

## Abordaje Psiconutricional ante un caso de Trastorno de Evitación-R restricción de la Ingesta de Alimentos

### *Psychonutritional approach to a case of Avoidant-Restrictive Food Intake Disorder*

Alma Gabriela Martínez Moreno  
Universidad de Guadalajara, Jalisco, México

#### Resumen

En este trabajo se presenta el abordaje psiconutricional para modificar la selectividad alimentaria y cambiar el diagnóstico de malnutrición en un caso clínico de una niña de cinco años con trastorno de evitación / restricción de la ingesta de alimentos en el contexto del confinamiento por la COVID-19. La evaluación inicial propició diseñar una intervención conformada por técnicas de modificación de la conducta alimentaria con los siguientes objetivos: establecer horarios de alimentación, instaurar de 3-5 la frecuencia de comidas mediante reforzamiento positivo, y adquirir la conducta de probar y consumir nuevos alimentos a través de mera exposición y encadenamiento. Una vez obtenida la frecuencia y duración deseadas de estas conductas, se implementó la técnica de economía de fichas para su mantenimiento. Se utilizó la técnica de extinción para eliminar otras conductas no deseadas, como escupir los alimentos, llorar o arrojar los alimentos. La intervención tuvo una duración de 30 días, dividida en 3 ciclos de 10 días. Se llevó a cabo el seguimiento del tratamiento a los 30 y 60 días después. La evaluación final se llevó a cabo 6 meses después de la intervención. Los resultados mostraron incremento sostenido de la conducta de probar y consumir alimentos nuevos. El horario y frecuencia de los episodios alimentarios se mantuvieron constantes de acuerdo con el objetivo planteado. Las técnicas de modificación de conducta fueron eficaces para observar cambios en el comportamiento alimentario de la niña. Al final de la intervención, la paciente alcanzó la talla y peso adecuado para su edad.

*Palabras clave:* Trastorno de la conducta alimentaria, comportamiento alimentario, modificación de conducta, terapia conductista, estado nutricional.

#### Abstract

The psycho-nutritional approach is presented to modify food selectivity and change the diagnosis of malnutrition in a clinical case of a five-year-old girl with Avoidance-Restrictive Food Intake Disorder in the context of confinement due to COVID-19. The initial evaluation led to the design of an intervention made up of eating behavior modification techniques with the following objectives: establish feeding schedules, establish meal frequency of 3-5 through positive reinforcement; and,

---

Dra. Alma Gabriela Martínez Moreno. Instituto de Investigaciones en Comportamiento Alimentario y Nutrición. Centro Universitario del Sur, Universidad de Guadalajara, Jalisco, México.

La correspondencia de este artículo se dirige a la Dra. Alma Gabriela Martínez Moreno. Dirección postal: Centro Universitario del Sur, Universidad de Guadalajara. Av. Enrique Arreola Silva No. 883, Centro. C.P. 49000, Ciudad Guzmán, Municipio de Zapotlán el Grande, Jalisco, México. #: +52 (341) 575 2222 Fax #: 01 (341) 5752223. Correo electrónico: [alma.martinez@cusur.udg.mx](mailto:alma.martinez@cusur.udg.mx) .



A.G. MARTÍNEZ

---

acquire the behavior of trying and consuming new foods through mere exposure and chaining. Once the desired frequency and duration of these behaviors was obtained, the token economy technique was implemented for its maintenance. The extinction technique was used to eliminate other unwanted behaviors, such as spitting food, crying, throwing food, etc. The intervention lasted 30 days divided into 3 cycles of 10 days each; Treatment follow-up was carried out 30 and 60 days later; The final evaluation was carried out 6 months after the intervention. The results showed a sustained increase in the behavior of trying and consuming new foods. The timing and frequency of the eating episodes remained constant according to the stated objective. Behavior modification techniques were effective in observing changes in the girl's eating behavior. At the end of the intervention, the patient reached the appropriate height and weight for her age.

*Keywords:* Feeding and Eating Disorder, Eating Behavior, Behavior Modification, Behavior Therapy, Nutritional Status.

El comportamiento alimentario infantil es un tópico de investigación sumamente complejo, debido a su estrecha relación con la malnutrición (Jarman et al., 2022). En el caso de los trastornos de la conducta alimentaria (TCA), el comportamiento alimentario resulta una variable eficaz para su diagnóstico. Los TCA son trastornos mentales caracterizados por una conducta alterada o desordenada de la ingesta alimentaria que puede ir acompañada de la emisión de comportamientos encaminados a controlar el peso corporal. Esta alteración en el patrón de conducta llega a ocasionar efectos en la salud física y mental del paciente. Los TCA aparecen frecuentemente durante la adolescencia y adultez (Bermúdez et al., 2021). Sin embargo, es cada vez más habitual detectar casos tempranos en la infancia, tal es el caso del trastorno de evitación/restricción de la ingesta de alimentos (TERIA).

El diagnóstico del TERIA fue incluido por primera vez en 2013 en la quinta edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (DSM-5). Se refirió como la manifestación de conductas alimentarias evitativas o restrictivas que no están motivadas por una alteración de la imagen corporal o un deseo obsesivo por adelgazar. Físicamente, el TERIA puede manifestarse en una pérdida de peso significativa, deficiencia nutricional o una marcada interferencia en el funcionamiento psicosocial. Los comportamientos alimentarios incluyen: 1) aversiones sensoriales, rechazo selectivo hacia algunos alimentos por su sabor, textura, olor, o la combinación de todos ellos, lo que se mide a través de niveles de selectividad alimentaria; 2) inapetencia, baja ingesta o desinterés por todo lo relacionado a la alimentación; y 3) rechazo a algunos alimentos y la no emisión de la conducta de comer a partir de un evento traumático (Suspes & Orejarena, 2020).

La investigación sobre TERIA es limitada, pero la literatura reciente sugiere que afecta entre el 0.3% y el 15.5% de la población general (D'Adamo et al., 2023). Personas diagnosticadas con TERIA también experimentan otros problemas de salud mental que pueden afectar la forma en que ocurren los síntomas. Según Sanchez-Cerezo et al. (2023), las afecciones que comúnmente ocurren junto con el TERIA incluyen el trastorno del espectro autista (TEA), el trastorno de ansiedad, el trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) y el trastorno obsesivo-compulsivo (TOC). Algunos autores afirman que existe un mayor riesgo de TERIA en personas con TEA y TDAH (Thomas et al., 2025). Un metaanálisis reveló que el 16.27% de las personas con TERIA tenían TEA, y el 11.41% de los

## ABORDAJE PSICONUTRICIONAL DE UN CASO DE TRASTORNO DE EVITACIÓN-RESTRICCIÓN DE INGESTA

---

diagnosticados con TEA también tenían TERIA (Sader et al., 2025). Otra investigación reportó un diagnóstico de TEA presente en el 8.2-54.8% de los niños diagnosticados con TERIA (Keski-Rahkonen & Ruusunen, 2023).

Si bien es cierto que la información sobre el TERIA es escasa, se coincide en la literatura científica y clínica que los criterios diagnósticos se reducen a la inapetencia, selectividad y aversión postraumática, los cuales ocurren generalmente en la niñez, pero no es descartable que puedan parecer en la edad adulta (Campuzano, 2020). Se coincide en afirmar que el TERIA inicia en la primera infancia y puede afectar significativamente la nutrición, el desarrollo y el bienestar emocional si no se trata. Niños diagnosticados con TERIA sin tratamiento no lo superan con la edad, y la limitada variedad de alimentos que consumen puede provocar desnutrición (Norris et al., 2016). Frecuentemente, niños con TERIA pasan desapercibidos porque no todos parecen tener bajo peso. Así lo concluyó un estudio que reportó solo el 11 % de los adolescentes con este trastorno presentaron bajo peso (Van Buuren et al., 2023).

