

Licenciatura en Nutrición
Trabajo Final Integrador

Autora: Jimena Parra

**ABORDAJE FAMILIAR ANTE LA SELECTIVIDAD
ALIMENTARIA DE NIÑAS Y NIÑOS CON TRASTORNO
DEL ESPECTRO AUTISTA DEL ÁREA
METROPOLITANA DE BUENOS AIRES**

2025

Tutora: Esp. Paula Mizrahi

Citar como: Parra J. Abordaje Familiar ante la Selectividad Alimentaria de Niñas y Niños con Trastorno del Espectro Autista del Área Metropolitana de Buenos Aires. [Trabajo Final de Grado]. Buenos Aires: Universidad ISALUD; 2025. <http://rid.isalud.edu.ar/handle/1/3586>



Agradecimientos

A mi familia, abuelos: Tete y Tere.

RESUMEN

Introducción: El Trastorno del Espectro Autista (TEA) se asocia frecuentemente con conductas de selectividad alimentaria que pueden afectar el estado nutricional infantil y generar tensiones en la dinámica familiar.

Objetivo: Analizar el abordaje familiar ante la selectividad alimentaria en niñas y niños con TEA residentes del AMBA.

Metodología: Estudio descriptivo de corte transversal, con muestreo no probabilístico por bola de nieve. Participaron 20 cuidadores (n=20) de niños con TEA. Se aplicó una encuesta autoadministrada de elaboración propia, difundida mediante Google Form durante el año 2025, previamente pilotada para evaluar claridad y comprensión.

Resultados: El 95% (n=19) de los participantes fueron madres y el 85% convivía la mayor parte del tiempo con el niño/a. El 75% de los niños presentó conductas de selectividad asociadas a características sensoriales. El 55% de las familias percibió un estado nutricional adecuado. Las estrategias más utilizadas fueron el ofrecimiento repetido de alimentos y refuerzo positivo. El 52% refirió haber recibido orientación profesional, principalmente por parte de terapeutas ocupacionales.

Conclusión: La selectividad alimentaria en niñas y niños con TEA constituye un desafío para las familias y requiere acompañamiento interdisciplinario y educación nutricional continua. Los hallazgos evidencian la influencia del entorno familiar en el manejo de esta problemática y refuerzan la necesidad de implementar intervenciones integrales orientadas al acompañamiento de las familias.

Palabras claves: Autismo, Selectividad alimentaria, Nutrición, Familia, Conducta alimentaria.

ABSTRACT

Introduction: Autism Spectrum Disorder (ASD) is frequently associated with selective eating behaviors that can affect children's nutritional status and create tension in family dynamics.

Objective: To analyze the family approach to selective eating in children with ASD residing in the Buenos Aires Metropolitan Area (AMBA).

Methodology: A descriptive, cross-sectional study was conducted using non-probability snowball sampling. Twenty caregivers (n=20) of children with ASD participated. A self-administered survey, developed by the researchers and distributed via Google Forms during 2025, was used. The survey had been previously piloted to assess clarity and comprehensibility.

Results: Ninety-five percent (n=19) of the participants were mothers, and 85% lived with the child most of the time. Seventy-five percent of the children exhibited selective eating behaviors associated with sensory characteristics. Fifty-five percent of the families perceived their child's nutritional status as adequate. The most frequently used strategies were repeated offering of food and positive reinforcement. Fifty-two percent reported having received professional guidance, primarily from occupational therapists.

Conclusion: Selective eating in children with ASD presents a challenge for families and requires interdisciplinary support and ongoing nutritional education. The findings demonstrate the influence of the family environment on managing this issue and reinforce the need to implement comprehensive interventions focused on supporting families.

Keywords: Autism, Selective eating, Nutrition, Family, Eating behavior.

ÍNDICE

Contenido

1.INTRODUCCIÓN.....	7
2. MARCO TEORICO Y ESTADO DEL ARTE - Trastorno del Espectro Autista (TEA) .	8
2.1. Definición	8
2.2. Epidemiología y Etiología	8
2.3. Detección temprana	9
2.4. Diagnóstico	10
2.5. Tratamiento	10
2.6. <i>Hábitos alimentarios y estado nutricional en niñas y niños con TEA</i>	11
2.6.1. Hábitos alimentarios en la Infancia	11
2.6.2. Impacto nutricional	11
2.6.3. Deficiencias Nutricionales frecuentes	12
2.6.4. Selectividad alimentaria en niños y niñas con TEA.....	12
2.6.5. Factores implicados.....	13
2.6.6. Neofobia alimentaria.....	13
2.6.7. ¿Selectividad alimentaria o ARDIF?	14
2.7. <i>Modelo de Integración Sensorial</i>	14
2.8. <i>Impacto del entorno familiar</i>	15
2.8.1. Estrés familiar y dinámica en la alimentación	15
2.8.2. Rol de la familia en los hábitos alimentarios	15
2.8.3. Estrategias familiares recomendadas	15
2.9. <i>Intervenciones del equipo de Salud</i>	16
2.9.1. Rol del Nutricionista.....	16
2.9.2. Técnicas específicas de intervención Nutricional:.....	17
2.9.3. Técnicas Conductuales utilizadas y/o pensadas.....	19
3. PRESENTACIÓN PREGUNTA PROBLEMA	20
Objetivos específicos:	20
4.MATERIALES Y MÉTODOS.....	21
4.1 Tipo de estudio.....	21
4.2 Población	21
4.3 Muestra	21
4.4 Tipo de Muestreo	21
4.5 Criterio de elegibilidad:	21

4.5.2 Criterio de exclusión:	21
4.5.3 Criterio de eliminación	22
4.6 Diagrama de Gantt simplificado.....	22
4.7 Unidad de análisis y unidad de observación.....	23
4.8 Operacionalización de variables.....	23
4.9 Éticas	27
4.10 Instrumento de recolección de datos	27
4.11 Prueba piloto	27
5.ANÁLISIS Y RESULTADOS	28
5.1 Característica de la muestra – Sociodemográfica. Tabla, Gráfico 1- 5	28
6.DISCUSIÓN.....	39
7.MATRIZ FODA DEL ESTUDIO	40
8.CONCLUSIONES	41
9. BIBLIOGRAFÍA.....	42
10.ANEXOS.....	46

1.INTRODUCCIÓN

El Trastorno del Espectro Autista (TEA) es una condición del neurodesarrollo definida por un conjunto de características conductuales persistentes (1), que con frecuencia se asocia dificultades en la alimentación, entre ellas la selectividad alimentaria.

En Argentina, datos oficiales recientes (octubre del 2023), estiman 114.389 de personas certificadas con diagnóstico de TEA; número que representa un 8,5% del total de personas certificadas con deficiencia mental (2). Dentro de esta población, el Área Metropolitana de Buenos Aires (AMBA) concentra el mayor porcentaje de casos (45,8%) (2), constituyéndose como una región de especial relevancia para el análisis de esta problemática.

Las conductas propias del Espectro pueden limitar la variedad dietaria, incrementar el riesgo de deficiencias nutricionales y generar tensiones en la dinámica familiar. En este contexto, el entorno familiar adquiere un rol central, ya que las prácticas, creencias, recursos y conocimientos de los cuidadores influyen directamente en la construcción de hábitos alimentarios. Asimismo, la intervención oportuna y acompañamiento interdisciplinario pueden prevenir complicaciones nutricionales y mejorar la calidad de vida (3).

A pesar de la evidencia internacional disponible, en Argentina existen escasos estudios que analicen el rol del entorno familiar en el manejo de la selectividad alimentaria en niños con TEA. En este marco, el presente estudio se propone analizar el abordaje familiar frente a esta problemática en el AMBA, con el fin de generar evidencia local que contribuya al diseño de estrategias de intervención nutricional y de apoyo familiar basadas en evidencia.

2. MARCO TEORICO Y ESTADO DEL ARTE - Trastorno del Espectro Autista (TEA)

2.1. Definición

El Trastorno del Espectro Autista (TEA) constituye una alteración del neurodesarrollo caracterizada por un conjunto de manifestaciones conductuales persistentes. De acuerdo con el DSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders), se define por la presencia de dificultades en la comunicación e interacción social, junto con patrones repetitivos, restringidos de comportamiento, intereses limitados y necesidad de rutinas, con repercusiones y un impacto de por vida (1).

La presentación clínica es heterogénea y variable entre individuos y a través del tiempo, acorde al crecimiento y maduración de las personas. Pudiendo coexistir alteraciones cognitivas, de aprendizaje, emocionales y médicas que incluyen: trastornos del sueño y la alimentación, ansiedad, depresión, problemas de atención, conductas agresivas hacia los demás o hacia ellos mismos, epilepsia y problemas gastrointestinales (1). Todas ellas afectan de manera significativa la calidad de vida de las personas con esta condición (1).

En los últimos años, la literatura científica ha mostrado un creciente interés por la relación entre el TEA y conducta alimentaria, especialmente por alta frecuencia de selectividad alimentaria. Diversos estudios estiman que esta problemática afecta entre el 50% y el 75% de los niños con TEA, generando un impacto negativo sobre el estado nutricional y calidad de vida (4). En este contexto, la familia adquiere un rol central en la construcción de hábitos alimentarios y en la implementación de intervenciones interdisciplinarias (5).

2.2. Epidemiología y Etiología

La evidencia actual sugiere una etiología multifactorial del TEA, en la que interactúan factores genéticos y ambientales que incrementan la probabilidad de desarrollar el trastorno (1).

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), en 2017 la prevalencia global se estimaba en 1 de cada 160 niños, con mayor frecuencia en varones, y aproximadamente

el 75% de las personas presentan comorbilidades psiquiátricas, como trastorno por déficit de atención (TDAH), hiperactividad o trastornos de ansiedad (2, 4).

Reportes más recientes indican cifras superiores, estimándose una prevalencia cercana a 1 de cada 100 niños a nivel mundial, lo cual refleja un aumento en los diagnósticos en comparación con cifras previas. Especialmente en países de ingresos altos, lo que se asocia tanto a mejoras en los sistemas de detección como a un posible incremento real de los diagnósticos (6).

En Argentina y América Latina aún se observa escasez de registros epidemiológicos sistematizados, lo que dificulta dimensionar la magnitud del problema y fundamenta la necesidad de investigaciones locales contextualizadas, particularmente en el Área Metropolitana de Buenos Aires (AMBA).

2.3. Detección temprana

La detección precoz del TEA se basa en la vigilancia sistemática del desarrollo infantil y en la identificación de signos de alarma en el primer nivel de atención. Se recomienda considerar la sospecha diagnóstica sea considerada en el primer nivel de atención, por criterios clínicos, indicadores del desarrollo atípico o preocupaciones manifestadas por la familia, cuidadores o instituciones educativas (1).

El consenso internacional reconoce que el diagnóstico temprano constituye un factor decisivo para el diseño de intervenciones oportunas, mejorando del pronóstico cognitivo, conductual y nutricional. Sin embargo, en el contexto local se observan demoras en la derivación y acceso a tratamientos, vinculadas a limitaciones informativas profesional y de recursos sanitarios (1).

La Academia Americana de Pediatría recomienda realizar cribados sistemáticos del desarrollo y del TEA a los 18 y 24 meses mediante herramientas estandarizadas como el M-CHAT-R/F (Modified Checklist for Autism in Toddlers, Revised with Follow-Up), cuestionario dirigido a padres que facilita la identificación de riesgo y la derivación a servicios especializados, favoreciendo el acceso a intervenciones precoces (7,8).

2.4. Diagnóstico

El diagnóstico del TEA es esencialmente clínico y debe ser realizado por un equipo interdisciplinario integrado, como mínimo, por un médico pediatra y un profesional capacitado en desarrollo infantil perteneciente a áreas como psiquiatría infanto-juvenil, neurología, psicología, psicopedagogía o fonoaudiología (7).

Se fundamenta en los criterios establecidos por el DSM-5 (1) y de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11) (9), que contemplan déficits persistentes en la comunicación e interacción social (actual o pasada), junto con patrones restrictivos de comportamiento, intereses o actividades.

En la práctica clínica, la observación conductual, se complementan con entrevistas semiestructuradas como la ADI-R (Autism Diagnostic Interview-Revised) y escalas de observación como la ADOS-2 (Autism Diagnostic Observation Schedule), herramientas que contribuyen a caracterizar el perfil funcional del niño y fortalecer la precisión diagnóstica (10).

2.5. Tratamiento

Los niños con TEA presentan una amplia variabilidad en sus fortalezas y dificultades, por lo que no existe un único tratamiento aplicable a todos los casos. Factores como la edad al diagnóstico, nivel de apoyo requerido, las comorbilidades, situación familiar/social, y disponibilidad de recursos sanitarios condicionan el pronóstico. Los enfoques educativos adecuados, el apoyo a familias y profesionales pueden mejorar la vida de las personas con TEA (7).

