



ACADEMIA
ESPAÑOLA DE
NUTRICIÓN
Y DIETÉTICA

Estilo de crianza y prácticas de alimentación en la infancia

Postura de la Academia Española de Nutrición y Dietética

Autoría: Mapi Herrero¹, Eduard Baladia^{2*}, Manuel Moñino², Martina Miserachs², Giuseppe Russolillo²

1. Grupo de Especialización en Nutrición Pediátrica de la Academia Española de Nutrición y Dietética
2. Academia Española de Nutrición y Dietética.

* e.baladia@academianutricion.org

Declaración de Postura

La Academia Española de Nutrición y Dietética reconoce que el estilo de crianza y las prácticas de alimentación de personas cuidadoras (por ejemplo, el personal de comedor escolar) constituyen un determinante esencial de los hábitos alimentarios y de la relación con los alimentos durante la infancia. La evidencia científica actual sugiere de forma consistente que el modo en el que las personas adultas estructuran la alimentación familiar y acompañan las comidas familiares, sirve de modelo y se asocia directamente en la autorregulación del apetito durante la infancia, la aceptación de nuevos alimentos y el riesgo de desarrollar conductas alimentarias problemáticas.

El estilo de crianza **asertivo o responsivo (también llamado autoritativo o democrático)**, caracterizado por alta calidez y estructura, suele asociarse a mejores resultados nutricionales y psicológicos. En contraste, el estilo **autoritario, indulgente o negligente**, definido por coerción, permisividad o falta de implicación, se vincula a peores prácticas alimentarias, mayor riesgo de conflicto familiar y menor capacidad de autorregulación del apetito. Es importante reconocer que estos estilos representan tendencias observadas y no estándares absolutos, que la crianza puede variar a lo largo del tiempo y según las circunstancias, y que los efectos de cada estilo no son deterministas.

Desde esta perspectiva, la Academia subraya las siguientes recomendaciones dirigidas a dietistas-nutricionistas, pediatras y otros profesionales implicados en la atención infantil:

1. **Se recomienda considerar prácticas de alimentación basadas en señales de hambre y saciedad (responsivas) y estructuradas**, donde las personas cuidadoras definan el *qué, cuándo y dónde* se come, y el menor decida *cuánto*. Este principio contribuye a respetar las señales internas de hambre y saciedad y favorece el desarrollo de la autorregulación del apetito, reconociendo que su implementación puede variar según las circunstancias familiares y personales.
2. **Puede ser útil reducir o evitar el uso de los alimentos como herramienta de control emocional o conductual**, incluyendo la presión para comer, las amenazas, los sobornos, los castigos y las recompensas alimentarias. De manera similar, se sugiere favorecer un lenguaje y prácticas libres de estigmatización del peso durante las comidas y en el contexto familiar. Estas estrategias se asocian con un mayor riesgo de ansiedad alimentaria, ingesta excesiva, aversión a los alimentos y peor bienestar psicológico. El clima alimentario familiar, lejos de ser neutro, puede modular estos efectos, por lo que es clave promover interacciones respetuosas, no coercitivas y libres de juicios sobre el peso corporal.
3. **Fomentar un modelo positivo**: durante la infancia, se aprende observando y por imitación. Comer en familia, mostrar disfrute con frutas, hortalizas y otros alimentos saludables, y procurar un ambiente tranquilo durante las comidas, reduciendo el uso de pantallas, puede tener un impacto positivo en los hábitos alimentarios. Además, las conversaciones durante las comidas refuerzan los vínculos familiares y favorecen la comunicación.
4. **Puede ser útil procurar una estructura predecible y planificada de las ingestas a lo largo del día**, con horarios regulares y duración limitada. La estructura es un elemento que puede ofrecer seguridad y de aprendizaje, y dar coherencia a las estrategias alimentarias planificadas en el hogar, aunque su implementación variará según la situación familiar y personal.
5. **Considerar estrategias que favorezcan la autonomía y la participación durante la infancia y**, implicándolos en la selección, preparación y servicio de los alimentos, ofreciendo opciones guiadas y explicaciones adaptadas a su edad.
6. **Puede ser útil organizar el entorno alimentario doméstico** para facilitar elecciones saludables y reducir la exposición cotidiana a productos de baja calidad nutricional, evitando enfoques rígidos, moralizantes o de culpa.
7. **Puede ser útil ofrecer apoyo e información a las familias que manifiestan preocupación por la falta de apetito o la selectividad alimentaria de la infancia**, favoreciendo un enfoque tranquilo y basado en

- la observación del crecimiento y desarrollo normales, y evitando respuestas innecesariamente alarmistas o intervencionistas.
8. **Se sugiere considerar la identificación de situaciones que puedan requerir derivación a otros profesionales**, coordinando la atención dietético-nutricional con pediatría, logopedia, terapia ocupacional o salud mental según corresponda.
 9. **Puede ser útil considerar la evaluación del estilo de crianza, de las dinámicas familiares y de los hábitos alimentarios del entorno cuidador dentro de la práctica dietético-nutricional**, particularmente en contextos de alimentación conflictiva o restricción alimentaria severa. Esta valoración puede incluir la coherencia entre la alimentación de las personas adultas y la que se promueve para los menores, la estructura de horarios y el contexto habitual de las comidas, teniendo en cuenta la diversidad cultural y familiar y las competencias del profesional.
 10. **Se sugiere considerar la aplicación de un enfoque de cuidado alimentario a otros entornos de crianza**, como comedores escolares y espacios comunitarios, reconociendo que las personas cuidadoras en estos contextos también pueden ejercer influencia sobre los hábitos y actitudes hacia la alimentación.

