Una guía para personas, familias y profesionales

Alimentación, trastornos alimentarios e imagen corporal en personas autistas

Comprender los desafíos, reconocer señales y adaptar los apoyos



Autoría

Sara Gámez Martínez, Rocío García Pascual,
María Juez, María Merino Martínez.

Edita

AETAPI, Asociación Española de Profesionales del Autismo

NOVIEMBRE 2026

ISBN: 978-84-09-95472-8

Los tres hombres, en cambio, apenas tocaban los alimentos –no a la manera de los ascetas, sino de quien está a punto de levantarse de la mesa. Alguien les preguntó si el plato no era de su agrado: uno de ellos respondió que estaba muy bueno. –En ese caso, ¿por qué no comen ustedes? –Porque no tenemos hambre.

Biografía del Hambre. Amélie Nothomb. P.13

00 CONTENIDO

0 Presentación: La alimentación en el autismo.....06

1 Comprender la alimentación y los trastornos de la imagen corporal.....08

2 Trastorno por evitación/restricción de la ingesta de alimentos (ARFID).....25

3 Anorexia nerviosa.....38

4 Bulimia nerviosa en personas autistas.....53

5 Trastorno por atracón en personas autistas.....64

6 Otros problemas alimentarios, dismorfia corporal y desafíos actuales.....74

7 Familias y trastornos alimentarios en personas autistas.....106

A Anexo. Herramientas de cribado.....131

B Anexo. Ficha orientativa de observación y conversación.....134

C Anexo. Protocolo de exploración de la alimentación infantil.....137

00 ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1

Tipos de presentación de TCA y aspectos diferenciadores.

Tabla 2

Guía para indagación clínica de la funcionalidad y afectación de la conducta alimentaria.

Tabla 3

Factores predisponentes, precipitantes y mantenedores del ARFID.

Tabla 4

Factores predisponentes, precipitantes y mantenedores de la anorexia nerviosa en personas autistas.

Tabla 5

Factores predisponentes, precipitantes y mantenedores de la bulimia nerviosa en personas autistas.

Tabla 6

Factores predisponentes, precipitantes y mantenedores del trastorno por atracón.

Tabla 7

Otros trastornos y conductas relacionadas con alteraciones alimentarias, de imagen y control corporal.

Tabla 8

Factores predisponentes, precipitantes y mantenedores de otros trastornos asociados.

Nota sobre lenguaje y respeto a las preferencias personales

Se emplean preferentemente las expresiones **«persona autista»**, **«personas autistas»** y, cuando es pertinente, **«persona con condición del espectro autista»**, junto con «autismo» para hablar de la condición. Se evita reducir a las personas a una sigla, establecer jerarquías de funcionamiento o asociar automáticamente necesidades de apoyo con capacidad. Las preferencias individuales de denominación deben siempre que se pueda preguntarse y respetarse. Asimismo, se evita identificar el valor, la salud o la recuperación de alguien exclusivamente con el peso, el aspecto físico o la capacidad para comer determinados alimentos.

GLOSARIO

Atracón: episodio de ingesta con cantidad objetivamente elevada para el contexto y percepción de pérdida de control; la definición clínica completa incorpora circunstancias adicionales.

Alexitimia: dificultad para identificar, diferenciar o describir emociones; no equivale a falta de sentimientos.

Alimentos seguros: alimentos con características conocidas que una persona suele tolerar con menor malestar; su disponibilidad puede ser un apoyo relevante.

Conducta compensatoria: comportamiento realizado para intentar contrarrestar una ingesta o un cambio de peso, como vómitos provocados, ayunos o ejercicio compulsivo.

Cribado: procedimiento inicial para identificar posibles dificultades; no equivale a diagnóstico.

Interocepción: percepción de señales internas del organismo, como hambre, sed, saciedad, dolor o necesidad de descanso.

Neuroafirmativo: enfoque que reconoce las diferencias del neurodesarrollo sin reducirlas a defectos que deban eliminarse, y que adapta los apoyos a las necesidades y preferencias de cada persona.

Perfil sensorial: manera individual de percibir y responder a estímulos como sabor, textura, sonido, luz o temperatura.

Purgas: conductas para intentar eliminar o compensar alimentos ingeridos, como vómito autoinducido o uso inapropiado de laxantes.

Repercusión funcional: efecto de una dificultad sobre actividades relevantes, autonomía, relaciones, educación, trabajo o bienestar.

00 PRESENTACIÓN

La alimentación no es únicamente una necesidad biológica. También es una experiencia sensorial, emocional, relacional, cultural y social. Cada persona aprende a comer en un contexto determinado, con una historia de sensaciones corporales, preferencias, oportunidades y experiencias que influye en su relación con los alimentos. Cuando aparecen dificultades importantes, la pregunta no debería ser solamente «¿qué come?» o «¿cuánto pesa?», sino también y sobre todo, «¿qué está sintiendo?» «¿qué está viviendo?», «¿qué función cumple esa conducta?» y «¿qué apoyos necesita para estar segura y recuperar bienestar?».

En las personas autistas, la relación entre alimentación, salud física, emociones e imagen corporal puede tomar formas especialmente diversas. Algunas presentan un repertorio de alimentos muy limitado por características sensoriales o por experiencias aversivas. Otras restringen la ingesta por miedo a engordar, atraviesan episodios de atración o desarrollan conductas compensatorias. También pueden aparecer preocupación intensa por un detalle de la apariencia, presión vinculada a redes sociales o uso problemático de mensajes sobre dietas y fármacos para perder peso. **Ninguna de estas experiencias debe atribuirse automáticamente al autismo ni interpretarse como una elección voluntaria o un «capricho».**

Esta guía reúne información sobre el trastorno por evitación/restricción de la ingesta de alimentos (ARFID), la anorexia nerviosa, la bulimia nerviosa, el trastorno por atracón y otras dificultades alimentarias y de imagen corporal. Se han reorganizado los contenidos comunes en un capítulo inicial, y los capítulos específicos siguen una secuencia comparable: descripción y clasificación diagnóstica, señales de alarma, consecuencias, factores relacionados, ejemplos y modelos de intervención.

Se incorpora además una mirada crítica a la cultura digital y al uso de medicamentos como la semaglutida en el contexto de alteraciones que puedan representar un riesgo para la salud física y mental.

El objetivo es facilitar la comprensión y la detección temprana, no sustituir la valoración clínica. Los instrumentos de cribado pueden orientar la consulta, pero no establecen por sí solos un diagnóstico. Ante desnutrición, deshidratación, desmayos, alteraciones cardíacas, purgas reiteradas, riesgo suicida u otras señales de gravedad, es necesaria una valoración sanitaria urgente.

Autoría

Sara Gámez Martínez, Rocío García Pascual, María Juez, María Merino Martínez.

Los casos clínicos procedentes se presentan con nombres ficticios.

Cómo emplear esta guía

Se recomienda comenzar por el capítulo 1 para comprender las cuestiones que atraviesan distintos diagnósticos. Los capítulos 2 a 5 ayudan a reconocer las presentaciones particulares de cada trastorno; el capítulo 6 amplía la mirada a otros problemas alimentarios y de imagen corporal. Los anexos recogen instrumentos de cribado, pautas para su utilización responsable y una ficha original de observación.

01 COMPRENDER LA ALIMENTACIÓN Y LOS TRASTORNOS DE LA IMAGEN CORPORAL

«¿Qué prefieres, a papá o un yogur?»
Era una pregunta ritual. Desde niña. Tenía muchas más en la cabeza, ¿prefieres a papá o a mamá, prefieres a papá o a la maestra, a papá o a Louise, a papá o al resto del mundo? Él siempre ha opinado que Laure come demasiados yogures.

De Vigan, D. (2013). Días sin hambre (J. Albiñana Serráin, trad.). Barcelona: Anagrama, colección Compactos, n.º 649, capítulo IX.



1.1. UN MARCO AMPLIO: DE LAS DIFERENCIAS ALIMENTARIAS AL TRASTORNO CLÍNICO

Las conductas alimentarias son diversas. Hay personas que comen con horarios estables y otras que necesitan señales externas para recordar las comidas; algunas toleran una gran variedad de texturas, mientras que otras requieren alimentos de temperatura, aroma o consistencia predecibles. Por sí mismas, estas diferencias no constituyen un trastorno. La dificultad clínica aparece cuando existe riesgo médico o nutricional, sufrimiento significativo, pérdida de autonomía o interferencia importante con la vida diaria, y se necesita una evaluación específica.

El origen de los trastornos alimentarios es multifactorial: intervienen aspectos biológicos, médicos, psicológicos, familiares, sociales, culturales y del neurodesarrollo. También influyen las experiencias de estigma corporal, exclusión, acoso, cambios puberales, identidad sexual, antecedentes familiares, experiencias aversivas con alimentos o situaciones de estrés. No existe un perfil único de persona afectada: pueden darse en distintas edades, géneros, pesos y contextos, sin embargo sí existe una vulnerabilidad mayor en personas con alteraciones en el neurodesarrollo como el autismo y selectividad alimentaria en la infancia. Un aspecto corporal aparentemente saludable no descarta malnutrición ni comportamientos peligrosos.

El DSM-5-TR agrupa los trastornos de la conducta alimentaria y de la ingesta de alimentos en una categoría que incluye pica, trastorno de rumiación, Trastorno por Evitación o Restricción de la Ingesta de Alimentos, conocido en inglés como ARFID (Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder), anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, trastorno por atracón y presentaciones especificadas o no especificadas.

Este marco amplía la visión clásica, que asociaba casi todos los problemas alimentarios al miedo a engordar. Según esta clasificación los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) incluyen categorías diagnósticas claramente definidas, como la anorexia nerviosa, la bulimia nerviosa o el trastorno por atracón, pero también otras presentaciones clínicas que, pese a generar un

malestar significativo y afectar al funcionamiento de la persona, no cumplen todos los criterios establecidos para estos diagnósticos. Dentro de estas últimas se distingue entre los trastornos alimentarios especificados y los no especificados.



Los primeros hacen referencia a aquellos casos en los que el profesional puede identificar y señalar el motivo concreto por el que no se cumplen todos los criterios de un trastorno determinado, como sucede con la anorexia nerviosa atípica o la bulimia nerviosa de baja frecuencia. Por el contrario, los trastornos alimentarios no especificados corresponden a situaciones en las que no se concreta el motivo por el que la sintomatología no encaja plenamente en una categoría diagnóstica, bien porque no se dispone de información suficiente o porque el profesional opta por no detallarlo. Por tanto, la diferencia entre ambas categorías no radica en la gravedad del trastorno, sino en el grado de precisión con el que se caracteriza y se comunica su presentación clínica. Es importante destacar que un TCA especificado o no especificado puede presentar consecuencias físicas y psicológicas tan relevantes como las de otros trastornos alimentarios y requiere igualmente una valoración y atención especializadas.

El trastorno dismórfico corporal pertenece a otra agrupación diagnóstica —trastornos obsesivo-compulsivos y relacionados—, aunque puede coexistir con dificultades alimentarias y compartir preocupaciones sobre el cuerpo. Otros trastornos vinculados a la imagen corporal como la vigorexia, o al modo en que nos alimentamos como la ortorexia (otro trastorno especificado de la conducta alimentaria o de la ingestión de alimentos) en ocasiones comparten una base clínica y emocional en las casuísticas predisponentes y mantenedoras, aunque no los tratemos en esta guía directamente.

Presentación	Núcleo que orienta la valoración	Distinción especialmente importante
ARFID	Restricción de cantidad o variedad por sensaciones, escaso interés o temor a consecuencias desagradables.	No se explica principalmente por deseo de perder peso o valoración negativa de la figura.
Anorexia nerviosa	Restricción con peso significativamente bajo y miedo a ganar peso o conductas persistentes que impiden recuperarlo; alteración relevante de la vivencia del peso o de su importancia.	La preocupación corporal puede expresarse de forma atípica; exige explorar su función y los criterios completos. En la anorexia atípica el peso no tiene que ser significativamente bajo (no se tienen que cumplir todos los criterios), y la anorexia se puede dar de forma restrictiva pero también purgativa.
Bulimia nerviosa	Atracones con sensación de pérdida de control y conductas compensatorias recurrentes.	El peso puede estar en cualquier rango; la existencia del ciclo atracón-purgas es fundamental para diferenciar.
Trastorno por atracón	Atracones recurrentes, con malestar intenso, sin compensación inapropiada recurrente.	Comer mucho no equivale a sufrir un atracón; debe existir pérdida de control.
Otras dificultades	Pica, rumiación, cuadros parciales, ortorexia como fenómeno clínico estudiado, problemas de imagen corporal.	No todas las expresiones coloquiales constituyen diagnósticos independientes del DSM-5-TR.

TABLA 1. TIPOS DE PRESENTACIÓN DE TCA Y ASPECTOS DIFERENCIADORES

1.2. ALIMENTACIÓN, DESARROLLO Y CONTEXTO FAMILIAR

La relación con la comida empieza en la primera infancia y cambia a medida que se desarrollan habilidades orales, motoras, comunicativas y de autonomía. La transición entre leche, purés, sólidos y texturas mixtas puede ser particularmente exigente para algunas personas autistas. De hecho, no es infrecuente que haya problemas en la ingesta detectados desde la lactancia. Más adelante, comer puede asociarse a vínculos familiares, celebraciones, pertenencia al grupo, independencia o control sobre el propio espacio.

En la pubertad se suman cambios corporales y nuevas presiones sociales; en la edad adulta pueden influir horarios laborales, convivencia, situaciones de cansancio o dificultades de organización.

Las familias suelen adaptar los menús para asegurar una ingesta suficiente y reducir el sufrimiento. Muchas de estas adaptaciones son apoyos razonables. Conviene, sin embargo, revisar junto a ellas si alguna dinámica ha terminado asociando la comida a presión, discusiones, amenazas o recompensas exclusivas.

No se trata de **culpabilizar a las familias:** las respuestas al problema suelen surgir de la necesidad de proteger y acompañar, y pueden reconducirse con recursos adecuados. Como profesionales que acompañamos necesitamos recoger de manera específica información de cómo se desarrollan las comidas, horarios, costumbres, conductas familiares en torno a la planificación, cocinado y desarrollo de las comidas, y en ocasiones nos podremos beneficiar del uso de vídeos que nos ayuden a conocer mejor las dinámicas familiares en torno a la alimentación, así como desplazar la consulta al contexto natural para compartir alguna comida o en el caso de la atención hospitalaria ver el modo en que la persona se vincula a todo el proceso de alimentación.



La hiperselección, evitación o restricción alimentaria y el miedo a probar nuevos alimentos no deben abordarse con engaños, castigos ni exposición forzada. El objetivo es sostener un equilibrio entre seguridad nutricional, participación, autodeterminación y ampliación progresiva de opciones, sin comprometer el bienestar de la persona.

1.3. EXPERIENCIAS ESPECIALMENTE RELEVANTES EN PERSONAS AUTISTAS

Sensorialidad.

Olor, sabor, textura, temperatura, sonido de la masticación, aspecto visual y sensación en la boca pueden determinar que un alimento resulte agradable, neutro o intensamente aversivo. Algunas personas necesitan preparaciones suaves o uniformes; otras buscan estímulos fuertes, alimentos crujientes o condimentos específicos. También pueden influir la iluminación, los ruidos, la presencia de otras personas o el contacto de los alimentos entre sí. La variación de una marca o una receta no siempre es un «detalle menor»: puede alterar una experiencia sensorial muy conocida.

Familiaridad y predictibilidad.

Las marcas, colores, recipientes, cubiertos, maneras de preparar la comida, lugares y horarios pueden ofrecer estabilidad. Un yogur de otra marca puede presentar diferencias detectables en consistencia, sabor o envase. Un cambio inesperado de restaurante puede hacer que una situación social resulte demasiado incierta. Lo mismo sucede cuando se mezclan alimentos que habitualmente se sirven separados o se modifica un horario considerado seguro.

Interocepción.

Las señales de hambre, sed, saciedad, náusea, temperatura o dolor pueden percibirse de forma diferente o resultar difíciles de interpretar.
Algunas personas olvidan comer cuando están concentradas; otras confunden ansiedad, molestias digestivas o cansancio con hambre. Una intervención basada exclusivamente en «comer cuando tengas hambre» puede no ser suficiente cuando la interocepción y la propiocepción están alteradas: es útil combinar señales corporales con referencias externas, horarios flexibles, apoyos visuales y planificación acordada.

Comunicación y alexitimia.

La dificultad para identificar o describir lo que se siente no significa ausencia de emociones. Puede resultar más accesible hablar de sensaciones físicas, situaciones concretas, apoyos útiles y cambios observables que pedir explicaciones abstractas sobre el estado emocional. Las preguntas cerradas, las escalas visuales y los registros breves pueden facilitar la comunicación, también mediante sistemas aumentativos cuando se necesiten.

Flexibilidad cognitiva y reglas.

Una regla sobre horarios, alimentos «permitidos», ejercicio o calidad de los productos puede ofrecer sensación de control, pero también puede volverse rígida y difícil de revisar. En ocasiones, los mensajes de internet sobre nutrición se interpretan de forma literal y pasan a organizar la vida cotidiana de la persona, que actúa o reacciona desde la literalidad y la conducta estricta respecto a alimentos que considera “nocivos” o “prohibidos”. El acompañamiento debe distinguir qué rutinas protegen del malestar sensorial y cuáles están precipitando o sosteniendo el trastorno.

Dificultades físicas asociadas.

Reflujo, estreñimiento, dolor abdominal, alergias, problemas dentales, dificultades para masticar o deglutir, efectos adversos de medicamentos y

otras condiciones médicas pueden dificultar la alimentación o crear condiciones de fobia específica al acto de comer. Las molestias necesitan evaluación específica; no deben explicarse de forma automática como ansiedad o «rasgos autistas».

Relaciones sociales e identidad.

El acoso, la exclusión, la búsqueda de pertenencia, la identidad de género, el camuflaje social y la presión estética pueden relacionarse con el desarrollo o mantenimiento de dificultades alimentarias. En niñas y mujeres autistas, la identificación del autismo puede haberse retrasado y algunos comportamientos pueden haber sido interpretados únicamente como timidez, perfeccionismo o preocupación por la imagen. En niños la presión creciente de las redes y sus experiencias corporales también influyen en el mantenimiento, y en la edad adulta muchos trastornos alimentarios se vinculan a una necesidad de control o actúan como un “ansiolítico” o una “adicción” que activa sistemas de recompensa con mucha complejidad para alcanzar estados de saciedad emocional. También es importante atender a personas de otras identidades de género sin presuponer motivaciones ni experiencias, especialmente durante el período de cambios puberales, que es un momento crítico de la relación con el propio cuerpo y la sexualidad, y en los que el rechazo a la pubertad está especialmente presente porque existe un miedo y un dolor extremo asociado a esos cambios físicos.

1.4. ¿DIFERENCIA ALIMENTARIA, SELECTIVIDAD O TRASTORNO?

La distinción no depende del número de alimentos aceptados de forma aislada. Resulta esencial valorar la trayectoria, la función de la conducta y sus consecuencias. Una persona puede necesitar siempre el mismo cubierto sin presentar un problema clínico; en cambio, una restricción severa que conduce a déficits nutricionales o impide asistir a actividades relevantes puede requerir intervención aunque el peso no sea bajo.

01 ¿Desde cuándo ocurre?

Inicio temprano y estable, cambio brusco, progresión del rechazo o nuevas reglas.

02 ¿Qué intenta evitar o conseguir la persona?

Malestar sensorial, dolor, atragantamiento, incertidumbre, cambios de peso, alivio emocional, pertenencia.

03 ¿Qué efectos tiene?

Crecimiento, energía, analíticas, funcionamiento gastrointestinal, asistencia escolar o laboral, vida familiar.

04 ¿Aparecen otras conductas?

Atracones, purgas, ejercicio compensatorio, pesaje compulsivo, ocultación, temor a engordar.

05 ¿Qué apoyos funcionan?

Alimentos previsibles, adaptación ambiental, comunicación clara, acompañamiento no coercitivo.

TABLA 2. GUÍA PARA LA INDAGACIÓN CLÍNICA DE LA FUNCIONALIDAD Y AFECTACIÓN DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA.

Una singularidad alimentaria propia de la historia sensorial de la persona puede coexistir con un TCA posterior, o incluso ser un anclaje para el desarrollo y mantenimiento del mismo.

También pueden aparecer rigidez, retraimiento o dificultades sociales a causa de la desnutrición; por ello, la historia del desarrollo debe explorarse antes de atribuir todos los rasgos al autismo o al trastorno alimentario. No siempre existe una diferencia tajante: la formulación clínica debe revisarse con el tiempo.

1.5. UN MODELO PARA COMPRENDER POR QUÉ APARECEN Y SE MANTIENEN LAS DIFICULTADES

Factores predisponentes

Son vulnerabilidades o circunstancias que pueden aumentar la probabilidad de dificultades: sensibilidad sensorial, antecedentes familiares, ansiedad, perfeccionismo, dificultades interoceptivas, dolor digestivo, experiencias de rechazo o falta de apoyos. Ninguno determina por sí solo el desarrollo de un TCA.

Factores precipitantes

Son acontecimientos que coinciden con el inicio o empeoramiento: atragantamiento, enfermedad, transición escolar, cambio en una rutina, dieta restrictiva, comentarios sobre el cuerpo, acoso, pubertad, agotamiento o estrés elevado.

Factores mantenedores

Son procesos que refuerzan el problema después de aparecer: alivio inmediato al evitar un alimento, reglas cada vez más estrictas, ciclos de restricción y atracón, vergüenza y ocultación, sobrecarga ambiental, aislamiento, la conducta alimentaria como autolesión o como manejo de los picos de ansiedad, molestias físicas o respuestas del entorno que reducen temporalmente conflictos sin resolver la dificultad. La malnutrición también puede agravar la concentración, la regulación emocional y la rigidez.

Ejemplo transversal

Una adolescente autista deja de almorzar por sobrecarga sensorial en el instituto. Después recibe comentarios positivos sobre la pérdida de peso y empieza a controlar cada vez más la comida y el ejercicio. La historia sensorial explica el inicio de parte de la restricción, pero el miedo al aumento de peso y las nuevas conductas compensatorias requieren valorar también un posible TCA. Una intervención limitada a «ampliar texturas» pasaría por alto una parte fundamental del problema.



1.6. SEÑALES DE ALARMA COMUNES Y SITUACIONES DE URGENCIA

Una señal aislada no confirma un diagnóstico. Debe llamar la atención un cambio respecto al patrón habitual, la progresión de la conducta, el sufrimiento o la aparición de daño médico, emocional o social.

- Reducción marcada de la cantidad o variedad de comida, pérdida de peso rápida o detención del crecimiento esperado.
- Desmayos, mareos, palpitaciones, debilidad intensa, intolerancia al frío, deshidratación o signos de malnutrición.
- Vómitos provocados, uso de laxantes o diuréticos con fines compensatorios, ayunos reiterados o ejercicio físico pese a lesión o agotamiento.

- Episodios de ingesta con pérdida de control, malestar intenso, ocultación o culpa repetida.
- Ansiedad o angustia desproporcionada ante comidas, cambios de menú o situaciones sociales.
- Pensamientos absorbentes sobre el peso, imagen, calorías, «pureza» alimentaria o supuestos defectos físicos; revisión compulsiva del espejo, las fotos o aplicaciones.
- Deterioro escolar, laboral, familiar o relacional; aislamiento, irritabilidad, desesperanza o autolesiones.

Buscar atención sanitaria urgente cuando exista desmayo, dolor torácico, palpitaciones persistentes, confusión, vómitos continuos, incapacidad para mantener líquidos, debilidad extrema, sospecha de desequilibrio electrolítico, desnutrición grave, ideación suicida o autolesión con riesgo. En España puede recurrirse a los servicios de urgencias y al **112 ante peligro inmediato**. Las personas afectadas no necesitan cumplir todos los criterios diagnósticos para merecer atención.

1.7. EVALUACIÓN INTEGRAL, NO CENTRADA ÚNICAMENTE EN EL PESO

El equipo de referencia puede incluir medicina, salud mental, dietética-nutrición, enfermería, terapia ocupacional y profesionales de comunicación o deglución, según el caso. Es importante que exista coordinación y una sola formulación compartida para evitar indicaciones contradictorias.

La valoración combina evolución ponderal y crecimiento cuando corresponda, constantes vitales, exploración clínica, analíticas según

indicación, hábitos y registro alimentario, sueño, digestión, experiencias sensoriales, historia del desarrollo, motivaciones de la conducta, estado emocional, relaciones sociales, fármacos, grado de autonomía y riesgos. El cribado no sustituye la entrevista clínica ni el diagnóstico diferencial. Cuando un cuestionario no está validado específicamente en población autista, sus resultados requieren especial prudencia.

Es útil preguntar directamente por la experiencia de la persona: qué alimentos son seguros, cuáles resultan dolorosos o intolerables, qué cambia después de comer, qué teme que ocurra y qué apoyos desea. Cuando la persona necesite ayuda para comunicarse, deben facilitarse opciones accesibles sin asumir que su relato carece de valor. A la familia se le puede pedir una historia detallada, pero manteniendo la participación y autonomía de la persona en la medida de sus posibilidades.

1.8. PRINCIPIOS DE INTERVENCIÓN Y PREVENCIÓN COMPARTIDOS

01

Primero, seguridad médica y nutricional. Identificar deshidratación, malnutrición, riesgo de alteraciones cardíacas, dificultad para tragar o complicaciones de purgas. Las exposiciones y los cambios conductuales no sustituyen la estabilización clínica cuando es necesaria.

02

Formulación individual y consentimiento. Comprender el motivo y la función de cada comportamiento antes de decidir una técnica; acordar objetivos y evaluar la tolerabilidad de los apoyos. Apoyar las emociones y entender que la conducta responde a un malestar interno y no dar por hecho de forma superficial que la conducta sólo se motiva por un deseo de cambio físico.

03

Entorno sensorial accesible. Reducir estímulos aversivos, anticipar menús y transiciones, permitir utensilios o alimentos seguros cuando sea adecuado y evitar improvisaciones innecesarias.

04

Comunicación concreta. Ofrecer instrucciones claras, apoyos visuales, ejemplos y tiempo de procesamiento; no interpretar literalmente la falta de expresión facial como falta de sufrimiento.

05

Trabajo progresivo sin coerción. Fomentar flexibilidad o exposición terapéutica graduales, dirigidas por profesionales competentes, con elección, posibilidad de pausa y atención al malestar sensorial.

06

Recuperar vida y relaciones. Tratar las dificultades emocionales, mejorar la participación social y reconectar con intereses, proyectos y vínculos más allá de los síntomas.

07

Acompañamiento de cuidadores. Reducir la culpa, enseñar estrategias útiles, revisar la presión en las comidas y coordinar escuela, hogar y asistencia sanitaria.

08

Atender a las recaídas. Los cambios de etapa, problemas digestivos, exposiciones digitales o situaciones de estrés pueden reactivar patrones previos; planificar señales tempranas y apoyos de continuidad.

Programas como el **PEACE pathway** (Pathway for Eating disorders and Autism developed from Clinical Experience) muestran que las adaptaciones en menús, salas, comunicación y tratamiento emocional pueden mejorar la accesibilidad de los servicios especializados. Las técnicas específicas varían según el diagnóstico y la edad. A lo largo de la guía se retoman estos principios y se explica más detalladamente este y otros programas de intervención válidos.

