

ORIGINAL

Eating behavior of children and adolescents with autism spectrum disorder who attend a group in a commune in the region of Ñuble, Chile

Conducta alimentaria de niños y adolescentes con trastorno del espectro autista que asisten a una agrupación en una comuna de la región de Ñuble, Chile

Kathalina Yañez-Flores¹  , Javiera Castillo-Tapia¹  , Marian Alegría-Villablanca¹  , Miguel Ángel López-Espinoza¹  

¹Carrera de Nutrición y Dietética, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Adventista de Chile. Chillán, Chile.

Citar como: Yañez-Flores K, Castillo-Tapia J, Alegría-Villablanca M, López-Espinoza M Ángel. Eating behavior of children and adolescents with autism spectrum disorder who attend a group in a commune in the region of Ñuble, Chile. Salud, Ciencia y Tecnología - Serie de Conferencias. 2025; 4:1456. <https://doi.org/10.56294/sctconf20251456>

Enviado: 20-07-2025

Revisado: 26-11-2025

Aceptado: 02-03-2025

Publicado: 03-03-2025

Editor: Prof. Dr. William Castillo-González 

Autor para la correspondencia: Miguel Ángel López-Espinoza 

ABSTRACT

Introduction: Autism Spectrum Disorder (ASD) is a neurodevelopmental disorder that affects feeding behavior, causing nutrient deficiencies and affecting overall nutritional status. In the rural population, children and adolescents with ASD are especially vulnerable to these effects. This study sought to determine the feeding behavior of children and adolescents with ASD in a commune of Chile.

Method: cross-sectional descriptive study with 21 children and adolescents from the “Tesoros del Infinito” group in El Carmen. A personal history questionnaire and the Brief Autism Mealtime Behaviors (BAMBI) were used to assess eating behavior, together with anthropometric measurements.

Results: 90,48 % of the sample were male, 61,90 % were school children, 57,14 % were from urban areas and 52,38 % were obese. The global BAMBI score was $42,86 \pm 6,67$ with an internal consistency of 0,74.

Conclusion: the eating behavior of children and adolescents with ASD attending a child and family support group is consistent with the available international evidence of children and adolescents with ASD attending educational institutions.

Keywords: Autism Spectrum Disorder; Feeding Behavior; Nutrients; Nutritional Status; Rural Population.

RESUMEN

Introducción: el Trastorno del Espectro Autista (TEA) es un trastorno del neurodesarrollo que afecta la conducta alimentaria, causando deficiencias de nutrientes y afectando el estado nutricional en general. En población rural, los niños y adolescentes con TEA son especialmente vulnerables a estos efectos. Este estudio buscó determinar la conducta alimentaria de niños y adolescentes con TEA en una comuna de Chile.

Método: estudio descriptivo transversal con 21 niños y adolescentes de la agrupación “Tesoros del Infinito” en El Carmen. Se utilizó un cuestionario de antecedentes personales y el Brief Autism Mealtime Behaviors (BAMBI) para evaluar la conducta alimentaria, junto con mediciones antropométricas.

Resultados: el 90,48 % de la muestra fueron hombres, el 61,90 % eran escolares, el 57,14 % provenían de áreas urbanas y el 52,38 % presentaban obesidad. El puntaje global de BAMBI fue $42,86 \pm 6,67$ con una consistencia interna de 0,74.

Conclusión: la conducta alimentaria de niños y adolescentes con TEA que asisten a una agrupación de apoyo a niños y familias es consistente a la evidencia internacional disponible de niños y adolescentes TEA que asisten a instituciones educativas.

Palabras clave: Trastorno del Espectro Autista; Conducta Alimentaria; Nutrientes; Estado Nutricional; Población Rural.

INTRODUCCIÓN

Los trastornos del neurodesarrollo son un grupo de condiciones heterogéneas que se caracterizan por presentar rasgos conductuales como: insuficiente funcionamiento personal, social, académico u ocupacional, principalmente durante la etapa de la primera infancia. Según el DSM-5,⁽¹⁾ un tipo de trastorno del neurodesarrollo es el Trastorno del Espectro Autista (TEA), diagnosticado únicamente cuando el niño presenta carencias en la comunicación social en compañía de conductas repetitivas, intereses restringidos y la insistencia en la monotonía, además, las dificultades sociales y de comunicación se presentan en niñas con mayor sutileza.

A nivel mundial, la prevalencia de TEA en población infantil es de 1 % (IC 95 % 1,09-4,36),⁽²⁾ mientras que en Chile ha alcanzado el 1,96 % (IC 0,81-4,63).⁽³⁾ Esta diferencia podría deberse a una pesquisa temprana en los controles de salud del sistema público.⁽⁴⁾ Además, la evidencia internacional plantea que niños con TEA de poblaciones rurales, comparado con sectores urbanos, presentan limitaciones financieras y geográficas para acceder a los servicios de salud, escasez de profesionales capacitados e insuficiente cobertura del tamizaje.⁽⁵⁾ De hecho, niños TEA de sectores rurales visitan hasta dos veces más centros asistenciales por urgencias médicas, debido a sus múltiples comorbilidades.⁽⁶⁾

Los niños con TEA muestran una mayor sensibilidad sensorial y percepción durante las comidas, lo que puede llevar a problemas en la conducta alimentaria que incluyen rechazo a ciertos alimentos, una variedad limitada de opciones alimenticias, dificultades conductuales al comer y restricción calórica.⁽⁷⁾ Además, una revisión sistemática⁽⁸⁾ ha demostrado que los niños y adolescentes con autismo tienen una mayor probabilidad de desarrollar aversión a diversos alimentos, lo que puede manifestarse en conductas agresivas durante las comidas y una dieta más restringida.

