

Trastorns de l'alimentació pediàtrica

Com citar aquest document:

Vancouver: Col·legi de Logopedes de Catalunya. Trastorns de l'alimentació pediàtrica. A: Col·legi de Logopedes de Catalunya. *Declaració de posicionaments i bones pràctiques en l'exercici professional de la logopèdia*. 2a edició revisada. Barcelona: CLC; 2026. p. 372-395. Disponible a: <https://www.clc.cat>

APA: Col·legi de Logopedes de Catalunya. (2026). Trastorns de l'alimentació pediàtrica. A *Declaració de posicionaments i bones pràctiques en l'exercici professional de la logopèdia*. 2a edició revisada. [pp. 372-395]. Col·legi de Logopedes de Catalunya. <https://www.clc.cat>

Barcelona, març de 2026. Amb les modificacions aprovades a l'Assemblea General Ordinària del 21 de març de 2026.

16

Directrius

- 1 El logopeda és el professional sanitari competent per a l'avaluació, el diagnòstic, la intervenció i el manteniment dels trastorns de l'alimentació pediàtrica, especialment quan hi ha alteracions de la deglució o del desenvolupament de les habilitats alimentàries.
- 2 El CLC impulsa la recerca sobre la prevalença, l'impacte funcional, l'avaluació i la intervenció en els trastorns de l'alimentació pediàtrica, promou la creació d'instruments adaptats al context lingüístic i cultural en català i castellà.
- 3 El CLC defensa un abordatge interdisciplinari i especialitzat, coordinat amb professionals de la medicina, la psicologia, la nutrició i la logopèdia, per garantir una intervenció integral basada en l'evidència.

Què és?

Definició

El trastorn de l'alimentació pediàtric (TAP) es defineix com la dificultat o el rebuig persistent per seguir una ingesta oral adequada per a l'edat, associat a alteracions mèdiques, nutricionals, disfuncions en les habilitats sensoriomotors d'alimentació (com el maneig d'estrís o la selectivitat a determinades textures) o a factors psicosocials. El TAP no causa disfàgia; però, la disfàgia pot ser un factor de risc de TAP a causa de la privació d'aliments, experiències orals traumàtiques i pràctiques iatrogèniques.

S'entenen per trastorns de l'alimentació infantil aquelles alteracions en el comportament relacionat amb l'alimentació que afecten nens i nenes d'entre 0 i 6 anys, amb una major prevalença entre els 0 i 3 anys. Aquestes alteracions poden comprometre el desenvolupament nutricional, sensoriomotor, emocional i relacional de l'infant i, en molts casos, impliquen també les figures parentals o cuidadores, ja que són agents clau en el procés d'alimentació.

La negativa a menjar constitueix una de les manifestacions clíniques més freqüents durant aquesta etapa del desenvolupament i s'ha de considerar un signe d'alerta. La detecció precoç és fonamental per evitar la cronificació de patrons disfuncionals i l'evolució cap a trastorns alimentaris de major complexitat.

L'anàlisi d'aquestes conductes requereix una avaluació multidimensional dels factors implicats. Entre les causes més comunes es troben el malestar físic associat a la ingesta, dificultats en les habilitats sensoriomotors orals o la presència d'experiències prèvies negatives vinculades a l'acte de menjar. En tots els casos, és essencial dur a terme una intervenció basada en l'evidència i centrada en l'entorn familiar de l'infant.

Fa una dècada, els trastorns de l'alimentació en la infància es classificaven habitualment en dues categories diagnòstiques: d'etiologia orgànica (vinculats a malalties subjacents) i d'etiologia no orgànica (atribuïts a factors conductuals o psicosocials) (Rybak, 2015). Aquesta dicotomia va ser revisada i ampliada en el document de consens elaborat per Goday et al. (2019), que proposa un enfocament més integrador i multifactorial. En l'actualitat, segueix existint debat al voltant de la delimitació nosològica i clínica entre el trastorn per evitació / restricció de la ingesta d'aliments (ARFID, de l'anglès *Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder*, TERIA en català) i el trastorn de l'alimentació pediàtric (FPD per les seves sigles en anglès, TAP en català), especialment en relació amb els criteris diagnòstics i les similituds simptomàtiques.

La terminologia utilitzada amb major freqüència en la literatura científica en aquest àmbit inclou conceptes que és imprescindible conèixer i fer servir en la pràctica clínica logopèdica:

→ **Neofòbia:** rebuig d'aliments nous o desconeguts que es resol amb l'exposició repetida i positiva a l'aliment. És comú al voltant dels 24 mesos i no s'ha de confondre amb la selectivitat alimentària.

374

Trastorns de l'alimentació pediàtrics

- **Dificultat d'alimentació:** suggereix que hi ha un problema d'alimentació d'algun tipus, des de la mala interpretació dels pares fins a veritables trastorns.
- **Trastorn per evitació/restricció de la ingesta d'aliments:** engloba qualsevol rebuig prou greu per ocasionar un problema nutricional o socioemocional tant en l'infant com en els cuidadors i que precisarà tractament (ARFID/TERIA), inclòs en el DSM-5 des de 2013.
- **Trastorn d'alimentació en l'infant (PFD, acrònim de l'anglès *Pediatric Feeding Disorders*):** terme més ampli que l'anterior, ja definit anteriorment.

El CLC considera que, en línia amb els posicionaments de l'*American Speech-Language-Hearing Association (ASHA)*, l'acció dels logopedes ha de centrar-se en aquest últim trastorn i col·laborar amb altres professionals per a l'abordatge de les alteracions de l'alimentació d'ordre més psicològic.

Signes clínics

Podem destacar diversos signes relacionats amb el TAP:

- Alimentació de biberó o lactància materna perllongada.
- Alimentació nocturna.
- Alteració del processament sensorial oral.
- Emmagatzematge de menjar o líquids a la boca.
- Àpats desestructurats.
- Dèficit en les habilitats oromotores.
- Dificultat en la introducció de textures d'aliments.
- Distraccions durant la ingesta.
- Manca d'alimentació independent.
- Ingesta poc variada (menys de 15 aliments).
- Masticació excessiva.
- Poc o nul augment de pes durant 2 o 3 mesos seguits.
- Preferència pels líquids en detriment d'aliments sòlids.
- Rebuig a la ingesta durant més d'un mes.
- Temps dels àpats estressant.
- Temps dels àpats perllongats.