El tratamiento se sustenta en cuatro principios fundamentales (7):

1. Individualidad del tratamiento.
2. Estructuración del entorno para maximizar la participación de todos.
3. Intensidad y generalización de las intervenciones.
4. Participación familiar.

En este marco, se ha señalado estudios como el de Marí – Bauset et al. (2014) que la participación familiar favorece avances sostenidos en la aceptación alimentaria y en la

diversificación dietaria (6). Las intervenciones conductuales tempranas intensivas, como el modelo Denver de Atención Temprana (ESDM), y los programas basados en Análisis Conductual Aplicado (ABA), cuentan con mayor respaldo empírico para mejorar el desarrollo comunicativo y adaptativo. Asimismo, se recomienda un abordaje integral que incluya nutricionistas, terapeutas ocupacionales y psicólogos para el manejo de conductas alimentarias problemáticas como la selectividad (11,12,13).

2.6. Hábitos alimentarios y estado nutricional en niñas y niños con TEA

2.6.1. Hábitos alimentarios en la Infancia

Los hábitos alimentarios comienzan a consolidarse en los primeros años de vida. Si bien no existe una definición única, se consideran un conjunto de pautas que permiten alcanzar una alimentación saludable, destacándose la diversidad y variedad de alimentos. En este sentido, se reconoce que “las preferencias y creencias individuales, las tradiciones culturales, los factores geográficos y ambientales son factores que se encuentran interactuando de manera compleja y determinan modelos dietarios personales” (14).

En niños con TEA, estas influencias se ven atravesadas por rigideces conductuales y sensibilidades sensoriales particulares que interfieren en la adquisición de dichos hábitos, asociándose con la necesidad de rutinas estrictas, la dificultad para aceptar cambios y la hipersensibilidad sensorial (visual, táctil, gustativa y olfativa) (7).

2.6.2. Impacto nutricional

Las alteraciones en la conducta alimentaria pueden repercutir de manera significativa sobre el estado nutricional. Entre las consecuencias se describen tanto obesidad, como desnutrición, derivadas de ingestas inadecuadas de energía y nutrientes, mala absorción y presencia trastornos gastrointestinales asociados (15).

Un estudio realizado en Chile evidenció variaciones según grupo etario: mayor tasa de sobrepeso entre los 2 a 5 años, mayor prevalencia de bajo peso entre los 5 a 11 años y mayor probabilidad de obesidad entre los 10 a 17 años en comparación con niños sin TEA (15).

Estas situaciones se relacionan con dificultades severas durante las comidas, intereses restringidos y problemas motores que limitan la actividad física y favorecer la ganancia de peso (16).

Asimismo, un estudio realizado en México en 31 niños con TEA mostró que, si bien el 70,9% presentaba estado eutrófico, se observaba elevada ingesta de bebidas azucaradas y bajo consumo de verduras, lo que evidencia riesgo de malnutrición incluso en presencia de peso adecuado (17).

2.6.3. Deficiencias Nutricionales frecuentes

Se han identificado deficiencias de diversos micronutrientes, entre ellos, calcio, hierro, zinc, potasio, vitamina A, vitamina D, vitamina E, riboflavina, vitamina C, vitamina B₁₂, ácido fólico y colina, frecuentemente asociadas a dietas restrictivas y a síntomas gastrointestinales que interfieren con la absorción. Estas carencias pueden afectar el crecimiento, el desarrollo neurológico y la función inmunológica (18).

Además, se ha descrito mayor prevalencia de anemia ferropénica en comparación con la población general, evidenciando una paradoja nutricional en la que coexisten desnutrición por déficit de micronutrientes y exceso de peso por consumo de alimentos energéticamente densos y ultra procesados, con baja calidad nutricional (15,19).

La baja variedad alimentaria constituye un predictor relevante del estado nutricional, ya que los patrones de selectividad alimentaria se asocian con un menor consumo de frutas, verduras y proteínas de alto valor biológico. Incrementando el riesgo de deficiencias vitamínicas y minerales a largo plazo (20).

2.6.4. Selectividad alimentaria en niños y niñas con TEA

La selectividad alimentaria es una de las conductas más frecuentes de esta población. Se caracteriza por una restricción marcada en la variedad dietaria, rechazos persistentes y consumo repetitivo de un número limitado de alimentos. Estudios recientes indican que

aproximadamente el 75,89% de niños y adolescentes con TEA presentan algún grado de selectividad (5,6,21).

Esta conducta se relaciona tanto con la composición nutricional de los alimentos (proteínas, hidratos de carbono, grasas) como con características sensoriales tales como textura, olor, sabor, color (20), y puede vincularse con hipersensibilidades sensoriales, rigidez conductual y una fuerte necesidad de rutinas (7).

Entre los ejemplos frecuentes se describen preferencias por alimentos de un mismo color o textura, como preparaciones blancas o crocantes, con rechazo de frutas y verduras frescas por su textura húmeda; en algunos casos, la presentación debe repetirse de forma idéntica para ser aceptada (22).

2.6.5. Factores implicados

La selectividad alimentaria responde a múltiples factores interrelacionados, entre los que se destacan:

- Hipersensibilidad sensorial: reacciones aumentadas frente a estímulos como la textura, el olor, el color, o la temperatura de los alimentos condicionando la aceptación.
- Rigidez conductual: tendencia a mantener patrones de conducta repetitivos y resistencia al cambio.
- Necesidad de rutinas: preferencia por contextos y presentaciones alimentarias predecibles, como el uso del mismo plato, disposición de los alimentos o marcas específicas.
- Neofobia alimentaria: rechazo o evitación de alimentos nuevos o desconocidos, lo que limita la variedad dietaria (19,20).

2.6.6. Neofobia alimentaria

La neofobia alimentaria, entendida como el rechazo de alimentos nuevos o desconocidos, suele ser baja en los primeros años de vida y alcanzar su punto máximo entre los dos y los seis años, constituyendo una fase evolutiva frecuente en el desarrollo infantil (23,24).

Un nivel reducido de neofobia facilita la incorporación progresiva de alimentos y favorece una dieta más variada (24). No obstante, en niños con TEA esta respuesta puede intensificarse debido a la hipersensibilidad sensorial y la rigidez conductual, reforzando patrones de alimentación restrictivos y persistentes (23,25).

2.6.7. ¿Selectividad alimentaria o ARDIF?

El Trastorno Evitativo y Restrictivo de la Ingesta de Alimentos (ARDIF) constituye una forma extrema y persistente de restricción alimentaria que impacta negativamente en la salud física o mental. Aunque puede confundirse con selectividad alimentaria, presenta mayor gravedad clínica (1,25).

Fue incorporado por la Asociación Estadounidense de Psiquiatría en 2013, reemplazando diagnósticos previos de la infancia (1,25). Su diagnóstico requiere evaluación profesional y contempla criterios como pérdida o escaso aumento de peso, deficiencias nutricionales significativas, dependencia de suplementos o alimentación por sonda, y afectación psicosocial relevante (25).

Los investigadores aún se encuentran trabajando en encontrar por qué algunos niños desarrollan ARFID y otros no. Sin embargo, su prevalencia es mayor en niños con ansiedad, TEA, otros trastornos del neurodesarrollo y síntomas gastrointestinales (18,19,25).

2.7. Modelo de Integración Sensorial

El modelo de Integración Sensorial fue desarrollado por Jean Ayres, permite comprender las dificultades sensoriales presentes en niños con TEA. Postula que el cerebro integra y organiza la información sensorial para generar respuestas adaptativas al entorno (26).

Cuando este proceso se encuentra alterado, pueden presentarse dificultades en la respuesta a estímulos vinculados con la alimentación. La Terapia de Integración Sensorial (TIS) busca regular estas respuestas mediante estímulos planificados que favorezcan una mayor tolerancia sensorial y promuevan una dieta más variada (26,27,28).

2.8. Impacto del entorno familiar

El entorno familiar constituye un determinante central en la configuración de las prácticas alimentarias infantiles. Diversos estudios han demostrado que las creencias, actitudes y recursos de los cuidadores influyen en la aceptación de alimentos y en la implementación de estrategias de intervención (3).

2.8.1. Estrés familiar y dinámica en la alimentación

La selectividad impacta en la dinámica familiar, generando estrés, ansiedad y aislamiento social (29). Los cuidadores suelen enfrentar elevada preocupación por la ingesta, restricciones dietéticas y las conductas alimentarias complejas, lo que puede traducirse en frustración y agotamiento emocional (31).

Estudios reportan que entre el 50% y 70% de los padres presentan altos niveles de **estrés** relacionado con la alimentación, afectando el sueño, la salud mental y la vida social. Las intervenciones de apoyo parental han demostrado reducir significativamente la ansiedad y mejorar la percepción de eficacia en el manejo cotidiano (29, 31,32).

2.8.2. Rol de la familia en los hábitos alimentarios

La familia influye directamente en el comportamiento alimentario, en tanto determina la disponibilidad de alimentos, la estructura de las comidas y las actitudes transmitidas hacia la alimentación (3,33).

Sin orientación adecuada, pueden adoptarse prácticas contraproducentes como forzar la ingesta o limitar la dieta exclusivamente a alimentos aceptados, perpetuando déficits nutricionales (32,33).

2.8.3. Estrategias familiares recomendadas

Se recomiendan estrategias tales como (3,33,32,34)

- Crear un ambiente positivo y tranquilo durante las comidas.
- Mantener rutinas consistentes.
- Introducir alimentos nuevos de forma gradual.
- Involucrar al niño en la preparación de los alimentos.
- Aplicar refuerzo positivo.

El modelado parental, consiste en consumir alimentos saludables frente al niño sin presión, ha mostrado efectividad para reducir la selectividad (34).

2.9. Intervenciones del equipo de Salud

El abordaje de la selectividad alimentaria requiere intervenciones coordinadas entre distintos profesionales de la salud, integrando perspectivas nutricionales, sensoriales, conductuales y médicas (5,6,11).

2.9.1. Rol del Nutricionista

El nutricionista cumple un rol central en la evaluación del estado nutricional, la detección de deficiencias específicas y el diseño de planes individualizados que contemplen preferencias sensoriales y las necesidades específicas (5,6,11,17).

La valoración debe incluir:

- Historia alimentaria detallada: permitirá conocer los patrones de selectividad, alimentos rechazados, número de comidas por día (5,6).
- Recordatorio de 24 hs y frecuencia alimentaria (5,6,19).
- Antropometría: peso, talla, IMC para la edad, perímetro cefálico en menores de 5 años (5,17).
- Marcadores bioquímicos: vitamina D, ferritina, Zinc, vitamina C, vitamina B 12; en sospecha de déficit (5,6,18,19).

Un estudio de Sharp mostró que la aplicación sistemática de estas herramientas permite identificar deficiencias nutricionales en más del 70% de los niños con TEA y selectividad alimentaria (19). La educación y el acompañamiento a las familias son también aspectos clave de su intervención (31,32,34).

Por ello es importante facilitar una educación a padres y cuidadores donde se incluya:

- Enseñar a identificar signos de deficiencias nutricionales (5,6,14).
- Brindar menús adaptados a las preferencias sensoriales (5,6,11,27).
- Fomentar la planificación de comidas en familia (5,34).
- Proporcionar recursos comunitarios y grupo de apoyo (3,29).

La referencia de estudios internacionales permite obtener un punto de partida y plantear estrategias aplicables localmente (5,6,11,17).

- En un estudio, se cita el ejemplo práctico de: si un niño acepta solo alimentos crocantes, el nutricionista puede introducir gradualmente vegetales en preparaciones crujientes (chips de zanahoria al horno), y luego avanzar hacia versiones menos procesadas. Además, puede recomendar suplementos de vitamina D y omega-3 en casos de déficit confirmado por laboratorio (18,31, 37).
- Un programa exitoso descrito en EE. UU. combina la labor de nutricionistas, psicólogos y terapeutas ocupacionales con sesiones prácticas en las que: Se enseña a los padres a ofrecer alimentos nuevos en entornos libres de distracción, se monitorean progresos mediante registros semanales de ingesta y se adaptan las texturas de los alimentos según la tolerancia sensorial del niño (por ejemplo, licuar vegetales antes de introducirlos en forma sólida).

Este enfoque ha demostrado mejoras significativas en la variedad dietaria en un período de 12 a 16 semanas (38,41).

2.9.2. Técnicas específicas de intervención Nutricional:

Las intervenciones nutricionales pueden incluir suplementación, ajustes dietéticos, planificación de menús adaptados, incorporación progresiva de nuevos alimentos y estrategias dirigidas a mejorar la tolerancia sensorial, siempre basadas en la evidencia disponible (5,6,15,17,18,19,37,40).