La Academia considera que promover **entornos alimentarios estructurados, predecibles y emocionalmente seguros**, junto con el **apoyo a la autonomía alimentaria** durante la infancia, constituye una herramienta esencial de salud pública. Este enfoque, basado en la combinación de **estructura, rutinas, afecto y disponibilidad de alimentos saludables** en el hogar, se asocia con una mejor calidad de la dieta infantil, podría contribuir a prevenir la cronificación de las dificultades alimentarias, favorecer una relación emocional más saludable con la comida y mejorar la convivencia familiar. Estas recomendaciones deben adaptarse a la diversidad de contextos familiares, culturales y sociales, evitando enfoques rígidos o prescriptivos.

La Academia reconoce que la implementación de este enfoque está condicionada por determinantes sociales más amplios, como la disponibilidad de tiempo, los recursos económicos, las condiciones laborales o el acceso a alimentos saludables, que pueden facilitar o dificultar su aplicación en el contexto familiar. El análisis detallado de estos factores queda fuera del alcance de este documento, lo que constituye una limitación para la interpretación de la aplicabilidad de las recomendaciones en distintos contextos.

En la elaboración de este documento se ha procurado emplear un lenguaje no estigmatizante y centrado en conductas y contextos, evitando atribuciones simplistas o culpabilizadoras. No obstante, se reconoce que el uso del lenguaje en este ámbito es complejo y dinámico, por lo que no puede descartarse que algunas formulaciones no alcancen plenamente este objetivo

En continuidad con el documento pionero del GREP-AEDN “*Si tú comes frutas y hortalizas, ellos también lo harán*” (2010), esta declaración actualiza y amplía aquellos principios fundacionales, integrando la evidencia más reciente y ofreciendo una guía práctica para dietistas-nutricionistas comprometidos/as con una crianza alimentaria saludable y respetuosa.

Fecha de última actualización: 07/04/2026

Contenido

Declaración de Postura	1
Introducción	6
Consideraciones que justifican la postura.....	9
1. Percepciones y realidades sobre las dificultades alimentarias en la infancia.	9
2. Relación entre estilo de crianza, prácticas alimentarias del entorno y conductas alimentarias problemáticas.	13
2.1. Aspectos clave en las prácticas alimentarias de crianza	13
2.2. Relación entre estilos parentales y prácticas alimentarias parentales	15
2.3. Consideraciones prácticas sobre la posible influencia del estilo de crianza en las conductas alimentarias problemáticas	17
Conclusiones.....	22
Referencias.....	22

Reconocimiento

Este informe actualiza y amplía una Declaración de Postura elaborada por el Grupo de Revisión Estudio y Posicionamiento de la Asociación Española de Dietistas-Nutricionistas adoptada en julio de 2010: Grupo de Revisión Estudio y Posicionamiento de la Asociación Española de Dietistas-Nutricionistas (GREP-AEDN). “Si tú comes frutas y hortalizas, ellos también lo harán”. Postura del GREP-AEDN. Julio de 2010 (última actualización: julio/2010). [monografía en Internet]. [citado 17 de 12 de 2025]. Disponible en:

<http://fedn.es/docs/grep/docs/SiTUComesEllosTambien.pdf>

No todos los autores/as de la declaración de postura original de 2010 han participado en esta actualización y, por tanto, no necesariamente comparten todos los desarrollos contenidos en el presente documento.

Revisión

Documento revisado por el Comité Científico de la Academia Española de Nutrición y Dietética en 2026, constituido por: Francisco Celdrán; Cristina Julián Almárcegui; M^a Cruz Martínez; Manuel Moñino; Alma Palau; Mar Ruperto; Giuseppe Russolillo; Alicia Salido; Alba M. Santaliestra Pasías; Mercedes Soto; Eva Trescastro; Claudia Urdangarín Fernández.

Documento sujeto a revisión por parte del Cuerpo de Académicos y de los Grupos de Especialización de la Academia Española de Nutrición y Dietética del 12 al 26 de marzo de 2026.

Introducción

La infancia constituye una etapa decisiva para el establecimiento de los hábitos alimentarios que acompañarán a la persona a lo largo de su vida (1).

Las experiencias tempranas en torno a la comida no solo configuran preferencias, aversiones y rutinas, sino que también sientan las bases para la autorregulación del apetito, la relación emocional con la alimentación y, en última instancia, condicionan el estado de salud presente y futuro (2–5).

En esta etapa de rápida adquisición de hábitos, factores como el entorno alimentario, la disponibilidad de alimentos, el contexto cultural y las dinámicas alimentarias y de estilo de vida de las familias ejercen una influencia determinante (6).

La consolidación de hábitos poco saludables en edades tempranas se ha asociado con un mayor riesgo de desarrollar problemas nutricionales, metabólicos y psicológicos en etapas posteriores, que comprometen la salud física y mental (7,8). Comprender cómo se configuran y consolidan estos patrones durante la infancia resulta, por tanto, esencial para abordar los desafíos actuales en salud pública relacionados con la alimentación.