En aras de aportar más al conocimiento de esta enfermedad mental, el análisis conductual aplicado, a través de la modificación de conducta, se propone como una metodología capaz de adaptarse a otras para resolver problemas de conducta que funcionan frecuentemente como precursores del desarrollo de trastornos (Graber & Graber, 2025). Por ello, en el presente estudio se expone un estudio de caso en el que se presenta una intervención novedosa y multidisciplinar para el tratamiento de TCA, pero también se emprende una nueva forma de exponer el tratamiento conductual aplicado en combinación con metas nutricionales como un medio frente a otras intervenciones que pueden resultar igual de eficaces, pero más práctico, rápido y menos costoso.

A continuación, se expone el caso clínico de una niña de seis años con diagnóstico de TERIA, análisis de las conductas y resultados de tratamiento. Se proponen dos objetivos: el primero fue realizar una intervención psiconutricional para la adquisición y mantenimiento de conductas alimentarias deseadas y la eliminación de conductas no deseadas asociadas al episodio alimentario; el segundo fue modificar el diagnóstico de desnutrición por el de normopeso.

### Descripción del caso clínico

#### Datos personales de la paciente

“Catalina”, cinco años, sexo femenino. Su madre tiene 34 años y su padre 33, ambos trabajan y se describen con un nivel socioeconómico alto, de acuerdo con su salario. Viven en casa propia en México; ella es contadora pública y él es abogado. Tienen otro hijo de 11 meses.

#### Motivo de consulta

“Catalina” acude en compañía de sus padres. El motivo de consulta reside en el diagnóstico médico de desnutrición. Presenta retraso en su crecimiento: su estatura es inferior al estándar correspondiente para su edad, y su peso es inferior al esperado para su estatura. Fue diferida al nutriólogo, quien aplicó una frecuencia de consumo de alimentos y recordatorio de 24 horas. Concluye que hay carencia de vitaminas y minerales, específicamente de vitamina A y hierro.

A.G. MARTÍNEZ

---

La madre refiere que la niña “no quiere comer” y que su alimentación se reduce a consumir alimentos fritos o empanizados, galletas y caramelos, agua, jugos comerciales y leche. Refiere que evita el consumo de carnes rojas, frutas y verduras. Presenta una marcada aversión a alimentos de origen animal, frutas y verduras de color rojo o rosado específicamente; al tener disponibilidad de alimentos con este color (carne, jamón, salchichas, manzanas, pimientos, sandía, etc.) muestra arcadas de vómito. Lloro y arroja alimentos o utensilios de alimentación (como platos, vasos, cucharas) cuando no quiere comer; no tiene horarios fijos de alimentación. Muestra desinterés por el desayuno y la cena, mientras que durante la comida es cuando muestra mayor frecuencia de consumo de alimentos.

La madre refiere que la niña recibió lactancia materna exclusiva durante dos meses y medio, después fue alimentada con fórmula hasta los seis meses y medio; la alimentación suplementaria inició en ese momento. La incorporación de nuevos alimentos fue rápida, no recuerda haber tenido evitación de alimentos en esa etapa. A la edad de 4 años, la madre se embaraza de su segundo hijo. Durante el segundo y tercer trimestre del embarazo presenta sangrados y permanece en reposo absoluto hasta el nacimiento del niño a través de cesárea, y tanto él como la madre permanecen en el hospital durante dos semanas aproximadamente. “Catalina” empieza a manifestar rechazo selectivo a alimentos: en una ocasión en que la madre y su abuela se encuentran comiendo fresas y se las ofrecen, la niña las tira al piso. Los padres han intentado convencerla de probar alimentos diferentes, pero se rehúsa, llora y patalea; en ocasiones, arroja la comida del plato. La madre señala que, para evitar que la niña siga enfermando más, opta por darle la comida que ella prefiere. Por ello, siempre tiene *nuggets* de pollo o pescado, papas fritas y jugo para comer. El desayuno lo pospone para evitar retrasos para el inicio de sus actividades diarias.

Esta rutina comenzó en el contexto de la pandemia de COVID-19, por lo que la familia se encontraba confinada en casa. “Catalina” tomaba clases en línea y, durante esta actividad, en ocasiones desayunaba cereal con leche. La madre estaba en casa trabajando en línea y el padre salía en ocasiones. Después de las actividades escolares y laborales diarias, la madre hacía limpieza y preparaba los alimentos. Tanto ella como el padre preparaban y consumían platos diferentes a los de la niña. La cena se prolongaba hasta las 22:00 horas y consistía generalmente en galletas o empanadas dulces y leche para la niña.

Los padres refieren manifestar ansiedad por la incertidumbre ante las condiciones laborales por la pandemia. Advierten que, para evitar que la niña deje de comer, prefieren alimentarla con lo que ella elige. En ocasiones tratan de controlar las conductas de rechazo a través de regaños o castigos, pero no los aplican de forma consistente. El padre prefiere no estar presente durante los episodios de alimentación de la niña, pues manifiesta enojo y trata de mantener a la niña sentada en su silla a la fuerza, lo cual la madre desaprobaba.

### **Evaluación inicial del caso clínico**

Con base en los parámetros recomendados respecto a la alimentación, nutrición y comportamiento, se adoptó un diseño de caso único AB con medidas repetidas de mantenimiento ([Garbacz & Kratochwill, 2020](#)). Para la fase A de evaluación inicial, se obtuvieron los parámetros de línea base obtenidos a través de la entrevista inicial, observación directa a través de videgrabaciones hechas por los padres durante

ABORDAJE PSICONUTRICIONAL DE UN CASO DE TRASTORNO DE EVITACIÓN-RESTRICCIÓN DE INGESTA

los episodios alimentarios y datos antropométricos-nutricionales del especialista. En la fase B (30 días), se aplicó la intervención con dos mediciones de mantenimientos posteriores (30 y 60 días). Los padres y el nutriólogo otorgaron su consentimiento para la publicación de este manuscrito.

**Resultados de la Fase A (evaluación inicial)**

Los resultados obtenidos en la fase A se muestran en la Tabla 1. Se confirma deficiencia del crecimiento esperado, deficiencia nutricional significativa, funcionamiento psicosocial notablemente alterado, episodios alimentarios notablemente afectados. La restricción de alimentos no se debe su falta de disponibilidad, a una práctica cultural (como un ayuno religioso), enfermedad física, tratamiento médico (radioterapia o quimioterapia) u otro trastorno. No hay evidencias que avalen una percepción perturbada del peso corporal o la forma.