Como por ejemplo:

- Abordaje dietético Terapéutico por Nutricionista con Probióticos, Vitaminas y Bajo nivel de Gluten/caseína: Si bien aún no hay suficiente evidencia científica para promover la técnica, según un estudio en Perú, se cree que: la ingesta de probióticos podría mejorar el comportamiento y lograr una mayor adherencia a otros tratamientos. Así como también incluir las vitaminas B6, B9 y B12 mejora tanto el comportamiento conductual, como el lenguaje.

Los suplementos de vitamina C están involucrados con mejoras en los problemas de comportamiento. Por otra parte, el consumo de omega 3 tiene efectos beneficiosos sobre

los signos y síntomas como en el letargo, comportamiento estereotipado, hiperactividad, comunicación y motivación social.

- Dietas terapéuticas: las revisiones indican que un enfoque en una Dieta Libre de Gluten, Caseína o Cetogénica, pueden agravar la selectividad alimentaria al eliminar grupo de alimentos completos. Por ello, se contraponen con las dietas mediterráneas que promueven una variedad de alimentos, frutas, verduras y cereales. (

Aunque no hay estudios específicos donde se utilice para TEA, podría ser beneficioso según evidencia en trastornos del neurodesarrollo similares al TEA como TDHA.

- Microbiota intestinal y los probióticos: Estudios sugieren que la selectividad alimentaria puede alterar la composición de la flora intestinal y contribuir a síntomas gastrointestinales. Donde, los probióticos juegan un rol importante ya que podrían disminuir los problemas digestivos como estreñimiento y diarrea.
- Suplementación nutricional: Debido a las restricciones alimentarias, algunos niños con TEA requieren suplementación para prevenir deficiencias. Como se menciona anteriormente, los nutrientes deficitarios son: Vitamina D fundamental para el metabolismo óseo e inmune. Hierro deficiencia común que puede empeorar problemas cognitivos y de conducta. Ácidos grasos omega – 3 (DHA y EPA) estudios sugieren beneficios en el lenguaje y la atención. Vitaminas del complejo B (B6, B12 y folato) asociadas a la función neurológica.

Según un metaanálisis de Mazahery 2016, la suplementación con Vitamina D en niños con TEA mejoró significativamente síntomas de irritabilidad y estereotipias (movimientos repetitivos).

- Planificación de menús adaptados: el nutricionista puede diseñar menús flexibles adaptados a la selectividad, incorporando nutrientes críticos en formas aceptadas por el niño.

Se recomienda la técnica de “plato compartido”: incluir siempre un alimento que el niño/a acepte y uno nuevo o modificado, para aumentar progresivamente la tolerancia.

Ejemplo práctico:

- Niño que rechaza vegetales enteros → incluir vegetales en purés, sopas cremosas o muffins. Ver anexo 2 y 3
- Niño que solo acepta alimentos crujientes → ofrecer galletas caseras de avena con semillas, bastones de zanahoria horneados. Ver anexo 4
- Niño que evita carnes → introducir hamburguesas vegetales fortificadas con legumbres y huevo. Ver anexo 5
- Registro y monitoreo de la alimentación: El nutricionista analiza semanalmente el registro junto a la familia, adaptando el plan de exposición gradual. Estudios demuestran que los registros alimentarios aumentan la adherencia familiar y mejoran la eficacia de las intervenciones conductuales (19,36).

2.9.3. Técnicas Conductuales utilizadas y/o pensadas

Las técnicas conductuales complementan el abordaje nutricional y buscan reducir la ansiedad asociada a la alimentación, favoreciendo la aceptación progresiva mediante:

- Exposición repetida: presentar el mismo alimento en pequeñas cantidades durante varias comidas, sin forzar la ingesta (5,11,34, 38).
- Desensibilización sistemática: exposición gradual y controlada a nuevos alimentos, comenzando con aquellos que generan menor rechazo y avanzando progresivamente hacia los que provocan mayor aversión (38,39).

La evidencia muestra que este método es más exitoso cuando los padres son entrenados por un nutricionista o terapeuta conductual para aplicarlo en el hogar de forma consistente (38,39).

- Reforzamiento positivo: elogios, recompensas verbales o materiales pequeños al aceptar probar un nuevo alimento (5,6,34, 38).
- Uso del juego: transformar la comida en una experiencia lúdica.

Por ejemplo: crear figuras con vegetales.

Por ejemplo: técnica de la “escalera alimentaria”:

- Paso 1: el niño observa el alimento en el plato.
- Paso 2: lo toca con las manos o cubiertos.
- Paso 3: lo lleva a la boca sin masticar.
- Paso 4: lo mastica y escupe.
- Paso 5: lo mastica y traga.

3. PRESENTACIÓN PREGUNTA PROBLEMA

¿Cómo influye el entorno familiar en las conductas de selectividad alimentaria de niños y niñas con TEA residentes en el AMBA?

Objetivos específicos:

1. Describir las practicas alimentarias familiares (Madre, Padre, Tutor) relacionadas con la selección de alimentos.
2. Caracterizar el nivel de conocimiento del entorno familiar sobre las consecuencias nutricionales de la selectividad alimentaria.
3. Identificar las estrategias de intervención y acompañamiento interdisciplinario brindadas por el equipo de salud a las familias.
4. Describir las características del tipo de selectividad alimentaria presente en los niños, según texturas o grupos de alimentos.

4.MATERIALES Y MÉTODOS

4.1 Tipo de estudio

El estudio será descriptivo, de corte transversal, con muestreo no probabilístico. Su finalidad fue caracterizar el abordaje familiar ante la selectividad alimentaria en niños/as con TEA, recolectando la información en un único momento temporal.

4.2 Población

La población objetivo estuvo conformada por madres, padres y/o tutores de niños/as con diagnóstico de Trastorno del Espectro Autista, residentes en el Área Metropolitana de Buenos Aires (AMBA).

4.3 Muestra

La muestra estuvo integrada por n=20 madres, padres y/o tutores de niños/as con diagnóstico de TEA que presentaban conductas de selectividad alimentaria.

4.4 Tipo de Muestreo

Se utilizó un muestreo no probabilístico por bola de nieve, estrategia adecuada para poblaciones específicas y de difícil acceso. El reclutamiento se inició a partir de referentes claves (madres, padres, tutores) quienes difundieron el cuestionario a otros posibles participantes con características similares.

4.5 Criterio de elegibilidad:

4.5.1 Criterio de inclusión:

- Ser madre, padre o tutor legal de un niño/a con diagnóstico de TEA.
- Residir en AMBA.
- Contar con diagnóstico de TEA mínimo un mes.
- Convivir con el niño/a durante el último año.
- Contar con acceso a medios digitales.
- Aceptar participar voluntariamente y firmar el consentimiento informado digital.

4.5.2 Criterio de exclusión:

- Participantes que no residan en AMBA.
- Personas sin vínculo primario con el niño/a con TEA.

- Datos incompletos o inconsistentes en el formulario.
- Personas que no compartan la alimentación con el niño/a con TEA.

4.5.3 Criterio de eliminación

- Formularios incompletos.
- Respuestas incoherentes o contradictorias.
- Formularios duplicados.
- Participantes que retiren su consentimiento antes de finalizar el cuestionario.
- Respuestas erráticas o sin sentido.

4.6 Diagrama de Gantt simplificado

	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Novie	Dicie	Enero
Elección del tema	x									
Búsqueda bibliográfica	x	x	x	x	x	X	X	x		
Redacción de objetivos	x									
Redacción de introducción		x	x	x	x	x	X	x	x	
Redacción marco teórico			x	x	x	x	X	x	X	
Redacción de estado del arte			x	x	x	x	x	x	X	
Materiales y métodos:				x	x	x	x	x	X	
- Instrumento										
- Prueba piloto				x	x	x	x	x	X	
				x	x					

4.7 Unidad de análisis y unidad de observación

Unidad de análisis: estuvo constituida por las familias de niños y niñas con diagnóstico de Trastorno del Espectro Autista (TEA) que presentan conductas de selectividad alimentaria y residen en el Área Metropolitana de Buenos Aires (AMBA).

Unidad de observación: correspondió a madres, padres y/o tutores responsables de la alimentación del niño/a, quienes respondieron el cuestionario autoadministrado.

4.8 Operacionalización de variables

<i>Variable</i>	<i>Definición conceptual</i>	<i>Dimensión</i>	<i>Pregunta</i>	<i>Indicador</i>	<i>Categoría</i>	<i>Clasificación</i>
Edad del encuestado	Tiempo de vida transcurrido desde el nacimiento.	Tiempo cronológico	¿Cuál es su edad?	Edad en años.	Numérica (años).	cuantitativa continua.
Sexo del encuestado	Identidad de género con la que se identifica la persona.	Identidad de género	¿con qué género se identifica?	Identidad de género.	Femenino/Masculino/ Binario/otro.	cualitativa nominal dicotómica/policotómica
Nivel educativo	Máximo nivel de educación formal alcanzado.	Nivel de formación académica alcanzado	¿Cuál es su nivel educativo más alto finalizado?	Nivel de estudios.	Primario Secundario/terciario/ Universitario / Posgrado	cualitativa ordinal
Relación con el niño/a	Vínculo directo con el niño/a on TEA	Vínculo parental o tutelar	¿Qué vínculo tiene con el niño/a con TEA?	Vínculo familiar	Madre/padre/ tutor legal / otro familiar	Cualitativa nominal
convivencia con el niño/a	Presencia habitual en el mismo domicilio.	Presencia física en el hogar	¿Convive actualmente con el niño/a?	Situación de convivencia	Si permanentemente / La mayor parte del tiempo / Algunas veces por semana / No	Cualitativa ordinal
Conocimiento sobre selectividad alimentaria	Saber previo sobre el término "selectividad alimentaria".	Conocimiento del concepto	¿Escuchaste alguna vez el termino de selectividad alimentaria?	Conocimiento sobre el termino.	Si / No / No lo se	Cualitativa nominal
Tipo de selectividad alimentaria	Características sensoriales rechazadas	estimulo sensorial	¿Qué característica rechazada del alimento?	característica rechazada	Textura / color / olor / sabor / temperatura	Cualitativa nominal policotómica
cantidad de alimentos aceptados	Variedad alimentaria consumida	diversidad de consumo	¿Cuál es la cantidad de alimentos diferentes que habitualmente acepta el niño/a?	numero de alimentos	1-3 / 4-6 / 7-9/ mas de 10	cuantitativa discreta
Estrategias familiares de abordaje	Acciones implementadas por la familia para mejorar la alimentacion	conductas familiares	¿Qué estrategias utilizas para promover la alimentación?	estrategias aplicadas	Repetición / refuerzo positivo / evitación / premios / otras	Cualitativa nominal policotomica
Conocimiento sobre consecuencias nutricionales	Saber teórico acerca del impacto de la selectividad en la salud.	comprensión de riesgos	¿Considera que la selectividad alimentaria puede generar deficiencias nutricionales?	Percepcion de riesgo	Nunca / Casi nunca / A veces / Casi siempre / Siempre	Cualitativa ordinal
apoyo profesional recibido	especialidades que intervinieron	acompañamiento profesional	¿Recibió acompañamiento profesional por esta problemática?	profesionales intervinientes	Si, por nutricionista/ psicólogo/ ninguno/ otros	Cualitativa nominal policotomica

Satisfacción con el acompañamiento profesional	conformidad con el abordaje recibido	percepcion de utilidad	¿Qué tan conforme está con el acompañamiento profesional recibido?	Nivel de satisfacción	Nada/ poco / medianamente / muy conforme.	Cualitativa ordinal
Impacto emocional familiar	Efecto psicosocial sobre el entorno familiar	Estrés / Frustración / Ansiedad / Cansancio emocional	¿Considera que la situación alimentaria del niño/a afecta emocionalmente al entorno familiar?	Nivel de impacto emocional	Escala de Likert	Cualitativa ordinal