REFERENCIAS DEL CAPÍTULO 1

American Psychiatric Association. (2022). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed., text rev.). *American Psychiatric Association.* https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425787

Baraskewich, J., von Ranson, K. M., McCrimmon, A., & McMorris, C. A. (2021). Feeding and eating problems in children and adolescents with autism: A scoping review. *Autism*, 25(6), 1505–1519. https://doi.org/10.1177/1362361321995631

Evans, J. A., Krumrei-Mancuso, E. J., & Rouse, S. V. (2024). What You Are Hiding Could Be Hurting You: Autistic Masking in Relation to Mental Health, Interpersonal Trauma, Authenticity, and Self-Esteem. *Autism Adulthood*,6(2), 229-240. https://doi.org/10.1089/aut.2022.0115

Hay, P., Chinn, D., Forbes, D., Madden, S., Newton, R., Sugenor, L., Touyz, S., & Ward, W. (2014). Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists clinical practice guidelines for the treatment of eating disorders. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 48(11), 977–1008. https://doi.org/10.1177/0004867414555814

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

King's College London. (2025). *Making eating disorder treatment more inclusive: The PEACE Pathway.* https://www.kcl.ac.uk/making-eating-disorder-treatment-more-inclusive-the-peace-pathway

Kinnaird, E., & Tchanturia, K. (2021). *Looking beneath the surface: Distinguishing between common* features in autism and anorexia nervosa. *Journal of Behavioral and Cognitive Therapy, 31*(1), 3-13. https://doi.org/10.1016/j.jbct.2020.09.001

Lewis, B. & Nicholls, D. (2016). Behavioural eating disorders. *Paediatrics and Child Health*, 26(12), 519–526. https://doi.org/10.1016/j.paed.2016.08.005

Lindvall Dahlgren, C., Wisting, L., & Rø, Ø. (2017). Feeding and eating disorders in the DSM-5 ERA: systematic review of prevalence rates in non-clinical male and female samples. *Journal of Eating Disorders,* 5, 56. https://doi.org/10.1186/s40337-017-0186-7

National Autistic Society. (2022). *Adapting support for autistic people with eating disorders*. https://www.autism.org.uk/learn/knowledge-hub/professional-practice/eating-disorders

REFERENCIAS DEL CAPÍTULO 1

Qian, J., Wu, Y., Liu, F., Zhu, Y., Jin, H., Zhang, H., Wan, Y., Li, C., & Yu, D. (2022). An update on the prevalence of eating disorders in the general population: A systematic review and meta-analysis. *Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 27(2), 415–428. https://doi.org/10.1007/s40519-021-01162-z

Taylor, C. M., Wernimont, S. M., Northstone, K., & Emmett, P. M. (2015). Picky/fussy eating in children: Review of definitions, assessment, prevalence and dietary intakes. *Appetite*, 95, 349–359. https://doi.org/10.1016/j.appet.2015.07.026

Tchanturia, K. (2021). *Supporting Autistic People with Eating Disorders: A guide to Adapting Disorders: A guide to Adapting Treatment and supporting Recovery.* Jessica Kingsley Publishers.

Westwood, H., & Tchanturia, K. (2017). Autism spectrum disorder in anorexia nervosa: An updated literature review. *Current Psychiatry Reports*, 19(7), 41. https://doi.org/10.1007/s11920-017-0791-9

02 TRASTORNO POR EVITACIÓN/RESTRICCIÓN DE LA INGESTA DE ALIMENTOS (ARFID)

"...Siempre he querido que admiraran mi ayuno —dijo el artista del hambre. —Y lo admiramos —dijo el inspector con condescendencia.
—Pero no deberían admirarlo —dijo el artista del hambre.
—Bueno, entonces no lo admiraremos —dijo el inspector—, ¿pero por qué no deberíamos admirarlo?
—Porque tengo que ayunar, no puedo evitarlo —dijo el artista del hambre.
—Eso ya se ve —dijo el inspector—, ¿y por qué no puedes evitarlo?
—Porque... —dijo el artista del hambre, levantando un poco la cabeza y hablando en la oreja del inspector, para que no se perdieran sus palabras, con los labios fruncidos como si fuera a dar un beso—, porque no puede encontrar la comida que me gustara. Si la hubiera encontrado, créeme, no habría hecho ningún alboroto y me habría hartado como tú y como todos los demás."

Kafka, F. (2024). Un artista del hambre (I. Hernández, trad.; F. Delicado, ilus.). Nórdica Libros. (Obra original publicada en 1922). Págs 52-54
.



2.1. DESCRIPCIÓN Y CLASIFICACIÓN DSM-5-TR

El trastorno por evitación/restricción de la ingesta de alimentos, conocido por sus siglas en inglés ARFID, consiste en una limitación persistente de la ingesta de alimentos o energía que ocasiona consecuencias clínicas relevantes. A diferencia de la anorexia nerviosa, la conducta no se explica principalmente por el deseo de adelgazar ni por la valoración negativa del peso o la figura corporal. Es posible que el problema se manifieste desde la infancia, pero también puede aparecer o identificarse en la adolescencia y edad adulta.

En el DSM-5-TR se caracteriza por una pauta de alimentación que no permite cubrir adecuadamente las necesidades y se acompaña de alguna de estas consecuencias: pérdida de peso importante o crecimiento insuficiente, déficit nutricional, necesidad de suplementos orales o alimentación enteral, o interferencia psicosocial significativa. Se valoran además explicaciones alternativas como falta de alimentos, prácticas culturales, otras condiciones médicas u otros trastornos alimentarios. Cuando existe otra condición que también afecta a la alimentación, las dificultades deben exceder lo esperable y justificar atención diferenciada. La presencia de una persona autista no excluye el diagnóstico de ARFID.

Se describen tres perfiles de presentación, que no son diagnósticos separados y con frecuencia se combinan:

- **Sensibilidad a características sensoriales:** rechazo o evitación en función de textura, olor, temperatura, sabor, apariencia, mezcla de ingredientes o consistencia.
- **Escaso interés por comer:** poco apetito percibido, falta de iniciativa para alimentarse, saciedad temprana o vivencia de la comida como una tarea difícil.
- **Miedo a consecuencias aversivas:** temor a vomitar, atragantarse, sentir dolor, tener náuseas o experimentar otra consecuencia desagradable.

2.1. DESCRIPCIÓN Y CLASIFICACIÓN DSM-5-TR

Un niño que solamente acepta alimentos de determinadas marcas, una adulta que olvida comer durante horas o un adolescente que teme atragantarse pueden compartir el diagnóstico, aunque necesiten intervenciones diferentes. Los perfiles no tienen por qué ser estables; el miedo y la sensibilidad sensorial pueden aparecer conjuntamente.

2.2. SEÑALES DE ALARMA

La lista de alimentos aceptados se reduce de manera progresiva o quedan excluidos grupos nutricionales completos.

El rechazo responde de forma intensa a colores, mezclas, marcas, olores o pequeñas variaciones en la preparación.

La persona no consigue comer lo suficiente, olvida comidas repetidamente o refiere sentirse llena con cantidades muy pequeñas.

Aparecen náuseas, miedo anticipatorio, angustia al comer, antecedentes de atragantamiento o rechazo persistente después de una experiencia aversiva.

Hay pérdida de peso, dificultades de crecimiento, cansancio, déficit nutricional, dependencia de suplementos o necesidad de alimentación asistida.

Se evitan comedores, celebraciones, restaurantes, viajes o actividades por la incertidumbre en torno a la comida.

El malestar gastrointestinal se repite y la conducta restrictiva continúa ampliándose, aunque el peso aparente sea habitual.

La persistencia, gravedad e interferencia diferencian clínicamente una preferencia sensorial o una fase de selectividad del ARFID. No debe afirmarse que la selectividad «se resolverá sola» ni, en sentido contrario, diagnosticar ARFID por una preferencia estable que no causa dificultades significativas.

2.3. CONSECUENCIAS FÍSICAS, PSICOLÓGICAS Y SOCIALES

Físicas y nutricionales.

Una dieta limitada puede asociarse a carencias de hierro, zinc, vitamina D, vitamina B12 y otras vitaminas y minerales; la naturaleza del déficit depende de los alimentos excluidos. En casos prolongados se han descrito anemia, alteraciones neurológicas, problemas óseos, fragilidad, problemas visuales por déficits específicos, debilidad y complicaciones médicas graves de la malnutrición.

La falta de crecimiento puede ser una señal importante en la infancia. Un índice de masa corporal dentro de los rangos habituales no excluye déficits nutricionales relevantes. Las dificultades digestivas y oromotoras requieren estudio porque pueden ser causa y consecuencia de la evitación.

Psicológicas y relacionales.

Ansiedad anticipatoria, hipervigilancia ante sensaciones corporales, aumento de las conductas de seguridad, evitación social y desgaste familiar son frecuentes. Puede aparecer frustración cuando la persona siente que no logra comer como se espera de ella; el entorno, por su parte, puede experimentar preocupación por la salud y agotamiento en las comidas. La atención debe abarcar el bienestar emocional y la participación, no únicamente el número de alimentos nuevos.

2.4. FACTORES PREDISPONENTES, PRECIPITANTES Y MANTENEDORES

Predisponentes	Precipitantes	Mantenedores
Sensibilidad sensorial, diferencias interoceptivas, rigidez, antecedentes digestivos, dificultades de masticación o deglución.	Atragantamiento, vómito, dolor, cambios de horario o marca, experiencias de presión, transición escolar.	Alivio inmediato al evitar, repertorio cada vez más reducido, ansiedad, estreñimiento, incertidumbre y respuestas del entorno que pueden reforzar sin querer la evitación.

TABLA 3. FACTORES PREDISPONENTES, PRECIPITANTES Y MANTENEDORES DEL ARFID

Una experiencia de atragantamiento puede iniciar un miedo muy concreto a la deglución, aunque exista deseo de alimentarse y comer. Evitar los sólidos disminuye el temor a corto plazo, pero reduce las oportunidades de comprobar que se puede comer con seguridad. A su vez, una dieta cada vez más limitada puede agravar el malestar gastrointestinal y alimentar nuevas restricciones. Si existe disfagia real, sin embargo, **no corresponde hacer exposición a sólidos sin evaluación médica y funcional.**



Cuando una familia prepara menús distintos o evita determinadas situaciones, puede estar respondiendo a una necesidad de seguridad real. El tratamiento no consiste en retirar apoyos de golpe. Se trata de identificar cuáles alivian una dificultad sensorial legítima y cuáles convendría modificar gradualmente, evitando chantajes y enfrentamientos. En la edad adulta es importante tener en cuenta la historia personal y trabajar con ella, asimismo implicar varios profesionales para poder decidir sobre modelos progresivos de exposición a los alimentos aversivos con total garantía de no incurrir en nuevas experiencias negativas que afiancen la fobia existente.

En adultos muchas personas autistas refieren una evitación global partiendo de detalles sensoriales como evitar escuchar el sonido al masticar, deglutir o tragar de otras personas, lo que conlleva no sólo aislamiento en las comidas, sino evitación del mismo acto de comer y de sus propios sonidos internos.

2.5. EJEMPLOS ESPECÍFICOS EN PERSONAS AUTISTAS

01

Mario, 8 años

La previsibilidad de la marca. Su alimentación había quedado reducida a pocos alimentos, entre ellos yogures de una marca concreta. Cuando el colegio ofreció otro producto, apareció una crisis de ansiedad y dejó de comer durante la jornada. Después rechazó temporalmente incluso el yogur habitual. La situación ilustra cómo un cambio aparentemente pequeño puede alterar la seguridad alimentaria y cómo el equipo escolar y la familia necesitan un plan coordinado.

02

Lucía, 12 años

Texturas mixtas. Rechazaba preparaciones que mezclasen componentes blandos y crujientes; algunos alimentos le provocaban náuseas solo con verlos. El trabajo clínico debe explorar tanto la respuesta sensorial como su repercusión nutricional, sin transformar cada comida en una prueba obligatoria.

03

Nora, 15 años

Participación social. Evitaba cumpleaños, excursiones y restaurantes porque temía no encontrar alimentos «seguros». La interferencia en su vida social, además de la selectividad, forma parte de la valoración. Una intervención podría incluir planificación de opciones y acuerdos con los entornos antes de intentar cambios difíciles.

04

Iván

Aprendizaje de la evitación en casa y en el contexto laboral. A medida que aumentaba la ansiedad, se fueron reduciendo los alimentos aceptados y se reorganizaron las comidas para evitar conflictos. Llegó a comer solo. Este ejemplo recuerda que las decisiones de apoyo tienen una historia comprensible y que la recuperación implica trabajar con el contexto, no juzgarlo.

2.6. EVALUACIÓN Y DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

El equipo debe conocer cantidad y variedad de la ingesta, historia de crecimiento, síntomas médicos, experiencia sensorial, funciones orales, ansiedad, miedo a consecuencias aversivas y efecto sobre la vida cotidiana. Un registro descriptivo puede anotar hora, alimento, marca, textura, preparación, entorno, nivel de malestar y estrategias que ayudan, sin convertirlo en una herramienta de control moral de la comida.

El diagnóstico diferencial considera selectividad sin repercusión clínica, alergias o intolerancias, enfermedad gastrointestinal, problemas de deglución, dificultades de acceso a alimentos, trastornos de ansiedad y otros TCA. Es especialmente importante explorar si hay temor a engordar o reglas relacionadas con la figura: la existencia de aversiones sensoriales no descarta que haya aparecido, además, otro problema alimentario.

Las herramientas específicas más conocidas incluyen NIAS (cribado de tres perfiles: sensibilidad sensorial, falta de interés por la alimentación y miedo a consecuencias adversas), PARDI (entrevista especializada) y PARDI-AR-Q (cuestionario parental abreviado). Otras herramientas complementarias son el BPFAS, que evalúa dificultades conductuales durante las comidas, y el CEBQ, que explora estilos de comportamiento alimentario infantil, como la selectividad, la respuesta a la saciedad y la evitación alimentaria. Además, resultan útiles escalas de procesamiento sensorial y funcionamiento familiar.

No existe un cuestionario que reemplace la evaluación clínica interdisciplinar; en el anexo se indica cómo acceder a los instrumentos sin reproducir su contenido protegido.

2.7. MODELOS Y ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN

Atención médica y nutricional

Priorizar la estabilidad clínica, revisar las carencias, asegurar energía y nutrientes suficientes, tratar el dolor y las alteraciones digestivas y valorar la deglución cuando haya indicios. El recurso a suplementos o alimentación enteral es una decisión sanitaria individualizada, y puede representar una transición necesaria desde la decisión médica que prioriza la seguridad y la salud en un amplio sentido. La ampliación de la dieta no debe poner en peligro el aporte actual de alimentos considerados seguros.

Terapia cognitivo-conductual adaptada para ARFID (CBT-AR)

Permite formular un patrón específico y trabajar de forma gradual el interés por la comida, la sensibilidad o el miedo. Pueden emplearse explicación visual, objetivos breves, jerarquías acordadas, registros accesibles y exposición planificada a pasos pequeños. El criterio no es «soportar» cualquier estímulo: se busca aprendizaje en condiciones seguras, con consentimiento, regulación y objetivos funcionales.

Apoyos sensoriales y ocupacionales.

Ajustar el comedor, postura, cubiertos, orden de presentación y carga de estímulos; dar tiempo para explorar alimentos con la vista, el tacto o el olfato; partir de sabores y texturas familiares; valorar las habilidades orales. Una secuencia posible, siempre voluntaria y flexible, es observar, manipular, oler, acercar, tocar con los labios y probar pequeñas cantidades o introducir cambios mínimos y pactados de manera gradual. No todos los casos requieren completar todos los pasos ni todas las personas siguen el mismo orden.

Regulación emocional.

Preparar las comidas con suficiente anticipación, identificar el malestar mediante escalas simples y pactar pausas o estrategias calmantes. Validar el miedo y ofrecer información concreta evita confundir acompañamiento con permisividad o coerción. Si existe una respuesta traumática a experiencias previas de alimentación, conviene formularla específicamente. El espacio de la comida progresivamente debe acercarse a una experiencia de calma, compartida y en contextos sin pantallas, ni distracciones extremas.

Intervención familiar, educativa y comunitaria

Elaborar un plan breve compartido: alimentos y condiciones de seguridad, señales de sobrecarga, apoyos de comunicación, opciones en comedor y respuesta acordada ante cambios de menú. Favorecer experiencias compartidas sin obligación de comer lo mismo ni de la misma forma. Evitar engaños, presión, castigos y comentarios que ridiculicen la selectividad. Reforzar logros amplios como participación, autonomía o tolerancia a una situación, no solamente el consumo.

Seguimiento y pronóstico.

Revisar periódicamente indicadores médicos, variedad y cantidad de ingesta, ansiedad, participación social y agotamiento familiar. Algunas dificultades son persistentes y necesitarán apoyos prolongados; otras responden positivamente a intervenciones ajustadas. La mejoría debe medirse por salud, seguridad y calidad de vida, no por un estándar único de menú.

REFERENCIAS DEL CAPÍTULO 2

American Psychiatric Association. (2022). Diagnostic and statistical manual of mental disorders. *(*5th ed., text rev.). *American Psychiatric Association.* https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425787

Archibald, T., & Bryant-Waugh, R. (2023). Current evidence for avoidant restrictive food intake disorder: Implications for clinical practice and future directions. *JCPP advances*, 3(2), e12160. https://doi.org/10.1002/jcv2.12160

Balasco, L., Provenzano, G., & Bozzi, Y. (2020). Sensory abnormalities in autism spectrum disorders: A focus on the tactile domain, from genetic mouse models to the clinic. *Frontiers in Psychiatry*, 10, 1016. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2019.01016

Baraskewich, J., von Ranson, K. M., McCrimmon, A., & McMorris, C. A. (2021). Feeding and eating problems in children and adolescents with autism: A scoping review. *Autism*, 25(6), 1505–1519. https://doi.org/10.1177/1362361321995631

Bryant-Waugh, R., Micali, N., Cooke, L., Lawson, E. A., Eddy, K. T. & Thomas, J. J. (2019). Development of the Pica, ARFID, and Rumination Disorder Interview, a multi-informant, semistructured interview of feeding disorders across the lifespan: A pilot study for ages 10–22. *International Journal of Eating Disorders*, 52(4), 378–387. https://doi.org/10.1002/eat.22958

Bryant-Waugh, R., Stern, C. M., Dreier, M. J., Micali, N., Cooke, L. J., Kuhnle, M. C., Burton Murray, H., Wang, S. B., Breithaupt, L., Becker, K. R., Misra, M., Lawson, E. A., Eddy, K. T., & Thomas, J. J. (2022). *Preliminary validation of the Pica, ARFID and Rumination Disorder Interview ARFID questionnaire (PARDI-AR-Q). Journal of Eating Disorders, 10, 179. https://doi.org/10.1186/s40337-022-00706-7*rbilpen-teorikoa-eta-gizarea-arreta-ereduaren-diseinua/bi-594532/

Calisan Kinter, R., Ozbaran, B., Inal Kaleli, I., Kose, S., Bildik, T., & Ghaziuddin, M. (2024). The sensory profiles, eating behaviors, and quality of life of children with autism spectrum disorder and avoidant/restrictive food intake disorder. *Psychiatric Quarterly*, 95(1), 85–106. https://doi.org/10.1007/s11126-023-10063-6

Casati, L., Prodi, T., Vedani, A., Caruso, C., Gesi, C., & Dell'Osso, B. (2024). The challenges of avoidant/restrictive food intake disorder and autism spectrum disorder comorbidity: A narrative update of course and outcomes. *Current Treatment Options in Psychiatry*, 11, 358–365. https://doi.org/10.1007/s40501-024-00336-7

REFERENCIAS DEL CAPÍTULO 2

Di Cara, M., Rizzo, C., Corallo, F., Cardile, D., Calabrò, R. S., Quartarone, A., Buda, M., & Cucinotta, F. (2023). Avoidant restrictive food intake disorder: A narrative review of types and characteristics of therapeutic interventions. *Children*, 10(8), 1297. https://doi.org/10.3390/children10081297

Dovey, T. M., Kumari, V., Blissett, J., & Mealtime Hostage Parent Science Gang (2019). Eating behaviour, behavioural problems and sensory profiles of children with avoidant/restrictive food intake disorder (ARFID), autistic spectrum disorders or picky eating: Same or different?. *European psychiatry: the journal of the Association of European Psychiatrists*, 61, 56–62. https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2019.06.008

Ferrara, R., Iovino, L., Ricci, L., Avallone, A., Latina, R., & Ricci, P. (2025). *Food selectivity and* autism: A systematic review. *World Journal of Clinical Pediatrics*, 14(3), 101974. https://doi.org/10.5409/wjcp.v14.i3.101974

Fonseca, N. K. O., Curtarelli, V. D., Bertoletti, J., Azevedo, K., Cardinal, T. M., Moreira, J. D., & Antunes, L. C. (2024). Avoidant restrictive food intake disorder: Recent advances in neurobiology and treatment. *Journal of Eating Disorders*, 12, 74. https://doi.org/10.1186/s40337-024-01021-z

Howard, M., Hembry, P., Rhind, C., Siddall, A., Uddin, M. F., & Bryant-Waugh, R. (2023). Cognitive behaviour therapy (CBT) as a psychological intervention in the treatment of ARFID for children and young people. *Cognitive Behaviour Therapist*, 16, e10. https://doi.org/10.1017/S1754470X22000629

Inoue, T., Otani, R., Iguchi, T., Ishii, R., Uchida, S., Okada, A., Kitayama, S., Koyanagi, K., Suzuki, Y., Sumi, Y., Takamiya, S., Tsurumaru, Y., Nagamitsu, S., Fukai, Y., Fujii, C., Matsuoka, M., Iwanami, J., Wakabayashi, A., & Sakuta, R. (2021). Prevalence of autism spectrum disorder and autistic traits in children with anorexia nervosa and avoidant/restrictive food intake disorder. *BioPsychoSocial Medicine*, 15(1), 9. https://doi.org/10.1186/s13030-021-00212-3

Katzman, D. K., Spettigue, W., Agostino, H., Couturier, J., Dominic, A., Findlay, S. M., Lam, P.-Y., Lane, M., Maguire, B., Mawjee, K., Parikh, S., Steinegger, C., Vyver, E., & Norris, M. L. (2021). Incidence and age- and sex-specific differences in the clinical presentation of children and adolescents with avoidant restrictive food intake disorder. *JAMA Pediatrics*, 175(12), e213861. https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2021.3861

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

REFERENCIAS DEL CAPÍTULO 2

Koomar, T., Thomas, T. R., Pottschmidt, N. R., Lutter, M., & Michaelson, J. J. (2021). Estimating the prevalence and genetic risk mechanisms of ARFID in a large autism cohort. F*rontiers in Psychiatry*, 12, 668297. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2021.668297

Lukens, C. T., & Linscheid, T. R. (2008). Development and validation of an inventory to assess mealtime behavior problems in children with autism spectrum disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders,* 38(2), 342–352. https://doi.org/10.1007/s10803-007-0401-5

Menzel, J. E., & Perry, T. R. (2024). Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder: Review and Recent Advances. *Focus (American Psychiatric Publishing)*, 22(3), 288–300. https://doi.org/10.1176/appi.focus.20240008

Nimbley, E., Golds, L., Sharpe, H., Gillespie-Smith, K., & Duffy, F. (2022). Sensory processing and (eating behaviours in autism: A systematic review. *European Eating Disorders Review*, 30(5), 538–559. https://doi.org/10.1002/erv.2920

Norris, M. L., Robinson, A., Obeid, N., Harrison, M., Spettigue, W., & Henderson, K. (2014). Exploring avoidant/restrictive food intake disorder in eating disordered patients: A descriptive study. *International Journal of Eating Disorders*, 47(5), 495–499. https://doi.org/10.1002/eat.22217

Nygren, G., Linnsand, P., Hermansson, J., Dinkler, L., Johansson, M., & 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, 780680. https://doi.org/10.3389/fped.2021.780680

Nyholmer, M., Wronski, M. L., Hog, L., Kuja-Halkola, R., Lichtenstein, P., Lundström, S., Larsson, H., Taylor, M. J., Bulik, C. M., & Dinkler, L. (2024). *Neurodevelopmental and psychiatric conditions in 600 Swedish children with the ARFID phenotype [Preprint].* medRxiv. https://doi.org/10.1101/2024.05.16.24307471

Petitpierre, G., Luisier, A. C., & Bensafi, M. (2021). Eating behavior in autism: Senses as a window food acceptance. *Current Opinion in Food Science*, 41, 210-216. https://doi.org/10.1016/j.cofs.2021.04.015

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. *The International journal of eating disorders*, 58(3), 473–488. https://doi.org/10.1002/eat.24369

Sanchez-Cerezo, J., Neale, J., Julius, N., Croudace, T., Lynn, R. M., Hudson, L. D., & Nicholls, D. (2024). Subtypes of avoidant/restrictive food intake disorder in children and adolescents: A latent class analysis. *eClinicalMedicine*, 68, 102440. https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2024.102440

Sharp, W. G., & Stubbs, K. H. (2019). Avoidant/restrictive food intake disorder: A diagnosis at the intersection of feeding and eating disorders necessitating subtype differentiation. *The International journal of eating disorders*, 52(4), 398–401. https://doi.org/10.1002/eat.22987

Taylor, C. M., Wernimont, S. M., Northstone, K., & Emmett, P. M. (2015). Picky/fussy eating in (children: Review of definitions, assessment, prevalence and dietary intakes. *Appetite,* 95, 349–359. https://doi.org/10.1016/j.appet.2015.07.026

Thomas, J. J., Wons, O. B., & Eddy, K. T. (2018). Cognitive-behavioral treatment of avoidant / restrictive food intake disorder. *Current Opinion in Psychiatry,* 31(6), 425–430. https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000454

Thoyre, S. M., Pados, B. F., Park, J., Estrem, H., McComish, C., & Hodges, E. A. (2018). The Pediatric Eating Assessment Tool (PediEAT): Factor structure and psychometric properties. *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition*, 66(2), 299-305. https://doi.org/10.1097/MPG.0000000000001765

Valenzuela-Zamora, A. F., Ramírez-Valenzuela, D. G., & Ramos-Jiménez, A. (2022). Food selectivity and its implications associated with gastrointestinal disorders in children with autism spectrum disorders. *Nutrients*, 14(13), 2660. https://doi.org/10.3390/nu14132660

Wardle, J., Guthrie, C. A., Sanderson, S., & Rapoport, L. (2001). Development of the Children's Eating Behaviour Questionnaire. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 42(7), 963–970. https://doi.org/10.1111/1469-7610.00792

Watts, R., Archibald, T., Hembry, P., Howard, M., Kelly, C., Loomes, R., Markham, L., Moss, H., Munuve, A., Oros, A., Siddall, A., Rhind, C., Uddin, M., Ahmad, Z., Bryant-Waugh, R., & Hübel, C. (2023). The clinical presentation of avoidant restrictive food intake disorder in children and adolescents is largely independent of sex, autism spectrum disorder and anxiety traits. *eClinicalMedicine*, 63, 102190. https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2023.102190

Winten, C. G., Strodl, E., Kambanis, P. E., Ross, L. J., & Thomas, J. J. (2026). A systematic review and meta-analysis of psychological therapies for avoidant/restrictive food intake disorder (ARFID) in adolescents and adults. *International Journal of Eating Disorders*, 59(7), 1403–1425. https://doi.org/10.1002/eat.70086

Zhang, S., Hu, R., & Zhao, S. (2024). Autistic traits and ARFID-associated eating behaviors in preschoolers: Mediating effects of sensory processing patterns. *Appetite*, 196, 107237. https://doi.org/10.1016/j.appet.2024.107237

Zickgraf, H. F., & Ellis, J. M. (2018). Initial validation of the Nine Item Avoidant/Restrictive Food Intake disorder screen (NIAS): A measure of three restrictive eating patterns. *Appetite*, 123, 32–42. https://doi.org/10.1016/j.appet.2017.11.111

03 ANOREXIA NERVIOSA EN PERSONAS AUTISTAS

"“El hambre no es tener apetito, no es saltarse una comida; el hambre es un objeto, es una carencia física que te vacía por dentro, que te devora las fuerzas antes de devorarte la carne.
En los primeros días, el estómago grita y te muerde las entrañas; la mente se vuelve loca y solo sueña con pan, con montañas de comida, reviviendo banquetes del pasado. Pero luego llega el segundo estadio: el de la apatía.”

Levi, P. (2025). Si esto es un hombre (P. Gómez Bedate, trad.). Austral. (Obra original publicada en 1947). Pág 82
.



3.1. DESCRIPCIÓN Y CLASIFICACIÓN DSM-5-TR

La anorexia nerviosa es un trastorno alimentario grave en el que se combina una restricción persistente de la ingesta con un peso corporal significativamente bajo para la edad, el desarrollo y la situación física, acompañado de un miedo intenso a ganar peso o de comportamientos que impiden recuperarlo. También existe una alteración relevante en la forma de valorar el peso o la constitución corporal, o una dificultad persistente para reconocer la gravedad del bajo peso. Estos componentes pueden expresarse de maneras diferentes y deben evaluarse conjuntamente.

No todas las personas verbalizan «me veo gorda» ni todas presentan la imagen estereotipada del trastorno. En personas autistas puede ser difícil diferenciar una restricción iniciada por sensorialidad, dolor o cambios vitales de otra índole a los que ha incorporado posteriormente reglas sobre el cuerpo. Aun así, las dificultades sensoriales por sí solas no sustituyen los criterios necesarios para diagnosticar anorexia nerviosa. Si la restricción no se relaciona con las características diagnósticas de la anorexia, debe considerarse otro diagnóstico, incluido ARFID, y valorar si ambos procesos pueden coexistir o aparecer en secuencia.

