

# Trastornos de la alimentación pediátricos

Cómo citar este documento:

**Vancouver:** Col·legi de Logopedes de Catalunya. Trastornos de la alimentación pediátricos. En: Col·legi de Logopedes de Catalunya. Declaración de posicionamientos y buenas prácticas en el ejercicio profesional de la logopedia. Barcelona: CLC; 2025. p. 382-405.  
Disponible en: <https://www.clc.cat>

**APA:** Col·legi de Logopedes de Catalunya. (2025). Trastornos de la alimentación pediátricos. En *Declaración de posicionamientos y buenas prácticas en el ejercicio profesional de la logopedia* (pp. 382-405). Col·legi de Logopedes de Catalunya.  
<https://www.clc.cat>

Barcelona, octubre de 2025.

## **Directrices**

- 1 El logopeda es el profesional sanitario competente para evaluar, diagnosticar, intervenir y llevar a cabo el mantenimiento de los trastornos de la alimentación pediátrica, especialmente cuando hay alteraciones de la deglución o del desarrollo de las habilidades alimentarias.**
- 2 El CLC impulsa la investigación sobre la prevalencia, el impacto funcional, la evaluación y la intervención en los trastornos de la alimentación pediátrica, y promueve la creación de instrumentos adaptados al contexto lingüístico y cultural en catalán y castellano.**
- 3 El CLC defiende un abordaje interdisciplinario y especializado, coordinado con profesionales de la medicina, la psicología, la nutrición y la logopedia, para garantizar una intervención integral basada en la evidencia.**

# ¿Qué es?

## Definición

El trastorno de la alimentación pediátrico (TAP) se define como la dificultad o el rechazo persistente para lograr una ingesta oral adecuada para la edad, asociado a alteraciones médicas, nutricionales, disfunciones en las habilidades sensoriomotoras de alimentación (como el manejo de utensilios o la selectividad a determinadas texturas) o a factores psicosociales. El TAP no causa disfagia; sin embargo, la disfagia puede ser un factor de riesgo de TAP a causa de la privación de alimentos, experiencias orales traumáticas y prácticas yatrogénicas.

Se entienden por trastornos de la alimentación infantil aquellas alteraciones en el comportamiento relacionado con la alimentación que afectan a niños y niñas de entre 0 y 6 años, con una mayor prevalencia entre los 0 y 3 años. Estas alteraciones pueden comprometer el desarrollo nutricional, sensoriomotor, emocional y relacional del niño y, en muchos casos, implican también a las figuras parentales o cuidadoras, en tanto que son agentes clave en el proceso de alimentación.

La negativa a comer constituye una de las manifestaciones clínicas más frecuentes durante esta etapa del desarrollo y debe considerarse un signo de alerta. Su detección precoz resulta fundamental para evitar la cronificación de patrones disfuncionales y la evolución hacia trastornos alimentarios de mayor complejidad.

El análisis de estas conductas requiere una evaluación multidimensional de los factores implicados. Entre las causas más comunes se encuentran el malestar físico asociado a la ingesta, dificultades en las habilidades sensoriomotoras orales o la presencia de experiencias previas negativas vinculadas al acto de comer. En todos los casos, es esencial realizar una intervención basada en la evidencia y centrada en el entorno familiar del niño.

Hace una década, los trastornos de la alimentación en la infancia se clasificaban habitualmente en dos categorías diagnósticas: de etiología orgánica (vinculados a enfermedades subyacentes) y de etiología no orgánica (atribuidos a factores conductuales o psicosociales) (Rybak, 2015). Esta dicotomía fue revisada y ampliada en el documento de consenso elaborado por Goday et al. (2019), que propone un enfoque más integrador y multifactorial. En la actualidad, sigue existiendo debate en torno a la delimitación nosológica y clínica entre el trastorno por evitación/restricción de la ingesta de alimentos (ARFID, acrónimo del inglés Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder, TERIA en español) y el trastorno de la alimentación pediátrico (FPD por sus siglas en inglés, TAP en español), especialmente en relación con los criterios diagnósticos y los solapamientos sintomáticos.

La terminología utilizada con mayor frecuencia en la literatura científica en este ámbito incluye conceptos que es imprescindible conocer y manejar en la práctica clínica logopédica:

- **Neofobia:** rechazo de alimentos nuevos o desconocidos que se resuelve con la exposición repetida y positiva al alimento. Es común alrededor de los 24 meses y no debe confundirse con la selectividad alimentaria.
- **Dificultad de alimentación:** sugiere que hay un problema de alimentación de algún tipo, desde la malinterpretación de los padres a verdaderos trastornos.
- **Trastorno por evitación/restricción de la ingesta de alimentos:** engloba cualquier rechazo lo suficientemente grave para ocasionar un problema nutricional o socioemocional tanto en el niño como en los cuidadores y que precisará tratamiento (ARFID/TERIA), incluido en el DSM-5 desde 2013.
- **Trastorno de alimentación en el niño (PFD, acrónimo del inglés Pediatric Feeding Disorders):** término más amplio que el anterior, ya definido anteriormente.

El CLC considera que, en línea con los posicionamientos de la American Speech-Language-Hearing Association (ASHA), la acción de los logopedas debe centrarse en este último trastorno y colaborar con otros profesionales para el abordaje de las alteraciones de la alimentación de orden más psicológico.

## Signos clínicos

Podemos destacar diversos signos relacionados con el TAP:

- Alimentación de biberón o lactancia materna prolongada.
- Alimentación nocturna.
- Alteración del procesamiento sensorial oral.
- Almacenamiento de comida o líquidos en la boca.
- Comidas desestructuradas.
- Déficit en las habilidades oromotoras.
- Dificultad en la introducción de texturas de alimentos.
- Distracciones durante la ingesta.
- Falta de alimentación independiente.
- Ingesta poco variada (menos de 15 alimentos).
- Masticación excesiva.
- Poco o nulo aumento de peso durante 2 o 3 meses seguidos.
- Preferencia por los líquidos en detrimento de alimentos sólidos.
- Rechazo a la ingesta durante más de un mes.
- Tiempo de comida estresante.
- Tiempos de comida prolongados.

Algunos comportamientos pueden considerarse signos de alarma:

- Fijación por un número limitado de alimentos (selectivo, limitaciones dietéticas extremas).
- Alimentación forzada (persección, persuasión, recompensas).
- Cese brusco de alimentación después de un evento desencadenante.
- Náuseas anticipatorias.