Alguns comportaments poden considerar signes d'alarma:

- Fixació per un nombre limitat d'aliments (selectiu, limitacions dietètiques extremes).
- Alimentació forçada (persecució, persuasió, recompenses).
- Aturada brusca d'alimentació després d'un esdeveniment desencadenant.
- Nàusees anticipatòries.

En presència dels següents símptomes, s'haurà de sospitar alguna malaltia orgànica de base que, al seu torn, pot coexistir amb un trastorn de l'alimentació pediàtric:

- Disfàgia.
- Incoordinació en la deglució suggerida per tos, ennuegaments o pneumònia recurrents.
- Retard en el desenvolupament i creixement.
- Alimentació interrompuda per dolor.
- Regurgitació o vòmits crònics.
- Diarrea o sang a la femta.
- Anomalies del desenvolupament neurològic.
- Dermatitis atòpica i èczema.
- Relació del quadre amb l'inici d'un determinat aliment.
- Canvi de caràcter.

Aquests signes es poden associar a característiques específiques dels aliments líquids i sòlids com el gust, la temperatura, la mida del bol alimentari, la viscositat, la textura o l'aparença.

La diversitat de manifestacions que pot presentar un infant amb TAP poden agrupar-se al voltant de dos perfils d'alteracions del procesament sensorial.

- El baix registre sensorial es manifesta habitualment com una escassa percepció dels aliments dins de la cavitat oral. Això pot incloure dificultats per formar adequadament el bol alimentari, pèrdua de menjar fora de la boca, preferència per bols de grans dimensions, o rebuig de líquids i aliments que no ofereixen prou estimulació sensorial. Els infants amb aquest perfil tendeixen a buscar experiències sensorials més intenses, mostren preferència per gustos forts, temperatures extremes o textures marcades i, sovint, es fiquen objectes a la boca per satisfer aquesta necessitat.
- La hipersensibilitat oral es presenta sovint en forma de preferència per certes textures o mides específiques del bol, masticació prolongada i una dieta molt limitada. Aquests infants solen inclinar-se per gustos suaus com els de la melmelada, textures granulades fines, porcions petites d'aliment i temperatures neutres. També poden preferir aliments durs que els permetin mastegar més intensament com una forma d'autoregulació sensorial.

376

Trastorns de
l'alimentació pediàtrics

Codificació CIM-11

Codi	Concepte
DD90.1	Trastorn funcional de la deglució
6B8Z	Trastorns del comportament alimentari, sense especificació
KD32	Problemes en la ingesta d'aliments en nadons
KD32.0	Lentitud en la ingesta d'aliments del nouat
KD32.1	Hipoalimentació del nadó
KD32.2	Hiperalimentació del nadó
KD32.3	Dificultat neonatal en la lactància materna
KD32.4	Insuficiència en el desenvolupament del nouat
KD32.Y	Altres problemes especificats en la ingesta d'aliments en el nouat
KD32.Z	Problemes en la ingesta d'aliments en el nadó, sense especificació
MB29.0	Alimentació selectiva o restringida
MG43.3	Dificultats de l'alimentació
MG43.30	Problema amb l'alimentació del lactant
MG43.31	Problema d'alimentació de l'infant
MG43.32	Problema amb l'alimentació de l'adult
MG43.3Z	Dificultats de l'alimentació, sense especificació

Causes

D'acord amb les aportacions de la Sociedad Española de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica, les alteracions en el funcionament del tracte gastrointestinal superior estan relacionades amb el TAP. Pot originar-se principalment per problemes gastrointestinals, encara que també pot ser degut a malalties respiratòries. Les disfuncions en les estructures orofaríniques i laríniques afecten la mecànica normal de l'alimentació i dificulten el desenvolupament natural de les habilitats alimentàries. Quan l'acte de menjar provoca dolor o malestar, l'infant tendeix a rebutjar els aliments i, com a resposta, els cuidadors poden recórrer a mètodes coercitius per assegurar la ingesta nutricional. Les afeccions inflamatòries del tracte gastrointestinal superior també poden interferir en una alimentació adequada.

Tot i que no hi ha prou evidència concloent que relacioni de forma directa la malaltia per reflux gastroesofàgic amb el TAP, sí que s'ha identificat una connexió més clara entre aquest trastorn alimentari i l'esofagitis eosinofílica. Els problemes de motilitat i les alteracions funcionals del sistema digestiu també poden dificultar l'alimentació, especialment en casos com l'atrèsia esofàgica corregida, cirurgies com la funduplicació o en la intolerància al volum alimentari, fins i tot sense diagnòstic de gastroparèsia, en infants amb malalties complexes. A més, els infants que han rebut nutrició enteral durant llargs períodes poden tornar-se dependents de la sonda, fins i tot quan ja no

és necessària des del punt de vista clínic, però continuen sense poder alimentar-se per via oral.

Els menors amb cardiopaties congènites sovint requereixen estades hospitalàries perllongades amb cures intensives, fet que pot retardar el desenvolupament de les habilitats relacionades amb l'alimentació. Les intervencions quirúrgiques cardíacaques poden provocar danys en el nervi laringi recurrent, que produeix paràlisi de la corda vocal esquerra i afecta la protecció de les vies respiratòries. En aquests casos, tant la hipòxia crònica com les possibles lesions del nervi vague poden influir en l'aparició d'intolerància alimentària i vòmits.

Els infants amb trastorns neurològics presenten un risc elevat de desenvolupar TAP, sobretot a mesura que creixen i les seves necessitats nutricionals superen la seva capacitat per alimentar-se adequadament. Els infants amb retards motors o cognitius severos solen enfrontar-se a més dificultats per alimentar-se. La disfàgia d'origen neurològic és comú en la infància, encara que també pot desenvolupar-se en etapes posteriors, per exemple, en infants amb paràlisi cerebral, fet que augmenta el risc d'aspiració crònica, amb conseqüències greus per a la salut.

També s'ha identificat una relació entre els trastorns del neurodesenvolupament, especialment el trastorn de l'espectre autista, i el TAP. Finalment, alguns menors que no consumeixen suficients calories per a un creixement adequat podrien presentar alteracions en els senyals biològics de la gana cosa que contribueix al desenvolupament del TAP.

