

Facultad de Ciencias de la Salud

SELECTIVIDAD ALIMENTARIA EN NIÑOS CON TRASTORNO
DEL ESPECTRO AUTISTA: UN SCOPING REVIEW

POR: DANIELA FIGUEROA CABEZAS, CATALINA GAJARDO MARÍN Y
FERNANDA MERINO MUÑOZ

Tesis presentada a la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad del
Desarrollo para optar al grado académico de Licenciado/a en Nutrición

PROFESOR GUÍA:
Prof. Diamela Carías
Prof. Paula Fuenzalida

Diciembre, 2025.
CONCEPCIÓN

© Se autoriza la reproducción de esta obra en modalidad acceso abierto para fines académicos o de investigación, siempre que se incluya la referencia bibliográfica.

© Se autoriza la reproducción de fragmentos de esta obra para fines académicos o de investigación, siempre que se incluya la referencia bibliográfica.

DEDICATORIA

Dedicado a nuestras familias, amigos, compañeros y profesoras que nos han acompañado y apoyado durante este largo camino. También dedicado a nosotras mismas por todo el esfuerzo que hemos realizado en este proceso y durante toda la carrera, por los logros que hemos cumplidos y los que vendrán.

AGRADECIMIENTOS

Agradezco con el corazón a mis compañeras, Fernanda y Catalina que hicieron posible la realización de esta tesis, por su compañerismo y constante dedicación durante este proceso. A mis padres, que ha sido un pilar fundamental en momentos difíciles, por su amor incondicional y por ser mi mayor apoyo, durante esta etapa de mi vida. A mis amigos, que estuvieron en cada momento, por ser una red que siempre estuvo presente. A Dios y mis seres queridos que me acompañan desde el cielo para poder darme la fuerza y nunca rendirme. A mis profesoras guías, carrera y universidad por entregarme las herramientas y conocimiento necesarios para mi formación profesional. Finalmente, agradezco a todos quienes, de manera directa o indirectamente estuvieron presente.

Daniela Figueroa C.

Quiero agradecer profundamente a mis compañeras de tesis, Daniela y Fernanda, por su dedicación, comprensión y paciencia durante todo este proceso, así como a mis profesoras por su guía, orientación y disposición en cada etapa de este proceso. También agradecer a mi pareja, Sebastián, quien ha sido un pilar fundamental en mi vida, brindándome apoyo constante y comprensión en cada desafío. Finalmente, agradezco a mi familia por su apoyo en este camino.

Catalina Gajardo M.

Me gustaría reconocer a mis compañeras, Catalina y Daniela, por todo su esfuerzo, motivación y fuerza durante este tiempo. Agradezco a mi familia por el apoyo y acompañamiento que me han dado de forma incondicional, su amor y paciencia han sido un pilar fundamental, y por sobre todo agradezco a Dios por darme las fuerzas, perseverancia y oportunidades necesarias para completar la tesis.

Fernanda Merino M.

TABLA DE CONTENIDOS

LISTA DE ABREVIATURAS	vii
RESUMEN	ix
1. INTRODUCCIÓN	1
1.1. Pregunta de Investigación	2
2. MARCO DE REFERENCIA	3
2.1. Trastorno del Espectro Autista (TEA)	3
2.2. Selectividad Alimentaria en niños con TEA	7
2.3. Impacto nutricional de la selectividad alimentaria en niños con TEA	8
3. OBJETIVOS	11
3.1. Objetivo general	11
3.2. Objetivos específicos	11
4. MATERIALES Y MÉTODOS	12
5. RESULTADOS	18
6. DISCUSIÓN	1
7. CONCLUSIONES	6
8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	8

LISTA DE ABREVIATURAS

ADOS-2: Autism Diagnostic Observation Schedule-2.

ADI-R: Autism Diagnostic Interview - Revised.

ARFID: Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder. Evitación, restricción alimentaria con impacto nutricional o psicosocial.

ASSQ: Autism Spectrum Screening Questionnaire. Cuestionario de tamizaje para detectar rasgos del espectro autista en niños y adolescentes.

BAMBI: Inventario breve de conductas alimentarias en autismo.

BAMBIC: Rechazo, variedad limitada, conducta disruptiva.

BDHQ: Brief Diet History Questionnaire. Cuestionario breve para evaluar hábitos y frecuencia de consumo alimentario.

CBCL: Child Behavior Checklist. Lista de verificación para evaluar conductas y problemas emocionales en niños.

CDC: Centro para el control y prevención de enfermedades.

CEBQ: Cuestionario de conductas alimentarias infantil.

CEA: Condición del espectro autista.

DISCO: Diagnostic Interview for Social and Communication Disorders. Entrevista diagnóstica usada para obtener ítems de RRB.

DMS – II: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales.

ESEM: Exploratory Structural Equation Modeling. Método que combina análisis factorial exploratorio y modelos de ecuaciones estructurales.

ETCC: Encuesta de tendencia de consumo cuantificada.

FFQ: Food Frequency Questionnaire. Cuestionario de frecuencia alimentaria.

GFCE: Gluten- Free Casein- Free

OMS: Organización Mundial de la Salud.

R24H: Recordatorio 24 horas.

RRB: Restricted and Repetitive Behaviors. Conductas restringidas y repetitivas evaluadas como subdominios en TEA.

SRS: Social Responsiveness Scale. Escala que mide la severidad de los rasgos sociales asociados al TEA.

TEA: Trastorno del espectro autista.

RESUMEN

Introducción: La selectividad alimentaria es uno de los desafíos más frecuentes en niños y adolescentes con trastornos del espectro autista (TEA), afectando la variedad dietaria, la aceptación de alimentos y el estado nutricional. Este patrón alimentario se caracteriza por una marcada preferencia o rechazo hacia ciertos alimentos y puede estar influenciado por factores sensoriales, conductuales y del entorno familiar. Dado su impacto en la salud y calidad de vida, existe un creciente interés por comprender sus causas y consecuencias. **Objetivos:** Describir los factores sensoriales, conductuales y familiares asociados a la selectividad alimentaria en niños y adolescentes con TEA. **Materiales y métodos:** Se realizó una búsqueda en PubMed, ScienceDirect y Web of Science siguiendo las directrices PRISMA – ScrR, incluyendo 12 estudios observacionales publicados en los últimos cinco años, que evaluaron hábitos alimentarios, ingesta de nutrientes y consecuencias nutricionales en niños con TEA de 2 a 18 años. **Resultados:** La evidencia mostró una alta prevalencia de selectividad alimentaria (61 – 84%), caracterizada por rechazo de frutas, verduras, alimentos mixtos y texturas pastosas, y preferencia por alimentos altos en carbohidratos y texturas predecibles. Las alteraciones en el procesamiento sensorial, especialmente la hipersensibilidad oral y táctil, fueron los factores más asociados a este patrón. Se observaron además conductas disruptivas durante las comidas y prácticas parentales que pueden reforzar la selectividad, como la presión para comer o el uso de pantallas. Aunque el IMC no siempre mostró alteraciones, varios estudios reportaron ingestas insuficientes de micronutrientes como vitamina D, complejo B, zinc y colina, así como alta frecuencia de estreñimiento. **Conclusiones:** La selectividad alimentaria en TEA es multifactorial y requiere un abordaje temprano, integral y adaptado al perfil sensorial del menor, incorporando estrategias interdisciplinarias y apoyo familiar. Asimismo, se destacada la importancia de monitorear la ingesta nutricional para prevenir deficiencias y complicaciones a largo plazo.

Palabras claves: Autism Spectrum Disorder, Food Selectivity, Feeding Behavior, Children, Feeding and Eating y Nutritional Status.

1. INTRODUCCIÓN

El trastorno del espectro autista (TEA) es una condición del neurodesarrollo que se presenta desde el nacimiento y persiste a lo largo de todo el ciclo vital¹. Se caracteriza por un conjunto de alteraciones, entre las cuales encontramos: dificultades en las habilidades sociales, de comunicación verbal y no verbal, reacciones poco habituales a las sensaciones como hipersensibilidad o hiposensibilidad a algunos estímulos y conductas repetitivas².

Según la *Organización Mundial de la Salud* (OMS) alrededor de 1 de cada 100 niños presentan TEA a nivel mundial³, y en Chile, 1 de cada 51 niños tienen este trastorno, lo que se traduce en 83.512 menores diagnosticados⁴.

En niños con TEA, uno de los problemas más frecuentes es la selectividad alimentaria, que se manifiesta como un rechazo y/o preferencia a alimentos con ciertas texturas, colores y sabores. Un estudio realizado en México encontró que 62% de los niños con TEA presentó algún tipo de conducta problemática a la hora de comer. Las más comunes incluyeron el abandono de la mesa antes de terminar, ensuciar mucho, rechazar la comida y/o comer de más⁵.

En cuanto a la variabilidad de alimentos, los niños con TEA tienden a consumir una menor variedad en comparación con sus familiares. Los grupos alimentarios que más consumen son los cereales y papas, frutas, botanas (aperitivos) y postres. En contraste, presentan un menor consumo de preparaciones mixtas, verduras y alimentos de origen animal⁵.

Un estudio realizado en Polonia en 2023 evidenció que los niños con TEA presentan una mayor selectividad alimentaria en comparación con niños neurotípicos. Entre las variables con diferencias más destacadas entre el grupo con TEA y el grupo control se encuentran: la disposición a probar alimentos nuevos, el consumo de comidas con ingredientes mezclados, alimentos de consistencia pegajosa, vegetales y alimentos con sabor ácido, entre otros. Cabe señalar que la única variable en la que el grupo con TEA mostró una mayor preferencia en comparación con el grupo control fue el consumo de alimentos secos⁶.

En este sentido, la selectividad alimentaria en niños con TEA puede derivar en problemas nutricionales relevantes, tales como deficiencias de micronutrientes, lo que incrementa el riesgo de complicaciones médicas, afectando el desarrollo físico e intelectual⁷.