Durante décadas, la investigación en alimentación infantil ha identificado múltiples factores asociados al desarrollo de problemas como el sobrepeso, la obesidad, la selectividad alimentaria y los patrones de alimentación irregulares o problemáticos. Entre los factores clásicos más estudiados relacionados con el sobrepeso y la obesidad se encuentran la alta disponibilidad de alimentos poco saludables, el sedentarismo, el tiempo excesivo frente a pantallas, la publicidad de alimentos poco saludables dirigida a la infancia, o el bajo nivel socioeconómico de las familias y el entorno escolar (9–14). El estilo y las prácticas de alimentación no deben interpretarse al margen de los determinantes sociales, familiares y culturales que los condicionan, como la inseguridad alimentaria, la disponibilidad de tiempo, los recursos económicos, la salud mental parental, la sobrecarga de cuidados, así como las competencias culinarias del entorno cuidador y su relación con la gastronomía cotidiana. La capacidad para planificar menús, comprar, cocinar y adaptar preparaciones a las necesidades y etapas del desarrollo infantil puede facilitar o dificultar la implementación de prácticas alimentarias estructuradas, variadas y respetuosas. En paralelo, se han implementado diversas intervenciones centradas en la educación alimentaria-nutricional, la limitación de la publicidad, la promoción de la actividad física o el etiquetado de alimentos, cuyos resultados han sido en general modestos y de impacto limitado (15–17). En el caso del sobrepeso y la obesidad infantil, preocupa especialmente una evolución desfavorable que, pese a algunos indicios recientes de estabilización de la

prevalencia en determinados grupos, donde las tasas han dejado de aumentar, no se ha logrado un descenso sostenido en las últimas décadas (18).

La selectividad alimentaria, por su parte, se ha relacionado con factores como la neofobia, la presión para comer o el refuerzo negativo en torno a determinados alimentos (19–22). Asimismo, se reconoce con creciente claridad la presencia de conductas alimentarias irregulares y problemáticas desde edades tempranas, a menudo asociadas a patrones de crianza de control excesivo, de restricción o de uso de la comida como recompensa (23–26). Según el manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, quinta edición revisada (DSM-5-TR), el trastorno por evitación/restricción de la ingesta de alimentos (ARFID/TERIA) se incluye dentro de los trastornos de la conducta alimentaria y de la ingestión de alimentos (27,28). No obstante, algunos autores y autoras distinguen tres categorías fundamentales de dificultades en la conducta alimentaria restrictiva/evitativa: casos en los que se observan cantidades muy reducidas de ingesta, consumo de un número limitado de alimentos (alta selectividad) o presencia de miedo a comer. Con raras excepciones, las clasificaciones recientes de este tipo de alteraciones de la conducta alimentaria no identifican la percepción errónea de las familias sobre la alimentación durante la infancia, como una subcategoría independiente de dificultad alimentaria, aunque constituye claramente un problema clínico que requiere atención (29).

Este panorama se enmarca en un contexto más amplio de preocupación por los elevados índices de malnutrición por exceso en la infancia, la exposición precoz a alimentos ultraprocesados y la escasa adherencia a patrones dietéticos saludables. Aunque factores como la publicidad, el entorno escolar o la disponibilidad de alimentos desempeñan un papel relevante, el estilo de crianza (referenciado en la literatura como estilo parental) emerge también como un determinante fundamental (24). Sin embargo, a menudo es subestimado su papel en la configuración de los hábitos alimentarios y en el desarrollo de una relación saludable o conflictiva con la comida.

En este contexto, cobra cada vez mayor atención el posible papel del estilo de crianza en la configuración de los hábitos alimentarios infantiles. La preocupación familiar por la alimentación infantil es muy frecuente, algunos datos sugieren que más del 50% de las familias perciben que al menos uno de los menores a su cargo podría presentar dificultades para comer. No obstante, cuando se aplican criterios más objetivos y operativos para establecer las dificultades alimentarias, las estimaciones suelen situarse en rangos más moderados (15-35%), y solo una minoría cumple criterios diagnósticos de un trastorno de la alimentación o de un trastorno de la conducta alimentaria. Estos problemas percibidos abarcan un amplio espectro, desde formas leves como el llamado “*picky eating*” (alimentación selectiva o conducta

alimentaria selectiva) hasta casos graves, como los observados en personas con diagnóstico de trastorno del espectro autista (29).

Aunque tradicionalmente se ha abordado este vínculo desde las prácticas alimentarias concretas, como solo ofrecer determinados alimentos o establecer normas en torno a las comidas, el enfoque del estilo de crianza permite integrar también el clima emocional, la calidad de la comunicación y el tipo de relación que se establece entre madres, padres u otras figuras de referencia, y los menores a su cargo.

En esta misma línea, puede ampliarse el concepto de “estilo de crianza” al de “estilo de cuidado alimentario”, incorporando a otras figuras adultas con influencia cotidiana sobre la alimentación infantil, como el personal de comedor escolar y extraescolar, que también ejemplifican conductas, definen la estructura de las comidas y fomentan la responsividad (alimentación basada en señales de hambre y saciedad) y la autonomía del niño.

Integrar explícitamente a estas personas cuidadoras en el análisis y en las intervenciones resulta coherente, por su papel en la configuración de preferencias y autorregulación (por ejemplo, en el aprendizaje por observación, la presión o restricción, y el uso de la comida como recompensa), y por el acompañamiento respetuoso de las comidas en el entorno escolar. De este modo, el foco se amplía desde las acciones exclusivamente familiares hacia una ecosistema de cuidados que abarca la escuela y la comunidad, con potencial de impacto sostenido en los hábitos y en la relación con la comida (30,31).

Desde la psicología del desarrollo se han descrito cuatro estilos parentales: asertivo, autoritario, permisivo y negligente, que combinan distintos grados de calidez y control (32–34).

Algunos estudios han sugerido que el estilo asertivo caracterizado por un equilibrio entre afecto y estructura ordenada y clara del plan alimentario familiar se asocia con patrones alimentarios más saludables y una mejor autorregulación por parte de los niños (35–37). Por el contrario, estilos con bajo nivel de afecto o normas poco claras podrían dificultar la adquisición de hábitos adecuados o favorecer dinámicas problemáticas, como el rechazo a ciertos alimentos o la pérdida de señales internas de hambre y saciedad (33,37–39). Asimismo, se ha observado que aspectos como el aprendizaje por observación de conducta, el uso de la comida como premio o castigo, y el grado de autonomía que se concede en las decisiones alimentarias pueden influir de manera relevante, aunque no siempre uniforme, en la relación que los niños establecen con la comida (40,41).