Alguns estudis apunten també a una influència genètica en la predisposició a acceptar certs gustos.

Epidemiologia

Es desconeixen dades específiques de la prevalença i incidència del TAP en el nostre entorn. Estats Units s'estima una prevalença d'entre el 2,7 % i el 4,4 % de la població infantil, que augmenta fins al 43 % en els infants prematurs (fins als 12 mesos).

La incidència de les dificultats en l'alimentació a tot el món s'estima sobre el 30 % dels infants amb un desenvolupament normal i arriba al 80 % en els infants amb dificultats de desenvolupament. La prevalença d'aversions és del 3,2 % en la població pediàtrica. Entre un 14 % i un 50 % dels pares d'infants amb desenvolupament normal consulten per aquesta mateixa raó.

El CLC aconsella a professionals clínics, investigadors i estudiants que duguin a terme estudis per conèixer la prevalença local a casa nostra del TAP per diferents causes.

Impacte en la vida de la persona

El TAP té implicacions que podem codificar en la CIF com alteracions de funcions sensorials relacionades amb la temperatura i altres estímuls (b270) i funcions relacionades amb la ingesta, com són la succió (b5100), la mossegada (b5101), la masticació (b5102), la salivació (b5104) i la funció d'empassar (b5105). Les estructures que es poden veure afectades són la boca (s320), la laringe i la faringe (s330), a més de les

glàndules salivals (s510) i l'estructura del cap i la regió del coll (s710). La classificació internacional de funcionalitat (per les sigles en anglès d'ICF, *International Classification of Functioning, Disability and Health*) va ser desenvolupada per l'OMS (2001) amb l'objectiu d'oferir una perspectiva biopsicosocial de la salut. Proporciona un marc per abordar la discapacitat i el funcionament d'una persona en el seu context i en la seva vida quotidiana.

La varietat limitada en l'alimentació que sol observar-se en infants amb TAP pot tenir efectes negatius sobre el seu estat nutricional. L'eliminació completa de certs grups d'aliments, com fruites i verdures, pot provocar deficiències de micronutrients, fins i tot si el consum de macronutrients és adequat. D'altra banda, una ingesta excessiva de determinats aliments, begudes o suplementes pot implicar una aportació elevada de micronutrients, que en casos poc comuns podria causar toxicitat.

El CLC aconsella a professionals clínics, investigadors i estudiants que efectuïn estudis per crear conjunts bàsics de categories de la CIF (Core Set) per a la identificació dels elements en què incideix el TAP.

Gradació de severitat, conseqüències i suports

Grau 0. Lleu: requereix suport mínim o puntual

En aquest primer nivell, l'infant presenta dificultats lleus relacionades amb l'alimentació, com ara selectivitat limitada, rebuig ocasional de certs aliments o preferències marcades per determinades textures. Aquestes dificultats no interfereixen de forma significativa en l'estat nutricional ni en el desenvolupament ponderoestatural, i l'autonomia durant els àpats sol estar preservada. Les estratègies d'intervenció solen ser preventives o de baix impacte, centrades en l'assessorament a les famílies i la introducció de rutines estructurades. Les conseqüències funcionals d'aquest nivell d'afectació són poc rellevants en el context escolar o social.

Grau I. Moderat: requereix suport regular

Aquest grau inclou els menors amb dificultats alimentàries més consistents i afecten parcialment la qualitat de la ingesta. És freqüent observar una alimentació limitada a un nombre reduït d'aliments, dificultats lleus de masticació o comportaments evitatius davant noves propostes alimentàries. L'autonomia durant els àpats està compromesa i requereix supervisió o assistència regular. La intervenció logopèdica i nutricional ha de ser sistemàtica i, en molts casos, és necessària la coordinació amb l'entorn educatiu. Les conseqüències poden incloure un impacte moderat en la dinàmica familiar, la socialització durant els moments dels àpats i el benestar emocional de l'infant.

Grau II. Greu: requereix suport substancial

En el tercer grau, el trastorn alimentari adquireix un caràcter més sever, amb una ingesta oral clarament insuficient en quantitat o qualitat per garantir un desenvolupament físic i nutricional adequat. Solen coexis-

tir dificultats significatives en la masticació o la deglució, així com una forta aversió al menjar. L'infant requereix assistència directa durant els àpats i pot mostrar conductes d'oposició o angoixa davant l'alimentació. La intervenció requereix un abordatge multidisciplinari intensiu, que pot implicar la participació de logopedes, dietistes, pediatres i psicòlegs. Les repercussions s'estenen a l'àmbit familiar, amb nivells d'estrès elevats, i a la participació escolar, amb limitacions funcionals notables.

Grau III. Molt greu: requereix suport intensiu

En aquest grau, les dificultats en l'alimentació oral són molt severes i poden coexistir amb risc nutricional greu o trastorns mèdics associats. L'infant presenta una ingesta oral molt reduïda o limitada exclusivament a certes consistències o volums. És comú la utilització parcial de vies alternatives d'alimentació, com la sonda nasogàstrica o la suplementació nutricional. L'autonomia és pràcticament absent i els àpats solen requerir una alta estructuració i vigilància. La intervenció sanitària i logopèdica és intensiva, amb un seguiment estricte en contextos clínics i domiciliaris. Les conseqüències funcionals són altament significatives i afecten de manera directa la salut general, l'escolarització i la qualitat de vida familiar.

Grau IV. Extrema complexitat: requereix suport total i especialitzat

El grau més sever es redueix als casos en què la ingesta oral és completament absent o suposa un risc vital. Els infants en aquest grup depenen totalment de l'alimentació enteral (gastrostomia o altres mètodes) i solen presentar comorbilitats neurològiques, mèdiques o del desenvolupament que compliquen encara més l'abordatge clínic. La participació en contextos alimentaris convencionals és nul·la, i les manifestacions clíniques inclouen disfàgia greu, hipersensibilitat oral extrema o rebuig total de qualsevol forma d'alimentació per via oral. La intervenció ha de ser altament especialitzada i sostinguda en el temps, requereix equips interdisciplinaris i dispositius d'atenció sanitària avançada. Les conseqüències funcionals són greus, amb una elevada dependència, restriccions socials importants i un impacte profund en la dinàmica i salut emocional de l'entorn familiar.