Basándonos en lo anterior, surge la necesidad de realizar una revisión y análisis de la literatura actual para comprender mejor la relación entre el TEA y la selectividad alimentaria, así como sus implicancias nutricionales y posibles estrategias de intervención.

1.1. Pregunta de Investigación

¿Cuáles son los factores asociados con la selectividad alimentaria en niños con trastornos del espectro autista de acuerdo con la revisión de la literatura actual?

2. MARCO DE REFERENCIA

2.1. Trastorno del Espectro Autista (TEA)

La palabra autismo viene del prefijo griego “*autos*”, que significa uno mismo, y el sufijo “*ismós*”, que forma sustantivos abstractos que denotan cierto tipo de tendencia, en este caso la aceptación propia sería “internarse en uno mismo” y en el ámbito clínico se designa esta palabra a aquellos que se aíslan del mundo externo⁸.

Las primeras descripciones del TEA fueron realizadas en 1943 en publicaciones realizadas por Leo Kanner y Hans Asperger, aunque previamente se habían descrito personas con características similares. En el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-II) (1968), todavía no aparecía el autismo como un diagnóstico, sino que se caracterizaba como esquizofrenia infantil que se podía manifestar como: “comportamiento autista y atípico, fracaso para desarrollar una identidad separada a la madre, inmadurez y alteraciones del desarrollo”. Recién en el año 1980 en el DSM-III se incorporó el autismo como diagnóstico, el cual tenía seis condiciones para el diagnóstico y desde entonces se ha modificado constantemente, cambiando, eliminando y creando los criterios⁹.

Aunque tradicionalmente se ha utilizado el término “trastorno” en contexto médicos y clínicos¹⁰, en los últimos años, se ha sugerido una tendencia a reemplazar esta denominación por la palabra “condición”, promoviendo así una

perspectiva más inclusiva y respetuosa hacia la neurodiversidad. Además, la palabra “condición” evita la carga negativa que conlleva el otro término, el cual puede estar asociado a estigmas o discriminación¹¹. Por otro lado, una investigación realizada por el Ministerio de Salud de Chile en el año 2022 reveló que internacionalmente solo México utiliza el término CEA y nacionalmente solo una institución de salud utiliza el término CEA, por lo que se seguirá utilizando el término TEA¹².

A lo largo del tiempo se ha visto un aumento de la prevalencia en el diagnóstico del TEA, lo cual se ha ligado a un cambio en los criterios de diagnóstico, una mayor divulgación y conocimiento de los síntomas y señales¹³.

Un informe publicado por el Centro para el *Control y Prevención de Enfermedades* (CDC) de Estados Unidos en el año 2023, reveló que 1 de cada 36 niños de 8 años es diagnosticado con TEA, cifra que presenta un aumento de 0.5% respecto a 2018, cuando había una prevalencia de 1 de cada 44 niños. Además, entre 2018 y 2020 se registró un incremento del 30% en la prevalencia de TEA en niños de origen asiático, de raza negra e hispanos¹⁴.

Un estudio realizado en Chile mostró que actualmente la prevalencia de niños TEA es de 1,96%, es decir, que 1 de cada 51 niños presentan TEA, con una distribución de 4 niños por 1 niña, lo cual se parece a los números reportados mundialmente en la literatura. En otros países de Latinoamérica, se han

documentado prevalencias que varían entre 0,17% y 1,3%, mientras que en España se observa una prevalencia de 0,61%¹⁵.

El diagnóstico de TEA se realiza en promedio a los 4 años, aunque se puede diagnosticar antes de los 2 años, actualmente el diagnóstico no consiste en una prueba médica, sino en un cuestionario adaptado a las diferentes edades del desarrollo, abarca observaciones del comportamiento y evaluaciones psicológicas, e incluye pruebas complementarias como análisis de sangre, pruebas de neuroimagen, audiometrías que permitan descartar enfermedades metabólicas, neurológicas y/o trastornos auditivos. En ninguno de los casos las pruebas pueden por sí solas corroborar el diagnóstico¹⁶.

Los criterios diagnósticos vigentes son los recogidos en el DSM-V, cuya última actualización data de 2013. En esta versión se introdujo un cambio relevante: se unificaron bajo el término “trastorno del espectro autista” aquellas entidades que antes se consideraban diagnósticos independientes (síndrome de Asperger, trastorno desintegrativo infantil, trastorno generalizado del desarrollo sin otra especificación y trastorno autista)¹⁷.

En los últimos cinco años, los científicos han identificado una serie de cambios genéticos o mutaciones asociadas con el autismo. Se han identificado más de 100 genes de riesgo de autismo, si bien no todos los casos de TEA se pueden atribuir a la genética. Sin embargo, en la mayoría de los casos no hay una sola

mutación, sino una combinación compleja y variable de riesgo genético y de factores ambientales que influyen en el desarrollo temprano del cerebro¹⁷.

El TEA afecta a niños de todas las razas y nacionalidades, pero hay factores determinados que aumentan el riesgo de padecer este trastorno como el sexo, los varones tienen cuatro veces más probabilidad de recibir un diagnóstico de TEA que las niñas. También los antecedentes familiares, se ha visto que los niños con familiares afectados presentan mayores dificultades en las habilidades sociales y de comunicación, así como conductas características del trastorno¹⁸.

El TEA se caracteriza por diferencias en el desarrollo que afectan a la socialización, la comunicación, la imaginación y la conducta. Si bien las causas del TEA no se conocen, hay hipótesis que apuntan a las causas genéticas, alteraciones cerebrales o del sistema inmunitario¹⁶.

Aunque no todos los niños se desarrollan de igual manera, hay que tener en cuenta algunas señales de alerta: la ausencia de expresiones manifiestas de alegría durante los primeros seis meses o más tarde, la falta de balbuceo al año y la ausencia de palabras a los 16 meses¹⁷.

Por otra parte, los niños con TEA se caracterizan por presentar diversos grados de dificultad en la interacción, la comunicación social y una tendencia a realizar conductas repetitivas¹⁶. De igual manera, está comúnmente relacionado con dificultades de procesamiento sensorial, tanto de hiposensibilidad como hipersensibilidad, lo cual afecta profundamente el día a día del niño o de la

familia. Uno de los horarios más difíciles de la vida diaria para la familia es la hora de la comida, ya que muchos niños presentan problemas con rechazo y/o aceptación de la comida, más conocido como selectividad alimentaria, caracterizada por aversiones al color, sabor, olor y/o texturas de los alimentos¹⁹.

2.2. Selectividad Alimentaria en niños con TEA

El término de *selectividad alimentaria* abarca diferentes manifestaciones, como la aversión hacia determinados alimentos, una aceptación restrictiva de ciertas comidas o la preferencia exclusiva por un solo alimento. No obstante, en la literatura científica no existe aún una definición unificada y oficial a este concepto²⁰.

Algunas investigaciones reportan una prevalencia de hasta un 62%⁵, mientras que otros estudios señalan que los niños con TEA tienen de cuatro a cinco veces más probabilidades de presentar problemas relacionados con la alimentación que sus pares neurotípicos. Entre estas dificultades se incluyen la neofobia alimentaria, la pica, selectividad alimentaria y anorexia nerviosa²¹. De acuerdo con otros estudios, alrededor de un 75% de los menores con TEA presenta una selectividad alimentaria, lo cual se asocia principalmente a alteraciones en el procesamiento sensorial. Este procesamiento atípico puede interferir significativamente en diversas actividades de la vida diaria, siendo la alimentación una de las más afectadas²².

Los comportamientos que presentan los niños con TEA en respuesta a estímulos sensoriales, como la sensibilidad a ciertas texturas o sabores específicos de los alimentos, son relevantes para comprender la prevalencia y características de los patrones de selectividad alimentaria. Estos patrones pueden tener repercusiones importantes en la salud de los niños, ya que suelen estar asociados a una alimentación limitada y poco variada²³.

Si bien la selectividad alimentaria no constituye un diagnóstico formal, la literatura científica ofrece una amplia variedad de definiciones, porque los síntomas pueden manifestarse y medirse de diversas maneras. Sin embargo, en países como Estados Unidos, la gravedad de estos síntomas ha sido reconocida dentro de los sistemas de diagnóstico clínico. El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-V) incorpora el “trastorno por evitación/restricción de la ingesta de alimentos” (ARFID, Avoidant or Restrictive Food Intake Disorder), el cual considera los efectos que una alimentación extremadamente selectiva puede tener sobre el crecimiento, el estado nutricional y el desarrollo psicosocial del niño ²³.

2.3. Impacto nutricional de la selectividad alimentaria en niños con TEA

La selectividad alimentaria en niños con TEA puede manifestarse de diversas formas. Algunos presentan una marcada aversión hacia ciertos alimentos, mientras que otros muestran escaso interés por la alimentación en general, debido a la reducida conciencia de apetito. Estas conductas alimentarias

restrictivas repercuten directamente en su estado nutricional, afectando especialmente la adecuada ingesta de micronutrientes²³.

Varios estudios han evidenciado una mayor prevalencia de malnutrición por exceso en niños con TEA en comparación con la población infantil neurotípica. Concretamente, se ha reportado una prevalencia de hasta 63% de sobrepeso u obesidad en este grupo, en contraste con el grupo control. Sin embargo, también se han documentado casos de malnutrición por déficit, lo que sugiere un perfil nutricional heterogéneo dentro de esta población²⁴.

La mayoría de las investigaciones reportan un estado nutricional limitado en estos niños, evidenciándose tanto casos de obesidad como de bajo peso. Además, se ha identificado deficiencias frecuentes de micronutrientes como hierro, zinc, calcio, vitaminas como la A, C, D, E, B9, B12. La gravedad de estas deficiencias puede llevar a consecuencias clínicas relevantes según su severidad²³.

