17 años (en la primera medida) con TEA y ARFID.	Obtener estimaciones y predicciones gracias al progreso en el tiempo tras el tratamiento.	Tratamiento cognitivo conductual SLIK, multidisciplinario, 4 sesiones al día, 5 días a la semana. 12 pasos basados en encadenamiento, refuerzo diferencial, escape de extinción y exposición gradual.	Demográficos, diagnóstico de autismo, contenido médico. Cuestionarios; SFRQ, SFI, LOVNI, STC, AAFI Medidas t1 y t2 (encuesta por teléfono para obtener datos tras varios años)	Se obtuvieron mejores resultados comparando los datos iniciales, la t1 y la t2, demostrando la efectividad inicial y mantenida del programa SLIK.
Nygren et al. (2021)	Longitudinal, cuantitativo descriptivo mediante encuestas.	9 niños y 4 niñas hasta los 4 años con TEA y ARFID.	Observar y estudiar características comunes de TCAs (incluyen ARFID) o dificultades en la alimentación en niños TEA.	Se recogen diversas características de niños TEA con TCAs, entre ellos ARFID, para observar posibles síntomas y buscar información generalizable. Además de nombrar tratamientos recibidos de forma superficial y ver la temporalidad de los TCAs.	Demográficos, diagnóstico autismo Cuestionarios: ESSENCE Q, problemas regulación, masa y crecimiento, datos médicos y laboratorio, IMC, tratamientos en profesionales de salud, criterios ARFID y si se descarta en la segunda medida.	Destacan la necesidad de equipos multidisciplinarios para los TCAs y la baja cantidad de niños TEA sin problemas de alimentación. Además, el ARFID parece ser un trastorno que se mantiene si no es tratado adecuadamente.
Prucoli et al. (2023)	Longitudinal, estudio serie de casos (relatos + tests-> mixto).	Un chico de 17 años y una chica de 14 años con TEA y ARFID + 4 chicos y 4 chicas neurodivergencias con otros TCAs.	Recoger las características y tratamientos de cada paciente de forma profunda similar a un historial médico.	Se recoge información de cada paciente, con su experiencia y su tratamiento si existe, por lo que no se puede generalizar. En el caso del chico nombran un tratamiento anterior enfocado a disminuir su selectividad alimentaria y la rigidez del pensamiento.	Demográficos, datos médicos, tipo de TCA y neurodivergencia, diversos índices (comprensión verbal, razonamiento perceptual, memoria de trabajo, velocidad procesamiento) Cuestionarios: WISC-IV y SPM Datos cualitativos de entrevistas y registros pasados.	La información recogida destaca la necesidad de ser flexible en los tratamientos al existir trastornos comórbidos, las personas con TEA tienen más probabilidades de tener ARFID y AN, además que tener ARFID a una edad temprana puede ser un signo de TEA

Tabla 1 continuación

Autores	Tipo y características diseño estudio	Número y características participantes	Objetivo del estudio	Descripción de la intervención	Medidas	Resultados y conclusiones
Scahill et al. (2023)	Transversal, cuantitativo descriptivo mediante encuestas.	419 adultos profesionales (logopedas, terapeutas ocupacionales, analistas de comportamiento y nutricionistas) que tratan niños con TEA y alimentación selectiva.	Obtener información de profesionales que tratan a niños con TEA con problemas de alimentación.	Se contesta un cuestionario con las experiencias y tratamientos utilizados con los niños que han tratado. Existen 4 grandes enfoques para los tratamientos: conductista, sensorial, motor oral y nutricional.	Profesión, años práctica, casos por semana de niños y de TEA, años de estos pacientes. Ítem de si tratan con problemas de alimentación+TEA, incluyen a los padres en el tratamiento. Tipo de problema tratado y tipo de aproximación/tratamiento.	Los datos muestran que cada profesional utiliza un enfoque de forma más habitual. Logopedas y analistas comp. son más conductistas, TO. más sensorial y dietistas más nutricional. Por ello, más profesionales y más enfoques mejorarían la experiencia del paciente. Logopedas y terapeutas ocupacionales los que más tratan TEA y problemas de alimentación.
Sharp et al. (2019)	Longitudinal, asignación aleatoria a un tratamiento u otro con doble ciego.	32 niños y 6 niñas de 3-8 años con TEA y selectividad alimentaria moderada.	Comparar qué tratamiento tiene mejores resultados (mejor alimentación en los niños tras el tratamiento).	Se aplican 2 tratamientos: MEAL plan (Managing Eating Aversions and Limited Variety). Componentes conductistas y nutricionales, comidas estructuradas. 10 sesiones de 90 minutos durante 12 semanas + 2 sesiones de refuerzo. PEP (programa entrenamiento a padres, 10 sesiones 90 min, solo participan los padres, no los niños).	Demográficos, CI, lugar educación, nº adultos en la sala, estudios de la madre, datos médicos. Cuestionarios: SCQ, Vineland, Aberrant behavior checklist, CGI, BAMBI.	MEAL obtiene mejores resultados que PEP, más satisfacción y menos comportamientos disruptivos. La comparación puede tener limitaciones ya que son procedimientos diferentes (seguimiento y niños+padres vs. sin seguimiento y solo padres).