380

Trastorns de
l'alimentació pediàtrica

Rol del logopeda

Els logopedes són els professionals competents per a la realització dels tractaments preventius, diagnòstic clínic, rehabilitadors i de manteniment en certs trastorns de l'alimentació, com el TAP i la deglució. Així mateix, l'Ordre CIN/726/2009, que estableix els requisits mínims per a la verificació dels títols que habiliten per a l'exercici de la professió de logopeda, deixa palès que el logopeda graduat coneix les bases anatomicofisiològiques de la deglució, els seus trastorns i les tècniques i instruments per al seu

diagnòstic logopèdic i les estratègies terapèutiques. Aquesta visió la comparteixen els documents de perfil professional, que declaren que la logopèdia té com a finalitat millorar les qualitats alterades de la deglució. El logopeda també és l'especialista en comunicació i llenguatge. Els infants amb selectivitat alimentària desconeixen una àmplia gamma d'aliments i tampoc saben expressar quines característiques o propietats els resulten desagradables o els provoquen por. Aquesta atribució es desprèn de l'article 7.2f de la Llei d'Ordenació de les Professions Sanitàries (LOPS), que afirma que els logopedes desenvolupen les activitats de prevenció, avaluació i tractament dels trastorns de la comunicació, mitjançant tècniques terapèutiques pròpies de la seva disciplina.

Tal com indica el Codi deontològic professional, els logopedes han d'exercir la seva professió amb competència, per tant, els professionals que atenen aquesta població han d'estar adequadament formats per fer-ho. L'abordatge de trastorns alimentaris que impliquen rebuig d'aliments o comportaments altament selectius requereix una intervenció d'alta especialització per part del logopeda. Aquesta intervenció requereix competències que, si bé es fonamenten en la formació del grau, és aconsellable que siguin ampliades mitjançant formació específica i continuada. Aquesta especialització abasta múltiples dimensions: el coneixement detallat de la funció alimentària, incloent-hi l'anatomia i fisiologia implicades en la deglució i el funcionament de les vies aèries superiors i inferiors; la comprensió del desenvolupament progressiu de les habilitats alimentàries, i la familiaritat amb diferents poblacions i contextos clínics, com la prematuritat, els trastorns neurològics, les cardiopaties, les malalties respiratòries, les condicions de l'espectre autista, les alteracions gastrointestinals o les dificultats en el processament sensorial. A més, és recomanable el domini de mètodes alternatius d'alimentació i un enfocament que contempli tant els factors del desenvolupament com les dimensions culturals, emocionals i socials que incideixen en la conducta alimentària de l'infant.

Sempre que sigui possible, el logopeda ha d'aplicar tècniques i tractaments basats en l'evidència científica amb eficàcia per al trastorn específic del pacient i ha de ser responsable d'actualitzar els seus coneixements i les seves fonts d'informació. Així mateix, ha de ser competent per discriminar els casos que responen a un perfil de trastorn per evitació o restricció de la ingesta d'aliments (TERIA), reconeixent els límits de la seva actuació professional i promovent, quan sigui necessari, un abordatge interdisciplinari coordinat amb professionals dels àmbits de psicologia, nutrició i medicina.

Orientació interdisciplinària

Els trastorns de l'alimentació infantil presenten una elevada complexitat i impliquen un ampli espectre de símptomes fisiològics, conductuals, ambientals i psicosocials que interactuen entre si. Davant d'aquesta complexitat, cal un enfocament interdisciplinari que permeti una comprensió integral de l'infant i del seu trastorn, així com una intervenció coordinada i ajustada a les seves necessitats específiques.

La composició de l'equip i el grau d'implicació de cada professional dependrà del perfil clínic del cas i del moment evolutiu del procés. En general, es recomana la participació d'un metge pediatre i, si escau, un metge gastroenteròleg, un dietista-nutricionista, un psicòleg clínic, un terapeuta ocupacional i un logopeda, cadascun des del seu àmbit competencial i amb els procediments propis de la seva disciplina.

Diagnòstic logopèdic

Informació mínima necessària del derivador

En el context de l'atenció hospitalària i extrahospitalària, l'usuari pot ser derivat al servei de logopèdia per diversos metges: digestiu, neuròleg, foniatra, otorinolaringòleg o metge de família. En la derivació caldrà que s'aporti informació relativa a:

- Resultats de l'estudi realitzat (videofluoroscòpia, videoendoscòpia de la deglució, etc.) amb accés a les fonts primàries (imatges, àudios, gràfiques, etc.).
- Orientació diagnòstica amb informació de les estructures i hipòtesis de l'impacte en la funcionalitat.
- Temps d'evolució de la clínica i repercussió en les activitats de la vida diària del pacient i la seva família.
- Proves complementàries relacionades realitzades, resultat, interpretació i data de realització (com analítiques de sang).
- Repercussió de la clínica en l'àmbit social.
- Tractaments relacionats realitzats, tant farmacològics, com rehabilitadors o quirúrgics, amb data de realització.

Exploració clínica

El CLC orienta els professionals de la pràctica clínica a avaluar els següents elements del trastorn de l'alimentació.

D'acord amb la CIF, es realitza una avaluació integral per identificar i descriure:

- Deficiències en l'estructura i les funcions corporals, incloses les relacionades amb la deglució i la funció de les vies respiratòries laríngies.
- Limitacions en l'activitat i la participació, incloent-hi les interaccions socials i els factors contextuais (ambientals i personals) que serveixen de barrera o facilitadors de l'èxit de la comunicació i la participació en la vida.
- L'impacte de la deglució i l'alimentació en la qualitat de vida, inclòs l'impacte de les limitacions en els rols socials de l'individu dins de la seva comunitat.

382

Trastorns de
l'alimentació pediàtrics

1 / Avaluació de l'estructura i les funcions corporals

És essencial obtenir una història clínica precisa que permeti esbrinar els factors desencadenants i que mantenen del trastorn d'alimentació. No menys important és recollir el grau de preocupació dels pares, perquè repercuteix directament en la dinàmica de la ingesta diària.

Història clínica

- Motiu de consulta i grau de preocupació dels pares. Opinió del pediatre.
- Antecedents clínics que poguessin justificar el trastorn d'alimentació. Tractaments rebuts.
- Proves diagnòstiques i resultats.
- Dades del desenvolupament global (motor, comunicació i llenguatge, cognició). El deteriorament del funcionament sensorial oral inhibeix/limita l'acceptació i la tolerància dels líquids i les textures dels aliments esperades per a l'edat.