La distinción entre anorexia nerviosa y trastorno de evitación/restricción de la ingesta de alimentos (ARFID) resulta especialmente importante en el autismo, dado que ambos pueden manifestarse mediante una restricción alimentaria significativa y pérdida de peso.

La principal diferencia reside en los mecanismos que explican la restricción. En la anorexia nerviosa, esta se acompaña de los criterios diagnósticos relacionados con el miedo a ganar peso o las conductas que impiden su recuperación y las alteraciones en la vivencia del peso y la figura o el reconocimiento del bajo peso. Por el contrario, en el ARFID la restricción no está motivada por la búsqueda de delgadez ni por preocupaciones características de la anorexia nerviosa sobre el peso o la imagen corporal, sino que puede responder a la sensibilidad sensorial, al escaso interés por la

alimentación o al miedo a consecuencias adversas de comer, como atragantarse o vomitar.



En el autismo, la anorexia nerviosa presenta puntos de confluencia con rasgos específicos del procesamiento cognitivo autista. En este contexto, la alimentación o el peso pueden funcionar como un monotropismo, es decir, como un foco de interés intenso que concentra la atención en una forma concreta: la acumulación de información sobre nutrientes o dietas restrictivas específicas, el seguimiento estricto determinados rituales, el recuento de calorías o el mantenimiento de registros. Además, cada vez con mayor frecuencia y preocupación, el uso de aplicaciones y redes sociales favorece la aparición de comportamientos que siguen modelos concretos difundidos en internet

El DSM-5-TR distingue dos subtipos según el patrón de los últimos tres meses: **tipo restrictivo,** sin episodios recurrentes de atracones o purgas, y **tipo con atracones/purgas,** cuando estas conductas sí se han presentado. En adultos se describe una gradación de gravedad basada inicialmente en el índice de masa corporal: leve (17 o más), moderada (16 a menos de 17), grave (15 a menos de 16) y extrema (menos de 15); la valoración clínica puede elevar el nivel según la repercusión y la necesidad de supervisión. Estos puntos de corte corresponden a personas adultas. En niños y adolescentes se utilizan criterios ajustados por edad y sexo. El IMC constituye un indicador orientativo de gravedad y debe complementarse con la valoración del estado médico, la pérdida ponderal, el deterioro funcional y las necesidades de supervisión. En población infantojuvenil se consideran percentiles y trayectorias de crecimiento, no únicamente un umbral adulto. **Ninguna cifra aislada determina por sí sola la urgencia médica ni el alcance del sufrimiento.**

Además, es fundamental considerar la magnitud y rapidez de la pérdida de peso, la estabilidad cardiovascular, la presencia de alteraciones electrolíticas, las conductas compensatorias y las repercusiones psicológicas y funcionales. Una persona con un IMC relativamente conservado puede presentar una desnutrición importante y complicaciones médicas graves, especialmente cuando ha experimentado una pérdida de peso rápida o considerable.

Diferencias entre anorexia nerviosa típica y atípica

La principal diferencia entre ambas presentaciones reside en el peso corporal alcanzado en relación con el esperado, y no necesariamente en la intensidad de la sintomatología psicológica o en sus consecuencias médicas.

Anorexia nerviosa típica.

Es la presentación que cumple todos los criterios diagnósticos de anorexia nerviosa establecidos en el DSM-5-TR, incluida la existencia de un peso significativamente bajo en relación con la edad, el sexo, la trayectoria del desarrollo y la salud física. La restricción alimentaria puede acompañarse de miedo a ganar peso, conductas persistentes dirigidas a evitar su recuperación y alteraciones en la percepción o valoración del cuerpo.

Anorexia nerviosa atípica.

Se caracteriza por cumplir los criterios clínicos de anorexia nerviosa, con la excepción de que, a pesar de haberse producido una pérdida significativa de peso, este permanece dentro o por encima del intervalo considerado normal.



3.1. DESCRIPCIÓN Y CLASIFICACIÓN DSM-5-TR

En el DSM-5-TR se incluye dentro de la categoría de otros trastornos alimentarios o de la ingestión de alimentos especificados (OSFED).

La anorexia atípica no debe interpretarse como una forma leve o subclínica de anorexia. La evidencia científica indica que puede acompañarse de un deterioro psicológico comparable al de la anorexia típica y de complicaciones médicas relevantes, como bradicardia, hipotensión o alteraciones electrolíticas.

La anorexia puede aparecer en niñas, niños, adolescentes y adultos de todos los géneros. El camuflaje de necesidades de apoyo, las expectativas sociales y la baja identificación del autismo en ciertas mujeres, en adultos o en personas con mayores capacidades cognitivas pueden retrasar tanto la comprensión del trastorno alimentario como la adaptación del tratamiento.

3.2. SEÑALES DE ALARMA

Pérdida de peso significativa, crecimiento que se detiene, restricción progresiva o ayunos no supervisados, aunque el peso siga pareciendo «normal».

Reglas cada vez más estrictas: contabilizar calorías, reducir grupos de alimentos, clasificar comidas como «permitidas» o «prohibidas», medir porciones o elegir sistemáticamente productos de bajo aporte.

Miedo a aumentar de peso, rechazo persistente a recuperar una trayectoria de crecimiento adecuada o comentarios negativos sobre silueta, grasa corporal, ropa o medidas.

Ejercicio físico compulsivo, inquietud intensa cuando no puede realizarse, rituales nuevos en torno a la comida o evitación del descanso.

Ocultación de alimentos, saltarse comidas, necesidad de controlar la preparación o los platos de otras personas y evitación de celebraciones.

Desplazamientos frecuentes al baño después de comer, vómitos autoinducidos u otras purgas cuando existe un subtipo con estas conductas.

Cansancio, mareos, frío continuo, alteraciones del ánimo, irritabilidad, aislamiento, dificultades para concentrarse o empeoramiento de la flexibilidad y la regulación emocional.

Conviene comparar estas señales con la historia personal. Una persona autista puede haber necesitado siempre el mismo plato o un horario fijo; el dato relevante puede ser que ahora haya añadido restricciones vinculadas a peso, movimiento, compensaciones o angustia que antes no existían.

3.3. CONSECUENCIAS FÍSICAS, PSICOLÓGICAS Y SOCIALES

Consecuencias físicas.

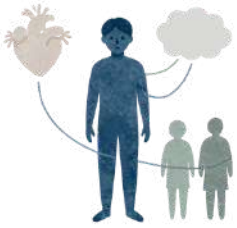
La malnutrición puede provocar bradicardia, hipotensión, arritmias, mareos o desmayos, deshidratación, alteraciones de electrolitos, intolerancia al frío, fatiga intensa, pérdida de masa muscular, fragilidad ósea y alteraciones hormonales. Son posibles el estreñimiento, dolor y distensión abdominal, digestiones lentas, saciedad precoz, cabello frágil o caída del cabello, piel seca, uñas quebradizas y aparición de vello fino corporal. La menstruación puede alterarse o desaparecer, pero su ausencia no es requisito diagnóstico y no permite descartar la enfermedad en personas que menstrúan o no menstrúan.

Consecuencias psicológicas.

Pueden aparecer rumiación sobre alimentos, mayor rigidez, dificultad para cambiar de tarea, tristeza, ansiedad, sensación de fracaso, autocrítica, aislamiento y reducción de intereses. La falta de nutrientes puede intensificar algunas dificultades cognitivas y emocionales; por ello, evaluar solamente durante la desnutrición puede ofrecer una imagen incompleta de las características previas de la persona.

Consecuencias relacionales.

La progresiva eliminación de comidas compartidas y la necesidad de controlar el entorno pueden restringir la participación social y aumentar las tensiones familiares. En la adolescencia, el trastorno puede afectar de forma intensa al aprendizaje, la vida con iguales y los cambios de identidad. La recuperación requiere reconstruir espacios de vida, no solamente restaurar un dato antropométrico.



3.4. FACTORES PREDISPONENTES, PRECIPITANTES Y MANTENEDORES

Predisponentes	Precipitantes	Mantenedores
Perfeccionismo, pensamiento basado en reglas, dificultades de flexibilidad, ansiedad, sensibilidad sensorial, historia de exclusión o dificultades para interpretar el propio cuerpo.	Inicio de dietas, pubertad, burlas o comentarios sobre el aspecto, transición escolar, estrés, cambio de rutina, restricción inicialmente sensorial.	Alivio temporal por sentir control, reglas dietéticas rígidas, ejercicio compulsivo, desnutrición, aislamiento, miedo a cambios de peso, dificultad para comunicar sufrimiento.

TABLA 4. PREDISPONENTES, PRECIPITANTES Y MANTENEDORES DE ANOREXIA NERVIOSA EN AUTISMO

La similitud entre algunas manifestaciones del autismo y de la anorexia exige considerar el momento de aparición y su presencia en varios ámbitos. La preferencia por rutinas, los intereses intensos y las dificultades sociales pueden formar parte de la historia del desarrollo de una persona autista; también pueden aparecer o intensificarse durante una enfermedad alimentaria. La re-nutrición puede mejorar síntomas relacionados con la malnutrición, pero no modifica por sí misma una condición del neurodesarrollo.

En muchas personas autistas, la necesidad de familiaridad puede interactuar con reglas alimentarias cada vez más estrictas. La exposición a consejos de «comida limpia», aplicaciones de registro calórico online y con posibilidad de comparación con otras personas con anorexia, imágenes idealizadas o mensajes que vinculan delgadez con éxito puede ser especialmente difíciles de cuestionar cuando se viven los consejos y la información de las redes como una instrucción literal o una pauta de seguridad.

Esto **no implica que la persona autista carezca de juicio crítico**; pero sí que la literalidad y la adherencia a rutinas son condicionantes, junto a estas variables personales importa el contexto individual, la intensidad de la exposición y el modo en que los mensajes se convierten en conductas.

3.5. EJEMPLOS ESPECÍFICOS EN PERSONAS AUTISTAS

01

Luis, 17 años

Cambio de restaurante. Durante su recuperación de anorexia nerviosa había vuelto a comer una pizza conocida en su local habitual. Un cumpleaños que se trasladó a otra pizzería le generó tanta incertidumbre sobre sabor, textura y preparación que decidió no asistir. El caso no demuestra por sí solo recaída alimentaria: indica que una intervención eficaz necesita distinguir el miedo asociado al TCA de la necesidad de predictibilidad y acompañar la participación social.

02

Clara, 19 años

Una merienda prevista. En tratamiento ambulatorio tenía acordado comer un yogur y una fruta. Al faltar su yogur de fresa habitual, recibió uno de otro sabor y lo rechazó con mucho malestar. La adaptación razonable puede consistir en disponer de alternativas sensorialmente aceptables sin abandonar los objetivos nutricionales. Forzar el consumo de una textura aversiva no equivale a tratar el miedo a engordar.

03

Marcelo, 15 años

Restricción que cambia de función. Una adolescente autista deja de comer en el comedor por ruido, olores y falta de un espacio tranquilo. Más tarde, al percibir cambios corporales, añade ayunos y ejercicio para no recuperar peso. La intervención tendrá que atender tanto al entorno sensorial como al nuevo miedo corporal y al posible riesgo médico.

3.6. EVALUACIÓN Y DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Además de la valoración médica especializada, la entrevista debe reconstruir la historia de alimentación **anterior** al inicio del trastorno, la relación con el peso y la figura, las reglas actuales, las conductas compensatorias, las molestias gastrointestinales, el perfil sensorial y la capacidad de reconocer sensaciones de hambre o saciedad. Es importante indagar experiencias de acoso, exclusión, cambios corporales y participación digital, sin dar por sentado que las motivaciones son las mismas en todas las personas.

Cuando existan indicios de autismo no identificado, puede ser adecuada una valoración del neurodesarrollo por profesionales competentes, con historia evolutiva y entrevista contextualizada. Los cuestionarios orientativos no bastan para establecer ese diagnóstico y algunas manifestaciones de desnutrición pueden confundir su interpretación.

También deben valorarse ARFID, depresión, ansiedad, condiciones médicas y otros problemas que expliquen la restricción.

3.7. MODELOS Y ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN

Estabilización clínica y recuperación nutricional.

La primera prioridad es reducir el riesgo médico y restablecer una ingesta segura. El equipo diseña un plan nutricional que puede comenzar con alimentos sensorialmente aceptables y aumentar progresivamente la variedad. En situaciones de malnutrición severa es fundamental vigilar las complicaciones de la realimentación bajo supervisión sanitaria. El trabajo con señales internas puede apoyarse inicialmente en horarios y rutinas externas, sin exigir una percepción interoceptiva que la persona todavía no identifica.

Psicoterapia especializada y adaptada.

Las intervenciones cognitivo-conductuales utilizadas para los TCA pueden hacerse más accesibles con agendas, lenguaje literal, ejemplos concretos, apoyos escritos, tareas estructuradas y adaptación del ritmo. Las estrategias deben diferenciar la conducta mantenida por miedo al peso de la sensorialidad aversiva. La adaptación no supone eliminar objetivos de recuperación, sino cambiar el modo de alcanzarlos.

Flexibilidad, emociones y habilidades.

En algunas situaciones pueden incorporarse terapia de remediación cognitiva (CRT) para trabajar estrategias de flexibilidad y visión de conjunto, o programas que añaden reconocimiento y manejo emocional, como CREST. Estas técnicas son complementarias y deben valorarse según indicación, evidencia y momento de recuperación; no reemplazan el tratamiento del trastorno ni la atención nutricional. Cuando la alexitimia dificulta expresarse, puede ser útil partir de señales físicas y situaciones observables.

Adaptaciones inspiradas en el PEACE pathway.

Este enfoque propone cuidar el entorno teniendo en cuenta las alteraciones sensoriales de cada persona, menús con perfiles sensoriales previsibles, fotografías y anticipación, menor carga acústica y visual, acceso a recursos de autorregulación, comunicación accesible y formación de los equipos, modificación paulatina a modo de desensibilización sistemática a aspectos aislados de los alimentos o su presentación. En hospitalización, las adaptaciones deben estar disponibles también durante las comidas y en los momentos de transición, no solamente en la consulta.

Participación de familia y red cercana.

La familia puede recibir orientaciones sobre cómo acompañar la ingesta, actuar ante resistencia o angustia y reducir discusiones. En población infantojuvenil, los enfoques de tratamiento familiar basados en la evidencia pueden adaptarse a la comunicación y a los apoyos individuales. El entorno debe conocer qué restricciones responden a riesgo clínico y qué preferencias pueden respetarse sin comprometer la recuperación.

Más allá del peso.

El seguimiento incluye pensamientos y emociones sobre el cuerpo, conductas compulsivas, tolerancia a cambios, participación social, recuperación de intereses y calidad de vida. Una aparente recuperación física puede coexistir con sufrimiento psicológico importante; no debe confundirse el alta nutricional con una recuperación global completa.

REFERENCIAS DEL CAPÍTULO 3

American Psychiatric Association. (2022). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed., text rev.). *American Psychiatric Association.* https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425787

Babb, K., Serpell, L., Mandy, W., & Fox, J. R. E. (2021). 'It's not that they don't want to access the support.. it's the impact of the autism': The experience of eating disorder services from the perspective of autistic women, parents and healthcare professionals. *Autism*,25(5), 1409-1421. https://doi.org/10.1177/1362361321991257

Brede, J., Babb, C., Jones, C., Elliott, M., Zanker, C., Tchanturia, K., Serpell, L., Fox, J., & Mandy, W. (2020). "For Me, the Anorexia is Just a Symptom, and the Cause is the Autism": Investigating Restrictive Eating Disorders in Autistic Women. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 50(12), 4280-4296. https://doi.org/10.1007/s10803-020-04479-3

Case-Smith, J., Weaver, L. L., & Fristad, M. A. (2015). A systematic review of sensory processing interventions for children with autism spectrum disorders. *Autism*, 19(2), 133-148. https://doi.org/10.1177/1362361313517762

Christensen, S. S., Bentz, M., Clemmensen, L., Strandberg-Larsen, K., & Olsen, E. M. (2019). Disordered eating behaviours and autistic traits: Are there any associations in nonclinical populations? A systematic review . *European Eating Disorders Review*, 27(1), 8–23. https://doi.org/10.1002/erv.2627

Dandil, Y., Baillie, C., & Tchanturia, K. (2020). Cognitive Remediation Therapy as a Feasible Treatment for a Young Person With Anorexia Nervosa and Autism Spectrum Disorder Comorbidity: A Case Study. *Clinical Case Studies*, 19(2), 115-132. https://doi.org/10.1177/1534650119890425

Dandil, Y., Smith, K., Adamson, J., & Tchanturia, K. (2020). Individual cognitive remediation therapy benefits for patients with anorexia nervosa and high autistic features. *European Eating Disorders Review*, 28(1), 87–91. https://doi.org/10.1002/ERV.2707

Dandil, Y., Smith, K., Kinnaird, E., Toloza, C., & Tchanturia, K. (2020). Cognitive Remediation Interventions in Autism Spectrum Condition: A Systematic Review. *Frontiers in Psychiatry*, 11, 722. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2020.00722

Evans, J. A., Krumrei-Mancuso, E. J., & Rouse, S. V. (2024). What You Are Hiding Could Be Hurting You: Autistic Masking in Relation to Mental Health, Interpersonal Trauma, Authenticity, and Self-Esteem. *Autism Adulthood*,6(2), 229-240. https://doi.org/10.1089/aut.2022.0115

REFERENCIAS DEL CAPÍTULO 3

Inal-Kaleli, I., Dogan, N., Kose, S., & Bora, E. (2025). Investigating the Presence of Autistic Traits and Prevalence of Autism Spectrum Disorder Symptoms in Anorexia Nervosa: A Systematic Review and Meta-Analysis. *International Journal of Eating Disorders*, 58(1), 66-90. https://doi.org/10.1002/eat.24307

Kerr-Gaffney, J., Harrison, A., & Tchanturia, K. (2018). Social anxiety in the eating disorders: A systematic review and meta-Analysis. *Psychological Medicine*, 48(15), 2477-2491. https://doi.org/10.1017/S0033291718000752

Kerr-Gaffney, J., Hayward, H., Jones, E. J. H., Halls, D., Murphy, D., & Tchanturia, K. (2021). Autism symptoms in anorexia nervosa: A comparative study with females with autism spectrum disorder. *Molecular Autism,* 12, 47. https://doi.org/10.1186/s13229-021-00455-5

Makin, L., & Croft, P. (2025). Making eating disorder treatment more inclusive: The PEACE Pathway. King's College London. https://www.kcl.ac.uk/making-eating-disorder-treatment-more-inclusive-the-peace-pathway

Kinnaird, E., & Tchanturia, K. (2021). Looking beneath the surface: Distinguishing between common features in autism and anorexia nervosa. *Journal of Behavioral and Cognitive Therapy*, 31(1), 3-13. https://doi.org/10.1016/j.jbct.2020.09.001

Kinnaird, E., Stewart, C., & Tchanturia, K. (2019). Investigating alexithymia in autism: A systematic review and meta-analysis. *European Psychiatry*, 55, 80-89. https://doi.org/10.1016/J.EURPSY.2018.09.004

Leppanen, J., Sedgewick, F., Treasure, J., & Tchanturia, K. (2018). Differences in the Theory of Mind profiles of patients with anorexia nervosa and individuals on the autism spectrum: A meta-analytic review. N*euroscience & Biobehavioral Reviews*, 90, 146-163. https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2018.04.009

McCrossin, R. (2023). Finding the Proportion of Females with Autistic Spectrum Disorder Who Develop Anorexia Nervosa, the True Prevalence of Female ASD and Its Clinical Significance. *Children (Basel)*, 10(2). https://doi.org/10.3390/children10020272

Mlynarska, E., Barszcz, E., Budny, E., Gajewska, A., Kopec, K., Wasiak, J., Rysz, J., & Franczyk, B. (2025). The Gut-Brain-Microbiota Connection and Its Role in Autism Spectrum Disorders. *Nutrients*, 17(7).https://doi.org/10.3390/nu17071135

Oldershaw, A., Hambrook, D., Rimes, K. A., Tchanturia, K., Treasure, J., Richards, S., Schmidt, U., & Chalder, T. (2011). Emotion recognition and emotional theory of mind in chronic fatigue syndrome. *PSYCHOLOGY & HEALTH*, 26(8), 989-1005. https://doi.org/10.1080/08870446.2010.519769

REFERENCIAS DEL CAPÍTULO 3

Oldershaw, A., Hambrook, D., Stahl, D., Tchanturia, K., Treasure, J., & Schmidt, U. (2011). The socio-emotional processing stream in Anorexia Nervosa. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 35, 970-988. https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2010.11.001

Oldershaw, A., Hambrook, D., Tchanturia, K., Treasure, J., & Schmidt, U. (2010). Emotional theory of mind and emotional awareness in recovered anorexia nervosa patients. *Psychosomatic Medicine*, 72(1), 73–79. https://doi.org/10.1097/PSY.0b013e3181c6c7ca

Postorino, V., Scahill, L., De Peppo, L., Fatta, L. M., Zanna, V., Castiglioni, M. C., Gillespie, S., Vicari, S., & Mazzone, L. (2017). Investigation of Autism Spectrum Disorder and autistic traits in an adolescent sample with Anorexia Nervosa [Neurodevelopmental & Autism Spectrum Disorders 3250]. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 47(4), 1051-1061. https://doi.org/10.1007/s10803-016-3023-y (Journal of Autism & Childhood Schizophrenia)

Sedgewick, F., Leppanen, J., Goh, F., Hayward, H., Happe, F., & Tchanturia, K. (2019). Similarities and Differences in Theory of Mind Responses of Patients With Anorexia Nervosa With and Without Autistic Features. *Frontiers in Psychiatry*, 10, 318. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2019.00318

Tchanturia, K. (2021). *Supporting Autistic People with Eating Disorders: A guide to Adapting Treatment and supporting Recovery*. Jessica Kingsley Publishers.

Tchanturia, K., Adamson, J., Leppanen, J., & Westwood, H. (2019). Characteristics of autism spectrum disorder in anorexia nervosa: A naturalistic study in an inpatient treatment programme. *Autism,* 23(1), 123-130. https://doi.org/10.1177/1362361317722431

Tchanturia, K., Doris, E., Mountford, V., & Fleming, C. (2015). Cognitive remediation and emotion skills remediation and emotion skills training (CREST) for anorexia nervosa in individual format: Self-reported outcomes. *BMC Psychiatry*, 15, 53. https://doi.org/10.1186/s12888-015-0434-9

Tchanturia, K., Harrison, A., Davies, H., Roberts, M., Oldershaw, A., Nakazato, M., Stahl, D., Morris, R., Schmidt, U., & Treasure, J. (2011). Cognitive flexibility and clinical severity in eating disorders. *PLOS ONE*, 6(6), e20462. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0020462

Tchanturia, K., Larsson, E., & Adamson, J. (2016). How anorexia nervosa patients with high and low autistic traits respond to group cognitive remediation therapy. *BMC Psychiatry,* 16, 334. https://doi.org/10.1186/s12888-016-1044-x

Tchanturia, K., Smith, E., Weineck, F., Fidanboylu, E., Kern, N., Treasure, J., & Baron-Cohen, S. (2013). Exploring autistic traits in anorexia: A clinical study. *Molecular Autism,* 4, 44. https://doi.org/10.1186/2040-2392-4-44

REFERENCIAS DEL CAPÍTULO 3

Tchanturia, K., Smith, K., Glennon, D., & Burhouse, A. (2020). Towards an improved understanding of the anorexia nervosa and autism spectrum comorbidity: *PEACE pathway implementation. Frontiers in Psychiatry*, 11, 640. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2020.00640

Weston, L., Hodgekins, J., & Langdon, P. E. (2016). Effectiveness of cognitive behavioural therapy with people who have autistic spectrum disorders: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 49, 41-54. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2016.08.001

Westwood, H., & Tchanturia, K. (2017). Autism spectrum disorder in anorexia nervosa: An updated literature review. *Current Psychiatry Reports*, 19(7), 41. https://doi.org/10.1007/s11920-017-0791-9

Westwood, H., Eisler, I., Mandy, W., Leppanen, J., Treasure, J., & Tchanturia, K. (2016). Using the Autism-Spectrum Quotient to Measure Autistic Traits in Anorexia Nervosa: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of Autism and Developmental Disorders,* 46(3), 964-977. https://doi.org/10.1007/s10803-015-2641-0

Westwood, H., Mandy, W., & Tchanturia, K. (2017). Clinical evaluation of autistic symptoms in women with anorexia nervosa. *Molecular Autism*, 8, 12. https://doi.org/10.1186/s13229-017-0128-x

Westwood, H., Stahl, D., Mandy, W., & Tchanturia, K. (2016). The set-shifting profiles of anorexia nervosa and autism spectrum disorder using the Wisconsin Card Sorting Test: a systematic review and meta-analysis. *Psychological Medicine*, 46(9), 1809-1827. https://doi.org/10.1017/S0033291716000581

04 BULIMIA NERVIOSA EN PERSONAS AUTISTAS

"No debe sorprendernos que, ante una situación de desnutrición tan grave, el instinto de alimentación fuera el deseo básico en torno al cual giraba la vida mental del prisionero. La mayoría de nosotros sufríamos de una obsesión casi enfermiza por la comida...Debido al hambre extrema, los hombres hablaban constantemente de comida"

Frankl, V. E. (2025). El hombre en busca de sentido (C. Ortega, trad.). Herder. (Obra original publicada en 1946). Pág 54



4.1. DESCRIPCIÓN Y CLASIFICACIÓN DSM-5-TR

La bulimia nerviosa se caracteriza por episodios recurrentes de atracón, vividos con pérdida de control, seguidos de conductas inadecuadas para compensar lo comido o evitar un aumento de peso. Estas conductas pueden comenzar tras períodos de deprivación alimentaria o de ciertos alimentos y las compensaciones pueden incluir vómitos provocados, uso inapropiado de laxantes o diuréticos, ayunos y ejercicio compulsivo. La valoración personal está influida de manera importante por el peso o la figura corporal.

Según la clasificación del DSM-5-TR, los episodios de atracón y las compensaciones se producen, como promedio, al menos una vez a la semana durante tres meses. La alteración no ocurre únicamente durante un episodio de anorexia nerviosa.

La gravedad se describe inicialmente según la frecuencia semanal de conductas compensatorias:

leve (1–3)	moderada (4–7)	grave (8–13)	extrema (14 o más)

La interferencia funcional y otras circunstancias clínicas pueden justificar una gravedad mayor.

Un atracón clínico no significa simplemente «comer de más» o consumir un alimento muy apetecible. Supone ingerir una cantidad claramente superior a la habitual en circunstancias comparables durante un periodo limitado, junto con la sensación de no poder parar o controlar lo ingerido. En algunas personas pueden aparecer episodios subjetivos de pérdida de control que, aun sin cumplir exactamente el umbral diagnóstico, merecen escucha y valoración.

La bulimia **no puede detectarse ni descartarse por el peso.** Muchas personas mantienen un peso estable, y el sufrimiento puede permanecer oculto durante meses. En personas autistas el patrón puede vincularse con periodos de restricción, dificultades de autorregulación, ansiedad social, sobrecarga sensorial o comprensión literal de mensajes dietéticos, pero estas circunstancias no eliminan la necesidad de valorar los criterios específicos de bulimia.

4.2. SEÑALES DE ALARMA

Desaparición reiterada de alimentos, ingestas rápidas y secretas, sensación de «piloto automático» o verbalizaciones de incapacidad para detenerse.

Necesidad de acudir al baño después de comer, presencia de vómitos provocados o uso no indicado de laxantes, diuréticos o productos para adelgazar.

Ejercicio físico como castigo o compensación, ayunos posteriores a episodios de ingesta y alternancia entre «días perfectos» y «días de descontrol».

Fluctuaciones de peso, inflamación de glándulas salivales, lesiones en nudillos, sensibilidad dental, erosión del esmalte, molestias digestivas, cansancio o mareos.

Culpa, vergüenza, ocultación de la conducta, miedo intenso a engordar, autocrítica y necesidad creciente de controlar horarios o comidas familiares.

Evitación de celebraciones, comidas públicas o situaciones imprevistas que puedan desencadenar un episodio o impedir una rutina compensatoria.