Tabla 1 continuación

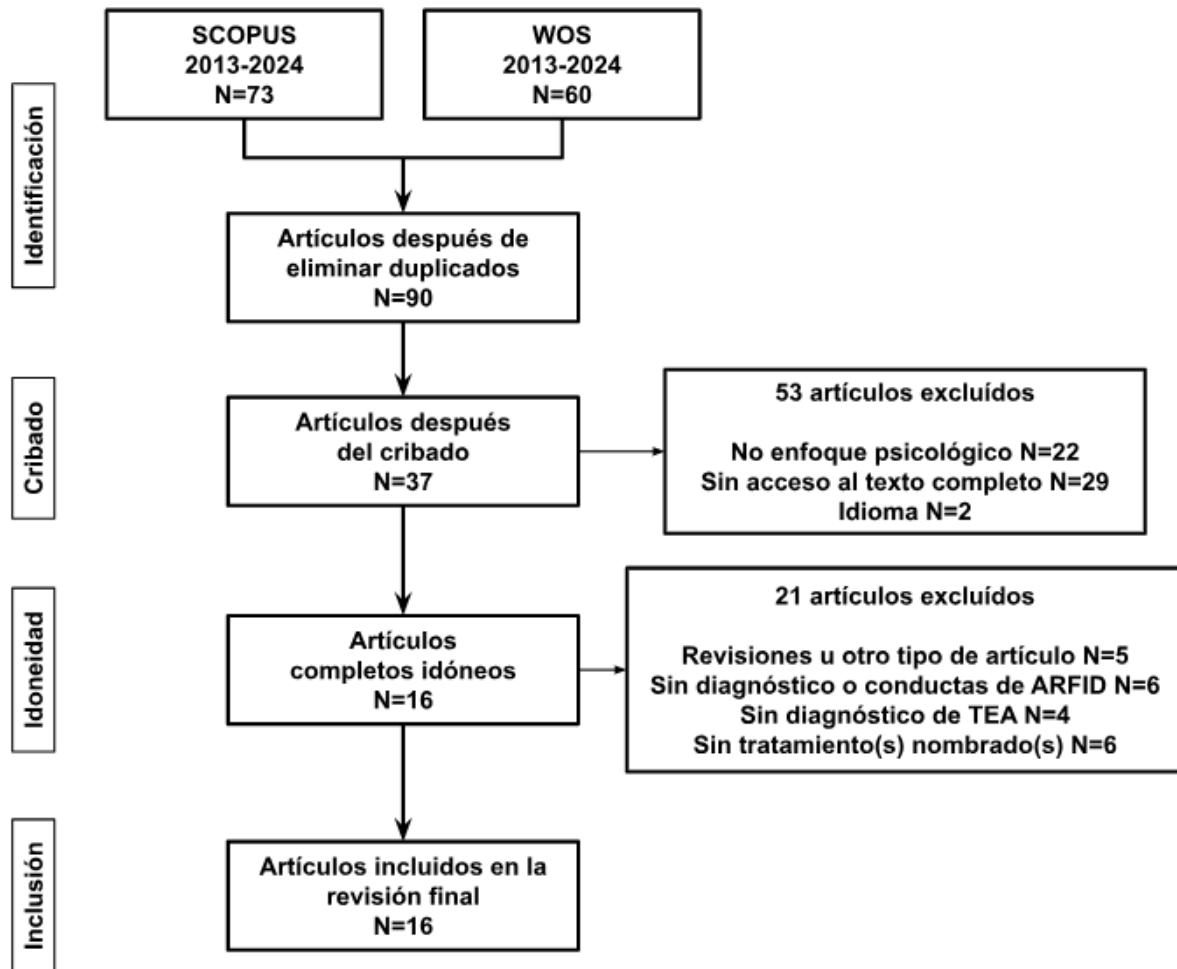
Autores	Tipo y características diseño estudio	Número y características participantes	Objetivo del estudio	Descripción de la intervención	Medidas	Resultados y conclusiones
Taylor (2020a)	Longitudinal, diseño de caso individual de línea múltiple.	Un niño de 5 años con TEA y ARFID.	Aumentar la variedad de texturas a parte de triturados o líquidos.	Progreso según 8 niveles de alimentos de tamaño pequeño de diferente textura Técnicas conductistas (refuerzos tangibles, presentación continua cada 30 seg, moldeamiento). 8h cada día durante 3 semanas.	Un observador mide la cantidad de mordidas por minuto y redistribución a dientes molares según las fases (acceso contingente, atención diferencial, no retirada, re-presentación).	El paciente aumentó su variedad de alimentos y el rango de texturas, mejorando su técnica. Además los padres estuvieron satisfechos y se mantuvo su progresión en el tiempo.
Taylor (2020b)	Longitudinal, diseño de serie de casos ABAB de línea múltiple (concretamente ABCDEAE y ABCDADE).	2 niños de 4 y 5 años con TEA y selectividad alimentaria.	Aumentar la variedad de alimentos al mismo tiempo que enseñar a los padres y a monitores de escuela.	Técnica física (depósito lateral, poner la comida en la mejilla) + técnicas conductistas (contingencias, refuerzos, modelado). Diferente duración según el niño, los datos de la tabla acaban en 80 sesiones.	Se utilizan medidas relativas al consumo del alimento, nombran latencia de aceptación, boca limpia, comportamiento negativo y expulsión.	A través de las gráficas se puede observar un aumento del consumo total y variedad de alimentos, reducción de comportamientos negativos y mantenimiento en el tiempo.
Taylor (2022)	Longitudinal, diseño de caso individual de línea múltiple.	Un niño de 4 años con TEA y ARFID.	Ayudar a que consumiese los alimentos y no dejarlos en la boca o no comerlos.	El inicio del tratamiento está incluido dentro de un programa de alimentación. Técnicas conductistas (modelar, reforzar y atención diferencial) y técnica física (consumir un líquido/puré al mismo tiempo que la comida).	Un observador mide el porcentaje de boca limpia en varias fases (acceso contingente, atención diferencial, no retirada, re-presentación).	Amplió su rango de comidas, ganó peso y mejoró su alimentación en general demostrando la eficacia de la técnica de comida+líquido/puré.
Taylor et al. (2021)	Longitudinal, diseño de serie de casos ABAB de línea múltiple.	22 niños y 4 niñas de 2 a 13 años con TEA y ARFID.	Entrenar a niños y posteriormente a padres para mejorar su alimentación.	Técnicas conductistas (refuerzos, metas, modelado, y generalización), modificar el ambiente e instrucciones para mantenerlo. 8h durante 6 días de 2-4 semanas.	Porcentaje de bocados, variedad de comida, tipo de comida, comportamiento inapropiado, expulsiones de comida, vocalizaciones negativas, latencia de aceptación, latencia de tragar. Cuestiones a padres tras 2-3 años para comprobar la utilidad del tratamiento.	Se consiguió un incremento en la cantidad de comida, además de buenos resultados entrenando a los padres, reflejado en los datos del seguimiento.