Ante este escenario, se considera necesario elaborar un documento de postura que visibilice la relevancia del estilo de crianza como un factor de creciente interés en el

ámbito de la alimentación infantil, y que contribuya a ampliar el enfoque de las intervenciones actuales en salud pública y nutrición. Este posicionamiento tiene como propósito no solo sintetizar la evidencia disponible e identificar vacíos de conocimiento, sino también sostener explícitamente que el estilo de crianza y las prácticas de alimentación constituyen un determinante abordable en la promoción de hábitos alimentarios saludables desde la infancia. Sin embargo, las recomendaciones que de este documento puedan derivarse deben adaptarse a la diversidad de contextos familiares, culturales y sociales, evitando enfoques rígidos o prescriptivos.

Reconociendo la complejidad del fenómeno y la diversidad de contextos familiares, este documento no pretende ofrecer respuestas únicas, sino aportar una base argumentativa y conceptual que sirva de orientación para profesionales, responsables de políticas públicas y agentes sociales comprometidos con la promoción de entornos familiares y comunitarios que favorezcan una relación saludable con la alimentación desde los primeros años de vida.

Este documento amplía y actualiza el posicionamiento pionero de la Asociación Española de Dietistas-Nutricionistas, **“Si tú comes frutas y hortalizas, ellos también lo harán” (GREP-AEDN, 2010) (42)**, que ya subrayaba la importancia del aprendizaje por observación en el entorno familiar, la ausencia de prácticas coercitivas (como la presión para comer, la obligación de terminar el plato o el uso de castigos vinculados a la comida), y el respeto por las señales internas de hambre y saciedad como fundamentos de una alimentación infantil saludable. Aquella declaración constituyó un referente temprano en el ámbito hispanohablante sobre la crianza alimentaria respetuosa. El presente texto retoma esos principios, los integra en un marco conceptual más amplio sobre estilo de crianza y prácticas de alimentación, y los desarrolla a la luz de la evidencia científica acumulada en los últimos quince años. Asimismo, el uso de un lenguaje no estigmatizante y centrado en las conductas y los contextos, y no en las personas, resulta fundamental tanto en la práctica clínica como en la comunicación con las familias.

Consideraciones que justifican la postura.

1. Percepciones y realidades sobre las dificultades alimentarias en la infancia.

El concepto de dificultades con la alimentación (*feeding difficulty*) resulta útil precisamente porque funciona como un paraguas que engloba un amplio rango de

situaciones: desde percepciones erróneas de los entornos hasta verdaderos trastornos de la conducta alimentaria infantil (29).

Las dificultades para comer en la infancia constituyen un motivo de consulta frecuente en la práctica clínica y generan gran preocupación en el entorno (43,44). Aunque durante la infancia muchos menores atraviesan etapas transitorias de rechazo a ciertos alimentos o muestran variaciones en el apetito, la percepción de las familias o personas cuidadoras acerca de la conducta alimentaria de los menores suele ser determinante a la hora de buscar atención profesional. Así, si la familia o el entorno expresa preocupación por la alimentación del infante, el equipo de salud valorará la situación y ofrecerá una resolución constructiva del problema (29).

Las estimaciones sugieren que las familias o el entorno identifican que entre el 15-35% de menores durante la infancia tienen dificultades en la alimentación (45-48). Sin embargo, solo entre un 1% y un 5% cumplen criterios diagnósticos de trastornos de la conducta alimentaria (29). Esto implica que la gran mayoría de los casos corresponden a situaciones intermedias, en las que se entremezclan percepciones familiares personales, problemas leves pero tratables y, en menor medida, cuadros que requieren intervención especializada (29,49,50). Diferenciar entre los casos en los que la situación puede estar relacionada con una preocupación excesiva de la familia o cuidadores ante conductas relativamente normales, leves o transitorias, y aquellos que cumplen criterios de trastornos alimentarios constituye un desafío clínico. Sin embargo, es fundamental realizar dicha diferenciación para evitar tanto el intervencionismo innecesario como demoras en la evaluación y tratamiento de problemas que sí lo requieren (29).

Diversos autores han señalado que las dificultades alimentarias reportadas por las familias o entornos suelen agruparse en tres manifestaciones principales: apetito limitado, ingesta selectiva y miedo a alimentarse (29,51-53). Más allá de esta clasificación descriptiva, lo verdaderamente útil en la práctica clínica es reconocer que cada una de estas categorías puede subdividirse según su origen: percepciones erróneas del entorno, problemas conductuales o causas médicas subyacentes (29,53). Estos orígenes conforman un espectro que va desde formas leves y transitorias hasta manifestaciones graves que requieren intervención especializada (29,52). Este enfoque facilita una evaluación clínica jerarquizada en la que se debe priorizar la detección de posibles causas médicas y funcionales antes de atribuir las dificultades a factores conductuales o relacionales, permitiendo un abordaje más preciso y ajustado a la complejidad de cada caso. Desde la perspectiva del proceso de atención nutricional, la correcta identificación del origen del problema es un requisito para la planificación de intervenciones específicas, proporcionales y sostenibles, evitando aproximaciones inespecíficas basadas en ensayo y error.