Una revisión realizada por Mørdre et al; en la que se incluyeron 20 estudios, identificaron varias complicaciones derivadas de la selectividad alimentaria en niños y adolescentes con TEA. Entre las más frecuentes se encontraron el sobrepeso, asociado al consumo preferente de alimentos densamente calóricos y ricos en azúcares y grasas; la malnutrición severa por restricción alimentaria; y obstipación, entendida como una forma más grave de constipación. También se reportaron enfermedades relacionadas con deficiencias nutricionales, como gingivitis, escorbuto y otras formas severas de desnutrición²⁵.

Además de las consecuencias anteriormente mencionadas, una revisión panorámica reciente ha planteado que una parte de estos casos de selectividad alimentaria en niños y adolescentes con TEA podrían corresponder clínicamente al ARFID, condición que ha sido subdiagnosticada en esta población y que se caracteriza por una ingesta alimentaria persistentemente insuficiente, motivada por factores como la hipersensibilidad sensorial, la rigidez cognitiva y la ansiedad frente a determinados alimentos o texturas.

Como resultado, estos niños pueden desarrollar patrones dietarios extremadamente limitados, que conllevan un mayor riesgo de deficiencias nutricionales, particularmente de hierro, calcio, vitaminas D y B12, así como desnutrición energético-proteica, retraso del crecimiento, anemia y disminución de la densidad ósea. Tales consecuencias no solo comprometen su salud física, sino también su desarrollo cognitivo, funcional y psicosocial, lo que justifica la necesidad de una evaluación nutricional precoz y un abordaje multidisciplinario en estos casos ⁸.

3. OBJETIVOS

3.1. Objetivo general

Describir las características y patrones de conducta alimentaria en niños con trastorno del espectro autista (TEA), identificando los factores que inciden en su selectividad alimentaria y su estado nutricional, según la evidencia disponible en la literatura científica actual.

3.2. Objetivos específicos

- Analizar las características sensoriales, cognitivas y conductuales asociadas a la selectividad alimentaria y a los hábitos de alimentación en niños con TEA.
- Identificar el impacto de la selectividad alimentaria sobre la ingesta de macronutrientes y micronutrientes.
- Describir la influencia del entorno familiar y social en los hábitos alimentarios de los niños con TEA.
- Examinar las consecuencias de la selectividad alimentaria sobre la salud física y nutricional en esta población.

4. MATERIALES Y MÉTODOS

4.1 Diseño del estudio

Se realizó una revisión bibliográfica o Scoping Review, la cual corresponde a revisiones extensas de la literatura que responden a preguntas de investigación amplias. Se enfocan principalmente en la exploración de la literatura, dimensionando su tamaño y su alcance potencial en un área específica. Muestra el panorama general, en vez de responder preguntas específicas. Además, siguen un método riguroso y sistemático que debe ser transparente y reproducible²⁶. En tal sentido, se analizaron las características y patrones de conducta alimentaria en niños con TEA.

4.2 Definición de variables de estudio

Las variables de estudio que se definieron fueron: 1) Hábitos de selectividad alimentaria de los niños y adolescentes con TEA. 2) Edad del niño. 3) Tipo de instrumento de medición de la alimentación usado, como recordatorio 24 horas (R24H), frecuencia de consumo, entrevista a cuidadores. 4) Impacto de la selectividad alimentaria sobre la ingesta de macronutrientes y micronutrientes y estado nutricional de los niños y adolescentes con TEA. 5) País donde se realiza el estudio.

4.3 Unidad de análisis

La unidad de análisis correspondió a todos los estudios observacionales, tanto descriptivos como analíticos, en los que se evaluaron las características y patrones alimentarios de niños con TEA, y sus consecuencias sobre el estado nutricional.

Criterios de inclusión

- Investigaciones observacionales de tipo descriptivos o analítico, de cohorte, comparativos, así como series de casos que incluyan niños y adolescentes con TEA.
- Investigaciones que utilicen instrumentos validados o procedimientos estandarizados claramente descritos para evaluar la conducta alimentaria ej: Inventario breve de conductas alimentarias en autismo (BAMBI), cuestionario de conductas alimentarias infantil (CEBQ), cuestionario de frecuencia alimentaria (FFQ), Encuesta de tendencia de consumo alimentario cuantificada (ETCC), (R24H), entrevistas estructuradas u otros equivalentes.
- Artículos primarios con una antigüedad máxima de 5 años.
- Artículos que incluyan niños y adolescentes entre 2 a 18 años con diagnóstico confirmado de TEA, según criterios estandarizados (DSM-V u otros equivalentes).

- Estudios donde se evalúen los hábitos de alimentación entre niños y adolescentes con TEA, con o sin grupo de comparación de niños y adolescentes neurotípicos.
- Estudios donde se evalúe el impacto de los hábitos de alimentación de los niños y adolescentes con TEA, sobre el consumo de nutrientes y el estado nutricional.

Criterios de exclusión

- Artículos que incluyan niños con otra patología neurológica relacionada con el neurodesarrollo (ej. Parálisis cerebral, síndrome de Down).
- Artículos que incluyan niños que tengan una restricción alimentaria por otros factores, como enfermedades que interfieran la funcionalidad gastrointestinal, alergia, intolerancia u otras enfermedades metabólicas.
- Publicaciones que no sean artículos primarios (ej. Editoriales, cartas al editor, revisiones narrativas, revisiones sistemáticas, resúmenes de congresos).
- Documentos no disponibles en texto completo o que no proporcionen información suficiente para extraer los datos relevantes.
- Estudios en animales.

4.4 Recolección de datos

Se realizó un Scoping review, siguiendo los estándares definidos por PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses), para las revisiones de alcance o scoping review (PRISMA-ScR)²⁷, mediante una búsqueda exhaustiva en diferentes bases de datos como PubMed, Science Direct y Web of Science, la cual incorporó las siguientes palabras clave: Autim Spectrum Disorder, Food Selectivity, Feeding Behavior, Children, Feeding and Eating Disorders y Nutritional Status, con los operadores booleanos “AND”, “OR” y “NOT”. Se verificaron las palabras como descriptores en ciencias de la salud, y se escogieron los artículos publicados en los últimos 5 años, sin restricción de lenguaje y realizados en humanos.

La selección inicial se realizó basándonos en los resúmenes y títulos de la información disponible identificando los artículos potencialmente elegibles, posteriormente, se removieron los artículos duplicados. Una vez definidos se analizaron en su totalidad y por completo los artículos seleccionados y se realizó una sección final para elegir los artículos que cumplían con los criterios de inclusión y exclusión, de manera de analizar críticamente los artículos y así obtener los que responden la pregunta de investigación planteada en este estudio (Figura 1).

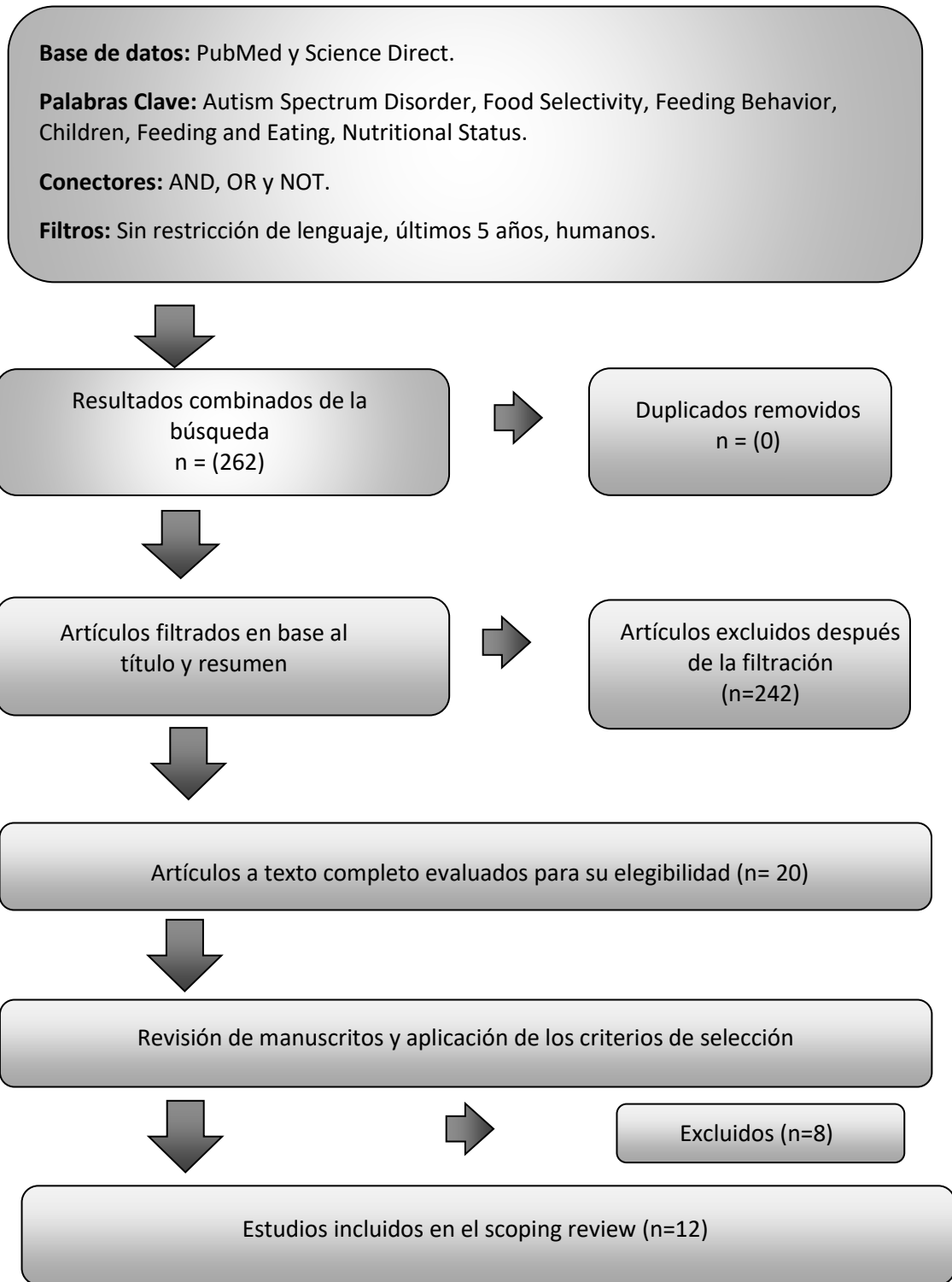


Figura 1. Selección de los artículos para la revisión bibliográfica

4.5 Plan de análisis

Se resumieron los estudios incluidos en esta revisión para analizar y discutir la información entregada, para responder a la pregunta de investigación. Se incluyó una tabla de resumen que incorporó: autor, año, país, participantes, variables y resultados clave, de los artículos seleccionados.