La presencia de conductas de purga requiere valoración clínica incluso cuando la persona no informa de atracones claros o no existe un peso bajo. Algunas señales físicas son tardías o no aparecen; **su ausencia no tranquiliza por sí sola.**

4.3. CONSECUENCIAS FÍSICAS, PSICOLÓGICAS Y SOCIALES

Físicas.

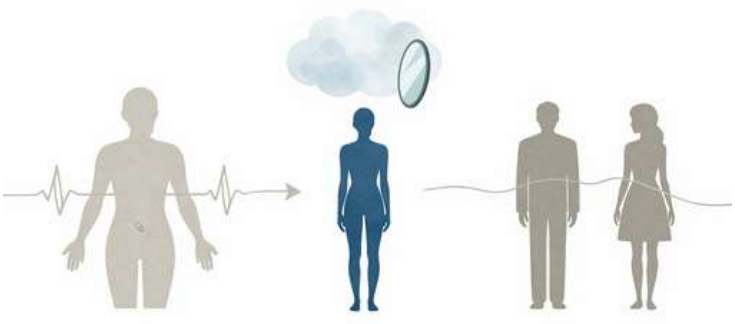
Los vómitos provocados y otras purgas pueden ocasionar deshidratación, alteraciones graves del potasio y otros electrolitos, arritmias, síncopes, daño dental y periodontal, inflamación de glándulas salivales, reflujo, lesiones esofágicas y otras complicaciones gastrointestinales. El abuso de laxantes puede deteriorar la función intestinal. En casos graves existen riesgos cardiovasculares y otras complicaciones potencialmente mortales. La valoración médica es indispensable, incluso si la apariencia o el peso no han cambiado.

Sociales.

El miedo a ser descubiertos, la reorganización de horarios, los conflictos familiares y la pérdida de actividades agradables pueden estrechar la vida cotidiana. Es importante comprender la conducta como un indicador de sufrimiento y riesgo, no como un intento deliberado de desafiar a los cuidadores.

Psicológicas.

El ciclo de restricción, ansiedad, atracón, culpa y compensación puede generar alivio breve seguido de mayor angustia. Puede acompañarse de tristeza, desesperanza, autocrítica, aislamiento y alteraciones del sueño. Las dificultades interoceptivas y la alexitimia pueden hacer que la persona identifique antes la necesidad de compensar que la emoción o situación que precedió al episodio.



4.4. FACTORES PREDISPONENTES, PRECIPITANTES Y MANTENEDORES

Predisponentes	Precipitantes	Mantenedores
Rigidez y perfeccionismo, impulsividad en algunos perfiles, alexitimia, experiencias de acoso, insatisfacción corporal, dietas anteriores, vulnerabilidad emocional.	Privación alimentaria, comentarios sobre el cuerpo, cambios de rutina, estrés acumulado, pérdida de apoyos, conflicto con la comida.	Alivio momentáneo tras la purga, reglas rígidas, culpa y vergüenza, ocultación, restricciones posteriores, dificultades de regulación emocional.

TABLA 5. PREDISPONENTES, PRECIPITANTES Y MANTENEDORES EN BULIMIA EN AUTISMO

El **ciclo restricción–atracón–compensación** es central. Saltarse comidas o reducirlas drásticamente durante el día puede aumentar el hambre o la urgencia al final de la jornada. Tras un episodio de ingesta con pérdida de control, el malestar y el miedo a engordar pueden impulsar una compensación que alivia momentáneamente la ansiedad, pero favorece la siguiente restricción. Los episodios deben analizarse funcionalmente, sin calificarlos de falta de voluntad.

En algunas personas autistas, las reglas dietéticas se vuelven particularmente inflexibles o se combinan con sobrecarga social y sensorial al final del día. Una persona con Trastorno por Déficit de Atención y/o Hiperactividad (TDAH) concurrente puede necesitar apoyos adicionales para planificar comidas, reconocer impulsos y utilizar estrategias alternativas. No todas las personas autistas tienen problemas de impulsividad ni todas las personas con bulimia han pasado antes por anorexia nerviosa.

4.5. EJEMPLOS ESPECÍFICOS EN PERSONAS AUTISTAS

01

Elena

Restricción, pérdida de peso y compensaciones. En un periodo de exámenes dejó de atender sus horarios de comida y descanso. Más tarde recibió comentarios positivos sobre su cambio corporal, comenzó a vigilar la figura y desarrolló episodios de ingesta compulsiva, seguidos de ejercicio compensatorio y vómitos, en un inicio controlados pero a medida que sostenía la restricción los atracones se volvieron más frecuentes y la sensación de culpa y pérdida de control más persistente. Su historia muestra cómo pueden encadenarse agotamiento, sensación de control, presión social, restricción y purgas. La intervención exige valorar la evolución completa, incluida la seguridad médica.

02

Jesús

Contraste entre control diurno y pérdida de control nocturna. Mantenía durante el día reglas muy rígidas sobre alimentos y evitaba comer con otras personas. Por la noche se producían episodios de ingesta con sensación de desconexión y, en ocasiones, intentaba compensarlos al día siguiente con ayuno o ejercicio. Es necesario valorar la frecuencia, la naturaleza de los episodios, el significado del peso y la compensación antes de establecer un diagnóstico específico.

03

Marta

Aprendizaje social y malestar corporal. Al observar conductas alimentarias problemáticas en una compañera, empezó a probar mecanismos de restricción y posteriormente conductas purgativas. Sentía ansiedad ante cambios puberales y dificultad para expresar sus preocupaciones. Este caso recuerda que la imitación, las dificultades de identidad corporal y la necesidad de pertenencia pueden coexistir, sin que pueda atribuirse el problema a una sola causa.

04

Mauro

Reglas procedentes de internet. Tras leer recomendaciones dietéticas en línea, redujo de forma extrema su alimentación y empezó a evitar comidas sociales. Más tarde aparecieron episodios de ingesta compulsiva y uso de laxantes. El equipo debe abordar tanto la comprensión crítica de información digital como el riesgo físico de la conducta compensatoria.

4.6. EVALUACIÓN Y DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

La entrevista debe reconstruir cuándo aparecen los episodios, duración aproximada, sensación de pérdida de control, contexto sensorial y emocional, conductas posteriores, temor al peso y repercusión funcional. Es necesario valorar los riesgos médicos de las purgas mediante exploración y pruebas indicadas por profesionales sanitarios. También conviene preguntar por aplicaciones de calorías, ejercicio o ayuno, y por las emociones asociadas a la comida, con lenguaje sencillo y sin juicio.

Se diferencia del trastorno por atracón por la presencia de **compensaciones inapropiadas recurrentes**; de la anorexia nerviosa tipo con atracones/purgas, entre otros elementos, por la trayectoria ponderal y el conjunto de criterios. Las conductas purgativas sin atracones objetivos pueden corresponder a otras presentaciones especificadas y siguen mereciendo atención. El examen no puede basarse solo en una puntuación de cribado.

4.7. MODELOS Y ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN

Seguridad física y continuidad alimentaria.

Identificar alteraciones de electrolitos, deshidratación, lesiones digestivas y riesgo cardíaco. Trabajar progresivamente un patrón de comidas suficiente y predecible puede disminuir situaciones de privación que anteceden a episodios de atracón. Evitar pautas dietéticas punitivas o compensatorias como respuesta a un episodio.

Terapia cognitivo-conductual para TCA.

Los modelos basados en evidencia trabajan la relación entre pensamientos sobre peso y figura, conductas alimentarias, compensaciones y mantenimiento del trastorno. En personas autistas pueden añadirse ejemplos muy concretos, registros accesibles, materiales visuales y un ritmo de trabajo compatible con su procesamiento sensorial y comunicativo.

Registro de días blancos.

Consiste en identificar, registrar y reforzar aquellos días en los que la persona consigue interrumpir o evitar los episodios de atracón y purga, prestando especial atención a las estrategias, recursos personales y circunstancias que han facilitado este resultado. Desde una perspectiva de intervención progresiva, se busca que la persona experimente situaciones concretas de autoeficacia que contribuyan a modificar la percepción de falta de control sobre su conducta alimentaria, fortaleciendo la confianza en sus capacidades de afrontamiento y aumentando su motivación para el cambio. El análisis de estos días permite identificar excepciones al patrón habitual de atracón, reconocer estrategias eficaces de regulación emocional y promover su generalización a otras situaciones de riesgo. Es importante que esta herramienta se utilice desde un enfoque flexible y no perfeccionista, evitando que la ausencia de atracones se convierta en una exigencia rígida o que su aparición se interprete como un fracaso. De este modo, los «días blancos» se integran en un proceso de recuperación gradual, en el que se valoran tanto los periodos sin síntomas como los pequeños avances en la capacidad para reconocer, demorar, interrumpir o afrontar de manera alternativa los impulsos de atracón, favoreciendo la construcción progresiva de experiencias de competencia y autonomía.

Análisis funcional y regulación emocional.

Explorar qué ocurrió antes, durante y después de cada episodio, evitando atribuirlo automáticamente a hambre, impulsividad o búsqueda de atención. Las herramientas de terapia dialéctico-conductual, aceptación y compromiso o trabajo racional-emotivo pueden utilizarse como recursos complementarios individualizados para identificar emociones, manejar urgencias conductuales, flexibilizar reglas y reducir autocrítica. La elección debe basarse en evaluación profesional, no en una receta universal.

Apoyos del entorno y terapia familiar.

La participación de cuidadores puede ayudar a mantener pautas estables, reconocer desencadenantes, evitar comentarios estigmatizantes y acompañar sin vigilancia intrusiva. En adolescentes, los principios de intervención familiar pueden adaptarse a necesidades sensoriales y comunicativas. Conviene acordar cómo responder a crisis, purgas o episodios de gran malestar.

Vida cotidiana y prevención de recaídas.

Reconstruir horarios de descanso, reducir la exposición a información dietética dañina, ampliar alternativas de autorregulación y recuperar actividades valoradas. El material de origen describe estrategias conductuales de planificación de periodos sin episodios; deben utilizarse, si procede, dentro de un plan individual, sin convertirlas en un sistema de «días buenos» frente a «días malos» que aumente culpa o rigidez.

REFERENCIAS DEL CAPÍTULO 4

Adams, K. L., Mandy, W., Catmur, C., & Bird, G. (2024). Potential mechanisms underlying the association between feeding and eating disorders and autism. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews, 162, 105717. https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2024.105717*

American Psychiatric Association. (2022). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed., text rev.). *American Psychiatric Association*. https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425787

Bertelli, M. O., Paletti, F., Piva Merli, M., Hassiotis, A., Bianco, A., & Lassi, S. (2025). Eating and feeding disorders in adults with intellectual developmental disorder with and without autism spectrum disorder. *Journal of Intellectual Disability Research,* 69(2), 153–164. https://doi.org/10.1111/jir.13195

Demartini, B., Nisticò, V., Bertino, V., Tedesco, R., Faggioli, R., Priori, A., & Gambini, O. (2021). Eating disturbances in adults with autism spectrum disorder without intellectual disabilities. *Autism Research*, 14(7), 1434–1443. https://doi.org/10.1002/aur.2500

Eisler, I., Simic, M., Blessitt, E., Dodge, L., & Maudsley Eating Disorders Team. (2016). Maudsley Disorders Team. (2016). *Maudsley service manual for child and adolescent eating disorders (Revised ed.)*. Maudsley Hospital.

Ellis, A. (1994). *Reason and emotion in psychotherapy: Comprehensive method of treating human disturbances* (Rev. & updated ed.). Citadel Press.

Henderson, M., & Freeman, C. P. L. (1987). A self-rating scale for bulimia: The Bulimic Investigatory Test, Edinburgh (BITE). *British Journal of Psychiatry,* 150(1), 18–24. https://doi.org/10.1192/bjp.150.1.18

Karjalainen, L., Gillberg, C., Råstam, M., & Wentz, E. (2016). Eating disorders and eating pathology disorders and eating pathology in young adult and adult patients with ESSENCE. *Comprehensive Psychiatry*, 66, 79–86. https://doi.org/10.1016/j.comppsych.2015.12.009

Linehan, M. M. (2015). D*BT skills training handouts and worksheets* (2nd ed.). Guilford Press.

Linehan, M. M., & Wilks, C. R. (2015). The course and evolution of dialectical behavior therapy. *American Journal of Psychotherapy*, 69(2), 97–110. https://doi.org/10.1176/appi.psychotherapy.2015.69.2.97

REFERENCIAS DEL CAPÍTULO 4

Lock, J., & Le Grange, D. (2013). *Treatment manual for anorexia nervosa: A family-based approach* (2nd ed.). Guilford Press.

Lock, J., Le Grange, D., Agras, W. S., Moye, A., Bryson, S. W., & Jo, B. (2010). Randomized clinical trial comparing family-based treatment with adolescent-focused individual therapy for adolescents with anorexia nervosa. *Archives of General Psychiatry,* 67(10), 1025–1032. https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2010.128

Martínez Martín, M. Á. (2015). *Todo sobre los trastornos de la conducta alimentaria: Una visión multidisciplinar desde la experiencia y la evidencia científica.* Editorial Altaria.

Nickel, K., Maier, S., Endres, D., Joos, A., Maier, V., Tebartz van Elst, L., & Zeeck, A. (2019). Systematic review: Overlap between eating, autism spectrum, and attention-deficit/hyperactivity disorder. *Frontiers in Psychiatry, 10, 708. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2019.00708*

Pruccoli, J., Guardi, G., La Tempa, A., Valeriani, B., Chiavarino, F., & Parmeggiani, A. (2023). Food and development: Children and adolescents with neurodevelopmental and comorbid eating disorders—A case series. *Behavioral Sciences*, 13(6), 499. https://doi.org/10.3390/bs13060499

Russell, G. (1979). Bulimia nervosa: An ominous variant of anorexia nervosa. *Psychological Medicine,* 9(3), 429–448. https://doi.org/10.1017/S0033291700031974

05 TRASTORNO POR ATRACÓN EN PERSONAS AUTISTAS

«Comer era la única manera de que el pecho dejara de pitar. Llenaba el estómago hasta que me dolía la piel de la tripa, hasta que el crujido de las costillas tapaba el eco de la casa vacía y el silencio que dejó papá. En ese rato en el que masticaba y tragaba sin aire, la cabeza se callaba. No había Jaime, no había luto, no había mañana; solo el peso de la comida hundiéndome contra el suelo, sujetándome para que la ansiedad no me llevara por delante. Era un alivio espeso y sucio, pero era el único momento del día en el que sentía que controlaba algo, aunque solo fuera el ritmo de mi propio derrumbé.»

Solla Sobral, L. (2025). Comerás flores. Libros del Asteroide. Pág 114



5.1. DESCRIPCIÓN Y CLASIFICACIÓN DSM-5-TR

El **trastorno por atracón** se caracteriza por episodios recurrentes en los que se ingiere una cantidad claramente superior a lo habitual, durante un periodo delimitado, con una vivencia de pérdida de control. Se acompañan de malestar intenso y de varias características como comer con rapidez, continuar hasta sentirse desagradablemente lleno, comer sin hambre física, hacerlo a solas por vergüenza o experimentar culpa, tristeza o disgusto después. A diferencia de la bulimia nerviosa**, no se producen conductas compensatorias inapropiadas recurrentes.**

Para la clasificación DSM-5-TR se requiere, como promedio, al menos un episodio por semana durante tres meses, junto con el malestar y las características asociadas que establece el manual.

La gravedad se gradúa inicialmente por frecuencia semanal de atracones:

leve (1–3)	moderada (4–7)	grave (8–13)	extrema (14 o más)

pudiendo modificarse clínicamente por otros factores.

Un incremento de peso no es requisito diagnóstico; puede aparecer en personas de distintos tamaños corporales. A la inversa, **tener sobrepeso u obesidad no equivale a tener trastorno por atracón**. Tampoco basta con comer de forma abundante en una celebración o con preferir alimentos muy palatables. La pérdida de control, la recurrencia y el sufrimiento son elementos imprescindibles de la valoración.

En algunas personas con autismo, la dificultad para identificar el hambre, la falta de organización horaria, la sobrecarga emocional y la disponibilidad irregular de alimentos seguros pueden influir en el patrón. Estas circunstancias permiten diseñar apoyos, pero no permiten diagnosticar automáticamente un trastorno.

En algunas personas con autismo, la dificultad para identificar el hambre, la falta de organización horaria, la sobrecarga emocional y la disponibilidad irregular de alimentos seguros pueden influir en el patrón. Estas circunstancias permiten diseñar apoyos, pero no permiten diagnosticar automáticamente un trastorno.

5.2. SEÑALES DE ALARMA

- Episodios repetidos de ingesta rápida y abundante con sensación de no poder detenerse, aunque la persona desee hacerlo.
- Comer hasta experimentar dolor o incomodidad, continuar sin apetito, esconder comida o intentar evitar que otras personas conozcan lo sucedido.
- Culpa, tristeza, vergüenza, irritabilidad o fuerte autocrítica después de los episodios.
- Alternancia de periodos de escasa ingesta con episodios intensos; olvidos frecuentes de comidas seguidas de hambre desbordante.
- Relación creciente entre episodios de estrés, aburrimiento, cambios de rutina, agotamiento o desregulación emocional.
- Interferencia con el sueño, la participación social, los estudios, el trabajo o la convivencia.

Deben valorarse también comportamientos de ingesta asociados a trastornos digestivos, medicamentos, privación alimentaria, sueño y apoyos de acceso a alimentos. **No toda conducta repetitiva de comer constituye un atracón clínico,** especialmente cuando faltan datos sobre pérdida de control y contexto.

5.3. CONSECUENCIAS FÍSICAS, PSICOLÓGICAS Y SOCIALES

Físicas.

Los episodios pueden acompañarse de distensión o dolor abdominal, reflujo, molestias digestivas, alteraciones del sueño y malestar general. Según la pauta alimentaria global y la situación de salud, pueden coexistir problemas metabólicos o déficits nutricionales. Una dieta muy selectiva puede ser insuficiente en algunos nutrientes con independencia del peso. Las necesidades médicas se evalúan individualmente, sin suponer que todos los riesgos se explican por la talla corporal.

Psicológicas.

Es frecuente la pérdida de confianza, culpa, vergüenza, ansiedad anticipatoria y miedo a la próxima pérdida de control. Intentar compensar la angustia con nuevas restricciones puede reforzar el ciclo, aunque no se cumplan criterios de bulimia. El estigma relacionado con el peso puede retrasar la petición de ayuda y aumentar el aislamiento.

Sociales.

La sensación de no poder comer con otras personas o de necesitar ocultar productos puede perjudicar las relaciones. Para algunas personas autistas se suman dificultades para pedir apoyo o describir lo que sucede antes del episodio, por lo que el análisis debe incluir las circunstancias, no solamente el alimento consumido.

5.4. FACTORES PREDISPONENTES, PRECIPITANTES Y MANTENEDORES

Predisponentes	Precipitantes	Mantenedores
Dificultades interoceptivas, antecedentes de restricción, sensibilidad emocional, estrés crónico, impulsividad en algunos casos, selectividad sensorial y falta de horarios accesibles.	Jornadas sin comer, retirada inesperada de alimentos habituales, conflicto social, cansancio, emociones difíciles.	Alivio momentáneo, vergüenza, restricciones posteriores, mensajes estigmatizantes, falta de apoyo para planificar comidas, sobrecarga repetida, falta de alternativas reguladoras.

TABLA 6. PREDISPONENTES, PRECIPITANTES Y MANTENEDORES EN EL TRASTORNO POR ATRACÓN

La comida puede cumplir funciones diferentes: regular sensaciones, ofrecer predictibilidad, proporcionar placer o responder al hambre acumulada. La intervención eficaz necesita distinguirlas. No es adecuado reducir cualquier episodio a «falta de autocontrol» ni utilizar castigos, privación o humillación como estrategia de modificación.



5.5. EJEMPLOS ESPECÍFICOS EN PERSONAS AUTISTAS

01

Alfonso, 54 años

Hambre o emoción. De niño aceptaba muy pocos alimentos; sus preferencias se concentraban en productos secos, salados o dulces. Con el tiempo le resultaba difícil distinguir ansiedad, aburrimiento y hambre, y en algunas situaciones comía grandes cantidades muy deprisa. El caso orienta a evaluar interocepción, repertorio alimentario, estrés y pauta de comidas, sin asumir un diagnóstico solo a partir del relato.

02

Berta, 26 años

Alimentación como regulador social. Mujer autista con discapacidad intelectual, presentaba episodios de ingesta impulsiva, gran preferencia por ciertos alimentos y malestar intenso durante las comidas. La historia familiar mostraba que, durante años, los alimentos se habían utilizado también para calmar situaciones de sobrecarga. La intervención debe ampliar los recursos de comunicación y corregulación y proteger su salud, sin culpabilizar a la familia.

03

Paola, 12 años

El efecto de un cambio inesperado. Al faltar un alimento habitual, buscó otros productos y comenzó a ingerirlos de manera compulsiva, en un contexto de creciente estrés social. La necesidad de predictibilidad y el malestar en las relaciones pueden ser desencadenantes importantes. Debe valorarse clínicamente si los episodios cumplen criterios de atracón y preguntar específicamente por la existencia de conductas compensatorias y purgativas.

04

Darío, 15 años

Restricción impuesta por el entorno. Después de que se eliminaran alimentos habituales de su dieta sin justificación clínica, comenzó a almacenarlos y consumirlos a escondidas en episodios de gran intensidad. El caso alerta sobre el daño potencial de dietas restrictivas impuestas con promesas infundadas de «curar» el autismo y la necesidad de atender a la seguridad alimentaria y la autonomía.

5.6. EVALUACIÓN Y DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

La evaluación debe incluir frecuencia, cantidad aproximada, duración y circunstancias de episodios; percepción de pérdida de control; emociones

antes y después; sueño; patrón completo de comidas; hambre y saciedad; posibles purgas; restricciones; salud física; fármacos; experiencias sensoriales; y participación social. En personas con dificultades de comunicación, los registros situacionales con apoyos visuales y la entrevista con personas de apoyo pueden complementar, pero no sustituir, el relato de quien vive el problema.

Se distingue de bulimia por la ausencia de compensaciones recurrentes, y de otros patrones de ingesta por la pérdida de control y el malestar. El uso de dietas, el aumento de peso o la rapidez al comer no permiten diagnosticar por sí mismos. Es importante descartar privación alimentaria, efectos de medicamentos, condiciones médicas, trastornos del sueño u otros problemas psicológicos pertinentes.

5.7. MODELOS Y ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN

Regularidad sin rigidez punitiva.

Establecer oportunidades suficientes y previsibles para alimentarse, evitando ayunos prolongados y reglas de compensación. La estructura es un apoyo cuando se pacta, resulta viable y no se convierte en otra exigencia perfeccionista.

Terapia cognitivo-conductual y abordajes basados en evidencia.

Trabajar las situaciones que favorecen episodios, las ideas sobre comida y figura, el ciclo culpa–restricción y las habilidades de afrontamiento. En personas autistas conviene usar ejemplos concretos, identificar desencadenantes sensoriales y adaptar tareas y material escrito. El tratamiento puede incorporar regulación emocional, conciencia corporal y autocompasión de forma accesible.

Apoyo a las funciones ejecutivas e interocepción.

Preparar opciones alimentarias conocidas, planificar horarios realistas, utilizar recordatorios consensuados, reconocer señales de estrés y diferenciar urgencias emocionales de hambre acumulada. Si las señales internas son poco claras, las referencias externas pueden seguir siendo necesarias a largo plazo.

Uso de apoyos visuales

Constituye un recurso complementario en el abordaje terapéutico de los atracones alimentarios, especialmente para favorecer la identificación precoz de los impulsos y facilitar la puesta en marcha de respuestas alternativas. Estas estrategias pueden incluir tarjetas visuales de afrontamiento, secuencias de actuación ante situaciones de riesgo, recordatorios con mensajes de autorregulación, termómetros emocionales o escalas visuales que permitan identificar y graduar la intensidad de la urgencia de comer.

Estrategias de distracción

pueden incorporarse actividades distractoras previamente seleccionadas, como realizar puzles, colorear mandalas, escuchar música, utilizar objetos de estimulación sensorial, desarrollar actividades manuales, realizar ejercicios de respiración o contactar con una persona de apoyo. Su finalidad es **introducir una pausa entre la aparición del impulso y la respuesta conductual.**

Familia y comunidad

Sustituir comida como único recurso de calma por un repertorio más amplio de actividades, comunicación y corregulación. Revisar acuerdos sobre acceso a alimentos y evitar medidas restrictivas o de vigilancia que aumenten el ocultamiento. Facilitar una participación social respetuosa en la que el cuerpo no sea objeto de comentarios.

Atención integral a la salud

Evaluar, cuando corresponda, complicaciones digestivas o metabólicas, estado nutricional, medicamentos y bienestar psicológico. Si hay obesidad coexistente, el equipo debe tratar sus necesidades médicas sin dar por hecho que perder peso resolverá el trastorno por atracón ni recomendar dietas que intensifiquen la pérdida de control.

Seguimiento

Medir la mejoría por reducción de episodios y angustia, regularidad alimentaria, autonomía, bienestar físico y relaciones sociales. Una persona puede mejorar de forma significativa sin cambios de peso, y una modificación de peso por sí sola no demuestra recuperación del trastorno.

REFERENCIAS DEL CAPÍTULO 5

Adams, K. L., Mandy, W., Catmur, C., & Bird, G. (2024). Potential mechanisms underlying the association between feeding and eating disorders and autism. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews,* 162, 105717. https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2024.105717

American Psychiatric Association. (2022). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed., text rev.). *American Psychiatric Association*. https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425787

Bertelli, M. O., Paletti, F., Piva Merli, M., Hassiotis, A., Bianco, A., & Lassi, S. (2025). Eating and feeding disorders in adults with intellectual developmental disorder with and without autism spectrum disorder. *Journal of Intellectual Disability Research*, 69(2), 153–164. https://doi.org/10.1111/jir.13195

Demartini, B., Nisticò, V., Bertino, V., Tedesco, R., Faggioli, R., Priori, A., & Gambini, O. (2021). Eating disturbances in adults with autism spectrum disorder without intellectual disabilities. *Autism Research,* 14(7), 1434–1443. https://doi.org/10.1002/aur.2500

Eisler, I., Simic, M., Blessitt, E., Dodge, L., & Maudsley Eating Disorders Team. (2016). *Maudsley service manual for child and adolescent eating disorders* (Revised ed.). Maudsley Hospital.

Karjalainen, L., Gillberg, C., Råstam, M., & Wentz, E. (2016). Eating disorders and eating pathology in young adult and adult patients with ESSENCE. *Comprehensive Psychiatry,* 66, 79–86. https://doi.org/10.1016/j.comppsych.2015.12.009

Linehan, M. M. (2015). *DBT skills training handouts and worksheets* (2nd ed.). Guilford (2nd ed.). Guilford Press.

Linehan, M. M., & Wilks, C. R. (2015). The course and evolution of dialectical behavior dialectical behavior therapy. *American Journal of Psychotherapy*, 69(2), 97–110. https://doi.org/10.1176/appi.psychotherapy.2015.69.2.97

Martínez Martín, M. Á. (2015). *Todo sobre los trastornos de la conducta alimentaria: Una conducta alimentaria: Una visión multidisciplinar desde la experiencia y la evidencia científica.* Editorial Altaria.

REFERENCIAS DEL CAPÍTULO 5

Nickel, K., Maier, S., Endres, D., Joos, A., Maier, V., Tebartz van Elst, L., & Zeeck, A. (2019). L., & Zeeck, A. (2019). Systematic review: Overlap between eating, autism spectrum, and attention-deficit/hyperactivity disorder. *Frontiers in Psychiatry*, 10, 708. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2019.00708

Pruccoli, J., Guardi, G., La Tempa, A., Valeriani, B., Chiavarino, F., & Parmeggiani, A. (2023). Parmeggiani, A. (2023). Food and development: Children and adolescents with neurodevelopmental and comorbid eating disorders—A case series. *Behavioral Sciences,* 13(6), 499. https://doi.org/10.3390/bs13060499

Qian, J., Wu, Y., Liu, F., Zhu, Y., Jin, H., Zhang, H., Wan, Y., Li, C., & Yu, D. (2022). An update on the prevalence of eating disorders in the general population: A systematic review and meta-analysis. *Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity,* 27(2), 415–428. https://doi.org/10.1007/s40519-021-01162-z

06 OTROS PROBLEMAS ALIMENTARIOS, DISMORFIA CORPORAL Y DESAFÍOS ACTUALES

«Era atractivo de una manera artificial. Pronto yo también lo sería. Pero siempre quería verlo sin un filtro».