Tabla 1 continuación

Autores	Tipo y características diseño estudio	Número y características participantes	Objetivo del estudio	Descripción de la intervención	Medidas	Resultados y conclusiones
Taylor y Taylor (2024)	Longitudinal, diseño de caso individual de línea múltiple.	Un niño de 3.5 años con TEA y ARFID.	Estudiar la importancia social de los objetivos, e incorporar la validez social para informar en el tratamiento.	Técnicas conductistas (extinción, refuerzos, desvanecimiento, atención diferencial, re-presentación) y validación social. 6 días, 7h, 4 presentaciones .	Cuestionarios propios por escrito, observación directa, verbalizaciones negativas, índice de felicidad, porcentaje de boca limpia. En varias fases: acceso contingente, atención diferencial, no retirada, re-presentación.	La intervención se generalizó a varias áreas ajenas a la alimentación: tomar medicación, beber en vaso, tener más independencia, comer diversas texturas y variedad de alimentos. Reflejado en el aumento de peso.
Tomioka et al. (2021)	Longitudinal, diseño de caso individual AB.	3 niños y 1 niña de 2-5 años con ARFID y TEA.	Evaluar viabilidad de incorporar terapia conductista en niños con ARFID en Japón.	Se trata de una modificación de las intervenciones anteriores de Taylor. Técnicas conductistas (reforzar buen comportamiento y recriminar el negativo), conseguir que estuviesen sentados y aumentar a un peso adecuado.	Demográficos, datos médicos, tipo de trastorno desarrollo, CI, medidas corporales, historial y duración de intervenciones pasadas. Medidas antes y después de la intervención: peso, altura, calorías consumidas, comportamiento negativo.	Se demostró la utilidad de la terapia conductista en muestra no occidental (Japón). Se nombra más el papel del cuidador y su tarea. Tras la intervención, los niños tienen mejor comportamiento.
Volkert et al. (2021)	Longitudinal, diseño de serie de casos AB.	50 chicos y 10 chicas hasta 21 años con ARFID, algunos con TEA.	Observar el progreso de una muestra grande respecto al tratamiento intensivo multidisciplinario.	Técnicas conductistas (refuerzo, desvanecimiento del estímulo), persistencia de la mordida. 40 min de comidas terapéuticas con profesionales como psicólogos, médicos, dietistas y logopedas.	Demográficos, duración, intervención previa+profesionales, historia médica, historia psicológica, peso, problemas de comportamiento, variedad dietética.	Aumentaron variedad de alimentos, mejoraron comportamiento en las comidas y mejoraron la ingesta nutricional de los participantes. Se demostró la necesidad de que fuese interdisciplinar. Además, la mejora persiste a lo largo del tiempo.

**Figura 1**

*Diagrama de flujo*



### **Metodología de los artículos**

Un total de 16 artículos fueron seleccionados para la revisión, de los cuales 14 son longitudinales (87.5%) y 2 transversales (Babb et al., 2022; Scahill et al., 2023). Respecto a los estudios longitudinales, 6 artículos contaban con una sesión de seguimiento (Bloomfield et al., 2021; Dumont et al., 2023; Nygren et al., 2021; Sharp et al., 2019; Taylor et al., 2021; Volkert et al., 2021), 4 artículos con dos sesiones de seguimiento (Burrell et al., 2023; Taylor, 2020a, 2020b; Taylor y Taylor, 2024) y en 4 artículos no se especificaba el número de sesiones de seguimiento (Crowley et al., 2020; Prucoli et al., 2023; Taylor, 2022; Tomioka et al., 2021).

En cuanto al formato de la recogida de datos y siguiendo el algoritmo de la herramienta MMAT (Hong et al., 2018), 11 fueron estudios no aleatorizados (68.75%), 3 fueron estudios cuantitativos descriptivos (18.75%), un estudio de control aleatorio (6.25%) y un estudio método mixto (6.25%), observable en la segunda columna del Anexo 1. Concretamente, el diseño de estudio más común fue el estudio de casos, con dos formatos:

individuales (37.5%) y recopilaciones de casos individuales (31.25%). El siguiente diseño de estudio más común fue a través de encuestas (18.75%). Por último, un análisis retrospectivo correlacional y una asignación aleatoria a un tratamiento, siendo ambos un 6.25% respectivamente.