La conducta alimentaria puede afectar la variedad de alimentos que los niños consumen, lo que ha llevado a investigaciones que demuestran deficiencias en nutrientes como proteínas,⁽⁹⁾ fibra,⁽⁹⁾ zinc,⁽¹⁰⁾ vitamina B12⁽¹¹⁾ y vitamina D,⁽¹²⁾ logrando que estos déficits se manifiesten en síntomas gastrointestinales como estreñimiento, náuseas y dolor abdominal.⁽¹³⁾

Los rasgos autistas relacionados con la conducta alimentaria incluyen ser quisquillosos a la hora de ingerir alimentos, observándose que las niñas tienen una sobrealimentación emocional en comparación con los niños.⁽¹⁴⁾ Una revisión sistemática⁽¹⁵⁾ determinó que la prevalencia de obesidad en niños y adolescentes con TEA estaba entre el 7,9 % y el 31,8 %, en comparación con niños sanos, cuya prevalencia oscilaba entre el 1,4 % y el 23,6 %.

Un estudio⁽¹⁶⁾ evaluó las dificultades del comportamiento alimentario encontrando que los niños preescolares con TEA enfrentan más problemas en su relación con la comida, con una menor calidad y diversidad, en comparación con niños sin TEA. Además, en padres de niños con diagnósticos más graves de TEA se ha observado una menor calidad de vida en términos de salud integral.⁽¹⁷⁾ Sin embargo, se ha evidenciado que una intervención nutricional dirigida a los padres puede ayudar a reducir los comportamientos alimentarios problemáticos y lograr una estabilidad a largo plazo.⁽¹⁸⁾

Dado que la población con TEA ha aumentado en el país comparado con la realidad internacional y es un grupo especialmente vulnerable desde el punto de vista nutricional debido a la conducta alimentaria, sumado a los factores vinculados a la ruralidad; se considera relevante describir las conductas alimentarias más frecuentes observadas con datos locales, para lograr un diagnóstico que pueda servir de insumo a la planificación de futuros estudios de intervención eficaces, que contribuyan a disminuir las comorbilidades asociadas con la ingesta nutricional limitada de esta población.

Por lo tanto, este estudio tiene como objetivo determinar la conducta alimentaria de niños y adolescentes con Trastorno del Espectro Autista (TEA) que asisten a una agrupación en una comuna de Chile.

MÉTODO

Diseño

Este estudio corresponde a un diseño no experimental, de tipo descriptivo y corte transversal.

Población

Los participantes del estudio fueron niños y adolescentes con TEA, de 5 a 18 años, que forman parte de la agrupación “Tesoros del Infinito” de la comuna de El Carmen, región de Ñuble en Chile, inscritos en septiembre del año 2024.

Muestra

Se estudió una muestra de 21 niños y adolescentes que permitió estimar con un 95 % de confianza el puntaje

medio de la conducta alimentaria evaluada con la escala BAMBI, el cual según estimaciones anteriores ha sido de 44,39 media y 10,83 como su desviación estándar.⁽¹⁹⁾ El error de esta estimación quedó establecida en 1 punto.

La muestra fue seleccionada con el método no probabilístico de tipo accidental que consiste en seleccionar a los participantes que cumplan con los criterios de elegibilidad,⁽²⁰⁾ ya que los investigadores eligieron específicamente esta agrupación como muestra, pero haciendo la participación voluntaria por parte de sus integrantes.

Criterios de elegibilidad

Fueron incluidos: a) sujetos con diagnóstico clínico de TEA de ambos sexos; b) de 5 a 18 años; c) que sus padres o tutores legales hayan proporcionado el cuestionario de consentimiento informado por escrito y que los niños o adolescentes hayan asentido participar del estudio.

Se excluyeron a niños y adolescentes: a) diagnosticados con nivel 3 de TEA; b) que al momento de la recopilación de los datos estén cursando un período de desregulación emocional que impida la aplicación de instrumentos; c) con enfermedad celíaca; con diabetes mellitus tipo 1.

Variables

La variable primaria de este estudio es: conducta alimentaria.

Las variables secundarias son: sexo, grupo etario, zona geográfica, estado nutricional, diagnóstico clínico y grado de TEA.

Recopilación de los datos

El trabajo de campo se llevó a cabo en el mes de septiembre en la comuna de El Carmen, en jornadas de tarde para asegurar la mayor participación posible de los informantes. Fueron entrevistados por las autoras del estudio (M A-V, J C-T y K Y-F) en una oficina que pertenece a la Ilustre Municipalidad de El Carmen. Se inició la entrevista con la aplicación del cuestionario de antecedentes personales y se continuó con la aplicación del cuestionario BAMBI, administrado como un autorreporte. Posteriormente, se solicitó a los padres o tutores legales del menor que realizaran una preparación adecuada para el inicio de las mediciones antropométricas. El procedimiento comenzó con el pesaje del niño, con la mínima cantidad de vestimenta, permitiendo únicamente la primera capa de ropa y sin calzado, manteniendo al menor en una posición anatómica. Respecto a la medición de la estatura, se situó al menor de pie, con la columna vertebral erguida y la cabeza en el plano de Frankfort, siguiendo las indicaciones establecidas por la Norma Técnica para la Supervisión de Salud Integral de Niños y Niñas de 0 a 9 años en la Atención Primaria de Salud.⁽²¹⁾ Luego, se clasificó el estado nutricional de los niños y adolescentes utilizando el puntaje z-Score, acorde para cada edad cronológica, según Patrones de crecimiento para la evaluación nutricional de niños, niñas y adolescentes, desde el nacimiento hasta los 19 años de edad.⁽²²⁾