Percepción de mejora tras estrategias utilizadas	evaluacion de cambios observados tras intervenciones profesionales	cambio conductual	¿Percibis que las estrategias aplicadas ayudaron a mejorar la conducta alimentaria?	resultados	Si, mejora notable/ Si, leve / No hubo cambios / otro	Cualitativa ordinal
Número de comida compartidas por día	comidas que realiza junto al niño/a	rutina familiar	¿Cuántas comidas por día realiza junto al niño/a habitualmente?	Comidas compartidas al día	0,1,2,3,4 o más	Cuantitativa discreta
Preferencia alimentaria	Elección habitual del niño/a por determinados alimentos según características sensoriales.	atributos sensoriales preferidos	¿Qué tipo de alimentos notas que prefiere?	preferencias	Textura blanda/ color oscuro - claro / sabor dulce /temperatura / otros /sabor agridulce, etc	Cualitativa nominal politómica
Acceso a información sobre alimentación en TEA	fuentes informadas recibidas	disponibilidad de recursos	¿Recibiste informacion alguna vez sobre como abordar la alimentacion en TEA?	fuentes de informacion	Profesional de salud/ internet / grupos de apoyo / no recibí información	Cualitativa nominal
Percepción de apoyo del entorno social (fuera del sistema de salud)	Nivel de acompañamiento y contención percibido por parte de personas fuera del ámbito sanitario	contencion social	¿Sentís que tu entorno social (familia, escuela, amistades) te acompaña en esta situación?	Nivel de acompañamiento	Escala de Likert	Cualitativa ordinal
Tiempo transcurrido desde el diagnóstico	Lapso temporal desde que se confirmó el diagnóstico clínico de TEA en el niño/a	Antigüedad del diagnóstico clínico	¿Hace cuánto recibió el diagnóstico de TEA?	Años desde el diagnóstico	No recibio diagnostico / < 6 meses / 6 meses - 1 año / > 1 año.	Cualitativa ordinal

Participación del niño/a en la preparación de alimentos	Implicación activa del niño/a en tareas relacionadas a la cocina o elección alimentaria	Iniciativa / Inclusión en decisiones / Actividad práctica en cocina	¿Su hijo/a participa en la preparación o elección de los alimentos?	Frecuencia de participación	Nunca / a veces/ frecuentemente / siempre	Cualitativa ordinal
Grado de conocimiento sobre alimentación en TEA	Percepción de los cuidadores sobre sus conocimientos respecto a la alimentación en niños/as con TEA.	Conocimiento percibido	¿Qué grado de conocimiento tenés sobre la alimentación en niños/as con TEA?	Nivel de conocimiento	Nada / Poco / Regular / Bastante / Mucho	Cualitativa ordinal
Frecuencia de rechazo alimentario	Conducta del niño/a de rechazar alimentos	Rechazo alimentario	¿Con qué frecuencia rechaza ciertos alimentos?	Rechazo	Nunca/ casi nunca/ a veces / casi siempre / siempre	Cualitativa ordinal
Estado nutricional percibido	evaluación subjetiva del estado nutricional del niño/A	estado de salud percibido	¿Cómo consideras que es el estado nutricional de tu hijo/a?	estado nutricional	Bajo peso / normopeso / sobrepeso / obesidad / no lo sé	Cualitativa ordinal
Percepción de efectividad de estrategias familiares	evaluación de cambios observados tras acciones familiares	cambio de conducta	¿Percibís que las estrategias aplicadas ayudaron a mejorar la conducta alimentaria?	resultados	mejora notable/ leve mejora/ no hubo cambios/ cambios no sostenidos	Cualitativa ordinal

4.9 Éticas

Se garantizó el anonimato y la confidencialidad de los participantes. La participación fue voluntaria, previa aceptación del consentimiento informado digital.

Los datos recolectados se utilizaron exclusivamente con fines académicos.

El estudio respetó los principios éticos de la Declaración de Helsinki y la Ley de Protección de Datos Personales de Argentina (Ley N° 25.326).

4.10 Instrumento de recolección de datos

Se utilizó un cuestionario de elaboración propia, autoadministrado en formato digital mediante Google Forms. El instrumento se organizó en secciones: datos sociodemográficos, características de la selectividad alimentaria, estrategias familiares, apoyo profesional e impacto emocional.

Incluyó preguntas cerradas de opción múltiple, dicotómicas y escalas tipo Likert.

4.11 Prueba piloto

Se realizó una prueba piloto con cinco participantes con características similares a la población de estudio, con el objetivo de evaluar la claridad, comprensión y funcionalidad del cuestionario. A partir de las observaciones obtenidas se realizaron ajustes en la redacción de algunos ítems, mejorando la validez y comprensibilidad del instrumento final.

5. ANÁLISIS Y RESULTADOS

Se realizó un análisis descriptivo de frecuencias absolutas y relativas, expresadas en porcentajes. Los datos fueron procesados mediante planillas de cálculo.

La muestra inicial estuvo conformada por 40 cuestionarios. Tras aplicar los criterios de inclusión y exclusión, se eliminaron 20 formularios por datos incompletos o por no cumplir con el perfil requerido. La muestra final analizada quedó constituida por 20 cuidadores (n=20).

En determinadas variables se registraron datos faltantes, por lo que el tamaño muestral efectivo (n) varía según cada análisis, situación que se especifica en cada gráfico correspondiente.

Los resultados se presentan a continuación organizados en variables sociodemográficas, características alimentarias, estrategias familiares y acompañamiento profesional.

5.1 Característica de la muestra – Sociodemográfica. Tabla, Gráfico 1- 5

La distribución de edad se analizó sobre 19 respuestas válidas (n=19), ya que un participante no informó este dato. Las edades se concentraron entre 25 y 49 años.

Gráfico 1:

La muestra estuvo compuesta mayoritariamente por participantes de género femenino, representando el grupo predominante entre los cuidadores.

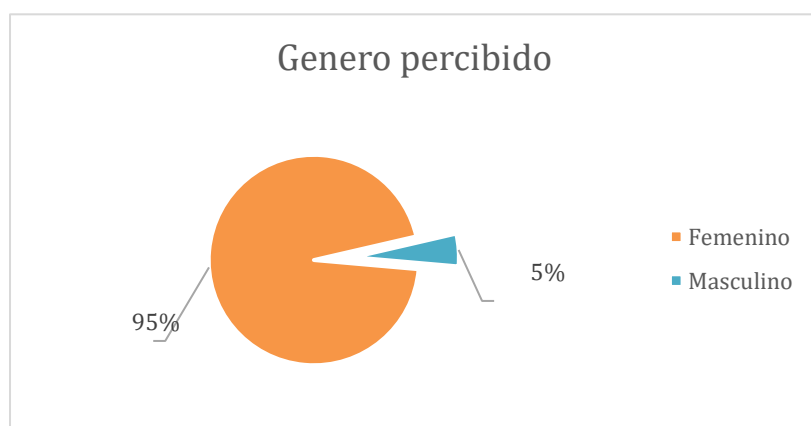


Gráfico 2:

Respecto al nivel educativo (n=21 respuestas), el 42,86% alcanzó el nivel secundario completo, mientras que el 23,81% presentó estudios terciarios o universitarios.

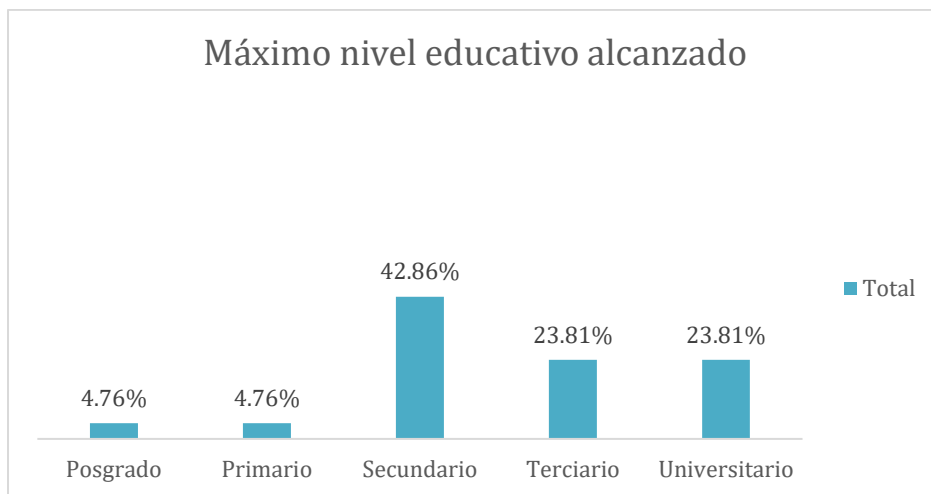


Gráfico 3:

En relación con el vínculo con el niño/a (n=20), el 95% correspondió a madres y el 5% a padres, evidenciando una participación predominantemente materna en el cuidado alimentario.

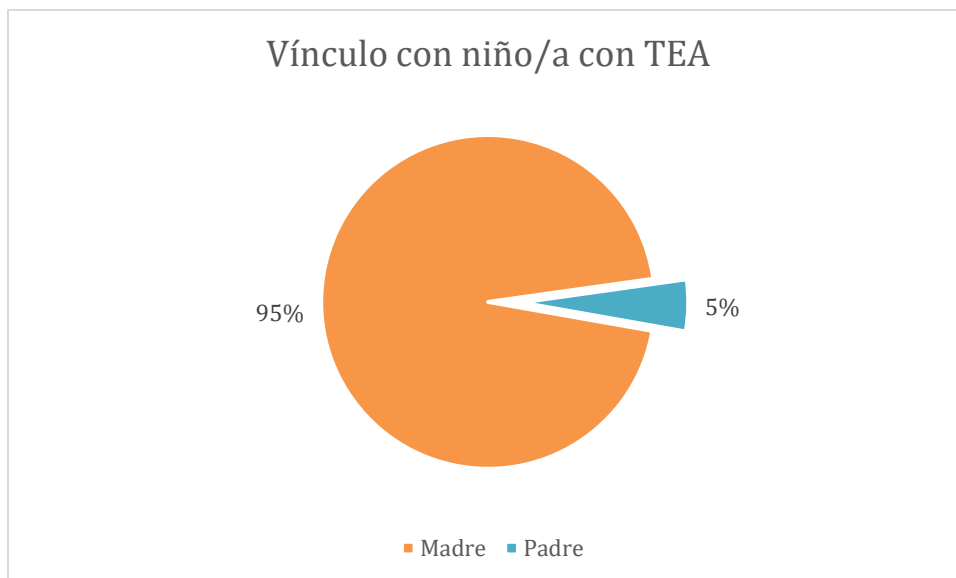


Gráfico 4:

El 85% convivía la mayor parte del tiempo con el niño/a, mientras que el 15% refirió convivencia permanente.

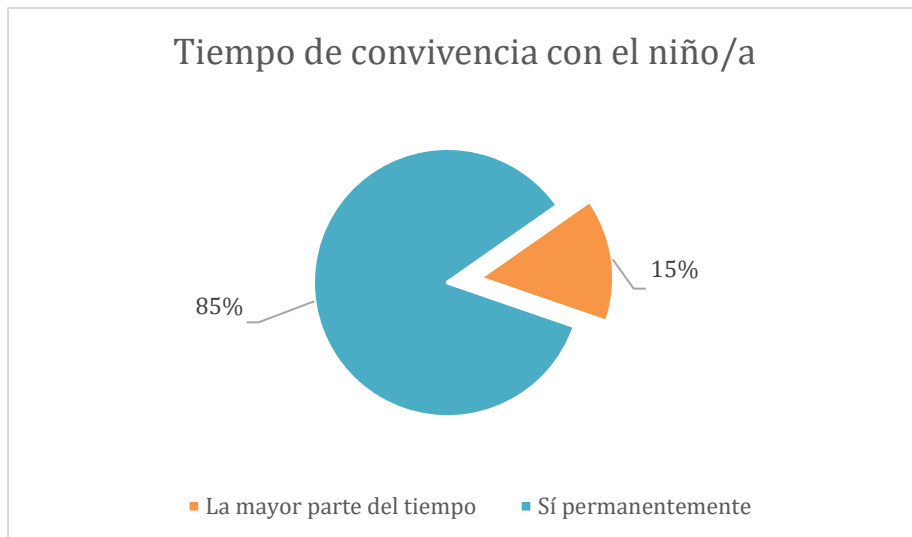


Gráfico 5:

La mayoría de los participantes refirió haber recibido el diagnóstico hacía más de un año, seguido por un menor porcentaje con diagnóstico entre 6 meses y 1 año y un grupo reducido con diagnóstico reciente (<6 meses).