La duración de los tratamientos de estos artículos es variable, ya que existen intervenciones de 6 días (Taylor et al., 2021; Taylor y Taylor, 2021) hasta 12 semanas (Burrell et al., 2023; Sharp et al., 2019). Sin embargo, comparten características como realizarse en las horas habituales de alimentación de los participantes y existir múltiples presentaciones de los alimentos por sesión según las comidas del día elegidas.

En relación a los objetivos, existen dos grandes vertientes en las cuales se podrían agrupar estos artículos, los que tratan el problema de alimentación con el paciente y su contexto, evaluando los efectos de los tratamientos (Bloomfield et al., 2021; Burrell et al., 2023; Crowley et al., 2020; Dumont et al., 2023; Sharp et al., 2019; Taylor, 2020a, 2020b; Taylor, 2022; Taylor et al., 2021; Taylor y Taylor, 2024; Tomioka et al., 2021; Volkert et al., 2021) y los que tratan de obtener información relevante de los trastornos y su tratamiento a través de los mismos participantes o profesionales (Babb et al., 2022; Nygren et al., 2021; Prucoli et al., 2023; Scahill et al., 2023).

### **Resultados obtenidos en los artículos**

En línea con las dos vertientes mencionadas, este apartado está dividido en dos bloques. Primero, se analizan los doce artículos cuya base es la realización de algún tipo de intervención (Bloomfield et al., 2021; Burrell et al., 2023; Crowley et al., 2020; Dumont et al., 2023; Sharp et al., 2019; Taylor, 2020a, 2020b; Taylor, 2022; Taylor et al., 2021; Taylor y Taylor, 2024; Tomioka et al., 2021; Volkert et al., 2021) y seguidamente los estudios que aportan información sobre la población de ARFID en TEA y su tratamiento (Babb et al., 2022; Nygren et al., 2021; Prucoli et al., 2023; Scahill et al., 2023).

Con relación al primer bloque, en estos artículos se muestra que las intervenciones funcionan, ya que se relacionan con una mejora general de la alimentación de los participantes mantenida en el tiempo, observado al ser todos longitudinales. Eso se ve reflejado, por un lado, a través del aumento en la cantidad de comida ingerida en todos los estudios, el peso ganado (Taylor, 2022; Tomioka et al., 2021; Volkert et al., 2021; Taylor y Taylor, 2024), el incremento en el rango de alimentos y texturas consumidas (Bloomfield et al., 2021; Crowley et al., 2020; Sharp et al., 2019; Taylor, 2020a; Taylor, 2020b; Taylor et al., 2021; Taylor y Taylor, 2024; Volkert et al., 2021), y por otro, a través de la disminución de comportamientos negativos en las comidas (Burrell et al., 2023; Dumont et al., 2023; Sharp et al., 2019; Taylor, 2020b; Taylor et al., 2021; Taylor y Taylor, 2024; Tomioka et al., 2021).

Sin embargo, falta alguna medida que indique qué componente(s) de toda la intervención hace que mejoren los participantes. La aplicación de las técnicas puede ser el motivo principal, sin embargo, el propio ambiente de mejora de la alimentación, inherente a la terapia psicológica, el lugar de realización (clínica, universidad, etc.), la atención que reciben o el entrenamiento de los profesionales como el enseñado a los cuidadores pueden influir y se desconoce en qué medida lo hacen.

Para continuar con la otra vertiente de resultados, los cuatro artículos (Babb et al., 2022; Nygren et al., 2021; Pruccoli et al., 2023; Scahill et al., 2023) aportan información de gran utilidad sobre esta población y su tratamiento. En el estudio de Babb et al. (2022), se tratan las experiencias en servicios de TCAs y las diferencias entre mujeres con TEA y neurotípicas. Se destaca que la muestra TEA era más joven cuando empezaron los síntomas y cuando recibieron el diagnóstico. Además mantuvieron el TCA durante más tiempo, demostrando la complejidad de esta población en concreto. También señalan haber accedido a mayor cantidad de servicios de TCAs (hospitales, clínicas, etc.) y profesionales al no notar mejoría.

Continuando en este bloque, los estudios de Nygren et al. (2021) y Pruccoli et al. (2023) buscan las características de diferentes TCAs entre ellos el ARFID en muestra TEA y el por qué de su comorbilidad. Por su parte, Nygren et al. (2021) destacan la elevada muestra de niños TEA con problemas alimenticios (76% de sus participantes), Además, respecto a la temporalidad del ARFID, se observa que la mayoría de la muestra con ARFID en la primera medida lo mantiene en la segunda (2 años entre ambas), mientras que quienes tenían otros TCAs disminuían a problemas en la alimentación o desaparecen completamente.

La muestra incluida en el estudio de Pruccoli et al. (2023) estaba compuesta por varios trastornos del neurodesarrollo y TCAs, siendo un reflejo de la comorbilidad entre ellos. En el caso de la población TEA, los TCAs relacionados son ARFID y anorexia nerviosa. Por otro lado, la población con ARFID está relacionada con TEA o con Trastorno específico del aprendizaje. Además de esto, los pacientes TEA y ARFID coinciden en el proceso del diagnóstico de ambos trastornos, siendo el ARFID y la selectividad de alimentos lo que posibilitó la exploración del TEA.