— Rowbottom, Aesthetica (2022).

«¿Alguna vez has soñado con una versión mejor de ti misma? Más joven. Más bella. Más perfecta».

Fargeat, C. (Directora). (2024). The substance [La sustancia] [Película]. Working Title Films; Blacksmith; A Good Story



Las dificultades relacionadas con la ingesta y la imagen corporal no se limitan a ARFID, anorexia nerviosa, bulimia y trastorno por atracón. Algunas se reconocen como diagnósticos propios; otras se describen mediante términos clínicos o divulgativos que ayudan a formular el sufrimiento, pero no equivalen a un diagnóstico independiente. Para mantener la misma organización de los capítulos anteriores, se presentan primero su descripción y clasificación, después las señales de alarma, consecuencias, factores relacionados, ejemplos en personas autistas y estrategias de evaluación e intervención.

6.1. DESCRIPCIÓN Y CLASIFICACIÓN DSM-5-TR

Condición o fenómeno	Ubicación diagnóstica	Núcleo de la preocupación o conducta
Pica	Trastorno de la ingesta de alimentos	Ingesta persistente de sustancias no alimentarias e inapropiadas para el desarrollo.
Trastorno de rumiación	Trastorno de la ingesta de alimentos	Regurgitación recurrente que no se explica mejor por una enfermedad digestiva.
Otros trastornos alimentarios especificados o no especificados	Categorías diagnósticas reconocidas	Síntomas significativos sin cumplir o precisar todos los criterios de otra presentación.
Ortorexia	No constituye diagnóstico independiente (TCA No Especificado)	Normas rígidas sobre pureza, corrección o calidad «saludable» de los alimentos.
Trastorno dismórfico corporal (TDC)	Trastornos obsesivo-compulsivos y relacionados	Preocupación por defectos percibidos de la apariencia, con conductas repetitivas y malestar.

Condición o fenómeno	Ubicación diagnóstica	Núcleo de la preocupación o conducta
Vigorexia o dismorfia muscular	Especificador del TDC	Convicción de tener un cuerpo demasiado pequeño o insuficientemente musculado.
Gerascofobia y cosmeticorexia	No son diagnósticos independientes	Miedo intenso al envejecimiento; uso problemático o compulsivo de cosméticos.
Redes sociales y semaglutida	Contextos de riesgo, no diagnósticos	Presión estética y prácticas que pueden influir en la alimentación y la imagen corporal.

6.1.1. PICA, RUMIACIÓN Y OTRAS PRESENTACIONES ALIMENTARIAS

Pica

Consiste en ingerir de manera persistente materiales no alimentarios —por ejemplo, tierra, papel u otras sustancias— durante un periodo clínicamente relevante y de manera inapropiada para el nivel de desarrollo. Puede coexistir con discapacidad intelectual o con autismo, pero no debe naturalizarse ni considerarse inevitable. Las señales de alarma incluyen ingestión repetida, búsqueda de sustancias, dolor abdominal, estreñimiento, atragantamientos o posibles intoxicaciones. Los riesgos dependen del material e incluyen obstrucciones, lesiones, infecciones y toxicidad. El plan requiere valoración médica, posibles carencias nutricionales, análisis funcional, medidas de seguridad y apoyos individualizados; no se recomienda limitarse a castigar la conducta.

En el caso de la pica es imprescindible explorar el acceso a materiales peligrosos y las posibles complicaciones médicas. Para el trastorno de

rumiación es necesario distinguir el retorno involuntario de alimento del vómito inducido por preocupación con el peso; esta diferencia cambia la intervención. Las categorías especificadas permiten reconocer situaciones de riesgo, como anorexia atípica o conductas purgativas, sin esperar a que se cumplan todos los umbrales de otro diagnóstico.

Trastorno de rumiación

Se refiere a episodios repetidos de retorno de alimentos desde el estómago a la boca después de comer, que pueden remasticarse, tragarse o escupirse.

Deben descartar causas gastrointestinales u otras condiciones. Puede producir pérdida de peso, molestias, afectación dental o aislamiento. La intervención incluye valoración médica y conductual, y técnicas específicas como respiración diafragmática cuando están indicadas. No debe confundirse con el vómito autoinducido de la bulimia sin estudiar la función, la temporalidad y la experiencia de la persona.

6.1.2. ORTOREXIA: CUANDO LA BÚSQUEDA DE SALUD SE VUELVE RÍGIDA

La palabra ortorexia se utiliza para describir una preocupación absorbente por la calidad, pureza o corrección de los alimentos, habitualmente con fines de preservar o incrementar la salud. Puede manifestarse como reglas cada vez más estrictas, rechazo de numerosos productos, gran dedicación a investigar ingredientes, culpa por romper una pauta y evitación de comidas compartidas. No equivale a tener interés por la nutrición ni a seguir una dieta indicada médicamente. Su relevancia aparece cuando la conducta causa malnutrición, ansiedad, pérdida de flexibilidad o deterioro social.

En personas autistas puede resultar especialmente importante distinguir entre una dieta limitada porque ciertas texturas son verdaderamente aversivas y otra limitada por reglas sobre «toxinas», «pureza» o salud que se han convertido en fuente de miedo.

También se deben valorar diagnósticos reconocidos —como ARFID, anorexia nerviosa o trastorno obsesivo-compulsivo— sin dar por hecho que la ortorexia constituye por sí misma un diagnóstico independiente.
La ortorexia no es sinónimo de alimentación equilibrada ni de interés profundo por los ingredientes. Se vuelve problemática cuando la persona organiza su vida alrededor de reglas que le provocan miedo o culpa, reducen injustificadamente el repertorio de alimentos y deterioran su salud o participación. En personas autistas debe diferenciarse de restricciones sensoriales que pueden requerir adaptaciones permanentes.



6.1.3. TRASTORNO DISMÓRFICO CORPORAL: APARIENCIA, COMPROBACIONES Y MALESTAR

La insatisfacción con alguna parte del cuerpo es relativamente frecuente y no equivale automáticamente a un trastorno dismórfico corporal. En este último existe una preocupación persistente y absorbente por uno o varios defectos de apariencia que otras personas apenas observan o no perciben, acompañada de conductas repetitivas como mirarse al espejo, comprobar

fotografías, compararse, buscar tranquilización, camuflar o evitar situaciones. Para considerarlo un trastorno, el sufrimiento o la interferencia deben ser clínicamente significativos.

Los focos de preocupación pueden incluir piel, acné, cicatrices, nariz, simetría, cabello o musculatura. El trastorno dismórfico corporal se sitúa en el espectro obsesivo-compulsivo, no en la misma categoría que la anorexia o bulimia. Cuando la preocupación se centra exclusivamente en grasa corporal o peso dentro de un TCA, conviene priorizar el diagnóstico diferencial y evitar duplicaciones inadecuadas.

En el DSM-5-TR, el trastorno dismórfico corporal se sitúa entre los trastornos obsesivo-compulsivos y relacionados. La preocupación debe acompañarse de conductas repetitivas o actos mentales —por ejemplo, comprobación frente al espejo o comparaciones— y provocar malestar significativo o deterioro funcional. La observación de una asimetría real no constituye, por sí misma, un trastorno.

Una persona puede someterse a un relleno de labios porque considera que son demasiado finos, sentirse satisfecha durante unas semanas y, posteriormente, empezar a centrarse en los pómulos o en una pequeña asimetría. El cambio físico puede haber ocurrido realmente, pero la preocupación se desplaza porque el problema psicológico no se limita a una característica anatómica concreta.

Estos fenómenos pueden coincidir, pero no son equivalentes. Una persona puede temer envejecer sin solicitar tratamientos; otra puede utilizar compulsivamente cosméticos sin miedo a la edad; y otra puede presentar un TDC centrado en una característica física no relacionada con el envejecimiento.

La distinción es relevante porque el abordaje cambia: no se trata de etiquetar automáticamente como patológica cualquier intervención estética, sino de comprender la intensidad de la preocupación, los comportamientos asociados y su impacto en la vida de la persona.

6.1.4. VIGOREXIA O DISMORFIA MUSCULAR



La vigorexia, denominada clínicamente dismorfia muscular, consiste en una preocupación persistente por considerar que el propio cuerpo es demasiado pequeño, poco musculado o insuficientemente desarrollado, incluso cuando otras personas perciben una musculatura normal o muy desarrollada. La insatisfacción puede concentrarse en partes concretas —brazos, hombros, pecho o abdomen— o en la constitución física global.

No debe confundirse con disfrutar del entrenamiento de fuerza, tener objetivos deportivos o interesarse por la nutrición. La señal clínica relevante no es practicar mucho deporte ni poseer un cuerpo musculado, sino experimentar una preocupación absorbente por una supuesta insuficiencia muscular, acompañada de comportamientos difíciles de controlar, ansiedad y deterioro de la vida cotidiana.

En el DSM-5-TR, la dismorfia muscular se incluye como especificador del trastorno dismórfico corporal (TDC). Se emplea cuando la preocupación principal se dirige a la idea de que la musculatura o la constitución corporal son demasiado pequeñas o insuficientes. Para establecer el diagnóstico deben valorarse los requisitos generales del TDC, incluidos los comportamientos repetitivos y el malestar o deterioro clínicamente significativos.

La expresión «anorexia inversa» se ha utilizado históricamente para describir este fenómeno, pero puede inducir a error: la dismorfia muscular no se clasifica actualmente como un trastorno alimentario independiente. No obstante, puede coexistir con un TCA o acompañarse de patrones de alimentación alterados y ejercicio compensatorio.

La preocupación central no es el deseo de estar en forma, sino sentirse persistentemente poco musculado pese a los cambios reales y organizar la vida en torno a corregir esa supuesta insuficiencia. La dismorfia muscular puede coexistir con un TCA, pero el especificador se aplica dentro del TDC, no como diagnóstico alimentario independiente.

6.1.5. GERASCOFOBIA Y MIEDO AL ENVEJECIMIENTO

La gerascofobia es el miedo intenso, persistente y desproporcionado a envejecer, hacerse mayor o experimentar los cambios asociados al paso del tiempo. No equivale a querer conservar un aspecto juvenil ni a sentir cierta preocupación por las arrugas. Adquiere relevancia cuando la posibilidad de envejecer se vive como una amenaza difícil de tolerar, capaz de provocar ansiedad importante y condicionar la vida cotidiana.

Física y estética.

Puede aparecer un temor intenso a las arrugas, las canas, la pérdida de firmeza cutánea, los cambios de silueta o cualquier signo interpretado como envejecimiento. Variaciones pequeñas y normales pueden provocar malestar significativo.

Psicológica e identitaria.

Envejecer puede asociarse con una pérdida de atractivo, reconocimiento, valor personal o identidad. Algunas personas vinculan la juventud con su posibilidad de ser aceptadas, establecer relaciones o sentirse competentes.

Funcional y existencial.

El miedo no siempre es estético. También puede incluir el temor a perder autonomía, salud, capacidades cognitivas, independencia o control sobre la propia vida.

Conductual.

La persona puede revisar repetidamente su aspecto, comparar fotografías de distintas edades, evitar celebraciones de cumpleaños, buscar información compulsivamente sobre envejecimiento o solicitar tratamientos para impedir o disimular los cambios corporales.

La gerascofobia puede incluir temores estéticos, identitarios o vinculados a pérdida de autonomía. No dispone de criterios diagnósticos propios en el DSM-5-TR. Según la formulación puede relacionarse con fobia específica, ansiedad, trastorno dismórfico corporal o dificultades de aceptación de cambios vitales. Un temor ocasional a las arrugas no equivale a patología.



6.1.6. COSMETICOREXIA Y RUTINAS COSMÉTICAS COMPULSIVAS



La cosmeticorexia, también denominada en algunos contextos dermorexia, describe una preocupación excesiva por conseguir una piel perfecta, que puede conducir a un uso rígido, desproporcionado o compulsivo de cosméticos, rutinas y procedimientos estéticos. El término se ha popularizado junto con el crecimiento de los contenidos de supuesto cuidado facial en redes como TikTok, Instagram y YouTube.

6.1.6. COSMETICOREXIA Y RUTINAS COSMÉTICAS COMPULSIVAS

Una adolescente puede empezar con una crema hidratante y protección solar y, tras consumir repetidamente publicaciones sobre rutinas de cuidado facial, convencerse de que necesita incorporar numerosos sérums, exfoliantes, productos antiedad y tratamientos específicos para evitar cualquier imperfección. La rutina se hace cada vez más compleja hasta convertirse en una obligación que provoca ansiedad cuando no puede completarse.

El dato decisivo no es el número de productos ni el interés por la dermatología, sino la función psicológica de la conducta. Cuando cuidar la piel deja de ser una actividad elegida y pasa a ser una forma obligatoria de tranquilizarse, ocultar supuestos defectos o mantener el control, puede aparecer un patrón problemático.

En edades tempranas, el uso innecesario o excesivo de productos activos puede ocasionar irritación, dermatitis de contacto, alteraciones de la barrera cutánea y otros efectos adversos.

La exposición continua a contenidos comerciales también puede reforzar la idea de que una piel humana normal —con poros, textura y variaciones— es un problema que debe corregirse.

En la actualidad, la cosmeticorexia no es un diagnóstico independiente recogido en el DSM-5-TR ni en la CIE-11. Tampoco cuenta con criterios diagnósticos consensuados ni instrumentos específicos plenamente validados. Aunque en el lenguaje cotidiano se describa como una «adicción a los cosméticos», es más preciso hablar de uso compulsivo, preocupación estética desadaptativa o conductas de comprobación cuando eso es lo que ocurre realmente.

Una afición intensa por la dermatología o por el cuidado personal puede ser satisfactoria, incluso convertirse en un área de especialización. La señal clínica es que la rutina deja de ser elegida y pasa a cumplirse por miedo, genera gran ansiedad si se interrumpe, aumenta el gasto o perjudica la piel, la convivencia y otras actividades. La cosmeticorexia es un término emergente, sin criterios diagnósticos validados de uso general.

6.1.7. CULTURA DIGITAL Y TRATAMIENTOS PARA PERDER PESO

Los contenidos de redes sociales pueden ofrecer comunidad, aprendizaje y referentes positivos, incluida la conexión entre personas autistas. Sin embargo, las plataformas visuales también facilitan la comparación social repetida, la exposición a cuerpos idealizados, los filtros que modifican el rostro, las rutinas estéticas extremas y la circulación de consejos dietéticos no contrastados.

Existen varios mecanismos digitales que conviene observar para valorar la predisposición a alteraciones con impacto en la vida personal: uso de aplicaciones de calorías, ayuno o ejercicio como instrumentos de control; revisión repetitiva de fotografías propias o ajenas; comparación con imágenes filtradas; pertenencia a comunidades que refuerzan cánones muy restrictivos; y búsqueda de alivio emocional a través de comprobaciones digitales. Las mismas herramientas pueden ser útiles si se emplean con objetivos clínicos acordados y sin fomentar obsesiones, por lo que importa para qué, cómo y cuánto se utilizan.

Las personas autistas pueden encontrarse con desafíos particulares: interpretar literalmente mensajes de influencers, seguir normas de forma muy consistente, dedicar intereses intensos a dietas o entrenamiento, buscar modelos para encajar socialmente o utilizar filtros como referencia de una apariencia «correcta». Estas son posibles interacciones, no comportamientos universales ni una relación causal demostrada para todas las personas autistas.

Ozempic® y Wegovy® contienen semaglutida, un agonista del receptor de GLP-1. Actúa sobre mecanismos relacionados con el metabolismo y el apetito. No son nombres intercambiables desde el punto de vista regulatorio: en la Unión Europea Ozempic® está autorizado para determinadas personas adultas con diabetes tipo 2, mientras que Wegovy® dispone de indicaciones específicas para el manejo del peso en personas que cumplen ciertos criterios clínicos. Ambos requieren receta y seguimiento sanitario.

La información de indicaciones y presentación debe comprobarse en la ficha técnica vigente, pues puede actualizarse.

La conversación digital ha convertido «Ozempic» en una expresión informal para aludir a pérdida de peso rápida, ideal estético o supuestas transformaciones faciales.

Esa narrativa puede ocultar tanto el papel legítimo de un tratamiento prescrito como sus riesgos cuando se utiliza de manera inadecuada. El problema no es que una persona reciba un medicamento autorizado por una indicación apropiada; es la presión estética, automedicación, adquisición fuera de canales autorizados o prescripción sin valorar correctamente el historial alimentario y emocional.

Las plataformas digitales pueden ofrecer conexión y referentes positivos, incluida comunidad entre personas autistas. También pueden convertir contenidos comerciales en reglas sobre cuerpo, apariencia o alimentación. Es importante conocer el tipo de información que consume cada persona y su interpretación, sin asumir un efecto inevitable o uniforme.

6.2. SEÑALES DE ALARMA

Un comportamiento aislado —usar cosméticos, entrenar, preferir alimentos concretos o publicar fotografías— no indica un trastorno. Merecen atención los cambios que aumentan en intensidad, ocupan cada vez más tiempo, generan miedo o tienen consecuencias para la salud, la autonomía y las relaciones.

Señales asociadas a la ingesta

Pica: búsqueda y consumo reiterado de sustancias no alimentarias, atragantamientos, molestias digestivas o exposición a intoxicaciones.

Rumiación: regurgitación recurrente, pérdida de peso, dolor, malestar dental o rechazo creciente a comer.

Ortorexia: proliferación de alimentos prohibidos sin indicación sanitaria, comprobación reiterada de ingredientes, ansiedad y aislamiento cuando se alteran las reglas.

Señales de preocupación dismórfica y vigorexia

Comprobación corporal repetitiva. Medirse brazos, cintura o pecho; examinar músculos en espejos o fotografías; realizar poses para comparar el volumen; buscar confirmación externa de manera constante.

Entrenamiento rígido o difícil de interrumpir. Experimentar culpa intensa por descansar, seguir entrenando con dolor o lesión, rechazar viajes o encuentros sociales que interfieran con la rutina deportiva o vivir cualquier reducción de ejercicio como una amenaza.

Control alimentario excesivo. Seguir normas inamovibles de ingesta, priorizar determinados macronutrientes, restringir grupos de alimentos, establecer ciclos de aumento y reducción de peso o experimentar ansiedad al comer fuera del plan previsto. La dieta puede deteriorar la salud física o la convivencia, aunque el objetivo explícito sea ganar músculo y no adelgazar.

Ocultación del cuerpo y evitación social. Evitar vestuarios, piscinas, ropa ajustada o fotografías por la convicción de no tener suficiente musculatura, incluso cuando se mantiene una actividad física intensa.

Búsqueda creciente de soluciones. Consumir múltiples suplementos sin valoración individualizada o plantearse el uso de sustancias para aumentar el rendimiento o la masa muscular. Algunas personas recurren a esteroides anabolizantes androgénicos; este uso no es universal ni define por sí mismo el trastorno, pero incrementa los riesgos médicos.
También deben valorarse la evitación de espejos o fotografías, la necesidad constante de pedir tranquilidad a otras personas y las consultas repetidas para modificar un «defecto» que nunca llega a sentirse suficientemente corregido.

Señales vinculadas a gerascofobia, cosmeticorexia y estética

Miedo intenso al envejecimiento, vigilancia diaria de cambios normales, comparación compulsiva con fotografías antiguas o rechazo de cumpleaños por el significado de hacerse mayor.

Rutinas cosméticas imposibles de flexibilizar, angustia al omitir un producto, compra repetitiva para «prevenir» imperfecciones y daño dermatológico por productos activos innecesarios.

Solicitud de procedimientos sucesivos con alivio breve y desplazamiento de la preocupación hacia otras zonas del cuerpo, especialmente si se acompañan de gran deterioro emocional o económico.

Señales digitales y relacionadas con medicación

Consultar compulsivamente peso, calorías, pasos, ayuno o medidas y sentir ansiedad si falta información.

Evitar comer, socializar o descansar para mantener una rutina sugerida por una aplicación o comunidad.

Compararse repetidamente con fotos retocadas o con el propio rostro filtrado; angustia intensa al verse sin filtros.

6.2. SEÑALES DE ALARMA

Seguir contenido que normaliza purgas, castigos alimentarios, retos extremos o desprecio del propio cuerpo.

Usar el teléfono para esconder el malestar después de comer o para continuar un ciclo de comprobación corporal.

Abandonar intereses y relaciones por dedicar un tiempo creciente a controlar la apariencia.

Solicitar un fármaco principalmente por presiones de redes, sin una indicación médica clara.

Obtenerlo o intentarlo por canales no autorizados, compartirlo o utilizarlo sin controles clínicos.

Ocultar una historia de TCA, dietas restrictivas o purgas ante el equipo prescriptor.

Empeorar la restricción, la deshidratación, la debilidad, el miedo a engordar o las comprobaciones corporales durante el uso.

Presentar vómitos persistentes, dolor abdominal intenso, incapacidad para mantener líquidos o pérdida repentina de visión.

La aparición de vómitos persistentes, dolor abdominal intenso, deshidratación o pérdida súbita de visión en una persona que recibe semaglutida requiere atención sanitaria inmediata. La prescripción y cualquier cambio de dosis corresponden al equipo médico.

6.3. CONSECUENCIAS FÍSICAS, PSICOLÓGICAS Y SOCIALES

Los problemas descritos pueden afectar al cuerpo, al estado emocional y a la vida cotidiana, pero sus consecuencias difieren entre sí. Conviene evitar interpretarlos como una única «adicción a la estética» o como una variante del mismo trastorno alimentario.

Físicas y médicas.

La pica puede ocasionar intoxicaciones, infecciones, lesiones, atragantamientos u obstrucciones. La rumiación puede producir complicaciones digestivas, erosión dental y malnutrición. Las restricciones ortoréxicas pueden provocar déficits nutricionales. En la dismorfia muscular puede haber lesiones, fatiga por sobreentrenamiento y riesgos añadidos del uso de anabolizantes, sin suponer que todas las personas los consuman.

Entre las consecuencias posibles se encuentran lesiones musculares y articulares, problemas por sobreentrenamiento, fatiga persistente, dificultades para recuperarse, alteraciones del sueño, alimentación desequilibrada, ansiedad, irritabilidad, aislamiento y conflictos en las relaciones. El exceso de ejercicio no es siempre visible como un problema porque puede confundirse con disciplina, compromiso deportivo o «vida saludable».

El uso no supervisado de esteroides anabolizantes añade riesgos que no deben minimizarse, como problemas cardiovasculares, alteraciones hormonales y reproductivas, daño hepático, cambios de ánimo y otros efectos adversos. No todos los suplementos presentan el mismo riesgo y no deben equipararse automáticamente a sustancias dopantes. La valoración debe distinguir productos, dosis, composición, interacciones y seguimiento sanitario, sin asumir que el uso de cualquier complemento implica una conducta patológica.

Por otra parte, los procedimientos médicos entrañan riesgos. Los rellenos dérmicos pueden provocar inflamación, nódulos, infecciones y, rara vez, complicaciones vasculares graves por inyección accidental en un vaso sanguíneo, como necrosis, problemas de visión o accidente cerebrovascular. Estos riesgos requieren información rigurosa, valoración clínica y profesionales cualificados.

La semaglutida puede producir efectos digestivos y tiene riesgos y contraindicaciones que requieren prescripción y seguimiento. Entre los posibles efectos adversos se incluyen náuseas, vómitos, diarrea,

estreñimiento y dolor abdominal; la deshidratación y los síntomas graves precisan valoración. La neuropatía óptica isquémica anterior no arterítica figura como reacción adversa muy rara en la información regulatoria europea; la aparición de pérdida repentina de visión requiere evaluación urgente.

Psicológicas.

La vigilancia de una característica corporal puede asociarse a ansiedad, vergüenza, autocrítica, pensamientos repetitivos y necesidad de corregirla. El alivio posterior a una comprobación, ejercicio rígido o intervención estética puede ser transitorio. En los casos graves de TDC es esencial valorar depresión, autolesiones y riesgo suicida.

Sociales y funcionales.

La persona puede evitar piscinas, fotografías, comedores, encuentros, actividades laborales o escolares y relaciones que impliquen exposición corporal. El uso creciente de tiempo, dinero o energía en corregir la apariencia puede reducir la autonomía y la calidad de vida. Las necesidades sensoriales y las experiencias reales de rechazo han de evaluarse sin confundirlas con síntomas del trastorno.

6.4. FACTORES PREDISPONENTES, PRECIPITANTES Y MANTENEDORES

Predisponentes o de vulnerabilidad	Precipitantes posibles	Mantenedores posibles
Ansiedad, dificultades previas con imagen corporal, historia de acoso, exposición a estigma, perfeccionismo e intolerancia individual a la incertidumbre.	Cambios puberales, envejecimiento percibido, comentario sobre el cuerpo, lesión deportiva, contenido digital o pérdida de rutinas.	Comprobaciones, comparaciones, búsqueda de tranquilización, evitación, alivio temporal por el procedimiento y presión social continuada.

6.4. FACTORES PREDISPONENTES, PRECIPITANTES Y MANTENEDORES

Predisponentes o de vulnerabilidad	Precipitantes posibles	Mantenedores posibles
Sensibilidad sensorial, dificultades interoceptivas, selectividad preexistente, antecedentes médicos y dietas rígidas.	Atragantamiento, molestias digestivas, consejos extremos sobre pureza alimentaria o cambios bruscos de menú.	Alivio inmediato de la evitación, reglas más restrictivas, deterioro nutricional, dolor y aislamiento.
Intereses intensos o procesamiento centrado en detalles, cuando interactúan con ansiedad y creencias negativas.	Nueva asimetría detectada, comparación con rostro filtrado, expectativas inalcanzables de ejercicio o estética.	Hipervigilancia local, interpretación negativa, comprobaciones repetidas, reglas inflexibles y disminución de actividades valoradas.

TABLA 8. FACTORES PREDISPONENTES, PRECIPITANTES Y MANTENEDORES DE OTROS TRASTORNOS ASOCIADOS

El procesamiento centrado en el detalle en algunas personas autistas

La teoría de la coherencia central se desarrolló para explicar diferencias en la forma de integrar la información procedente del entorno. Cuando observamos un rostro, podemos percibir sus rasgos individuales —ojos, nariz, labios, textura de la piel— y, a la vez, su configuración general y su expresión. Distintas personas dan prioridad a la información local o global de forma diferente.



El término tradicional «coherencia central débil» se ha utilizado para describir una mayor preferencia por los elementos particulares frente al conjunto. Sin embargo, debe emplearse con cautela: centrarse en los detalles no significa ser incapaz de comprender la globalidad ni constituye por sí mismo un déficit.

Por eso, según la persona y el contexto, resulta más preciso hablar de procesamiento centrado en los detalles, preferencia por el procesamiento

centrado en los detalles, preferencia por el procesamiento local o diferencias en la integración de información local y global. Este estilo puede ser una fortaleza para detectar patrones, identificar cambios sutiles y analizar información compleja.

Imaginemos que una persona autista detecta una pequeña diferencia entre sus cejas. Puede tratarse de una asimetría real y normal. Observarla con precisión no tiene por qué generar ningún problema. La dificultad surge si esa diferencia pasa a interpretarse como algo negativo que determina la apariencia global o el valor personal.

El pensamiento puede desplazarse de «mis cejas son algo diferentes» a «mi rostro está mal», «todo el mundo se fija en ello» o «necesito corregirlo para sentirme bien». El detalle pasa a convertirse en el centro de las comprobaciones y de la ansiedad.

La dificultad no está en percibir el detalle, sino en el significado amenazante que se le atribuye y en la incapacidad de dejar de vigilarlo. Por ello, no debe confundirse una capacidad perceptiva con un síntoma de dismorfia corporal.

Las investigaciones sobre TDC también han explorado posibles diferencias en la percepción visual. Algunos trabajos encuentran una tendencia a procesar características locales, patrones distintos de exploración ocular y dificultades en determinadas tareas de reconocimiento emocional. En algunas personas autistas, un estilo perceptivo centrado en detalles podría interactuar con el miedo al rechazo, creencias negativas sobre la apariencia o pensamientos intrusivos. Pero hay una diferencia esencial: en el autismo, la atención al detalle puede ser una característica neutra o positiva; en el TDC, la preocupación por una característica física se acompaña de malestar y conductas repetitivas problemáticas.