Després s'haurà de realitzar una exploració de la ingesta mitjançant vídeos aportats per la família, que es completaran amb l'avaluació directa davant el logopeda, quan l'infant hi estableixi una relació de confiança. Els pares han de portar aliments de casa perquè li resultin familiars.

Anàlisi dels enregistraments de situacions quotidianes d'alimentació

- Entorn i ubicació: habitacions, estímuls, distraccions, persones que l'acompanyen.
- Instal·lacions: trona, cadira, dempeus, passejant. Postura, estabilitat global.
- Característiques dels aliments: selecció i presentació. Respostes sensorials i motores orals.
- Maneres d'administrar el menjar: utensilis, plats, quantitats, velocitat.
- Components emocionals: estratègies per animar a menjar, respostes a l'acceptació o al rebuig.

Registre d'aliments

L'anàlisi dels aliments que admet i rebutja l'infant permet comprendre les característiques que li agraden (generalment cruixents, homogenis, saborosos o de sabors molt suaus) i els que no pot tolerar (textures amb grumolls o mixtes són les més comunes).

Valoració miofuncional

En la valoració miofuncional cal tenir en compte que, en el moment de publicació d'aquest document, no es disposa d'un protocol d'exploració miofuncional dissenyat específicament per valorar els problemes d'alimentació en població pediàtrica. Es recomana consultar el capítol dedicat a les disfuncions orofacials. Alguns instruments d'avaluació són:

- Examen miofuncional orofacial - MBGR (Marchesan et al., 2011).
- Eines per a l'avaluació de disfuncions orofacials del CLC (2013).
- Protocol d'avaluació en motricitat orofacial - PEMO (Susanibar et al., 2014).

Observació d'ingesta directa

En l'observació d'ingesta cal avaluar:

- Observació de l'entorn: motivació, context, distractors...
- Observació del pacient: postura, habilitats motores, aspectes cognitius i sensorials, coordinació succió-deglució-respiració, masticació...
- Observació de l'aliment: presentació del plat, textura, mida de l'aliment, preferència de textures...

Algunes de les proves i instruments que els logopedes han d'utilitzar per valorar les funcions orals es poden considerar que envaeixen el cos del pacient (com ara els miralls, depressors o els mateixos dits). En el aquest sentit, tant en l'exploració com en el tractament, és usual utilitzar aliments que s'ingereixen en la consulta. Cal recordar que aquestes proves i procediments s'han de realitzar en consultes o centres sanitaris que puguin respondre davant de qualsevol eventualitat que suposi un risc per al pacient.

El CLC aconsella els professionals clínics, investigadors i estudiants que efectuïn estudis de creació d'instruments d'avaluació en català i castellà del TAP.

2 / Avaluació de la participació, activitats i qualitat de vida

Els aspectes psicosocials que afecten tant l'infant com als seus cuidadors poden tenir un paper rellevant en l'aparició de dificultats alimentàries. Aquests factors solen classificar-se en quatre àrees principals: desenvolupament, salut mental i conductual, entorn social i ambient físic. Encara que qualsevol alteració en un d'aquests àmbits pot desencadenar problemes en l'alimentació, sovint el Trastorn d'Alimentació Pediàtric (TAP) sorgeix de la interacció entre diversos o, fins i tot, tots aquests àmbits.

Els trastorns emocionals i conductuals, tant en l'infant com en els cuidadors, poden influir negativament en el seu comportament alimentari. En el cas de l'infant, la presència d'un temperament difícil, ansietat, alteracions de l'estat d'ànim o un pensament desorganitzat poden afavorir conductes alimentàries problemàtiques. Per la seva banda, els cuidadors, que solen afrontar múltiples demandes emocionals i pràctiques, poden experimentar nivells significatius d'estrès o travessar dificultats en la seva salut mental. Aquestes circumstàncies poden afectar la qualitat de les interaccions durant els àpats i reflectir-se en estils de criaça més controladors o, per contra, en una supervisió menys consistent. Aquesta dinàmica té un caràcter bidireccional, ja que tant el comportament de l'infant com el del cuidador s'influeixen mútuament en el context de l'alimentació.

Per identificar possibles aversions alimentàries, s'utilitzen eines específiques d'avaluació, com el Qüestionari de Comportament Alimentari infantil (CEBQ) i el *Mealtime Behavior Questionnaire* (MBQ) desenvolupat per Berlin et al. el 2010.

Així mateix, l'escala *Feeding Impact Scales* (Estrem et al., 2020) permet valorar com l'alimentació de l'infant repercuteix en la vida emocional i pràctica dels pares i en el seu entorn familiar.

3 / Avaluació del context

Les entrevistes amb el pacient i el seu entorn serveixen per identificar les barreres contextuals i facilitadores. Cal avaluar els codis CIF que poden suposar factors facilitadors o dificultats, com poden ser les normes, els costums i les ideologies socials i culturals (e465) i l'ús de productes i tecnologia per al consum personal (e110).

Tot i que no estan dissenyats per elaborar un diagnòstic, els qüestionaris per a pares aporten informació rellevant per al logopeda. Entre aquests, destaquen:

- *Montreal Children's Hospital Feeding Scale* (MCHFS) (Ramsay et al., 2011) és una escala per a la detecció de trastorns de l'alimentació en infants entre 2 i 12 anys.
- *Infant and Child Feeding Questionnaire* (ICFQ). Desenvolupat per l'equip de Feeding Matters© (s.f.). Disponible a <https://www.feedingmatters.org/wp-content/uploads/2021/11/Infant-Signs-of-PFD.pdf>
- *PediEAT* (Thoyre et al., 2014) està dissenyada per detectar problemes d'alimentació en infants de 6 mesos a 7 anys.
- *ChOMPS* (Pados et al., 2019) s'utilitza per analitzar les habilitats d'alimentació i funcions relacionades en infants de 6 mesos a 7 anys que estan iniciant la ingesta de sòlids.

Les eines dissenyades pels experts de Feeding Flock estan disponibles al seu web i són d'accés gratuït. Disposen de protocols tant per a lactants com per a infants fins a 7 anys. Enllaç: <https://feedingflockteam.org/the-feeding-flock-tools>

En aquesta avaluació del context, s'ha de considerar el paper i la importància de la formació i les creences dels pares en relació amb conceptes bàsics sobre l'alimentació (macro- i micronutrients, varietat en la dieta...). De la mateixa manera, cal respectar les opcions culturals, que poden estar relacionades amb la procedència, la religió o els estils de vida.