Descripción de instrumentos

- *Cuestionario de antecedentes personales*. Fue creado por las autoras del estudio en el año 2024. Tiene como objetivo recopilar información de los niños y niñas participantes del estudio. Consta de 18 preguntas de respuesta cerrada, dividida en 4 apartados: "Tamizaje" (7), "Características sociodemográficas" (3), "Antecedentes del niño" (5) y "Registro de mediciones antropométricas" (3).

- *Brief Autism Mealtime Behaviors Inventory (BAMBI)*. Escala creada en el año 2008 por Lukens y Linscheid.⁽²³⁾ Consta de 18 ítems aplicados a los padres o tutores legales del menor, divididos en tres dimensiones: "rechazo de alimentos", "características del autismo" y "variedad limitada". Se califica en una escala Likert de 1 a 5, donde una puntuación de 1 indica que la conducta "nunca" ocurre y una puntuación de 5 indica que la conducta "siempre" ocurre a la hora de comer. Ha sido validado por Lukens y Linscheid.⁽²³⁾ Tiene una consistencia interna de $\alpha=0,88$, con $p<0,01$.⁽²⁴⁾ La traducción fue realizada por un traductor certificado en PET (Preliminary English Test) y KET (Key English Test), utilizando el método de transposición.

- *Balanza*. Se consideró una balanza marca Seca, modelo 803 de tara máxima de 150 kg y de precisión de 100 gramos.

- *Estadiómetro*. Se consideró un estadiómetro marca Seca, modelo 217, con precisión de 1 mm.

Análisis estadístico

Se describieron las variables cualitativas con frecuencias observadas y sus respectivos porcentajes. En el caso de variables cuantitativas (incluida las puntuaciones de las dimensiones de la escala BAMBI), se realizó con medias y desviación estándar y en el caso que no siguieron distribución normal (evaluado previamente con prueba de Shapiro-Wilk), se describieron con medianas y rango intercuartil ($P_{75} - P_{25}$).

Las puntuaciones de las dimensiones del BAMBI serán comparadas con algunas características personales de

los niños con pruebas de t-Student o ANOVA, según la cantidad de grupos a comparar, con nivel de significación $p < 0,05$. Se utilizó el paquete estadístico R-Studio.

Aspectos éticos

Este estudio fue aprobado por el Comité Ético Científico de la Universidad Adventista de Chile (Resolución N° 2024-44 del 19.06.24). Cada uno de los padres o tutores legales firmaron un consentimiento informado que señala el nombre, objetivo y procedimientos del estudio. Para conseguir el asentimiento informado de los menores de edad, se aplicaron documentos acordes a su grupo etario: 5-9 años y de 10-18.

RESULTADOS

Se estudió una muestra conformada por 21 niños y adolescentes que presentaban diagnóstico clínico de TEA, de los cuales el 90,48 % fueron hombres, el 61,90 % corresponden a población escolar, el 57,14 % pertenece a la zona urbana de la comuna y el 52,38 % de la muestra presenta estado nutricional de obesidad (tabla 1).

Tabla 1. Distribución de la muestra según características sociodemográficas			
Características sociodemográficas	n = 21	%	IC 95 %
Sexo			
Hombre	19	90,48	(68,17 ; 98,33)
Mujer	2	9,52	(1,67 ; 31,83)
Grupo Etario			
Escolar	13	61,90	(38,69 ; 81,05)
Adolescente	8	38,10	(18,95 ; 61,31)
Zona Geográfica			
Rural	9	42,86	(22,59 ; 65,56)
Urbano	12	57,14	(34,44 ; 77,41)
Estado Nutricional			
Normal	4	19,05	(6,29 ; 42,58)
Sobrepeso	5	23,81	(9,12 ; 47,55)
Obesidad	11	52,38	(30,34 ; 73,61)
Obesidad Severa	1	4,76	(0,25 ; 25,87)

Según sus características clínicas (tabla 2), el 52,38 % de la muestra obtuvo su diagnóstico TEA de un neurólogo, y el 90,48 % presenta TEA grado 1.

Tabla 2. Distribución de la muestra según características clínicas			
Características clínicas	n = 21	%	IC 95 %
Diagnóstico Clínico			
Neurólogo	11	52,38	(30,34 ; 73,61)
Psiquiatra	10	47,62	(26,39 ; 69,66)
Grado de TEA			
Grado 1 - Leve	19	90,48	(68,17 ; 98,33)
Grado 2 - Moderado	2	9,52	(1,67 ; 31,83)

La tabla 3 señala que el puntaje global de la escala BAMBI fue de $42,86 \pm 6,67$ (de un máximo posible de 90 puntos, considerando los 18 ítems de la escala) con una consistencia interna de 0,74. En relación a “rechazo de alimentos”, se observó una media de $8,00 \pm 2,41$ puntos (de un máximo de 25 puntos), con $\alpha = 0,37$; sin embargo, una vez eliminado el ítem 1: “Llora o grita durante las comidas” se obtuvo una puntuación media $6,71 \pm 2,35$ puntos (de un máximo de 20 puntos), con $\alpha = 0,45$, mayor valor posible obtenido con los ítems disponibles. En “características de autismo” presentó una media de $11,38 \pm 3,54$ puntos (de un máximo de 25 puntos), con $\alpha = 0,57$, mientras que “variedad limitada”, se presentó una media de $23,48 \pm 4,39$ de un máximo de 40 puntos, con $\alpha = 0,71$.