En presencia de los siguientes síntomas, se deberá sospechar alguna enfermedad orgánica de base que, a su vez, puede coexistir con un trastorno de la alimentación pediátrico:

- Disfagia.
- Incoordinación en la deglución sugerida por tos, atragantamientos o neumonía recurrentes.
- Retraso en el desarrollo y crecimiento.
- Alimentación interrumpida por dolor.
- Regurgitación o vómitos crónicos.
- Diarrea o sangre en las heces.
- Anomalías del desarrollo neurológico.
- Dermatitis atópica y eczema.
- Relación del cuadro con el inicio de un determinado alimento.
- Cambio de carácter.

Estos signos se pueden asociar a características específicas de los alimentos líquidos y sólidos como su sabor, temperatura, tamaño del bolo, viscosidad, textura o apariencia.

La diversidad de manifestaciones que puede presentar un niño con TAP pueden agruparse alrededor de dos perfiles de alteraciones del procesamiento sensorial.

- El bajo registro sensorial se manifiesta comúnmente como una escasa percepción de los alimentos dentro de la cavidad oral. Esto puede incluir dificultades para formar adecuadamente el bolo alimenticio, pérdida de comida fuera de la boca, preferencia por bolos de gran tamaño, o rechazo de líquidos y alimentos que no ofrecen suficiente estimulación sensorial. Los niños con este perfil tienden a buscar experiencias sensoriales más intensas, muestran preferencia por sabores fuertes, temperaturas extremas o texturas marcadas y, con frecuencia, llevan objetos a la boca para satisfacer esta necesidad.
- La hipersensibilidad oral se presenta a menudo en forma de preferencia por ciertas texturas o tamaños específicos del bolo, masticación prolongada y una dieta muy limitada. Estos niños suelen inclinarse por sabores suaves como los de la mermelada, texturas granuladas finas, porciones pequeñas de alimento y temperaturas neutras. También pueden preferir alimentos duros que les permitan masticar más intensamente como una forma de autorregulación sensorial.

## Codificación CIE-11

Código	Concepto
DD90.1	Trastorno funcional de la deglución
6B8Z	Trastornos del comportamiento alimentario, sin especificación
KD32	Problemas en la ingesta de alimentos en el recién nacido
KD32.0	Lentitud en la ingesta de alimentos del neonato
KD32.1	Hipoalimentación del recién nacido
KD32.2	Hiperalimentación del recién nacido
KD32.3	Dificultad neonatal en la lactancia materna
KD32.4	Insuficiencia en el desarrollo del neonato
KD32.Y	Otros problemas especificados en la ingesta de alimentos en el recién nacido
KD32.Z	Problemas en la ingesta de alimentos en el recién nacido, sin especificación
MB29.0	Alimentación selectiva o restringida
MG43.3	Dificultades de la alimentación
MG43.30	Problema con la alimentación del lactante
MG43.31	Problema de alimentación del niño
MG43.32	Problema con la alimentación del adulto
MG43.3Z	Dificultades de la alimentación, sin especificación

## Causas

De acuerdo con las aportaciones de la Sociedad Española de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica, las alteraciones en el funcionamiento del tracto gastrointestinal superior están relacionadas con el TAP. Este puede originarse principalmente por problemas gastrointestinales, aunque también puede deberse a enfermedades respiratorias. Las disfunciones en las estructuras orofaríngeas y laringeas afectan a la mecánica normal de la alimentación y dificultan el desarrollo natural de las habilidades alimentarias. Cuando el acto de comer provoca dolor o malestar, el niño tiende a rechazar los alimentos y, como respuesta, los cuidadores pueden recurrir a métodos coercitivos para asegurar la ingesta nutricional. Asimismo, las afecciones inflamatorias del tracto gastrointestinal superior pueden interferir en una alimentación adecuada.

Aunque no hay suficiente evidencia concluyente que relacione de forma directa la enfermedad por reflujo gastroesofágico con el TAP, sí se ha identificado una conexión más clara entre este trastorno alimentario y la esofagitis eosinofílica. Los problemas de motilidad y las alteraciones funcionales del sistema digestivo también pueden dificultar la alimentación, especialmente en casos como la atresia esofágica corregida, cirugías como la fundoplicatura o en la intolerancia al volumen alimenticio, incluso sin diagnóstico de gastroparesia, en niños con enfermedades complejas. Además, quienes han recibido

nutrición enteral durante largos períodos pueden volverse dependientes de la sonda, aun cuando ya no sea necesaria desde el punto de vista clínico, pero continúan sin poder alimentarse por vía oral.

Los menores con cardiopatías congénitas a menudo requieren estancias hospitalarias prolongadas con cuidados intensivos, lo que puede retrasar el desarrollo de las habilidades relacionadas con la alimentación. Las intervenciones quirúrgicas cardíacas pueden provocar daño en el nervio laríngeo recurrente, que produce parálisis de la cuerda vocal izquierda y afecta a la protección de las vías respiratorias. En estos casos, tanto la hipoxia crónica como posibles lesiones del nervio vago pueden influir en la aparición de intolerancia alimentaria y vómitos.

Los niños con trastornos neurológicos presentan un riesgo elevado de desarrollar TAP, sobre todo a medida que crecen y sus necesidades nutricionales superan su capacidad para alimentarse adecuadamente. Los niños con retrasos motores o cognitivos severos suelen afrontar mayores dificultades para alimentarse. La disfagia de origen neurológico es común en la infancia, aunque también puede desarrollarse en etapas posteriores, por ejemplo, en niños con parálisis cerebral, lo que aumenta el riesgo de aspiración crónica, con consecuencias graves para la salud.

También se ha identificado una relación entre los trastornos del neurodesarrollo, especialmente el trastorno del espectro autista, y el TAP. Por último, algunos menores que no consumen suficientes calorías para un crecimiento adecuado podrían presentar alteraciones en las señales biológicas del hambre, lo que contribuye al desarrollo del TAP.

Algunos estudios apuntan también a una influencia genética en la predisposición a aceptar ciertos sabores.

## Epidemiología

Se desconocen datos específicos de la prevalencia e incidencia del TAP en nuestro entorno, pero en EE. UU. se estima una prevalencia entre el 2,7 % y el 4,4 % de la población infantil, que aumenta hasta el 43 % en los niños prematuros (hasta los 12 meses).

La incidencia de las dificultades en la alimentación en todo el mundo se estima sobre el 30 % de los niños con un desarrollo normal y alcanza el 80 % de los niños con dificultades de desarrollo. La prevalencia de aversiones es del 3,2 % en la población pediátrica. Entre un 14 % y un 50 % de los padres de niños con desarrollo normal consultan por esta misma razón.