Tabla 1  
*Resultados obtenidos en la fase A*

VARIABLES	LÍNEA BASE	PARÁMETROS RECOMENDADOS
Talla	DE con relación a la mediana - 2.6 estatura baja	DE con relación a la mediana + 1.99 a -1.99 estatura normal
Peso/talla	DE con relación a la mediana -1.5 desnutrición leve	DE con relación a la mediana ± 1 peso normal
Ingesta de energía	800 ± 30 kcal	1400 a 1800 kcal
Grupos de alimentos	A. Frutas y verduras X B. Cereales X C. Leguminosas y alimentos de origen animal X	A. Frutas y verduras B. Cereales C. Leguminosas y alimentos de origen animal

*Continúa...*

A.G. MARTÍNEZ

VARIABLES	LÍNEA BASE	PARÁMETROS RECOMENDADOS
Consumo de bebidas	Agua 6-8 vasos de agua	Agua 1.7L al día
	Jugos	Leche, 600 mililitros (aproximadamente 2 tazas y media) cada día en niños de 4 a 8 años de edad.
	Leche 2-3 vasos	
	Jugo natural 1-2 vasos	No consumir con frecuencia bebidas como:
	Jugo industrializado 600-800ml	-Jugo natural
	Leche con chocolate 1-2 vasos	-Bebidas elaboradas con jugo de frutas -Bebidas deportivas -Refrescos
Frecuencia de comidas	3 veces al día	(máximo 180 mililitros al día en niños de 1 a 6 años de edad; 360 mililitros al día en niños de 7 a 18 años de edad) 3-5 veces al día (desayuno, colación, comida, colación, cena)
Horario	Desayuno: 11:00	Desayuno 8:00-9:00
	Comida: 15:30	Colación 11:00
	Cena: 22:00	Comida 15:00-16:00
		Colación 18:00 Cena 20:00-21:00
Duración	5' ± 30''	N/A
Latencia	6' ± 11'	N/A

*Nota.* Se muestran los resultados de la fase A de los instrumentos aplicados. Se obtuvieron a partir de la entrevista inicial y observación directa. Las variables antropométricas y nutricionales fueron proporcionados por el nutriólogo. Las variables conductuales se obtuvieron a través de observación directa y entrevista con los padres.

### Análisis funcional

El análisis funcional consiste en la integración de variables y contingencias respecto a las conductas problema del paciente con los objetivos del tratamiento. Su representación gráfica sirve para comunicar con claridad el enfoque para el tratamiento; es dinámico e hipotético, aplicado a la situación y contexto específicos al paciente (Kaholokula et al., 2013).

## ABORDAJE PSICONUTRICIONAL DE UN CASO DE TRASTORNO DE EVITACIÓN-RESTRICCIÓN DE INGESTA

---

Se identifica la alta selectividad en el comportamiento alimentario de “Catalina” como la variable principal de modificación. Es importante mencionar que el confinamiento obligado por la pandemia de COVID-19 produjo incertidumbre y preocupaciones por parte de los padres, quienes de forma paralela a la ocurrencia de conductas asociadas al TERIA, generaron y mantuvieron conductas no adecuadas sobre el control de conductas problema en su hija, como la falta de normas y límites, los castigos intermitentes y la falta de reforzamiento positivo a conductas adecuadas. Esto da como resultado inmediato la ocurrencia de conductas como llorar, patear y escupir la comida durante los episodios alimentarios.

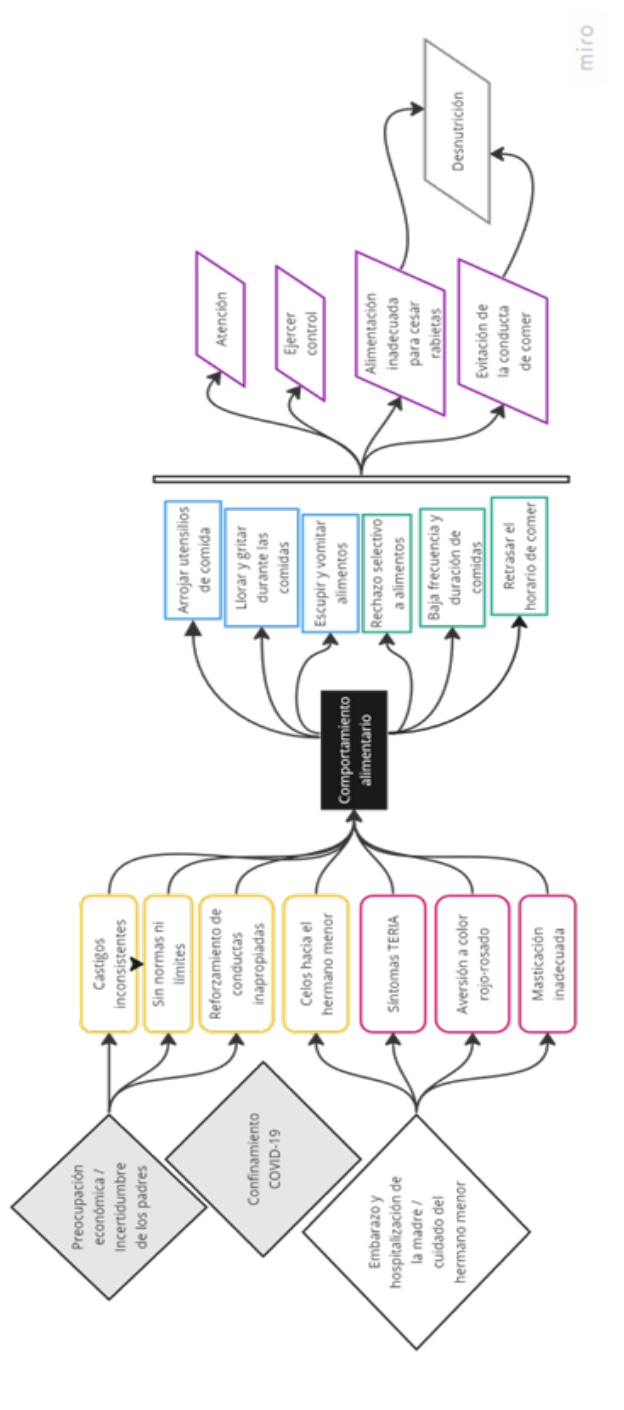
Por otro lado, existe una clara relación entre las condiciones del embarazo de la madre y el nacimiento del hermano (evento traumático para la niña) y la manifestación de conductas asociadas al TERIA. Es posible que la aversión selectiva de la niña a tonalidades rosa-rojo estén vinculadas a la observación de los sangrados sufridos por la madre. Por lo anterior, es posible apreciar que las conductas objetivo para intervención se dividen en dos grupos: 1) las relacionadas con la falta de control de normas, límites y castigos de los padres y 2) las relacionadas con la alimentación deficiente. La alta frecuencia de estas conductas es contingente a la búsqueda de atención, ejercer el control hacia los padres a través del comportamiento alimentario patológico, lo que lleva a la consecuencia final de la desnutrición.

### **Intervención**

En relación con los parámetros obtenidos en el diagnóstico, se establecieron los siguientes objetivos antropométricos, nutricionales y conductuales:

1. Normalizar el parámetro peso/talla.
2. Incrementar la ingesta calórica a 1400-1800 kcal.
3. Adquirir la conducta de probar frutas, verduras, leguminosas y productos de origen animal.
4. Adquirir la conducta de consumir frutas, verduras, leguminosas y productos de origen animal.
5. Establecer la frecuencia de 4 episodios de alimentación al día: desayuno, comida, merienda y cena.
6. Adelantar el horario de desayuno y cena.
7. Prolongar la duración de los episodios alimentarios.
8. Eliminar conductas no deseadas durante los episodios alimentarios.

Figura 1  
Análisis funcional



Nota. El rombo blanco representa un evento no modificable, los rombos de color gris son eventos modificables. Los recuadros curvos de color rosa representan conductas modificables para Catalina y los de color amarillo conductas modificables para los padres. El recuadro negro representa la conducta problema y los recuadros azules y verdes las respuestas observables y cuantificables presentes en los episodios alimentarios. Los paralelogramos representan las consecuencias de la conducta problema y el de línea color gris la consecuencia fisiológica.