Tabla 3. Distribución de las dimensiones del cuestionario BAMBI

Dimensiones	α -Cronbach	Media $\pm$ sd	$M_d \pm (P_{75} - P_{25})$
BAMBI	0,74	42,86 $\pm$ 6,67	42,00 $\pm$ 8,00
Rechazo de Alimentos*	0,37 ^a	8,00 $\pm$ 2,41	8,00 $\pm$ 3,00
	0,45 ^b	6,71 $\pm$ 2,35	6,00 $\pm$ 2,00
Características de Autismo	0,57	11,38 $\pm$ 3,54	11,00 $\pm$ 5,00
Variedad Limitada	0,71	23,48 $\pm$ 4,39	23,00 $\pm$ 4,00

Nota: *Según prueba de Shapiro-Wilk, los datos no siguen distribución normal con $p < 0,05$
^a Se consideran los ítem 1-2-4-7-8 de BAMBI
^b Se consideran los ítem 2-4-7-8 de BAMBI

En relación con los puntajes de las tres dimensiones de BAMBI desagregado por las características sociodemográficas y clínicas de los participantes del estudio, se encontró que “Variedad limitada” hubo diferencias estadísticamente significativas con las variables sexo ($p=0,0013$) y estado nutricional ($p=0,0275$). Para esta última variable, el test de Tukey detectó una diferencia significativa entre las categorías de sobrepeso y obesidad, con $p=0,0218$. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas de los subgrupos en ninguna de las otras dimensiones de BAMBI.

Tabla 4. Distribución de las dimensiones de BAMBI, desagregado por características sociodemográficas y clínicas

Características sociodemográficas y clínicas	Rechazo de Alimentos ^a (5-25 puntos)	Rechazo de Alimentos ^b (4-20 puntos)	Características de Autismo (5-25 puntos)	Variedad Limitada (8-40 puntos)	BAMBI (18-90 puntos)
Sexo*	$p=0,7777$	$p=0,902$	$p=0,9815$	$p=0,0013$	$p=0,6654$
Hombre	8,05 $\pm$ 2,48	6,74 $\pm$ 2,42	11,37 $\pm$ 3,42	23,11 $\pm$ 4,46	42,53 $\pm$ 6,64
Mujer	7,50 $\pm$ 2,12	6,50 $\pm$ 2,12	11,50 $\pm$ 6,36	27,00 $\pm$ 0,00	46,00 $\pm$ 8,49
Grupo Etario*	$p=0,0989$	$p=0,1455$	$p=0,4970$	$p=0,2407$	$p=0,1121$
Escolar	8,62 $\pm$ 2,66	7,23 $\pm$ 2,71	11,77 $\pm$ 4,02	24,46 $\pm$ 3,73	44,85 $\pm$ 5,54
Adolescente	7,00 $\pm$ 1,60	5,88 $\pm$ 1,36	10,75 $\pm$ 2,71	21,88 $\pm$ 5,14	39,62 $\pm$ 7,42
Zona Geográfica*	$p=0,8556$	$p=0,6296$	$p=0,4799$	$p=0,9455$	$p=0,6237$
Rural	8,11 $\pm$ 2,15	7,00 $\pm$ 2,06	12,00 $\pm$ 2,83	23,56 $\pm$ 4,64	43,67 $\pm$ 5,29
Urbano	7,92 $\pm$ 2,68	6,50 $\pm$ 2,61	10,92 $\pm$ 4,06	23,42 $\pm$ 4,40	42,25 $\pm$ 7,71
Estado Nutricional**	$p=0,8190$	$p=0,6140$	$p=0,2690$	$p=0,0275$	$p=0,4670$
Normal	8,00 $\pm$ 1,41	6,00 $\pm$ 0,82	9,25 $\pm$ 3,10	23,00 $\pm$ 2,16 †;††	40,25 $\pm$ 4,65
Sobrepeso	7,40 $\pm$ 1,95	6,20 $\pm$ 1,64	10,60 $\pm$ 3,36	27,80 $\pm$ 2,77 †;†††	45,80 $\pm$ 5,93
Obesidad	8,25 $\pm$ 2,90	7,17 $\pm$ 2,89	12,42 $\pm$ 3,60	21,83 $\pm$ 4,41 †;†††	42,50 $\pm$ 7,45
Diagnóstico Clínico*	$p=0,2042$	$p=0,3413$	$p=0,8274$	$p=0,2998$	$p=0,2115$
Neurólogo	8,64 $\pm$ 2,84	7,18 $\pm$ 2,89	11,55 $\pm$ 4,11	24,45 $\pm$ 4,06	44,64 $\pm$ 6,07
Psiquiatra	7,30 $\pm$ 1,70	6,20 $\pm$ 1,55	11,20 $\pm$ 3,01	22,40 $\pm$ 4,70	40,90 $\pm$ 7,05
Grado de TEA*	$p=0,4507$	$p=0,5721$	$p=0,5571$	$p=0,6757$	$p=0,4301$
Nivel 1 - Leve	8,11 $\pm$ 2,49	6,79 $\pm$ 2,44	11,26 $\pm$ 3,68	23,21 $\pm$ 4,22	42,58 $\pm$ 6,91
Nivel 2 - Moderado	7,00 $\pm$ 1,41	6,00 $\pm$ 1,41	12,50 $\pm$ 2,12	26,00 $\pm$ 7,07	45,50 $\pm$ 3,54

