

Licenciatura en Nutrición
Trabajo Final Integrador

Autora: Micaela Lafratta

**SELECTIVIDAD ALIMENTARIA E INGESTA EN
NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES CON
TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA**

2025

Tutora: Dra. María Constanza Rossi

Citar como: Lafratta M. Selectividad alimentaria e ingesta en niños, niñas y adolescentes con trastorno del espectro autista. [Trabajo Final de Grado]. Buenos Aires: Universidad ISALUD; 2025.
<http://rid.isalud.edu.ar/handle/1/877>

Agradecimientos:

A mi familia, por su apoyo incondicional y por impulsarme a seguir adelante en cada etapa de la carrera, por creer en mí, por su motivación constante, por acompañarme siempre y compartir con alegría cada uno de mis logros.

A mis amigas y amigos de toda la vida, por acompañarme a lo largo de todos estos años, y celebrar junto a mi cada paso.

A mis amigas de la facultad, que sin ellas este camino no hubiese sido el mismo. A ellas, les agradezco las horas extensas de estudio y la motivación a esforzarnos en cada cursada y examen.

A mi tutora de tesis, la Dra. María Constanza Rossi, por confiar en la elección de este trabajo, y por brindarme su invaluable orientación, cariño y dedicación tanto como docente como persona. Su acompañamiento, experiencia y paciencia fueron fundamentales a lo largo de todo este proceso.

A la Escuela Especial María Montessori por permitirme evaluar a sus alumnos, por su tiempo y amabilidad, para así poder llevar a cabo este trabajo.

A todas las personas que participaron en la realización de esta tesis. Sus contribuciones han sido esenciales para la culminación de este proyecto.

A la Universidad ISALUD por brindar el entorno académico y los recursos necesarios para llevar a cabo este trabajo. A todas las personas que me apoyaron y estuvieron presentes en cada paso del camino, ¡muchas gracias!

ÍNDICE	
RESUMEN	1
PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	3
JUSTIFICACIÓN	3
OBJETIVOS	5
OBJETIVO GENERAL:	5
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	5
MARCO TEÓRICO	6
OPERACIONALIZACION DE VARIABLES	13
MATERIAL Y MÉTODO	14
Diseño, enfoque y alcance de investigación	14
Población y muestra	15
Criterios de inclusión	15
Criterios de exclusión	15
Criterios de eliminación	15
RESULTADOS OBTENIDOS	15
DISCUSIÓN	26
CONCLUSIÓN	29
REFERENCIAS	31
Anexos	34

RESUMEN

Selectividad alimentaria e ingesta en niños, niñas y adolescentes con Trastorno del Espectro Autista.

Introducción: La alimentación adecuada en la infancia es clave para el desarrollo integral. En niños con TEA, la selectividad alimentaria, influida por factores sensoriales como textura y sabor, puede limitar la ingesta de nutrientes esenciales. **Objetivo:** Analizar cómo la selectividad alimentaria influye en los patrones de ingesta de alimentos en pacientes infantojuveniles con Trastorno del Espectro Autista (TEA). **Material y métodos:** El diseño fue cuantitativo, descriptivo y transversal. La muestra fue no probabilística e intencional, conformada por padres o tutores de niños, niñas y adolescentes de entre 6 y 17 años con diagnóstico de TEA, residentes en la Provincia de Buenos Aires. En abril de 2025 se aplicó un cuestionario estructurado, para relevar selectividad alimentaria, sensibilidad a texturas y el rol del apoyo parental. Se excluyeron encuestas incompletas o con errores. **Resultados:** En relación con el estado nutricional (IMC), se observó que un 71,5% de los participantes presentó algún grado de exceso de peso (riesgo de sobrepeso, sobrepeso u obesidad). Se observó una marcada selectividad alimentaria: los alimentos más rechazados fueron frutas (25,7%), verduras (51,6%) y pescado (33,3%), mientras que los más aceptados fueron cereales (56,2%) y productos dulces ultraprocesados (59,5%). La introducción de alimentos nuevos generó rechazo en la mayoría de los casos, evidenciando una fuerte aversión a la novedad (80,9%). En cuanto a las características sensoriales, las texturas más aceptadas fueron la crujiente (7,5 %) y la fibrosa (6,7 %), mientras que la textura áspera resultó la más rechazada (5,3%). Si bien la mayoría de los niños había sido evaluada por profesionales de la salud debido a preocupaciones alimentarias (76,2 %), gran parte de los cuidadores desconocía posibles beneficios nutricionales específicos para la condición (61,9%). **Discusión:** Los resultados mostraron una marcada selectividad alimentaria, con bajo consumo de verduras, legumbres y pescado, y mayor aceptación de alimentos ultraprocesados, en línea con lo reportado por Sanz y otros autores. La sensibilidad a texturas como la áspera o húmeda habría influido en estos rechazos, coincidiendo con estudios que vinculan la hipersensibilidad sensorial con una mayor selectividad en niños con TEA. Además, se observó una alta prevalencia de sobrepeso, similar a lo hallado por los autores Vallejos-Meriño y compañía, lo cual podría relacionarse con hábitos familiares y bajo nivel de actividad física. El entorno familiar se destacó como un factor determinante en la conducta alimentaria y la calidad de vida. **Conclusión:** La selectividad alimentaria en niños y adolescentes con TEA afecta su calidad nutricional y está influida por factores sensoriales, emocionales y familiares. Se resalta la importancia de la detección temprana y la intervención profesional para prevenir déficits y mejorar su bienestar.

Palabras clave: TEA, Autismo, Selectividad Alimentaria, Alimentación.

ABSTRACT

Food selectivity and intake in children and adolescents with Autism Spectrum Disorder.

Introduction: Proper nutrition during childhood is key to overall development. In children with ASD, food selectivity, influenced by sensory factors such as texture and taste, can limit the intake of essential nutrients.

Objective: To analyze how food selectivity influences food intake patterns in children and adolescents with Autism Spectrum Disorder (ASD). **Material and methods:** The design was quantitative, descriptive, and cross-sectional. The sample was non-probabilistic and purposive, consisting of parents or guardians of children and adolescents between 6 and 17 years of age diagnosed with ASD, residing in the Province of Buenos Aires. A structured questionnaire was administered in April 2025 to assess food selectivity, texture sensitivity, and the role of parental support. Incomplete or error-filled surveys were excluded. **Results:** Regarding nutritional status (BMI), 71.5% of participants presented some degree of excess weight (risk of being overweight, being overweight, or being obese). A marked food selectivity was observed: the most rejected foods were fruits (25.7%), vegetables (51.6%), and fish (33.3%), while the most accepted were cereals (56.2%) and ultra-processed sweet products (59.5%). The introduction of new foods generated rejection in most cases, evidencing a strong aversion to novelty (80.9%). Regarding sensory characteristics, the most accepted textures were crispy (7.5%) and fibrous (6.7%), while rough texture was the most rejected (5.3%). Although most children had been evaluated by health professionals due to dietary concerns (76.2%), many caregivers were unaware of possible nutritional benefits specific to the condition (61.9%). **Discussion:** The results showed marked food selectivity, with low consumption of vegetables, legumes, and fish, and a greater acceptance of ultra-processed foods, in line with what Sanz and other authors reported. Sensitivity to textures such as rough or moist textures may have influenced these rejections, coinciding with studies linking sensory hypersensitivity with greater selectivity in children with ASD. Furthermore, a high prevalence of overweight was observed, similar to that found by Vallejos-Meriño and company, which could be related to family habits and low levels of physical activity. The family environment was highlighted as a determining factor in eating behavior and quality of life. **Conclusion:** Food selectivity in children and adolescents with ASD affects their nutritional quality and is influenced by sensory, emotional, and family factors. The importance of early detection and professional intervention to prevent deficits and improve their well-being is highlighted.

Keywords: ASD, Autism, Food Selectivity, Eating.

SELECTIVIDAD ALIMENTARIA E INGESTA EN NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES
CON TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA.

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cómo afecta la selectividad alimentaria en la ingesta de pacientes infantojuveniles con Trastorno de Espectro Autista?

JUSTIFICACIÓN

La alimentación durante la infancia es un pilar fundamental para el desarrollo físico, cognitivo y emocional en los niños. Una nutrición adecuada no sólo proporciona los nutrientes esenciales para el crecimiento y desarrollo, sino que también juega un papel crucial en la prevención de enfermedades y la promoción de un estilo de vida saludable (1).

Es común que durante esta etapa los niños enfrenten dificultades relacionadas con la alimentación, manifestando selectividad al elegir los alimentos que consumen. Sin embargo, en los niños con Trastorno del Espectro Autista (TEA), estos problemas pueden intensificarse.

En este contexto, la selectividad alimentaria se ve influenciada por las sensaciones que los alimentos generan a través de los sentidos, lo que les lleva a seleccionar sus opciones en función de características como la textura, el sabor, el olor y el aroma. Esta preferencia puede resultar en una ingesta limitada de alimentos, lo que a su vez repercute en la cantidad de nutrientes esenciales necesarios para el adecuado desarrollo y crecimiento de estos niños (1).

Se estableció que las personas con TEA experimentan selectividad alimentaria en mayor proporción en relación a personas con desarrollo típico. Estudios muestran que el 77% se basa en la selección según su textura, 49,1% según su gusto u olfato, y un 11,3% según su forma. El rechazo de

alimentos en función del color se asoció inversamente con el consumo de verduras en ambos grupos (2).

Uno de los micronutrientes esenciales para el desarrollo que se encuentra disminuido en su ingesta es el ácido graso omega 3 (ω 3). Siendo el ácido docosahexaenoico (DHA), el cual cumple un rol sumamente importante en el correcto funcionamiento del sistema nervioso por sus propiedades neuroprotectoras. En personas con TEA, tener niveles óptimos de ingesta de DHA colaboraría con un mejor desarrollo cognitivo, disminuyendo la irritabilidad, la hiperactividad y el letargo.

Paralelamente, se destacan patologías gastrointestinales relacionadas al TEA, como la intolerancia al gluten y a la caseína de la leche, dos proteínas que atraviesan la barrera intestinal generando síntomas digestivos y alteraciones en la conducta (3).

En la actualidad, resulta complicado determinar una prevalencia exacta de las personas con TEA debido a que la nueva versión del manual de la Asociación Psiquiátrica Norteamericana, el DSM-V, lo describe como un conjunto de síntomas que pueden presentarse de diversas formas, mostrando una considerable variabilidad entre las personas según la gravedad de sus síntomas. Además, se han eliminado del DSM-IV las categorías independientes que antes se agrupaban bajo Trastornos Generalizados del Desarrollo (TGD), que incluían el Trastorno Autista, el Trastorno de Rett, el Trastorno Desintegrativo Infantil, el Trastorno de Asperger y el Trastorno Generalizado del Desarrollo No Especificado; todos ellos ahora se integran en una única categoría conocida como TEA. También es importante señalar que el Trastorno de Rett ha sido excluido como parte del TEA, ya que recientemente se ha identificado su causa genética específica (4).