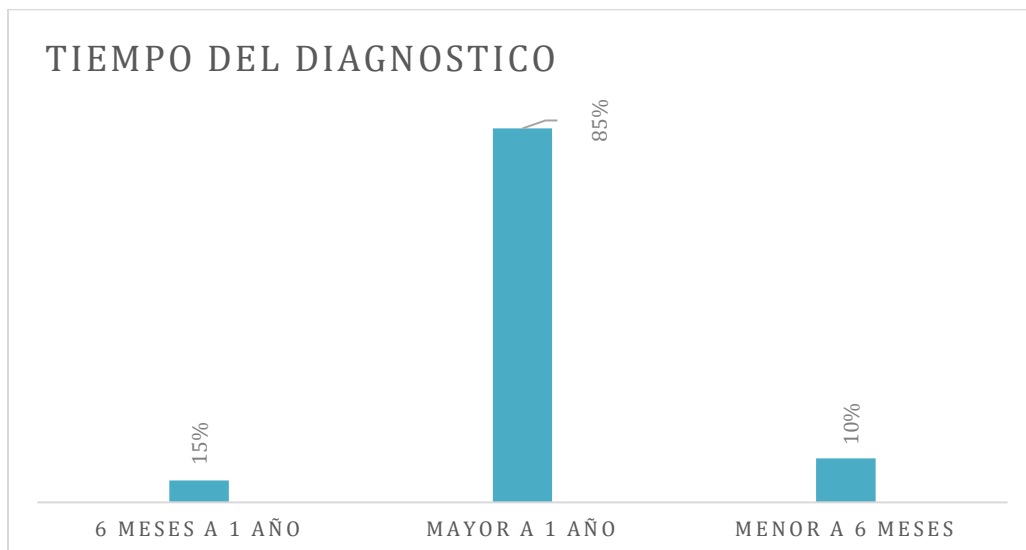


Gráfico 6:

El 45% refirió un conocimiento regular sobre alimentación en TEA, el 35% bastante conocimiento, el 10% mucho conocimiento y el 5% poco o ningún conocimiento.

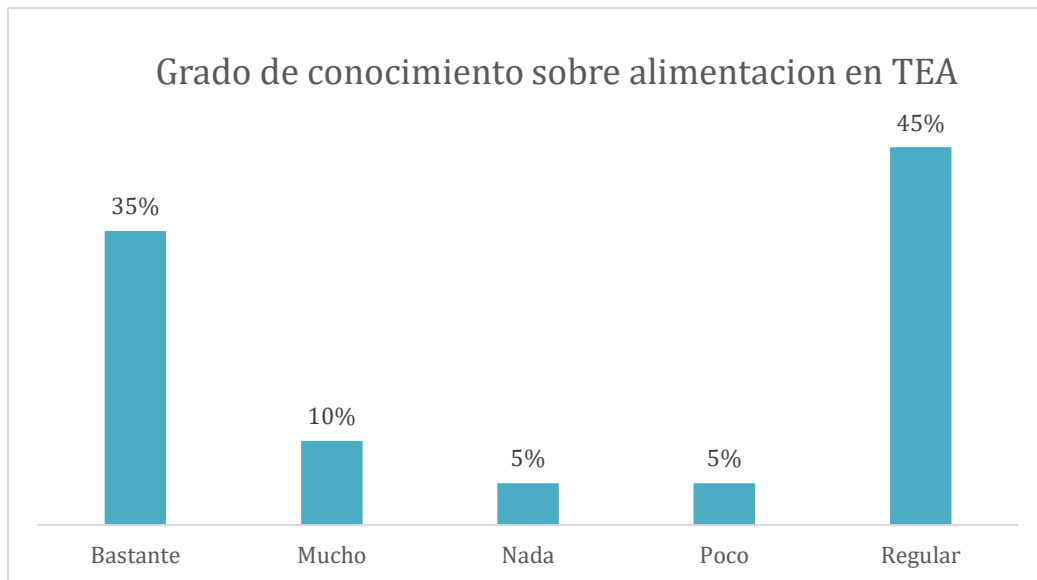


Gráfico 7:

El 45% consideró que la selectividad casi siempre podría generar deficiencias nutricionales, mientras que el 20% indicó que esto ocurría a veces.

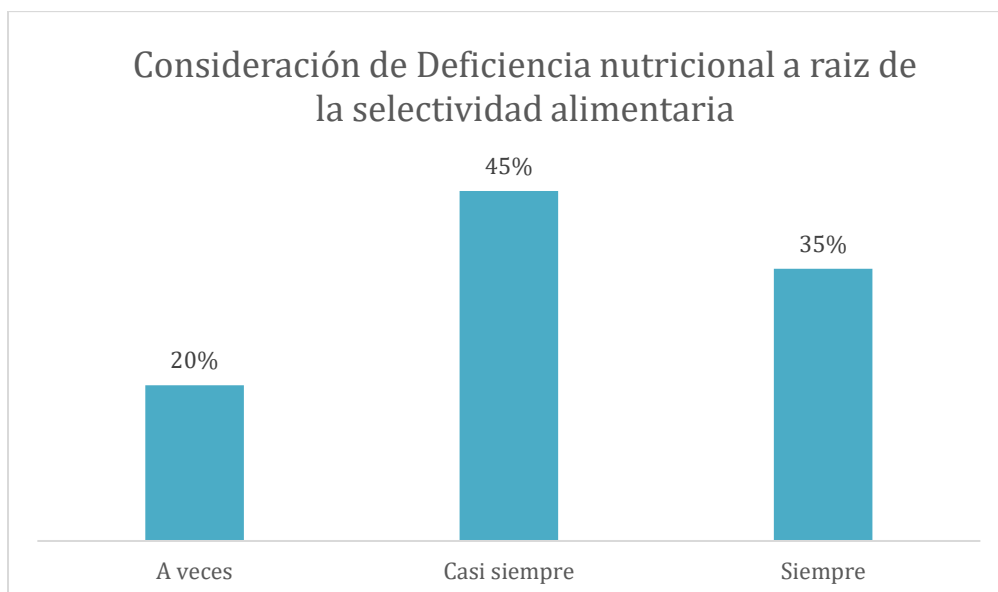


Gráfico 8:

En cuanto a la frecuencia de rechazo alimentario, el 45% manifestó que el niño/a rechazaba alimentos casi siempre, el 30% siempre y el 25% a veces.

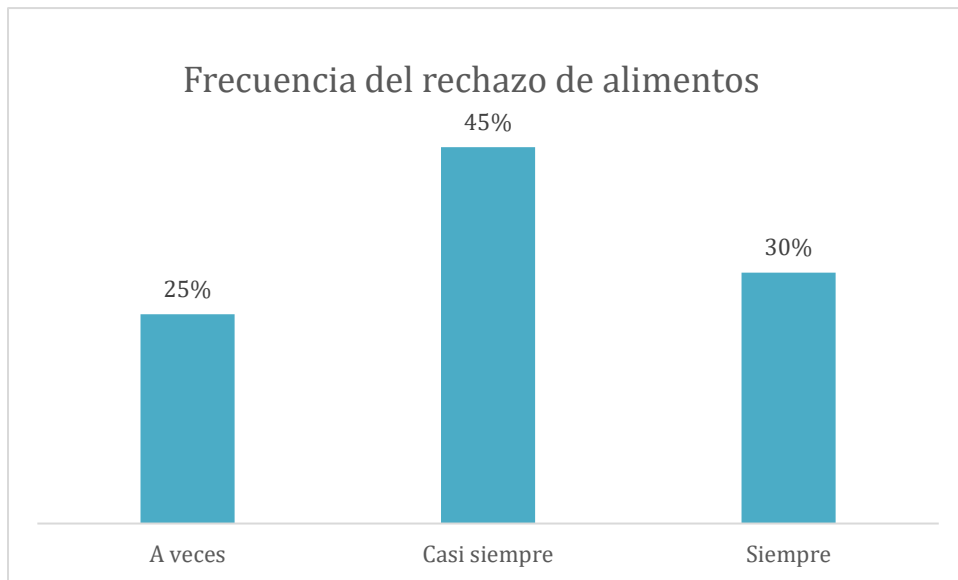


Gráfico 9:

Las características sensoriales más frecuentemente asociadas al rechazo fueron la textura (31%), seguida del olor (23%) y el color (17%).

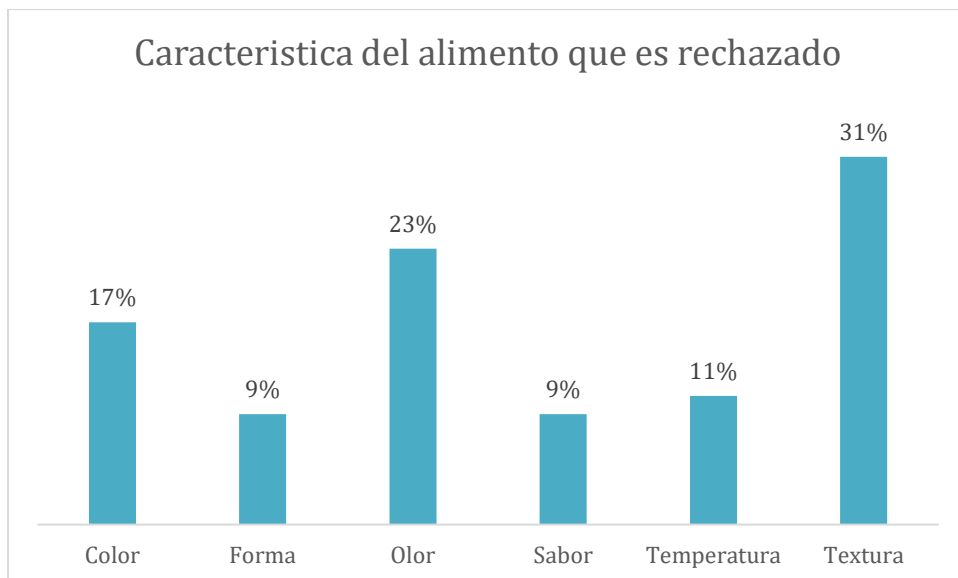


Gráfico 10:

Más de la mitad de los niños (55%) aceptaba únicamente entre 1 y 3 alimentos diferentes, evidenciando una baja variedad dietaria.

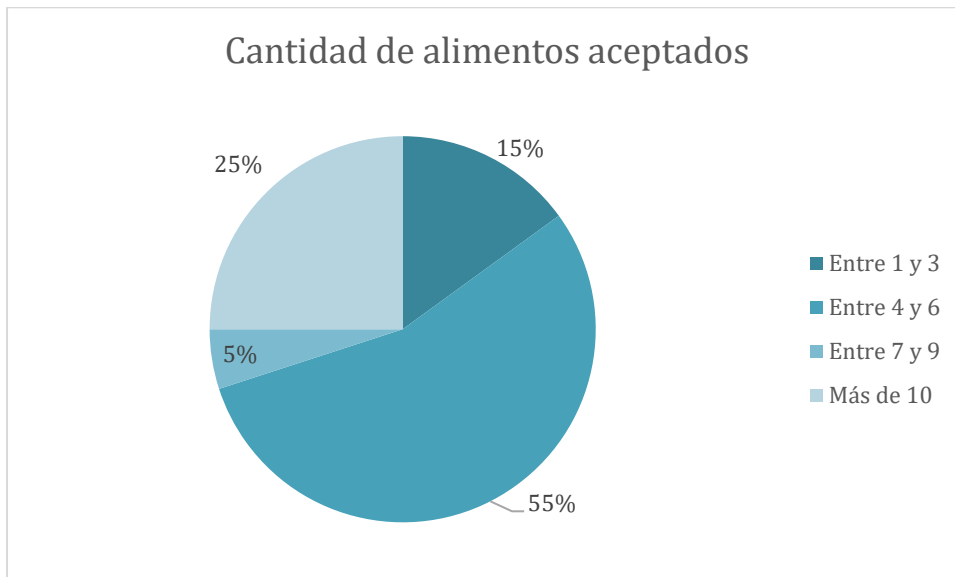


Gráfico 11:

Las preferencias sensoriales más reportadas fueron sabor salado, textura crocante y temperaturas tibias.

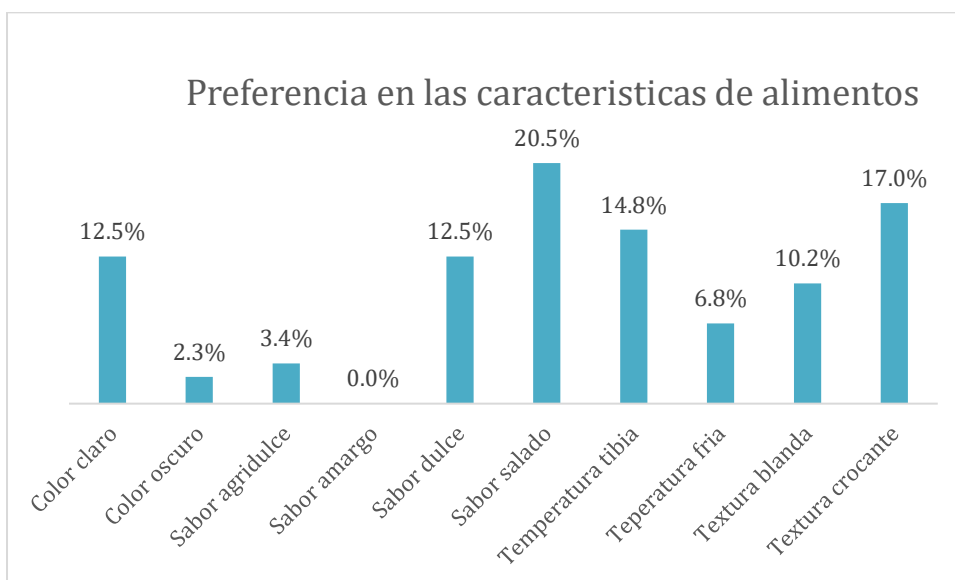


Gráfico 12:

El 50% realizó cuatro o más comidas diarias junto al niño/a.