Nota: media $\pm$ sd; *t-Student; **ANOVA

^a Se consideran los ítems 1-2-4-7-8 de BAMBI

^b Se consideran los ítems 2-4-7-8 de BAMBI

Test de Tukey: †: $p=0,1708$; ††: $p=0,8561$; †††: $p=0,0218$

DISCUSIÓN

Este estudio tuvo como objetivo determinar la conducta alimentaria de niños y adolescentes con Trastorno del Espectro Autista (TEA) que asisten a una agrupación en una comuna de Chile. En relación a las características de la muestra, se encontró que el TEA se diagnostica con mayor frecuencia en hombres de edad escolar, en concomitancia con la evidencia publicada por Maenner et al. ⁽²⁵⁾ quienes encontraron 3,8 veces más frecuencia de presentar TEA en niños versus niñas. Esto puede explicarse por el “efecto camuflaje” que presentan las

mujeres, caracterizado por mayores habilidades sociales y emocionales.⁽²⁶⁾ Además, los resultados del estudio presentan una mayor proporción de obesidad, en comparación con el estudio de Şengüzel et al.⁽²⁷⁾ quienes analizaron a niños turcos neurotípicos y con Trastorno del Espectro Autista (TEA) encontrando que la obesidad era más frecuente en los niños con TEA.

En relación a la conducta alimentaria observada, se encontró un promedio de $42,86 \pm 6,67$ de un total de 90 puntos globales de BAMBI, lo que sugiere un problema moderado, requiriendo menores intervenciones y apoyo adicional. Esto se debe a que la muestra pertenece a una agrupación de apoyo a niños y niñas con TEA y un 90,48 % presenta TEA grado 1. Además, Castro et al.⁽²⁸⁾ plantean que los grupos comunitarios y de apoyo favorecen la socialización y desarrollo de los niños con TEA ante sus problemáticas. De hecho, Zalaquett et al.⁽²⁹⁾ indican que el desarrollo de intervenciones en niños con TEA favorece su desarrollo y bienestar. En cuanto a los puntajes de BAMBI por zona geográfica, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas, a diferencia de lo señalado por Zhang et al.⁽⁶⁾ quienes reportaron que los niños de zonas rurales presentan mayores comorbilidades.

En cuanto al “rechazo de alimentos”, se obtuvo una media de $8,00 \pm 2,41$ puntos de un total de 25, similar a un estudio publicado por Shmaya et al.⁽³⁰⁾ Según Williams et al.⁽³¹⁾ el rechazo de alimentos se define como la aversión a la mayoría o todos los alimentos ofrecidos, lo que impide que cubra sus necesidades calóricas y nutricionales y puede considerarse un subtipo de trastorno de la alimentación infantil. Los criterios del Trastorno de Evitación y Restricción de la Ingestión de Alimentos,⁽³²⁾ se centran en la conducta alimentaria, abarcando aspectos como la selectividad alimentaria, la aversión a diversos alimentos y la disminución del apetito.⁽³³⁾ Estos factores pueden contribuir al aumento de las comorbilidades médicas y psicológicas, lo que resalta la importancia de una detección precoz del TEA y de los problemas conductuales asociados para realizar una intervención oportuna. Además, los síntomas gastrointestinales pueden agravar el cuadro clínico del TEA, debido a la incomodidad e irritabilidad que provocan.⁽³⁴⁾ Es fundamental considerar que la restricción alimentaria puede dar lugar a deficiencias nutricionales, especialmente en micronutrientes, lo que puede afectar el desarrollo y crecimiento infantil. En este sentido, Santtochhi⁽³⁵⁾ propone que una intervención nutricional adecuada puede aliviar estos síntomas, mejorando tanto el estado físico como mental. Un ejemplo de ello es el uso de probióticos, ya que al equilibrar la microbiota intestinal se reducen los síntomas gastrointestinales y regulan el “eje intestino-cerebro”, lo que puede mejorar la conducta en los niños con TEA.

En cuanto a la dimensión “características del autismo” presentó una media de $11,38 \pm 3,54$ sobre un total de 25 puntos, el cual concuerda con el estudio de Sharp et al.⁽³⁶⁾ quienes investigaron una muestra de 30 niños en edad escolar con TEA, reportando una media de $11,7 \pm 3,9$ puntos. Esta dimensión evalúa aspectos como la inatención, las autolesiones y los comportamientos rígidos durante las comidas. En este estudio, estos aspectos no representan un problema relevante, debido al grado leve de la mayoría de los casos. No obstante, una intervención temprana⁽²⁹⁾ puede favorecer el desarrollo cerebral, por lo cual es fundamental considerar el perfil individual del niño y familia, asegurando una atención integral por parte de los profesionales de salud.