## ABORDAJE PSICONUTRICIONAL DE UN CASO DE TRASTORNO DE EVITACIÓN-RESTRICCIÓN DE INGESTA

---

Los objetivos 1 y 2 se plantearon con base en recomendaciones dietéticas provistas por el nutriólogo, de las cuales se puntualizó la siguiente distribución dietética para la ingesta calórica: 25% en el desayuno, 30% en la comida, 15% en la merienda y 30% en la cena. Se proyectó realizar la intervención durante 30 días, en tres ciclos de 10 días. En el primer ciclo, se intervino en el horario de alimentación y en la conducta de probar alimentos; en el segundo ciclo, se continuó trabajando con la conducta de probar alimentos; a partir del tercer ciclo, se introdujo la conducta de consumo de alimentos y el mantenimiento de las conductas adquiridas.

Respecto a la latencia y duración del comer, no hubo un objetivo conductual específico, pues a través de las técnicas utilizadas, se esperaba que la temporalidad de los episodios alimentarios se incrementara. Los alimentos introducidos a la dieta de la niña durante la intervención fueron seleccionados en conjunto con el nutriólogo. Los alimentos introducidos en el mantenimiento fueron elegidos por los padres a partir de las recomendaciones del nutriólogo. El color rosa y rojo de los alimentos no fue intervenido de forma especial, a excepción de que, a través de la economía de fichas, la paciente recibió más fichas al ejecutarse el probar y consumir alimentos con esta característica. Sobre las conductas no deseadas durante los episodios alimentarios, se aplicó la extinción. En la Tabla 2 se muestra el diseño de la intervención. A continuación, se describen las técnicas de modificación de conducta utilizadas. Los padres recibieron entrenamiento vía virtual y a través de videos.

### **Técnicas de modificación de conducta**

#### *Reforzamiento positivo*

Este procedimiento consiste en presentar un estímulo positivo (una recompensa o premio) inmediatamente después de la emisión de una conducta determinada, y esto aumenta la probabilidad de que dicha conducta se presente en el futuro. Se utiliza cuando se pretende adquirir una conducta que no se encuentra en el repertorio habitual, aumentar su frecuencia o cuando el refuerzo de esa conducta disminuye la aparición de una conducta incompatible no deseada (Ackerman et al., 2023). Es importante que el reforzador siga al comportamiento (inmediato) y acompañado de la especificación de la contingencia y de refuerzo social. Es ideal que sea cognitiva y emocionalmente apropiado para la persona (Bhutto & Siddiqui, 2013).

#### *Mera exposición*

Se trata de la repetición sucesiva de un estímulo (en este caso, alimentario) en el mismo escenario psicológico y sin variar las características de tal estímulo (Godwin et al., 2019). Se establece que la presentación repetida del estímulo en al menos 10 ocasiones puede ocasionar la adquisición de preferencias alimentarias las cuales difícilmente se pueden desarrollar a través de otros procedimientos que, además, son a largo plazo. La técnica consiste en presentar a la persona una pequeña porción o trozo del alimento en cuestión a la misma hora (preferentemente antes de iniciar una comida) con el acuerdo de probarla o consumirla previamente y responder qué le parece su sabor, textura, forma, etc. La mera exposición constante del estímulo, sin obligar o coaccionar la conducta, permitirá que la persona comience a distinguir las características del estímulo alimentario, lo que al final de la técnica hace que le

A.G. MARTÍNEZ

disguste menos, precisamente por la simple exposición. Una vez finalizado el procedimiento, la persona recibirá una recompensa previamente acordada (Silverman, 2015).

### *Encadenamiento*

Consiste en reforzar positivamente la ejecución de una serie de conductas engarzadas unas con otras, formando una cadena de repuestas. Este procedimiento aplica para la adquisición de nuevos comportamientos (descomponiendo la conducta en pasos, ya sea de inicio a fin o a la inversa) o para ensamblar las conductas, de modo que constituyan cadenas y mantener el patrón conductual alcanzado (Collins et al., 2025). El encadenamiento alimentario se ha desarrollado como un método sistemático para el tratamiento de niños con extrema selectividad alimentaria (Fishbein et al., 2006).

### *Economía de fichas*

La técnica consiste en establecer un sistema de refuerzo mediante la utilización de estímulos en forma de fichas, tarjetas, pegatinas, monedas, etc., para premiar las conductas que se desea establecer, o retirarlas para disminuir conductas problema. Es necesario fijar claramente el valor de las fichas o puntos que se otorguen y las conductas que van a ser premiadas (Varghese et al., 2025). Las fichas deben tener un valor de intercambio lo suficientemente claro para la persona y referirse tanto a situaciones gratificantes que se puedan obtener como a refuerzos materiales. Inicialmente, se debe reforzar con fichas cada vez que ocurre la conducta deseada. Cuando la conducta ya está adquirida y mantenida, se deberá reforzar de un modo intermitente. Gradualmente, se deben espaciar los intervalos de intercambio cuando las conductas se vayan instaurando y consolidando, de tal manera que se produzca una deshabitación progresiva de las fichas y de los reforzadores que se obtienen reemplazando los anteriores reforzadores materiales por reforzadores sociales (Kazdin, 1982). Esta técnica ha resultado eficaz para la adquisición y mantenimiento de conductas alimentarias saludables en condiciones de enfermedad (Ghezzi & Lewon, 2022).

Tabla 2

### *Diseño de la intervención*

Conducta objetivo	Técnica	Reforzador	Parámetro deseado	Temporalidad
Desayunar entre 8:00-9:00	Reforzamiento positivo	Reforzador social / vestir muñecas después de desayunar	Realizar el desayuno 5 días de la semana entre 8:00-9:00	Ciclo 1 1-10 días

*Continúa...*

ABORDAJE PSICONUTRICIONAL DE UN CASO DE TRASTORNO DE EVITACIÓN-RESTRICCIÓN DE INGESTA

Conducta objetivo	Técnica	Reforzador	Parámetro deseado	Temporalidad
Comer entre 15:00-16:00	Reforzamiento positivo	Refuerzo social / jugar a la comidita con las muñecas	Realizar la comida 5 días de la semana entre 15:00-16:00	Ciclo 1 1-10 días
Probar calabacitas	Mera exposición	Estrella en la frente	Poner un trozo del alimento en la boca sin escupirlo	
Probar frijoles	Mera exposición	Estrella en la frente	Tragarlo o sacarlo de la boca y ponerlo en el plato  Decir qué le parece	
Adquirir la conducta de merendar entre 18:00-19:00	Reforzamiento positivo	Refuerzo social / peinar las muñecas	Realizar la merienda 5 días de la semana entre 15:00-16:00	Ciclo 1 1-10 días
Probar un trozo de manzana	Mera exposición	Estrella en la frente	Poner un trozo del alimento en la boca sin escupirlo	
Merienda			Tragarlo o sacarlo de la boca y ponerlo en el plato  Decir qué le parece	
Cenar entre 21:00-22:00	Reforzamiento positivo	Reforzador social / poner la pijama a las muñecas para dormir	Realizar la cena entre 21:00-22:00	Ciclo 1 1-10 días
Probar un trozo de carne asada	Encadenamiento	Cantar una canción mientras se llevan a cabo las respuestas encadenadas	Acercar un trozo a la cara  Olerlo  Introducirlo a la boca, masticarlo sin escupirlo	