En algunas personas autistas, cambiar de estrategia o desplazar la atención puede exigir un esfuerzo considerable, especialmente bajo ansiedad. Si la persona ha empezado a observar continuamente una característica facial, puede resultarle difícil dejar de hacerlo incluso cuando entiende que su preocupación es excesiva.

Puede conocer racionalmente que una arruga no determina su atractivo y, sin embargo, seguir comprobándola de manera reiterada. La combinación de atención intensa, pensamientos repetitivos y ansiedad es clínicamente más relevante que cualquiera de esos factores de forma aislada.

El procesamiento local no es por sí mismo un déficit ni un trastorno. En determinadas personas, la atención precisa a asimetrías y cambios corporales podría interactuar con creencias negativas, experiencias de exclusión y ansiedad, favoreciendo un foco de preocupación. Se trata de una hipótesis clínica que no autoriza a afirmar una prevalencia superior de gerascofobia, cosmeticorexia o vigorexia en toda la población autista.

Ciclo de preocupación y búsqueda de corrección estética

Detectar un cambio
Arruga, asimetría, textura cutánea o volumen muscular percibido como insuficiente.

Comprobar y anticipar
Espejos, fotografías ampliadas, comparaciones o búsqueda repetida de información.

Intentar corregir
Producto cosmético, tratamiento estético, ejercicio o intervención quirúrgica.

Sentir alivio temporal
Disminuye la ansiedad o aumenta momentáneamente la sensación de control.

Reiniciar el ciclo Regresa el temor, pierde efecto el tratamiento o surge otro detalle corporal.

Este circuito puede entenderse, entre otros mecanismos, mediante el refuerzo negativo: una conducta se mantiene porque al realizarla disminuye temporalmente una emoción desagradable, como la ansiedad. También puede intervenir el refuerzo positivo cuando la persona recibe elogios, percibe una mejoría satisfactoria o siente que se acerca a un ideal estético.

La repetición periódica de una intervención no demuestra por sí sola una adicción. Muchos tratamientos tienen efectos temporales y algunas personas eligen repetirlos de forma informada, autónoma y sin sufrimiento psicológico.

Las señales de preocupación aparecen cuando la conducta se vuelve difícil de controlar, provoca consecuencias negativas o deja de proporcionar un bienestar duradero.

La toxina botulínica (conocida popularmente por nombres comerciales como Botox) modifica de forma temporal la actividad de determinados músculos; su efecto estético puede desaparecer con el tiempo. Los rellenos de ácido hialurónico alteran volúmenes o contornos y tienen una duración variable según el producto, la zona y las características individuales. Las operaciones estéticas implican procedimientos quirúrgicos con cambios potencialmente duraderos y riesgos propios.

La cuestión clínica es si la persona los utiliza repetidamente para responder a una preocupación que no se resuelve. Las intervenciones pueden generar satisfacción legítima; pero, en un trastorno dismórfico corporal, corregir un rasgo físico no garantiza que desaparezca la creencia de que el cuerpo es defectuoso.

La repetición periódica de un tratamiento no constituye por sí misma adicción. La relevancia clínica depende de la motivación, la capacidad de elección, la presencia de ansiedad, el impacto funcional y las consecuencias negativas.

No está demostrado que la toxina botulínica o el ácido hialurónico produzcan una dependencia farmacológica equivalente a las adicciones a sustancias.

6.5. EJEMPLOS ESPECÍFICOS EN PERSONAS AUTISTAS

Los cuatro ejemplos siguientes son ilustrativos y no permiten diagnosticar a una persona a partir de su conducta o de su identidad autista.

01

Marta, 42 años

El envejecimiento como pérdida de control.

Marta es una mujer autista de 42 años, con gran atención a los detalles y una marcada preferencia por rutinas predecibles. Desde hace tiempo organiza su vida mediante hábitos estables que le permiten reducir la incertidumbre.

En los últimos años observa cambios pequeños en su rostro. Primero detecta líneas de expresión alrededor de los ojos. Después comienza a analizar fotografías antiguas y a comparar diariamente el aspecto de su piel. Siente temor a que esos cambios alteren de manera irreversible una imagen física que reconoce como propia.

Tras buscar información sobre medicina estética decide recibir toxina botulínica. Se siente tranquila durante un tiempo, pero cuando los efectos disminuyen comienza otra vez a vigilar las arrugas. Más tarde advierte diferencias entre ambas mejillas y se preocupa por el volumen de sus labios.

Lectura clínica posible: el envejecimiento se ha convertido en un foco de incertidumbre. Las comprobaciones y los procedimientos podrían estar funcionando como intentos de reducir ansiedad. La evaluación debería explorar si existe gerascofobia, TDC u otra dificultad, sin asumir que el autismo explica por sí solo la conducta.

02

Lucía, 15 años

Euna rutina cosmética vivida como obligación

Lucía es una adolescente autista de 15 años interesada por la química y los productos dermatológicos. Disfruta investigando ingredientes, comparando formulaciones y clasificando cosméticos. Al principio, este interés es una actividad satisfactoria que la familia valora positivamente.

Con el tiempo sigue muchas cuentas de cuidado facial y recibe mensajes insistentes sobre mantener una piel sin poros visibles y prevenir las arrugas desde muy joven. Incorpora productos que no necesita por edad ni por criterio dermatológico. Su rutina crece hasta ocupar una parte significativa de la mañana y de la noche.

Cuando se agota un producto, experimenta ansiedad. Si una actividad familiar coincide con el horario de cuidado facial, evita participar. Además, toma fotografías ampliadas para buscar pequeñas irregularidades de la piel.

Lectura clínica posible: el interés especial no constituye el problema. Lo relevante es que ha pasado de ser una actividad placentera a una obligación vinculada al temor a las imperfecciones. Sería necesario valorar el malestar, el impacto funcional y posibles consecuencias dermatológicas del uso excesivo de productos.

03

Daniel, 27 años

Una característica facial asociada al rechazo

Daniel es un hombre autista de 27 años que sufrió burlas durante la adolescencia. Ha aprendido a relacionar su apariencia con la manera en que otras personas le tratan. Al revisar fotos comienza a concentrarse en una pequeña asimetría de su nariz, que considera muy llamativa.

Cuando conversa con otras personas cree que están observando esa característica. Empieza a evitar fotografías, reuniones y videollamadas. Busca repetidamente información sobre rinoplastia y llega a creer que corregir su nariz solucionará sus dificultades sociales.

Lectura clínica posible: la intervención no consistiría en invalidar sus experiencias de rechazo ni en exigirle que considere «perfecta» su nariz. Sería importante explorar cómo vincula un rasgo físico con la autoestima, la aceptación y el temor al juicio ajeno, y evaluar la presencia de un posible TDC.

04

Alex

El ejercicio como obligación

Álex es una persona autista de 23 años que encuentra satisfacción en el entrenamiento de fuerza. Le gusta registrar ejercicios, observar su progresión y mantener horarios estables. Durante un periodo, la actividad le ayuda a organizarse y a disfrutar de una comunidad deportiva.

Tras recibir comentarios desagradables sobre su cuerpo y comenzar a seguir perfiles de hipermusculación, Álex empieza a considerar insuficiente cualquier resultado.

Comprueba a diario el perímetro de sus brazos, se fotografía en distintas posturas y siente mucha ansiedad cuando una lesión le obliga a descansar. Deja de acudir a reuniones porque teme perder una sesión o comer alimentos que no ha planificado. Aunque su musculatura ha aumentado, sigue percibiéndose «demasiado pequeño».

Lectura clínica posible: el registro meticuloso y la motivación deportiva no son, por sí mismos, indicadores de dismorfia. Lo que requiere evaluación es el significado negativo atribuido al tamaño corporal, las comprobaciones repetitivas, la angustia al descansar y la interferencia en la vida social. La intervención debería explorar una posible dismorfia muscular, las necesidades de autorregulación que satisface el ejercicio y la presencia de riesgos físicos o alimentarios.

6.6. EVALUACIÓN Y DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

La entrevista comienza por la experiencia, la trayectoria y la función de la conducta. Conviene preguntar qué se ha modificado, desde cuándo, en qué situaciones aumenta el malestar, cuánto tiempo se dedica a comprobar o corregir la apariencia y qué consecuencias tiene. Deben explorarse antecedentes de selectividad alimentaria, malestar sensorial, ansiedad, TCA, TDC, otras dificultades obsesivas, enfermedades físicas, experiencias de burlas o exclusión, consumo digital y tratamientos estéticos o farmacológicos.

En la pica y la rumiación se prioriza descartar causas gastrointestinales, problemas de deglución, intoxicación y déficits nutricionales. En la ortorexia deben evaluarse restricciones clínicas y diferenciarla de ARFID, anorexia nerviosa y obsesiones relacionadas con salud. En el TDC se valora el tiempo dedicado al defecto percibido, comprobaciones, evitación y deterioro; la vigorexia exige explorar el significado de la musculatura, lesiones, descanso, dietas, suplementos y sustancias.

En personas autistas no se debe considerar automáticamente patológico un interés intenso, un apoyo sensorial o una rutina estable. La evaluación debe distinguir qué características forman parte de la historia del desarrollo y qué conductas son recientes, rígidas, aversivas o mantenidas por miedo. También debe respetarse la autonomía y facilitar comunicación clara, apoyos escritos y tiempo de respuesta.

Cuando se solicitan múltiples procedimientos estéticos para corregir defectos percibidos, conviene evaluar un posible TDC antes de nuevas intervenciones. El peso corporal o la apariencia externa por sí solos no permiten descartar un problema grave. La existencia de ideas suicidas, desnutrición, intoxicación, purgas o síntomas médicos de alarma requiere valoración urgente.

Respecto a semaglutida, debe verificarse la indicación concreta y la ficha técnica vigente de cada medicamento. Ozempic y Wegovy comparten principio activo, pero no tienen indicaciones idénticas en la Unión Europea. Antes y durante la prescripción, la historia de TCA y el estado nutricional pueden requerir seguimiento especializado, sin suspender tratamientos por cuenta propia.

6.7. MODELOS Y ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN

Seguridad física y tratamiento del problema específico

La intervención se organiza desde un diagnóstico diferencial cuidadoso: no se trata igual un riesgo por ingesta de objetos que una preocupación obsesiva por la nariz, un patrón de purgas o la utilización inadecuada de un fármaco. En todos los casos son transversales la seguridad médica, el análisis funcional, la participación de la persona y los apoyos de comunicación y sensorialidad.

Para problemas de imagen corporal puede utilizarse psicoterapia especializada, adaptación cognitivo-conductual y trabajo con rituales de comprobación y evitación; para pica o rumiación, atención médica y conductual específica; para ortorexia y restricciones, recuperación nutricional y flexibilidad; y para riesgos digitales, alfabetización mediática y prevención de exposición dañina. Si se considera un tratamiento farmacológico, corresponde al equipo sanitario valorar indicación, comorbilidades, interacciones, efectos adversos y seguimiento.

La pica necesita medidas de seguridad, evaluación de causas médicas y análisis funcional; la rumiación puede beneficiarse de técnicas específicas, como la respiración diafragmática cuando está indicada. Las restricciones relacionadas con ortorexia exigen garantizar ingesta suficiente y trabajar reglas y temores sin ridiculizar preferencias legítimas. En dismorfia muscular, el plan incluye entrenamiento seguro y descanso, así como atención especializada ante el uso de sustancias.

Intervención sobre la imagen corporal y conductas repetitivas

Decir «no tienes ningún defecto» o «estás perfectamente» puede ofrecer tranquilidad momentánea, pero no siempre modifica las preocupaciones persistentes. En el TDC puede resultar más útil diferenciar la observación de una característica física, la interpretación que se hace de ella y la emoción que provoca.



Las intervenciones cognitivo-conductuales pueden incorporar reentrenamiento perceptivo y estrategias para observar el cuerpo con mayor amplitud y menor valoración negativa, evitando reforzar nuevas comprobaciones. En personas autistas conviene explicitar los objetivos, utilizar apoyos visuales cuando ayuden y adaptar cualquier exposición al perfil sensorial y a las necesidades individuales.

La intervención puede ayudar a tolerar cambios cotidianos sin responder de manera automática con comprobaciones o medidas correctoras. En algunos casos será útil practicar gradualmente modificaciones pequeñas y consensuadas: reducir fotografías de comprobación, variar una secuencia de cosméticos no necesaria, aceptar un descanso deportivo prescrito o participar en una comida social sin compensarla con ejercicio.

El objetivo no consiste en eliminar rutinas beneficiosas ni imponer cambios abruptos, sino en aumentar las opciones disponibles y que la persona pueda elegir con menor malestar.

En el trastorno dismórfico corporal, las guías clínicas recomiendan terapia cognitivo-conductual, habitualmente con exposición y prevención de respuesta cuando procede. Según la gravedad, la historia clínica y la valoración profesional, pueden utilizarse inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina. Estas decisiones requieren supervisión sanitaria y no deben extrapolarse sin evaluación a todo interés estético intenso o a cualquier rutina de autocuidado.

Si existe dismorfia muscular, deben abordarse también el ejercicio compulsivo, el riesgo de lesiones, las alteraciones de la alimentación y, cuando corresponda, el uso de anabolizantes u otras sustancias. En gerascofobia se pueden trabajar la ansiedad anticipatoria, las creencias sobre el envejecimiento y la relación con los cambios corporales. En cosmeticorexia, además de la intervención psicológica cuando esté indicada, puede requerirse valoración dermatológica para simplificar rutinas y tratar daños cutáneos.

Para el TDC existen abordajes cognitivo-conductuales especializados, con prevención de respuesta frente a comprobaciones y evitaciones cuando corresponda. En algunos casos se consideran medicamentos bajo evaluación psiquiátrica. La intervención no consiste en discutir si un rasgo físico es bello o feo, sino en reducir el significado amenazante atribuido y recuperar participación y autonomía.

Adaptaciones en personas autistas

Las recomendaciones clínicas para atender problemas de salud mental coocurrentes en personas autistas favorecen intervenciones concretas, estructuradas, con lenguaje claro, instrucciones explícitas, recursos escritos o visuales y consideración de las necesidades sensoriales. Cuando la persona lo desee, sus apoyos de confianza pueden facilitar la generalización de estrategias a la vida cotidiana.

La intervención debe distinguir entre un interés personal legítimo y una conducta impulsada por el miedo. También debe reconocer las experiencias reales de rechazo y presión social, sin atribuir automáticamente todo el sufrimiento a características individuales del autismo.

Anticipar objetivos, utilizar ejemplos concretos y permitir apoyos sensoriales razonables facilita la accesibilidad. Es esencial respetar intereses legítimos, distinguir rigidez por miedo de rutina útil y evitar exposiciones improvisadas o coercitivas. Las experiencias reales de discriminación merecen ser reconocidas como parte del contexto.

Alfabetización mediática y prevención comunitaria

Las recomendaciones clínicas para atender problemas de salud mental coocurrentes en personas autistas favorecen intervenciones concretas, estructuradas, con lenguaje claro, instrucciones explícitas, recursos escritos o visuales y consideración de las necesidades sensoriales. Cuando la persona lo desee, sus apoyos de confianza pueden facilitar la generalización de estrategias a la vida cotidiana.

- **Alfabetización mediática.**
  Enseñar a distinguir testimonios, publicidad, filtros, edición de imágenes y evidencias científicas; comprobar fuentes y conflictos de interés; y reconocer mensajes que moralizan el peso o el alimento. Es útil hacerlo con ejemplos reales y concretos, no solamente con la recomendación genérica «usa menos el móvil».

- **Análisis funcional digital.**
  Si la persona está de acuerdo, explorar qué emociones preceden al uso de aplicaciones, qué ocurre después y cuándo se intensifica la ansiedad. Pueden pactarse pausas, cambios de notificaciones o sustitución de contenidos perjudiciales, respetando su privacidad. El objetivo no es vigilancia invasiva, sino recuperar capacidad de elección.

Cuerpo y pertenencia.
Favorecer referentes corporales diversos, vínculos que no se centren en la apariencia, participación segura en grupos de interés y actividades que aporten bienestar. La prevención incluye también lenguaje respetuoso de adultos y profesionales: los comentarios sobre el cuerpo de otras personas pueden reforzar normas dañinas aunque se formulen como elogios.

La prevención comunitaria incluye contenidos educativos que no moralicen los alimentos, entornos escolares y sanitarios que no ridiculicen el cuerpo, espacios accesibles para personas autistas y mensajes públicos que diferencien salud, apariencia y valor personal. En particular, la formación para profesionales y familiares debe incluir el reconocimiento de síntomas en personas que no presentan bajo peso o que encuentran difícil verbalizar malestar.

Uso responsable de semaglutida y otros tratamientos

La disminución del apetito puede complicar una historia de restricción alimentaria, agravar carencias o reforzar preocupaciones por el control corporal.

Un consenso clínico reciente recomienda explorar TCA actuales o previos antes de prescribir agonistas de GLP-1 y hacer seguimiento de síntomas alimentarios cuando corresponda. En TCA activos, particularmente los restrictivos, el balance entre beneficios y riesgos requiere especial precaución y coordinación interdisciplinar. La evidencia sobre posibles beneficios de estos fármacos en el trastorno por atracón continúa desarrollándose y no justifica uso por cuenta propia.

Respuesta recomendada. Evitar la culpabilización y preguntar por la motivación, el origen de la información, la historia alimentaria y los efectos físicos. Revisar indicación y tratamiento con el profesional prescriptor, sin suspensiones ni cambios de dosis improvisados. Si se detecta un TCA, coordinar seguimiento médico, nutricional y psicológico. La recuperación de una relación segura con la alimentación no debe medirse solo en kilogramos.

Reflexión sobre los nuevos retos en intervención

La cultura contemporánea de la perfección estética extiende la vigilancia corporal mucho más allá del peso: incluye arrugas, proporciones del rostro, textura de la piel, volumen muscular, definición abdominal y comparación con imágenes digitales transformadas. La gerascofobia, la cosmeticorexia y la dismorfia muscular permiten reconocer distintas formas en las que la apariencia puede convertirse en un foco persistente de ansiedad y control.

En personas autistas, la percepción detallada, la preferencia por la predictibilidad, las dificultades de flexibilidad en algunos contextos y las experiencias de rechazo podrían interactuar con estas presiones.

Pero estas relaciones no son universales ni justifican hablar de una propensión inevitable. El procesamiento centrado en los detalles no es un trastorno y puede ser una fortaleza. El problema aparece cuando un detalle adquiere un significado amenazante, la persona no consigue dejar de vigilarlo y organiza su vida alrededor de corregir o esconder su apariencia.

Una intervención respetuosa no busca eliminar intereses intensos, rutinas útiles ni elecciones estéticas autónomas. Busca identificar cuándo el miedo está dirigiendo la conducta, reducir el sufrimiento y recuperar una relación más segura, flexible y satisfactoria con el cuerpo, la alimentación, el movimiento y la propia identidad.

En este capítulo conviven trastornos diagnósticos reconocidos, especificadores y conceptos emergentes. Su estudio ofrece una oportunidad de prevención, siempre que se evite convertir diferencias autistas —como el interés intenso o la atención a detalles— en síntomas por defecto. El criterio de referencia debe seguir siendo el bienestar, la seguridad, la libertad de elección y la participación en la vida cotidiana.

REFERENCIAS DEL CAPÍTULO 6

Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios. (2025). *La AEMPS informa de una reacción adversa ocular muy infrecuente en pacientes tratados con semaglutida.* https://www.aemps.gob.es/informa/la-aemps-informa-de-una-reaccion-adversa-ocular-muy-infrecuente-en-pacientes-tratados-con-semaglutida/

Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios. (s. f.). *Ficha técnica de Ozempic* (semaglutida). Centro de Información Online de Medicamentos. https://cima.aemps.es/cima/dochtml/ft/1171251005/FT_1171251005.html

Al-Dhubaibi, M. S., Mohammed, G. F., Atef, L. M., Bahaj, S. S., Al-Dhubaibi, A. M., & Aziz, N. S. (2026). Dermorexia (cosmeticorexia): A narrative review of the emerging phenomenon of obsessive skincare behavior in the digital age. *Aesthetic Surgery Journal Open Forum,* 8, ojag185. https://doi.org/10.1093/asjof/ojag185

American Psychiatric Association. (2022). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed., text rev.). *American Psychiatric Association*. https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425787

Bonfanti, R. C., Melchiori, F., Teti, A., Albano, G., Raffard, S., Rodgers, R. F., & Lo Coco, G. (2025). The association between social comparison in social media, body image concerns and eating disorder symptoms: A systematic review and meta-analysis. *Body Image,* 52, 101841. https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2024.101841

Cooper, M., Eddy, K. T., Thomas, J. J., Franko, D. L., Carron-Arthur, B., Keshishian, A. C., & Griffiths, K. M. (2020). Muscle dysmorphia: A systematic and meta-analytic review of the literature to assess diagnostic validity. *International Journal of Eating Disorders,* 53(10), 1583–1604. https://doi.org/10.1002/eat.23349

Donini, L. M., Barrada, J. R., Barthels, F., Dunn, T. M., Babeau, C., Brytek-Matera, A., Cena, H., Cerolini, S., Cho, H.-H., Coimbra, M., Cuzzolaro, M., Ferreira, C., Galfano, V., Grammatikopoulou, M. G., Hallit, S., Håman, L., Hay, P., Jimbo, M., Lasson, C., . . . Lombardo, C. (2022). A consensus document on definition and diagnostic criteria for orthorexia nervosa. *Eating and Weight Disorders,* 27, 3695–3711. https://doi.org/10.1007/s40519-022-01512-5

European Medicines Agency. (s. f.). Ozempic: *EPAR — medicine overview*. https://www.ema.europa.eu/en/medicines/human/EPAR/ozempic

European Medicines Agency. (s. f.). Wegovy: *EPAR — medicine overview.* https://www.ema.europa.eu/en/medicines/human/EPAR/wegovy

REFERENCIAS DEL CAPÍTULO 6

Fortunato, L., Gullo, S., Muscolino, A., La Tona, A., Rodgers, R. F., & Lo Coco, G. (2026). Relation between social media use and body image concerns and disordered eating in adolescence: A systematic review and meta-analysis. *Adolescent Research Review*, 11, 433–453. https://doi.org/10.1007/s40894-026-00285-7

Hyrnik, J., Zasada, I., Wilczyński, K. M., Jelonek, I., & Janas-Kozik, M. (2021). *Orthorexia—Current approach: A review. Psychiatria Polska,* 55(2), 405–420. https://doi.org/10.12740/PP/115149

Jassi, A., Rautio, D., Jobse, H., Alaeus, J., Fernández de la Cruz, L., Mataix-Cols, D., & Krebs, Mataix-Cols, D., & Krebs, G. (2026). Body dysmorphic disorder in autistic youth: Clinical characteristics, treatment outcomes, and clinical adaptations. *European Child & Adolescent Psychiatry.* Advance online publication. https://doi.org/10.1007/s00787-026-03166-5

Keshen, A., Koning, E., Allison, K. C., Amaro, A., Bartel, S., Belliveau, P., Boniferro, L., Brar, S., Butalia, S., Bulik, C. M., Chao, A. M., Couturier, J., Dennis, K., Dixon, L., El-Ziftawi, D., Gao, C., Gamberg, S., Goldstone, A. P., Dalle Grave, R., . . . Wnuk, S. (2026). Consensus-based clinical and research recommendations for use of glucagon-like peptide-1 receptor agonists in the context of eating disorders: A modified Delphi study. *World Psychiatry*, 25(3), 465–474. https://doi.org/10.1002/wps.70096

Merino Martínez, M., & Gámez Martínez, S. (s. f.). *Formación sobre conducta alimentaria e imagen corporal en personas autistas* [Transcripción de una formación impartida en AETAPI; material no publicado].

National Institute for Health and Care Excellence. (2005). *Obsessive-compulsive disorder compulsive disorder and body dysmorphic disorder: Treatment* (CG31). https://www.nice.org.uk/guidance/cg31

Sarda, E., El-Jor, C., Shankland, R., Hallez, Q., Patiram, D., Nguyen, C., Duflos, N., Durand, Y., Del Pozo, G., Ezan, P., Dechelotte, P., Rodgers, R., & Flaudias, V. (2025). Social media use and roles of self-objectification, self-compassion and body image concerns: A systematic review. *Journal of Eating Disorders*, 13, 192. https://doi.org/10.1186/s40337-025-01353-4

Stefana, A., & Damiani, G. (2026). Cosmeticorexia: What it is, where it comes from, and comes from, and why it matters. *Dermatology and Therapy*, 16(3), 1445–1449. https://doi.org/10.1007/s13555-026-01685-2

Hallen, R., Evers, K., Brewaeys, K., Van den Noortgate, W., & Wagemans, J. (2015). Global processing takes time: A meta-analysis on local-global visual processing in ASD. *Psychological Bulletin, 141*(3), 549–573. https://doi.org/10.1037/bul0000004

07 FAMILIAS Y TRASTORNOS ALIMENTARIOS EN PERSONAS AUTISTAS

«Por muchas batallas privadas que mi madre y yo librásemos, nadie de fuera sobreviviría si atacaba a cualquiera de las dos».

— Wang (2026), New Skin.

«Yeonghye había sido para ella alguien a quien debía cuidar continuamente».

Kang, H. (2024). La vegetariana (S. Yoon, trad.). Random House.



La familia puede ser una fuente esencial de seguridad, comprensión y continuidad durante la recuperación de un trastorno de la conducta alimentaria (TCA). Pero también puede sentirse desbordada, en el fragmento que precede a este capítulo de la vegetariana se narra como a medida que se agrava el deterioro físico y psicológico de Yeonghye, In-hye experimenta una mezcla de preocupación, agotamiento, culpa e impotencia ante la dificultad de comprender y aliviar el sufrimiento de su hermana y revela la carga emocional de las familias, la responsabilidad del cuidado y los límites de la ayuda cuando una persona rechaza la alimentación o determinadas intervenciones.

La comida, que antes organizaba encuentros cotidianos, puede convertirse en un momento de preocupación; los cambios en las rutinas pueden provocar incertidumbre, y las personas cuidadoras pueden alternar miedo, cansancio, impotencia y deseos urgentes de solucionar el problema. Cuando la persona afectada es autista, a estas dificultades pueden sumarse necesidades sensoriales, de comunicación, interocepción o predictibilidad que requieren respuestas más personalizadas, y cuando además es padre o madre la conducta alimentaria puede interferir notablemente en sus pautas de crianza, su salud y el modelado dentro del contexto familiar.

Estos trastornos son multifactoriales y se relacionan con factores biológicos, psicológicos, sociales y contextuales. Reconocer que ciertos comportamientos familiares pueden contribuir a mantener o aliviar dificultades no significa atribuir responsabilidades ni juzgar la crianza. El propósito de este capítulo es ofrecer herramientas realistas para comprender, acompañar, pedir ayuda y proteger la convivencia, sin exigir que todos los miembros de la familia coman, sientan o se comuniquen de la misma manera.

A lo largo del capítulo, «familia» incluye madres, padres, hermanos y hermanas, abuelos, parejas, familias de acogida y otras personas significativas. El papel de cada una dependerá de la edad, la autonomía y las preferencias de la persona autista, además de su situación clínica. Las propuestas no sustituyen un plan individual de tratamiento ni autorizan a modificar por cuenta propia las indicaciones médicas o nutricionales.

7.1. COMPRENDER ANTES DE INTERVENIR: LA FAMILIA COMO APOYO, NO COMO CULPABLE



Los TCA no son una cuestión de falta de voluntad ni se resuelven mediante discusiones sobre cuánto debe comer alguien. Pueden producir cambios profundos en el pensamiento, la regulación emocional, las relaciones y la salud física.

En el autismo, además, es necesario distinguir las dificultades alimentarias de larga trayectoria —por ejemplo, una aversión intensa a ciertas texturas— de conductas más recientes que expresan miedo al peso, reglas restrictivas, atracones, purgas u otras alteraciones clínicas. Ambos tipos de dificultades pueden coexistir.

La familia suele ser quien detecta primero los cambios: reducción de alimentos previamente aceptados, evitación de comidas compartidas, secretismo, incremento de la preocupación por el cuerpo, rituales nuevos, ejercicio compensatorio o deterioro del bienestar.

A veces las señales son difíciles de reconocer porque se confunden con rasgos que ya estaban presentes desde la infancia. Por eso conviene observar **qué ha cambiado respecto a la historia habitual**, qué repercusiones tiene y si aparecen riesgos médicos o una creciente pérdida de libertad.