5. RESULTADOS

La revisión final incluyó un total de 12 artículos, todos con diseño observacional, entre los cuales 10 correspondieron a estudios transversales, 1 longitudinal y 1 cualitativo. Las investigaciones se realizaron en diversos países, incluyendo Japón, Países Bajos, Brasil, India, Polonia, Malasia, Estados Unidos y Eslovaquia, abarcando muestras de niños y adolescentes con TEA de 2 a 17 años. En la tabla 1 se resumen las características principales de los estudios incluidos en la revisión.

Tsujiguchi et al. (2020)²⁸ llevaron a cabo un estudio de diseño transversal con 1.276 niños y adolescentes japoneses de 7 a 15 años, participantes del Shika Town Study. Los datos se recolectaron en escuelas locales con una tasa de respuesta del 95,6%. Los rasgos autistas se evaluaron mediante el ASSQ (Autism Spectrum Screening Questionnaire), y se excluyó a quienes usaban suplementos nutricionales en altas dosis o tenían reportes dietarios extremos.

Se midieron rasgos autistas e ingesta de nutrientes mediante los cuestionarios BDHQ (Brief Diet History Questionnaire) adaptados según la edad. Además, se recopilaron datos de estilo de vida, estado nutricional, alergias, tiempo de pantalla y actividad física, que fueron incluidos como covariantes en los análisis.

Los niños con rasgos autistas presentaron mayor ingesta de carbohidratos y menor consumo de proteínas, grasas y micronutrientes. El patrón se mantuvo tanto en niños como adolescentes. Los autores concluyeron que estos resultados

reflejan posibles efectos de la selectividad alimentaria y recomiendan monitoreo nutricional precoz.

La clasificación nutricional, basada en los percentiles de peso por edad, sexo y talla, mostró proporciones similares de bajo peso, normopeso y sobrepeso/obesidad en ambos grupos. Si bien aproximadamente un cuarto de la muestra total presentó sobrepeso u obesidad, esta distribución no varió según la presencia de rasgos autistas. Los autores destacan que, pese a que el peso no difería entre grupos, las alteraciones en la ingesta de nutrientes sí eran evidentes, lo que sugiere que los problemas nutricionales en esta población pueden pasar desapercibidos si se evalúa únicamente el estado ponderal.

Babinská et al. (2020)²⁹ realizaron un estudio transversal en Eslovaquia con 247 niños y adolescentes con TEA y 267 controles de 2 a 17 años. El diagnóstico de TEA se basó en ADOS-2 (Autism Diagnostic Observation Schedule-2) y ADI-R (Autism Diagnostic Interview- Revised), y se excluyeron casos con discapacidad severa.

Se evaluaron síntomas gastrointestinales, selectividad alimentaria, problemas durante las comidas, y el uso de dietas y suplementos mediante cuestionarios parentales. También se registraron características conductuales del TEA y la presencia de dietas de eliminación como GFCF (Gluten- Free Casein- Free).

Los niños con TEA mostraron una mayor prevalencia de síntomas gastrointestinales como el estreñimiento y el dolor abdominal, en comparación

con los controles (88,9% vs. 79%), junto con una selectividad alimentaria significativamente más frecuente (61,1%) notablemente superior a la observada en el grupo control y una mayor presencia de problemas durante las comidas (64,3% vs. 45%). Estas dificultades alimentarias y gastrointestinales mostraron asociaciones débiles con los rasgos conductuales del TEA, lo que sugiere que su origen podría estar influido por múltiples factores más allá del perfil conductual. Además, el uso de suplementos nutricionales fue común entre los participantes, pero no se identificaron beneficios clínicos asociados a su consumo, reforzando la necesidad de intervención más integral y basadas en evidencias para abordar los desafíos alimentarios en esta población.

En cuanto al uso de suplementos nutricionales, reportaron que una proporción importante de los niños con TEA consumía suplementos dietéticos de manera regular, destacando principalmente el uso de multivitamínicos, minerales, ácidos grasos, omega-3, probióticos y vitamina D. Estos suplementos eran administrados con el objetivo de mejorar síntomas gastrointestinales, el comportamiento o la selectividad alimentaria. Sin embargo, el estudio no mostró asociaciones significativas entre la utilización de suplementos y mejoras clínicas en ninguno de estos ámbitos, lo que sugiere que su empleo, aunque frecuente, no necesariamente se traduce en beneficios objetivos para esta población.

Kazek et al. (2021)³⁰ desarrollaron un estudio piloto transversal en Polonia, específicamente en el Centro de Salud Pediátrica y Neurológica de Katowice y

Tychy. Se incluyeron a 41 niños con autismo de alto funcionamiento y a 34 niños sin trastornos del neurodesarrollo como grupo de control. Todos los participantes fueron caucásicos, entre 2 y 12 años. De este estudio se excluyeron niños con autismo sindrómico, epilepsia, trastorno genéticos o inteligencia bajo 70.

El estudio evaluó múltiples aspectos del comportamiento alimentario y la dinámica de alimentación, utilizando un cuestionario diseñado por los autores. Las variables analizadas fueron: selectividad alimentaria, preferencias sensoriales, conductas durante las comidas, uso de utensilios, ambiente y dinámica familiar, apetito, snacks y preferencias de dietas restrictivas.

Los hallazgos mostraron que los niños con autismo presentaron mayor selectividad alimentaria, más del doble en comparación con el grupo de control, donde la única diferencia estadística significativa fueron que los niños del grupo de control presentaban mayor preferencia a sabores dulces (58,4% vs. 79,4%), y que los niños con TEA tenían mayor tendencia a consumir cosas atípicas (7,3% vs. 0%). Respecto a las texturas, los niños con autismo presentaron una preferencia a texturas fluidas (22% vs. 5,9%)

También se observó que los niños con autismo tenían una mayor frecuencia de berrinches y resistencia durante las comidas (58,5% vs. 29,4%), necesidad de entrenamiento para comer (41,5% vs. 8,8%), menor uso de utensilios y mayor dependencia en ser alimentado por un adulto (53,7% vs. 14,7%). Los niños con

autismo también mostraron mayor tendencia a comer fuera de la mesa (39,1 vs. 5,9%) y a usar pantallas durante las comidas como motivación condicional.

Harris et al. (2021)³¹ estudiaron la cohorte poblacional “Generation R” en Países Bajos. Se evaluaron a 2.818 niños desde los 6 hasta los 10 años, el diseño fue prospectivo y utilizó reportes parentales estandarizados.

Se midieron rasgos autistas, selectividad alimentaria y estreñimiento, también se incluyeron covariables como IQ, IMC, educación materna y estreñimiento previo para ajustar los análisis.

El estudio mostró que los niños que presentaban rasgos autistas se asociaron más a síntomas de estreñimiento, se vio que los niños con mayores puntajes en la escala que evaluaba los rasgos autistas tendían a presentar más síntomas gastrointestinales, incluyendo dolor al evacuar, heces duras y baja frecuencia defecadora.

Cuando se agregaron las covariables se evidenció que la relación entre rasgos autistas y estreñimiento perdió significancia, reforzando la idea de que la selectividad alimentaria es un componente clave en el estreñimiento, demostrando que un 17,8% de esta relación se explica por la selectividad alimentaria.

Malhi et al. (2021)³² realizaron un estudio observacional comparativo en un centro pediátrico terciario de Chandigarh, India, con 50 niños con TEA y 28 neurotípicos de 4 a 10 años, reclutados en clínicas de psicología pediátrica y neurodesarrollo.

Se excluyeron niños con dietas restrictivas previas, enfermedades crónicas o medicación que pudiera alterar su conducta alimentaria. Los padres completaron cuestionarios sobre el comportamiento habitual de sus hijos durante las comidas.

Las variables del estudio incluyeron dos instrumentos principales: la escala BAMBIC para evaluar comportamientos problemáticos durante las comidas, y el Short Sensory Profile (SSP) para medir sensibilidades sensoriales. Aunque el estado nutricional no se incorporó como variable independiente, se consideraron medidas relacionadas como peso, IMC, estatura y la ingesta de nutrientes (proteínas, vitamina D, ácido fólico y sodio), lo que permitió inferir parcialmente riesgos nutricionales. Destacó especialmente una estatura menor en los niños con TEA.

Los resultados mostraron que los niños con TEA presentaron más problemas durante las comidas, mayor rechazo alimentario, conductas disruptivas y dietas más restrictivas (84% vs. 32%). También rechazaban con mayor frecuencia frutas y verduras comunes y exhibían mayor sensibilidad sensorial en todas las áreas evaluadas. Aunque el peso y el IMC no difirieron significativamente entre grupos, los niños con TEA consumieron menos proteínas y micronutrientes clave y mostraron menor variedad alimentaria, lo que sugiere un riesgo nutricional que podría no manifestarse de inmediato en los parámetros antropométricos.