El CLC aconseja a profesionales clínicos, investigadores y estudiantes que lleven a cabo estudios para conocer la prevalencia local en nuestro país del TAP por diferentes causas.

## Impacto en la vida de la persona

El TAP tiene implicaciones que podemos codificar en la CIF como alteraciones de funciones sensoriales relacionadas con la temperatura y otros estímulos (b270) y funciones relacionadas con la ingesta, como la succión (b5100), el mordisco (b5101), la masticación (b5102), la salivación (b5104) y la función de tragar (b5105). Las estructuras que se pueden

ver afectadas son la boca (s320), la laringe y la faringe (s330), además de las glándulas salivales (s510) y la estructura de la cabeza y la región del cuello (s710). La clasificación internacional de funcionalidad (por las siglas en inglés de ICF, *International Classification of Functioning, Disability and Health*) fue desarrollada por la OMS (2001) con el objetivo de ofrecer una perspectiva biopsicosocial de la salud. Proporciona un marco para abordar la discapacidad y el funcionamiento de una persona en su contexto y en su vida cotidiana.

La limitada variedad en la alimentación que suele observarse en niños con TAP puede tener efectos negativos sobre su estado nutricional. La eliminación completa de ciertos grupos de alimentos, como frutas y verduras, puede provocar deficiencias de micronutrientes, incluso si el consumo de macronutrientes es adecuado. Por otro lado, una ingesta excesiva de determinados alimentos, bebidas o suplementos puede llevar a un aporte elevado de micronutrientes, lo que en casos poco comunes podría causar toxicidad.

El CLC aconseja a profesionales clínicos, investigadores y estudiantes que efectúen estudios para crear conjuntos básicos de categorías de la CIF (Core Set) para la identificación de los elementos en los que incide el TAP.

## Gradación de severidad, consecuencias y soportes

### **Grado 0. Leve: requiere apoyo mínimo o puntual**

En este primer nivel, el niño presenta dificultades leves relacionadas con la alimentación, tales como selectividad limitada, rechazo ocasional de ciertos alimentos o preferencias marcadas por determinadas texturas. Estas dificultades no interfieren de forma significativa en el estado nutricional ni en el desarrollo ponderoestatural, y la autonomía durante las comidas suele estar preservada. Las estrategias de intervención suelen ser preventivas o de bajo impacto, centradas en el asesoramiento a las familias y la introducción de rutinas estructuradas. Las consecuencias funcionales de este nivel de afectación son poco relevantes en el contexto escolar o social.

### **Grado I. Moderado: requiere apoyo regular**

Este grado incluye a aquellos menores cuyas dificultades alimentarias son más consistentes y afectan de forma parcial a la calidad de la ingesta. Es frecuente observar una alimentación limitada a un número reducido de alimentos, dificultades leves de masticación o comportamientos evitativos ante nuevas propuestas alimentarias. La autonomía durante las comidas se encuentra comprometida y requiere supervisión o asistencia regular. La intervención logopédica y nutricional debe ser sistemática y, en muchos casos, es necesaria la coordinación con el entorno educativo. Las consecuencias pueden incluir un impacto moderado en la dinámica familiar, la socialización durante los momentos de comida y el bienestar emocional del niño.

## **Grado II. Grave: requiere apoyo sustancial**

En el tercer grado, el trastorno alimentario adquiere un carácter más severo, con una ingesta oral claramente insuficiente en cantidad o calidad para garantizar un desarrollo físico y nutricional adecuado. Suelen coexistir dificultades significativas en la masticación o la deglución, así como una fuerte aversión a la comida. El menor requiere asistencia directa durante las comidas y puede mostrar conductas de oposición o angustia ante la alimentación. La intervención requiere un abordaje multidisciplinar intensivo, que puede implicar la participación de logopédas, dietistas, pediatras y psicólogos. Las repercusiones se extienden al ámbito familiar, con elevados niveles de estrés, y a la participación escolar, con limitaciones funcionales notables.

## **Grado III. Muy grave: requiere apoyo intensivo**

En este grado, las dificultades en la alimentación oral son muy severas y pueden coexistir con riesgo nutricional grave o trastornos médicos asociados. El menor presenta una ingesta oral muy reducida o limitada exclusivamente a ciertas consistencias o volúmenes. Es común la utilización parcial de vías alternativas de alimentación, como la sonda nasogástrica o la suplementación nutricional. La autonomía está prácticamente ausente y las comidas suelen requerir una alta estructuración y vigilancia. La intervención sanitaria y logopédica es intensiva, con un seguimiento estrecho en contextos clínicos y domiciliarios. Las consecuencias funcionales son altamente significativas y afectan de forma directa a la salud general, la escolarización y la calidad de vida familiar.

## **Grado IV. Extrema complejidad: requiere apoyo total y especializado**

El grado más severo se reduce a los casos en los que la ingesta oral está completamente ausente o supone un riesgo vital. Los menores en este grupo dependen totalmente de la alimentación enteral (gastrostomía u otros métodos) y suelen presentar comorbilidades neurológicas, médicas o del desarrollo que complican aún más el abordaje clínico. La participación en contextos alimentarios convencionales es nula, y las manifestaciones clínicas incluyen disfagia grave, hipersensibilidad oral extrema o rechazo total de cualquier forma de alimentación por vía oral. La intervención debe ser altamente especializada y sostenida en el tiempo, implica a equipos interdisciplinares y dispositivos de atención sanitaria avanzada. Las consecuencias funcionales son graves, con una elevada dependencia, restricciones sociales importantes y un impacto profundo en la dinámica y salud emocional del entorno familiar.

# Rol del logopeda

Los logopedas son los profesionales competentes para la realización de los tratamientos preventivos, diagnóstico clínico, rehabilitadores y de mantenimiento en ciertos trastornos de la alimentación, como el TAP y la deglución. En la Orden CIN/726/2009, donde se establecen los requisitos mínimos para la verificación de los títulos que habilitan para el ejercicio de la profesión de logopeda queda patente que los logopedas graduados conocen las bases anatomofisiológicas de la deglución, sus trastornos y las técnicas e instrumentos para su diagnóstico logopédico y las estrategias terapéuticas. Esta visión la comparten los documentos de perfil profesional, que declaran que la logopedia tiene como finalidad mejorar las calidades alteradas de la deglución. El logopeda también es el especialista en comunicación y lenguaje. Los niños con selectividad alimentaria desconocen una amplia gama de alimentos y tampoco saben expresar qué características o propiedades les resultan desagradables o les provocan temor. Esta atribución se desprende del artículo 7.2f de la LOPS, que afirma que los logopedas desarrollan las actividades de prevención, evaluación y tratamiento de los trastornos de la comunicación, mediante técnicas terapéuticas propias de su disciplina.