En consecuencia, y considerando lo anterior, el primer paso en el abordaje clínico de las dificultades en la alimentación durante la infancia debe incluir siempre una evaluación completa. Esto incluye una anamnesis completa, una exploración física detallada, antropometría rigurosa y una evaluación dietética breve (53–55). En esta valoración inicial resulta especialmente importante explorar los hábitos alimentarios del entorno cuidador, en particular del familiar. No solo conviene identificar los alimentos de consumo habitual, sino también valorar si existen diferencias significativas entre la alimentación de las personas adultas y la que se espera de los menores, especialmente a partir de los 2–3 años, como ocurre cuando determinados alimentos apenas están presentes en la dieta familiar de las personas adultas pero se pretende que formen parte habitual de la alimentación infantil. Asimismo, puede ser útil considerar el grado de estructura del entorno alimentario, incluyendo la regularidad de los horarios, la organización de las ingestas y si las comidas suelen realizarse en compañía o en solitario. En ausencia de cuadros patológicos físicos o psicológicos, estas dinámicas del entorno pueden contribuir de manera importante a explicar parte de las dificultades alimentarias observadas.

La atención debe centrarse en la detección de señales de alarma, entendidas como signos o síntomas clínicos y conductuales para así diagnosticar de forma adecuada e intervenir de forma urgente y, en muchos casos, realizar una derivación a especialistas para una investigación más profunda.

Entre los problemas clínicos más relevantes destacan la disfagia y la broncoaspiración, que pueden conducir a una alimentación restrictiva evitativa, representando riesgos importantes para la seguridad y la salud de la persona afectada, y en consecuencia exigen la intervención de profesionales especializados (29,56,57). Además, en aquellos casos donde se sospeche un problema médico, resulta útil realizar una evaluación básica de las pruebas de laboratorio y un cribado de infecciones, alergias o intolerancias alimentarias, como la alergia a proteínas de leche de vaca o al huevo, así como la enfermedad celíaca, dada su frecuencia e impacto en la conducta alimentaria infantil.

De forma complementaria, la valoración integral debe considerar la función orofacial y la integración sensorial, aspectos que con frecuencia subyacen a las dificultades para comer. Las alteraciones en la motricidad orofacial, la masticación o la deglución pueden requerir la intervención de un profesional de la logopedia especializado en alimentación y terapia miofuncional/orofacial o un profesional de odontopediatría, mientras que los trastornos de procesamiento sensorial, ya sea por hipersensibilidad o hiporreactividad a texturas, sabores o temperaturas, se benefician del abordaje por parte de un profesional de terapia ocupacional con formación en integración sensorial (58–60). Incorporar estas valoraciones especializadas contribuye a identificar de

manera temprana factores fisiológicos o sensoriales que pueden perpetuar la evitación alimentaria, optimizando así la eficacia del tratamiento nutricional y conductual.

Una vez descartados o identificados los problemas físicos, la atención debe dirigirse hacia la dimensión conductual (61). Es importante reconocer que los problemas de conducta pueden coexistir con los problemas físicos, y que ambos requieren un abordaje diferenciado (55,62). Entre las señales de alarma conductuales destacan la oposición sistemática a la alimentación, las rabietas intensas en torno a la comida, o la presencia de dinámicas familiares muy conflictivas durante las ingestas (29,55). Estos casos suelen beneficiarse de intervenciones centradas en la modificación de la conducta y en la educación del entorno, puesto que el estilo de crianza y las prácticas alimentarias desempeñan un papel clave en el mantenimiento o la resolución del problema.

El estilo de alimentación del entorno cobra especial relevancia en este contexto. Prácticas como ejercer presión excesiva durante la alimentación, utilizar la comida como premio o castigo, o adoptar un estilo rígido y mecanicista, se han asociado con una mayor persistencia o intensificación de las dificultades alimentarias en lugar de resolverlas (63–66). A su vez, la percepción errónea de personas del entorno, es decir, la percepción de que el menor no come lo suficiente o de que su crecimiento es inadecuado cuando en realidad se encuentra dentro de parámetros normales, constituye un factor que puede contribuir a mantener la preocupación en el entorno y favorecer dinámicas de interacción poco adaptativas durante las comidas (29,67). En estos casos, la labor del profesional de la nutrición y la pediatría incluye no solo tranquilizar y educar al entorno, sino también proporcionar estrategias para mejorar la dinámica alimentaria y prevenir la instauración de patrones de control contraproducentes.

En resumen, las dificultades para comer en la infancia deben entenderse como un continuo que abarca desde percepciones erróneas del entorno hasta problemas funcionales, patológicos o conductuales claramente definidos.

El abordaje requiere una evaluación sistemática y multidisciplinar, que comience por descartar enfermedades orgánicas, continúe con la identificación de problemas conductuales y, en todos los casos, considere la influencia del estilo de crianza y las dinámicas del entorno. Reconocer la complejidad de este fenómeno es esencial para ofrecer respuestas ajustadas a cada situación, evitando tanto la sobrerreacción como la infravaloración, y asegurando un acompañamiento clínico y educativo que contribuya a una relación saludable durante la infancia con la alimentación. El abordaje de estas dificultades requiere, con frecuencia, una coordinación entre distintos profesionales, incluyendo pediatría, nutrición, psicología y terapias específicas, en función de las necesidades de cada caso.

2. Relación entre estilo de crianza, prácticas alimentarias del entorno y conductas alimentarias problemáticas.

Los estilos de crianza y, de forma más específica, el estilo de alimentación de las personas cuidadoras modulan de forma directa las conductas alimentarias durante la infancia, la autorregulación del apetito y la relación con los alimentos (68,69). Como ya se ha mencionado, la literatura distingue con claridad entre estilos de crianza generales (asertivo, autoritario, permisivo y negligente) y estilos/prácticas de alimentación relacionadas (responsivo vs. controlador; restricción, presión para comer, modelado de conducta alimentaria, estructura del entorno de comidas) (37). Por lo general, el ambiente general de crianza en el que transcurre la comida suele estar relacionado con la elección de prácticas específicas. Estas prácticas deben interpretarse en el contexto de determinantes sociales más amplios, como la disponibilidad de tiempo, los recursos económicos, las condiciones laborales o el acceso a alimentos saludables, que pueden facilitar o dificultar su implementación.