El CLC aconsella els professionals clínics, investigadors i estudiants que realitzin estudis per a crear instruments d'avaluació de les necessitats de la persona i el seu context en català i castellà.

A qui s'adreça la intervenció?

Críteris per a la indicació del tractament

En general, és tributari de la intervenció qualsevol usuari amb dificultats per aconseguir la ingesta oral apropiada per a la seva edat i amb possibles problemes mèdics, nutricionals, destreses inapropiades en l'alimentació (maneig d'estrís, textures...) o problemes psicosocials. La intervenció bàsica és l'adaptació de la dieta a les possibilitats reals de l'infant i la seva ampliació a mesura que avança en les destreses sensoriomotores orals.

S'han de considerar tractaments prioritaris els d'aquelles persones que s'estiguin alimentant mitjançant nutrició artificial com són la sonda nasogàstrica (SNG) o gastrostomia endoscòpica percutània (GEP) i tinguin pronòstic de millora.

Críteris per regular el tractament

És important regular la intensitat del tractament logopèdic davant de circumstàncies que impedeixin o interfereixin en la correcta evolució del procés i en la millora funcional del pacient. Concretament, els pacients que presentin:

- Manca de col·laboració, rebuig a la teràpia, incompareixença al tractament o no compliment de les pautes indicades.
- Manca de responsabilitat del pacient o familiars en el seu procés assistencial.
- Manca de nivells mínims d'alerta, consciència, atenció, cognició i col·laboració per participar en una rehabilitació de la deglució.
- Pacients que presenten trastorns de conducta que impedeixen l'aprenentatge.
- Manca de suport sociofamiliar adequat si aquest resulta imprescindible per al tractament.
- Circumstàncies externes que impedeixin o interfereixin en l'evolució correcta del procés i la millora funcional del pacient.

386

Trastorns de
l'alimentació pediàtrics

Actuant en el marc de les decisions compartides, quan la persona atesa o la família no estan d'acord amb el procés o les opcions terapèutiques proposades, el logopeda pot optar per seguir acompanyant-la en la decisió presa o pot derivar-la a un altre professional. Trobareu més informació en el Codi deontològic del CLC.

Com intervenir-hi?

Objectius

L'objectiu principal és afavorir en l'infant el desig de menjar i beure, perquè l'alimentació infantil només neix de la motivació interna de l'infant, i no com a resposta al desig de l'adult.

Els objectius es divideixen en:

- **Habilitats:** millorar, compensar o equilibrar les funcions i estructures del sistema deglutori, i afavorir les habilitats d'autoalimentació.
- **Activitat:** minimitzar els símptomes del TAP, incloses les estratègies compensatòries apreses.
- **Participació:** permetre la participació segons les circumstàncies de cada individu i les seves preferències. Desenvolupar habilitats i confiança social, promoure'n la independència. Reduir l'aïllament i augmentar la integració social.
- **Benestar:** maximitzar la sensació de benestar i la qualitat de vida de les persones. Desenvolupar estratègies d'afrontament. Perdre la por a tastar aliments nous.

Intervencions preventives

La prevenció del TAP comença amb el seguiment d'unes normes bàsiques relacionades amb l'alimentació infantil:

- Anticipar les hores dels àpats.
- Menjar al costat dels infants sempre que sigui possible.
- L'ambient durant els menjars ha de ser tranquil i agradable. Mai s'ha d'obligar l'infant a menjar, ni enganyar-lo amagant ingredients en els aliments.
- Mantenir una actitud neutral i dialogant: evitar forçar a menjar, mostrar enuig o fer servir el menjar com a premi o càstig. És fonamental que tots els cuidadors de l'infant tinguin la mateixa actitud.
- Evitar o minimitzar elements de distracció durant els àpats.
- Establir pautes alimentàries que afavoreixin un reconeixement adequat de les sensacions de gana i sacietat: limitar el temps dels menjars a 20-30 minuts, fer un nombre d'àpats adequat a l'edat, evitar els pica-piques i la ingesta excessiva de líquids entre àpats, servir quantitats d'aliment apropiades a l'edat i al creixement de l'infant.
- Els pares han de triar el tipus d'alimentació i els horaris, i s'ha de permetre als infants que triïn la quantitat.
- El patró alimentari dels adults responsables de l'infant ha de constituir un model de referència coherent, ja que l'aprenentatge per imitació és clau en l'adquisició d'hàbits alimentaris en la infància.
- La introducció d'aliments nous ha de ser gradual i repetitiva (fins a 8-15 ocasions) per aconseguir que l'accepti. Per a molts infants,

canvis molt petits són suficients: un plat diferent, un nou tall, separar els ingredients, un canvi en la temperatura...

- S'ha d'afavorir el contacte dels infants amb el menjar amb les mans, perquè explorin les noves textures i els aliments. Cal tolerar sense por que s'embrutin amb el menjar.
- S'ha d'afavorir l'autonomia de l'infant durant els àpats de forma progressiva.

Intervencions de millora i rehabilitació

Les intervencions en TAP han de ser individualitzades, tenint en compte factors mèdics, quirúrgics i nutricionals, així com l'edat cronològica i de desenvolupament, el context social i ambiental, i els aspectes psicològics i conductuals de l'infant i la seva família.

El CLC orienta els professionals de la pràctica clínica a intervenir en els elements següents:

Textures i consistències dels aliments

Fer ajustos en la viscositat, textura, temperatura, mida de les porcions o sabor dels aliments sòlids i líquids per augmentar la seguretat i facilitar-ne la deglució. Aquestes modificacions poden incloure l'espessiment de líquids, el reblaniment o trituració de sòlids, o l'alteració del gust i temperatura per estimular la resposta sensorial. És fonamental que aquestes adaptacions tinguin presents tant les necessitats nutricionals de l'infant com les preferències individuals i familiars, i que estiguin guiades per les troballes de les avaluacions clíniques i instrumentals.

La introducció de nous aliments s'ha de fer de forma gradual i respectuosa, seguint el ritme de l'infant i evitar forçar o pressionar-lo.