Uljarevic et al. (2022)³³ realizaron un estudio observacional analítico con datos recopilados previamente en dos clínicas del Reino Unido. Incluyeron 226

personas con TEA (189 varones; edades entre 3 y 38 años con una media de 12 años), clasificadas según presencia o ausencia de discapacidad intelectual. Mediante modelos de ecuaciones estructurales (ESEM) analizaron la estructura de los comportamientos restrictivos y repetitivos (RRB). Los datos se obtuvieron de la Entrevista Diagnóstica para Trastornos Sociales y de la Comunicación (DISCO), de la cual se seleccionaron 53 ítems relacionados con RRB.

Se evaluó cómo se organizaban estos comportamientos en distintas categorías, los autores identificaron seis grupos principales: movimientos repetitivos, intereses sensoriales inusuales, sensibilidad sensorial, mantenimiento de rutinas o patrones, intereses muy focalizados en temas u objetos específicos y lenguaje repetitivo o monótono (incluida la ecolalia).

Los análisis mostraron que los RRB en TEA se estructuran en estos seis factores, los cuales se encuentran interrelacionados en distintos grados. Por ejemplo, los comportamientos repetitivos se vincularon débilmente con los intereses sensoriales inusuales, lo que sugiere que puede coexistir en algunos perfiles clínicos. También se observaron variaciones según edad y discapacidad intelectual. En general, los RRB disminuyen con la edad, siendo más marcados en etapas tempranas del desarrollo.

No se encontraron diferencias significativas por sexo. Las personas con TEA y discapacidad intelectual presentaron mayores puntuaciones en comportamientos motores, intereses inusuales, respuestas sensoriales y lenguaje repetitivo,

mientras que quienes no tenían discapacidad intelectual mostraron más insistencia a las rutinas e intereses focalizados.

Harris et al. (2022)³⁴ realizaron un estudio longitudinal dentro de la cohorte Generation R, con 4.092 niños evaluados entre los 1,5 y 8 años en Róterdam. Los rasgos autistas, la selectividad alimentaria y la calidad de dieta fueron medidos en distintas etapas del desarrollo infantil.

Los rasgos autistas se midieron con el CBCL (Child Behavior Checklist) y SRS (Social Responsiveness Scale); la selectividad alimentaria con el CEBQ (Child Eating Behaviour Questionnaire); y la calidad dietaria a los 8 años mediante FFQ (Food Frequency Questionnaire) validado. El puntaje de dieta incluyó adherencia a guías neerlandesas y se ajustó por múltiples factores sociodemográficos.

Los niños con mayores rasgos autistas presentaron peor calidad dietaria, con menor consumo de frutas, verduras y pescados. La selectividad alimentaria explicó parte de la relación entre estos rasgos tempranos y las dietas que siguieron después. Los autores destacan la importancia de intervenir desde edades tempranas.

Yin Tan et al. (2023)³⁵ condujeron un estudio cualitativo transversal en Melaka, Malasia, con padres de niños con TEA de 2 a 12 años, para comprender como enfrentan los desafíos alimentarios y conductuales, su percepción sobre la alimentación saludable y la influencia de su estilo de crianza. Las entrevistas en profundidad fueron aprobadas por el Comité de Ética Institucional.

Se mostró que muchos padres atravesaron un proceso de duelo y altos niveles de estrés debido a la carga económica, el aislamiento social y la dificultad para acceder a terapias frente al diagnóstico de sus hijos. Con el tiempo, aquellos que lograron aceptar la condición lograron una mayor capacidad de adaptación y afrontamiento.

En el ámbito de la alimentación, los padres reconocieron la importancia de una dieta saludable, pero describieron grandes dificultades debido a la selectividad alimentaria, la sensibilidad sensorial y la resistencia a probar nuevos alimentos. Las prácticas alimentarias variaron considerablemente: algunos padres permitían alimentos procesados o aperitivos para evitar conflictos, mientras que otros imponían reglas más rígidas o restringían ciertos ingredientes.

El estudio mostró que los estilos de crianza más abiertos y participativos favorecen una alimentación más equilibrada y variada, mientras que los estilos muy restrictivos se asocian a un mayor rechazo de alimentos, lo que puede impactar negativamente en la ingesta y la salud nutricional del niño. Además, se observó una baja adherencia a las guías nutricionales nacionales debido a la falta de apoyo profesional, recursos educativos y orientación específica para el TEA. En conjunto, estos hallazgos reflejan la necesidad de fortalecer el acompañamiento psicológico, nutricional y los recursos disponibles para las familias, con el fin de mejorar el manejo alimentario y el bienestar general de los niños con TEA.

Kozak et al. (2023)³⁶ llevaron a cabo un estudio transversal en Polonia en el cual participaron 54 niños con autismo de 3 a 15 años y 51 niños sin trastornos del neurodesarrollo, que fueron captados en un centro especializado en TEA y desde grupos comunitarios online. Los padres completaron múltiples cuestionarios y proporcionaron la información sociodemográfica.

El estudio buscó comparar los grupos en medidas de alimentación y prácticas parentales, se evaluaron síntomas de ARFID, neofobia alimentaria, conductas alimentarias y prácticas parentales de alimentación, al igual que la sensibilidad sensorial, selectividad y fastidio alimentarios como predictores de la neofobia.

Los resultados mostraron que los niños con TEA, en comparación al grupo de estudio, presentaron mayores puntajes de ARFID, mayor neofobia alimentaria, más conductas alimentarias problemáticas como fastidio, deseo de beber y menor ingesta en situaciones emocionales. Igualmente, recibían mayor presión para comer por parte de sus padres, lo cual puede tener repercusiones negativas en el futuro como negarse a comer, disminución de la variedad de comida aceptada por los niños.

Vieira da Silva et al. (2024)³⁷ estudiaron a 80 niños con TEA, de 3 a 11 años, atendidos en un centro especializado de la Amazonía brasileña. El diseño fue transversal y los datos se obtuvieron mediante evaluación alimentaria, antropométrica y dietaria.

El comportamiento alimentario se evaluó con la escala laberinto, que analiza selectividad, masticación, sensibilidad sensorial, habilidades en la comida y síntomas gastrointestinales. La ingesta se midió con recordatorio 24 horas analizados por software nutricional.

Los resultados mostraron alta selectividad alimentaria, dificultades en la hora de comer y variabilidad en el estado nutricional, 5% de los niños presentó bajo peso, 46,3% normopeso, 13,8% sobrepeso y 35% con obesidad. La ingesta energética promedio fue de 1.911 kcal/día.

En cuanto a las asociaciones entre comportamiento alimentario y variables nutricionales, se encontró que las dificultades de masticación se correlacionaron de forma positiva y significativas con el peso, el IMC y la ingesta energética, lo que indica que a mayor dificultad para masticar, mayor fue el peso corporal y es mayor la energía consumida.

Asimismo, los síntomas gastrointestinales presentaron una correlación negativa con la edad, evidenciando una mayor frecuencia de estos síntomas en los niños más pequeños. Por otro lado, las habilidades durante las comidas se asociaron negativamente con el consumo de carbohidratos y positivamente con el consumo de lípidos, lo que sugiere que mejores competencias durante las comidas pueden ser influidas según la distribución distinta de macronutrientes. No se encontraron correlaciones significativas entre la selectividad alimentaria y el estado

nutricional, lo que refuerza la complejidad del perfil alimentario en niños con TEA y la necesidad de intervenciones individualizadas.

Olson et al. (2025)³⁸ realizaron un estudio transversal en Virginia, EE. UU; con 33 niños con TEA entre 6 y 10 años. La información sobre la ingesta alimentaria se obtuvo mediante cuestionarios de frecuencia de consumo respondidos por los padres, mientras que el procesamiento sensorial se evaluó con el Perfil Sensorial 2 (SP2).

El estudio analizó la relación entre la ingesta de nutrientes esenciales para el desarrollo, principalmente vitaminas del complejo B (B1, B9 y B12), colina y los síntomas de procesamiento sensorial. Estas variables permitieron explorar si las diferencias en la sensibilidad sensorial podían estar asociadas a variaciones en el consumo de micronutrientes específicos.

Los resultados mostraron que la mayoría de los niños cumplía o se acercaba a las recomendaciones de vitaminas del complejo B y zinc, con más del 90% alcanzando los niveles sugeridos según la edad. Sin embargo, la ingesta de colina fue considerablemente baja: solo el 36% llegó a la recomendación establecida, indicando un riesgo potencial de deficiencia. Se identificó además una asociación entre una ingesta baja de vitamina B12 y mayores puntuaciones en alteraciones sensoriales orales, pese a que el 94% cumplía con la recomendación mínima, lo que propone que incluso pequeñas variaciones dentro de un rango adecuado podrían influir en la sensibilidad sensorial. Aunque no se

reportaron asociaciones estadísticas claras para la colina, su baja ingesta es relevante dado su rol en el desarrollo cerebral, por lo que podría tener implicaciones en la modulación sensorial.

En conjunto, el estudio indica que, aunque la mayoría de los niños con TEA presenta una ingesta adecuada de varios micronutrientes, existen ciertos nutrientes particularmente la colina y, en menor medida, la vitamina B12 cuya ingesta subóptima podría relacionarse con diferencias en el procesamiento sensorial.

Corrêa et al. (2025)³⁹ llevaron a cabo un estudio transversal realizado en Brasil, donde una encuesta fue respondida por los padres y cuidadores de 613 niños y adolescentes con autismo, de 2 a 17 años.

Se evaluaron variables sociodemográficas, clínicas, morbilidades, hábitos de alimentación y se incluyeron alergias alimentarias, síntomas gastrointestinales, pica, uso de medicamentos, selectividad alimentaria, uso de dietas especiales y frecuencia de consumo de alimentos saludables y no saludables.