*Continúa...*

## A.G. MARTÍNEZ

Conducta objetivo	Técnica	Reforzador	Parámetro deseado	Temporalidad
Desayunar entre 8:00-9:00	Reforzamiento positivo	Refuerzo social / vestir muñecas después de desayunar	Mantener el desayuno 5 días de la semana entre 8:00-9:00	Ciclo 2 11-20 días
Comer entre 15:00-16:00	Reforzamiento positivo	Refuerzo social / jugar a la comidita con las muñecas	Mantener la comida 5 días de la semana entre 15:00-16:00	Ciclo 3 11-20 días
Probar jitomate	Mera exposición	Estrella en la frente	Poner un trozo del alimento en la boca sin escupirlo Tragarlo o sacarlo de la boca y ponerlo en el plato	
Probar huevo	Mera exposición	Estrella en la frente	Decir qué le parece	
Mantener la conducta de merendar entre 18:00-19:00	Reforzamiento positivo	Refuerzo social / peinar las muñecas	Mantener la merienda 5 días de la semana entre 15:00-16:00	Ciclo 3 11-20 días
Probar un trozo de naranja	Mera exposición	Estrella en la frente	Poner un trozo del alimento en la boca sin escupirlo Tragarlo o sacarlo de la boca y ponerlo en el plato	
Merienda			Decir qué le parece	
Cenar entre 21:00-22:00	Reforzamiento positivo	Reforzador social / poner la pijama a las muñecas para dormir	Realizar la cena entre 21:00-22:00	Ciclo 2 11-20 días
Probar garbanzos	Encadenamiento	Cantar una canción mientras se llevan a cabo las respuestas encadenadas	Acercar un trozo a la cara  Olerlo  Introducirlo a la boca, masticarlo sin escupirlo	

*Continúa...*

ABORDAJE PSICONUTRICIONAL DE UN CASO DE TRASTORNO DE EVITACIÓN-RESTRICCIÓN DE INGESTA

Conducta objetivo	Técnica	Reforzador	Parámetro deseado	Temporalidad
Consumir naranja, jitomate, garbanzos y huevo durante el desayuno	Encadenamiento	Cantar la canción	Acercar un trozo a la cara	Ciclo 3 21-30 día
	Economía de fichas	Ficha	Olerlo Introducirlo a la boca Masticarlo Deglutirlo Consumir cada uno de los alimentos secuencialmente	
Consumir manzana, calabacita, frijol y carne roja durante la comida	Encadenamiento	Cantar la canción	Acercar un trozo a la cara	Ciclo 3 21-30 día
	Economía de fichas	Ficha	Olerlo Introducirlo a la boca Masticarlo Deglutirlo Consumir cada uno de los alimentos secuencialmente	
Mantenimiento de horarios de alimentación	Economía de fichas	Fichas	Realizar todas las conductas	Medida de seguimiento 1
Probar y consumir alimentos				30 días después del Ciclo 3
Mantenimiento de horarios de alimentación	Economía de fichas	Fichas	Realizar todas las conductas	Medida de seguimiento 2
Probar y consumir alimentos	Reforzamiento intermitente	Fichas		60 días después del Ciclo 3

*Nota.* En el caso de las conductas “probar” y “consumir” alimentos que incluyeron estímulos alimentarios en tonos rosas o rojos fue contingente a recibir más fichas a través de la técnica de economía de fichas. En el mismo supuesto, no realizar las conductas deseadas supuso el retiro de fichas.

### Valoración de la intervención

El peso corporal y la talla se midieron a los 60 días posteriores de concluida la fase B de intervención. El nutriólogo confirmó normalización de peso y talla, así como IMC normal. Estas medidas se mantuvieron a los seis meses después durante la evaluación final. “Catalina” incrementó gradualmente la ingesta calórica hasta llegar al objetivo de ingesta >1400 kcal. Los resultados de la ingesta calórica pueden observarse en la Tabla 3, los cuales están sostenidos por el consumo de los diferentes grupos de alimentos, que se describen en la Tabla 4.

Tabla 3

#### *Ingesta calórica*

Comparación entre ciclos	
Inicial	Ciclo 1
630 ± 30 kcal	640 ± 20 kcal
Ciclo 1	Ciclo 2
640 ± 20 kcal	900 ± 50 kcal
Ciclo 2	Ciclo 3
900 ± 50 kcal	1020 ± 20 kcal
Ciclo 3	Seguimiento 1
1020 ± 20 kcal	1250 ± 80 kcal
Seguimiento 1	Seguimiento 2
1250 ± 80 kcal	1300 ± 100 kcal
Seguimiento 2	6 meses después
1300 ± 100 kcal	1450 ± 100 kcal
Inicial	6 meses después
630 ± 30 kcal	1450 ± 100 kcal

ABORDAJE PSICONUTRICIONAL DE UN CASO DE TRASTORNO DE EVITACIÓN-RESTRICCIÓN DE INGESTA

Tabla 4  
*Consumo por grupos de alimentos*

Grupo	1 Ciclo 1	2 Ciclo 2	3 Ciclo 3	4 Seguimiento 1	5 Seguimiento 2	6 Evaluación 6 meses
Frutas y verduras	Manzana	Naranja	Manzana	Manzana	Manzana	Manzana
		Jitomate	Naranja	Naranja	Naranja	Naranja
			Calabacita	Calabacita	Uvas	Uvas
			Jitomate	Jitomate	Mango	Mango
					Plátano	Plátano
					Betabel	Pera
					Calabacita	Mandarina
					Jitomate	Sandía
					Zanahoria	Fresa
					Papa	Melón
						Calabazas
						Jitomate
						Betabel
						Lechuga
Leguminosas	Frijoles	Garbanzos	Frijoles	Frijoles	Frijoles	Frijoles
			Garbanzos	Garbanzos	Garbanzos	Garbanzos
						Lentejas
						Chícharos

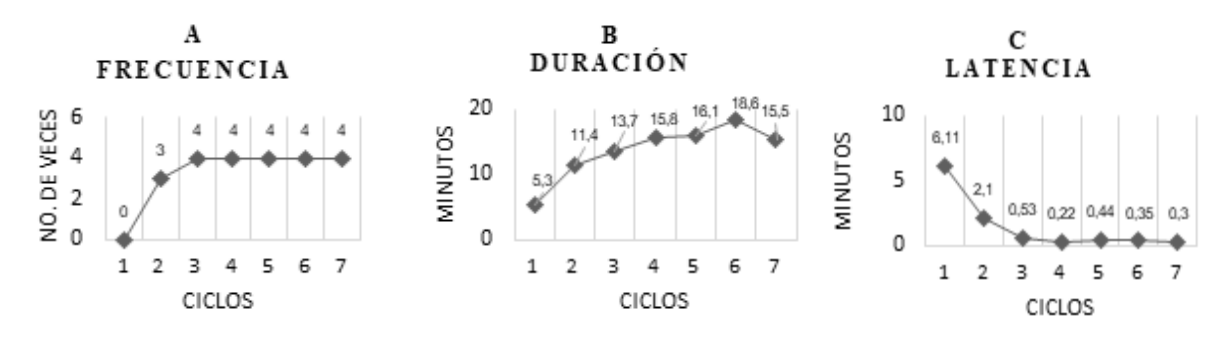
*Continúa...*

A.G. MARTÍNEZ

Grupo	1 Ciclo 1	2 Ciclo 2	3 Ciclo 3	4 Seguimiento 1	5 Seguimiento 2	6 Evaluación 6 meses
Alimentos de origen animal	Carne molida	Huevo	Carne molida Huevo	Carne molida Huevo	Carne molida Huevo Jamón	Carne molida Huevo Jamón Salchichas Pollo Pescado Yogur

Se adquirió la conducta de desayunar entre 8:00-9:00, comer entre 14:00-15:00, merendar entre 17:00-18:00 y cenar entre 20:00-21:00 diariamente. La frecuencia de comidas se mantuvo en cuatro veces al día. Respecto a la duración del comer, se observó un incremento al finalizar los 3 ciclos de intervención, los episodios alimentarios tuvieron una duración promedio de 13.6 minutos. La diferencia de tiempo entre la primera y la última evaluación, luego de seis meses de la intervención, fue de 10.2 minutos. La latencia disminuyó gradualmente; durante la evaluación final, se registró un tiempo de 30 segundos. Los resultados de los efectos de la intervención en las dimensiones de la conducta alimentaria se describen en la Figura 2.