Tal como indica el Código Deontológico Profesional, los logopedas tienen que ejercer su profesión con competencia, por lo tanto, los profesionales que atienden a esta población deben estar adecuadamente formados para hacerlo. El abordaje de trastornos alimentarios que implican rechazo de alimentos o comportamientos altamente selectivos requiere una intervención de alta especialización por parte del logopeda. Esta intervención requiere competencias que, si bien se fundamentan en la formación del grado, es aconsejable que sean ampliadas mediante formación específica y continuada. Esta especialización abarca múltiples dimensiones: el conocimiento detallado de la función alimentaria, incluyendo la anatomía y fisiología implicadas en la deglución y el funcionamiento de las vías aéreas superiores e inferiores; la comprensión del desarrollo progresivo de las habilidades alimentarias, y la familiaridad con diferentes poblaciones y contextos clínicos, como la prematuridad, los trastornos neurológicos, las cardiopatías, las enfermedades respiratorias, las condiciones del espectro autista, las alteraciones gastrointestinales o las dificultades en el procesamiento sensorial. Asimismo, resulta recomendable el dominio de métodos alternativos de alimentación y un enfoque que contemple tanto los factores del desarrollo como las dimensiones culturales, emocionales y sociales que inciden en la conducta alimentaria del niño.

Siempre que sea posible, el logopeda debe aplicar técnicas y tratamientos respaldados por la evidencia científica con eficacia para el trastorno específico del paciente y debe ser responsable de actualizar sus conocimientos y fuentes de información. Asimismo, debe ser competente para discriminar los casos que responden a un perfil de trastorno por evitación o restricción de la ingesta de alimentos (TERIA),

reconociendo los límites de su actuación profesional y promoviendo, cuando sea necesario, un abordaje interdisciplinar coordinado con profesionales de los ámbitos de psicología, nutrición y medicina.

## Orientación interdisciplinaria

Los trastornos de la alimentación infantil presentan una elevada complejidad e implican un amplio espectro de síntomas fisiológicos, conductuales, ambientales y psicosociales que interactúan entre sí. Ante esta complejidad, se requiere un enfoque interdisciplinario que permita una comprensión integral del niño y de su trastorno, así como una intervención coordinada y ajustada a sus necesidades específicas.

La composición del equipo y el grado de implicación de cada profesional dependerá del perfil clínico del caso y del momento evolutivo del proceso. En general, se recomienda la participación de un médico pediatra y, si procede, un médico gastroenterólogo, un dietista-nutricionista, un psicólogo clínico, un terapeuta ocupacional y un logopeda, cada uno desde su ámbito competencial y con los procedimientos propios de su disciplina.

# Diagnóstico logopédico

## Información mínima necesaria del derivador

En el contexto de la atención hospitalaria y extrahospitalaria, el usuario puede ser derivado al servicio de logopedia por varios médicos: digestivo, neurólogo, foniatra, otorrinolaringólogo o el médico de familia. En la derivación será necesario que se aporte información relativa a:

- Resultados del estudio realizado (videofluoroscopia, videoendoscopia de la deglución, etc.) con el acceso a las fuentes primarias (imágenes, audios, gráficas, etc.).
- Orientación diagnóstica con información de las estructuras e hipótesis del impacto en la funcionalidad.
- Tiempo de evolución de la clínica y repercusión en las actividades de la vida diaria del paciente y su familia.
- Pruebas complementarias relacionadas realizadas, resultado, interpretación y fecha de realización (como analíticas de sangre).
- Repercusión de la clínica en el ámbito social.
- Tratamientos relacionados realizados, tanto farmacológicos, como rehabilitadores o quirúrgicos, con fecha de realización.

## Exploración clínica

El CLC orienta a los profesionales de la práctica clínica a evaluar los siguientes elementos del trastorno de la alimentación.

De acuerdo con la CIF, se realiza una evaluación integral para identificar y describir:

- Deficiencias en la estructura y las funciones corporales, incluidas las relacionadas con la deglución y la función de las vías respiratorias laringeas.
- Limitaciones en la actividad y la participación, incluidas las interacciones sociales y factores contextuales (ambientales y personales) que sirven de barrera o facilitadores del éxito de la comunicación y la participación en la vida.
- El impacto de la deglución y la alimentación en la calidad de vida, incluido el impacto de las limitaciones en los roles sociales del individuo dentro de su comunidad.

## **1 / Evaluación de la estructura y las funciones corporales**

Se debe realizar una historia clínica precisa que permita averiguar los factores desencadenantes y mantenedores del trastorno de alimentación. No menos importante es recoger el grado de preocupación de los padres, porque repercute directamente en la dinámica de la ingesta diaria.

### **Historia clínica**

- Motivo de consulta y grado de preocupación de los padres. Opinión del pediatra.
- Antecedentes clínicos que pudieran justificar el trastorno de alimentación. Tratamientos recibidos.
- Pruebas diagnósticas y resultados.
- Datos del desarrollo global (motor, comunicación y lenguaje, cognición). El deterioro del funcionamiento sensorial oral inhibe/limita la aceptación y la tolerancia de los líquidos y las texturas de los alimentos esperadas para la edad.

Después se deberá realizar una exploración de la ingesta mediante vídeos aportados por la familia, que se completarán con la evaluación directa ante el logopeda, cuando el niño establezca una relación de confianza. Los padres deben traer alimentos de casa para que le resulten familiares.

### **Análisis de las grabaciones de situaciones cotidianas de alimentación**

- Entorno y ubicación: habitaciones, estímulos, distracciones, personas que lo acompañan.
- Instalaciones: trona, silla, de pie, paseando. Postura, estabilidad global.
- Características de los alimentos: selección y presentación. Respuestas sensoriales y motoras orales.
- Formas de administrar la comida: utensilios, platos, cantidades, velocidad.
- Componentes emocionales: estrategias para animar a comer, respuestas a la aceptación o rechazo.

## **Registro de alimentos**

El análisis de los alimentos que admite y rechaza el niño permite comprender las características que le agradan (generalmente crujientes, homogéneos, sabrosos o de sabores muy suaves) y los que no puede tolerar (texturas con grumos o mixtas son las más comunes).