En relación con la “variedad limitada”, se obtuvo una media de $23,48 \pm 4,39$ de un total de 40 puntos, similar a lo reportado por Aponte et al.⁽³⁷⁾ quienes encontraron una media de $25,3 \pm 7,1$ puntos a partir de una muestra de 36 niños en edad escolar con TEA. En la revisión de Beaudry I.⁽³⁸⁾ plantea que una variedad limitada es una característica propia de la selectividad alimentaria, la cual se basa en la disposición del niño a probar nuevos alimentos y en sus preferencias según las características organolépticas, como textura y olor. Por lo tanto, un modelo de intervención eficaz debe abordar las facetas del proceso de alimentación de manera integral, involucrando profesionales de salud, como: pediatra, nutricionista, gastroenterólogo, etc.⁽³⁹⁾

Al evaluar el puntaje global de la Escala BAMBI desagregado por las variables de estudio, se encontró que las niñas con TEA presentan una conducta alimentaria más disruptiva que los niños. Un estudio de Van 't Hof et al.⁽¹⁴⁾ señala que las niñas con TEA exhiben comportamientos más disruptivos en los aspectos conductuales, cognitivo o sensorial, en comparación con los niños. Esto se debe a que pueden perder mecanismos de autorregulación emocional relacionados a la alimentación, como indica el estudio de Van Strien y Oosterveld⁽⁴⁰⁾ que asocia el autismo en mujeres con sobrealimentación y subalimentación emocional debido a la excitación emocional.

Este estudio presenta varias limitaciones. La primera se relaciona con la consistencia interna del instrumento BAMBI. Aunque la escala BAMBI presentó una consistencia interna adecuada, la dimensión “rechazo de alimentos” presentó un $\alpha=0,37$. Esto podría deberse al contenido de los reactivos que describen las conductas problemáticas relacionadas con la alimentación, que pueden ser ocultadas por los padres. No obstante, al eliminar el ítem 1 “Llora o grita durante las comidas”, la consistencia interna se eleva a 0,45. Esto demuestra que las creencias de la cultura hispano/latina, influyen en la visibilización del autismo, ya que las discapacidades no son completamente aceptadas debido a sentimientos de rechazo o vergüenza.⁽⁴¹⁾ La segunda limitación es el tamaño reducido de la muestra y el método de selección no probabilístico, lo cual, limita la inferencia de la evidencia. Sin embargo, este estudio puede sentar las bases para futuras investigaciones que comparen la conducta alimentaria de los niños con TEA, facilitando así la creación de intervenciones efectivas e integrar el rol del profesional nutricionista.

CONCLUSIÓN

La conducta alimentaria de niños y adolescentes con TEA que asisten a una agrupación en la comuna de El Carmen-Chile, de apoyo a niños y familias es consistente a la evidencia internacional disponible de niños y adolescentes TEA que asisten a instituciones educativas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Asociación Americana de Psiquiatría. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5®). 5a ed. Arlington, VA: Editorial Medica Panamericana; 2014. págs. 31-59.
2. Zeidan J, Fombonne E, Scora J, Ibrahim A, Durkin MS, Saxena S, et al. Global prevalence of autism: A systematic review update. *Autism Research*. 2022;15(5):778-790. <https://doi.org/10.1002/aur.2696>
3. Yáñez C, Maira P, Elgueta C, Brito M, Crockett MA, Troncoso L, et al. Estimación de la prevalencia de trastorno del Espectro Autista en población urbana chilena. *Andes pediátr*. 2021;92(4):519-525. <http://dx.doi.org/10.32641/andespediatr.v92i4.2503>
4. Ministerio de Salud de Chile. Norma Técnica para la Supervisión Salud Integral de Niños y Niñas de 0 a 9 años en la Atención Primaria de Salud [Internet]. 2ª ed. 2021. Capítulo 3, Supervisión de Salud Integral Infantil; [citado el 06 de mayo de 2024]; págs. 164-168. Disponible en: <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2021/12/Cap%C3%ADtulo-3.pdf>
5. Barber A, Yerby L, Tomeny T, Baker L, Morales-Aleman M. Brief Report: Exploring Rural and Urban Caregiver Descriptions of Autism Symptoms and Aetiology. *Int J Disabil Dev Educ*. 2020;69(4):1430-1441. <https://doi.org/10.1080/1034912X.2020.1767763>
6. Zhang W, Mason AE, Boyd B, Sikich L, Baranek G. A Rural-Urban Comparison in Emergency Department Visits for U.S. Children with Autism Spectrum Disorder. *J Autism Dev Disord*. 2017;47:590-598. <https://doi.org/10.1007/s10803-016-2982-3>
7. Esposito M, Mirizzi P, Fadda R, Pirollo C, Ricciardi O, Mazza M, et al. Food Selectivity in Children with Autism: Guidelines for Assessment and Clinical Interventions. *Int J Environ Res Public Health*. 2023;20(6):5092. <https://doi.org/10.3390/ijerph20065092>.
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. <https://doi.org/10.1111/dmcn.15139>
9. Sharp WG, Postorino V, McCracken CE, Berry RC, Criado KK, Burrell TL, et al. Dietary Intake, Nutrient Status, and Growth Parameters in Children with Autism Spectrum Disorder and Severe Food Selectivity: An Electronic Medical Record Review. *J Acad Nutr Diet*. 2018;118(10):1943-1950. <https://doi.org/10.1016/j.jand.2018.05.005>
10. Siddiqi UR, Begum S, Shahjadi S, Afroz S, Mahruba SN, Parvin J, et al. Plasma zinc, copper and serum ceruloplasmin levels of autism spectrum disorder children in Bangladesh. *Heliyon*. 2023;9(8):E18624. <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2023.e18624>
11. Erden S, Akbaş İleri B, Sadıç Çelikkol Ç, Nalbant K, Kılınç İ, Yazar A. Serum B12, homocysteine, and anti-parietal cell antibody levels in children with autism. *Int J Psychiatry Clin*. 2022;26(1):8-13. <https://doi.org/10.1080/13651501.2021.1906906>
12. Şengenç E, Kırkım E, Saltık S. Vitamin D levels in children and adolescents with autism. *J Int Med Res*. 2020;48(7):300060520934638. <https://doi.org/10.1177/0300060520934638>
13. 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. <https://doi.org/10.3390/nu14132660>
14. Van 't Hof M, Ester WA, Serdarevic F, Van Berckelaer-Onnes I, Hillegers MHJ, Tiemeier H, et al. The sex-specific association between autistic traits and eating behavior in childhood: An exploratory study in the

