



Revista Chilena de Nutrición

ISSN: 0716-1549

sochinut@tie.cl

Sociedad Chilena de Nutrición,
Bromatología y Toxicología
Chile

Machado, Karina; Denis, Natalia; Fernández, Natalia; Miguez, Carolina; Pérez, Catalina
Dificultades en la alimentación de niños sanos en Montevideo-Uruguay
Revista Chilena de Nutrición, vol. 43, núm. 3, 2016, pp. 228-232
Sociedad Chilena de Nutrición, Bromatología y Toxicología
Santiago, Chile

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=46947432001>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica
Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

ARTÍCULOS ORIGINALES

Dificultades en la alimentación de niños sanos en Montevideo-Uruguay

Feeding difficulties in healthy children, in Montevideo, Uruguay

ABSTRACT

Introduction. Feeding difficulties is a perception that the child not feds correctly. It is a common concern of young children caregivers. Objective. To define characteristics of 1 to 5 years, users of public and private Montevideo institutions children with feeding difficulties and identify associated variables. Subjects and Methods. Healthy children between 1 and 5 years were included. They were questioned if they had feeding difficulties. Personal history, features food and nutritional status were. Results. 205 children were included; 42,4% had feeding difficulties. These children did not have more pathological antecedents, or alterations in nutritional status, they were more distracting during the meal, received more rewards and punishments to feed and were fed by their mothers in a greater proportion. Conclusions. Feeding difficulties prevalence was similar to the reported in other studies. They were identified as association factors specific characteristics of the food environment and behavior adult responsible.

Key words: feeding difficulties; eating behavior; food refusal; healthy children; malnutrition.

Karina Machado
Natalia Denis
Natalia Fernández
Carolina Migues
Catalina Pérez

Clínica Pediátrica "A". Departamento de Pediatría y Especialidades.
Facultad de Medicina. Universidad de la República.
Montevideo, Uruguay.

Dirigir la correspondencia a:
Dra. Karina Machado
Tel: (598) 27081335 - 27081087
kmachado30@gmail.com;
damzapata@udec.cl

Este trabajo fue recibido el 25 de Mayo de 2016
y aceptado para ser publicado el 25 de Agosto de 2016.

INTRODUCCIÓN

En la consulta pediátrica hasta 60% de los padres o encargados del cuidado de niños pequeños manifiestan preocupación porque sus hijos no comen adecuadamente, comen poco, son selectivos o demoran mucho en cada comida¹. Esta preocupación puede estar justificada o no, pero genera ansiedad familiar.

Se denomina dificultad en la alimentación (DA) a la percepción, por parte del adulto, de que el niño no se alimenta en forma adecuada (1). Este problema afecta negativamente el proceso por el cual los padres/cuidadores proveen alimentos a niños pequeños (2). Es un término amplio, que expresa un gran espectro de alteraciones y no tiene en cuenta factores etiológicos ni sus consecuencias (3). Esta denominación no incluye a los "trastornos de la alimentación", entidades de mayor gravedad, que resultan de alteraciones severas, somáticas y/o del comportamiento, con probables secuelas orgánicas, nutricionales o emocionales (1).

Su prevalencia es variable, en parte debido al uso de

distinta terminología (4-7). Puede alcanzar una prevalencia de 20-45% entre niños con desarrollo normal, y hasta 80% entre niños con alteraciones del desarrollo. Un pequeño porcentaje de estos niños (1-2%) tiene problemas graves como rechazo total del alimento, vómitos de todo lo ingerido o alteraciones del estado nutricional (8).

Las DA pueden aparecer a cualquier edad (9). Son frecuentes durante períodos en los que suceden grandes cambios en la alimentación, como el inicio de la comida semisólida, el pasaje del pecho materno al biberón y a la taza, o el inicio de la alimentación con su mano. El período comprendido entre 1 y 5 años es una etapa crítica en el desarrollo de preferencias y hábitos alimenticios (10).

Algunos estudios han reportado alteraciones significativas en el estado nutricional y en el crecimiento de niños con DA (11).

La conducta alimentaria está determinada por factores que dependen de: el alimento ofrecido, el niño que lo recibe, el adulto que lo alimenta y el ambiente donde se desarrolla

la alimentación (12). Las DA pueden estar relacionadas con uno o más de estos factores. Generalmente son procesos multicausales, donde participan varias causas (13).