2.1. Aspectos clave en las prácticas alimentarias de crianza

Un marco ampliamente utilizado es el que organiza las prácticas de alimentación en tres campos:

- 1) Estructura, donde destacan las rutinas de comidas, establecimiento de límites claros, escenificación de rituales alimentarios, la disponibilidad y accesibilidad de alimentos saludables y el modelado, entre otros;
- 2) Apoyo a la autonomía implicando los menores en el proceso alimentario, ofreciendo opciones guiadas o el razonamiento y refuerzo positivo;
- 3) Control represivo a través del cual se ejerce presión para comer, se despliega una restricción rígida y se usan recompensas o castigos con comida.

La estructura combina elementos como horarios predecibles, reglas claras y un entorno alimentario que facilita elecciones saludables. Dos componentes muestran asociaciones especialmente consistentes: el modelo de crianza y la disponibilidad y accesibilidad de alimentos. El metaanálisis de Yee y cols. (41) encontró asociaciones consistentes entre el ejemplo de consumo de las personas adultas y el consumo durante la infancia, así como entre la disponibilidad/accesibilidad y el consumo. Estos efectos parecen ser más evidentes en el caso de los alimentos saludables, aunque la

disponibilidad también predice la ingesta de alimentos no saludables cuando estos están presentes. La magnitud de estas asociaciones varía según la edad y el contexto. En el caso de los alimentos a evitar, el establecimiento de normas y límites claros (*rule-making*) puede contribuir positivamente, aunque de forma modesta, a partir de los 7 años. Estas prácticas de estructura se potencian con comidas familiares frecuentes, asociadas a mejor calidad global de la dieta y, en menor medida, a menor índice de masa corporal (IMC) (70). Asimismo, la disponibilidad de productos de baja calidad se asocia de forma consistente con un mayor picoteo (*snacking*) no saludable en edades infantiles (71). Desde una perspectiva práctica, esta estructura también implica valorar la coherencia entre la alimentación habitual de las personas adultas y la que se promueve para los menores, así como aspectos cotidianos como la regularidad de los horarios, la organización de las comidas y el hecho de comer en compañía o en solitario, dado que estos elementos forman parte del aprendizaje alimentario por observación y de la normalización de rutinas.

El apoyo a la autonomía implica involucrar desde la infancia en las elecciones alimentarias. Por ejemplo, elegir entre dos hortalizas al comprar o incluir en el menú, ayudar a preparar la mesa, explicar las razones de las decisiones y reforzar con mensajes positivos las conductas deseables. El metaanálisis de Yee y cols. (41) sugiere que la guía activa/educación se asocia con un mayor consumo de alimentos saludables y que, en menores de 6 años, los mensajes de refuerzo positivo son útiles para promover la aceptación y consumo de alimentos saludables y contener el de los no saludables. La evidencia subraya, además, la bidireccionalidad: una alimentación de baja calidad puede inducir prácticas menos responsables, y estas, a su vez, contribuir a su mantenimiento en el tiempo; por ello, la consistencia en el tiempo es clave (72).

El control coercitivo muestra los perfiles de resultado más desfavorables. La presión altera la sensibilidad a señales internas de hambre/saciedad y puede reducir la aceptación de alimentos y mostrar más dificultad en la aceptación y consumo. La restricción tiene matices: la restricción abierta (*overt*) en la que el menor percibe el control, como por ejemplo “esto está prohibido para ti”, se asocia a mayor reactividad alimentaria, es decir, a un aumento del interés y la respuesta impulsiva hacia los alimentos restringidos, y en consecuencia una peor calidad de la dieta; por el contrario, la restricción encubierta (*covert*), aquella que organiza el entorno para que los alimentos no saludables apenas estén disponibles, se vincula a menor ingesta de estos alimentos y con menos efectos indeseados (73,74). Además, usar alimentos como recompensa se asocia con mayor preferencia por productos muy apetecibles (diseñados para resultar especialmente atractivos al gusto) y con patrones de ingesta menos adaptativos a medio plazo, como una menor autorregulación, una mayor ingesta en ausencia de hambre y una menor diversidad alimentaria (24). Con todo, conviene matizar que, el establecimiento de reglas claras, en ausencia de coerción, y

especialmente en relación con alimentos no saludables, puede tener efectos preventivos modestos a medida que crecen. En edades tempranas, como en la etapa preescolar, la combinación de estructura y apoyo a la autonomía resulta más eficaz (41).

Aunque la mayor parte de estas asociaciones proceden de estudios observacionales y pueden estar afectadas por confusión y causalidad inversa, el patrón de resultados es consistente: mientras que la estructura, el ejemplo, la disponibilidad saludable y el apoyo a la autonomía se alinean con mejores resultados, por el contrario, la presión, la restricción abierta, y premiar con comida, se asocian con peores perfiles alimentarios.

Además, la posibilidad real de aplicar estas prácticas depende en parte de las competencias culinarias, organizativas y gastronómicas del entorno cuidador. La planificación de menús, la compra habitual de alimentos frescos o mínimamente procesados, la capacidad para prepararlos de forma aceptable y segura, y la familiaridad con preparaciones compatibles con la cultura alimentaria del hogar o del centro pueden condicionar la variedad alimentaria ofrecida, la exposición repetida a determinados alimentos y la calidad global del entorno alimentario. En este sentido, algunas dificultades atribuidas inicialmente a la conducta alimentaria infantil pueden estar mediadas, al menos en parte, por limitaciones prácticas del entorno para incorporar ciertos alimentos o preparaciones en la vida cotidiana.