Es por este cambio de paradigma que la prevalencia no puede ser mensurada tan fácilmente y que no refleja la cantidad exacta de personas que lo padecen. La Organización Mundial de la Salud (OMS), en 2017, estimó que la prevalencia global del TEA se da en 1/160 niños, siendo más frecuente en varones. Alrededor del 75% de las personas diagnosticadas con TEA presentan además otra condición psiquiátrica coexistente, como déficit de atención o trastornos de ansiedad. Por el contrario, Argentina, al día de la fecha, no cuenta con estadísticas nacionales sobre la prevalencia de personas con TEA (5).

Cabe aclarar que en este trabajo se utilizarán los términos de TEA y Autismo de manera indistinta para referirse al mismo conjunto de síntomas.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

Analizar cómo la selectividad alimentaria influye en los patrones de ingesta de alimentos en pacientes infantojuveniles con Trastorno del Espectro Autista (TEA).

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Identificar los posibles efectos de la selectividad alimentaria en el estado nutricional y el crecimiento de los pacientes infantojuveniles con TEA.
- Examinar las estrategias dietéticas y de intervención utilizadas para manejar la selectividad alimentaria en niños y adolescentes con TEA.
- Evaluar cuáles son los principales grupos de alimentos afectados por la selectividad de los niños y adolescentes.
- Evaluar cuáles son las texturas que tienen mayor y menor aceptación.

MARCO TEÓRICO:

El término autismo al significado actual se debe a Leo Kanner, tras publicar el artículo fundacional "*Autistic disturbances of affective contact*" (1943) cuya traducción es "Trastornos autistas del contacto afectivo".

Este médico austríaco orientó su interés hacia la Psiquiatría, y especialmente a los problemas infantiles en este campo. Fue seleccionado en 1930, para desarrollar en el Hospital John Hopkins de Baltimore, el primer servicio de Psiquiatría Infantil en el mundo.

Sus criterios que definían el autismo eran: aislamiento profundo para el contacto con las personas, un deseo obsesivo de preservar la identidad, una relación intensa con los objetos, conservación de una fisonomía inteligente y pensativa y una alteración en la comunicación verbal (4).

Por otro lado, Hans Asperger, pediatra también austríaco, fue contratado en el Hospital Infantil de la Universidad de Viena, Alemania. En 1943, publicó observaciones muy similares a las de Kanner. La publicación de Asperger utilizaba también el término autismo (psicopatía autista). Los pacientes identificados por Asperger mostraban un patrón de conducta caracterizado por: falta de empatía, ingenuidad, poca habilidad para hacer amigos, lenguaje repetitivo, pobre comunicación no verbal, interés desmesurado por ciertos temas, torpeza motora y escasa coordinación (4).

En 1980, se incorpora el autismo en la American Psychiatric Association Diagnostics and Statistics Manual of Mental Disorders (DSM-III), como categoría diagnóstica específica. Se contemplaba como una entidad única, denominada "autismo infantil". Para su diagnóstico se requerían seis condiciones, todas las cuales debían estar presentes. Entre los años 1994 y 2000 aparecieron la DSM-IV y DSM IV-TR. En los cuales se definieron cinco categorías de autismo: trastorno autista, trastorno de Asperger, trastorno de Rett, trastorno desintegrativo infantil y trastorno generalizado del desarrollo no especificado (4).

El DSM 5 sustituye la denominación actual de trastornos generalizados del desarrollo por la de Trastorno del Espectro Autista (TEA). Este cambio de apelativo tiene un alcance que va más allá de una simple adecuación semántica. No se han encontrado datos genéticos, neurobiológicos o cognitivos que permitan distinguir cualitativamente trastorno autista, trastorno de Asperger, trastorno desintegrativo infantil y trastorno generalizado del desarrollo no especificado. El motivo más convincente para incorporar dentro de los TEA los mencionados trastornos se sustentan en el hecho de que las diferencias entre los supuestos subtipos de autismo no vienen determinadas por los síntomas específicos del autismo, sino por el nivel intelectual, la afectación del lenguaje, y por otras manifestaciones ajenas al núcleo autista. También es importante señalar que el Trastorno de Rett ha sido excluido como parte del TEA, ya que recientemente se ha identificado su causa genética específica cuya relación con el autismo no va más allá de la coincidencia de algunos síntomas (6).

TABLA 1. Trastornos que componen al TEA

<p>Trastorno Autista</p>	<p>Presenta un amplio margen de alteraciones en la comunicación verbal-no verbal, en la interacción social-emocional, en la conducta y una restricción en los intereses y actividades (7).</p>
<p>Trastorno Desintegrativo Infantil</p>	<p>Presenta una regresión repentina, abrupta y significativa del desarrollo entre los dos y diez años. Se observa una alteración del comportamiento y pérdida de las habilidades adquiridas de socialización, comunicación y lenguaje (8) (9).</p>
<p>Síndrome de Asperger</p>	<p>Es el cuadro de menor afección. Se asocia con una dificultad en la interacción social, obsesión por ciertos temas y comportamientos repetitivos (10).</p>
<p>Trastorno Generalizado del Desarrollo No Especificado</p>	<p>No cumple con el estricto criterio utilizado para diagnosticar ninguno de los cuadros anteriores. Los síntomas suelen ser más leves y es posible que no aparezcan hasta que los niños sean mayores (10).</p>

Fuente: Elaboración propia a partir de la información recolectada por distintos autores, la Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica y la Asociación española de psiquiatría del niño y del adolescente.

El DSM 5 agrupa los criterios aludiendo al déficit persistente en los dominios de la comunicación y la interacción sociales en distintos contextos y con esto marca un cambio conceptualmente importante (6).

En la actualidad, al Trastorno del Espectro Autista se lo clasifica como un conjunto de alteraciones del sistema nervioso central cuyo inicio se da en la infancia. Más exactamente, los niños que lo padecen desarrollan un incorrecto funcionamiento neuronal que provoca una falta de habilidades en la interacción social, la comunicación, y patrones de comportamiento e intereses restringidos, repetitivos y estereotipados; limitando así su desempeño normal en la actividad diaria y en todos los contextos en los que se desenvuelve su vida.

Se prefiere hablar de “espectro” por entender que el autismo es un continuo de síntomas y que pueden manifestarse de múltiples maneras, variando mucho de unos niños a otros en función del grado de severidad con que los padecen (1).

Su aparición acontece durante la primera infancia, y puede detectarse de forma temprana desde que el niño tiene alrededor de los dieciocho meses de vida gracias a la aplicación de las pruebas clínicas existentes como es el Cuestionario de Verificación del Autismo en Niños Pequeños Modificada (M-

Chat), unido a la información que proporcionan las escalas de desarrollo infantil y a la observación directa del comportamiento del niño (1).

El seguimiento de la prevalencia del TEA presenta desafíos particulares debido a la diversidad en la manifestación de los síntomas, la ausencia de marcadores biológicos para el diagnóstico y la variabilidad en los criterios diagnósticos (11). La misma ha ido en aumento. El primer estudio epidemiológico sobre el autismo a nivel global se llevó a cabo en Middlesex, Reino Unido, en 1966, y reportó una tasa de prevalencia de 1 caso por cada 2000 niños en la población de niños de entre 8 y 10 años (12). Durante los años 2000-2002, aumentaron de aproximadamente uno de cada 150 niños, a uno de cada 68 en el transcurso de 2010-2012, más del doble a lo largo de este período según las estimaciones de la Red de Monitoreo de Autismo y Discapacidades del Desarrollo (ADDM). Siendo la tasa oficial la presentada por el Centro de Control de Enfermedades de Estados Unidos (CDC), organismo que desde el año 2000 lleva a cabo un estudio de prevalencia que es actualizado cada dos años (13). Las estimaciones también variaron según el sexo, los varones tenían cuatro veces más probabilidades que las mujeres de ser identificados con TEA. Empero, resulta en la actualidad motivo de controversia ya que según la OMS en las Américas es de 34-90/10.000 (14).

La discusión hoy en día es su pronunciado aumento pasando de una prevalencia de 10 por cada 10.000 individuos con TEA a una prevalencia de 110 por cada 10.000 (Lawton, 2005; Matson & Kozlowski, 2011) (14). En Argentina, lamentablemente no disponemos de datos epidemiológicos locales sobre la prevalencia de los trastornos del espectro autista (TEA), lo que nos impide conocer la magnitud del problema (12).

Se desconocen las causas del aumento, aunque entre las hipótesis alguna de las opciones que se contemplan son sobre los cambios en los criterios diagnósticos a lo largo del tiempo, lo que ha promovido la inclusión de individuos con síntomas menos severos o mayor nivel de funcionamiento dentro del espectro autista, o los diferentes criterios metodológicos de las investigaciones, entre otros (12).

Los criterios diagnósticos que especifican si un niño tiene autismo o no, vienen definidos por los dos sistemas de clasificación acordados por la comunidad científica. Un sistema es el Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (DSM) de la Asociación Psiquiátrica Norteamericana. Y el segundo sistema es la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) de la Organización Mundial de la Salud. Ambas están basadas en dimensiones (aspectos del comportamiento) y categorías (cuadros clínicos) (5).

Para arribar al diagnóstico, se debe cumplir con al menos una característica presente en cada uno de los cuatro criterios: (5)

1. Déficits persistentes en la comunicación y en la interacción social en diversos contextos como en la reciprocidad social y emocional, en las conductas de comunicación no verbal, en el desarrollo y mantenimiento de relaciones adecuadas al nivel de desarrollo.
2. Patrones de comportamiento, intereses o actividades restringidas y repetitivas: habla, movimientos o manipulación de objetos estereotipada o repetitiva, excesiva fijación con las rutinas, intereses altamente restrictivos y fijos de intensidad desmesurada, e hiper o hipo reactividad a los estímulos sensoriales.
3. Síntomas presentes desde la primera infancia.
4. Conjunción de síntomas que limite o incapacite el funcionamiento cotidiano.

Una vez confirmado el diagnóstico, el DSM-5 sugiere incorporar la definición del grado de afectación o compromiso donde se identifican tres niveles de severidad, lo cual nos permitirá orientar el plan de tratamiento y seguimiento. En el nivel 3, se requiere un apoyo muy sustancial debido a deficiencias significativas en las habilidades de comunicación social, lo que provoca alteraciones graves en el funcionamiento. En este nivel, las interacciones sociales son escasas y las respuestas a los intentos de establecer relaciones por parte de otros son limitadas, acompañado de un comportamiento inflexible (5).

El nivel 2 implica la necesidad de un apoyo sustancial, caracterizándose por deficiencias notables en las habilidades de comunicación social, tanto verbal como no verbal. Los niños en este nivel inician un número restringido de interacciones sociales y responden de manera inusual o limitada a los intentos de relación de los demás (5).

Finalmente, el nivel 1 se asocia con dificultades en la comunicación social que generan alteraciones significativas. Los niños presentan problemas para iniciar interacciones sociales y sus respuestas pueden ser atípicas. A menudo, puede parecer que su interés por interactuar socialmente es limitado, y los problemas en la organización y planificación pueden obstaculizar su independencia (5).