Entre los factores dependientes del niño se encuentran diversas alteraciones del comportamiento infantil, como gran inquietud, llanto excesivo, distracción, entre otros. El niño de 12 a 15 meses de edad puede utilizar el acto de comer para llamar la atención de sus padres (14). A los 15 meses empieza una etapa de menor consumo de alimentos, que coincide con una disminución en la velocidad de crecimiento, que se extiende durante toda la etapa preescolar (10). Los factores dependientes de los alimentos que pueden determinar dificultades en la alimentación tienen relación con la cantidad, la frecuencia y el tipo de alimento ofrecido. Algunos alimentos resultan poco atractivos a los sentidos o inadecuados al grado de desarrollo del niño. Alteraciones en la dinámica familiar y conflictos entre integrantes de la familia pueden interferir en la conducta alimentaria. Situaciones previas de estrés vividas por los adultos pueden llevar a sobreprotección del niño y falta de imposición de límites (10, 11). Las madres de niños con trastornos de la alimentación pueden tener disturbios significativos en sus hábitos de alimentación (11). La familia reunida, sentada a la mesa durante la comida es un buen ejemplo a seguir (10). No se aconseja brindar premios o castigos por la conducta del niño ante el alimento. Algunos factores dependientes del ambiente como carencia económica y privación psicosocial pueden llevar a alteraciones en la alimentación (11). El ámbito cultural es otro factor que influye sobre la alimentación (12). La presencia de distractores a la hora de comer es causa frecuente de dificultades para alimentarse (1, 10).

Una preocupación compartida entre padres y profesionales es si las DA tendrán consecuencias sobre la salud, tales como alteraciones del estado nutricional, retraso del crecimiento, consumo subóptimo de nutrientes, alteraciones crónicas del comportamiento alimentario, estigmatización social, fallas en la interacción padre-hijo y retraso en el desarrollo (15).

El objetivo de este estudio fue describir las características de niños sanos, asistidos en policlínicas de primer nivel de atención, con edades entre 1 y 5 años, con DA; identificar variables que pudieran estar relacionados con estas dificultades y valorar el crecimiento y el estado nutricional de estos niños.

SUJETOS Y MÉTODOS

Se realizó un estudio prospectivo, descriptivo-analítico entre enero de 2014 y abril de 2015. Se incluyeron niños sanos entre 12 meses y 5 años 11 meses de edad, usuarios de policlínicas de primer nivel de atención pertenecientes a la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE) e instituciones privadas de salud.

Pacientes que acudieron a las policlínicas por control en salud o patologías agudas fueron seleccionados al azar. Se excluyeron los portadores de patologías crónicas. Se consideró patología crónica aquella con duración mayor a 3 meses y que, por su condición, pudiera determinar un impacto sobre la vida del niño o influir en su alimentación.

En las salas de espera se invitó a la madre/padre/cuidador a contestar preguntas relacionadas a las características de la alimentación del/los niños a su cargo. Se preguntó si, a su juicio, el niño tenía dificultades para alimentarse. Se utilizó un cuestionario previamente diseñado, uno para cada niño, en caso de que la madre tuviera más de un hijo. A quienes acep-

taron participar se les solicitó la firma de un consentimiento informado. Se solicitó carné de salud del niño¹.

Se consideró caso portador de dificultad para alimentarse cuando la madre/padre/cuidador refería que el niño no se alimentaba adecuadamente. De la dificultad para alimentarse se interrogó: preferencias por determinados alimentos, por distintas texturas y/o consistencias, si comía menos que lo esperado y si las comidas tenían una duración mayor a 40 minutos.

En todos los niños se describieron: datos patronímicos (edad, sexo, raza); antecedentes perinatales (número de gestación, embarazo deseado y/o buscado, patología del embarazo, tipo de parto, edad gestacional y peso al nacer, patología perinatal); hospitalizaciones; antecedentes alimentarios: si recibió alimentación con leche materna (pecho materno u ordeñado), desde qué edad (en días), duración de la lactancia, edad de introducción de leches de mamíferos o fórmulas lácteas, edad de introducción de alimentos semisólidos. Respecto a los hábitos alimentarios se interrogó: quién alimentaba al niño, dónde lo hacía, si habían distractores durante la comida y cuáles eran. Las preguntas se referían a almuerzo y cena. Se indagó si se brindaban premios o castigos ante la dificultad para comer. Se preguntó si existieron dificultades para alimentarse en otros hijos o en los padres. Se interrogó sobre el nivel educativo de la madre. La encuesta utilizada no fue validada. Las entrevistas fueron realizadas por las autoras del estudio.