## **Valoración miofuncional**

En la valoración miofuncional debemos tener en cuenta que, en el momento de publicación de este documento, no se dispone de un protocolo de exploración miofuncional diseñado específicamente para valorar los problemas de alimentación en población pediátrica. Se recomienda consultar el capítulo dedicado a las disfunciones orofaciales. Algunos instrumentos de evaluación son:

- Examen miofuncional orofacial - MBGR (Marchesan et al., 2011).
- Herramientas para la evaluación de disfunciones orofaciales del CLC (2013).
- Protocolo de evaluación en motricidad orofacial - PEMO (Susabar et al., 2014).

## **Observación de ingesta directa**

En la observación de ingesta se deberá evaluar:

- Observación del entorno: motivación, contexto, distractores...
- Observación del paciente: postura, habilidades motoras, aspectos cognitivos y sensoriales, coordinación succión-deglución-respiración, masticación...
- Observación del alimento: presentación del plato, textura, tamaño del alimento, preferencia de texturas...

Algunas de las pruebas e instrumentos que los logopedas deben utilizar para valorar las funciones orales se pueden considerar que invaden el cuerpo del paciente (como espejos, depresores o los propios dedos). En el mismo sentido, tanto en la exploración como en el tratamiento, es usual utilizar alimentos que se ingieren en la consulta. Es necesario recordar que estas pruebas y procedimientos se deben realizar en consultas o centros sanitarios que puedan responder ante cualquier eventualidad que suponga un riesgo para el paciente.

El CLC aconseja a profesionales clínicos, investigadores y estudiantes que efectúen estudios de creación de instrumentos de evaluación en catalán y castellano del TAP.

## **2 / Evaluación de la participación, actividades y calidad de vida**

Los aspectos psicosociales que afectan tanto al niño como a sus cuidadores pueden desempeñar un papel relevante en la aparición de dificultades alimentarias. Estos factores suelen clasificarse en cuatro áreas principales: desarrollo, salud mental y conductual, entorno social y ambiente físico. Aunque cualquier alteración en uno de estos ámbitos puede desencadenar problemas en la alimentación, con frecuencia

el Trastorno de Alimentación Pediátrico (TAP) surge de la interacción entre varios o incluso todos estos dominios.

Los trastornos emocionales y conductuales, tanto en el niño como en sus cuidadores, pueden influir negativamente en su comportamiento alimentario. En el caso del niño, la presencia de un temperamento difícil, ansiedad, alteraciones del estado de ánimo o un pensamiento desorganizado pueden favorecer conductas alimentarias problemáticas. Por su parte, los cuidadores, que suelen afrontar múltiples demandas emocionales y prácticas, pueden experimentar niveles significativos de estrés o atravesar dificultades en su salud mental. Estas circunstancias pueden afectar a la calidad de las interacciones durante las comidas y reflejarse en estilos de crianza más controladores o, por el contrario, en una supervisión menos consistente. Esta dinámica tiene un carácter bidireccional, ya que tanto el comportamiento del niño como el del cuidador se influyen mutuamente en el contexto de la alimentación.

Para identificar posibles aversiones alimentarias, se utilizan herramientas específicas de evaluación, como el Cuestionario de Comportamiento Alimentario Infantil (CEBQ) y el Mealtime Behavior Questionnaire (MBQ) desarrollado por Berlin et al. en 2010.

Asimismo, la escala Feeding Impact Scales (Estrem et al., 2020) permite valorar cómo la alimentación del niño repercute en la vida emocional y práctica de los padres y en su entorno familiar.

### **3 / Evaluación del contexto**

Las entrevistas con el paciente y su entorno sirven para identificar las barreras contextuales y facilitadoras. Deben evaluarse los códigos CIF que pueden suponer factores facilitadores o dificultades, como pueden ser normas, costumbres e ideologías sociales y culturales (e465) y el uso de productos y tecnología para el consumo personal (e110).

Aunque no están diseñados para elaborar un diagnóstico, los cuestionarios para padres aportan información relevante para el logopeda. Entre ellos, destacan:

- Montreal Children's Hospital Feeding Scale (MCHFS) (Ramsay et al., 2011) es una escala para la detección de trastornos de la alimentación en niños entre 2 y 12 años.
- *Infant and Child Feeding Questionnaire (ICFQ)*. Desarrollado por el equipo de Feeding Matters® (s.f.). Disponible en <https://www.feedingmatters.org/wp-content/uploads/2021/11/Infant-Signs-of-PFD.pdf>
- PediEAT (Thoyre et al., 2014) está diseñada para detectar problemas de alimentación en niños de 6 meses a 7 años.
- ChOMPS (Pados et al., 2019) se utiliza para analizar las habilidades de alimentación y funciones relacionadas en niños de 6 meses a 7 años que están iniciando la ingesta de sólidos.

Las herramientas diseñadas por los expertos de Feeding Flock están disponibles en su web y son de acceso gratuito. Disponen de protocolos

tanto para lactantes como para niños hasta 7 años. Enlace: <https://feedingflockteam.org/the-feeding-flock-tools>

En esta evaluación del contexto, se debe considerar el papel y la importancia de la formación y las creencias de los padres en relación con conceptos básicos sobre la alimentación (macro- y micronutrientes, variedad en la dieta...). Del mismo modo, es necesario respetar las opciones culturales, que pueden estar relacionadas con la procedencia, la religión o los estilos de vida.

El CLC aconseja a profesionales clínicos, investigadores y estudiantes que realicen estudios para crear instrumentos de evaluación de las necesidades de la persona y su contexto en catalán y castellano.

## ¿A quién se dirige la intervención?

### Criterios para la indicación del tratamiento

En general, es tributario a la intervención cualquier usuario con dificultades para conseguir la ingesta oral apropiada para su edad y con posibles problemas médicos, nutricionales, destrezas inapropiadas en la alimentación (manejo de utensilios, texturas...) o problemas psicosociales. La intervención básica es la adaptación de la dieta a las posibilidades reales del niño y su ampliación a medida que avanza en las destrezas sensoriomotoras orales.

Deben considerarse tratamientos prioritarios los de aquellas personas que se estén alimentando mediante nutrición artificial como son la sonda nasogástrica (SNG) o gastrostomía endoscópica percutánea (GEP) y tengan pronóstico de mejora.

### Criterios para regular el tratamiento

Es importante regular la intensidad del tratamiento logopédico ante circunstancias que impidan o interfieran en la correcta evolución del proceso y en la mejora funcional del paciente. Concretamente, los pacientes que presenten:

- Falta de colaboración, rechazo a la terapia, incomparcencia al tratamiento o no cumplimiento de las pautas indicadas.
- Falta de responsabilidad del paciente o familiares en su proceso asistencial.
- Falta de niveles mínimos de alerta, conciencia, atención, cognición y colaboración para participar en una rehabilitación de la deglución.
- Pacientes que presentan trastornos de conducta que impiden el aprendizaje.
- Falta de apoyo sociofamiliar adecuado cuando este resulta imprescindible para el tratamiento.