Por último, en el estudio de Scahill et al. (2023) se remarca el equipo multidisciplinario de profesionales necesario para la recuperación de estos participantes. Los datos obtenidos muestran que cada profesional tiene unas preferencias de enfoque: logopedas y analistas comportamentales adoptaban un enfoque conductista, terapeutas ocupacionales adoptaban un enfoque sensorial oral secuencial (SOS) y dietistas una orientación nutricional. Otro dato obtenido de esta encuesta es que los logopedas y

terapeutas ocupacionales son los que más tratan con TCAs y TEA, siendo beneficiosa la diversidad de enfoques a lo largo del tratamiento del ARFID en TEA.

En esta vertiente, las características son más heterogéneas, ya que tienen como objetivo diferentes áreas de la problemática de esta población. Sin embargo, son resultados recogidos de forma diferente a la primera vertiente. En este caso, se trataban de medidas cerradas obtenidas de encuestas o entrevistas, mientras que la primera vertiente eran evaluadas a través de la observación y acuerdo entre observadores en su mayoría.

### **Perfil de los participantes**

Se puede observar que la mayoría de estudios (81.25%) contaban con más muestra masculina que femenina, siendo sólo dos estudios los que no contaban con ningún participante masculino (Babb et al., 2022; Bloomfield et al., 2021). El número de participantes queda marcado por el diseño del estudio, y se refleja en que la mayoría de estudios transversales contaban con una muestra mayor. La excepción es el estudio retrospectivo correlacional (Dumont et al., 2023) que necesita una muestra elevada para obtener las estimaciones.

Existe una marcada diferencia en el rango de edad de los participantes, condicionado por el diseño de los artículos. Puede estar relacionado con las vertientes nombradas anteriormente, ya que en la primera vertiente la edad mínima nombrada es de 5 meses y la máxima de 21 años, siendo edades próximas a los 5 años las más habituales.

De los cuatro artículos restantes, dos de ellos (Nygren et al., 2021; Prucoli et al., 2023) incorporan muestras de edades similares al primer bloque. Los otros dos se realizan con muestra adulta, ya sean las propias personas con TEA que han tenido un TCA (Babb et al., 2022) o profesionales que tratan a esta población (Scahill et al., 2023).

Respecto al diagnóstico de los participantes, es más complejo determinar si la población tiene la etiqueta de ARFID. No obstante, todos tienen algún tipo de restricción o selección por las características de la comida. En este sentido, "*Picky eater*" (Bloomfield et al., 2021), "alimentación selectiva" (Burrell et al., 2023; Scahill et al., 2023) o "selectividad alimentaria" (Sharp et al., 2019; Taylor, 2020b) son algunos de los términos utilizados. Esto sugiere que existía esta problemática aunque no se denominase como ARFID. Por otra parte, el diagnóstico de TEA parece estar más estandarizado, reflejado como una característica de los participantes.

### **Medidas y tipo de técnicas**

Al tratarse de un TCA existe una parte psicológica y una biológica/médica, que incluye técnicas y medidas más propias de estos ámbitos, como puede ser el peso, la

altura, análisis de sangre, etc. Para reflejar el éxito de la intervención, estos artículos valoraban la proximidad a cifras saludables estandarizadas en medicina.

Igualmente la parte psicológica toma mayor importancia en la propia intervención, ya que las técnicas utilizadas en casi todos los artículos (Bloomfield et al., 2021; Burrell et al., 2023; Crowley et al., 2020; Dumont et al., 2023; Sharp et al., 2019; Taylor, 2020a, 2020b; Taylor, 2022; Taylor et al., 2021; Taylor y Taylor, 2024; Tomioka et al., 2021; Volkert et al., 2021) son conductistas, útiles para cambiar los hábitos y patrones de conducta desadaptativos, teniendo en cuenta el ambiente. Dentro de éstas, los ejemplos más nombrados han sido refuerzos tanto contingentes como diferenciales, desvanecimiento de la demanda y modelado. En menor medida se nombra presentación secuencial, jerarquía de respuestas, extinción de escape, exposición gradual, generalización y moldeamiento.

A través de su aplicación e incluir a los cuidadores en alguno de los estudios (Bloomfield et al., 2021; Burrell et al., 2023; Crowley et al., 2020; Sharp et al., 2019; Taylor, 2020a, 2020b; Taylor et al., 2021; Taylor y Taylor, 2024; Tomioka et al., 2021; Volkert et al., 2021), han buscado obtener comportamientos adecuados en el contexto de la ingesta y reducir todas las variables que pudiesen impedir u obstaculizar el adecuado progreso, además de mantener la misma dinámica en sus hogares.

No obstante, el uso de técnicas cognitivas como psicoeducación o reestructuración cognitiva no se tiene en cuenta, siendo un único artículo el que las utiliza (Dumont et al., 2023). Esto puede deberse a la edad de los participantes o a la etiología del ARFID, que como se ha nombrado anteriormente, no cuenta con una imagen corporal distorsionada y está relacionado con el propio estímulo de la comida.