Figura 2  
*Conducta alimentaria*

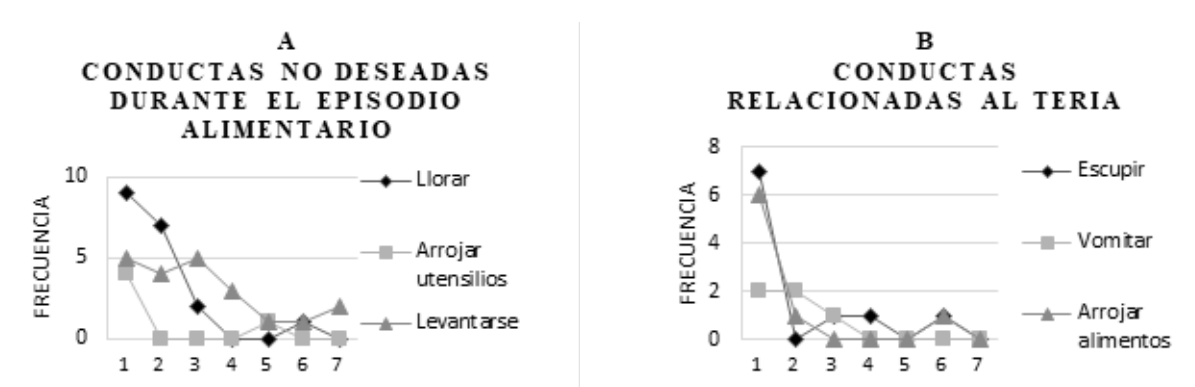


Nota. Se muestra la frecuencia (A), duración (B) y latencia (C) de la conducta alimentaria.

ABORDAJE PSICONUTRICIONAL DE UN CASO DE TRASTORNO DE EVITACIÓN-RESTRICCIÓN DE INGESTA

Sobre las conductas presentadas por “Catalina” durante el episodio alimentario (llorar, arrojar utensilios y levantarse de la silla) y las relacionadas al TERIA (escupir, vomitar y arrojar alimentos), se observó un decremento y extinción de todas ellas, con excepción de la conducta de levantarse de la silla, en las que se observó una recuperación de la respuesta durante la evaluación final. En la medición llevada a cabo en el segundo seguimiento, se observó la respuesta de arrojar y escupir alimentos en una ocasión, sin embargo, no volvió a manifestarse.

Figura 3  
*Conductas no deseadas y relacionadas al TERIA*



Nota. A. Conductas a eliminar que se presentaban durante episodios alimentarios. B. Conductas relacionadas al TERIA que también fueron eliminadas.

## Discusión

La presente intervención conductual para la manejo y tratamiento del TERIA en una niña de seis años, basada en el involucramiento de los padres y administrada a través de sesiones en el hogar, dio como resultado la recuperación del peso corporal, con el efecto de modificar el diagnóstico de desnutrición a normopeso y una mayor ingesta calórica, acompañada de la habituación hacia una dieta variada, adecuada y equilibrada para la edad de la paciente. Adicionalmente, se observó la disminución y eliminación de conductas problema durante los episodios alimentarios, que ayudaban a la niña a controlar la conducta de sus padres sobre su rechazo y selectividad alimentaria.

La selectividad alimentaria en compañía de la restricción dietética es uno de los problemas que los niños en situación de estrés postraumático tienen que superar debido a un evento difícil de comprender y que difícilmente puede superarse sin ayuda psicológica (Pitt & Middleman, 2017). En situaciones en las que es necesario un cambio rápido en el comportamiento alimentario, un enfoque conductual puede ser eficaz inmediatamente. En este estudio, la implementación de una intervención conformada por técnicas conductuales para la adquisición y mantenimiento de conductas alimentarias saludables, así como de técnicas de eliminación de conductas no saludables o que acompañan a los episodios alimentarios de forma problemática, fue eficaz para alcanzar objetivos psiconutricionales que modificaran el diagnóstico de TERIA.

Las técnicas de modificación de la conducta forman parte del repertorio metodológico del análisis conductual aplicado (ACA). Se trata de un método de observación y análisis del comportamiento con el objetivo de modificarlo (Cooper et al., 2020). Desde su creación a finales de la década de 1960, se ha convertido en el principal tratamiento recomendado para el trastorno del espectro autista (Lutz, 2025). Sin embargo, nuevas áreas de investigación y hallazgos demuestran su utilidad en otras áreas (Ferguson & Milne, 2023). La intervención basada en el ACA se centra en aprender del comportamiento observable y usar esa información para crear planes de atención individualizados que permitan enseñar nuevas habilidades o reducir conductas problemáticas. Si bien es cierto se aplicaron las técnicas de modificación de conducta de forma tradicional, el método ACA podría integrarse con la tecnología y la cultura para convertirse en una herramienta invaluable en el tratamiento de personas con otros TCA, no solamente con aquellos con diagnóstico de TERIA.

Actualmente, hay pocos estudios que especifiquen el tratamiento para niños y jóvenes con TERIA y que hayan monitoreado sus resultados y seguimiento (Sharp et al., 2017). Un estudio evidenció que el 85% de adolescentes que recibieron terapia cognitivo-conductual para tratamiento de sintomatología del TERIA mostraron mejoras significativas en la variedad de alimentos y la ansiedad tras 12 semanas de intervención. Los resultados mostraron viabilidad y aceptabilidad para niños y adolescentes en un ensayo no controlado con enfoque psicosocial. No obstante, los pacientes recibieron monitoreo médico concurrente por parte de un pediatra o un médico especialista en medicina adolescente. Adicionalmente, los pacientes con bajo peso fueron tratados por un psiquiatra u otro profesional de la salud que acompañó el tratamiento con medicación. Ninguno de los pacientes pudo recibir alguna otra intervención, como asesoramiento nutricional, terapia ocupacional, terapia del habla u otras formas de psicoterapia, durante el ensayo (Thomas et al., 2020).

Un aprendizaje de la presente intervención fue que es fundamental combinar el tratamiento psicológico-conductual con el nutricional. Una de las fortalezas de este trabajo fue contar con una evaluación médica nutricional que incluyó una historia alimentaria detallada y registro de ingesta, curva de crecimiento y el descarte de complicaciones médicas asociadas al bajo peso, o al déficit de vitaminas y minerales. Además de contar con información desde la perspectiva de los padres, el registro de línea base de la ingesta de alimentos determinó la ingesta calórica y la variedad de alimentos a incluir durante la intervención.