Se realizó valoración del estado nutricional teniendo en cuenta los datos antropométricos del último control, registrado en el carné. Se calculó el puntaje Z para los índices talla/edad (T/E), peso/talla (P/T) e índice de masa corporal (IMC) y se comparó con la población de referencia (OMS 2006). Se definió talla baja cuando el índice T/E tenía un puntaje Z menor o igual a -2. Se definió desnutrición aguda cuando el puntaje Z del índice P/T era igual o menor a -2. Se definió sobrepeso en menores de 5 años cuando el índice P/T era igual o mayor a 2 y obesidad cuando era mayor a 3. En mayores de 5 años se definió obesidad cuando el IMC era mayor a 2 Z.

Las variables continuas se describieron utilizando media, mediana y rango; las variables categóricas se describieron con proporciones. Para el análisis de los datos se utilizó EpiInfo-7. Se realizó la comparación de variables entre niños que presentaban dificultad para alimentarse (casos) y niños que no la presentaban (controles), utilizando chi cuadrado para variables dicotómicas y test de T en la comparación de medias. Se consideró como nivel de significancia $p < 0,05$. Se calcularon los odds ratio con su respectivo intervalo de confianza de 95%.

Se contó con el aval del Comité de Ética de Facultad de Medicina² y la autorización de la dirección de las respectivas instituciones.

RESULTADOS

Participaron en el estudio 205 niños, 150 usuarios de servicios públicos y 54 de instituciones privadas. Tenían una edad promedio de 33 meses (rango 12-71 meses); 50,2% pertenecían al sexo femenino; 93,1% eran de raza blanca. Se constató desnutrición aguda en 3 niños (1.5%), sobrepeso en 32 (15.6%), obesidad en 3 (1.5%) y talla baja en 28 (13.7%).

En 87 niños (42,4%) los encargados de su cuidado manifestaron que no comían en forma adecuada. Cincuenta niños (57,5%) no comían determinados alimentos, 34 (39,1%) demoraban demasiado para comer, 32 (36,8%) comían pequeñas cantidades, y 15 (17,2%) no comían determinadas

1. www.msp.gub.uy

2. Exp. N° 070153-000603-13. Consejo de Facultad de Medicina. Universidad de la República. Fecha 18/12/2013

consistencias o texturas. La edad promedio de estos niños era 35 meses; 33% eran menores de 2 años y 58% menores de 3 años. Pertenecían al sexo femenino 44,8%.

Entre los niños con dificultad para alimentarse, 85 (97,7%) realizaban sus comidas en el hogar, 78 (89,7%) eran alimentados por su madre; 71 (81,9%) se alimentaban acompañados por la familia; 63 (72,4%) tenían su silla o lugar a la mesa para comer. En 30 (35%) la dificultad para alimentarse persistía cuando el niño era alimentado en un sitio diferente al hogar.

Al comparar el grupo de niños con DA con el grupo que no presentó dificultades se observó una mayor proporción de usuarios del sistema público de salud (83,9% vs 65,8%), con una diferencia estadísticamente significativa. Ambos grupos fueron similares con respecto a sexo, edad, raza, antecedentes vinculados al embarazo, al parto o a la etapa perinatal. Una mayor proporción de niños del primer grupo eran producto de primera gestación (40.2% vs 33.1%), nacidos por cesárea (39.1% vs 28.8%) y prematuros (10.3% vs 4.2%), aunque ninguna de estas variables fue significativa. Los niños con DA no presentaron más hospitalizaciones previas ni mayor número de hermanos con las mismas dificultades. El nivel de educación materno fue similar en ambos grupos.