Los resultados mostraron una alta prevalencia de la selectividad alimentaria (77,2%), con un bajo consumo de frutas, verduras, hojas verdes y texturas pastosas, alergias alimentarias (33,8%) siendo la más frecuente leche de vaca, pica (25%) y síntomas gastrointestinales (52,8%), donde el estreñimiento fue el más recurrente (54,1%), utilización frecuente de dietas restrictivas (44,5%), principalmente sin gluten y sin caseína. También se encontraron correlaciones

significativas entre selectividad y síntomas gastrointestinales, evidenciando un gran potencial para deficiencias nutricionales.

Tabla 1. Característica de los estudios incluidos en la revisión

Referencia (autor, año, país)	Diseño de estudio	Características de los participantes (grupos)	Variables	Resultados
Tsujiguchi H. et al. (2020), Japón ²⁸ .	Transversal	n= 1.276 Edad= 7-15 años	Presencia de rasgos de TEA (sí /no) mediante ASSQ. Ingesta de macronutrientes y micronutrientes evaluada por cuestionario de frecuencia alimentaria (BDHQ).	Los participantes con rasgos autistas mostraron un patrón alimentario caracterizado por mayor consumo de carbohidratos y menor ingesta de proteínas, grasas y micronutrientes. No se encontraron diferencias significativas en el estado nutricional entre ambos grupos, lo que sugiere que las alteraciones nutricionales pueden pasar desapercibida si solo se evalúa el peso.
Babinská K. et al. (2020), Eslovaquia ²⁹ .	Transversal, cuantitativo	n=247 Control= 267 Edad: 2-18 años.	Síntomas gastrointestinales. Selectividad alimentaria. Problemas en la hora de comer. Uso de dietas especiales. Uso de suplementos alimenticios. Características conductuales del TEA.	Los niños con TEA presentaron mayor prevalencia de síntomas gastrointestinales (88,9%), selectividad alimentaria y dificultades en la hora de comer en comparación con los controles. Estos problemas mostraron asociaciones débiles con los rasgos conductuales. Aunque la utilización de suplementos nutricionales fue frecuente, no se observaron beneficios clínicos asociados, destacando la necesidad de intervenciones más integrales.
B. Kazek et al. (2021), Polonia ³⁰ .	Transversal, descriptivo y cuantitativo.	n= 75 Edad: 2- 12 años.	Selectividad alimentaria. Preferencias sensoriales. Conductas durante la comida. Uso de utensilios. Dinámica familiar.	Se encontró que las preferencias alimentarias estaban relacionadas principalmente con la textura de los alimentos, con preferencias a texturas fluidas, siendo estas a más valorada frente al color, forma, aroma y sabor. Durante las comidas, los niños con TEA presentaban comportamientos como irritabilidad y distracción, también se reporta que requieren mayor entretenimiento durante la hora de la comida y dependencia de ser alimentado por un adulto.
H. Harris et al. (2021),	Longitudinal, de cohorte	n= 2.818	Rasgos TEA. Selectividad alimentaria.	El estudio mostró que los niños con mayores puntajes de rasgos autistas tendían a presentar más síntomas

Países Bajos ³¹ .		TEA= 39 (25,6%, niñas) Edad: 6 y 10 años.	Síntomas de estreñimiento. Covariables (IQ, IMC, educación materna y estreñimiento previo).	de estreñimiento y que el 17.8% de esta asociación estaba explicada por la selectividad alimentaria. Al incorporar las covariables la relación directa entre rasgos autistas y estreñimiento dejó de ser significativa, reforzando que la selectividad alimentaria actúa como un mecanismo clave que contribuye al estreñimiento en niños con autismo.
P. Malhi et al. (2021), India ³² .	Observacional y analítico.	n= 50. Control= 28 Edad: 4 – 10 años.	Conductas relacionadas con la alimentación y comportamientos a la hora de la comida. Diversidad en la ingesta de alimentos. Estado nutricional.	Los niños con TEA mostraron mayores dificultades en las comidas que los neurotípicos, con más rechazo de alimentos, conductas disruptivas y dietas más restrictivas (84% vs. 32%). Rechazaban con mayor frecuencia frutas y verduras y presentaban mayor sensibilidad sensorial. Aunque el peso e IMC fueron similares, tenían menor estatura y menor consumo de proteínas, vitamina D, ácido fólico y sodio, además de menor variedad alimentaria, lo que indica riesgo de deficiencias nutricionales aún no reflejadas completamente en sus medidas antropométricas.
Uljarević et al. (2022), Australia/UK/ EE. UU ³³ .	Transversal, estadístico, exploratorio	n= 226 (16,4% mujeres) Edad: 3 años a 38 años	Comportamientos motores repetitivos (girar, actividades o manipular objetos). Insistencia en rutinas y perfección. Sensibilidad sensorial (sonidos, tacto, superficies) Intereses específicos y repetitivos. Intereses circunscritos. Acciones repetitivas con habilidades especiales.	La estructura de los RRB en personas con TEA se organizó en seis factores: movimientos repetitivos, intereses sensoriales inusuales, sensibilidad sensorial, rutinas rígidas, intereses muy específicos y lenguaje repetitivo. Estos factores estaban interrelacionados, aunque con distinta intensidad. Los RRB tendieron a disminuir con la edad y no se observaron diferencias por sexo. Las personas con discapacidad intelectual presentaron mayores niveles de comportamientos motores repetitivos, intereses inusuales, respuestas sensoriales y lenguaje estereotipado, mientras que quienes no tenían discapacidad intelectual mostraron mayor insistencia en la uniformidad e intereses focalizados.
Harris H.A. et al. (2022),	Cohorte, longitudinal	n= 4.092	Rasgos autistas en la infancia.	Los resultados mostraron que mayores rasgos autistas se asociaron con peor calidad dietaria, caracterizada

Países Bajos ³⁴ .		Edad: 1 año 6 meses- 6 años	Selectividad alimentaria. Calidad de la dieta.	por menor consumo de frutas, verduras y pescados. La selectividad actuó como mediadora parcial entre los rasgos autistas tempranos y la calidad de la dieta a los 8 años, indicando la relevancia de intervenir precozmente para mejorar los hábitos alimentarios en esta población.
W. Yin Tan et al. (2023), Malasia ³⁵ .	Transversal, cualitativo y analítico	n= 15 Edad: 5- 11 años.	Percepción parenteral sobre el comportamiento alimentario de niños con TEA. Percepción sobre alimentación saludable. Estrategias de afrontamiento parental. Variables demográficas y características socioeconómicas de los padres.	Los padres de los niños con TEA enfrentan problemas de alimentación selectiva, pero reconocen la importancia de una alimentación saludable. Utilizan diversas estrategias para manejar estas dificultades, apoyándose en la familia, terapias y recursos emocionales. El estudio sugiere la necesidad de programas educativos integrales para apoyar a estas familias.
A. Kozak et al. (2023), Polonia ³⁶ .	Observacional, analítico y cuantitativo.	n=105. TEA= 51 Edad: 3 – 15 años.	Medidas de alimentación. Síntomas ARFID. Neofobia alimentaria. Conductas alimentarias. Prácticas parentales de alimentación.	Del grupo con niños con TEA, la mayoría presentó mayor puntaje en los síntomas de ARFID, nivel de neofobia, un incremento en comportamientos alimentarios inadecuados, como: comer emocional, mayor deseo de beber, mayor nivel de exigencias y rechazo selectivo de alimentos; y también se observaron prácticas parentales más rígidas, como presión para comer, siendo la más frecuente.
R. Vieira da Silva et al. (2024), Brasil ³⁷ .	Transversal, descriptivo y analítico.	n= 80. Edad: 3 – 11 años.	Comportamiento alimentario. Estado nutricional.	Se observó alta selectividad alimentaria, dificultades durante las comidas y 35% de obesidad. Las habilidades de masticación se asociaron positivamente con peso, IMC y energía ingerida, mientras que los síntomas gastrointestinales fueron más frecuentes en los niños más pequeños. Las habilidades a la hora de comer se relacionaron con menor consumo de carbohidratos y mayor consumo de lípidos. No hubo correlación entre selectividad alimentaria y estado

				nutricional, lo que evidencia la necesidad de abordajes individualizados.
A. Olson et al. (2025), EE. UU ³⁸ .	Observacional, analítico y cuantitativo.	n= 33. Edad: 6 - 10 años.	Ingesta de nutrientes (vitamina del complejo B), zinc, colina. Perfil sensorial.	La mayoría de los niños con TEA presentó una ingesta adecuada de vitaminas del complejo B y zinc, pero la colina fue claramente insuficiente (solo 36% alcanzó lo recomendado). Se observó una asociación entre ingesta baja de B12 y mayores alteraciones sensoriales orales. Aunque no hubo asociaciones claras con la colina, su baja ingesta podría influir en el procesamiento sensorial. En general, no hubo deficiencias graves, pero ciertas variaciones nutricionales podrían relacionarse con síntomas sensoriales.
G. Gonçalves de Souza Corrêa et al. (2025), Brasil ³⁹ .	Transversal, analítico	n= 613 Edades: 2- 17 años	Hábitos de alimentación. Pica. Alergias alimentarias. Síntomas gastrointestinales. Selectividad alimentaria. Dietas restrictivas. Frecuencia de consumo de alimentos saludables y no saludables.	Del grupo de niños y adolescentes con TEA en Brasil, la mayoría mostró una alta prevalencia de selectividad alimentaria, con rechazo marcado hacia frutas, verduras y texturas pastosas. Se observaron altos niveles de síntomas gastrointestinales, siendo la constipación la más frecuente. Además, un grupo reportó alergias alimentarias principalmente a la leche de vaca, y un porcentaje presentó pica. Se evidenciaron prácticas parentales rígidas, destacando la presión para comer como la más común.

6. DISCUSIÓN

Los resultados del Scoping Review permiten comprender de manera integral las características y patrones de conducta alimentaria en niños y adolescentes con TEA, así como sus implicancias nutricionales y conductuales. La evidencia recopilada respaldó que la selectividad alimentaria es una característica altamente prevalente y disruptiva en esta población, como resultado de factores sensoriales, conductuales y dinámicas familiares que repercuten en el estado nutricional.