general population. *Appetite*. 2020;147:104519. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2019.104519>

15. Sammels O, Karjalainen L, Dahlgren J, Wentz E. Autism Spectrum Disorder and Obesity in Children: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Obes Facts*. 2022;15(3):305-320. <https://doi.org/10.1159/000523943>

16. Yeung SSY, Chan R, Li L, Chan D, Leung J, Leung TF. Eating Behaviors and Diet Quality in Chinese Preschoolers with and without Autism Spectrum Disorder: A Case-Control Study. *J Pediatr*. 2021;237:258-266.e5. <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2021.06.017>

17. Turnage D, Conner N. Quality of life of parents of children with Autism Spectrum Disorder: An integrative literature review. *J Spec Pediatr Nurs*. 2022;27(4):e12391. <https://doi.org/10.1111/jspn.12391>

18. Thorsteinsdottir S, Njardvik U, Bjarnason R, Olafsdottir AS. Changes in Eating Behaviors Following Taste Education Intervention: Focusing on Children with and without Neurodevelopmental Disorders and Their Families: A Randomized Controlled Trial. *Nutrients*. 2022;14(19):4000. <https://doi.org/10.3390/nu14194000>

19. Zobel-Lachiusa J, Andrianopoulos MV, Mailloux Z, Cermak SA. Sensory Differences and Mealtime Behavior in Children With Autism. *Am J Occup Ther*. 2015;69(5):6905185050p1-6905185050p8. <https://doi.org/10.5014/ajot.2015.016790>

20. Martín JR. Diseños de muestreo (II). *NURE Investigación*. 2005;12. Disponible en: <https://www.nureinvestigacion.es/OJS/index.php/nure/article/view/214/199>

21. Ministerio de Salud de Chile. Norma Técnica para la Supervisión Salud Integral de Niños y Niñas de 0 a 9 años en la Atención Primaria de Salud [Internet]. 2ª ed. 2021. Capítulo 2, Componentes transversales y específicos de la supervisión de salud integral infantil; [citado el 13 de junio de 2024]; págs. 119-122. Disponible en: <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2021/12/Capi%CC%81tulo-2-Web.pdf>

22. Ministerio de Salud de Chile. Patrones de crecimiento para la evaluación nutricional de niños, niñas y adolescentes, desde el nacimiento hasta los 19 años de edad [Internet]. 2018 [citado el 05 de octubre de 2024]. Disponible en: http://www.bibliotecaminsal.cl/wp/wp-content/uploads/2018/07/2018.06.14-PAC_Interior-con-lineas-de-corte-14-juliov3.pdf

23. Lukens CT, Linscheid, TR. Development and Validation of an Inventory to Assess Mealtime Behavior Problems in Children with Autism. *J Autism Dev Disord*. 2008;38,342-352. <https://doi.org/10.1007/s10803-007-0401-5>

24. DeMand A, Johnson C, Foldes E. Psychometric Properties of the Brief Autism Mealtime Behaviors Inventory. *J Autism Dev Disord*. 2015;45,2667-2673. <https://doi.org/10.1007/s10803-015-2435-4>

25. Maenner MJ, Warren Z, Williams AR, Amoakohene E, Bakian AV, Bilder DA, et al. Prevalence and Characteristics of Autism Spectrum Disorder Among Children Aged 8 Years - Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network, 11 Sites, United States, 2020. *MMWR Surveill Summ*. 2023;72(2):1-14. <http://dx.doi.org/10.15585/mmwr.ss7202a1>

26. González M, Vasquez M, Hernandez-Chavez M. Trastorno del espectro autista: Diagnóstico clínico y test ADOS. *Rev Chil Pediatr*. 2019;90(5):485-491. <https://dx.doi.org/10.32641/rchped.v90i5.872>

27. Şengüzel S, Cebeci AN, Ekici B, Gönen İ, Tatlı B. Impact of eating habits and nutritional status on children with autism spectrum disorder. *J Taibah Univ Med Sci*. 2020;16(3):413-421. <https://doi.org/10.1016/j.jtumed.2020.11.010>