En un primer momento, el objetivo familiar no consiste en demostrar quién tiene razón. Consiste en abrir un espacio para comprender el malestar, valorar si hay riesgo y facilitar una evaluación profesional. Si la persona no quiere acudir a consulta, los familiares pueden solicitar orientación especializada para aprender a conversar y organizar el apoyo, sin convertir esa primera consulta en una amenaza.

La familia puede contribuir especialmente en cuatro tareas: **observar** cambios sin vigilar de manera invasiva; **acompañar** con empatía y límites claros; **adaptar** los entornos a las necesidades reales; y **coordinarse** con profesionales para mantener un plan coherente. La proporción entre apoyo y autonomía cambia con la edad, el tipo de TCA y el momento de recuperación.

7.2. ACOMPAÑAR A QUIENES CUIDAN: EMOCIONES, DESCANSO Y RED DE APOYO

La preocupación sostenida por la salud de un ser querido puede generar agotamiento, conflictos de pareja, dificultades laborales, sentimientos de culpa y aislamiento. Algunas familias acaban organizando toda su vida alrededor de las comidas o de la evitación de situaciones temidas. Comprender el sufrimiento de la persona con TCA no exige que sus familiares renuncien indefinidamente al descanso, la intimidad o las necesidades de otros miembros de la casa.

Resulta útil ofrecer a las familias información comprensible sobre el trastorno y su evolución, además de espacios propios para expresar dudas y emociones. Los grupos de apoyo, la psicoeducación y, cuando sea necesario, la atención psicológica para personas cuidadoras pueden reducir la sensación de aislamiento y mejorar la capacidad de sostener las recomendaciones terapéuticas.

Cuidarse es parte del acompañamiento. Conviene distribuir tareas —compra, cocina, desplazamientos, citas, comunicación con el centro educativo— y establecer turnos para que nadie adquiera toda la responsabilidad. También puede ser necesario planificar apoyos externos para el cuidado de hermanos o hijos, tareas domésticas o dificultades económicas. La calidad del apoyo depende tanto de la buena voluntad como de disponer de recursos y de un entorno razonablemente sostenible.

Los hermanos y hermanas deben recibir explicaciones adecuadas a su edad y tener espacio para expresar sus propios sentimientos.

No conviene convertirlos en vigilantes de la comida o del aspecto, responsables de impedir purgas ni mediadores permanentes en los conflictos. En personas adultas, la pareja, las amistades o los convivientes pueden participar en el proceso con autorización de la persona afectada, sin sustituir su voz ni sus decisiones.



7.3. COMUNICAR SIN CULPABILIZAR: ESCUCHAR, VALIDAR Y SOSTENER ACUERDOS

Las conversaciones delicadas funcionan mejor fuera de la mesa y lejos de un momento de máxima ansiedad. Es preferible hablar a solas, con tiempo, desde hechos concretos y con una actitud de curiosidad: «He observado que últimamente comer fuera te cuesta mucho más y me preocupa cómo lo estás pasando. ¿Qué es lo más difícil?». Un comentario de este tipo abre el diálogo sin presuponer que la persona miente o se comporta así para provocar.

Validar una emoción no equivale a reforzar una conducta de riesgo. Podemos reconocer que comer un alimento produce miedo, rechazo sensorial o vergüenza y, al mismo tiempo, explicar que la salud necesita atención. El lenguaje debe ser directo, comprensible y no ambiguo, sobre todo si la persona interpreta literalmente las expresiones, necesita tiempo para responder o utiliza comunicación aumentativa y alternativa. Las preguntas específicas suelen ayudar más que «¿qué te pasa?»; por ejemplo: «¿Te molesta el olor, la textura, el cambio de marca o te preocupa lo que ocurrirá después de comer?», «¿Cómo te estás sintiendo, últimamente siento que hay cambios y pienso que puede estar pasando algo?, Sabes que puedes contar conmigo siempre para lo que necesites».

En situaciones de desregulación es mejor reducir demandas verbales, evitar discusiones. Especialmente centradas en cuerpo o comida y ofrecer un modo de recuperar la calma.

Pueden pactarse señales sencillas para pedir una pausa, un espacio tranquilo o el acompañamiento de alguien concreto. Después, cuando haya disminuido el malestar, será más fácil revisar lo sucedido y pensar soluciones. No se debe exigir contacto visual, una explicación inmediata ni que la persona se calme mediante estrategias que resulten sensorialmente desagradables.

La privacidad es importante. Evitar conversaciones sobre la alimentación, el peso o el diagnóstico delante de visitas, otros familiares o amistades reduce la vergüenza. Tampoco suele ayudar revisar dispositivos a escondidas, realizar interrogatorios o exponer los síntomas públicamente. Cuando exista riesgo grave, el deber de proteger la salud exige consultar con profesionales y actuar de forma proporcionada, explicando los pasos siempre que sea posible.

Expresiones que suelen ayudar

- «No tienes que explicarlo todo ahora. Podemos hablarlo por escrito o cuando estemos más tranquilos».
- «Sé que esta comida te genera mucho malestar. Vamos a seguir el plan acordado con el equipo y buscar cómo hacer el entorno más llevadero» .
- «Me importa cómo te encuentras y qué apoyo necesitas».
- «Antes de la celebración, podemos decidir juntos dónde sentarte, cuánto tiempo quedarnos y cómo pedir una pausa».

Expresiones que conviene evitar

- «Si quisieras, comerías», «son manías», «no hagas un drama» o «me estás haciendo sufrir».
- «Qué bien, has adelgazado», «te veo fenomenal porque has engordado» o comentarios de admiración sobre cuerpos ajenos.

- «Hoy te lo has ganado; mañana compensamos» o convertir la actividad física en castigo por comer.
- «Prueba esto por mí», «si lo comes te doy un premio» o cualquier presión para superar una aversión sensorial durante un evento social.

7.4. EL EJEMPLO DE LAS PERSONAS ADULTAS: APRENDER UNA RELACIÓN MENOS RÍGIDA CON LA COMIDA Y EL CUERPO

Las personas adultas transmiten mensajes no solo con lo que dicen, sino también con lo que hacen. Los niños, niñas y adolescentes pueden observar cómo se habla del cuerpo, qué lugar ocupan las dietas en las conversaciones, si la actividad física se presenta como disfrute o como compensación, o si ciertos alimentos se describen como una falta moral. Este modelado influye, pero no determina por sí solo la aparición de un TCA.

Cuidar el lenguaje corporal y alimentario.

Es recomendable evitar comentarios despectivos sobre el propio cuerpo, burlas sobre otros cuerpos, elogios centrados en el adelgazamiento y etiquetas morales del tipo «comida buena» o «comida mala». Puede hablarse de nutrición, preferencias y necesidades de salud sin atribuir valor personal al peso o a la forma de comer.

Mostrar flexibilidad posible, no perfección.

Si una persona adulta cambia un horario, necesita un alimento conocido, reconoce que algo no le gusta o pide descanso, puede hacerlo sin culpa ni dramatización. El modelo útil no es comer absolutamente de todo, sino poder escuchar el cuerpo, respetar diferencias y adaptarse con ayuda cuando hace falta. Si la propia persona adulta tiene un repertorio alimentario sensorialmente restringido, tampoco debe fingir que esa necesidad no existe.

No utilizar la comida como premio, castigo o moneda afectiva.

Asociar una comida muy deseada exclusivamente a obedecer, soportar situaciones sociales o «portarse bien» puede complicar el aprendizaje de señales internas y la relación con el alimento. Conviene buscar formas diversas de reconocimiento, afecto y regulación que no dependan exclusivamente de la comida.

Transmitir una mirada amplia sobre el cuerpo.

Hablar del cuerpo también es reconocer sus funciones —caminar, descansar, sentir, jugar, bailar o abrazar cuando la persona lo desea— y permitir distintas formas de vestirse y presentarse. El objetivo no es exigir una autoestima corporal siempre positiva, sino practicar respeto y neutralidad corporal. También resulta útil hablar críticamente de filtros, comparaciones, publicidad de dietas y mensajes de «cuerpos perfectos» en redes sociales.

Compartir comidas compatibles con las necesidades familiares.

Cuando sea posible, disponer de momentos de mesa tranquilos y predecibles puede favorecer el vínculo. No es imprescindible que todas las personas coman exactamente el mismo plato o la misma textura; sí conviene que las adaptaciones sean compatibles con las recomendaciones clínicas y que no establezcan una jerarquía entre quienes comen de una manera u otra.

7.5. FAMILIAS NEURODIVERSAS: RECONOCER LAS NECESIDADES DE MADRES, PADRES Y OTRAS PERSONAS CUIDADORAS

Dentro de una misma familia puede haber varias personas autistas, personas con TDAH u otras formas de neurodivergencia, con diagnósticos identificados o sin ellos.

7.5. FAMILIAS NEURODIVERSAS: RECONOCER LAS NECESIDADES DE MADRES, PADRES Y OTRAS PERSONAS CUIDADORAS

También pueden existir diferencias sensoriales, dificultades de planificación, necesidades de rutina, hiperfoco, impulsividad o estilos de comunicación muy distintos. Estas características no son defectos parentales: forman parte de la diversidad humana y pueden aportar fortalezas, como conocimiento compartido, sensibilidad ante ciertos estímulos, perseverancia y capacidad de crear apoyos visuales o rutinas consistentes.

No obstante, las necesidades de dos personas autistas pueden no coincidir. Una madre puede necesitar horarios de comida muy exactos mientras su hijo requiere pequeñas modificaciones para disminuir el malestar.

Un padre puede tolerar peor el ruido durante la cena, mientras otra persona de la familia se regula hablando o moviéndose. Acompañar requiere negociar esas diferencias, no imponer que todas las personas se adapten a un único perfil. También se puede dar la circunstancia de padres o madres autistas que tengan ellos mismos una historia de trastorno de conducta alimentaria y requieren ciertos apoyos para identificar y mantener una nutrición saludable con todo el contexto familiar, en este sentido las intervenciones de apoyo a los padres y madres autistas, apoyos comunitarios, trabajo con equipos multidisciplinares y revisión de todo el sistema son fundamentales.

Antes de recomendar a una familia que mantenga una planificación compleja, lleve numerosos registros o afronte reuniones terapéuticas extensas, conviene preguntar qué apoyos son realmente sostenibles. Para algunas personas cuidadoras son útiles los acuerdos por escrito, calendarios visuales, recordatorios en el móvil, listas de compra, un esquema sencillo de las comidas y mensajes claros entre profesionales. Otras necesitarán descansos sensoriales, atención individual, reuniones breves o la presencia de una persona de confianza que ayude a organizar la información o trabaje en el contexto natural apoyando las comidas.

Si una persona cuidadora también presenta dificultades interoceptivas o no percibe bien el hambre y la saciedad, es posible que no detecte ciertas señales de la persona a la que acompaña.

Esto no indica desinterés. Puede ser necesario utilizar apoyos externos para la organización o contar con información nutricional profesional clara. Cuando existe TDAH, por ejemplo, compartir responsabilidades y externalizar recordatorios puede prevenir omisiones relacionadas con la carga ejecutiva.

Una evaluación familiar respetuosa pregunta «¿qué apoyos necesita cada persona?» en lugar de «¿quién está fallando?». El equipo asistencial debería tener en cuenta las necesidades de comunicación y procesamiento de las personas cuidadoras, no solo las de la persona diagnosticada.

7.6. CUANDO LOS PADRES O CUIDADORES TIENEN ANTECEDENTES DE ALTERACIONES ALIMENTARIAS



En algunas familias existen antecedentes de anorexia nerviosa, bulimia, trastorno por atracón, dificultades evitativas de la alimentación, dietas repetidas, alimentación emocional o insatisfacción corporal persistente. También puede haber historias de inseguridad alimentaria, experiencias negativas durante las comidas o restricciones dietéticas médicamente justificadas.

Estos antecedentes pueden influir en el clima emocional y en los recursos disponibles, pero **no predeterminan que un hijo o hija desarrolle un TCA ni convierten al progenitor en responsable del problema.**

Las investigaciones indican que los TCA pueden agruparse dentro de las familias por una combinación de factores compartidos.

El mecanismo no es único ni puede reducirse a «copiar» lo que hace una madre o un padre.

7.6. CUANDO LOS PADRES O CUIDADORES TIENEN ANTECEDENTES DE ALTERACIONES ALIMENTARIAS

Precisamente por eso, preguntar con sensibilidad por las experiencias alimentarias de las personas cuidadoras puede abrir oportunidades de apoyo y prevención, sin culpabilizarlas.

Puede ser útil que la persona adulta se pregunte, con ayuda profesional si lo necesita: «¿Me cuesta sentarme a comer cuando alguien me observa?», «¿Suelo comentar mi peso delante de mis hijos?», «¿Me genera mucho miedo que un alimento no sea “saludable”?», «¿Intento tranquilizar mi preocupación controlando lo que comen los demás?», «¿Me recuerda esta situación a experiencias difíciles de mi propia historia?». No se trata de una prueba diagnóstica, sino de una invitación a reconocer patrones que pueden influir en el acompañamiento.

Si un cuidador tiene un TCA activo, necesita atención para sí mismo además de orientación sobre crianza o apoyo a la persona afectada. No es necesario alcanzar una relación perfecta con la comida antes de poder ayudar, pero sí puede resultar importante reducir conversaciones de dieta, pesajes públicos, compensaciones mediante ejercicio y prácticas rígidas que aumenten el malestar en casa. El equipo puede acordar estrategias realistas para compartir comidas y organizar la recuperación de ambos, respetando la confidencialidad.

Cuando la persona adulta tiene una historia de selectividad o sensibilidad sensorial, conviene no imponerle exposiciones alimentarias para «dar ejemplo». El modelado saludable puede consistir en aceptar sus propios límites, expresar preferencias sin vergüenza y mostrar cómo se solicitan adaptaciones.

En cambio, si existe un patrón de restricción motivado por peso, forma corporal o miedo a engordar, debe abordarse clínicamente como un fenómeno distinto.

7.7. DIFERENCIAR NECESIDADES DEL AUTISMO Y COMPORTAMIENTOS DEL TCA

Una de las tareas más complejas para familiares y profesionales es no atribuir todas las dificultades a una sola causa. Una persona puede rechazar una salsa por su textura desde la primera infancia y, años después, empezar a evitar también alimentos antes aceptados por miedo a subir de peso. Otra puede necesitar comer con los mismos cubiertos sin que eso represente un problema clínico. En cambio, una regla nueva que obliga a saltarse comidas, provoca pérdida de peso o impide toda participación social merece evaluación.

La pregunta orientadora es **qué función cumple la conducta y qué impacto tiene:** ¿reduce una sobrecarga sensorial?, ¿evita el miedo a vomitar?, ¿responde a un temor a engordar?, ¿se relaciona con angustia y pérdida de control?, ¿apareció antes o después del problema alimentario? Conviene considerar también dolor, estreñimiento, reflujo, alergias y dificultades de masticación o deglución, sin atribuir automáticamente síntomas físicos a la ansiedad.

ARFID o evitación/restricción con repercusión clínica. Puede ser crucial mantener algunos alimentos seguros, respetar los apoyos sensoriales y ampliar de forma gradual el repertorio mediante un plan profesional. No resulta adecuado convertir una fiesta en una sesión improvisada de exposición. Al mismo tiempo, la aceptación de unos pocos alimentos no exime de valorar déficits nutricionales o interferencia funcional.

Anorexia nerviosa. La estructura de las comidas y las indicaciones del equipo tienen prioridad sanitaria. Las adaptaciones sensoriales —ambiente tranquilo, utensilios tolerables, comunicación anticipada— pueden facilitar el cumplimiento sin reforzar reglas del TCA que buscan evitar energía o impedir la recuperación nutricional. La supervisión de la alimentación, cuando esté indicada, corresponde a un plan clínico, no a una lucha de poder.

Bulimia nerviosa. La familia puede colaborar en una organización regular de la alimentación y acordar apoyos después de las comidas para reducir el riesgo de purga, siempre de manera respetuosa y siguiendo el tratamiento. La vergüenza y el secreto requieren especial cuidado en la comunicación.

Trastorno por atracón. Evitar dietas punitivas y comentarios centrados en el peso ayuda a no agravar ciclos de restricción, culpa y atracón. El objetivo es reconocer la pérdida de control y el malestar, facilitar una alimentación regular y apoyar el tratamiento, no vigilar o restringir el acceso a comida sin orientación clínica.

7.8. PAUTAS GENERALES PARA LAS COMIDAS EN CASA

Las comidas pueden generar tensión tanto por el alimento en sí como por el ruido, las conversaciones, la iluminación, las preguntas repetidas o el temor a ser observado. El apoyo más útil combina una estructura suficiente para cuidar la salud con flexibilidad sensorial y respeto a la autonomía.

Antes de comer

Acordar con el equipo, cuando exista un TCA, qué objetivos y qué margen de adaptación son adecuados para ese momento del tratamiento. Los ajustes no deben contradecir una pauta médica o nutricional indicada.

Informar con antelación del horario aproximado, el lugar, las personas que estarán presentes y el menú o las opciones posibles. Para algunas personas ayuda disponer de un menú por escrito o una fotografía del plato.

Revisar factores sensoriales: olores, temperatura, mezcla de texturas, utensilios, asiento, iluminación y ruidos. Cuando sea necesario, facilitar un entorno más tranquilo o alimentos de presentación compatible con el plan.

Reducir las discusiones sobre comida y el cuerpo antes de sentarse. Si hay desacuerdos entre adultos, resolverlos fuera de la mesa y transmitir un mensaje coherente.

Durante la comida

Mantener un tono sereno y utilizar indicaciones concretas, breves y previsibles. Evitar sermones, amenazas, chantajes, premios por comer o comparaciones con hermanos.

No comentar cantidades, calorías, peso ni la apariencia de otras personas. Si la conversación se centra inevitablemente en esos temas, cambiar a asuntos cotidianos que resulten cómodos.

Permitir apoyos sensoriales y comunicativos cuando no interfieran con la seguridad ni con los objetivos clínicos: un asiento estable, un cubierto conocido, una pausa acordada o una forma alternativa de responder.

Si aparece angustia intensa, seguir el plan de actuación previamente pactado con el equipo. En situaciones de riesgo nutricional, «no presionar» no significa renunciar a asegurar la atención sanitaria y la alimentación necesaria.

Después de comer

Evitar interrogatorios sobre cuánto se ha ingerido o cómo se ha sentido cada bocado. Proponer actividades de baja exigencia y conexión social, como conversar sobre un interés, jugar, leer o ver una película.

Si hay riesgo de vómitos autoinducidos, ejercicio compensatorio u otras conductas, mantener los apoyos de supervisión y acompañamiento que se hayan acordado clínicamente, preservando la dignidad y la privacidad.

Reservar la revisión de problemas para otro momento. Un registro clínico puede ser útil cuando está indicado, pero no debe transformarse en vigilancia exhaustiva ni hacerse público ante toda la familia.

7.9. MOMENTOS ESPECIALMENTE SENSIBLES: VACACIONES, NAVIDADES Y ENCUENTROS FAMILIARES

Las vacaciones, los cumpleaños, las Navidades, las bodas o las visitas a otras casas combinan varios factores de estrés: horarios irregulares, comidas desconocidas, más personas, cambios de espacio, ruido, luces, expectativas de «probar de todo» y comentarios sobre el cuerpo. Para una persona autista con TCA, estas condiciones pueden actuar de forma simultánea. Incluso una celebración agradable puede ser muy exigente desde el punto de vista sensorial, emocional y social.

La preparación debe ser proporcional: no se trata de organizar cada detalle de manera rígida ni de cancelar todas las reuniones, sino de anticipar lo importante, disponer de alternativas y proteger los objetivos del tratamiento. La participación social no debería medirse por la cantidad de alimentos probados ni por el tiempo permanecido en una sobremesa.



Navidad y comidas con la familia extensa

Antes de una comida especial, conviene conocer el horario, el lugar, quién cocinará, los platos previstos y los cambios respecto a las rutinas habituales. Puede acordarse qué adaptaciones son necesarias y quién será la persona de referencia si aparece malestar. Si existe ARFID o una selectividad sensorial significativa, es razonable valorar la disponibilidad de alimentos conocidos; si existe anorexia u otra restricción clínica, el menú y la suficiencia nutricional deben estar alineados con el equipo tratante.

Es recomendable hablar discretamente con las personas anfitrionas para pedir que no comenten el peso, el aspecto físico, las cantidades, las dietas o la obligación de probar recetas. No hace falta compartir detalles diagnósticos sin consentimiento: puede bastar con explicar que «necesitamos una comida sin comentarios ni presiones y un lugar tranquilo para descansar». Se puede permitir un saludo sin abrazos, usar auriculares o salir antes de que termine la celebración.

Durante la reunión conviene disponer de un lugar con baja estimulación, prever un tiempo de pausa y acordar una señal de ayuda. Si aparecen preguntas invasivas («¿Por qué comes tan poco?», «¿No quieres engordar?»), una persona adulta puede responder con firmeza y brevedad: «Preferimos no hablar de cantidades ni de cuerpos en la mesa. Gracias por respetarlo». Tras la comida, puede facilitarse una actividad compartida no centrada en la alimentación.

Vacaciones y viajes

En viajes y periodos sin colegio o trabajo conviene preservar algunas referencias: franjas aproximadas para comer y descansar, productos conocidos cuando hagan falta, un plan básico del día y tiempo de recuperación sensorial.

Si se va a un hotel, restaurante o casa ajena, se puede consultar el menú y las condiciones del comedor antes de llegar, explicar adaptaciones necesarias o llevar un recurso alimentario permitido y seguro.
Es útil anticipar fotografías del lugar, tiempo de desplazamiento, personas presentes y cambios previstos. Conviene preparar un plan B para retrasos, cancelaciones o falta de un alimento conocido. Los días sin estructura no deberían convertirse en saltos prolongados de comidas ni en una exigencia de flexibilidad repentina. En recuperación de un TCA, cualquier modificación relevante del plan alimentario debe revisarse con profesionales

Cumpleaños, restaurantes, excursiones y exposición social

En un cumpleaños, el objetivo puede ser compartir una actividad con otras personas aunque no se coma lo mismo que ellas. En un restaurante, consultar el menú por adelantado, elegir un sitio con menos ruido, pactar una hora de salida y avisar de necesidades de accesibilidad puede reducir el esfuerzo. Para adolescentes que temen comentarios corporales o se sienten observados, resulta útil pactar una respuesta breve y una persona aliada, sin forzar a revelar su diagnóstico.

Las excursiones escolares, campamentos y comidas en centros educativos exigen coordinación previa. Conviene acordar quién ofrece apoyo, cómo se manejan los cambios de menú y qué hacer si aparece una dificultad, evitando que la persona quede señalada delante del grupo.

Las celebraciones religiosas y culturales también merecen atención individual: no se deben imponer ayunos ni restricciones en una persona con TCA; cualquier adaptación debe abordarse respetando su cultura y las indicaciones clínicas.

Antes, durante y después: tres preguntas útiles

Antes
¿Qué va a cambiar, qué apoyo necesita y qué parte del plan alimentario o de tratamiento debemos proteger?

Durante
¿Puede pedir una pausa, acceder a un lugar de calma y contar con alguien que intervenga ante comentarios o presiones?

Después
¿Qué ha funcionado, qué ha resultado difícil y qué modificaremos en la siguiente ocasión sin convertirlo en un juicio personal?

7.10. CONVIVIR CON LA FAMILIA EXTENSA: LÍMITES, PRIVACIDAD Y EXPECTATIVAS REALISTAS

Abuelos, tíos, amistades u otras personas cercanas pueden actuar con buena intención y, aun así, añadir presión mediante preguntas o comentarios sobre la comida. A menudo desconocen las necesidades sensoriales del autismo o interpretan los límites alimentarios como una falta de educación. Preparar un mensaje breve y respetuoso antes de la visita suele ser más eficaz que intentar explicar el problema delante de la persona afectada.

La familia nuclear puede pedir tres acuerdos: **no comentar cuerpos ni platos ajenos; no insistir para que se prueben alimentos; y respetar los tiempos de pausa y las salidas acordadas.** Si aparece una observación desafortunada, una persona de referencia puede intervenir sin convertir el momento en un debate público: «En nuestra familia estamos trabajando este tema con profesionales y no hacemos comentarios sobre lo que come cada uno».

La confidencialidad importa especialmente en adolescentes y personas adultas. Las decisiones sobre qué comunicar deben tomarse con su participación siempre que sea posible, teniendo en cuenta seguridad, capacidad de decisión y circunstancias legales. Las familias no tienen obligación de dar explicaciones diagnósticas a cada invitado para solicitar un entorno respetuoso.

7.11. CUATRO SITUACIONES ILUSTRATIVAS Y POSIBLES RESPUESTAS FAMILIARES

Los siguientes casos son ficticios y muestran decisiones de apoyo posibles. No sustituyen la valoración individual ni representan a todas las personas autistas

Caso 1. Una comida de Navidad con alimentos desconocidosistas.

7.11. CUATRO SITUACIONES ILUSTRATIVAS Y POSIBLES RESPUESTAS FAMILIARES

Lucía, de 14 años, es autista y presenta un trastorno por evitación/restricción de la ingesta de alimentos. En Nochebuena, sus familiares esperan que pruebe varios platos tradicionales. La mezcla de olores, la conversación elevada y la presentación de alimentos nuevos le generan náuseas y ansiedad.

La familia había anticipado el encuentro y consulta el plan nutricional con su equipo. Acuerdan que habrá una opción alimentaria conocida, que nadie comentará su plato y que podrá descansar en otra habitación si lo necesita.
Qué ayuda: proteger la ingesta suficiente y los apoyos sensoriales, evitar exposiciones improvisadas y permitir la participación en la reunión sin convertir la comida en una prueba social. Qué no ayuda: decirle que «por ser Navidad puede hacer un esfuerzo» o interpretar su rechazo como un capricho.

Qué ayuda:
proteger la ingesta suficiente y los apoyos sensoriales, evitar exposiciones improvisadas y permitir la participación en la reunión sin convertir la comida en una prueba social.

Qué no ayuda:
decirle que «por ser Navidad puede hacer un esfuerzo» o interpretar su rechazo como un capricho.

Caso 2. Una adolescente en recuperación de anorexia durante un viaje

Nerea, de 16 años, está siguiendo tratamiento por anorexia nerviosa. Su familia viajará una semana y teme que los cambios de horario afecten a las comidas. Antes de salir, revisan con el equipo las necesidades del plan alimentario y los pasos a seguir si hay retrasos.

Preparan horarios orientativos y eligen restaurantes que permitan cumplir el plan, sin limitar todas las vacaciones a la comida. Nerea participa en decisiones sobre actividades, descansos y formas de recibir apoyo.

Qué ayuda:
combinar estabilidad nutricional con autonomía progresiva y adaptaciones sensoriales.

Qué no ayuda:
convertir las vacaciones en una semana de «comer libremente» sin plan, ni en una vigilancia constante de su cuerpo.

Caso 3. Un padre con antecedentes de dietas restrictivas

Marcos acompaña a su hijo autista, que presenta episodios de atracón. Marcos lleva años alternando dietas y periodos de culpa por comer determinados alimentos. Durante la cena suele hablar de alimentos prohibidos y compensaciones. En consulta identifica que esos mensajes aumentan la tensión familiar y decide solicitar apoyo para su propia relación con la comida. La familia ensaya una comunicación más neutral, establece una organización estable de las comidas y deja de comentar el peso de sus integrantes.

Qué ayuda:
trabajar los patrones adultos sin culpabilizar, favorecer la regularidad alimentaria y evitar dietas de castigo.

Qué no ayuda:
interpretar los atracones como falta de disciplina o imponer la misma dieta restrictiva a toda la familia.

Caso 4. Una madre autista ante una celebración ruidosa

Ana es una madre autista cuya hija de 12 años también es autista y está en tratamiento por un TCA. Las fiestas multitudinarias sobrecargan a ambas, aunque por motivos diferentes. Ana suele necesitar silencio y planificación minuciosa; su hija, además, se angustia con los cambios de plato y con preguntas de familiares.

En vez de exigir que una de las dos soporte la situación, negocian un tiempo limitado de visita, acuerdan una habitación tranquila y distribuyen tareas con otro adulto que puede intervenir cuando Ana necesite una pausa.

Qué ayuda:
reconocer las necesidades de ambas y repartir responsabilidades.