La proporción de niños que recibió pecho materno fue similar entre niños con y sin dificultades alimentarias, así como la duración de la lactancia. En ambos grupos fue similar la edad de introducción de otros alimentos lácteos. La proporción de niños que iniciaron la ablactación antes o después de los 6 meses fue similar. Entre los niños con dificultades alimentarias una mayor proporción recibía un litro o más de leche al día ($p<0,05$). Los hábitos alimentarios para ambos grupos de niños se detallan en la tabla 1.

La comparación del estado nutricional entre niños con y sin dificultades alimentarias evidenció desnutrición aguda

en 2.3 y 0.8%; sobrepeso en 12.6 y 17.8%; obesidad en 1.1 y 1.1%; talla baja en 18.4 y 10.2%. En ninguno de los casos la diferencia fue significativa.

DISCUSIÓN

El rechazo del alimento en niños pequeños es un problema prevalente, constituyendo motivo de consulta frecuente en la práctica pediátrica, representando hasta 12% de las consultas en niños de 1 a 4 años¹³. Debe diferenciarse de la anorexia aguda la que acompaña las enfermedades intercurrentes (14, 16).

La prevalencia de las DA es variable, sobre todo por uso de diferentes denominaciones. En este estudio se consideró como tal la percepción de los cuidadores de que el niño no comía adecuadamente (1). También influyen las diferencias en la población de niños considerada (1, 8, 13). En Reino Unido un estudio reportó una prevalencia de 40%, en edades cercanas a los 15 meses. En Nueva Zelanda, se diagnosticó que 24% de los niños de 2 años presentaban este padecimiento, el que se prolongaba hasta los 4 años en 17% (13). La prevalencia es tan elevada y está tan extendido geográficamente que se podría interpretar como una característica propia de niños sanos menores de 2 años (13). La prevalencia encontrada en este estudio es semejante a la de países desarrollados.

Los tipos de DA más frecuentes en este grupo de pacientes fueron "no comer determinados alimentos" y "demorar demasiado para comer". La bibliografía plantea que predominan niños catalogados por sus padres como "sin hambre a la hora de comer", "que comen escasa cantidad" y "caprichosos o selectivos" (13). Un porcentaje importante demoraba demasiado para comer, hábito que podría corregirse con relativa facilidad. El niño debería comenzar a comer en los 15 minutos que siguen al ofrecimiento de la comida y terminar 20 minutos después.

TABLA 1

Dificultades en la alimentación en niños sanos de 1 a 5 años. Hábitos alimentarios.

Variable	Niños con dificultades en la alimentación (n=87)	Niños sin dificultades en la alimentación (n=118)	P	OR I C 95%
No alimentados por su madre: n (%)	9 (10,3)	3 (2,5)	<0,05*	4,42 (1,16-16,86)
Comían en su casa: n (%)	85 (97,7)	118 (100)	NS*	0,00 (0,00-2,55)
No tenían su lugar para comer: n (%)	24 (27,6)	21 (17,8)	NS*	1,75 (0,90-3,43)
Presencia de distractores: n (%)	80 (91,9)	92 (77,8)	<0,05*	3,23 (1,33-7,84)
TV durante la comida: n (%)	73 (83,9)	78 (66,1)	<0,05*	2,66 (1,35-5,43)
Recibían premios por comer: n (%)	61 (70,1)	31 (26,3)	<0,05*	6,51 (3,54-12,23)
Recibían castigos por no comer: n (%)	68 (78,2)	35 (29,7)	<0,05*	8,49 (4,44-16,28)
Presentaban dificultades en sitios no habituales de alimentación: n (%)	53 (62,4)	20 (16,9)	<0,05*	8,12 (4,22-15,65)

*Chi cuadrado. (OR: odds ratio; IC: intervalo de confianza; NS: no significativo)

El adulto debería retirar la comida si el niño no comienza o no termina en un plazo de tiempo razonable (1).

Las DA son propias de niños pequeños¹⁷. En este estudio los más afectados fueron los menores de 2 años. A los 15 meses empieza una etapa de "anorexia fisiológica" la que coincide con un enlentecimiento en el crecimiento, el que se mantiene durante la etapa preescolar (13). Algunos autores refieren que es habitual que los niños coman menos hasta los 2 años¹⁵ y reconocen la presencia de dificultades si persiste luego de esta edad (18).