De los 12 artículos estudiados sobre la selectividad alimentaria, en cinco de ellos, Babinská et al. (2020)²⁹, Kazek et al. (2021)³⁰, Malhi et al. (2021)³², Harris et al. (2022)³⁴ y Correa et al. (2025)³⁹, se evidencia como los niños con TEA presentan una selectividad alimentaria significativamente mayor a sus pares neurotípicos, incluso en contextos culturales diferentes, con cifras que varían entre 61% y 84%; los estudios muestran un patrón estructurado, así como lo mencionan Tsujiguchi et al. (2020)²⁸, Vieira da Silva et al. (2024)³⁷ y Correa et al. (2025)³⁹, donde hay un mayor consumo de alimentos ricos en carbohidratos simples, grasas y alimentos con texturas fluidas o de texturas predecibles, y un rechazo a verduras, frutas, alimentos mixtos y texturas pastosas.

Estos hallazgos se relacionan directamente con lo expuesto por Byrska et al. (2023)⁶ y Alex et al. (2020)²² del marco teórico, quienes describen la selectividad como un patrón conductual definido y medible dentro del TEA.

Los resultados del presente trabajo refuerzan la idea que la selectividad alimentaria está profundamente condicionada por alteraciones sensoriales, fue reportado por Malhi et al. (2021)³², Uljarevic et al. (2022)³³ y Olson et al. (2025)³⁸, quienes evidencian las sensibilidades táctiles, orales, lo que es coherente con las descripciones dadas por los padres, quienes reportan que cambios mínimos en el aroma, textura o sabor pueden desencadenar rechazo, irritabilidad o conductas disruptivas. De acuerdo con Babinská et al. (2020)²⁹, Kazek et al. (2021)³⁰, Uljarevic et al. (2022)³³, Malhi et al. (2021)³², Yin Tan et al. (2023)³⁵, Kozak et al. (2023)³⁶ y Vieira da Silva et al. (2024)³⁷, Las conductas más comunes, fueron negarse a comer, enojo, gritos, irritabilidad y berrinches, entre otros.

Lo anteriormente mencionado, valida las bases teóricas planteadas por Chistol et al. (2019)¹⁹ y Gustavo et al. (2022)¹ quienes explican que los niños con TEA, en comparación a los niños neurotípicos, procesan de manera distinta los estímulos sensoriales, lo que convierte la hora de comer en una experiencia potencialmente negativa.

Además de los componentes sensoriales y conductuales, los artículos de Tsujiguchi et al. (2020)²⁸, Malhi et al. (2021)³², Vieira et al. (2024)²⁷ permiten comprender el impacto nutricional de la selectividad alimentaria en niños con TEA. Sin embargo, vale rescatar, que el IMC no puede ser la única variable a la hora de medir el estado nutricional, ya que otros factores como los minerales y las vitaminas muestran una realidad distinta, como también se evidencia en

Olson et al. (2025)³⁸. En los distintos estudios se observan niños con IMC que va desde bajo peso hasta obesidad; sin embargo, de manera simultánea presentan una ingesta deficiente de micronutrientes. Entre los menos consumidos se encuentran las vitaminas del complejo B, la colina, el zinc y la vitamina D, lo que aumenta el riesgo de un impacto nutricional negativo.

Esto coincide con lo señalado en el marco teórico por De Toro et al. (2021)²³ y Bourne et al (2022)⁸, quienes sostienen que los patrones alimentarios rígidos repercutan de forma negativa en el consumo adecuado de micronutrientes.

Los síntomas gastrointestinales también emergen como una consecuencia frecuente y clínicamente relevante de la selectividad alimentaria. Babinská et al. (2020)²⁹, Harris et al. (2021)³¹ y Corrêa et al. (2025)³⁹ describen una alta prevalencia de estreñimiento, relacionada por una baja ingesta de fibra y líquidos, condicionado por la selectividad alimentaria y los patrones de alimentación repetitivos y restrictivos. Estos resultados indican que los problemas digestivos en TEA no son eventos aislados, sino una manifestación de la interacción entre dieta, sensorialidad y rigidez conductual.

El entorno familiar emerge como un factor determinante en la consolidación de la selectividad y conducta alimentaria. Tan et al. (2023)³⁵ evidencian que prácticas como la presión para comer, preparación de múltiples comidas para evitar conflictos o el uso de pantallas para lograr una ingesta alimentaria, pueden perpetuar los patrones conductuales. Por otro lado, Kozak et al. (2023)³⁶

muestran como las estrategias coercitivas, como lo es la presión para comer, pueden tener repercusiones negativas, ya que aumentan el rechazo a comer y reducen la aceptación a nuevos alimentos.

La presente revisión muestra algunas limitaciones. Entre estas, los estudios incluidos corresponden a diseños observacionales, algunos transversales de tipo descriptivo, lo que impide establecer relaciones causales entre los factores sensoriales, las conductas restrictivas y los patrones de selectividad alimentaria. Por otro lado, gran parte de los datos provienen de cuestionarios parentales, los cuales pueden estar sujetos a sesgos de recuerdo o percepción. Finalmente, aunque los resultados de la revisión incluyeron estudios de ocho países, la mayor parte de la evidencia proviene de contextos urbanos y de países de ingreso medio y alto, lo que podría limitar la generalización a otras realidades socioculturales.

A pesar de estas limitaciones, los resultados tienen implicancias significativas, especialmente para profesionales de la Nutrición. La selectividad alimentaria en niños con autismo requiere una evaluación mucho más amplia que la antropometría, incorporando calidad dietaria, variedad, micronutrientes críticos, habilidades de alimentación, procesamiento sensorial y prácticas familiares.

Finalmente, este scoping review abre oportunidades importantes para futuras investigaciones. Se requieren más estudios longitudinales que evalúen el impacto de la selectividad alimentaria en el crecimiento, la composición corporal y la salud metabólica a lo largo del tiempo. También se necesita avanzar hacia definiciones

y herramientas estandarizadas que permitan medir la selectividad alimentaria de forma más consciente. Asimismo, es fundamental investigar el área clínica entre selectividad alimentaria y ARFID dentro de la población con TEA. Por último, futuras investigaciones deberían evaluar intervenciones específicas, combinando abordaje sensorial, educación nutricional y apoyo conductual, con resultados objetivos y comparables.

7. CONCLUSIONES

Los resultados de este scoping review muestran que la selectividad alimentaria en niños y adolescentes con TEA es un fenómeno altamente prevalente y multifactorial, influenciado por alteraciones sensoriales, rigidez cognitiva y patrones conductuales propios del trastorno. Aunque el estado nutricional antropométrico puede mantenerse dentro de rangos normales, la reducción en la variedad alimentaria y la baja ingesta de nutrientes críticos evidencian riesgos nutricionales relevantes, justo con una alta frecuencia de síntomas gastrointestinales como estreñimiento.

Asimismo, se confirma que el entorno familiar desempeña un rol clave en la consolidación o mitigación de estos patrones alimentarios. Las prácticas coercitivas o compensatorias pueden intensificar la selectividad, mientras que estrategias basadas en exposiciones graduales, alimentación responsiva y manejo sensorial favorecen una mayor flexibilidad. Esto refuerza la importancia de un abordaje interdisciplinario que considere simultáneamente los aspectos sensoriales, conductuales y emocionales asociados a la alimentación.

En la práctica clínica, la evaluación nutricional debe ir más allá del IMC, incorporando calidad dietaria, variedad, micronutrientes y síntomas digestivos. Se recomienda implementar intervenciones tempranas que integren educación familiar, estrategias sensoriales y trabajo multidisciplinario para mejorar la aceptación alimentaria y prevenir riesgos nutricionales. Finalmente, se requieren

intervenciones longitudinales y herramientas estandarizadas que permitan comprender mejor la evolución de la selectividad alimentaria y orientar intervenciones más efectivas.

8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Gustavo C, Ochoa M. Trastorno del espectro autista (TEA). Rev. Fac. Med. (Méx.). 2022 feb; 65(1): 7-20. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0026-17422022000100007&lng=es. Epub 30-Mar-2022. <https://doi.org/10.22201/fm.24484865e.2022.65.1.02>.
2. Epidemiología T, Psicosociales A, de apoyo en Chile y. P, Unido. E y. R. Trastorno del Espectro Autista. Asesoría Técnica Parlamentaria septiembre 2018. Bcn.cl. Disponible en: https://obtienearchivo.bcn.cl/obtienearchivoid=repositorio/10221/25819/1/BCN_Políticas_de_apoyo_al_espectro_autista_FINAL.pdf
3. Organización Mundial de la Salud (OMS). Trastornos del espectro autista. Ginebra: OMS; 15 Nov 2023. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/autism-spectrum-disorders>
4. Ministerio de Educación de Chile. Preguntas frecuentes sobre la Ley N.º 21.545 que establece la promoción de la inclusión de las personas con trastorno del espectro autista. Santiago (Chile): Mineduc; 2023. Disponible en: https://ayudamineduc.cl/sites/default/files/preguntas_frecuentes_ley_tea_21.545.pdf
5. Hernández V, González DA, Velásquez Á, Carré R. Evaluación de problemas de alimentación y conductas de rechazo al alimento en

menores con trastorno del espectro autista. *Psic y Sal.* 2022;33(1):69–80.

Disponible en:

<https://psicologiaysalud.uv.mx/index.php/psicysalud/article/view/2773>.