Qué no ayuda:
exigir a Ana que «sea flexible por su hija» sin darle los apoyos que necesita para acompañarla.

7.12. CUÁNDO SOLICITAR AYUDA Y QUÉ HACER ANTE SEÑALES DE RIESGO

Conviene consultar con profesionales especializados ante una restricción progresiva de la alimentación, pérdida de peso o crecimiento insuficiente, dependencia creciente de suplementos, episodios repetidos de atracones, purgas, ejercicio compensatorio, miedo intenso a comer, aislamiento creciente o sufrimiento marcado alrededor del cuerpo y la comida. **El peso corporal por sí solo no determina la gravedad:** una persona puede tener déficits nutricionales, alteraciones electrolíticas o un importante deterioro psicológico sin presentar un peso aparentemente bajo.

La valoración inicial puede realizarse desde atención primaria o pediatría, con derivación a un equipo especializado en TCA cuando corresponda o un profesional especializado en autismo con formación en TCA. En personas autistas es importante que la evaluación contemple también la historia de alimentación, diferencias sensoriales, salud digestiva y oral, comunicación, interocepción y apoyos necesarios. La familia puede llevar observaciones concretas de los cambios, evitando interpretaciones moralizantes o especulaciones sobre las intenciones de la persona.

Se requiere **atención sanitaria urgente** cuando existen desmayos, dolor torácico, palpitaciones, debilidad intensa, signos de deshidratación, incapacidad para mantener una ingesta suficiente, purgas repetidas con mal estado general, confusión importante, autolesiones o ideas suicidas. Ante un riesgo inmediato, debe acudirse a urgencias o contactar con los servicios de emergencia (112 en España). No debe intentarse corregir una desnutrición importante mediante cambios bruscos de alimentación sin supervisión profesional.

Cuando existe tratamiento, conviene que las familias tengan por escrito a quién contactar, qué señales requieren una llamada y qué hacer en fines de semana, viajes o festivos. En personas adultas, el intercambio de información con familiares debe respetar su capacidad de decisión y consentimiento, salvo las excepciones justificadas por seguridad y por el marco legal aplicable.

7.13. UN PLAN FAMILIAR BREVE PARA MOMENTOS SENSIBLES

Un acuerdo sencillo, elaborado junto a la persona autista y, cuando sea necesario, con el equipo clínico, puede ser más útil que una lista extensa de normas. Debe revisarse y adaptarse; no es un contrato de obediencia ni un instrumento para controlar cada gesto.

Plan de apoyo para una celebración o viaje

- Situación y fecha: lugar, duración prevista y personas presentes.
- Aspectos que pueden generar malestar: cambios de horario, olores, alimentos, ruido, contacto físico, comentarios, exposición social o miedo a conductas del TCA.

7.13. UN PLAN FAMILIAR BREVE PARA MOMENTOS SENSIBLES

- Elementos que necesitamos mantener: indicaciones clínicas, horarios de alimentación, descanso, tratamientos, objetos conocidos y formas de comunicación.

- Adaptaciones acordadas: menú o presentación, sitio para sentarse, auriculares, espacio tranquilo, tiempo de permanencia y alternativa si cambia el plan.

- Persona de referencia y señal de ayuda: quién acompaña, cómo se solicita una pausa y qué hacer si alguien hace comentarios invasivos.

- Plan ante dificultades: qué respuesta se ha pactado con el equipo y a quién consultar si aparecen síntomas físicos o conductas de riesgo.

- Revisión posterior: un aspecto que ayudó, otro que conviene cambiar y una decisión para la próxima ocasión.

La recuperación no consiste en que la persona autista deje de necesitar apoyos, ni en que su familia alcance una convivencia perfecta. Consiste en reducir las conductas que ponen en riesgo la salud, ampliar la participación y el bienestar, fortalecer la autonomía posible y construir relaciones en las que las necesidades se puedan comunicar sin miedo. Las familias merecen información, escucha y acompañamiento profesional para recorrer ese proceso.

REFERENCIAS DEL CAPÍTULO 7

Beat Eating Disorders. (s. f.). *Supporting someone with an eating disorder during celebrations.* https://www.beateatingdisorders.org.uk/get-information-and-support/support-someone-else/supporting-someone-with-an-eating-disorder-during-celebrations/

Calvo Sagardoy, R., Puente, R., & Vilariño, P. (2016). *Trastornos de la conducta alimentaria: Cómo actuar desde la familia.* Comunidad de Madrid. (Obra original publicada en 2008).

Duffy, F., Baldoza, S. M., Baudinet, J., Birch, I., Broadhurst, E., Dimitropoulos, G., Ellison, C., Gillespie-Smith, K., Loomes, R., Malik, U., Maloney, E., Small, L., Tchanturia, K., Thomas Yates, I., Nash, F., & Austin, A. (2026). Adapting eating disorder focused family therapy for autistic children and young people with anorexia nervosa: Evidence informed, co-produced clinical guidelines. *Eating Disorders.* Advance online publication. https://doi.org/10.1080/10640266.2026.2709604

Generalitat de Catalunya, Taula de Diàleg per a la Prevenció dels Trastorns de la Conducta Alimentària. (s. f.). *Guía para familias de personas afectadas por un TCA*.

Hospital Sant Joan de Déu Barcelona. (2024). *Consejos para afrontar las comidas navideñas si tu hijo o hija tiene un TCA*. https://escolasalut.sjdhospitalbarcelona.org/es/consejos-salud/salud-mental/TCA-navidad

Hospital Sant Joan de Déu Barcelona. (2024). *Orientaciones para las familias de los niños y niñas con autismo durante las vacaciones de Navidad*. https://escolasalut.sjdhospitalbarcelona.org/es/enfermedades/orientaciones-familias-ninos-ninas-autismo-navidad

National Autistic Society. (2022). *Adapting support for autistic people with eating disorders: PEACE pathway.* https://www.autism.org.uk/learn/knowledge-hub/professional-practice/eating-disorders

National Autistic Society. (s. f.). *Going on holiday: Tips for autistic people and families.* https://www.autism.org.uk/advice-and-guidance/going-out-leisure-and-travel/going-on-holiday-tips-for-autistic-people-and-families

National Institute for Health and Care Excellence. (2017). *Eating disorders: Recognition and treatment* (NG69). https://www.nice.org.uk/guidance/ng69

REFERENCIAS DEL CAPÍTULO 7

Nimbley, E., Peebles, I., Loomes, R., Clark, E., Austin, A., & Duffy, F. (2026). “That’s not our pathway”: Parent and carer experiences of eating disorder focused family therapy (FT-ED) for autistic young people with anorexia nervosa. *European Eating Disorders Review,* 34(4), 1130–1139. https://doi.org/10.1002/erv.70096

Rasmussen, E. B., Sparvath, S. R., Dissing, J. J., Larsen, M. F., Nilsson, K. K., & Telléus, G. K. (2026). Family history of eating disorders: A systematic review and meta-analysis. *European Eating Disorders Review.* Advance online publication. https://doi.org/10.1002/erv.70175

Throm, J. K., Schilling, D., Löchner, J., Micali, N., Dörsam, A. F., & Giel, K. E. (2024). Parental verbal communication and modeling behavior during mealtimes shape offspring eating behavior: A systematic review with a focus on clinical implications for eating disorders. *Appetite*, 200, 107584. https://doi.org/10.1016/j.appet.2024.107584

USTA. (s. f.). *Cómo ayudar a alguien con un TCA: Guía para familias y personas cercanas.* https://usta.es/pagina-para-familias

ANEXO

A HERRAMIENTAS DE CRIBADO Y CONDICIONES DE REPRODUCCIÓN

A.1. CRIBADO NO ES DIAGNÓSTICO

Los cuestionarios pueden ayudar a identificar señales y decidir si se requiere una valoración especializada. No deben utilizarse para diagnosticar un TCA de forma aislada ni interpretarse sin considerar edad, historia alimentaria, contexto cultural, sensorialidad, comunicación, discapacidad intelectual, comorbilidades y situación médica. Un resultado bajo no descarta dificultades importantes; uno elevado no sustituye la entrevista clínica. Los puntos de corte y edades de aplicación dependen de la versión validada utilizada y no deben extrapolarse de manera automática a personas autistas.

A.2. INVENTARIOS DE USO CLÍNICO POR ÁREAS DE EVALUACIÓN

Instrumento o familia	Edad	Ámbito orientativo
PARDI / PARDI-AR-Q	2 años-adultos / 14 - 40 años	Entrevista semiestructurada ARFID, pica y rumiación. PARDI-AR-Q: cuestionario específico ARFID, sus manifestaciones y gravedad
BPFAS	7 meses–13 años ((principalmente 2-12)	Dificultades conductuales infantiles durante las comidas.
CEBQ	3–13 años (principalmente 3–8)	Estilos de comportamiento alimentario (selectividad, neofobia y evitación) infantil.
BAMBI	3–11 años	Conductas alimentarias (selectividad, rituales, rechazo) en infancia autista.
PediEAT	6 meses–7 años	Síntomas de alimentación pediátrica y motricidad oral.
NIAS (Nine Item ARFID Screen)	Adolescentes y adultos. Validación clínica 10-76	Síntomas de ARFID: sensibilidad, interés y temor a consecuencias.

Instrumento o familia	Edad	Ámbito orientativo
Perfil Sensorial / Sensory Profile	0 meses -14 años y 11 meses. Perfil adolescentes/adul-tos por separado	Procesamiento sensorial y necesidades de apoyo.
EAT-26	Adolescentes y adultos. Algunos estudios población infantil	Actitudes alimentarias y señales generales de TCA.
SCOFF	11 años-adultos	Cribado breve de TCA.
BITE (Bulimic Investigatory Test, Edinburgh)	12/13 - adultos	Síntomas de bulimia y gravedad conductual.
EDE-Q / EDE	EDE-Q: 14 adultos. EDE: adolescentes- adultos. Versión infantil 8 años.	Síntomas y entrevista de TCA.
BSQ (Body Shape Questionnaire)	Adultos jóvenes. Algunos estudios adolescentes	Preocupación e insatisfacción con la forma corporal.

A.3. RECURSOS DE ACCESO Y VERIFICACIÓN

- **EAT-26** — página de permisos y condiciones: https://www.eat-26.com/permission/
- **PARDI-AR-Q** — información y enlaces de acceso: https://www.feedingmatters.org/pardi-ar-q/
- **NIAS** — artículo de validación y puntos de corte: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33884646/
- **SCOFF** — artículo original y ruta editorial: https://www.bmj.com/content/319/7223/1467
- **BITE** — artículo original: https://doi.org/10.1192/bjp.150.1.18
- **DSM-5-TR** — información editorial y solicitudes de permiso: https://www.psychiatry.org/DSM5
- **Propiedad intelectual, legislación española:** https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1996-8930

ANEXO

B FICHA ORIENTATIVA DE OBSERVACIÓN Y CONVERSACIÓN

Esta ficha es un material original de apoyo, no una escala validada ni un instrumento de diagnóstico. Puede usarse como guía para preparar una consulta, documentar cambios y favorecer la comunicación. No se asignan puntuaciones ni puntos de corte. La persona debe poder elegir qué desea compartir y qué apoyos necesita para hacerlo.

B.1. CAMBIOS OBSERVADOS

- ¿Qué ha cambiado respecto a la alimentación habitual? ¿Desde cuándo? ¿Ha ocurrido de forma repentina o gradual?
- ¿Existen alimentos, horarios, utensilios, marcas, temperaturas o espacios que resulten seguros? ¿Por qué?
- ¿Se están reduciendo comidas, grupos de alimentos o situaciones sociales que antes eran posibles?
- ¿Hay episodios en los que la persona siente que no puede controlar la cantidad o el momento en que come?
- ¿Se han observado vómitos provocados, uso inapropiado de laxantes, ayunos o ejercicio como compensación?

B.2. SALUD FÍSICA Y EXPERIENCIA CORPORAL

- ¿Ha habido pérdida de peso, cambios de crecimiento, cansancio, desmayos, palpitaciones, dolor abdominal o problemas de deglución?
- ¿Cómo identifica hambre, sed, saciedad, náuseas, ansiedad o malestar? ¿Necesita señales externas?
- ¿Hay miedos sobre engordar, perder músculo, tener un supuesto defecto corporal o incumplir reglas alimentarias?
- ¿Se han realizado exploraciones médicas o nutricionales? ¿Qué cuestiones siguen sin aclararse?

Esta ficha es un material original de apoyo, no una escala validada ni un instrumento de diagnóstico. Puede usarse como guía para preparar una consulta, documentar cambios y favorecer la comunicación. No se asignan puntuaciones ni puntos de corte. La persona debe poder elegir qué desea compartir y qué apoyos necesita para hacerlo.

B.1. CAMBIOS OBSERVADOS

- ¿Qué ha cambiado respecto a la alimentación habitual? ¿Desde cuándo? ¿Ha ocurrido de forma repentina o gradual?
- ¿Existen alimentos, horarios, utensilios, marcas, temperaturas o espacios que resulten seguros? ¿Por qué?
- ¿Se están reduciendo comidas, grupos de alimentos o situaciones sociales que antes eran posibles?
- ¿Hay episodios en los que la persona siente que no puede controlar la cantidad o el momento en que come?
- ¿Se han observado vómitos provocados, uso inapropiado de laxantes, ayunos o ejercicio como compensación?

B.2. SALUD FÍSICA Y EXPERIENCIA CORPORAL

- ¿Ha habido pérdida de peso, cambios de crecimiento, cansancio, desmayos, palpitaciones, dolor abdominal o problemas de deglución?
- ¿Cómo identifica hambre, sed, saciedad, náuseas, ansiedad o malestar? ¿Necesita señales externas?
- ¿Hay miedos sobre engordar, perder músculo, tener un supuesto defecto corporal o incumplir reglas alimentarias?
- ¿Se han realizado exploraciones médicas o nutricionales? ¿Qué cuestiones siguen sin aclararse?

ANEXO

C PROTOCOLO DE EXPLORACIÓN DE LA ALIMENTACIÓN INFANTIL

Este protocolo es una herramienta orientativa para recoger y organizar información sobre la alimentación infantil, particularmente ante selectividad, evitación o restricción alimentaria, malestar en las comidas o necesidades de apoyo. Su finalidad es comprender la experiencia del niño o niña de forma integral, atendiendo a su historia, salud, habilidades, características sensoriales, contexto y participación.

C1. Entrevista a personas de referencia

Recoge fortalezas, antecedentes, desarrollo de la alimentación, repertorio alimentario, habilidades orales, experiencias sensoriales, dinámicas familiares y apoyos. Se dirige a familiares y otras personas de referencia, incorporando la perspectiva del niño o niña mediante su comunicación habitual siempre que sea posible.

C2. Registro de alimentos

Identifica alimentos preferidos, habituales, aceptados solo en determinadas condiciones, explorados o rechazados. Permite describir marca, sabor, textura, temperatura, preparación y otras condiciones relevantes.

C3. Diario de alimentación

Identifica alimentos preferidos, habituales, aceptados solo en determinadas condiciones, explorados o rechazados. Permite describir marca, sabor, textura, temperatura, preparación y otras condiciones relevantes.
Registro de alimentos

PAUTAS PARA PREGUNTAR Y REGISTRAR

Comenzar por las fortalezas y una situación de comida satisfactoria. Formular preguntas abiertas, concretas y no valorativas; solicitar ejemplos recientes y aclarar qué ocurrió antes, durante y después. Distinguir lo observado de las interpretaciones, preguntar por lo que ayuda y permitir pausas o varias sesiones. Evitar culpabilizar a las familias o presionar al niño o niña. Complementar, cuando proceda y con consentimiento, con observación en situaciones naturales, vídeos y registro acordado durante días representativos.

Precaución: este protocolo no es una prueba diagnóstica validada ni sustituye la valoración médica, nutricional o de deglución. Ante atragantamientos repetidos, tos o cambios de voz durante las comidas, alteraciones del crecimiento, deshidratación u otros signos de riesgo, debe solicitarse valoración sanitaria específica.

C1. ENTREVISTA A PERSONAS DE REFERENCIA

Niño/a: _____ Edad: _____ Fecha: _____

Personas entrevistadas y relación: _____

Profesional/es: _____ Contexto: _____

Sugerencia comienzo: «Vamos a pensar juntos cómo se desarrolla la alimentación, qué cosas os funcionan y qué situaciones os preocupan. No hay respuestas buenas o malas».

1. Información inicial y fortalezas

1.1. Puntos fuertes y experiencias positivas

- ¿Cuáles son los puntos fuertes de vuestro hijo o hija relacionados con la alimentación? ¿Y los de la familia para acompañarle?
- Describid un momento de comida que haya ido bien: ¿dónde fue?, ¿quién estaba?, ¿qué sucedió?, ¿qué lo hizo posible?
- ¿Qué consideráis especialmente relevante que conozcamos desde el principio?

1.2. Motivo de consulta y prioridades

- ¿Qué os preocupa ahora de la alimentación? ¿Desde cuándo? ¿Qué os gustaría comprender o mejorar?
- ¿Hay situaciones urgentes o necesidades prioritarias?

2. Antecedentes familiares, personales y salud

2.1. Antecedentes y situación sanitaria

- ¿Existen enfermedades, trastornos diagnosticados, alergias, intolerancias o medicación actual o previa que debamos conocer?
- ¿Hay antecedentes familiares relacionados con la alimentación o condiciones médicas relevantes?
- ¿Se han identificado dolor, estreñimiento, reflujo u otros problemas estomacales o digestivos?

2.2. Tratamientos y exploraciones previos

- ¿Qué tratamientos, acompañamientos o intervenciones se han realizado anteriormente? ¿De qué tipo, cuánto tiempo y con qué experiencia o resultados?
- ¿Se han realizado exploraciones o diagnósticos musculares, orofaríngeos o relacionados con hipotonía? ¿Sí/no? ¿Qué conclusiones hubo?
- ¿Ha recibido trabajo sensorial, miofuncional u otros ejercicios orofaciales? ¿Cuáles y cómo los vivió?

2.3. Crecimiento y seguridad nutricional

- ¿Se han observado cambios en la curva de crecimiento, peso o energía, o preocupaciones nutricionales?
- ¿Se han identificado déficits nutricionales? ¿Se utilizan suplementos o fórmulas nutricionales prescritas?

3. Historia y desarrollo de la alimentación

3.1. Etapas y transiciones

- ¿Cómo fue el inicio de la alimentación: amamantamiento, biberón, succión y uso de chupete?
- ¿Cómo se desarrollaron las transiciones alimentarias, la introducción de nuevos alimentos y el paso a diferentes texturas?
- ¿Qué cambios significativos, avances, retrocesos o experiencias difíciles recordáis?

3.2. Experiencias adversas y temores

- ¿Ha habido atragantamientos, vómitos, episodios de dolor o experiencias desagradables durante las comidas?
- ¿En algún momento pareció temer que volviera a ocurrir algo desagradable al comer o beber?

4. Repertorio alimentario, preferencias y rechazos

4.1. Alimentos conocidos y presentados

- ¿Qué tipos de alimentos come actualmente? ¿Cuáles habéis probado u ofrecido y cuáles todavía no?
- ¿Cuáles son sus alimentos favoritos o especialmente seguros? ¿Qué alimentos rechaza y cómo muestra ese rechazo?
- ¿Qué marcas acepta o prefiere? ¿Qué ocurre si cambia la marca o el envase?

4.2. Características de presentación

- ¿Cómo influyen el olor, sabor, color, textura, temperatura, cantidad y apariencia de los alimentos?
- ¿Influyen el plato, los cubiertos, la habitación, el modo de cocinar o el contacto entre alimentos?
- ¿Cómo se anticipan o presentan los alimentos y posibles cambios? ¿Qué facilita aceptar o explorar un alimento?

4.3. Cambios en el repertorio

- ¿La lista de alimentos aceptados se mantiene, se amplía o se reduce? ¿Se han perdido alimentos antes habituales?
- ¿Hay grupos completos de alimentos o preparaciones que no consume?

5. Patrón de comida y habilidades alimentarias

5.1. Ritmo, ingesta y señales corporales

- ¿Cómo come y mastica: rápido, despacio, pausas, ritmo de la comida?
- ¿Cómo expresa apetito y saciedad? ¿Suele dejar comida? ¿Qué cantidad suele quedar?
- ¿Cuánto duran las comidas y qué autonomía presenta para empezar, continuar y terminar?

5.2. Utensilios, lugar y secuencia

- ¿Qué utensilios utiliza (cuchara, vaso, otros) y cuáles prefiere o evita?
- ¿Dónde suele comer? ¿Existe una rutina marcada en cuanto a forma, lugar, momento, utensilios, personas o comida?
- ¿Qué sucede cuando se modifica algún elemento de esa rutina?

5.3. Deglución y molestias observables

- ¿Hay sensación de atasco, dificultades para tragar, tos, atragantamiento o cambios de voz durante o después de comer?
- ¿Regurgita alimentos hacia la nariz o la boca? ¿Hay molestias al beber o comer determinados alimentos?
- ¿Se han observado episodios de dificultad respiratoria durante la ingesta o infecciones respiratorias recurrentes?

5.4. Hambre, sed y señales internas

- ¿Cómo expresa hambre, sed, saciedad, náuseas o dolor? ¿Resulta difícil identificar estas señales?
- ¿Necesita recordatorios o apoyos externos para comer o beber?

6. Costumbres, actitudes, contexto y familia

6.1. Organización cotidiana

- ¿Qué horarios y comidas realizáis? ¿Suele comer entre horas?
- ¿Quién está presente en las comidas y quién se encarga habitualmente de organizar, preparar, ofrecer y acompañar?
- ¿Dónde y cómo os colocáis? ¿Qué postura suele adoptar el niño o niña?

6.2. Comunicación y apoyos durante las comidas

- ¿Cómo se comunica el niño o niña para pedir, rechazar, elegir, solicitar ayuda o indicar que quiere terminar?
- ¿Se utilizan distractores, pantallas, juegos, recursos o apoyos? ¿En qué circunstancias y con qué efectos?
- ¿Qué estrategias habéis puesto en práctica y cuáles funcionan? ¿Qué creencias o expectativas influyen en vuestra forma de acompañarle?

6.3. Experiencia familiar

- ¿Cómo vivís el momento de la alimentación? ¿Os sentís cómodos o aparecen preocupación, cansancio, tensión o ansiedad?
- ¿Qué cosas habéis intentado? ¿Qué ha funcionado y qué no? ¿Os habéis sentido juzgados por otras personas?
- ¿Cómo valoraríais la situación actualmente? ¿Qué necesitaríais para sentiros mejor acompañados?

6.4. Participación en distintos entornos

- ¿Qué sucede en el comedor escolar, en casa de otras personas, en celebraciones, viajes o restaurantes?
- ¿Ha dejado de participar en actividades o se han realizado adaptaciones importantes a causa de la alimentación?
- ¿Qué apoyos resultan útiles en esos contextos?

7. Nivel de alerta, regulación y procesamiento sensorial

7.1. Motivación y estado de activación

- ¿Cómo describiríais su nivel de motivación o interés por participar en las comidas?
- ¿Aparecen nerviosismo, ansiedad o agitación antes, durante o después de comer? ¿Cómo varía su estado?
- ¿Se mueve mucho o poco? ¿Qué parece ayudarle a regularse?

7.2. Experiencias táctiles y de cuidado personal

- ¿Cómo fue o cómo es la exploración mano-boca?
- ¿Cómo responde a mancharse las manos durante el juego o la comida (por ejemplo, pintar con dedos o tocar comida)? ¿Y a mancharse la cara?
- ¿Cómo vive lavarse las manos, lavarse los dientes, ducharse, lavarse el pelo, cortarse las uñas o el pelo?
- ¿Busca o evita tocar objetos, materiales o alimentos con las manos?

7.3. Movimiento, coordinación y otras modalidades sensoriales

- ¿Cómo responde a columpios, toboganes y otros juegos de parque?
- ¿Cómo son sus habilidades motoras: saltar, equilibrio, caídas frecuentes, bicicleta u otras actividades?
- ¿Hay sonidos que le molesten, incluidos los sonidos asociados a la comida? ¿Cómo responde a luz intensa o determinados colores?
- ¿Qué sucede con los olores (oler antes, taparse la nariz, evitar espacios)? ¿Qué sabores, temperaturas o texturas busca o evita?

7.4. Exploración oral y otras experiencias

- ¿Mantiene alimentos u objetos en la boca durante bastante tiempo? ¿Chupa o explora con la boca?
- ¿Hay otras experiencias sensoriales que consideréis importantes?

8. Estructuras y funciones orofaciales

Registrar aquí información comunicada por la familia y observaciones funcionales. La exploración anatómica, miofuncional o de deglución corresponde al profesional competente.

8.1. Estructuras y observaciones previas

- ¿Se ha señalado alguna particularidad del maxilar, mejillas, dientes, mordida, labios o paladar?
- ¿Mantiene la boca habitualmente abierta o cerrada? ¿Hay babeo o cambios en la salivación?
- ¿Se ha valorado el frenillo de la lengua o su movilidad? ¿Qué movimientos se han observado (dentro/fuera, arriba/abajo, derecha/izquierda, circulares)?

8.2. Tono, gestos y coordinación oral

- ¿Se han observado particularidades del tono muscular o de movimientos de labios y cara (muecas, expresión facial)?
- ¿Cómo son el bostezo, la tos y otras funciones velofaríngeas, según las valoraciones realizadas?
- ¿Se han observado dificultades en la succión, uso de cuchara, bebida en vaso o masticación?

8.3. Respiración y postura

- ¿Cómo es la respiración habitual? ¿Ronca, respira por la boca o se han observado pausas respiratorias o apnea?
- ¿Se han observado habilidades como soplar o silbar? ¿En qué contexto y con qué facilidad?
- ¿Cómo se sienta para comer? ¿Qué posición mantienen cabeza, cuello, tronco, piernas y pies?
- ¿Puede permanecer en la postura de forma cómoda? ¿Cuál es su nivel de actividad o movimiento durante la comida?

9. Juego, comunicación y desarrollo motor

9.1. Intereses, juego y experiencias previas

- ¿Qué tipos de juegos le gustan? ¿Cómo participa en juegos sensoriales, de movimiento o de simulación?
- ¿Qué ejercicios o juegos orofaciales ha realizado o realiza? ¿Con qué finalidad y qué respuesta muestra?
- ¿Qué fonemas o sonidos produce? ¿Hay alguno que le cueste, no pronuncie o en el que se trabe?

9.2. Voz y participación del niño o niña

- ¿Qué aspectos de la alimentación le gustan o le incomodan, según lo que expresa mediante palabras, gestos o su sistema de comunicación?
- ¿Cómo comunica elección, malestar, petición de pausa o rechazo? ¿Qué le gustaría mantener o cambiar?
- ¿Qué apoyos facilitarían que su perspectiva se tuviera en cuenta?

10. Síntesis y necesidades de apoyo

10.1. Información libre

- ¿Hay cualquier otra cosa que penséis que es relevante y que todavía no hayamos comentado?
- ¿Qué fortalezas, condiciones de seguridad y apoyos resultan más importantes para las próximas comidas?

10.2. Síntesis compartida y próximos pasos

- Principales fortalezas, situaciones difíciles y factores contextuales observados:
- Aspectos que requieren valoración sanitaria, nutricional, de deglución u otra evaluación específica:
- Prioridades acordadas con la familia y, siempre que sea posible, con el niño o niña:

Observaciones: _____

C2. REGISTRO DE ALIMENTOS

Niño/a: _____ Fecha: _____

Anotar alimentos concretos, sin inferir que probar equivale a aceptar. Puede repetirse esta hoja. Marcar si es favorito y describir las condiciones de presentación (incluidas marca y cantidad).

Alimento (Marcar si es favorito)	Color / aspecto	Textura · temperatura · preparación · cantidad	Sabor	Marca / envase	Respuesta (mira, toca, huele, prueba, come, rechaza)	Condiciones y estrategias que ayudan

Observaciones: _____

C3. DIARIO DE ALIMENTACIÓN

Niño/a: _____ Día/fecha: _____

Registrar situaciones habituales sin modificar las comidas para completar la hoja. Se puede continuar en hojas adicionales.

Rutina / momento	Hora I–F (Inicio – Final)	Comida presentada	Ambiente y lugar · qué pasó antes	Postura	Utensilios	Conducta del niño/a · autonomía · apoyos	Comida restante · reacciones después	Actuación adulta · emociones · qué ayudó


aetapi
PROFESIONALES DEL AUTISMO