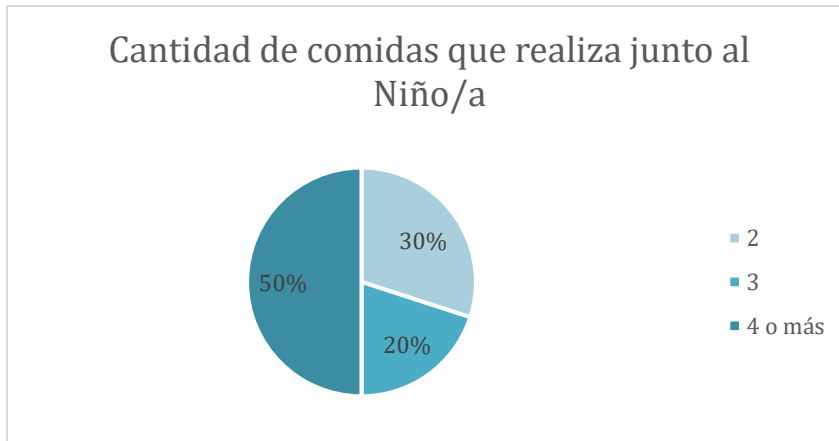


Gráfico 13:

Según la percepción de los cuidadores, el 55% consideró que el niño/a presentaba peso adecuado, mientras que el resto refirió bajo peso, exceso de peso o desconocimiento del estado nutricional.

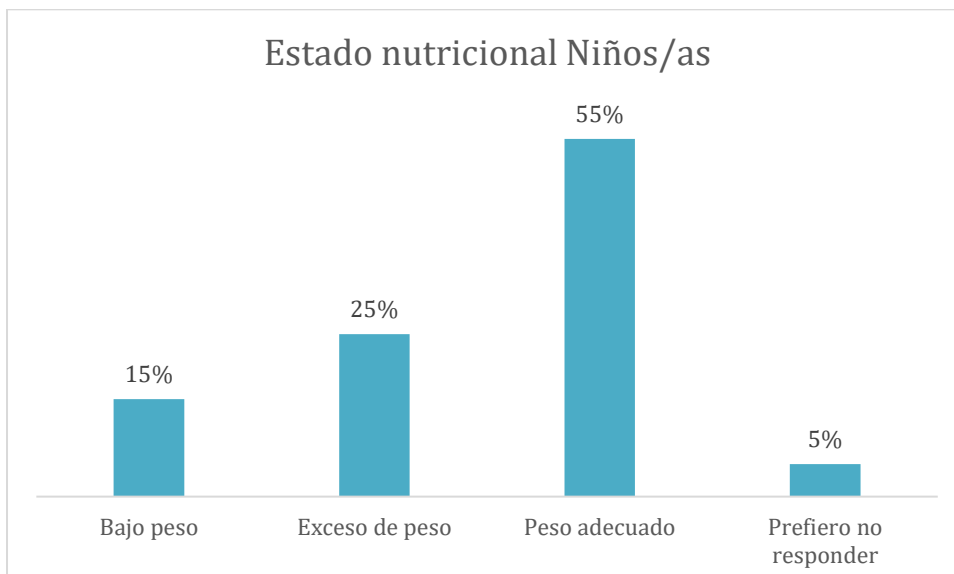


Gráfico 14:

Las estrategias familiares más utilizadas fueron el ofrecimiento repetido de alimentos (25%) y el refuerzo positivo (25%), seguidas del mantenimiento de rutinas (22,9%) y otras acciones en menor proporción.

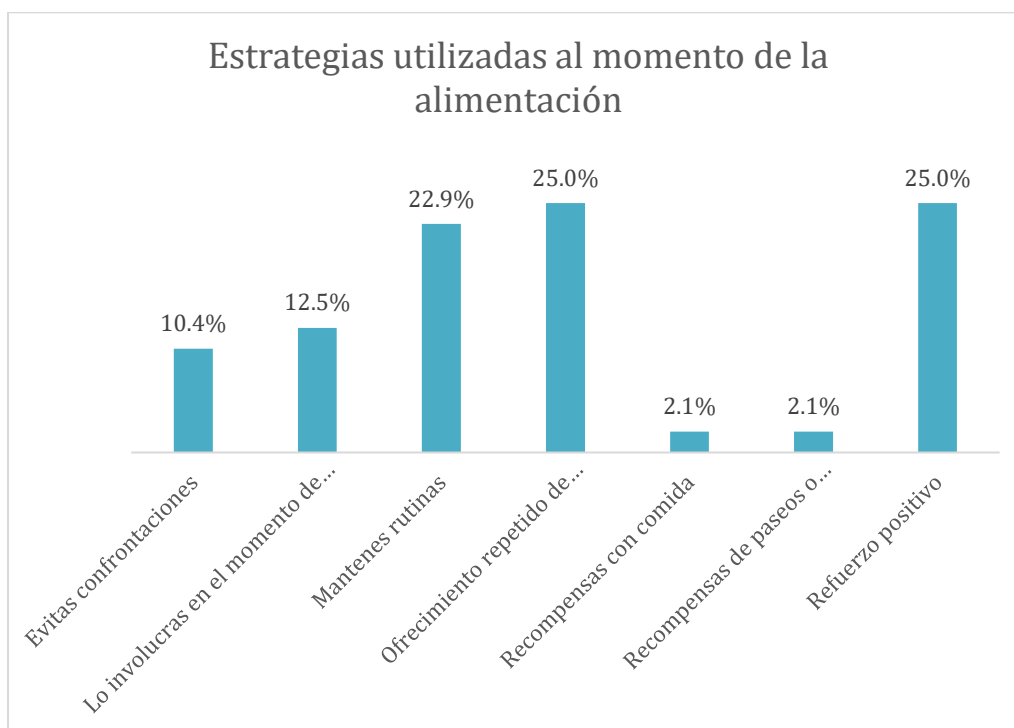


Gráfico 15:

El 52% recibió información de profesionales de la salud, el 25% de internet o redes sociales y el 20% no recibió información.

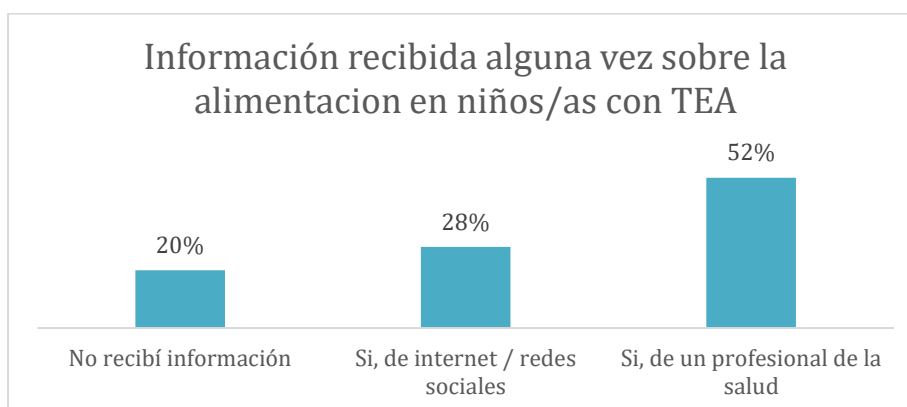


Gráfico 16:

En relación con el acompañamiento profesional, el 32% recibió intervención de terapeuta ocupacional, el 26% de médicos, el 13% de psicólogos y sólo el 11% de nutricionistas.

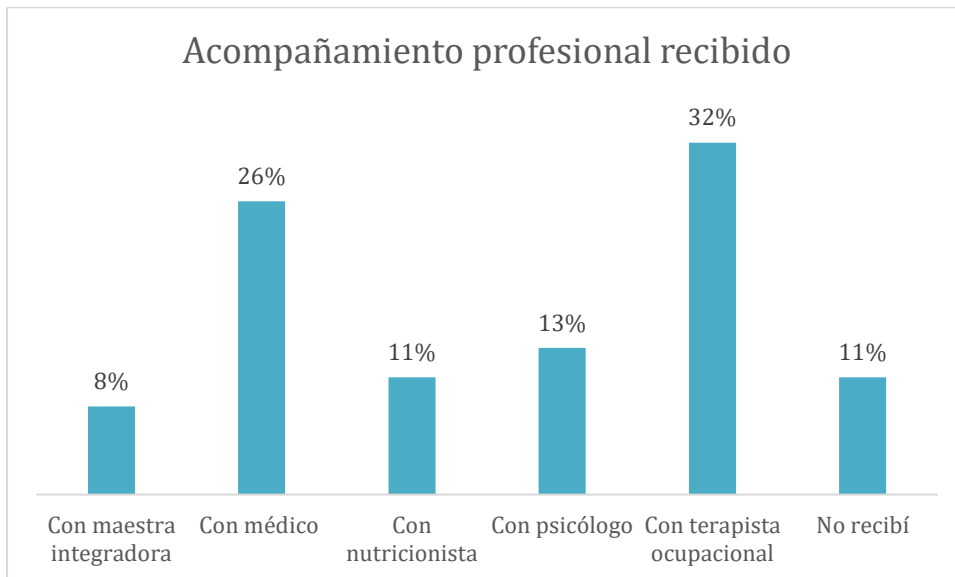


Gráfico 17:

La mayoría (45%) manifestó encontrarse bastante o medianamente conforme.

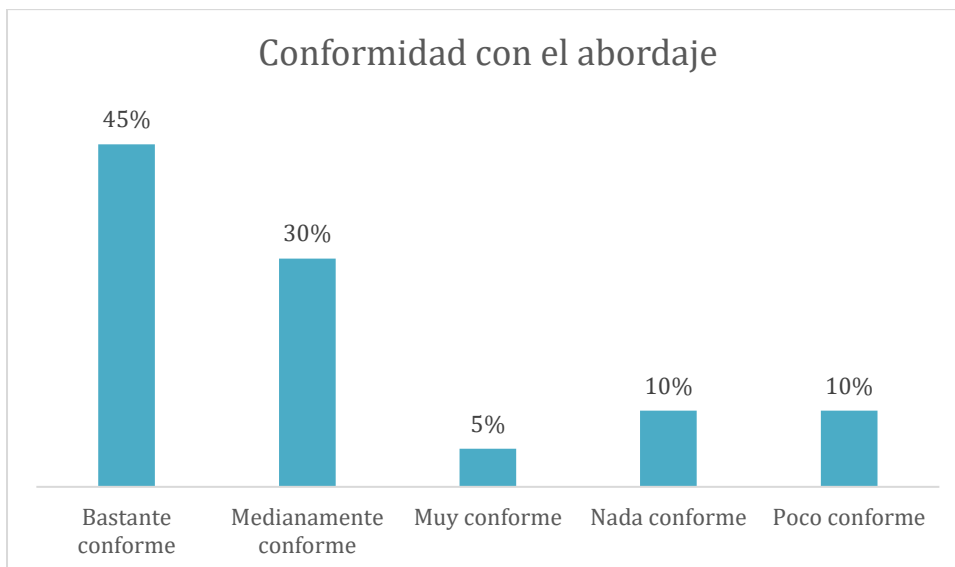


Gráfico 18:

El 40% declaró leves mejoras conductuales ante la aplicación de estrategias en la alimentación.