La manera en que estos niveles de afectación se manifiestan puede influir en la presentación de comportamientos selectivos hacia la alimentación, destacando la necesidad de un enfoque adaptado que contemple ambos aspectos para abordar de manera efectiva sus necesidades nutricionales. Los problemas de conducta alimentaria son característicos de los niños con TEA caracterizados por una gama altamente restringida de opciones de alimentos. La disfunción sensorial es una característica de su condición y, consecuentemente, es muy frecuente desarrollar neofobia extrema de alimentos, cuyo significado es el miedo a probar alimentos nuevos y selectividad alimentaria según textura, temperatura, color, forma, olor y/o gusto (15).

En relación con esto, el término "selectividad alimentaria" alude a una amplia variedad de comportamientos relacionados con los hábitos alimentarios, que incluyen la ingesta calórica restringida, el rechazo de ciertos alimentos u obsesiones vinculados con la alimentación, así como problemas de comportamiento asociados con los horarios de las comidas. Además, se observa una preferencia por ciertos alimentos y una dieta limitada a categorías específicas, como lácteos o productos ricos en proteínas (16).

Los trastornos de la nutrición y la alimentación durante la infancia incluyen PICA que refiere a la ingestión de sustancias no nutritivas como tierra o papel, trastorno evitativo/restrictivo de la ingesta de alimentos que se puede dar por falta de interés aparente por comer o alimentarse, evitación a causa de las características organolépticas de los alimentos, preocupación acerca de las consecuencias repulsivas de la acción de comer; trastorno de rumia que es la regurgitación repetida, no atribuible a una afección gastrointestinal asociada u otra afección médica (reflujo esofágico, por ejemplo) de alimentos durante un periodo mínimo de un mes. Los alimentos regurgitados se pueden volver a masticar, a tragar o se escupen sin temor a engordar, ni la autovaloración depende del peso corporal, junto con los trastornos de la alimentación. Por lo tanto, un trastorno alimentario persistente resulta en un consumo reducido de alimentos e influye en la salud física o el funcionamiento psicosocial (16) (17).

El rechazo de alimentos sólidos es muy habitual, y la introducción de alimentos con nuevas texturas, consistencias y sabores tiende a ser difícil, por lo que consumen preferentemente los mismos alimentos de manera repetitiva (15).

En cuanto a los patrones de consumo, un meta análisis estableció que, niños con TEA presentan preferencias por el consumo de carbohidratos simples y complejos como dulces, caramelos, productos de pastelería y panadería, cereales refinados y pastas, grasas saturadas como carnes y derivados, y una baja preferencia por el consumo de frutas y vegetales, pescados y mariscos, huevos y carnes magras (16) (18).

Según un estudio, se estableció que las personas con TEA experimentan selectividad alimentaria en un 45% en relación a personas con desarrollo típico, 25,9%. Estudios muestran que el 77% se basa en la selección según su textura, 49,1% según su gusto u olfato, y un 11,3% según su forma. Esto se debe, no solamente a la presencia de la disfunción sensorial, sino que también se relaciona fuertemente con posibles alteraciones motoras, limitaciones comunicativas generadoras de estrés, la rigidez conductual y alteraciones gastrointestinales que pueden generar malestar o molestias a la hora de alimentarse (2).

Como es mencionado previamente, estas alteraciones pueden manifestarse como hiposensibilidad o hipersensibilidad en uno o varios sentidos. En el ámbito auditivo, los niños pueden experimentar incomodidad o incluso dolor ante ruidos intensos, continuos o agudos, lo que puede influir en su preferencia o rechazo hacia ciertos alimentos, especialmente aquellos con texturas crujientes, como “crackers” o chicles. En cuanto a la percepción visual, la forma, el color y la presentación de los alimentos pueden determinar su aceptación o rechazo. Se ha observado que los colores menos aceptados suelen ser el verde y aquellos más oscuros.

El sentido del gusto también juega un papel crucial, ya que algunos alimentos pueden resultar desagradables, lo que limita la variedad alimentaria del niño. En este caso, el rechazo puede estar más relacionado con preferencias personales que con una reacción adversa a los alimentos en sí (1). Asimismo, el sentido del tacto puede estar comprometido, ya que los niños pueden rechazar alimentos de consistencias granuladas, astringentes, duras o gelatinosas, tanto al tocarlos como al masticarlos (16).

Por último, el sentido del olfato puede influir significativamente en la selección de alimentos. Los niños con TEA pueden percibir olores que son imperceptibles para otras personas, lo que puede motivar su aceptación o rechazo de ciertos alimentos. Curiosamente, algunos olores que pueden resultar desagradables para la mayoría pueden ser atractivos para ellos (1).

Estudios indican que el 89% de estas personas presenta trastornos nutricionales y metabólicos, que se manifiestan en deficiencias nutricionales y/o desnutrición. En particular, se ha evidenciado un bajo consumo de proteínas, calcio, fósforo, selenio, vitamina D, complejo B y ácidos grasos polinsaturados (16) (18).

Por otro lado, se ha explorado cómo ciertos alimentos pueden influir en los síntomas y el comportamiento de los niños con autismo, la evidencia acumulada ha demostrado un vínculo entre las alteraciones en la composición de la microbiota intestinal y los síntomas gastrointestinales y neuroconductuales (19), y dado que los problemas de alimentación pueden estar influenciados por problemas digestivos, se recomienda una evaluación médica para excluir esta comorbilidad y explorar posibles patologías orgánicas esenciales (intolerancias/alergias alimentarias, diarrea/estreñimiento, reflujo gastroesofágico y dolor abdominal). Por el contrario, se deben observar algunas conductas infrecuentes (sin antecedente claro) para identificar problemas gastrointestinales como posturas poco correctas, bruxismo, pica, mala masticación de alimentos sólidos. También podría deberse a la baja ingesta de frutas y verduras, ya que son alimentos ricos en fibra (16) (1).

Sin embargo, no existe un perfil distintivo único de la composición de la microbiota en personas con TEA (19).

Un estudio publicado en 2011 “No association between early gastrointestinal problems and autistic-like traits in the general population” publicado en la revista “Developmental Medicine & Child Neurology”, se demuestra que no existen diferencias significativas en cuanto a problemas gastrointestinales entre niños que tienen autismo y aquellos que no (1).

Dentro de los nutrientes que fueron mencionados anteriormente, de bajo consumo en esta población, se encuentran los ácidos grasos poliinsaturados (AGPI). Los ácidos grasos esenciales (AGE) se obtienen de plantas u otros organismos que poseen vías enzimáticas para su síntesis, justamente son esenciales porque sólo se obtienen por la dieta, no lo produce el organismo. Hay dos tipos de AGE, omega 6 (ω -6) derivado del ácido linoleico y el omega 3 derivado del ácido linolénico. Estos se metabolizan en el hígado por enzimas desaturasas para generar estos ácidos de cadena larga, como son el ácido araquidónico (ω -6), ácido eicosapentaenoico (EPA, ω -3) y ácido docosahexaenoico (DHA, ω -3) (20).

En mayor medida, se encuentra compuesto por omega 3 el DHA, el cual es esencial para la formación y el funcionamiento del sistema nervioso, en particular del cerebro y la retina en los seres humanos. Es importante resaltar el papel crucial que se sugiere tuvo este ácido graso en la evolución de la especie humana, especialmente en el crecimiento y desarrollo cerebral, lo que facilitó la aparición de las primeras habilidades cognitivas y de inteligencia que nos diferencian de otros animales. El DHA, y en particular uno de sus derivados denominado neuroprotectina D-1 (NPD-1), exhibe propiedades neuroprotectoras contra el envejecimiento cerebral, diversas enfermedades neurodegenerativas y el daño ocasionado por episodios de isquemia-reperfusión cerebral. Estos ácidos grasos disminuyen la producción de mediadores proinflamatorios y presentan propiedades antitrombóticas, antiarrítmicas y vasodilatadoras, aportando beneficios que son no solo neuroprotectores, sino también cardiovasculares (3).

En la población del TEA, se evalúan deficiencias y anomalías en el metabolismo de los AGPI, por lo que conlleva a una gran producción de citoquinas proinflamatorias periféricas y un aumento en el estrés oxidativo. Es por esta razón, que se considera que la suplementación o una dieta rica en omega 3 puede mejorar la hiperactividad, el letargo y la estereotipia en dicho trastorno (21).

Varias investigaciones han destacado las funciones bioquímicas y nutricionales del DHA, enfatizando la importancia de un adecuado aporte de este ácido graso a lo largo de la vida, especialmente durante el embarazo y la lactancia. Esto es crucial para promover un desarrollo cerebral óptimo durante la vida intrauterina y los primeros años, ya que sus beneficios se reflejan a largo plazo en las habilidades cognitivas y motoras de los niños (22).

Se ha sugerido que es necesario suplementar a la madre con DHA durante el período gestacional e incluso antes, para asegurar un adecuado suministro del ácido graso y facilitar el normal desarrollo del cerebro fetal. Además, se ha demostrado que la suplementación de DHA mejora los síntomas relacionados, lo que implica que un correcto aporte de DHA a través de la alimentación o la lactancia materna puede aumentar la protección neuronal en la descendencia. Esto sugiere que el DHA podría actuar como un factor de riesgo modificable para el TEA (23).

Dentro de las intolerancias y deficiencias alimentarias en esta población, se destacan las dietas sin gluten y caseína que han sido objeto de creciente interés. La caseína es una fosfoproteína presente en los productos lácteos y sus derivados, como el queso, el yogur y la leche, y constituye aproximadamente el 80% de las proteínas en la leche de vaca. Además de su función nutricional, la caseína se utiliza como aditivo en la industria alimentaria para mejorar el color, sabor y textura de

ciertos productos, lo que la convierte en un componente común en numerosos alimentos procesados (24).

El gluten, por su parte, es la principal proteína presente en los granos de trigo y se compone de una mezcla compleja de proteínas, principalmente gliadina y glutenina. Estas proteínas son fundamentales para proporcionar características distintivas a las harinas, especialmente en la elaboración de pan y otros productos horneados, donde contribuyen a la elasticidad y textura de la masa. El gluten también se encuentra en otros cereales como la avena, la cebada y el centeno (25).

Ambas proteínas presentan una estructura que dificulta su digestión completa, lo que genera la formación de péptidos que pueden actuar como opiáceos, interfiriendo con el funcionamiento intestinal. Esto ha llevado a diversas hipótesis que sugieren que una deficiencia enzimática podría estar presente en algunas personas con trastorno del espectro autista (TEA), dificultando su capacidad para descomponer adecuadamente estas proteínas. Este enfoque dietético no solo busca aliviar síntomas gastrointestinales, sino que también se investiga su impacto potencial en el comportamiento y la función cognitiva, abriendo un área de estudio prometedora en la relación entre la alimentación y la salud neurológica (24).