- Circunstancias externas que impidan o interfieran en la correcta evolución del proceso y la mejora funcional del paciente.

Actuando en el marco de las decisiones compartidas, cuando la persona atendida o la familia no están de acuerdo con el proceso o las opciones terapéuticas propuestas, el logopeda puede optar por seguir acompañando en la decisión tomada o puede derivar a otro profesional. Encontrará más información en el Código deontológico del CLC.

## ¿Cómo intervenir?

### Objetivos

El objetivo principal es favorecer en el niño el deseo de comer y beber, porque la alimentación infantil solo nace de la motivación interna del niño, y no como respuesta al deseo del adulto.

Los objetivos se dividen en:

- **Habilidades:** mejorar, compensar o equilibrar las funciones y estructuras del sistema deglutorio, y favorecer las habilidades de autoalimentación.
- **Actividad:** minimizar los síntomas del TAP incluyendo las estrategias compensatorias aprendidas.
- **Participación:** permitir la participación según las circunstancias de cada individuo y sus preferencias. Desarrollar habilidades y confianza social, promover la independencia. Reducir el aislamiento y aumentar la integración social.
- **Bienestar:** maximizar la sensación de bienestar y la calidad de vida de las personas. Desarrollar estrategias de afrontamiento. Perder el miedo a probar nuevos alimentos.

### Intervenciones preventivas

La prevención del TAP parte del seguimiento de unas normas básicas en torno a la alimentación infantil:

- Anticipar las horas de las comidas.
- Comer junto a los niños siempre que sea posible.
- El ambiente durante las comidas debe ser tranquilo y agradable. Nunca se debe obligar al niño a comer, ni engañarlo ocultando ingredientes en los alimentos.
- Mantener una actitud neutral y dialogante: evitar forzar a comer, mostrar enfado o usar la comida como premio o castigo. Es fundamental que todos los cuidadores del niño mantengan la misma actitud.
- Evitar o minimizar elementos de distracción durante la comida.
- Establecer pautas alimentarias que favorezcan un adecuado reconocimiento de las sensaciones de hambre y saciedad: limitar

el tiempo de las comidas a 20-30 minutos, hacer un número de tomas adecuado a la edad, evitar picoteos e ingesta excesiva de líquidos entre tomas, servir cantidades de alimento apropiadas a la edad y al crecimiento del niño.

- Los padres elegirán el tipo de alimentación y los horarios, y se permitirá a los niños que elijan la cantidad.
- El patrón alimentario de los adultos responsables del niño debe constituir un modelo de referencia coherente, ya que el aprendizaje por imitación es clave en la adquisición de hábitos alimentarios en la infancia.
- La introducción de nuevos alimentos debe ser gradual y repetitiva (hasta 8-15 ocasiones) para lograr su aceptación. Muchos niños requieren cambios muy pequeños: un plato diferente, un nuevo corte, separar los ingredientes, un cambio en la temperatura...
- Se favorecerá el contacto de los niños con la comida a través de las manos, de forma que exploren nuevas texturas y alimentos. Se tolerará sin miedo que se manchen con la comida.
- Se favorecerá la autonomía del niño durante las comidas de forma progresiva.

## Intervenciones de mejora y rehabilitación

Las intervenciones en el TAP deben ser individualizadas, considerando factores médicos, quirúrgicos y nutricionales, así como la edad cronológica y del desarrollo, el contexto social y ambiental, y los aspectos psicológicos y conductuales del niño y su familia.

El CLC orienta a los profesionales de la práctica clínica a intervenir en los siguientes elementos:

### **Texturas y consistencias de los alimentos**

Efectuar ajustes en la viscosidad, textura, temperatura, tamaño de las porciones o sabor de los alimentos sólidos y líquidos para aumentar la seguridad y facilitar la deglución. Estas modificaciones pueden incluir el espesamiento de líquidos, el reblandecimiento o triturado de sólidos, o la alteración del sabor y temperatura para estimular la respuesta sensorial. Es fundamental que estas adaptaciones consideren tanto las necesidades nutricionales del niño como las preferencias individuales y familiares, y que estén guiadas por los hallazgos de las evaluaciones clínicas e instrumentales.

La introducción de nuevos alimentos debe realizarse de forma gradual y respetuosa, siguiendo el ritmo del niño y evitar forzarlo o presionarlo.

El enfoque Get Permission destaca la importancia de solicitar el consentimiento del niño antes de ofrecerle un alimento nuevo, permitiendo que explore, toque, huela y, si lo desea, pruebe el alimento, sin forzar su ingesta. Esto contribuye a crear un entorno seguro y positivo, que reduce la ansiedad y facilita la aceptación progresiva de nuevas texturas, sabores y temperaturas.

## **Utensilios para comer**

La utilización de utensilios específicos, como tetinas modificadas, vasos con recorte, cubiertos con peso o ángulo, platos seccionados, cuencos antideslizantes o pajitas dosificadas, puede favorecer la independencia en la alimentación y aumentar la seguridad en la deglución. El logopeda debe seleccionar y adaptar estos recursos en función de las implicaciones orales y faríngeas de cada caso.

## **Tratamientos oromotores y técnicas sensoriales**

La evidencia actual es limitada respecto al uso de ejercicios oromotores o técnicas sensoriales de forma aislada para tratar déficits sensoriales o disfunciones deglutorias en el TAP. Se recomienda priorizar la exposición frecuente y significativa a tareas funcionales de alimentación, como masticar alimentos reales, adaptando las características sensoriales del alimento (sabor, textura, temperatura y forma) para facilitar la adquisición de patrones motores adecuados como la masticación o la lateralización lingual.

La intervención logopédica debe incluir el entrenamiento específico de los movimientos orales implicados en la alimentación, como la movilidad de lengua, mejillas y mandíbula. Los movimientos a entrenar son: control de labios, movimientos de apertura y cierre mandibular, lateralización de la lengua y movimientos rotatorios de mandíbula y acción de los buccinadores.

Es fundamental adaptar la intervención a las dificultades específicas del niño, ya sea protrusión lingual, hipersensibilidad oral o reflejos patológicos, y utilizar ayudas físicas (por ejemplo, estabilizar la mandíbula o presionar suavemente el tejido blando hacia arriba) cuando sea necesario.