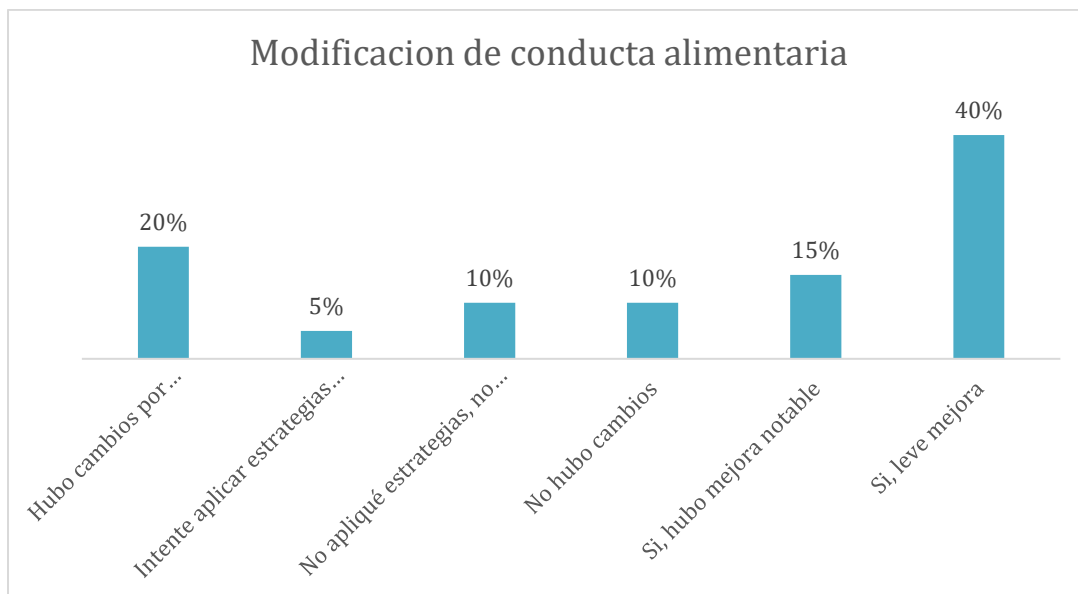


Gráfico 19:

El 35% experimentó leves mejoras conductuales tanto con estrategias profesionales como familiares.

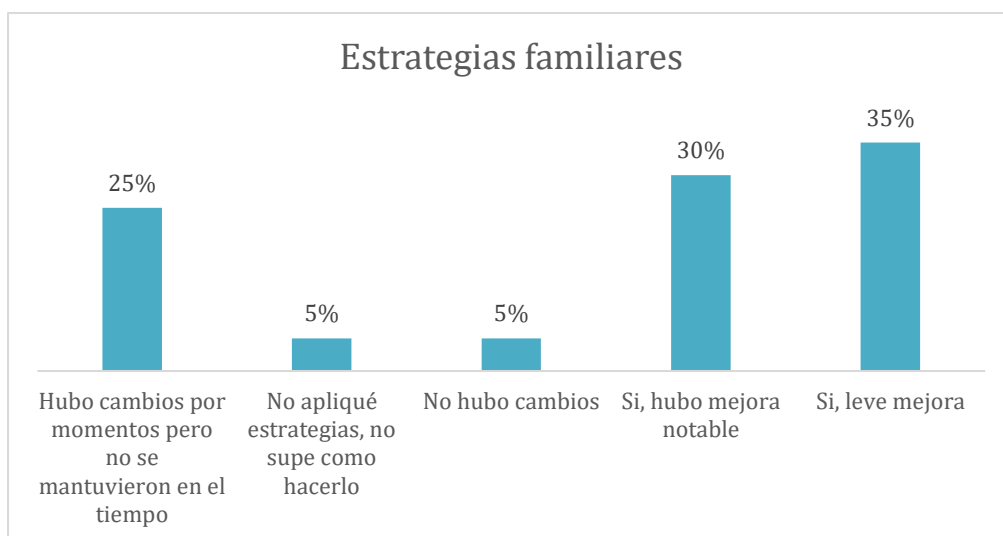


Gráfico 20:

El 24% refirió alta afectación emocional familiar, mientras que un porcentaje mínimo indicó no experimentar impacto.

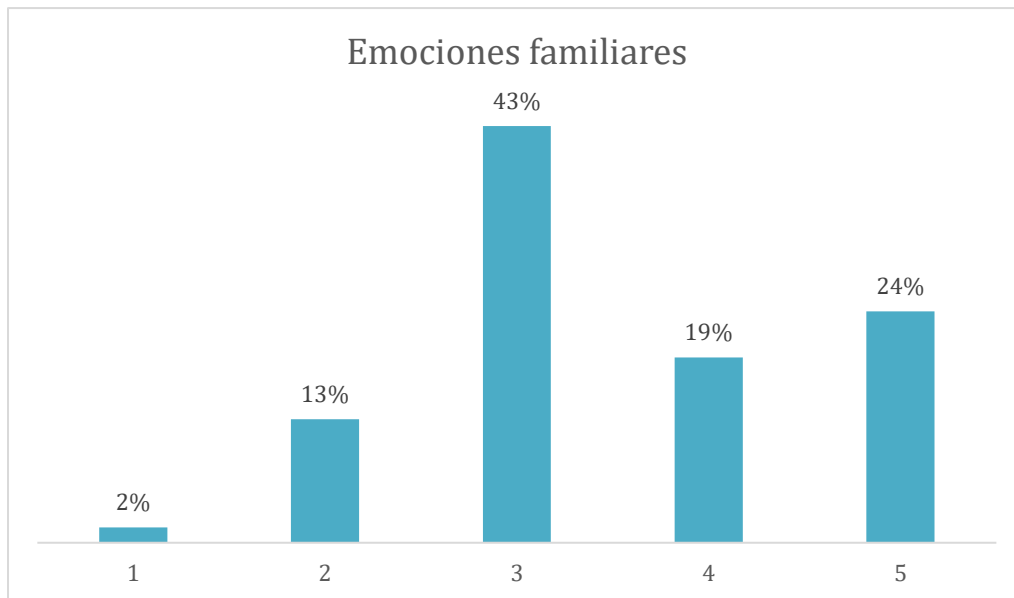
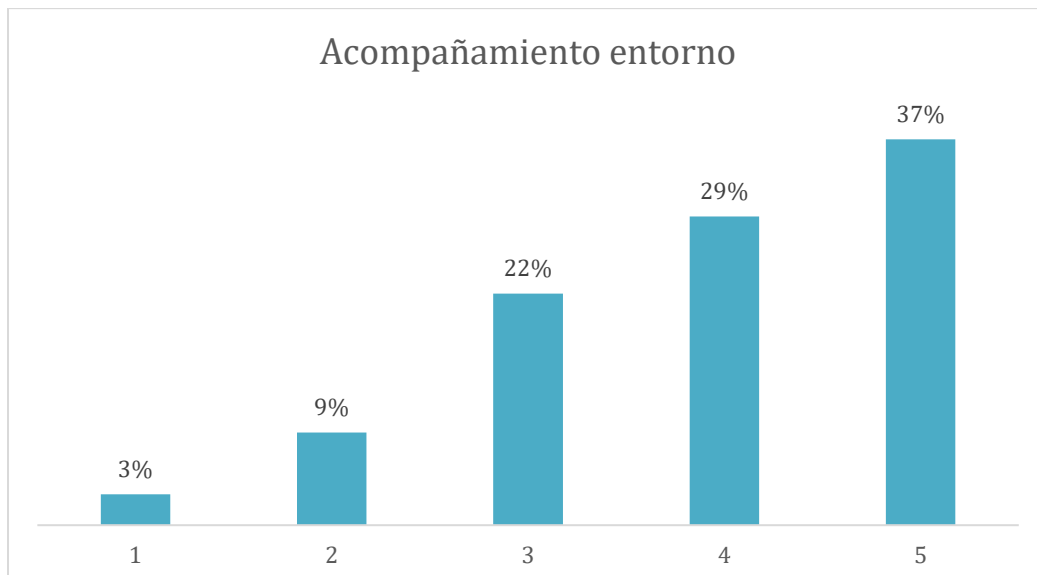


Gráfico 21:

En cuanto al apoyo social, el 37% manifestó sentirse acompañado en su totalidad, mientras que el 3% no percibió acompañamiento.



6.DISCUSIÓN

Los resultados obtenidos permitieron analizar la selectividad alimentaria en niños y niñas con Trastorno del Espectro Autista (TEA) desde la perspectiva del entorno familiar, considerando aspectos conductuales, sensoriales y el acompañamiento profesional. Se evidenció que las prácticas cotidianas de madres, padres y/o tutores influyeron directamente en la organización del momento de la comida y en la aceptación o rechazo de alimentos.

Estos hallazgos coinciden con lo planteado en la literatura, donde se describe que las rutinas familiares, el modelado parental y las respuestas emocionales de los cuidadores condicionan la conducta alimentaria infantil (3,33,34). Asimismo, la elevada frecuencia de rechazo alimentario observada se encuentra en concordancia con estudios que señalan que entre el 50% y el 75% de los niños con TEA presentan selectividad alimentaria significativa (4,5,6,21).

En relación con las características sensoriales rechazadas, la textura fue el factor más reportado, seguida del olor y el color, lo cual coincide con lo descrito sobre hipersensibilidad sensorial y su influencia en la aceptación alimentaria (7,20,22). La baja variedad dietaria observada, especialmente en aquellos niños que aceptaban entre 1 y 3 alimentos, representa un factor de riesgo para deficiencias nutricionales, tal como ha sido documentado en investigaciones previas (18,19,20).

Respecto al estado nutricional percibido, si bien más de la mitad de los cuidadores consideró que el niño/a presentaba peso adecuado, la evidencia indica que pueden coexistir estados eutróficos con deficiencias de micronutrientes, configurando una paradoja nutricional frecuente en esta población (15,17,19).

En cuanto a las estrategias familiares, el ofrecimiento repetido y el refuerzo positivo fueron las más utilizadas, en concordancia con técnicas conductuales recomendadas en la literatura, como la exposición repetida y el reforzamiento positivo para favorecer la aceptación progresiva de nuevos alimentos (5,11,34,38). Sin embargo, se observó una menor participación del nutricionista en el acompañamiento profesional, pese a que su rol es considerado central en la evaluación nutricional y el diseño de intervenciones individualizadas (5,6,11,17).

El impacto emocional familiar reportado reafirma que la selectividad alimentaria no solo afecta la ingesta del niño/a, sino también la dinámica familiar, generando estrés y preocupación, tal como ha sido señalado en estudios previos (29,31,32).

En conjunto, los resultados refuerzan la importancia de intervenciones interdisciplinarias que integren abordajes nutricionales, conductuales y sensoriales, con participación de la familia, tal como recomiendan las guías actuales (5,6,11,38).

7.MATRIZ FODA DEL ESTUDIO

Fortalezas

- Instrumento de recolección de datos diseñado específicamente para la población objetivo (madres, padres y/o tutores de niños/as con TEA en AMBA).
- Inclusión de variables sensoriales, conductuales y familiares, que permiten un análisis integral.
- Participación voluntaria y consentimiento informado, garantizando confiabilidad ética.
- Utilización de metodología transversal adecuada para descripción del fenómeno.
- Contribución al conocimiento local sobre la alimentación en TEA, con relevancia social y académica.

Debilidades

- Muestra reducida que limita la generalización de los resultados
- Dependencia del autoinforme, susceptible a sesgo de percepción.
- Falta de control sobre variables externas (edad del niño/a, severidad en su diagnóstico, comorbilidades)
- Falta de seguimiento longitudinal que permita evaluar evolución en el tiempo.
- Escasa representatividad de profesionales no nutricionistas en el abordaje interdisciplinario.

8.CONCLUSIONES

Los resultados del estudio evidenciaron que el entorno familiar desempeña un rol central en la configuración de los hábitos alimentarios de niños y niñas con TEA. Las rutinas, estrategias implementadas y actitudes de madres, padres y/o tutores influyeron directamente en la aceptación o rechazo de alimentos, constituyéndose como un factor determinante en la selectividad alimentaria.

Asimismo, se observó que, si bien gran parte de las familias reconoció los posibles riesgos nutricionales asociados a la baja variedad dietaria, persistieron limitaciones en el conocimiento aplicado y en el acceso a información basada en evidencia. Esto pone de manifiesto la necesidad de fortalecer instancias de educación alimentaria dirigidas específicamente a cuidadores.

En relación con el abordaje interdisciplinario, se identificó la presencia de acompañamiento profesional, aunque con escasa participación del nutricionista. Considerando que la alimentación constituye el eje central de la problemática, se destaca la importancia de integrar de manera más activa a este profesional dentro del equipo de salud.

Por último, se confirmó que las características sensoriales, especialmente textura y olor, se asociaron con mayor frecuencia al rechazo alimentario y a un repertorio limitado de alimentos, lo que respalda la necesidad de intervenciones graduales, individualizadas y sostenidas en el tiempo.

En conjunto, se concluye que el abordaje de la selectividad alimentaria en TEA requiere estrategias interdisciplinarias que incluyan a la familia como agente activo, con acompañamiento nutricional sistemático y educación basada en evidencia, a fin de promover mejoras sostenibles en la calidad de la alimentación y el bienestar infantil.

Se recomienda que futuras investigaciones amplíen el tamaño muestral y profundicen en intervenciones longitudinales que permitan evaluar cambios sostenidos en el tiempo.