L'enfocament *Get Permission* destaca la importància de demanar el consentiment de l'infant abans d'oferir-li un aliment nou, permetre que l'explori, el toqui, l'olori i, si vol, el tasti, sense forçar-lo a ingerir l'aliment. Això contribueix a crear un entorn segur i positiu, que redueix l'ansietat i facilita l'acceptació progressiva de noves textures, sabors i temperatures.

Estris per menjar

La utilització d'estrils específics, com tetines modificades, gots retallats, coberts amb pes o angle, plats seccionats, bols antilliscants o palletes dosificades, pot afavorir la independència en l'alimentació i augmentar la seguretat en la deglució. El logopeda ha de seleccionar i adaptar aquests recursos en funció de les implicacions orals i faríngees de cada cas.

Tractaments oromotors i tècniques sensorials

L'evidència actual és limitada respecte a l'ús d'exercicis oromotors o tècniques sensorials de forma aïllada per tractar dèficits sensorials o disfuncions deglutòries en el TAP. Es recomana prioritzar l'exposició freqüent i significativa a tasques funcionals d'alimentació, com mastegar aliments reals, adaptant les característiques sensorials de l'aliment

(gust, textura, temperatura i forma) per facilitar l'adquisició de patrons motors adequats com ara la masticació o la lateralització lingual.

La intervenció logopèdica ha d'incloure l'entrenament específic dels moviments orals implicats en l'alimentació, com la mobilitat de llengua, les galtes i la mandíbula. Els moviments que cal entrenar són: control de llavis, moviments d'obertura i tancament mandibular, lateralització de la llengua i moviments rotatoris de mandíbula i acció dels buccinadors.

És fonamental adaptar la intervenció a les dificultats específiques de l'infant, sigui protrusió lingual, hipersensibilitat oral o reflexos patològics, i utilitzar ajuts físiques (per exemple, estabilitzar la mandíbula o pressionar suaument el teixit tou cap amunt) quan sigui necessari.

Estratègies d'alimentació infantil

Pacing

Consisteix a disminuir el ritme de la ingesta, controlant la presentació dels aliments o líquids i el temps entre les mossegades i els glops. Això pot incloure alternar mossegades amb glops de líquid o limitar el nombre de succions consecutives en lactants, per permetre més temps per empassar i respirar adequadament.

Alimentació responsiva

Es basa en la interacció vigilant entre cuidador i infant, atenent als senyals de gana i sacietat de l'infant i respectant la seva comunicació de manera recíproca i afectiva. Aquesta pràctica fomenta l'autonomia, l'autoregulació i el desenvolupament cognitiu, emocional i social, i afavoreix la preferència per aliments adequats a l'edat i l'equilibri nutricional.

Entrenament dels cuidadors

En infants amb dificultats per seguir instruccions verbals o no verbals, la intervenció pot centrar-se en la modificació de l'entorn i la formació dels cuidadors per millorar la seguretat i l'eficiència de l'alimentació diària.

El tractament ha de centrar-se a garantir el benestar físic de l'infant, assegurant que les possibles patologies orgàniques de base no interfereixin en la seva motivació intrínseca per menjar. Paral·lelament, és fonamental acompanyar la família en la reducció de l'estrès associat al moment dels àpats, promovent un entorn emocionalment segur.

Estabilitat postural

L'estabilitat postural és un requisit fonamental per a una alimentació segura i eficient. És imprescindible assegurar una postura adequada de l'infant durant els àpats: peus ben estables, malucs, genolls i turmells en angle recte, tronc dret i cap alineat. L'ús de cadires adaptades, reposapeus i suports laterals pot ser necessari per aconseguir una posició estable, especialment en infants amb alteracions motores.

Una bona estabilitat postural facilita el control motor oral, redueix la fatiga i prevé riscos d'aspiració. A més, permet que l'infant utilitzi les seves mans per a manipular els aliments i els estris de manera autònoma.

Vocabulari associat als aliments des d'experiències directes d'alimentació

Els logopedes poden estimular el llenguatge posant nom als aliments, descrivint les seves característiques sensorials (dolç, salat, cruixent, tou, fred, calent ...), i comentant les accions de menjar, mastegar, xuclar, empassar, etc., durant la mateixa pròpia activitat de menjar.

Aquestes intervencions afavoreixen la comprensió i l'expressió del vocabulari relacionat amb l'alimentació, enriqueixen l'entorn lingüístic i contribueixen a la motivació i participació activa de l'infant en el procés d'alimentació.

En tots els casos, la intervenció ha de ser dinàmica i ajustar-se contínuament segons l'evolució clínica, la resposta de l'infant i les necessitats de la família, integrant l'evidència científica, l'experiència clínica i les preferències individuals per aconseguir els millors resultats possibles.

El CLC aconsella els professionals clínics, investigadors i estudiants que elaborin estudis sobre la intervenció logopèdica en els trastorns pediàtrics d'alimentació.

Intervencions de manteniment de la funció

Entenem que l'alimentació quotidiana adequada exerceix la funció de manteniment dels progressos aconseguits en el tractament logopèdic. No obstant això, cal animar el pacient i el seu entorn a estar amatents a l'evolució dels símptomes per recuperar, si fos necessari, alguns exercicis i orientacions que el logopeda recomana.

El CLC aconsella els professionals clínics, investigadors i estudiants que realitzin estudis sobre la intervenció de manteniment en els trastorns de l'alimentació.

Intervencions en l'entorn

S'entén per intervenció en l'entorn el conjunt d'actuacions adreçades a les persones significatives en la vida del pacient, això inclou tant programes d'orientació educativa com suports específics per a les famílies i els cuidadors. Aquesta intervenció ha de fonamentar-se en la identificació prèvia de barreres i facilitadors de l'entorn que influeixen en el desenvolupament i benestar de l'infant, amb l'objectiu de modificar-los de manera estratègica i funcional.

És fonamental acompanyar les famílies en el procés de desmitificació del sentiment de culpa o fracàs associat a les dificultats de l'infant. Les intervencions basades en consells aïllats o pautes descontextualitzades han demostrat una eficàcia limitada, atès que la seva implementació per part dels progenitors sol ser escassa. Com a alternativa, es promou un enfocament centrat en l'aprenentatge actiu i l'empoderament familiar, en què els pares participen de manera reflexiva en l'anàlisi de les estratègies utilitzades, identifiquen les que són més eficaces i exploren

noves vies d'acompanyament als seus fills. En aquest sentit, l'abordatge logopèdic de les dificultats alimentàries ha de contemplar, de manera sistemàtica, la participació activa i continuada de l'entorn familiar.