Se llevó a cabo un estudio para medir los niveles de inmunoglobulina A (IgA) e inmunoglobulina G (IgG) específicos para gliadina y caseína en suero. Los resultados mostraron que el 87% de los pacientes autistas presentaban anticuerpos IgG en altos títulos contra gliadina. Además, se detectaron anticuerpos IgA en altos títulos contra gluten o caseína en el 30% de los niños con autismo. Tras implementar una dieta libre de gluten y caseína, se observó una mejora en el comportamiento del 81% de los niños autistas en un período de tres meses, abarcando diversas categorías de conducta (26). Estos hallazgos destacan la relevancia de abordar los problemas de alimentación en niños y adolescentes con TEA, los cuales representan una preocupación constante para padres y cuidadores, así como una potencial causa de problemas de salud. Sin embargo, los estudios sobre este tema son diversos, presentando diferencias en los enfoques metodológicos, lo que dificulta la comparación de resultados (15).

En esta línea, algunas investigaciones han revisado el consumo de niños con TEA en comparación con aquellos con desarrollo típico, logrando identificar ciertas preferencias nutricionales en los niños con esta condición. Además, las familias han relacionado el consumo excesivo de cereales y lácteos con un mayor empeoramiento de los síntomas del autismo. Sin embargo, las revisiones sistemáticas sobre la dieta libre de gluten y caseína (GCFD) indican que la evidencia es insuficiente para apoyarla o refutarla. Por lo tanto, en la actualidad, la GCFD para niños con TEA no puede recomendarse, a menos que se haya realizado un diagnóstico adecuado de alergia o intolerancia a un determinado compuesto o alérgeno. En su lugar, se debe promover la mejora de los hábitos alimenticios, aumentando el consumo de frutas y verduras, carne magra y pescado, y disminuyendo

la ingesta de productos alimenticios ricos en azúcares y grasas, evitando dietas restrictivas a menos que exista una indicación médica tras un diagnóstico claro de alergia o intolerancia (15).

OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

VARIABLE	CONCEPTUAL	OPERACIONAL
Edad	El lapso de tiempo que ocurre desde el nacimiento hasta el momento de la referencia	Encuesta. Categorías: - Hasta 9 años. - Hasta 13 años. - Mayor de 13 años.
Género	Condición orgánica que distingue a los masculinos de las femeninas.	Encuesta. Categorías: - Masculino - Femenino - Prefiero no decirlo.
Peso	Parámetro cuantitativo imprescindible para la valoración del crecimiento, el desarrollo y el estado nutricional del individuo. Se mide en kilogramos.	Encuesta. Respuesta abierta.
Talla	Estatura de un individuo, medida desde los pies hasta la coronilla.	Encuesta. Respuesta abierta
IMC	Medida que relaciona el peso de una persona con su estatura. Es útil para evaluar si es adecuado el peso de la persona.	Encuesta. Categorías: -Bajo peso -Normopeso -Sobrepeso -Obesidad
Variedad en el consumo alimentario	Es una medida cualitativa del consumo de alimentos que refleja el acceso de los hogares a una variedad de alimentos, así como una medida indirecta de la adecuación de nutrientes de la dieta individual.	Encuesta. Categorías: -Cereales -Frutas (por color) -Verduras (por color) -Legumbres -Lácteos -Carnes -Huevo -Dulces
Sensibilidad sensorial	Capacidad de una persona para percibir y procesar la	Encuesta. Reacción a diferentes texturas: blando,

	información sensorial, como la vista, el tacto, el gusto y el olfato.	líquido, cremoso, crujiente, fibroso, gelatinoso, elástico, grumoso, áspero y pastoso. -Reacción de rechazo -Reacción moderada -Reacción de aceptación
Apoyo familiar	Se refiere a la asistencia y el respaldo que los miembros de una familia le brindan a otros miembros, tanto en el ámbito emocional como en el práctico.	Encuesta. Adaptación de instrumento validado para medir calidad de vida.

MATERIAL Y MÉTODO

Diseño, enfoque y alcance de investigación

Enfoque: El enfoque que se le dio al proyecto fue de tipo cuantitativo, ya que se basa en la recolección y el análisis de datos obtenidos a través de un cuestionario, permitiendo así describir y analizar patrones de selectividad alimentaria, sensibilidad sensorial y el rol del apoyo parental en niños y adolescentes con TEA.

Alcance: El cuestionario realizado a la población con TEA tiene un alcance de investigación descriptivo cuyo propósito es el de caracterizar los comportamientos alimentarios de selectividad, las respuestas ante distintas texturas de los alimentos y el nivel de acompañamiento de los padres o tutores.

Diseño: El cuestionario se lleva a cabo bajo un diseño transversal, el cual consiste en observar los datos tal como se presentan en un momento determinado, lo que permite describir la situación actual de la selectividad alimentaria en la población abordada.

Población y muestra

Población y muestra: Niños, niñas y adolescentes de entre 6 y 17 años con TEA de la Provincia de Buenos Aires en abril del año 2025.

Tipo de muestreo no probabilístico e intencional.

Criterios de inclusión

- Niños, niñas y adolescentes de entre 6 a 17 años con TEA

Criterios de exclusión

- Personas adultas con TEA.
- Niños, niñas y adolescentes que no presenten TEA diagnosticado.

Criterios de eliminación

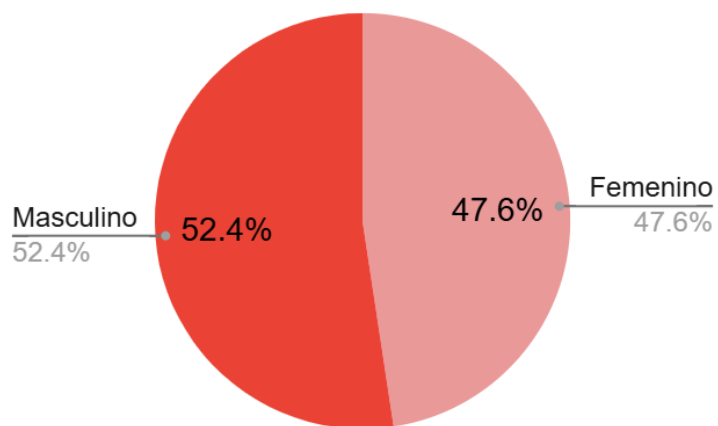
- Encuestas incompletas o encuestas con errores de respuestas insalvables.

RESULTADOS OBTENIDOS

Resultados:

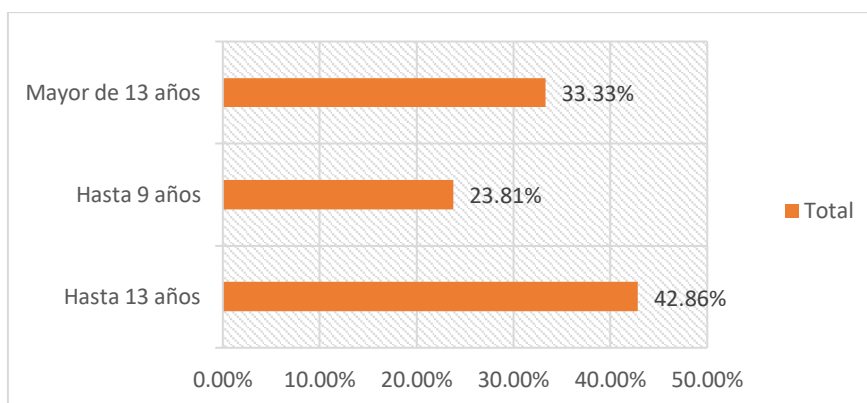
Se ha realizado el cuestionario a las madres/padres/tutores de 21 niños/as, luego de que firmaran un consentimiento informado. No se presentaron participantes excluidos por criterios de eliminación ni de exclusión. Los resultados se describen a continuación:

Figura 1
Género del niño/a.



De los 21 adultos encuestados que respondieron por sobre su menor a cargo, el 52% representa a niños mientras que el 48% a niñas.

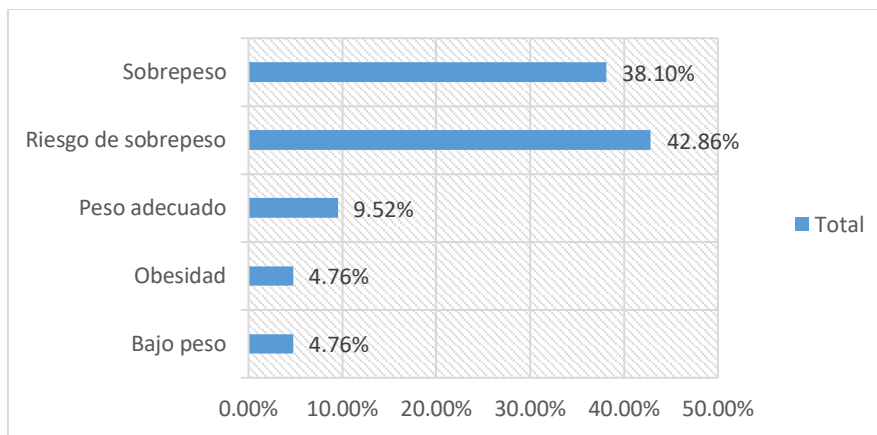
Figura 2
Edad del niño/a.



Se puede agrupar a los niños y niñas en cuestión, en tres categorías según su edad.

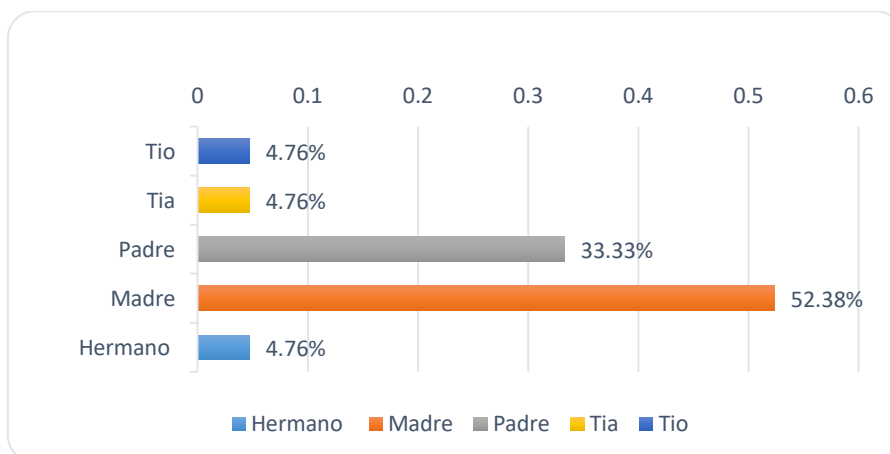
- Hasta 9 años (5 niños/as).
- Hasta 13 años (9 niños/as).
- Mayor de 13 años (7 niños/as).

Figura 3
IMC del niño/a.