28. Castro-Gell Y, Aragonés-Lafita L, Ramírez Gell S. La comunidad como apoyo en la socialización de los niños con trastorno del espectro autista. *Varona*. 2024;(80). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1992-82382024000200015&lng=es&tlng=es

29. Zalaquett D, Schönstedt M, Angeli M, Herrera C, Moyano A. Fundamentos de la intervención temprana en niños con trastornos del espectro autista. *Rev Chil Pediatr*. 2015;86(2):126-131. <https://doi.org/10.1016/j.rchipe.2015.04.025>

30. Shmaya Y, Eilat-Adar S, Leitner Y, Reif S, Gabis LV. Meal time behavior difficulties but not nutritional deficiencies correlate with sensory processing in children with autism spectrum disorder. *Res Dev Disabil*. 2017;66:27-33. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2017.05.004>
31. Williams KE, Field DG, Seiverling L. Food refusal in children: A review of the literature. *Res Dev Disabil*. 2010;31(3):625-633. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2010.01.001>
32. Asociación Americana de Psiquiatría. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5®). 5a ed. Arlington, VA: Editorial Medica Panamericana; 2014. págs. 190-191.
33. Milano K, Chatoor I, Kerzner B. A Functional Approach to Feeding Difficulties in Children. *Curr Gastroenterol Rep*. 2019;21(10):51. <https://doi.org/10.1007/s11894-019-0719-0>
34. Santocchi E, Guiducci L, Fulceri F, Billeci L, Buzzigoli E, Apicella F, et al. Gut to brain interaction in Autism Spectrum Disorders: a randomized controlled trial on the role of probiotics on clinical, biochemical and neurophysiological parameters. *BMC Psychiatry*. 2016;16:183. <https://doi.org/10.1186/s12888-016-0887-5>
35. Santocchi E, Guiducci L, Prosperi M, Calderoni S, Gaggini M, Apicella F, et al. Effects of Probiotic Supplementation on Gastrointestinal, Sensory and Core Symptoms in Autism Spectrum Disorders: A Randomized Controlled Trial. *Front Psychiatry*. 2020;11:550-593. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.550593>
36. Sharp WG, Jaquess DL, Lukens CT. Multi-method assessment of feeding problems among children with autism spectrum disorders. *Res Autism Spectr Disord*. 2013;7(1):56-65. <https://doi.org/10.1016/j.rasd.2012.07.001>
37. Aponte CA, Romanczyk RG. Assessment of feeding problems in children with autism spectrum disorder. *Res Autism Spectr Disord*. 2016;21:61-72. <https://doi.org/10.1016/j.rasd.2015.09.007>
38. Beaudry I. El rechazo a alimentarse y la selectividad alimentaria en el niño menor de 3 años: una compleja combinación de factores médicos, sensoriomotores y conductuales. *Acta Pediatr Esp*. 2014;72(5):92-97. Disponible en: <https://campus.autismodiario.com/wp-content/uploads/2016/10/9-NUTRICION.pdf>
39. Miller CK, Burklow KA, Santoro K, Kirby E, Mason D, Rudolph CD. An Interdisciplinary Team Approach to the Management of Pediatric Feeding and Swallowing Disorders. *Child Health Care*. 2010;30(3):201-218. https://doi.org/10.1207/S15326888CHC3003_3
40. Van Strien T, Oosterveld P. The children's DEBQ for assessment of restrained, emotional, and external eating in 7- to 12-year-old children. *Int J Eat Disord*. 2008;41(1):72-81. <https://doi.org/10.1002/eat.20424>
41. Perilla T, Ortiz EA, Larsen T. El trastorno del espectro autista y la comunidad hispana/latinx [Internet]. MHDD National Training Center. 2020 [citado el 28 de octubre de 2024]. Disponible en: <https://www.mhddcenter.org/wp-content/uploads/2020/10/El-trastorno-del-espectro-autista-y-la-comunidad-hispana-latinx.pdf?form=MG0AV3>

FINANCIACIÓN

Ninguna.

CONFLICTO DE INTERESES

Ninguno.

CONTRIBUCIÓN DE AUTORÍA

Conceptualización: Marian Alegría-Villablanca, Javiera Castillo-Tapia, Kathalina Yañez-Flores y Miguel López-Espinoza.

Curación de datos: Kathalina Yañez-Flores.

Análisis formal: Javiera Castillo-Tapia y Kathalina Yañez-Flores.

Investigación: Marian Alegría-Villablanca, Javiera Castillo-Tapia, Kathalina Yañez-Flores y Miguel López-Espinoza.

Metodología: Marian Alegría-Villablanca, Javiera Castillo-Tapia, Kathalina Yañez-Flores y Miguel López-Espinoza.

Administración del proyecto: Miguel López-Espinoza.

Recursos: Miguel López-Espinoza.

Software: Javiera Castillo-Tapia y Kathalina Yañez-Flores.

Supervisión: Miguel López-Espinoza.

Validación: Miguel López-Espinoza.

Visualización: Marian Alegría-Villablanca, Javiera Castillo-Tapia, Kathalina Yañez-Flores y Miguel López-Espinoza.

Redacción - borrador original: Marian Alegría-Villablanca, Javiera Castillo-Tapia, Kathalina Yañez-Flores y Miguel López-Espinoza.

Redacción - revisión y edición: Marian Alegría-Villablanca, Javiera Castillo-Tapia, Kathalina Yañez-Flores y Miguel López-Espinoza.