El CLC aconsella els professionals clínics, investigadors i estudiants que duguin a terme estudis sobre la intervenció a l'entorn del TAP.

Intervencions no recomanades

En el moment de la publicació d'aquest document no es coneixen intervencions no recomanades per la literatura científica.

Equipament

El CLC orienta els professionals de la pràctica clínica sobre la necessitat de disposar del material instrumental adequat per a dur a terme tant l'avaluació com la intervenció rehabilitadora. Entre els elements necessaris habitualment hi trobem guants, depressors linguals, miralls, dispositius d'estimulació vibratòria, gots de diferents formats i coberts adaptats o estandarditzats.

És fonamental tenir en compte que el professional no ha de proporcionar aliments al pacient que no hagi portat el mateix pacient i la seva família, o bé servits per serveis d'alimentació acreditats en centres sanitaris.

És aconsellable comptar amb estris de cuina bàsics, com coberts, plats, gots, estovalles i ganivets adaptats per a la infància. Així mateix, poden incorporar-se altres materials complementaris que afavoreixen l'exploració i el descobriment dels aliments, com ara una lupa, un colador, un embut, un ratllador, una gerra, bols i una taula de tall.

Els electrodomèstics recomanables són: frigorífic, microones, batedora, crepera i bullidor d'aigua.

Per aconseguir una aproximació respectuosa i lúdica als aliments, en molts casos és necessari disposar d'aliments de juguina (fusta, plàstic, imatges plastificades, plastilina...). També ajuda el joc simbòlic (cuines, restaurants, estris de cuina, davantal de cuina, entre d'altres).

És fonamental que els logopedes segueixin mesures d'higiene rigoroses per garantir tant la seguretat dels pacients com la seva pròpia. Aquestes mesures inclouen la desinfecció regular del material i superfícies de treball, el rentat de mans abans i després de cada sessió, l'ús d'utilitatge d'un sol ús quan sigui possible i la ventilació adequada dels espais. A més, en els casos que ho requereixin, com en situacions de risc de contagi, és important utilitzar màscara i guants, i seguir els protocols establerts per les autoritats sanitàries. Aquestes pràctiques són essencials per a prevenir infeccions i crear un entorn terapèutic segur i de confiança.

Tenint en compte els riscos que pot tenir la intervenció logopèdica en TAP, les intervencions han de realitzar-se en entorns sanitaris segurs. Com a eines de seguretat que no han de faltar quan es treballa en alimentació infantil, cal destacar: ambú pediàtric, pinces Magill i pulsioxímetre pediàtric.

Informació d'alta

Requisits d'alta

Per valorar l'estat funcional del pacient en el moment de l'alta, es realitza una nova avaluació amb les mateixes proves i escales de la valoració inicial i s'informa del resultat obtingut després del procés d'intervenció.

Per a aquesta valoració es tindran en compte aspectes de funcionalitat, així com el criteri mèdic d'estabilització i pronòstic, segons les comorbiditats presents.

Es considera que el tractament pot finalitzar quan l'avaluació integral informa que l'estat del pacient ha millorat en el seu grau de severitat. O bé quan:

- Les tasques del tractament són de naturalesa repetitiva i ja no suposen canvis en les capacitats, o el pacient no requereix un seguiment constant per completar-les.
- El pacient ha aconseguit el nivell més alt de capacitat funcional possible, ja que no s'observen millores.
- Els progressos terapèutics han satisfet els requeriments nutricionals i han disminuït el risc de sobreinfecció respiratòria.

Orientacions per a després de l'alta

En el moment de l'alta, la persona atesa ha de rebre un informe amb les recomanacions que ha de seguir. Si encara necessita una adaptació de textures i viscositats d'aliments sòlids i líquids cal reforçar els coneixements del pacient o familiars per identificar les textures adequades segons el marc IDDSI i les tècniques que cal emprar tant en el moment d'elaborar els àpats com en cada deglució.

S'ha d'instruir la família perquè detecti una possible recidiva de l'alteració i per informar de qualsevol modificació de la simptomatologia als professionals que l'han tractat per poder orientar la reactivació dels tractaments o la implementació de mesures específiques per millorar el seu curs clínic.

Codificació CIF

Capítol	Codi i descripció
FUNCIONS CORPORALS	
b2 Funcions sensorials i dolor	b270 Funcions sensorials relacionades amb la temperatura i altres estímuls b279 Funcions sensorials addicionals, altres especificades i no especificades
b5 Funcions dels sistemes digestiu, metabòlic i endocrí	b510 Funcions relacionades amb la ingesta b5100 Succió b5101 Mossegar b5102 Masticació b5103 Manipulació del menjar a la boca b5104 Salivació b5105 Empassar b51051 Deglució faríngia b5153 Tolerància al menjar
ACTIVITATS I PARTICIPACIÓ	
d5 Autocura	d550 Menjar: dur a terme les tasques i accions coordinades relacionades amb menjar els aliments servits, dur-los a la boca i consumir-los de manera adequada segons la cultura local, tallar o partir el menjar en trossos, obrir ampelles i llaunes, fer servir coberts, trobar-se per menjar en banquets o sopars. d560 Beure: subjectar el got, portar-lo a la boca i beure de manera adequada segons la cultura local, barrejar, remenar i servir líquids per beure, obrir ampelles i llaunes, beure una palla o beure aigua corrent com d'una aixeta o font; mamar/lactar.
FACTORS AMBIENTALS	
e1 Productes i tecnologia	e110 Productes o substàncies per al consum personal
e4 Actituds	e465 Normes, costums i ideologies socials: més o menys dificultat per participar en actes relacionats amb els àpats

Bibliografia

- 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 pediatri. 2023;1:505-518 Disponible a: https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/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 a: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1744-1609.2010.00184.x>
- Kerzner B, Milano K, MacLean WC Jr, Berall G, Sutart S, Chatoor 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 a: <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, Huguete V. Trastornos de la deglución en recién nacidos, lactantes y niños. Abordaje fonoaudiológico. 2020;91:161-5. Disponible a: <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.