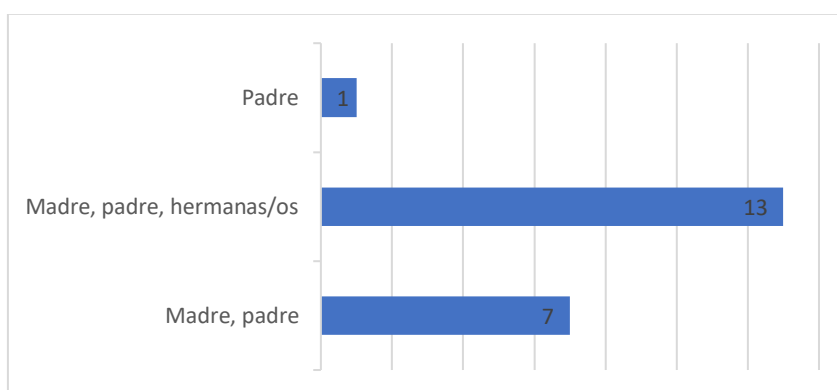
En este gráfico se representa la distribución del estado nutricional según el índice de masa corporal (IMC), categorizado conforme a los puntos de corte propuestos por la OMS para población de 5 a 19 años. En el grupo encuestado, se observa una mayor prevalencia de categorías correspondientes al exceso de peso, tales como sobrepeso y riesgo de sobrepeso. En contraste, las categorías de normopeso, bajo peso y riesgo de bajo peso presentaron una menor representación dentro de la muestra.

Figura 4
Familiar del niño/a que responde el cuestionario.



Quien contestó el cuestionario en la mayoría de los casos fue la madre de cada niño/a con el 52,38%, siguiendo el padre con el 33% y luego tío/tía/hermano con el 4,76%.

Figura 5
Núcleo familiar del niño/a



El núcleo familiar de gran parte de los niños/as está conformado por madre, padre y uno, dos y hasta tres hermanos. Continuando con 7 de 21 niños que son hijos únicos y poseen madre y padre; y 1 niño/a el cual sólo está conformado por el mismo y su padre.

Tabla 1
Edad en la que el niño/a comenzó a ingerir sólidos.

Entre los 12 y 15 meses	1
Entre los 6 y 8 meses	14
Entre los 9 y 11 meses	6

Según los resultados, casi el 67% de los niños/as (14) han comenzado la alimentación complementaria entre los 6 y 8 meses de vida. Seguido por el 28% de los niños/as (6) los cuales han comenzado a ingerir sólidos entre los 9 y 11 meses. Sólo 1 niño de los 21 encuestados ha comenzado entre los 12 y 15 meses.

Grado de aceptación según cada grupo de alimentos.

Tabla 2

Nivel de aceptación de CARNES	De ave	Pescado	Vacuna
Nunca acepta	1	7	1
Acepta con dificultad	2	4	2
Acepta a veces	4	2	4
Acepta sin dificultad	3	2	2
Acepta siempre	11	6	12

Se observa una mayor aceptación de las carnes de ave y vacuna, con predominio del nivel 5. En contraste, el pescado presenta niveles más bajos de aceptación, con mayor frecuencia en los niveles 1 y 2.

Tabla 3

Nivel de aceptación LÁCTEOS	Leche	Queso	Yogur
Nunca acepta	8	2	8
Acepta con dificultad		1	
Acepta a veces	2	5	3
Acepta sin dificultad	4	5	5
Acepta siempre	7	8	5

Respecto de este grupo, la leche y el yogur presentan una alta polarización en la aceptación, con mayor frecuencia en los niveles 1 y 5. El queso, en cambio, muestra una aceptación más uniforme, destacándose en los niveles intermedios y altos.

Tabla 4

Nivel de aceptación VERDURAS (por color)	Amarillo	Blanco	Naranja	Rojo	Verde	Violeta
Nunca acepta	9	17	7	5	11	16
Acepta con dificultad	2	1	3	4	3	1
Acepta a veces	4	1	7	3	5	2
Acepta sin dificultad	2		2	1		
Acepta siempre	4	2	2	8	2	2

En cuanto a las verduras, diferenciadas por color, se puede ver una baja aceptación en general, especialmente las de color blanco, violeta y verde, que concentran la mayor cantidad de respuestas en el nivel 1. Las verduras rojas muestran una mayor aceptación relativa, destacándose en el nivel 5. El color amarillo presenta escasa representación en todos los niveles.

Tabla 5

Nivel de aceptación FRUTAS (por color)	Amarillas	Moradas	Naranjas	Rojas	Verdes
Nunca acepta	3	12	13	5	8
Acepta con dificultad		2	2	1	2
Acepta a veces	3	1	1	2	4
Acepta sin dificultad	4	1	1	5	2
Acepta siempre	11	5	4	8	5

En los niños/as encuestadas se evidencia una baja aceptación hacia frutas moradas y naranjas, con predominio en la categoría “nunca acepta”. En cambio, las frutas amarillas y rojas presentaron

mayores niveles de aceptación, destacándose en “acepta siempre”. Las frutas verdes mostraron una distribución más dispersa entre las distintas categorías.

Tabla 6

Nivel de aceptación DULCES	Amasados de panadería	Azúcar	Dulce de leche	Galletitas dulces	Golosinas	Mermelada
Nunca acepta	2	3	3	1		7
Acepta con dificultad	1	1	2		1	2
Acepta a veces	1		1	1	1	3
Acepta sin dificultad	3	4	4	3	5	2
Acepta siempre	14	13	11	16	14	7

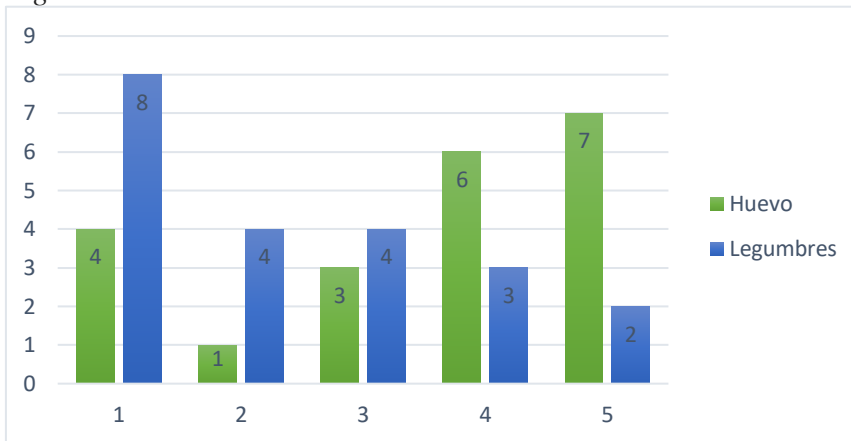
En este caso, surge un elevado nivel de aceptación por parte de los niños/as hacia los alimentos dulces, observándose una mayor frecuencia de respuestas en el nivel 5, particularmente en las categorías de galletitas dulces, golosinas, azúcar y amasados de panadería. En contraste, la mermelada presenta una distribución más heterogénea, con proporciones relevantes también en niveles bajos de aceptación.

Tabla 7

Nivel de aceptación CEREALES	Arroz	Pan	Pastas rellenas	Pastas simples	Pizza
Nunca acepta	3	1	5	3	2
Acepta con dificultad	1	1			2
Acepta a veces	3	2	2		1
Acepta sin dificultad	4	4	5	4	3
Acepta siempre	10	13	9	14	13

Se pone de manifiesto una elevada preferencia por los cereales evaluados, en particular por el pan, la pizza y las pastas simples, los cuales concentran la mayor proporción de respuestas en el nivel 5. El arroz y las pastas rellenas también evidencian una tendencia positiva, aunque con mayor dispersión en los niveles intermedios.

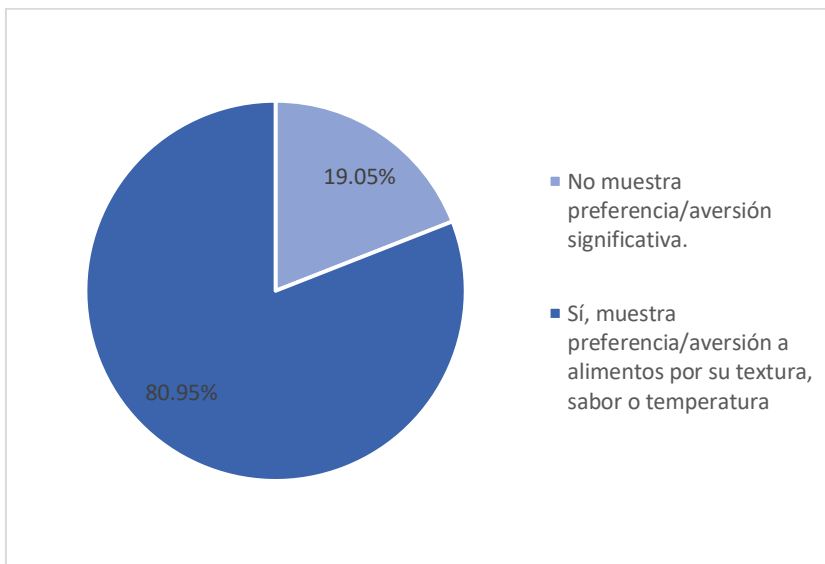
Figura 6



Comparando, en esta oportunidad, el huevo y las legumbres, se permite identificar una mayor preferencia por el huevo, con una concentración progresiva de respuestas en los niveles más altos de aceptación. En contraposición, las legumbres presentan una tendencia inversa, con predominio en el nivel 1 y una disminución paulatina hacia el nivel 5.

Figura 7

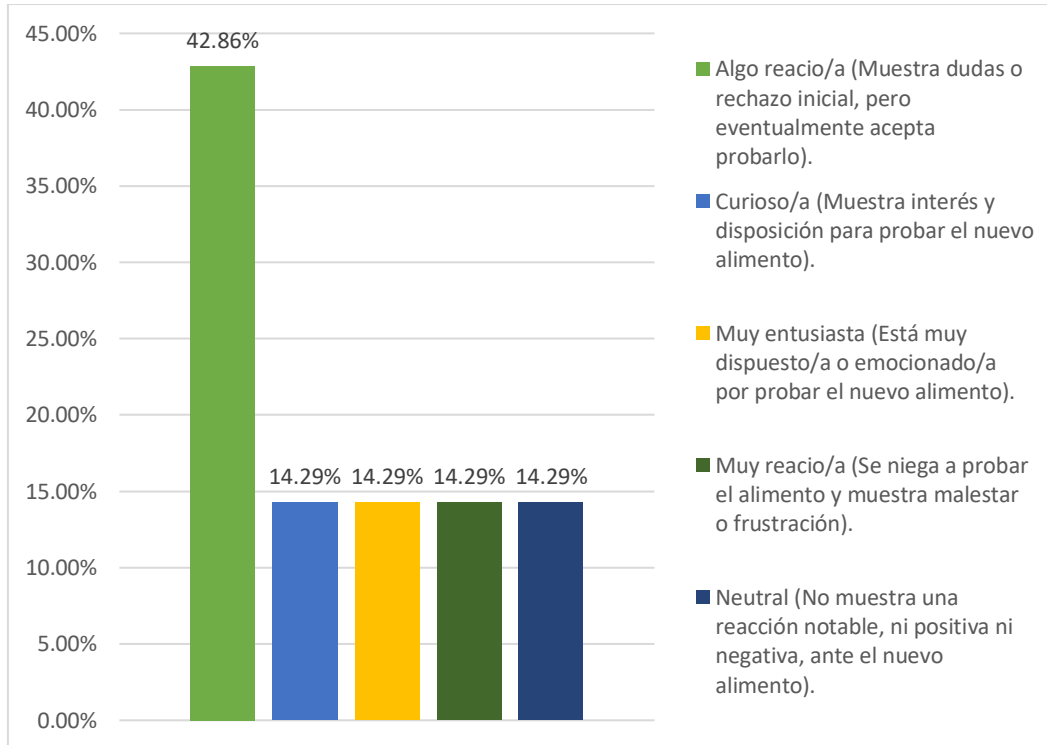
¿El niño/a muestra preferencia o aversión por ciertos tipos de alimentos debido a su textura, sabor o temperatura?