Por otro lado, esta aplicación se ha apoyado en ciertos casos con la utilización de técnicas con otro enfoque más físico (colocando la comida en las mejillas (Taylor, 2020b) o el uso de líquidos para facilitar el tragado (Taylor, 2022)) y nutricional (elección de alimentos adecuados para la edad (Sharp, 2019)), demostrando la utilidad de estas técnicas y mostrando una complementariedad entre la aplicación de diferentes enfoques, en este caso, psicológicos, físicos y nutricionales.

### **Descripción de programas**

A pesar de contar con 16 artículos, sólo se han nombrado 3 programas definidos: Managing Eating Aversions and Limited Variety/MEAL plan (Burrell et al., 2023; Sharp et al., 2019), Slikken leren bij kinderen met beperkingen/SLIK (Dumont et al., 2023) y Parent Education Program/PEP (Sharp et al., 2019). Del resto de estudios que aplican intervenciones, 5 estudios son de la autora Taylor o que se han basado en publicaciones de esta autora (Tomioka et al., 2021). No se pueden considerar un programa a pesar de

compartir características y medidas, ya que es la propia autora la que utiliza sus estudios anteriores como base de los siguientes.

Por lo tanto, no existe variedad de modelos originales, ya que estos artículos se pueden agrupar por estructuras, por autores o por ambas, quedando un número total de 7 modelos originales. Por otra parte, la posibilidad de tratamiento personalizado es muy reducida, lo que se puede sumar al coste económico, la localización o duración del tratamiento, lo que puede afectar en la elección.

## **Discusión**

Los TCAs en personas con TEA son una realidad, especialmente el ARFID, con el cual comparten características que pueden explicar su alta comorbilidad (Feillet et al., 2019; Nadon et al., 2011; Ahearn et al., 2001; Keski-Rahkonen y Ruusunen, 2023; Bourne et al., 2022). Sin embargo, no existe variedad de tratamientos que sean diseñados específicamente para esta población concreta.

Por eso, el objetivo de este estudio es recopilar evidencias sobre las intervenciones psicológicas documentadas para las conductas propias del ARFID en población infantojuvenil TEA.

Se seleccionaron 16 artículos, los cuales contenían una limitada variedad de modelos y aproximaciones en cuanto a las técnicas de intervención. De estas aproximaciones, las técnicas conductistas eran las más habituales. En la introducción se destaca el uso de terapia cognitivo conductual y terapia familiar para la mejora del ARFID (Thomas et al., 2017; Willmott et al., 2024). No obstante, los resultados obtenidos no desarrollan ninguno de estos enfoques profundamente a pesar de haber demostrado eficacia en ARFID. Con base en los resultados de esta revisión, se propone una línea de investigación que determine por qué se utilizan los enfoques conductistas y no estos otros enfoques en población TEA a pesar de haber demostrado utilidad para el tratamiento de ARFID.

A pesar de ello, obtienen resultados positivos y demuestran que este tipo de enfoques funcionan (Thomas et al., 2017; Willmott et al., 2024). Aun así, no queda completamente definido cuáles son los motivos concretos que hacen que tengan éxito, ya que puede ser el propio contexto de mejora de la alimentación, propio de la terapia psicológica, el espacio en el que se realiza, la atención que reciben, la preparación de los profesionales y el entrenamiento a los padres, etc. En conclusión, existen múltiples factores que están pasando desapercibidos y que tal vez definan cómo realizar mejores intervenciones. Por lo que otra línea de investigación se podría enfocar en medir qué variables son las causantes de estas mejoras y en qué medida influyen.

Respecto al formato de las intervenciones, se ha podido observar que el formato de casos individuales (Bloomfield et al., 2021; Burrell et al., 2023; Taylor, 2020a; Taylor, 2022; Taylor y Taylor, 2024; Tomioka et al., 2021) y de serie de casos (Crowly et al., 2020; Pruccoli et al., 2023; Taylor, 2020b, Taylor et al., 2021; Volkert et al., 2021) es bastante habitual, los cuales aportan gran profundidad de información respecto a las experiencias de pacientes concretos. Sin embargo, se ven limitados a muestras más grandes o con contextos y características diferentes. En el caso del estudio retrospectivo correlacional (Dumont et al., 2023), mostró medidas de estimación y predicción del desarrollo y progreso de la muestra tras el tratamiento. Ambos casos comparten la motivación de investigar y aportar información relevante para el tratamiento de estas personas. No obstante, falta una parte de la psicología como la actitud hacia el tratamiento, la satisfacción de los participantes, la adherencia, cómo han gestionado la investigación los propios profesionales, etc.

Además de esto, la duración de los tratamientos puede ser extensa (12 semanas en el caso de Burrell et al. (2023) y Sharp et al. (2019)), afectando al rendimiento y cansancio de los participantes, llegando incluso a existir abandonos y por tanto, perdiendo información valiosa. También es importante destacar la multidisciplinariedad de los profesionales presentes en las sesiones, tanto los responsables de la aplicación de las técnicas (modelado, presentación secuencial, extinción del escape, etc.) como los psicólogos que miden las variables a través de la observación.

En relación a la fecha de los artículos recogidos en este estudio, el criterio de inclusión marcado era que la fecha de publicación fuese a partir de 2013, año en el que se sustituyó el trastorno alimentario de la infancia o la primera infancia por el ARFID (APA, 1994, 2013). Los resultados obtenidos contaban con una particularidad, todos fueron publicados a partir de 2020, excepto uno (Sharp, 2019). La ausencia de artículos durante estos 6 años puede ser explicada por el factor tiempo necesario para la investigación de un trastorno nuevo. Sin embargo, se podría estudiar si la pandemia de COVID-19 pudo contribuir en el empeoramiento de los síntomas del ARFID y sirvió como motivación para la investigación.