Para proseguir con una intervención conductual de esta naturaleza, la historia alimentaria debe incluir variables del comportamiento alimentario, tales como las dificultades para alimentar en la lactancia, durante la introducción de nuevos alimentos, el horario y duración de los episodios alimentarios, la presencia de arcadas y vómitos, así como las conductas que acompañan al acto de comer, como los gritos, llanto, levantarse de la silla para comer, etcétera. Aunque no se detectaron graves afecciones en el funcionamiento psicosocial, debe considerarse el temperamento y los estilos de alimentación de los padres o cuidadores en intervenciones futuras, si hay presencia de alteraciones sensoriales, y principalmente, algún hecho o situación desencadenante de la sintomatología del TERIA (de Toro et al., 2021).

Es un hecho que el estilo de alimentación y el comportamiento de los padres durante los episodios alimentarios afectan la consolidación de hábitos saludables del niño, como la prefijación de los horarios de

---

## ABORDAJE PSICONUTRICIONAL DE UN CASO DE TRASTORNO DE EVITACIÓN-RESTRICCIÓN DE INGESTA

---

las comidas, el tipo de comida ofrecida y la permisión o negativa de los padres a través de las solicitudes de alimentos específicos de los niños (Spettigue et al., 2018). El tratamiento y seguimiento psicológico, desde la perspectiva del análisis funcional del comportamiento alimentario, debe acompañarse de un enfoque multidisciplinario para el tratamiento actual de los TCA.

Los estudios demuestran que las prácticas más recientes de ACA han tenido un impacto positivo significativo en quienes las utilizan (Beaulieu et al., 2024). Ahora bien, resulta fundamental seguir explorando tratamientos multidisciplinarios que incluyan avances en la tecnología de detección temprana, pues podrían ayudar a un significativo número de padres e hijos a iniciar su proceso de ACA lo antes posible, sobre todo, antes de que se instauren hábitos alimentarios malsanos. Así lo evidencian investigaciones que sugieren que las intervenciones integrales y a largo plazo de ACA implementadas en la primera infancia resultaron en mejoras positivas en el desarrollo del lenguaje, el funcionamiento intelectual, el aprendizaje de habilidades de la vida diaria, el afianzamiento de hábitos alimentarios saludables y el funcionamiento social (Denegri et al., 2023).

La intervención psiconutricional que se diseñó para tratar conductas relacionadas con el TERIA en una paciente de cinco años durante 30 días resultó eficaz para normalizar el parámetro peso/talla. Adicionalmente, se alcanzó el objetivo de incrementar la ingesta calórica a 1400-1800 kcal, a través del reforzamiento de conductas incompatibles con la selectividad alimentaria, como probar y consumir frutas, verduras, leguminosas y productos de origen animal, así como con el establecimiento de la frecuencia de cuatro episodios de alimentación al día: desayuno, comida, merienda y cena. Otras metas conductuales alcanzadas incluyeron la prolongación en la duración de los episodios alimentarios y la eliminación de conductas no deseadas durante los episodios alimentarios.

Se utilizaron técnicas de modificación de conducta como el reforzamiento positivo, el encadenamiento, la exposición repetida y la economía de fichas. Luego de seis meses de la intervención, la paciente mantuvo su peso/talla acorde con su edad, así como el mantenimiento de las conductas adquiridas. Se plantea la exploración de los métodos y procedimientos del ACA, a través de las técnicas de modificación de la conducta, para el tratamiento de conductas relacionadas con los TCA a temprana edad como una alternativa de intervención más práctica y con resultados a corto plazo.

Al igual que el comportamiento humano, el ACA es un campo en constante evolución. A medida que se siga utilizando para tratar TCA y demás trastornos del desarrollo y se exploren las posibilidades de aplicar estas terapias en otros campos e industrias, la base de conocimiento que lo sustenta se fortalecerá. El potencial de las intervenciones psiconutricionales con ACA es más importante que nunca, y resulta de interés en el ámbito de la investigación en psicología mantenerse informado y al tanto de las nuevas intervenciones, tecnologías y descubrimientos a medida que se publican, se vuelven relevantes y se manifiestan.

### **Declaración de conflicto de interés**

La autora declara no poseer conflicto de intereses en la elaboración del artículo.

---

## Referencias

- Ackerman, K. B., Whitney, T., & Samudre, M. D. (2023). The effectiveness of a peer coaching intervention on co-teachers' use of high leverage practices. *Preventing School Failure, 67*(1), 27-38. <https://doi.org/10.1080/1045988X.2022.2070591>
- Beaulieu, L., Kwak, D., Jimenez-Gomez, C., & Morgan, G. (2024). Implementing culturally responsive and traumainformed practices with checklists and goal setting. *Journal of Applied Behavior Analysis, 57*(4), 821-839. <https://doi.org/10.1002/jaba.1095>
- Bermúdez, L. V., Chacón, M. A., & Rojas, D. M. (2021). Actualización en trastornos de conducta alimentaria: anorexia y bulimia nerviosa. *Revista Médica Sinergia, 6*(8), e753. <https://doi.org/10.31434/rms.v6i8.753>
- Bhutto, Z. H., & Siddiqui, S. (2013). Application of positive reinforcement for improving mealtime eating of a child in home setting: A case study. *Journal of Behavioural Sciences, 23*(1), 26-38.
- Campuzano, S. H. (2020). Trastornos de la conducta alimentaria en el niño pequeño. *Pediatría Integral, 2*, 108-114.
- Collins, I. M., Halter, F., Schächinger Tenés, L. T., Lieb, R., & Meyer, A. H. (2025). A meta-analysis of Applied Behavior Analysis-based interventions to improve communication, adaptive, and cognitive skills in children on the autism spectrum. *Review Journal of Autism and Developmental Disorders. https://doi.org/10.1007/s40489-025-00506-0*
- Cooper, J., Heron, T., & Heward, W. (2020). *Applied behavior analysis* (3rd ed.). Pearson.
- D'Adamo, L., Smolar, L., Balantekin, K. N., et al. (2023). Prevalencia, características y correlaciones del probable trastorno evitativo/restrictivo de la ingesta de alimentos entre adultos que respondieron a la prueba en línea de la Asociación Nacional de Trastornos de la Alimentación: Un estudio transversal. *Journal of Eating Disorders, 11*, 214. <https://doi.org/10.1186/s40337-023-00939-0>
- Denegri, S., Cymbal, D., & Catrone, R. (2023). A multilevel framework for compassionate care in ABA: Approaches to cultivate a nurturing system. *Behavior Analysis in Practice, 1-12. https://doi.org/10.1007/s40617-023-00828-7*
- de Toro, V., Aedo, K., & Urrejola, P. (2021). Trastorno de evitación y Restricción de la Ingesta de Alimentos (ARFID): Lo que el pediatra debe saber. *Andes Pediátrica: Revista Chilena de Pediatría, 92*(2), 298-307. <https://doi.org/10.32641/andespediatr.v92i2.2794>
- Ferguson, J. L., & Milne, C. M. (2023). Progress in moving toward a more progressive approach to applied behavior analysis. *International Electronic Journal of Elementary Education, 15*(3), 307-320. <https://iejee.com/index.php/IEJEE/article/view/2065>
- Fishbein, M., Cox, S., Swenny, C., Mogren, C., Walbert, L., & Fraker, C. (2006). Food chaining: a systematic approach for the treatment of children with feeding aversion. *Nutrition in Clinical Practice, 21*(2), 182-184. <https://doi.org/10.1177/0115426506021002182>
- Garbacz, S. A., & Kratochwill, T. R. (2020). Single-case experimental designs. En D. S. Dunn (Ed.), *Oxford Bibliographies in Psychology*. Oxford University Press. <https://doi.org/10.1037/13937-005>