9. BIBLIOGRAFÍA

1. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 5th ed. Arlington (VA): American Psychiatric Publishing; 2013.
2. Agencia Nacional de Discapacidad. *Personas con certificado único de discapacidad con condiciones de salud vinculadas a trastornos del espectro autista*. Buenos Aires: ANDIS; 2023.
3. Conectea. *La importancia de la familia en el autismo*. Buenos Aires; 2020.
4. World Health Organization. *Autism spectrum disorders: Fact sheet*. Geneva: World Health Organization; 2023.
5. Bandini LG, Anderson SE, Curtin C, Cermak S, Evans EW, Scampini R, et al. Food selectivity in children with autism spectrum disorders and typically developing children. *Journal of Pediatrics*. 2010.
6. Marí-Bauset S, Zazpe I, Mari-Sanchis A, Llopis-González A, Morales-Suárez-Varela M. Food selectivity in autism spectrum disorders: A systematic review. *Journal of Child Neurology*. 2014.
7. Ministerio de Salud de la Nación (Argentina). *Consenso sobre diagnóstico y tratamiento de personas con Trastorno del Espectro Autista*. Buenos Aires: Ministerio de Salud; 2019.
8. Hyman SL, Levy SE, Myers SM; Council on Children with Disabilities, Section on Developmental and Behavioral Pediatrics. Identification, Evaluation, and Management of Children With Autism Spectrum Disorder. *Pediatrics*. 2020;145(1):e20193447. PMID: 31843864.
9. World Health Organization. *International Classification of Diseases for Mortality and Morbidity Statistics (ICD-11)*. Geneva: World Health Organization; 2019.
10. Children's Hospital of Philadelphia. *Autism Diagnostic Observation Schedule, Second Edition (ADOS-2)*. Philadelphia: CHOP; s.f.
11. Paul C, Williams K, Reddihough D. Management of feeding problems in children with autism spectrum disorders: A systematic review. *Research in Autism Spectrum Disorders*. 2014. PMID: 24789114.
12. Dawson G, Rogers S, Munson J, Smith M, Winter J, Greenon J, et al. Randomized, controlled trial of an intervention for toddlers with autism: The Early Start Denver Model. *Pediatrics*. 2010. PMID: 19948568.

13. Peters-Scheffer N, Didden R, Korzilius H, Sturmey P. A meta-analytic study on the effectiveness of comprehensive ABA-based early intervention programs for children with autism spectrum disorders. *Research in Autism Spectrum Disorders*. 2011. PMID: 25737021.
14. World Health Organization. *Healthy diet*. Geneva: World Health Organization; 2018.
15. Factores nutricionales y dietéticos asociados al desarrollo y comportamiento del Espectro Autista: un resumen de la evidencia. *Revista Chilena de Nutrición*. 2022.
16. Jones RA, Downing K, Rinehart NJ, Barnett LM, May T, McGillivray JA, et al. *Physical activity, sedentary behavior and their correlates in children with autism spectrum disorder: A systematic review*. PLoS One. 2017;12:e0172482.
17. Estudio sobre estado nutricional y patrón dietario en niños con TEA. *Nutrición Hospitalaria / SciELO España*. 2023.
18. Ristori MV, Quagliariello A, Reddel S, Ianiro G, Vicari S, Gasbarrini A, et al. *Autism, gastrointestinal symptoms and modulation of gut microbiota by nutritional interventions*. *Nutrients*. 2019;11:2812.
19. Sharp WG, Berry RC, McCracken C, Nuhu NN, Marvel E, Saulnier CA, et al. *Feeding problems and nutrient intake in children with autism spectrum disorders: A meta-analysis and comprehensive review of the literature*. *J Autism Dev Disord*. 2013;43(9):2159–2173.
20. Zimmer MH, Hart LC, Manning-Courtney P, Murray DS, Bing NM, Summer S. *Food variety as a predictor of nutritional status among children with autism*. *J Autism Dev Disord*. 2012;42(4):549–556.
21. Schreck KA, Williams K, Smith AF. A comparison of eating behaviors between children with and without autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*. 2004;34(4):433–438.
22. Neuralkids. Selectividad alimentaria en el autismo: causas, consecuencias y estrategias. España; s.f.
23. Dovey TM, Staples PA, Gibson EL, Halford JC. *Food neophobia and “picky/fussy” eating in children: A review*. *Appetite*. 2008;50:181–193.
24. Birch LL. *Development of food preferences*. *Annual Review of Nutrition*. 1999;19:41–62.

25. UNICEF. *ARFID or picky eating: here's how to know*. United Nations Children's Fund.
26. Ayres J. Integración sensorial y TEA: autismo. Tajibo.org; 2023.
27. Vallejo-Slocker L, Vallejo MA. Integración sensorial en niños con TEA: implicaciones para la alimentación. *Revista de Neurología Argentina*. 2020;20(2):45–52.
28. Santos R, Oliveira M. Revisión sobre integración sensorial y alimentación en niños con TEA. *Cad. Bras. Ter. Ocup*. 2022;30:e4101.
29. Autismo Madrid. Estrés y familias de personas con autismo. Madrid; 2012.
30. Zwaigenbaum L, Bauman ML, Choueiri R, Kasari C, Carter A, Granpeesheh D, et al. Early Intervention for Children With Autism Spectrum Disorder Under 3 Years of Age: Recommendations for Practice and Research. *Pediatrics*. 2015;136(Suppl 1):S60–81.
31. PMC8220171. Influence of parental stress on feeding practices in children with ASD. *Frontiers in Pediatrics*. 2021;9:656234
32. Siles S, et al. Selectividad alimentaria y familia. *Rev Esp Nutr Comunitaria*. 2015;21(2):103–12.
33. ADIPA. Selectividad alimentaria: qué es y en qué consiste el tratamiento. Chile; 2024.
34. Wardle J, Cooke LJ, Gibson EL, Sapochnik M, Sheiham A, Lawson M. Increasing children's acceptance of vegetables; a randomized trial of parent-led exposure. *Appetite*. 2003;40(2):155–62.
35. Sathe N, Andrews JC, McPheeters ML, Warren ZE. Nutritional and Dietary Interventions for Autism Spectrum Disorder: A Systematic Review. *Pediatrics*. 2017;139(6):e20170346.
36. Curtin C, Hubbard K, Anderson SE, Mick E, Must A, Bandini LG. Food selectivity, mealtime behavior problems, spousal stress, and family food choices in children with and without autism spectrum disorder. *J Autism Dev Disord*. 2015;45(10):3308–15.
37. Mazahery H, Camargo CA, Conlon C, Beck KL, Kruger MC, von Hurst PR. Vitamin D and Autism Spectrum Disorder: A Literature Review. *Nutrients*. 2016;8(4):236.

38. Peterson KM, Piazza CC, Volkert VM. A behavioral approach to the treatment of feeding problems in children with autism spectrum disorder. *Pediatr Med.* 2016;18(1):36–43.
39. Volkert VM, Vaz PC. Recent studies on feeding problems in children with autism. *J Appl Behav Anal.* 2010;43(1):155–9.
40. Marshall J, Ware R, Ziviani J, Hill RJ, Dodrill P. Efficacy of interventions to improve feeding difficulties in children with autism spectrum disorders: a systematic review and meta-analysis. *Child Care Health Dev.* 2015;41(2):278–302.

10.ANEXOS

Encuesta Google Forms



1. ¿Estás de acuerdo en participar de forma voluntaria en este estudio? * Marca solo un óvalo.

- Sí. Declaro haber leído la información anterior y acepto participar.
- No (fin de la encuesta).

2. ¿Cuál es tu edad? (Familiar)

3. ¿Con qué género te identificas? Marca solo un óvalo.

- Femenino
- Masculino
- Otro
- Prefiero no decirlo

4. ¿Cuál es su nivel educativo más alto finalizado? Marca solo un óvalo.

- Primario
- Secundario
- Terciario
- Universitario
- Posgrado

5. ¿Qué vínculo tenés con el niño/a con TEA? * Marca solo un óvalo.

- Madre
- Padre
- Tutor legal
- Otro

6. ¿Convivís actualmente con el niño/a? * Marca solo un óvalo.

- Sí permanentemente
- La mayor parte del tiempo
- Algunas veces por semana
- No

7. ¿Hace cuánto tiempo recibieron el diagnóstico de TEA? *

(Ejemplo: 1 año / no recibió diagnóstico) Marca solo un óvalo.

- No recibió diagnóstico
- Menor a 6 meses
- 6 meses a 1 año
- Mayor a 1 año

8. ¿Escuchaste alguna vez el término de selectividad alimentaria? * Marca solo un óvalo.

- Sí
- No
- No sé

9. ¿Qué grado de conocimiento considerás que tenés sobre la alimentación en niños/as con TEA? * Marca solo un óvalo.

- Nada
- Poco
- Regular
- Bastante
- Mucho

10. ¿Consideras que la selectividad alimentaria puede generar deficiencias nutricionales?

Marca solo un óvalo.

- Nunca
- Casi nunca
- A veces
- Casi siempre
- Siempre

11. ¿Con qué frecuencia rechaza ciertos alimentos? * Marca solo un óvalo.

- Nunca
- Casi nunca
- A veces
- Casi siempre
- Siempre

12. ¿Qué característica rechaza del alimento? * Selecciona todas las opciones que correspondan.

- Textura
- Color
- Olor
- Sabor
- Temperatura
- Forma

13. ¿Qué cantidad de alimentos diferentes consume habitualmente? * Marca solo un óvalo.

- Entre 1 y 3
- Entre 4 y 6
- Entre 7 y 9
- Más de 10

14. ¿Qué tipo de alimentos notas que prefiere? *

Selecciona todas las opciones que correspondan.

- Textura blanda
- Textura crocante
- Color claro
- Color oscuro
- Sabor dulce
- Sabor amargo
- Sabor salado
- Sabor agrídulce
- Temperatura tibia
- Temperatura fría
- Temperatura caliente
- Olor fuerte
- Otros: _____

15. ¿Cuántas comidas por día realizas junto al niño/a habitualmente? * Marca solo un óvalo.

- 0
- 1
- 2
- 3
- 4 o más

16. ¿Cómo considerarás que es el estado nutricional de tu hijo/a? * Marca solo un óvalo.

- Bajo peso
- Peso adecuado
- Exceso de peso
- Prefiero no responder

17. ¿Qué estrategias utilizás para promover su alimentación? *

Selecciona todas las opciones que correspondan.

- Refuerzo positivo (elogios, abrazos, canciones)
- Ofrecimiento repetido de alimentos
- Recompensas de paseos o actividades
- Recompensas con comida
- Evitás confrontaciones
- Mantenés rutinas
- Lo involucrás en el momento de cocinar
- Otros: _____

18. ¿Recibiste información alguna vez sobre cómo abordar la alimentación en niños/as con TEA? *

Selecciona todas las opciones que correspondan.

- Sí, de un profesional de la salud
- Sí, de internet / redes sociales
- Sí, en grupos de apoyo
- No recibí información

19. ¿Recibiste acompañamiento profesional por esta problemática? *

Selecciona todas las opciones que correspondan.

- Con nutricionista
- Con psicólogo
- Con terapeuta ocupacional
- Con maestra integradora
- Con médico
- No recibí

20. ¿Qué tan conforme en términos generales te sentís con el abordaje por parte del equipo tratante? * Marca solo un óvalo.

- Muy conforme
- Bastante conforme
- Medianamente conforme
- Poco conforme
- Nada conforme

21. ¿Percibís que las estrategias aplicadas del equipo tratante ayudaron a modificar la conducta alimentaria? * Marca solo un óvalo.

- Sí, hubo mejora notable
- Sí, leve mejora
- No hubo cambios
- Hubo cambios por momentos pero no se mantuvieron en el tiempo
- No apliqué estrategias, no supe cómo hacerlo
- Intenté aplicar estrategias pero fueron contraproducentes

22. ¿Percibís que las estrategias aplicadas por parte del entorno familiar ayudaron a modificar la conducta alimentaria? * Marca solo un óvalo.

- Sí, hubo mejora notable
- Sí, leve mejora
- No hubo cambios
- Hubo cambios por momentos pero no se mantuvieron en el tiempo
- No apliqué estrategias, no supe cómo hacerlo
- Intenté aplicar estrategias pero fueron contraproducentes

23. ¿Considerás que esta situación alimentaria afecta emocionalmente al entorno familiar? * Marca solo un óvalo.

- Afecta extremadamente
- 1 2 3 4 5
- No afecta en nada

24. ¿Sentís que tu entorno social (familia, escuela, amistades) te acompaña en esta situación?

*Marca solo un óvalo.

- Nunca acompañan
- 1 2 3 4 5
- Acompañan siempre

Anexo 2



Anexo 3



Anexo 4



Anexo 5