6. Byrska A, Błażejczyk I, Faruga A, Potaczek M, Wilczyński KM, Janas-Kozik M. Patterns of food selectivity among children with autism spectrum disorder. *J Clin Med.* 2023;12(17). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.3390/jcm12175469>
7. Jara, V, Aros, C, & Ibacache, D. Nutritional program for food selectivity in children's with autism spectrum. *Uta.cl.* Disponible en: <https://revistas.uta.cl/pdf/3105/4-jara%20%20rev.10.1.pdf>
8. Bourne L, Mandy W, Bryant-Waugh R. Avoidant/restrictive food intake disorder and severe food selectivity in children and young people with autism: A scoping review. *Dev Med Child Neurol.* 2022;64(6):691–700. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1111/dmcn.15139>
9. Artigas-Pallares J, Paula I. El autismo 70 años después de Leo Kanner y Hans Asperger. *Rev Asoc Esp Neuropsiquiatr.* 2012; 32(115):567–87. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352012000300008
10. Cajiao B. Condición del espectro autista (tea / cea). Blanca Cajiao *Psicología.* Disponible en:

<https://www.blancacajiaopsicologia.com/condicion-del-espectro-autista-tea-cea/>

11. Pacheco M, Lagos S, Araya C, Pinto T, Areyuna Molina C. Modifica Ley 21.545 capacitando funcionarios de la educación y estudiantes. Santiago (Chile): Biblioteca del Congreso Nacional; 2024. Disponible en: https://www.bcn.cl/delibera/show_iniciativa?id_colegio=4568&idnac=2&patro=0&nro_torneo=2024#:~:text=Por%20otra%20parte%20se%20busca,llegar%20a%20usarse%20para%20discriminar.b
12. García-Celedón P, Ibarra-Castillo C. Utilización del concepto de trastorno y condición en TEA y sus implicancias. Reporte breve de evidencia. Santiago (Chile): Ministerio de Salud; Nov 2022. Disponible en: https://etesa-sbe.minsal.cl/wp-content/uploads/2023/03/RBE_-_Utilizaci%C3%B3n-concepto-de-trastorno-y-condici%C3%B3n-en-TEA-y-sus-implicancias-1.pdf
13. André T, Valdez-Montero C, Ortiz R., Gámez-Medina M. Prevalencia del Trastorno del Espectro Autista: una revisión de la literatura. Vol. 7, jóvenes en la ciencia; 2020 feb 13. Disponible en: <https://www.jovenesenlaciencia.ugto.mx/index.php/jovenesenlaciencia/article/view/3204>
14. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Prevalencia del autismo más alta, según los datos de 11 comunidades de la Red de ADDM. Atlanta (GA): CDC; 23 Mar 2023. Disponible en:

https://www.cdc.gov/spanish/mediosdecomunicacion/comunicados/p_autismo_032323.html

15. Yáñez C, Maira P, Elgueta C, Brito M, Crockett MA, Troncoso L, López C, Troncoso M. Estimación de la prevalencia de trastorno del Espectro Autista en población urbana chilena. *Andes Pediatr.* 2021;92(4):519–525. doi:10.32641/andespediatr.v92i4.2503 Disponible en: https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2452-60532021000400519#B3
16. Escalona RC, Rodríguez AB. Factores de riesgo del Trastorno del Espectro Autista. *Clínic Barcelona.* Disponible en: <https://www.clinicbarcelona.org/asistencia/enfermedades/trastorno-del-espectro-autista/factores-de-riesgo>
17. Escuela de Medicina UC. Trastornos del espectro autista: ¿cuándo sospecharlo? Internet. Santiago (Chile): Pontificia Universidad Católica de Chile – Medicina UC. Disponible en: <https://medicina.uc.cl/publicacion/trastornos-del-espectro-autista-cuando-sospecharlo/>
18. Mayo Clinic Staff. Autism spectrum disorder – Symptoms and causes. Rochester (MN): Mayo Clinic; 22 May 2025. Disponible en: <https://www.mayoclinic.org/es/diseases-conditions/autism-spectrum-disorder/symptoms-causes/syc-20352928>

19. Chistol LT, Bandini LG, Must A, Phillips S, Cermak SA, Curtin C. Sensory sensitivity and food selectivity in children with autism spectrum disorder. *J Autism Dev Disord.* 2018;48(2):583–91. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1007/s10803-017-3340-9>
20. Conti MV, Breda C, Basilico S, Ruggeri S, Scavedi ML, Cena H. Unlocking the link: Exploring the association between food selectivity and health outcome in autism spectrum disorder-A systematic review. *Nutr Rev.* 2025; Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1093/nutrit/nuaf052>
21. Valenzuela-Zamora AF, Ramírez-Valenzuela DG, Ramos-Jiménez A. Food Selectivity and Its Implications Associated with Gastrointestinal Disorders in Children with Autism Spectrum Disorders. *Nutrients.* 2022;14(13):2660. doi:10.3390/nu14132660 Disponible en: <https://www.mdpi.com/2072-6643/14/13/2660>
22. Alex J. Selectividad alimentaria en TEA. *Cognitivo.* 2020. Disponible en: <https://www.cognitivo.cl/selectividad-alimentaria-en-tea/?srsltid=AfmBOorndfK6Jkb3Y3rnutXFenDbpodS-tZHKruVWF1GgVGqZBT1-sTO>
23. De Toro V, Aedo K, Urrejola P. Trastorno de Evitación y Restricción de la Ingesta de Alimentos (ARFID): Lo que el pediatra debe saber. *Andes Pediatr.* 2021;92(2):298–307. doi:10.32641/andespediatr.v92i2.2794.
24. Criado KK, Sharp WG, McCracken CE, De Vinck-Baroody O, Dong L, Aman MG, et al. Overweight and obese status in children with autism

spectrum disorder and disruptive behavior. *Autism*. 2018 May;22(4):450-459.

25. Mørdre M, Ørbeck B, Hoel RE, Øvergaard KR. Food selectivity in children and adolescents with autism spectrum disorders – a systematic literature review. *Tidsskr Nor Laegeforen*. 2024 Nov;144(11). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4045/tidsskr.24.0193>

26. Lo que tienes que saber sobre las revisiones panorámicas. *Medwave.cl*. Recuperado el 10 de septiembre de 2025, de <https://www.medwave.cl/revisiones/metodinvestreport/8144.html>

27. Tricco AC, Lillie E, Zarin W, O'Brien KK, Colquhoun H, Levac D, et al. PRISMA Extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR): Checklist and Explanation. *Ann Intern Med*. 2018;169(7):467-73. doi: 10.7326/M18-0850

28. Tsujiguchi H, Miyagi S, Nguyen TTT, Hara A, Ono Y, Kambayashi Y, et al. Relationship between autistic traits and nutrient intake among Japanese children and adolescents. *Nutrients* [Internet]. 2020;12(8):2258. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.3390/nu12082258>.

29. Babinska K, Celusakova H, Belica I, Szapuova Z, Waczulikova I, Nemcsicsova D, et al. Gastrointestinal symptoms and feeding problems and their associations with dietary interventions, food supplement use, and behavioral characteristics in a sample of children and adolescents with autism spectrum disorders. *Int J Environ Res Public Health* [Internet].

2020;17(17):6372. Disponible en:

<http://dx.doi.org/10.3390/ijerph17176372>

30. Kazek B, Brzóška A, Paprocka J, Iwanicki T, Koziół K, Kapinos-Gorczyca A, et al. Eating behaviors of children with autism-pilot study, part II.

Nutrients. 2021;13(11):3850. Disponible en:

<http://dx.doi.org/10.3390/nu13113850>

31. Harris HA, Micali N, Moll HA, van Berckelaer-Onnes I, Hillegers M, Jansen PW. The role of food selectivity in the association between child autistic traits and constipation. Int J Eat Disord. 2021;54(6):981–5. Disponible en:

<http://dx.doi.org/10.1002/eat.23485>

32. Malhi P, Saini S, Bharti B, Attri S, Sankhyan N. Sensory processing dysfunction and Mealtime Behavior problems in children with autism.

Indian Pediatr. 2021;58(9):842–5. Disponible en:

<http://dx.doi.org/10.1007/s13312-021-2305-4>

33. Uljarević M, Carrington SJ, Hardan AY, Leekam SR. Subdomains of restricted and repetitive behaviors within autism: Exploratory structural equation modeling using the diagnostic interview for social and communication disorders. Autism Res. 2022;15(5):861–9. Disponible en:

<http://dx.doi.org/10.1002/aur.2687>

34. Harris HA, Mou Y, Dieleman GC, Voortman T, Jansen PW. Child autistic traits, food selectivity, and diet quality: A population-based study. J Nutr. 2022;152(3):856–62. Disponible en:

<http://dx.doi.org/10.1093/jn/nxab413>

35. Tan WY, Hamzaid NH, Ibrahim N. Parental perceptions on the importance of nutrients for children with autism spectrum disorder (ASD) and the coping strategies: A qualitative study. *Nutrients*. 2023;15(7):1608. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.3390/nu15071608>
36. Kozak A, Czepczor-Bernat K, Modrzejewska J, Modrzejewska A, Matusik E, Matusik P. Avoidant/restrictive food disorder (ARFID), food neophobia, other eating-related behaviours and feeding practices among children with autism spectrum disorder and in non-clinical sample: A preliminary study. *Int J Environ Res Public Health*. 2023;20(10):5822. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.3390/ijerph20105822>
37. Da Silva RV, Gomes DL. Eating behavior and nutritional profile of children with autism spectrum disorder in a reference center in the Amazon. *Nutrients*. 2024;16(3):452. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.3390/nu16030452>
38. Olson A, Krall JR, Baranova A, Slavin M. Nutritional intake and sensory processing in school-aged children with autism spectrum disorder. *Nutrients*. 2025;17(4):604. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.3390/nu17040604>
39. Corrêa GG de S, Soares FVM, Vasconcelos ZFM de, Costa ACC, Rocha AD. Clinical and nutritional profile of children and adolescents with autism spectrum disorder in Brazil: a nationwide online survey. *J Pediatr (Rio J)*

[Internet]. 2025;101(4):529–35. Disponible en:

<http://dx.doi.org/10.1016/j.jpeds.2024.12.008>