2.2. Relación entre estilos de crianza y prácticas alimentarias

La relación entre estilos de crianza y prácticas de alimentación puede entenderse como un continuo en el que el clima general de crianza, definido por el binomio calidez–control, se traduce en comportamientos concretos en torno a la comida.

El *Caregiver's Feeding Styles Questionnaire (CFSQ)* ha permitido clasificar de forma consistente a las personas cuidadoras en los cuatro estilos (asertivo, autoritario, indulgente y no implicado/negligente) y vincular estos perfiles con la calidad de la dieta y el estado ponderal infantil (75).

Existe una cierta asociación entre estilos de crianza y la tendencia a adoptar o no ciertas prácticas en relación a la estructura (reglas, horarios, disponibilidad saludable y modelado), apoyo a la autonomía (implicar al niño, opciones guiadas, razonamiento y refuerzo no alimentario) y control coercitivo (imposición de una conducta mediante presión, restricción abierta, sobornos/amenazas con comida) que definen las prácticas de alimentación del entorno del menor (20,76,77).

En el estilo asertivo (alto calidez y alta estructura), las comidas se organizan con horarios planificados y un entorno sin distracciones. Los adultos se presentan como un modelo a seguir, y deciden lo que se ofrece, cuidando la disponibilidad de alimentos saludables. Este enfoque se combina con apoyo a la autonomía: la persona adulta decide qué, cuándo y dónde se come, y el menor decide la cantidad que ingiere; y se evitan la presión y los sobornos. Este clima cálido con límites claros favorece la respuesta a las señales internas de hambre y saciedad y aumenta su exposición no coercitiva a frutas y hortalizas. En conjunto, la literatura describe que este estilo durante la infancia mejora la calidad de la dieta y aumenta la capacidad de autorregulación del apetito (78–83), con tendencia a un menor riesgo de obesidad en comparación con otros estilos. No obstante, es importante reconocer que este estilo no siempre es plenamente alcanzable en todos los contextos, y que las prácticas de crianza pueden variar a lo largo del tiempo y según las circunstancias familiares y sociales.

El **estilo autoritario** (escasa calidez y alto control) se caracteriza por la presión para ingerir alimentos, la restricción abierta (“esto está prohibido”) y el uso de amenazas o sobornos con alimentos. Son prácticas en las que se percibe el control externo. Este patrón deteriora la sensibilidad a las señales internas de hambre/saciedad, incrementa la sensación de pérdida de libertad, lo que aumenta la motivación para realizar la acción opuesta. Además, en el caso de la restricción abierta, puede aumentar el atractivo de los alimentos restringidos y promover la ingesta de alimentos en ausencia de hambre. No sorprende que se asocie con peor autorregulación y menor consumo de alimentos saludables, como frutas y hortalizas (78,80,83–85), así como con patrones de peso menos saludables respecto a contextos más cálidos y estructurados.

En el **estilo indulgente** (alta calidez y escasa estructura), predominan las concesiones: se cocina según la demanda del menor, se ofrecen habitualmente platos especiales y se mantiene un entorno alimentario con alta disponibilidad de productos muy apetecibles y baja calidad nutricional; y las reglas son difusas o inexistentes. Aunque la afectividad es elevada, la falta de límites podría asociarse a una menor exposición a sabores y texturas menos preferidos, y a una mayor frecuencia de picoteo no saludable, lo que podría desplazar el consumo de alimentos saludables de alta densidad nutricional. Este patrón se ha asociado de forma consistente con peor calidad global de la dieta y mayor riesgo de sobrepeso u obesidad en preescolares (80,84–88).

Por último, el **estilo negligente** (escaso afecto y control) se traduce en una baja estructura y falta de supervisión de la alimentación, con pocas oportunidades de tener un referente y de exposición guiada. Al no organizar el entorno ni establecer rutinas, disminuye la disponibilidad de alimentos saludable y pueden pasar inadvertidas señales de alerta clínicas, por ejemplo, estancamiento del peso o dolor abdominal

asociado a la ingesta. En comparación con el asertivo, este estilo se vincula a peores perfiles dietéticos (menor consumo de frutas, hortalizas y lácteos) y peor control de peso (78,85).

2.3. Consideraciones prácticas sobre la posible influencia del estilo de crianza en las conductas alimentarias problemáticas

El modo en el que las familias y las personas cuidadoras organizan y acompañan las comidas, resultado del estilo de crianza, influye de manera decisiva en la autorregulación durante la infancia y la evolución de las conductas alimentarias problemáticas de sus dificultades con la comida. Estas suelen presentarse de formas diversas y han sido clasificadas en tres grandes categorías: infancias con apetito limitado, con ingesta selectiva y con miedo a alimentarse (29,51–53). Esta categorización, basada en las preocupaciones expresadas por las familias, permite diferenciar, a su vez, entre percepciones erróneas, problemas funcionales y situaciones que cumplen criterios de trastornos de la alimentación. Cada grupo presenta características específicas y plantea distintos retos diagnósticos y terapéuticos.