Considerando las características organolépticas de los alimentos, se evidencia que una amplia mayoría (80,95 %) de los encuestados refiere que el niño/a manifiesta algún tipo de preferencia o aversión vinculada a la textura, el sabor o la temperatura, frente a un 19,05 % que no reporta tales conductas.

Figura 8

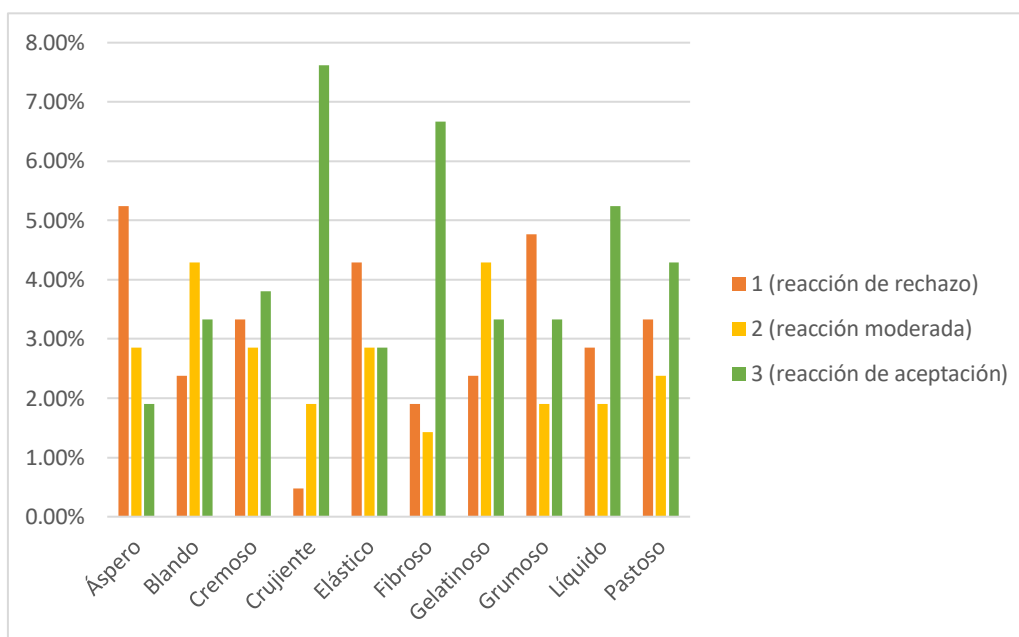
Reacción del niño/a cuando se presenta un nuevo alimento para probar.



En lo que respecta a la reacción frente a la introducción de nuevos alimentos, se advierte que la mayoría de los niños/as (42,86 %) presenta cierta reticencia inicial, aunque con disposición eventual a la aceptación. El resto de las respuestas se distribuye de manera equitativa (14,29 %) entre quienes manifiestan curiosidad, entusiasmo, marcada negativa, o una actitud neutral.

Figura 9

Reacción del niño/a cuando se le presenta un alimento con alguna de las siguientes texturas:

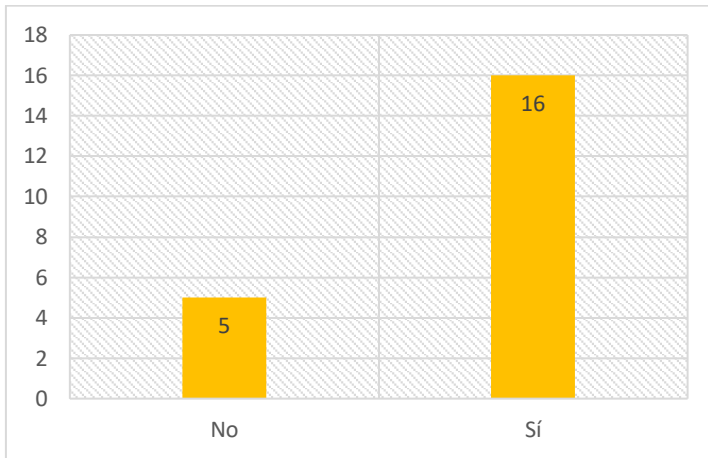


Se observa que las texturas **crujiente** y **fibrosa** concentran los mayores porcentajes de aceptación (7,5 % y 6,7 % respectivamente), lo que sugiere una buena tolerancia sensorial hacia estas consistencias. Por el contrario, la textura **áspera** es la que registra el mayor porcentaje de rechazo (5,3 %), seguida por **grumosa** y **líquida**, ambas con proporciones elevadas en esa misma categoría.

Por su parte, las texturas **cremosa**, **gelatinosa**, **elástica** y **pastosa** presentan una distribución relativamente homogénea entre las tres respuestas, sin una tendencia clara hacia la aceptación o el rechazo. Estos hallazgos ponen de manifiesto que la textura desempeña un rol relevante en la selectividad alimentaria, influyendo de forma diferencial en las reacciones de los niños/as evaluados.

Figura 10

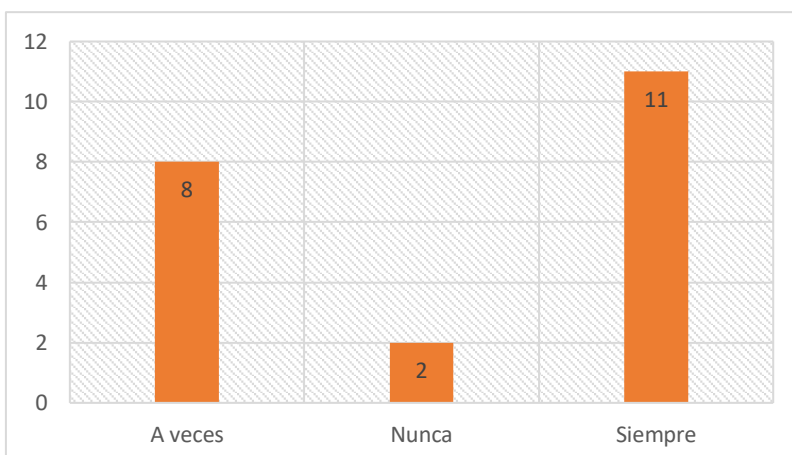
¿El niño/a ha sido evaluado por un nutricionista o médico debido a preocupaciones sobre su alimentación?



El 76,2 % de los niños y niñas fue evaluado por un profesional de la salud – ya sea médico o nutricionista – debido a inquietudes relacionadas con su alimentación, mientras que el 23,8 % no recibió dicha evaluación. Este resultado refleja una notable presencia de preocupaciones clínicas en torno a la conducta alimentaria dentro de la muestra.

Figura 11

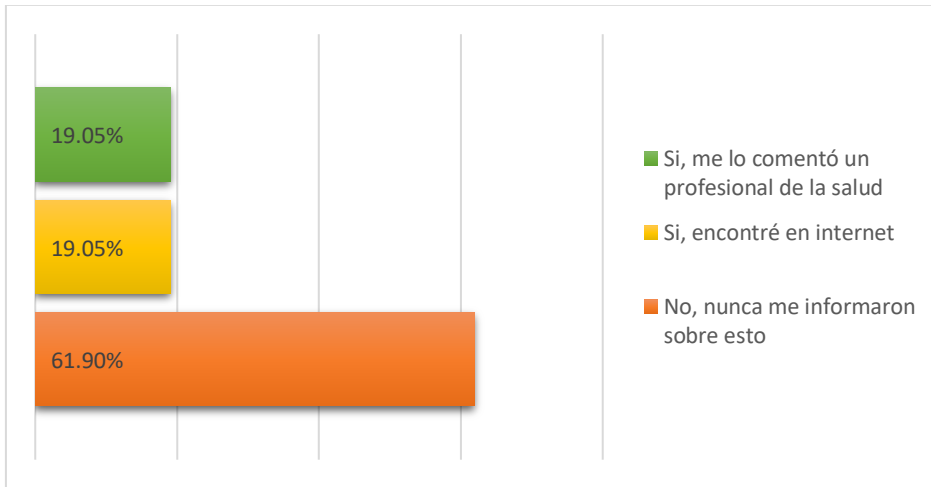
¿El niño/a tiene una rutina establecida en su hogar?



El 52,4 % de los participantes indicó que el niño/a siempre cuenta con una rutina establecida en el hogar. Un 38,1 % señaló que esto ocurre solo a veces, mientras que el 9,5 % refirió la ausencia total de rutina. Estos datos sugieren que, en su mayoría, se intenta mantener cierta estructura diaria.

Figura 12

¿Les ha llegado información, alguna vez, sobre algún alimento benéfico para esta condición?



El 61,9 % de los cuidadores manifestó no haber recibido nunca información sobre alimentos beneficiosos para la condición del niño/a. En cambio, un 19,05 % accedió a dicha información a través de internet, y otro 19,05 % lo hizo por medio de un profesional de la salud. Estos datos reflejan una limitada circulación de información especializada.

Tabla 8

En caso de contestar que “Si” a la pregunta anterior:

Alimentos que beneficien la condición
Frutos secos
Frutas
Verduras
Leche fortificada con Hierro
Carne
Comida saludable

Tabla 9

Calidad de vida del niño/a.

ACTIVIDAD	En total desacuerdo	Desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo
Ante angustia o tristeza, ¿El niño/a expresa esa emoción?	1	2	4	2	12
Con frecuencia muestra enojo	2	1	4	3	11
Disfrutar de actividad física	1	1		4	15
Recibe burlas por parte de sus pares	7	3	9	2	
Tiene dificultad para conciliar el sueño	7	5	4	3	2
Tiene facilidad para hacer amistades	3	2	3	4	9
Tiene limitaciones físicas	5	6		8	2

La mayoría de los cuidadores manifestó que el niño/a expresa emociones como la tristeza y disfruta de la actividad física, lo que podría interpretarse como indicadores de bienestar emocional y participación activa. Asimismo, se reportó con frecuencia la presencia de episodios de enojo. En cuanto a la percepción de burlas por parte de los pares, las respuestas se encuentran divididas, sin una tendencia clara, lo cual no permite establecer una conclusión firme al respecto. Las respuestas en torno a la conciliación del sueño, la facilidad para establecer amistades y las limitaciones físicas evidencian una variabilidad significativa en las experiencias reportadas.