ABORDAJE PSICONUTRICIONAL DE UN CASO DE TRASTORNO DE EVITACIÓN-RESTRICCIÓN DE INGESTA
 

---

- Ghezzi, P. M., & Lewon, A. B. (2022). The token economy. In J. B. Leaf, J. H. Cihon, J. L. Ferguson, & M. J. Weiss (Eds.), *Handbook of applied behavior analysis interventions for autism: Integrating research into practice* (pp. 497-511). Springer Nature Switzerland AG. [https://doi.org/10.1007/978-3-030-96478-8\\_26](https://doi.org/10.1007/978-3-030-96478-8_26)
- Godwin, K. E., Erickson, L. C., & Newman, R. S. (2019). Insights from crossing research silos on visual and auditory attention. *Current Directions in Psychological Science*, 28(1), 47-52. <https://doi.org/10.1177/0963721418807725>
- Graber, J., & Graber, A. (2025). Applied Behavior Analysis at a Crossroads: Reform, Branding, and the Future of Behavior Analysis. *Perspectives of Behavior Science*, 48, 577-588. <https://doi.org/10.1007/s40614-025-00462-4>
- Jarman, M., Edwards, K., & Blissett, J. (2022). Influences on the dietary intakes of preschool children: A systematic scoping review. *The International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 19(1), 20. <https://doi.org/10.1186/s12966-022-01254-8>
- Kaholokula, J. K., Godoy, A., O'Brien, W. H., Haynes, S. N., & Gavino, A. (2013). Análisis funcional en evaluación conductual y formulación de casos clínicos. *Clinica y Salud*, 24(2), 117-127. <https://doi.org/10.5093/cl2013a13>
- Kazdin, A. E. (1982). The token economy: A decade later. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 15(3), 431-445. <https://doi.org/10.1901/jaba.1982.15-431>
- Keski-Rahkonen, A., & Ruusunen, A. (2023). Avoidant-restrictive food intake disorder and autism: Epidemiology, etiology, complications, treatment, and outcome. *Current Opinion in Psychiatry*, 36(6), 438-442. <https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000896>
- Lutz, A. S. (2025). Applied behavior analysis in the crosshairs: Neurodiversity, the intact mind, and autism politics. *Perspectives on Behavior Science*, 48, 547-553. <https://doi.org/10.1007/s40614-025-00439-3>
- Norris, M. L., Spettigue, W. J., & Katzman, D. K. (2016). Update on eating disorders: Current perspectives on avoidant/restrictive food intake disorder in children and youth. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 12, 213-218. <https://doi.org/10.2147/NDT.S82538>
- Pitt, P. D., & Middleman, A. B. (2017). A focus on behavior management of avoidant/restrictive food intake disorder (ARFID): a case series. *Clinical Pediatrics*, 57(4), 478-480. <https://doi.org/10.1177/0009922817721158>
- Sader, M., Weston, A., Buchan, K., Kerr-Gaffney, J., Gillespie-Smith, K., Sharpe, H., & Duffy, F. (2025). The co-occurrence of autism and avoidant/restrictive food intake disorder (ARFID): A prevalence-based meta-analysis. *International Journal of Eating Disorders*, 58(3), 473-488. <https://doi.org/10.1002/eat.24369>
- Sanchez-Cerezo, J., Nagularaj, L., Gledhill, J., & Nicholls, D. (2023). What do we know about the epidemiology of avoidant/restrictive food intake disorder in children and adolescents? A systematic review of the literature. *European Eating Disorders Review*, 31(2), 226-246. <https://doi.org/10.1002/erv.2964>
- Sharp, W. G., Volkert, V. M., Scahill, L., McCracken, C. E., & McElhanon, B. (2017). A systematic review and meta-analysis of intensive multidisciplinary intervention for pediatric feeding disorders: How standard is the standard of care? *The Journal of Pediatrics*, 181, 116-24.e4. <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2016.10.002>

A.G. MARTÍNEZ


- 
- Silverman, A. H. (2015). Behavioral management of feeding disorders of childhood. *Annals of Nutrition & Metabolism*, 66 Suppl 5(Suppl. 5), 33-42. <https://doi.org/10.1159/000381375>
- Spettigue, W., Norris, M. L., Santos, A., & Obeid, N. (2018). Treatment of children and adolescents with avoidant/restrictive food intake disorder: a case series examining the feasibility of family therapy and adjunctive treatments. *Journal of Eating Disorders*, 6, 20. <https://doi.org/10.1186/s40337-018-0205-3>
- Suspes, Y., & Orejarena, S. (2020). Trastorno de evitación y restricción de la ingestión de alimentos en Pediatría: un diagnóstico novedoso para una entidad frecuente en la práctica clínica. *Pediatría Integral*, 4, 234.e1–234.e7.
- Thomas, J. J., Becker, K. R., Kuhnle, M. C., Jo, J., Harshman, S., Wons, O., Keshishian, A., Hauser, K., . (2020). Cognitive-behavioral therapy for avoidant/restrictive food intake disorder: Feasibility, acceptability, and proof-of-concept for children and adolescents. *International Journal of Eating Disorders*, 53(10), 1636-1646. <https://doi.org/10.1002/eat.23355>
- Thomas, K. S., Keating, J., Ross, A. A., Cooper, K., & Jones, C. R. G. (2025). Avoidant/restrictive food intake disorder (ARFID) symptoms in gender diverse adults and their relation to autistic traits, ADHD traits, and sensory sensitivities. *Journal of Eating Disorders*, 13(1), 33. <https://doi.org/10.1186/s40337-025-01215-z>
- Van Buuren, L., Fleming, C. A. K., Hay, P., Bussey, K., Trompeter, N., Lonergan, A., & Mitchison, D. (2023). The prevalence and burden of avoidant/restrictive food intake disorder (ARFID) in a general adolescent population. *Journal of Eating Disorders*, 11, 104. <https://doi.org/10.1186/s40337-023-00831-x>
- Varghese, J. J., Joshi, S., Prema, S., Jesy, J. J., Adhyapak, S., & Khurshid, J. (2025). Effectiveness of token economy therapy in reducing aggressive behaviors among orphanage children: A pilot study. *Journal of Pharmacy & Bioallied Sciences*, 17(Suppl 1), S323-S325. [https://doi.org/10.4103/jpbs.jpbs\\_1888\\_24](https://doi.org/10.4103/jpbs.jpbs_1888_24)

Recibido: 24 de enero de 2024  
Revisión recibida: 28 de julio de 2025  
Aceptado: 3 de diciembre de 2025

## ABORDAJE PSICONUTRICIONAL DE UN CASO DE TRASTORNO DE EVITACIÓN-RESTRICCIÓN DE INGESTA

---

### Sobre la autora:

**Alma Gabriela Martínez Moreno**  es Doctora en Ciencia del Comportamiento opción Análisis de la Conducta por la Universidad de Guadalajara. Actualmente, se desempeña como Directora del Instituto de Investigaciones en Comportamiento Alimentario y Nutrición (IICAN) del Centro Universitario del Sur (CUSur), donde lidera líneas de investigación sobre los determinantes del comportamiento humano y la salud alimentaria.

Publicado en línea: 29 de abril de 2026