Fue mayor el porcentaje de niños con DA entre los asistidos en el sector público de salud. Podría evidenciar una relación entre nivel socioeconómico y dificultades alimentarias. Osorio describió hábitos alimentarios en grupos de diversos estratos socioeconómicos de Buenos Aires, y refiere que en familias provenientes de grupos menos pudientes se promueve la ingesta de alimentos baratos, abundantes, que sacian fácilmente, ya que se percibe como saludable al niño con tendencia a la obesidad, y la madre es valorada positivamente en la medida que cría un hijo con sobrepeso. Esto llevaría a que percibieran como adecuado comer porciones abundantes, en comparación con grupos de mayores ingresos, que incorporan tempranamente la necesidad que consumir alimentos sanos, que favorezcan una figura corporal más estilizada (12). No se encontró diferencia en el nivel educacional materno, el cual podría ser considerado un factor protector hacia el desarrollo del trastorno (19).

La presencia de patología previa puede condicionar la ingesta de alimentos en niños pequeños, por estar relacionada a experiencias pasadas que determinen temor para alimentarse (1, 15). Estos antecedentes también pueden generar miedos y ansiedades en los adultos, causando la percepción errónea de que el niño no come adecuadamente. En el presente estudio no se identificaron diferencias en los antecedentes perinatales ni personales. La proporción de madres primigestas fue mayor entre los portadores de dificultades en la alimentación, dato que podría evidenciar la presencia de ciertos miedos, determinados por la inseguridad del primer hijo. El porcentaje de prematuridad fue más elevado en niños con dificultades en la alimentación. Niños prematuros y con bajo peso al nacer tienen mayor riesgo de desarrollar trastornos en la alimentación, sobre todo por la presencia de patologías o tratamientos recibidos (18).

No se encontró diferencias entre niños con y sin DA con respecto a los antecedentes alimentarios. Un estudio longitudinal realizado en niños de 4-6 meses evidenció que los lactantes alimentados con leche materna aceptaban más vegetales que los alimentados con fórmulas. Se plantea que el niño, a través del pecho materno se expone a diferentes sabores, provenientes de los alimentos que ingiere la madre, que luego reconoce y acepta más fácilmente (12). La edad de introducción de alimentación complementaria no se asoció al desarrollo de DA. En el primer año de vida existe un período crítico para la introducción de alimentos sólidos; su retraso puede determinar hábitos indeseados con respecto a la comida, como rechazo por determinados gustos o texturas (20, 21).

El recibir más de un litro de leche al día se asoció significativamente a presentar DA. Esta conducta no está de acuerdo con las recomendaciones de buenas prácticas de alimentación, determina una ingesta calórica significativa, que puede causar saciedad y determinar rechazo por otros alimentos. Además el niño habituado a ingerir alimentos líquidos puede rechazar consistencias diferentes.

Entre los hábitos alimentarios, ser alimentado por la madre fue un factor protector del desarrollo de DA. En los

seres humanos las prácticas de alimentación, las preferencias y rechazos hacia determinados alimentos están fuertemente condicionados por el aprendizaje y las experiencias vividas en los primeros años (22). La madre tiene un rol fundamental en la educación y adquisición de pautas alimentarias del hijo (23). El niño desde muy temprano establece una íntima relación recíproca con ella. Esta relación de apego es determinante en la adquisición de su conducta alimentaria y del adecuado desarrollo posterior (12, 24).

No se demostró, en este grupo de pacientes, que otros hábitos alimentarios como comer en su casa, acompañado por su familia o tener lugar propio, se asociaran al desarrollo de DA. La alimentación debe ser un acto social, compartido con la familia, para que ocurra el aprendizaje de la conducta alimentaria (25).

Existen diversas estrategias erróneas empleadas a menudo por los padres para lograr que el niño ingiera alimentos: persuasión, distracción, soborno, amenazas, castigo, dar alimentos entre comidas o permitir que escoja el menú. Cuando se usan métodos de alimentación forzada, la hora de la comida se convierte en una situación de malestar y se crea un condicionamiento que puede desencadenar rechazo del alimento por parte del niño (1, 13-15). En este grupo de niños, la utilización de estrategias erróneas se asoció a la presencia de DA. Estos hábitos deben ser indagados por el pediatra en la consulta para su oportuna corrección.

Un factor muy frecuente, que favorece la DA, es la presencia de distractores a la hora de comer, como quedó demostrado en este grupo de pacientes. Uno de los distractores más habituales es la televisión (17).