Por último, se recalca que el criterio diagnóstico del ARFID relativo a la edad es eliminado (Vázquez-Arévalo et al., 2015). Sin embargo, el rango de edad de los participantes de estos estudios no es muy amplio. Se observa que la mayoría de estos estudios cuentan con muestras con edades próximas a la infancia y la niñez, como nombraba Nicely et al (2014). Por lo que se propone otra línea de investigación futura, no abordada en este estudio, la muestra de adultos con ARFID y su infrarrepresentación. Sería necesario que fuesen los beneficiarios, ya que sí existen estudios de los profesionales que tratan población ARFID y TEA (Babb et al., 2022; Scahill et al., 2023).

Como limitaciones de este estudio se podría nombrar el reducido número de artículos iniciales. La búsqueda se realizó únicamente en dos bases de datos, SCOPUS y WOS. Tras eliminar los duplicados se obtuvieron 90 artículos. De los 74 artículos descartados, 29 fueron por no poder acceder al texto completo por coste monetario o ausencia de convenio con la universidad, perdiendo información valiosa. Por tanto, realizar la búsqueda en un mayor número de bases de datos sería una propuesta de mejora. Con ello, el número total de artículos sería mayor y existiría más información de relevancia. Otra limitación podría ser la propia fórmula utilizada. Se trata de una fórmula muy específica que ha podido dejar fuera otras formas de denominar a estos trastornos. Por lo tanto, utilizar términos relacionados como Asperger o similares, a pesar de ser capacitistas, ampliaría el número de artículos.

Dejando de lado las limitaciones, este estudio es una recopilación de evidencia que contribuye al conocimiento científico actual de los tratamientos disponibles para el ARFID en personas con TEA. Además de ello, se trata de una revisión sistemática, por lo que se puede replicar el proceso ya que queda definido cómo realizarlo. No hay que conformarse con la información actual, hay que seguir investigando para que se diseñen intervenciones explícitamente para personas con un doble diagnóstico de TEA y ARFID, en las cuales se tengan en cuenta las necesidades de ambos trastornos sin minimizarlos.

## Referencias

- Ahearn, W. H., Castine, T., Nault, K., y Green, G. (2001). An assessment of food acceptance in children with autism or pervasive developmental disorder-not otherwise specified. *Journal of autism and developmental disorders*, 31, 505-511.
- American Psychological Association [APA]. (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders* (4th ed.).
- American Psychological Association [APA]. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders* (5th ed.). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- Babb, C., Brede, J., Jones, C. R., Serpell, L., Mandy, W., y Fox, J. (2022). A comparison of the eating disorder service experiences of autistic and non-autistic women in the UK. *European Eating Disorders Review*, 30(5), 616-627.
- Bloomfield, B. S., Fischer, A. J., Dove, M., Clark, R. R., y Fife, M. (2021). Parent teleconsultation to increase bites consumed: A demonstration across foods for a child with ARFID and ASD. *Behavior Analysis in Practice*, 14, 913-926.
- Bourne, L., Mandy, W., y Bryant-Waugh, R. (2022). Avoidant/restrictive food intake disorder and severe food selectivity in children and young people with autism: A scoping review. *Developmental medicine and child neurology*, 64(6), 691-700. <https://doi.org/10.1111/dmcn.15139>
- Burrell, T. L., Scahill, L., Nuhu, N., Gillespie, S., y Sharp, W. (2023). Exploration of treatment response in parent training for children with autism spectrum disorder and moderate food selectivity. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 53(1), 229-235.