DISCUSIÓN

IMC

El Trastorno del Espectro Autista (TEA), al implicar entre sus características clínicas frecuentes la selectividad alimentaria y/o restricciones dietéticas, podría conllevar alteraciones en el estado nutricional, reflejándose en diversos parámetros antropométricos.

En este estudio participaron 21 niños, niñas y adolescentes con diagnóstico de TEA, cuyas edades se encontraban comprendidas entre los 6 y los 17 años. Las características antropométricas relevadas habrían permitido estimar el Índice de Masa Corporal (IMC) de los participantes.

Los datos obtenidos revelarían una mayor prevalencia de sobrepeso y riesgo de sobrepeso respecto a las categorías de normopeso o bajo peso. Este hallazgo sería congruente con lo reportado por Vallejos-Meriño, Gómez-Álvarez y Campos-Campos (Chile, 2024), quienes indican que estos resultados podrían explicarse por “múltiples factores los cuales interactúan de manera compleja influyendo en el peso corporal de los niños y niñas con TEA. Dentro de estos componentes clave destacaría el estilo educativo parental y la forma en que estos abordan la calidad y cantidad de la ingesta calórica y la práctica de actividad física en el hogar” (27).

SELECTIVIDAD ALIMENTARIA

Tal como se ha mencionado previamente, y según lo revelado por los resultados de esta investigación, el TEA se caracterizaría por una marcada selectividad alimentaria, con preferencia por alimentos ultraprocesados y un bajo consumo de frutas y verduras. Particularmente, se observaría una alta proporción de respuestas correspondientes a la opción “Nunca acepta” en grupos como verduras, pescado y legumbres, lo que sugeriría un rechazo significativo hacia estos alimentos por parte de los participantes.

Este hallazgo coincidiría con lo expuesto por la Lic. María Luz Sanz en su libro *Revolución alimentaria*, donde se señala que las personas con TEA suelen rechazar especialmente las verduras, en particular aquellas con texturas blandas, húmedas o filamentosas. Según la autora, este rechazo podría deberse a una aversión sensorial vinculada al olor, la textura o la apariencia visual de los alimentos (28).

Por el contrario, los grupos de carnes, lácteos, cereales y productos ultraprocesados presentarían una mayor aceptación, indicando una selectividad alimentaria menos pronunciada hacia estos alimentos. Este comportamiento también estaría respaldado por Sanz, quien afirma que los alimentos altamente palatables —ricos en azúcares, grasas y sodio— serían frecuentemente preferidos por niños con TEA, debido a su sabor intenso y sus propiedades sensoriales constantes.

Este perfil de consumo podría tener implicancias nutricionales significativas, dado que se estaría restringiendo la ingesta de nutrientes esenciales como vitaminas, minerales y fibra, presentes en los alimentos menos aceptados. A su vez, podría favorecer desequilibrios energéticos que impactarían negativamente sobre el crecimiento y la salud general.

En el año 2023, un estudio de Italia remarca que “esta selectividad no solo sería común, sino también persistente en el tiempo, es decir, que no suele modificarse fácilmente a medida que los niños crecen” (16). En contraste, la Lic. Sanz sostiene que “aunque la selectividad puede persistir, las posibilidades de éxito aumentan significativamente si se ha abordado y solucionado la cuestión subyacente” (28).

SENSIBILIDAD SENSORIAL

En cuanto a las texturas, los resultados muestran que las más aceptadas habrían sido la crujiente (tostadas, galletitas, snacks, pizza) con un 7,5 %, y la fibrosa (carnes rojas cocidas, pollo desmenuzado, espárragos) con un 6,7 %. Seguidas por la líquida (5%) y la pastosa (4,2%). Por el contrario, la textura áspera (zanahoria rallada, manzana) habría obtenido sólo un 1,8% de aceptación contra un 5,3 % de rechazo.

Este patrón coincidiría con los niveles de aceptación por grupos alimentarios: las carnes rojas y blancas habrían sido ampliamente aceptadas, al igual que los quesos en la categoría de lácteos, los alimentos dulces como golosinas o productos de panadería y los cereales tales como el pan o la pizza.

En Italia, en el año 2023, un estudio de los autores Esposito y Mirizzi, indican que las texturas más aceptadas por esta población suelen ser líquidas o puré (16). Lo cual no coincide con los resultados de este trabajo, si bien se encuentran dentro de las texturas menos rechazadas, las más elegidas por mayor gusto en la mayoría de las encuestas fueron las mencionadas anteriormente.

Un estudio del año 2021, de los autores Julio Plaza-Díaz, Katherine Flores-Rojas y compañía muestra que la hipersensibilidad sensorial estaría estrechamente vinculada a la selectividad alimentaria en niños con TEA. Los niños con mayor sensibilidad a las texturas, olores, sabores o temperaturas presentarían niveles más altos de selectividad (15). Este aspecto sensorial resultaría crucial, aunque no único, ya que otros factores como molestias gastrointestinales, trastornos metabólicos, dificultades en la dentición o alteraciones del estado de ánimo (ansiedad, hiperquinesia) también podrían contribuir a la selectividad alimentaria.

Cabe destacar que, en casos leves de selectividad, una estrategia posible sería modificar la forma de cocción o presentar el alimento en preparaciones diferentes. Sin embargo, en situaciones de selectividad severa podría haber riesgos nutricionales concretos, como deficiencias de micronutrientes, que podrían comprometer la salud del niño o adolescente.

APOYO FAMILIAR Y CALIDAD DE VIDA

El entorno familiar representaría un pilar esencial en el desarrollo integral de niños y adolescentes con TEA. En el ámbito alimentario, la participación activa de madres, padres y/o tutores sería clave para instaurar hábitos saludables, estructurar rutinas y acompañar el abordaje terapéutico de la selectividad alimentaria.

En este estudio se incluyeron preguntas relacionadas con el apoyo familiar, como la existencia de rutinas alimentarias —el 52,4 % afirmó tenerlas, mientras que el 38,1 % indicó que solo a veces y el 9,8 % que no—, la evaluación profesional ante preocupaciones alimentarias —presente en el 76,2 % de los casos— y la adquisición de información sobre alimentos beneficiosos para la salud del niño. También se indagó sobre aspectos de la vida diaria como la actividad física y la expresión emocional, entendiendo que estos también incidirían en la calidad de vida.

Tal como indica la Lic. Sanz, “la colaboración activa de la familia y la escuela sería fundamental para ejecutar cualquier tipo de acción. La familia proporciona el entorno de apoyo necesario en el hogar, mientras que la escuela puede ofrecer recursos adicionales y respaldo en el ámbito educativo”.

Distintas investigaciones habrían evidenciado que el vínculo familiar podría actuar como facilitador del desarrollo de hábitos saludables, aunque también, en ciertos casos, podría convertirse en un factor que mantenga las dificultades alimentarias. Prácticas bien intencionadas como la preparación de comidas especiales o la evitación de situaciones de conflicto podrían limitar la exposición del niño a nuevos alimentos. Es decir, las estrategias adoptadas por los adultos influirían tanto positiva como negativamente en la conducta alimentaria infantil.

Los autores Espósito, Mirizzi, Fadda, Pirollo y Ricciardi, del estudio anteriormente mencionado, señalan que “las prácticas de alimentación de los padres, incluidas las preferencias alimentarias de las familias, podrían influir en los comportamientos alimentarios de los niños al modelar la ingesta de frutas y verduras, limitar los refrigerios, permitir una amplia variedad de alimentos y preparar comidas específicas como diferentes a las del resto de la familia. Además, las comidas familiares permitirían el desarrollo de los componentes sociales de la nutrición, ya que a partir de ellas el niño mostraría la capacidad de imitar las elecciones, patrones y comportamientos nutricionales de los miembros de la familia” (16).

Por tanto, el acompañamiento familiar no sólo influenciaría el comportamiento alimentario, sino también aspectos emocionales, sociales y funcionales que conformarían la calidad de vida del niño o adolescente con TEA. La articulación entre familia, profesionales de la salud y entorno escolar resultaría indispensable para lograr una intervención efectiva, centrada en el bienestar integral del niño.

CONCLUSIÓN

En el presente trabajo se permitió observar que la selectividad alimentaria no sólo constituye un rasgo clínico frecuente en niños, niñas y adolescentes con TEA, sino que representa una variable concreta que condicionaría la calidad y variedad de la ingesta. El estudio ofrece evidencia sobre cómo esta selectividad puede impactar el estado nutricional, principalmente cuando se acompaña de una baja aceptación de alimentos clave desde el punto de vista nutricional. Además, destaca que dicha conducta selectiva no sería estática ni aislada, sino influida por factores sensoriales, emocionales y contextuales.

Asimismo, este trabajo aporta valor por su enfoque integral: no se limitó a registrar la ingesta, sino que consideró el entorno familiar como parte activa del fenómeno alimentario. Este abordaje

permite sostener que comprender la selectividad requiere una mirada amplia, que incluya tanto la experiencia sensorial del niño como el rol que juegan sus cuidadores en el sostenimiento o la transformación de sus hábitos alimentarios.

Finalmente, este estudio subraya la relevancia de implementar mecanismos de detección temprana y seguimiento continuo de la selectividad alimentaria en niños y adolescentes con TEA. La intervención oportuna, junto con la capacitación de profesionales de la salud y familiares, resulta fundamental para prevenir posibles déficits nutricionales y favorecer un desarrollo integral. Este enfoque preventivo y sostenido puede contribuir significativamente a mejorar la calidad de vida de los niños y sus familias, evidenciando la importancia de la nutrición como parte central del abordaje terapéutico.