## **Estrategias de alimentación infantil**

### **Pacing**

Consiste en disminuir el ritmo de ingesta, controlando la presentación de los alimentos o líquidos y el tiempo entre bocados y tragos. Esto puede incluir alternar bocados con sorbos de líquido o limitar el número de succiones consecutivas en lactantes, para permitir más tiempo para tragar y respirar adecuadamente.

### **Alimentación responsiva**

Se basa en la interacción cuidadosa entre cuidador y niño, atendiendo a las señales de hambre y saciedad del niño y respetando su comunicación de manera recíproca y afectiva. Esta práctica fomenta la autonomía, la autorregulación y el desarrollo cognitivo, emocional y social, y favorece la preferencia por alimentos adecuados a la edad y el equilibrio nutricional.

### **Entrenamiento a cuidadores**

En niños con dificultades para seguir instrucciones verbales o no verbales, la intervención puede centrarse en la modificación del entorno

y la formación de los cuidadores para mejorar la seguridad y eficiencia de la alimentación diaria.

El tratamiento debe centrarse en garantizar el bienestar físico del niño, asegurando que las posibles patologías orgánicas de base no interfieran en su motivación intrínseca para comer. Paralelamente, es fundamental acompañar a la familia en la reducción del estrés asociado al momento de las comidas, promoviendo un entorno emocionalmente seguro.

### **Estabilidad postural**

La estabilidad postural es un requisito fundamental para una alimentación segura y eficiente. Es imprescindible asegurar una postura adecuada del niño durante las comidas: pies apoyados, caderas, rodillas y tobillos en ángulo recto, tronco erguido y cabeza alineada. El uso de sillas adaptadas, reposapiés y apoyos laterales puede ser necesario para lograr una posición estable, especialmente en niños con alteraciones motoras.

Una buena estabilidad postural facilita el control motor oral, reduce la fatiga y previene riesgos de aspiración. Además, permite que el niño utilice sus manos para manipular los alimentos y los utensilios de forma autónoma.

### **Vocabulario asociado a los alimentos desde experiencias directas de alimentación**

Los logopedas pueden estimular el lenguaje nombrando los alimentos, describiendo sus características sensoriales (dulce, salado, crujiente, blando, frío, caliente...), y comentando las acciones de comer, masticar, chupar, tragiar, etc., durante la propia actividad alimentaria.

Estas intervenciones favorecen la comprensión y expresión del vocabulario relacionado con la alimentación, enriquecen el entorno lingüístico y contribuyen a la motivación y participación activa del niño en el proceso de alimentación.

En todos los casos, la intervención debe ser dinámica y ajustarse continuamente según la evolución clínica, la respuesta del niño y las necesidades de la familia, integrando la evidencia científica, la experiencia clínica y las preferencias individuales para lograr los mejores resultados posibles.

El CLC aconseja a profesionales clínicos, investigadores y estudiantes que elaboren estudios sobre la intervención logopédica en los trastornos pediátricos de alimentación.

### **Intervenciones de mantenimiento de la función**

Entendemos que la alimentación cotidiana adecuada ejerce la función de mantenimiento de los progresos alcanzados en el tratamiento logopédico. Sin embargo, es necesario animar al paciente y a su entorno a estar atentos a la evolución de los síntomas para recuperar, si fuera necesario, algunos de los ejercicios y orientaciones que el logopeda recomienda.

El CLC aconseja a profesionales clínicos, investigadores y estudiantes que realicen estudios sobre la intervención de mantenimiento en los trastornos de la alimentación.

## Intervenciones en el entorno

Se entiende por intervención en el entorno el conjunto de actuaciones dirigidas a las personas significativas en la vida del paciente, lo que incluye tanto programas de orientación educativa como apoyos específicos a las familias y cuidadores. Esta intervención debe fundamentarse en la identificación previa de barreras y facilitadores del entorno que influyen en el desarrollo y bienestar del niño, con el objetivo de modificarlos de forma estratégica y funcional.

Es fundamental acompañar a las familias en el proceso de desmitificación del sentimiento de culpa o fracaso asociado a las dificultades del niño. Las intervenciones basadas en consejos aislados o pautas descontextualizadas han mostrado una eficacia limitada, dado que su implementación por parte de los progenitores suele ser escasa. Como alternativa, se promueve un enfoque centrado en el aprendizaje activo y el empoderamiento familiar, en el que los padres participan de manera reflexiva en el análisis de las estrategias utilizadas, identifican las que resultan más eficaces y exploran nuevas vías de acompañamiento a sus hijos. En este sentido, el abordaje logopédico de las dificultades alimentarias debe contemplar, de forma sistemática, la participación activa y continuada del entorno familiar.

El CLC aconseja a profesionales clínicos, investigadores y estudiantes que lleven a cabo estudios sobre la intervención en el entorno del TAP.

## Intervenciones no recomendadas

En el momento de la publicación de este documento no se conocen intervenciones no recomendadas por la literatura científica.

## Equipamiento

El CLC orienta a los profesionales de la práctica clínica sobre la necesidad de disponer del material instrumental adecuado para llevar a cabo tanto la evaluación como la intervención rehabilitadora. Entre los elementos habitualmente requeridos se incluyen guantes, depresores lingüales, espejos, dispositivos de estimulación vibratoria, vasos de distintos formatos y cubiertos adaptados o estandarizados.

Es fundamental tener en cuenta que el profesional no debe proporcionar alimentos al paciente que no hayan sido aportados por el propio paciente y su familia, o bien servidos por servicios de alimentación acreditados en centros sanitarios.

Resulta aconsejable contar con utensilios de cocina básicos, como cubiertos, platos, vasos, manteles y cuchillos adaptados para la infancia. Asimismo, pueden incorporarse otros materiales complementarios que favorecen la exploración y el descubrimiento de los alimentos, tales como lupa, colador, embudo, rallador, jarra, cuencos y tabla de cortar.

Los electrodomésticos recomendables son: frigorífico, microondas, batidora, crepera y hervidor de agua.

Para conseguir una aproximación respetuosa y lúdica a los alimentos, en muchos casos es necesario disponer de alimentos de juguete (madera, plástico, imágenes plastificadas, plastilina...). También ayuda el juego simbólico (cocinitas, restaurantes, utensilios de cocina, delantal de cocina, entre otros).

Es fundamental que los logopedas apliquen rigurosas medidas de higiene para garantizar la seguridad tanto de los pacientes como de ellos mismos. Estas medidas incluyen la desinfección regular del material y superficies de trabajo, el lavado de manos antes y después de cada sesión, el uso de utilaje desechable cuando sea posible y la ventilación adecuada de los espacios. Además, en casos que lo requieran, como en situaciones de riesgo de contagio, es importante utilizar mascarilla y guantes, y seguir los protocolos establecidos por las autoridades sanitarias. Estas prácticas son esenciales para prevenir infecciones y crear un entorno terapéutico seguro y de confianza.