Si bien no se encontraron diferencias significativas con respecto al estado nutricional entre niños con y sin DA, el porcentaje de desnutrición aguda y talla baja fue mayor entre los primeros. En Uruguay, según la última encuesta sobre estado nutricional en niños de 0-2 años en el 2011, la prevalencia de talla baja es 10,9%, cifra que ha ido en descenso desde el 2003, y que alcanza 12,8% en el sector de asistencia pública (21, 26). En el presente estudio, 18,4% de los niños con dificultades alimentarias presentó talla baja. Son múltiples las causas que la pueden explicar, siendo una de las más frecuentes las deficiencias nutricionales crónicas, de macro y/o micronutrientes. La ausencia de diferencia estadísticamente significativa impide afirmar la existencia de una relación causal entre dificultades alimentarias y el desarrollo de talla baja. En la bibliografía consultada no se encontró evidencia de que estos trastornos determinen alteraciones nutricionales en niños previamente sanos. Es importante tener en cuenta estos datos, ya que en la consulta pediátrica es frecuente que los padres de estos niños manifiesten preocupaciones por el crecimiento y el estado nutricional de sus hijos y soliciten fórmulas especiales y/o complementos nutricionales.

En el niño sano, de estatura menor a la media, el apetito puede ser menor, proporcional al tamaño corporal y a las necesidades nutricionales (1). Podría determinar menor ingesta de alimentos, que podría ser interpretada por los adultos como patológica. En estos casos se deberá tener especial cuidado ya que una ingesta excesiva puede determinar sobrepeso. Es recomendable entonces, la evaluación individualizada y profunda de cada paciente, para determinar las necesidades propias, minimizando al máximo el riesgo de repercusiones de la ingesta sobre el crecimiento y el estado nutricional.

Conclusiones. Los resultados de este estudio determinaron que la prevalencia de DA en el grupo de niños evaluados fue alta. El desarrollo de las mismas se relacionó, sobre todo a

la presencia de hábitos incorrectos en la técnica que utilizaban los adultos para proveer alimentos. En estos niños se encontraron cifras más altas que en la población general de alteraciones en el crecimiento y el estado nutricional. Es muy importante evaluar en cada consulta, en forma individual y exhaustiva, los hábitos alimentarios, para corregir las alteraciones que puedan llevar al desarrollo de estos trastornos, en una edad de la vida caracterizada por importante vulnerabilidad con respecto a carencias nutricionales y en la cual se adquieren hábitos de buena salud.

RESUMEN

Introducción: Se denomina dificultad alimentaria a la percepción de que el niño no se alimenta adecuadamente. Es una preocupación frecuente de los cuidadores de niños pequeños. **Objetivo:** definir las características de niños entre 1 y 5 años, usuarios de instituciones públicas y privadas de Montevideo, con dificultades alimentarias, e identificar variables asociadas. **Sujetos y métodos:** Se incluyeron en el estudio niños sanos entre 1 y 5 años de edad. Se interrogó si presentaban dificultad alimentaria. Se registraron los antecedentes personales, características de la alimentación y estado nutricional. Se compararon estas variables entre niños con y sin dificultades alimentarias. **Resultados:** Se incluyeron 205 niños; 42,4% presentaba dificultades alimentarias. Estos niños no presentaban más antecedentes patológicos, ni alteraciones del estado nutricional, tenían más distractores durante la comida, recibían más premios y castigos por alimentarse y eran alimentados por sus madres en una mayor proporción. **Conclusiones:** La prevalencia de dificultades en la alimentación fue similar a la reportada en otros estudios. Se detectaron como factores de asociación determinadas características del ambiente donde se desarrollaba la comida y de la conducta del adulto responsable.

Palabras clave: dificultades en la alimentación; conducta alimentaria; rechazo del alimento; niños sanos; malnutrición.