REFERENCIAS

1. **Villalba, María Baratas - Nuria Hernando - Ma Jesús Mata - Lucía.** *Guía de intervención ante los trastornos de alimentación en niños y niñas con Trastorno del Espectro Autista (TEA).* Madrid : Federación Autismo Madrid.
2. *A comparison of food refusal related to characteristics of food in children with autism spectrum disorder and typically developing children.* **Hubbard, K. L., Anderson, S. E., Curtin, C., Must, A., & Bandini, L. G.** 12, s.l. : Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics, 2014, Vol. 114.
3. *Ácido docosahexaenoico (DHA), un ácido graso esencial a nivel cerebral.* **Rodrigo Valenzuela B., Jessica Morales P. , Julio Sanhueza C., Alfonso Valenzuela B.** 4, Santiago, Chile : Revista chilena de nutrición, 2013, Vol. 40. ISSN 0717-7518.
4. *El autismo 70 años después de Leo Kanner y Hans Asperger.* **ARTIGAS-PALLARÈS, Josep y PAULA, Isabel.** 2012, Madrid : s.n., 2012, Vol. Madrid. ISSN 2340-2733.
5. **Argentina, Ministerio de Salud de La Nación.** *Consenso sobre diagnóstico y tratamiento de personas con Trastorno del Espectro Autista.* Ciudad Autónoma de Buenos Aires : Secretaria de Gobierno de Salud, 2019. pág. 34.
6. **KOWALCZUK, Marisa S.** *¿ Qué sabemos sobre las condiciones del espectro autista? Formación e investigación en autismo: una deuda pendiente en la sociedad argentina.* Córdoba : Análisis de prácticas y experiencias pedagógicas, 2021. ISSN: 2618-4370 .
7. *Autismo.* **ROGEL-ORTIZ, Francisco J.** 2, Mexico : Gaceta médica de México, 2005, Vol. 141. ISSN 2696-1288.
8. *TRASTORNO DESINTEGRATIVO INFANTIL: A PROPÓSITO DE UN CASO.* **CORTÉS, Laura Sáiz.** 2, España : Asociación española de psiquiatría del niño y del adolescente, 2019, Oviedo, Vol. 36. ISSN 1130-9512.
9. **MARTÍNEZ ALONSO, Bárbara.** *Síndrome desintegrativo infantil: estudio de un caso.* León, España : Universidad del León, 2021.
10. *Trastornos generalizados del desarrollo.* **DE IUDICIBUS, L.** 1, Argentina : Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica, 2011, Alcmeon, Vol. 17.
11. *Prevalence of autism spectrum disorder among children aged 8 years—autism and developmental disabilities monitoring network, 11 sites, United States, 2014.* **BAIO, Jon.** 6, Estados Unidos : MMWR. Surveillance Summaries, 2018, Vol. 67.
12. *La importancia de la detección precoz y de la intervención temprana en niños con condiciones del espectro autista.* **RATTAZZI, Alexia.** ISSN 0327-6139, Argentina : Rev. Arg. De Psiquiat, 2014, Vertex, Vol. 25.

13. **Flier, David.** Por qué cuesta tanto saber cuántas personas tienen autismo y qué oportunidad histórica presenta el próximo censo. Redacción periodismo humano, 2022.
14. *Estimación de la prevalencia temprana de Trastornos del Espectro Autista.* Santa Fe, Argentina. **CONTINI, Liliana E., ASTORINO, Francisco y MANNI, Diego C.** 12-13, Santa Fe, Argentina : Boletín técnico, serie zoológica, 2017, Vol. 13. ISSN 1390-3004.
15. *Dietary patterns, eating behavior, and nutrient intakes of Spanish preschool children with autism spectrum disorders.* **PLAZA-DIAZ, Julio, et al.** 10, s.l. : Nutrients, 2021, Vol. 13.
16. *Food selectivity in children with autism: Guidelines for assessment and clinical interventions.* **Esposito, M., Mirizzi, P., Fadda, R., Pirollo, C., Ricciardi, O., Mazza, M., & Valenti, M.** 6, Italia : International journal of environmental research and public health, 2023, Vol. 20.
17. *El diagnóstico de los trastornos alimentarios del DSM-IV-TR al DSM-5. .* **Vázquez Arévalo, R., López Aguilar, X., Ocampo Tellez-Girón, M. T., & Mancilla-Diaz, J. M.** 2, FES Iztacala, México : Revista mexicana de trastornos alimentarios, 2015, Vol. 6. ISSN 2007-1523.
18. *Nutritional Status and Feeding Behavior of Children with Autism Spectrum Disorder in the Middle East and North Africa Region: A Systematic Review.* **Kittana, M., Ahmadani, A., Williams, K. E., & Attlee, A.** 3, s.l. : Nutrients, 2023, Vol. 15.
19. *Autism spectrum disorders and the gut microbiota.* **Fattorusso, A., Di Genova, L., Dell'Isola, G. B., Mencaroni, E., & Esposito, S.** 3, s.l. : Nutrients, 2019, Vol. 11.
20. *The role of omega-3 fatty acids in developmental psychopathology: a systematic review on early psychosis, autism, and ADHD.* **AGOSTONI, Carlo, et al.** 12, s.l. : International journal of molecular sciences, 2017, Vol. 18.
21. *La suplementación con ácidos grasos omega 3 puede mejorar la hiperactividad, el letargo y la estereotipia en niños con trastornos del espectro autista: un metaanálisis de ensayos controlados aleatorizados.* **Cheng, YS, Tseng, PT, Chen, YW, Stubbs, B., Yang, WC, Chen, TY, ... Lin, PY.** s.l. : Neuropsychiatric Disease and Treatment, 2017, Vol. 13. 2531–2543.
22. *Dietary Interventions for Autism Spectrum Disorder: A Meta-analysis.* **David Fraguas, MD, PhD, y otros.** 5, 2019, Vol. 144.
23. *Acido docosahexaenoico (DHA), desarrollo cerebral, memoria y aprendizaje: la importancia de la suplementación perinatal.* **SANHUEZA, Julio, NIETO, Susana y VALENZUELA, Alfonso.** 2, Santiago, Chile : Revista chilena de nutrición, 2004, Vol. 31. ISSN 0717-7518.
24. **RODRÍGUEZ, Elaine Maciques.** La nutrición: una estrategia de intervención en el niño autista. *Acta Médica.* s.l. : Acta Médica, 2003. Vol. 11, 1.

25. *What is gluten?* **BIESIEKIERSKI, Jessica R.** s.l. : Journal of gastroenterology and hepatology, 2017, Vol. 32.
26. *Autism and schizophrenia: intestinal disorders.* **CADE, Robert, et al.** 1, s.l. : Nutritional Neuroscience, 2016, Vol. 3.
27. *Impacto de la clase de Educación Física en escolares diagnosticados con Trastornos del Espectro Autista.* **Carlos Vallejos-Meriño, Nicolás Gómez-Álvarez, Kevin Campos-Campos.** 52, Chile : Federación Española de Asociaciones de Docentes de Educación Física (FEADEF), 2024, Vols. 499-508. 1988-2041.
28. **Sanz, María Luz.** *REEVOLUCION ALIMENTARIA.* Los Polvorines : Reywal, 2024. 978--631-90271-2-9.

Anexos

Datos sociodemográficos*

- ¿Cuál es el parentesco de la persona que responde a este formulario con el niño/a?
 - Madre
 - Padre
 - Ambos
 - Otro:

- ¿Cuál es el sexo del niño/a?
 - Femenino
 - Masculino
 - Prefiero no decirlo

- ¿Cuál es la edad del niño/a?
 - Hasta 9 años
 - Hasta 13 años
 - Mayor de 13 años

- Fecha de nacimiento del niño/a

- Peso (en kg) del niño/a.

- Estatura del niño/a.

- ¿Cómo está conformado el núcleo familiar del niño/a?

Alimentación del niño/a*

- Edad en la que el niño/a comenzó a ingerir sólidos*
 - Entre los 6 y 8 meses
 - Entre los 9 y 11 meses
 - Entre los 12 y 15 meses

En cuanto a cada grupo de alimentos, ¿Cuál es el grado de ACEPTACIÓN de cada uno de ellos?:

Carnes

	1	2	3	4	5
Vacuna					
De ave					
Pescado					

Lácteos

	1	2	3	4	5
Leche					
Yogur					

Queso					
-------	--	--	--	--	--

Huevo

	1	2	3	4	5
Huevo					

Verduras (por color)

	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>
Rojo (tomate, ají)					
Verde (brócoli, espinaca, rúcula, ají, zucchini, zapallito)					
Naranja (calabaza, zapallo, zanahoria)					
Violeta (remolacha, berenjena, lechuga morada)					
Amarillo (ají, choclo)					
Blanco (cebolla, coliflor)					

Legumbres

	1	2	3	4	5
Legumbres (lentejas, poroto)					

blanco, poroto negro, garbanzos)					
----------------------------------	--	--	--	--	--

Frutas (por color)

	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>
Rojas (manzana, frutillas, cerezas)					
Amarillas (banana, ananá, melón)					
Naranjas (naranja, mandarina, durazno)					
Verdes (pera, uvas verdes, kiwi, manzana)					
Moradas (uvas, ciruela, arándanos)					

Dulces

	1	2	3	4	5
Mermelada					
Galletitas dulces					
Azúcar					
Dulce de leche					
Golosinas					
Amasados de panadería					

(facturas, tortas, brownie)					
-----------------------------------	--	--	--	--	--

Cereales

	1	2	3	4	5
Pan					
Arroz					
Pastas simples (fideos, ñoquis)					
Pastas rellenas (ravioles, sorrentinos)					
Pizza					

- ¿El niño/a muestra preferencia o aversión por ciertos tipos de alimentos debido a su textura, sabor o temperatura?
 - Sí, muestra preferencia/aversión a alimentos por su textura, sabor o temperatura
 - No muestra preferencia/aversión significativa.

- ¿Cómo reacciona el niño/a cuando se le presenta un nuevo alimento para probar? Selecciona las opciones que mejor describan su comportamiento.
 - Muy reacio/a (Se niega a probar el alimento y muestra malestar o frustración).
 - Algo reacio/a (Muestra dudas o rechazo inicial, pero eventualmente acepta probarlo).
 - Neutral (No muestra una reacción notable, ni positiva ni negativa, ante el nuevo alimento).
 - Curioso/a (Muestra interés y disposición para probar el nuevo alimento).
 - Muy entusiasta (Está muy dispuesto/a o emocionado/a por probar el nuevo alimento).

- ¿Cuál es la reacción del niño/a cuando se le presenta un alimento con alguna de las siguientes texturas?:

	1 (reacción de rechazo)	2 (reacción moderada)	3 (reacción de aceptación)
Blando			
Líquido			

Cremoso			
Crujiente			
Fibroso			
Gelatinoso			
Elástico			
Grumoso			
Áspero			
Pastoso			

- ¿El niño/a ha sido evaluado por un nutricionista o un médico debido a preocupaciones sobre su alimentación?

- Sí
- No

CALIDAD DE VIDA*

- ¿El niño/a tiene una rutina establecida en su hogar (por ejemplo, horarios fijos para comidas, sueño, actividades)?
 - Siempre
 - A veces
 - Nunca
- ¿Les ha llegado información, alguna vez, sobre algún alimento benéfico para esta condición?
 - Sí, me lo comentó un profesional de la salud
 - No, nunca me informaron sobre esto
 - Si, encontré en internet
- En caso de haber contestado que "Si" en la pregunta anterior, mencione 3 (tres) alimentos.
- Calidad de vida. Seleccione la opción que crea más certera, siendo 1 "en total desacuerdo" y 5 "muy de acuerdo"

	En total desacuerdo	Desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo
Disfruta de actividad física (caminar, correr, nadar, jugar al aire libre)					
Tiene limitaciones físicas					

(fatiga, dificultad para coordinar movimientos, rigidez).					
Tiene dificultad para conciliar el sueño.					
Tiene facilidad para hacer amistades.					
Recibe burlas por parte de sus pares.					
Ante angustia o tristeza, el niño/a, expresa esa emoción?					
Con frecuencia muestra enojo (gritar, rabia, mostrar frustración)					