En atención a los riesgos que puede tener la intervención logopédica en TAP, las intervenciones deben realizarse en entornos sanitarios seguros. Como herramientas de seguridad que no deben faltar cuando se trabaja en alimentación infantil, cabe destacar: ambú pediátrico, pinzas Magill y pulsioxímetro pediátrico.

## Información del alta

### Requisitos del alta

Para valorar el estado funcional del paciente en el momento del alta, se realiza una nueva evaluación con las mismas pruebas y escalas de la valoración inicial y se informa del resultado obtenido después del proceso de intervención.

Para esta valoración se tendrán en cuenta aspectos de funcionalidad, así como el criterio médico de estabilización y pronóstico, según comorbilidades presentes.

Se considera que el tratamiento puede finalizar cuando la evaluación integral informa que el estado del paciente ha mejorado en su grado de severidad. O bien cuando:

- Las tareas del tratamiento son de naturaleza repetitiva y ya no suponen cambios en las capacidades, o el paciente no requiere un seguimiento constante para completar las tareas.
- El paciente ha logrado el nivel más alto de capacidad funcional posible, ya que no se observan mejoras.
- Los progresos terapéuticos han satisfecho los requerimientos nutricionales y han disminuido el riesgo de sobreinfección respiratoria.

## Orientaciones para después del alta

En el momento del alta, la persona atendida tiene que recibir un informe con las recomendaciones a seguir. Si todavía necesita una adaptación de texturas y viscosidades de los alimentos sólidos y líquidos hay que reforzar los conocimientos del paciente o familiares para identificar las texturas adecuadas según el marco IDDSI y las técnicas que deben seguir tanto en el momento de elaborar las comidas como en cada deglución.

Se deberá instruir a la familia para detectar la posible recidiva de su alteración y para informar de cualquier modificación de la sintomatología a los profesionales que lo han tratado para poder orientar la reactivación de los tratamientos o la implementación de medidas específicas para mejorar su curso clínico.

## Codificación CIF

Capítulo	Código y descripción
<b>FUNCIONES CORPORALES</b>	
b2 Funciones sensoriales y dolor	b270 Funciones sensoriales relacionadas con la temperatura y otros estímulos b279 Funciones sensoriales adicionales, otras especificadas y no especificadas
b5 Funciones de los sistemas digestivo, metabólico y endocrino	b510 Funciones relacionadas con la ingesta b5100 Succión b5101 Morder b5102 Masticación b5103 Manipulación de la comida en la boca b5104 Salivación b5105 Tragar b51051 Deglución faríngea
b5153 Tolerancia a la comida	

ACTIVIDADES Y PARTICIPACIÓN	
d5 <b>Autocuidado</b>	<p>d550 Comer: llevar a cabo las tareas y acciones coordinadas relacionadas con comer los alimentos servidos, llevarlos a la boca y consumirlos de manera adecuada para la cultura local, cortar o partir la comida en trozos, abrir botellas y latas, usar cubiertos, reunirse para comer en banquetes o cenas.</p> <p>d560 Beber: sujetar el vaso, llevarlo a la boca y beber de manera adecuada para la cultura local, mezclar, revolver y servir líquidos para beber, abrir botellas y latas, beber a través de una pajita o beber agua corriente como de un grifo o fuente; mamar/lactar.</p>
FACTORES AMBIENTALES	
e1 <b>Productos y tecnología</b>	e110 Productos o sustancias para el consumo personal
e4 <b>Actitudes</b>	e465 Normas, costumbres e ideologías sociales: más o menos dificultad para participar en actos relacionados con las comidas

## Bibliografía

- Acevedo R, Vázquez MN, González Paz A. Disfagia pediátrica. A. Faraldo García & E. San Román Rodríguez. Actualización en otorrinolaringología pediátrica. 2017;125-34.
- Burriel JIG. Disfagia en la infancia. Anales de Pediatría Continuada. 2014;12(5):221-30.
- Castejón Ponce E, de la Mano Hernández A, Martínez Zazo AB. Alteraciones del comportamiento alimentario en el lactante y niño pequeño. Protoc diagn ter pediatr. 2023;1:505-518 Disponible en: [https://www.aeped.es/sites/default/files/documents/41.Alter\\_alimentacion.pdf](https://www.aeped.es/sites/default/files/documents/41.Alter_alimentacion.pdf)
- Conselho Federal de Fonoaudiologia [Brasil]. Diretrizes Sobre a Atuação Fonoaudiológica nos Distúrbios Alimentares Pediátricos. 2022.
- Goday PS, Huh SY, Silverman A, Lukens CT, Dodrill P, Cohen SS, et al. Pediatric feeding disorder – Consensus definition and conceptual framework. J Pediatr Gastroenterol Nutr. 2019; 68(1): 124-9.
- Harding C, Faiman A, Wright J. Evaluation of an intensive desensitisation, oral tolerance therapy and hunger provocation program for children who have had prolonged periods of tube feeds. Int J Evid Based Healthc [Internet]. 2010;8(4):268-76. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1744-1609.2010.00184.x>
- Kerzner B, Milano K, MacLean WC Jr, Berall G, Sutart S, Chattoor I. A practical approach to classifying and managing feeding difficulties. Pediatrics. 2015; 135(2): 344-53.
- Kurz S, van Dyck Z, Dremmel D, Munsch S, Hilbert A. Early-onset restrictive eating disturbances in primary school boys and girls. Eur Child Adolesc Psychiatry

- [Internet]. 2015;24(7):779-85. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1007/s00787-014-0622-z>
- Levine A, Bachar L, Tsangen Z, Mizrachi A, Levy A, Dalal I, et al. Screening criteria for diagnosis of infantile feeding disorders as a cause of poor feeding or food refusal. *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 2011; 52(5): 563-8.
- Munyo A, Palermo S, Castellanos L, Heguerte V. Trastornos de la deglución en recién nacidos, lactantes y niños. Abordaje fonoaudiológico. 2020;91:161-5. Disponible en: <https://adp.sup.org.uy/index.php/adp/article/download/96/78>
- Rybak A. Trastornos orgánicos y no orgánicos de la alimentación. Trastornos de la alimentación en lactantes y niños. 2015;66:16-22
- Rybertt V, et al. Aversión sensorial a los alimentos: un nuevo diagnóstico para un antiguo problema. *Contacto científico.* 2016; 6(6): 197-198.