- Crowley, J. G., Peterson, K. M., Fisher, W. W., y Piazza, C. C. (2020). Treating food selectivity as resistance to change in children with autism spectrum disorder. *Journal of applied behavior analysis*, 53(4), 2002-2023.
- Dumont, E., Jansen, A., Duker, P. C., Seys, D. M., Broers, N. J., y Mulkens, S. (2023). Feeding/Eating problems in children: Who does (not) benefit after behavior therapy? A retrospective chart review. *Frontiers in pediatrics*, 11, 1108185.
- Feillet, F., Bocquet, A., Briend, A., Chouraqui, J. P., Darmaun, D., Frelut, M. L., Girardet, J. P., Guimber, D., Hankard, R., Lapillonne, A., Peretti, N., Rozé, J. C., Simeoni, U., Turk, D., Dumont., C y Comité de nutrition de la Société française de pédiatrie. (2019). Nutritional risks of ARFID (avoidant restrictive food intake disorders) and related behavior. *Archives de Pédiatrie*, 26(7), 437-441.
- Hong, Q., Pluye, P., Fàbregues, S., Bartlett, G., Boardman, F., Cargo, M., Dagenais, P., Gagnon, M., Griffiths, F., Nicolau, B., O’Cathain, A., Rousseau, M., Vedel, I.: Mixed Methods Appraisal Tool (MMAT), version 2018. Registration of copyright (#1148552), Canadian Intellectual Property Ofce, Industry Canada. <http://mixedmethodsappraisaltoolpublic.pbworks.com/w/file/attach/127916259/>
- Keski-Rahkonen, A., y Ruusunen, A. (2023). Avoidant-restrictive food intake disorder and autism: epidemiology, etiology, complications, treatment, and outcome. *Current Opinion in Psychiatry*, 36(6), 438-442.
- Lauritsen M. B. (2013). Autism spectrum disorders. *European child & adolescent psychiatry*, 22 Suppl 1, S37–S42. <https://doi.org/10.1007/s00787-012-0359-5>
- Moher, D., Shamseer, L., Clarke, M., Ghersi, D., Liberati, A., Petticrew M., Shekelle, P., Stewart L. A., y PRISMA-P group. (2015). Preferred reporting items for systematic review and meta-analysis protocols (PRISMA-P) 2015 statement. *Systematic Reviews* 4, 1. <https://doi.org/10.1186/2046-4053-4-1>
- Nadon, G., Feldman, D. E., Dunn, W., y Gisel, E. (2011). Association of sensory processing and eating problems in children with autism spectrum disorders. *Autism research and treatment*, 2011.
- Nicely, T. A., Lane-Loney, S., Masciulli, E., Hollenbeak, C. S., y Ornstein, R. M. (2014). Prevalence and characteristics of avoidant/restrictive food intake disorder in a cohort of young patients in day treatment for eating disorders. *Journal of eating disorders*, 2(1), 1-8.
- Nygren, G., Linnsand, P., Hermansson, J., Dinkler, L., Johansson, M., y Gillberg, C. (2021). Feeding problems including avoidant restrictive food intake disorder in young children with autism spectrum disorder in a multiethnic population. *Frontiers in pediatrics*, 9, 1466.
- Prucoli, J., Guardi, G., La Tempa, A., Valeriani, B., Chiavarino, F., y Parmeggiani, A. (2023). Food and Development: Children and Adolescents with Neurodevelopmental and Comorbid Eating Disorders—A Case Series. *Behavioral Sciences*, 13(6), 499.
- Robertson, A. E., y Simmons, D. R. (2013). The relationship between sensory sensitivity and autistic traits in the general population. *Journal of Autism and Developmental disorders*, 43, 775-784.
- Scahill, L., Sharp, W. G., Gillespie, S., Pickard, K., Brasher, S., y Buckley, D. (2023). A Survey of Community Providers on Feeding Problems in Autism Spectrum Disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders*.
- Sharp, W. G., Burrell, T. L., Berry, R. C., Stubbs, K. H., McCracken, C. E., Gillespie, S. E., y Scahill, L. (2019). The autism managing eating aversions and limited variety plan vs parent education: a randomized clinical trial. *The Journal of Pediatrics*, 211, 185-192.

- Taylor, T. (2020a). Increasing food texture and teaching chewing for a clinical case within the home setting in Australia. *Learning and Motivation*, 71, 101651.
- Taylor, T. (2020b). Side deposit with regular texture food for clinical cases in-home. *Journal of Pediatric Psychology*, 45(4), 399-410.
- Taylor, T. (2022). Brief report: packing treatment comparison and use of a chaser to increase swallowing for a clinical case. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 52(7), 3280-3285.
- Taylor, T., Blampied, N., y Roglič, N. (2021). Controlled case series demonstrates how parents can be trained to treat pediatric feeding disorders at home. *Acta Paediatrica*, 110(1), 149-157.
- Taylor, T., y Taylor, S. A. (2024). Incorporating social validity into practice: Treatment progression across pediatric feeding skill domains. *Behavioral Interventions*, e2003.
- Thomas, J. J., Lawson, E. A., Micali, N., Misra, M., Deckersbach, T., y Eddy, K. T. (2017). Avoidant/restrictive food intake disorder: a three-dimensional model of neurobiology with implications for etiology and treatment. *Current psychiatry reports*, 19, 1-9.
- Tomioka, K., Nishiyama, M., Tokumoto, S., Yamaguchi, H., Nozu, K., y Nagase, H. (2021). Behavioral therapy for children with avoidant/restrictive food intake disorder dependent on tube or Oral enteral nutrient formula: A feasibility study. *Kobe Journal of Medical Sciences*, 67(4), E155.
- Vázquez Arévalo, R., López Aguilar, X., Ocampo Tellez-Girón, M. T., y Mancilla-Díaz, J. M. (2015). El diagnóstico de los trastornos alimentarios del DSM-IV-TR al DSM-5. *Revista mexicana de trastornos alimentarios*, 6(2), 108-120.
- Volkert, V. M., Burrell, L., Berry, R. C., Waddle, C., White, L., Bottini, S., Murphy, M., y Sharp, W. G. (2021). Intensive multidisciplinary feeding intervention for patients with avoidant/restrictive food intake disorder associated with severe food selectivity: An electronic health record review. *The International journal of eating disorders*, 54(11), 1978–1988. <https://doi.org/10.1002/eat.23602>
- Westwood, H., y Tchanturia, K. (2017). Autism spectrum disorder in anorexia nervosa: An updated literature review. *Current Psychiatry Reports*, 19, 1-10.
- Willmott, E., Dickinson, R., Hall, C., Sadikovic, K., Wadhera, E., Micali, N., Trompeter, N., y Jewell, T. (2024). A scoping review of psychological interventions and outcomes for avoidant and restrictive food intake disorder (ARFID). *International Journal of Eating Disorders*, 57(1), 27-61.
- Zimmerman, J., y Fisher, M. (2017). Avoidant/restrictive food intake disorder (ARFID). *Current problems in pediatric and adolescent health care*, 47(4), 95.