BIBLIOGRAFÍA

- Kerzner B. *Clinical investigation of feeding difficulties in young children: a practical approach*. Clin Petiatr. 2009; 48 (9): 960-65.
- Chatoor I. *Feeding disorders in infants and toddlers: diagnosis and treatment*. Child and Adolesc Psychiatric Clin N A. 2002;11: 163.
- Williams K, Field D, Selverling L. *Food refusal in children: A review of the literatura*. Res Develop Disabillties 2010; 31: 625-33.
- Manikam R, Perman J. *Pediatric feeding disorders* J Clin Gastroenterol. 2000; 30: 34-46.
- Burklow K, Phelps A, Schultz J, McConnell K Colin R. *Classifying Complex Pediatric Feeding Disorders*. J PGN. 1998; 27(2):143-47.
- Nicholls D; Bryant-Waugh R. *Eating disorders of infancy and childhood: definition, symptomatology, epidemiology and comorbidity*. Child Adoles Psychiatric Clin N Am. 2009;18: 17-30.
- Satter E. *The feeding relationship: problems and interventions*. J Pediatr. 1990; 117: S181-9.
- Chatoor I. *Feeding disorders and eating disorders of infancy and early childhood*. In: Weiner JM, Dulcan MK, eds. *Textbook of Child and Adolescent Psychiatry*. Arlynton, VA: Am Psych Publishing Inc; 2004, pp: 639-52.
- Udall N. *Infant Feeding: Initiation, Problems, Approaches*. Curr Probl Pediatr Adolesc Health Care 2007; 37: 374-99.
- Fernandez JM, Sedin C, Herrera P, Perez P, Lozano C. *"Doctor, the child does not eat"*. Aten Primaria 1997; 20 (10): 554-6.
- Wright CM, Parkinson KN, Shipton D, Drewett R. *How Do toddler eating problems relate to their eating behavior, food preferences and growth?* Pediatric 2007;120:1069-75.
- Osorio J, Weisstaub G, Castillo C. *Development of eating behavior in childhood and its alterations*. Rev Chil Nutr. 2002; 29: 280-5.
- Pérez García I, Alberola S y Cano A. *Food refusal in young child*. An Pediatr Contin. 2010; 8 (1): 10-6.
- Vitoria Miñana I, Dalmau Serra J. *The child who does not eat. Etiopathogenesis and management*. Pediatr Integral 2003; VII (5): 331-9.
- Kerzner B. *A Practical Approach to Classifying and Managing Feeding Difficulties*. Clin Petiatr. 2015; 135 (2): 344-53.
- Lambruschini N. *The child who does not eat*. In: Sociedad Pediatría de Madrid y Castilla la Marcha y Comité de Nutrición de la AEP, editores. *Manual práctico de nutrición en pediatría*. Madrid: Ergón; 2007.
- Steinberg C. *Feeding disorders of infants, toddlers and preschoolers*. BCM J. 2007; 49 (4): 183-186.
- Rommel N, De Meyer AM, Feenstra L, Veereman-Wauters G. *The complexity of feeding problems in 700 infants and young children presenting to a tertiary care institution*. JPGN 2003; 37: 75-84.
- Chatoor I, Surlis J, Ganiban J, Beker L, Mc Wade Paez L, Kerzner B. *Failure to Thrive and Cognitive Development in Toddlers With Infantile Anorexia*. Pediatrics 2004; 113: e440-e447.
- Harris G. *Development of taste and food preferences in children*. Curr Opin Clin Nutr Metab Care 2008; 11: 315-19.
- Northstone K, Emmett P, Nethersole F. *The effect of age of introduction to lumpy solids on foods eaten and reported feeding difficulties at 6 and 15 months*. J Hum Nutr Diet 2001; 14: 43-54.
- Powell FC, Farrow CV, Meyer C. *Food avoidance in children. The influence of maternal feeding practices and behaviors*. Appetite 2011; 57(3): 683-92.
- Stein A, Stein J, Walters E and Fairburn C. *Eating habits and attitudes among mothers of children with feeding disorders*. BMJ 1995; 310 (6974): 228.
- Feldman R, Keren M; Gorss-Rozval O, Tyano S. *Mother-child touch patterns in infant feeding disorders: relation to maternal, child, and environmental factors*. J Ame Academy Child Adolescent Psych. 2004; 43 (9): 1089-97.
- Velasco CA. *Childcare infant feeding*. Rev Gastrohnap. 2012; 14 (3): 134-41.
- Moratorio X. *Survey on nutritional status, feeding practice and anemia in children aged 0-2 years*. MSP-UNICEF dic 2013.