A continuación, se presentan las tres complicaciones alimentarias identificadas en el párrafo anterior, proporcionando consideraciones prácticas para tener en cuenta según los diferentes tipos de crianza y reflejando aquellas dinámicas que puedan resultar más positivas. En general, los estilos caracterizados por una alta estructura y un elevado nivel de afecto (asertivo) se asocian con prácticas responsivas que favorecen la autorregulación alimentaria. En contraste, los estilos coercitivos (autoritario) o aquellos con baja estructura (indulgentes y negligentes) suelen asociarse con trayectorias menos favorables. Este patrón resulta coherente con los marcos teóricos de las prácticas parentales (estructura, apoyo a la autonomía y control coercitivo) así como con las síntesis previas de la literatura científica (89). .

2.3.1. Preocupación por baja ingesta en la infancia en contextos de crecimiento normal.

La característica central de este grupo es la percepción de las familias de que el menor come poco, aun cuando el crecimiento y desarrollo se mantienen dentro de parámetros normales, aunque posiblemente en límites inferiores (29,90). En muchos casos, la ingesta es proporcional al tamaño corporal y adecuada para cubrir los requerimientos nutricionales (90). Sin embargo, el estrés y la excesiva preocupación del entorno podría conducir a dinámicas conflictivas durante las comidas (91).

A la luz de la literatura disponible, en los casos en los que el crecimiento es normal, la evidencia sugiere que el objetivo principal no debería ser aumentar la ingesta, sino que el momento de la comida sea una experiencia agradable.

En entornos asertivos la combinación de estructura (horarios regulares, ambiente sin pantallas, duración acotada de la comida) y apoyo a la autonomía (la persona adulta decide qué, cuándo y dónde; el menor decide cuánto), favorece que atiendan a sus señales internas de hambre y saciedad. Esto puede facilitar una interpretación del apetito limitado como parte de la variabilidad normal, lo que puede contribuir a reducir el conflicto durante las comidas.

En cambio, el estilo autoritario (forzar, insistir con “una cucharada más”, castigos o recompensas con comida), se ha asociado a una menor sensibilidad al hambre/saciedad, una mayor resistencia y, paradójicamente, en algunos casos a una menor ingesta, perpetuando un clima negativo en la mesa.

La indulgencia (baja estructura) puede facilitar el picoteo de alimentos no saludables, desplazando a otros de mayor densidad nutricional.

El estilo negligente (bajo afecto, baja estructura) añade el riesgo de no detectar consumos insuficientes.

En la práctica, la evidencia sugiere priorizar la estructura y el respeto a las señales de hambre y saciedad durante la infancia (responsividad): mantener rutinas estables, entornos alimentarios saludables y variados, reforzar las conductas positivas sin recurrir a premiar con alimentos y evitar la coerción y los sobornos con alimentos poco saludables. Este enfoque favorece la autorregulación y contribuye a desescalar el conflicto cotidiano en torno a la alimentación.

2.3.2. Preocupación por selectividad alimentaria en la infancia: del comportamiento normativo a la presentación clínica

La selectividad alimentaria abarca desde comportamientos fisiológicos dentro de la normalidad hasta trastornos graves con repercusiones nutricionales y emocionales.

Una de las formas más comunes es la neofobia, definida como el rechazo de alimentos desconocidos (21,29,92). Este fenómeno aparece hacia el final del primer año de vida, alcanza su punto máximo entre los 18 y 24 meses y suele resolverse progresivamente con exposiciones repetidas. La neofobia, aunque a menudo percibida por el entorno como un problema, constituye en realidad un comportamiento normal y transitorio (3,21,92). Sin embargo, la literatura sugiere

que debe evaluarse si el nivel de neofobia afecta o no a la calidad global de la dieta y si representa o no una limitación en la cobertura de las necesidades nutricionales (92).

La neofobia suele resolverse mediante exposiciones repetidas y no coercitivas, acompañadas de un modelado positivo, oferta de opciones guiadas, como por ejemplo elegir entre dos frutas, características del estilo de crianza asertivo. Por el contrario, en contextos autoritarios, la presión para comer y la restricción explícita de ciertos alimentos tiende a mantener el rechazo e incrementar la ansiedad asociada al alimento.

Un segundo grupo de comportamientos selectivos corresponde al **denominado *picky eating*** (alimentación selectiva o conducta alimentaria selectiva), que corresponden a una categoría de difícil delimitación y con definiciones variables según países y culturas. Este patrón, caracterizado por una selectividad leve o transitoria, se suele asociar con un crecimiento y desarrollo adecuados, pero también con una conducta alimentaria que puede generar malestar y conflictos familiares. Aunque no se considera un problema médico *per se*, sí requiere la atención del equipo sanitario, tanto para descartar causas orgánicas como para orientar a las familias en el manejo de la situación. (21,29,93–95). A diferencia de la neofobia, la exposición repetida a los alimentos rechazados rara vez mejora su aceptación. (21). Además, la dinámica puede tener un impacto bidireccional: las dificultades en la conducta alimentaria pueden generar en el entorno un aumento de prácticas de alimentación coercitivas o indulgentes, que a su vez pueden perpetuar la selectividad alimentaria y favorecer la ansiedad o la depresión (66), pudiendo además deteriorar el clima emocional en las comidas (20).

En los estilos indulgentes, la hiperadaptación, manifestada por ofrecer siempre los alimentos preferidos y mejor aceptados, evitando cualquier rechazo, puede estar relacionada con una exposición a sabores y texturas menos familiares, reduciendo la diversidad de la dieta, favoreciendo la consolidación de un repertorio alimentario restringido y una peor calidad global de la dieta. Por su parte, en los estilos negligentes, la baja implicación de las familias o las personas cuidadoras limita las oportunidades de reflejar un modelo ejemplificante y exposición guiada, lo que incrementa el riesgo nutricional cuando la selectividad alimentaria es marcada.

En los casos más graves se habla de **comportamientos altamente selectivos**, donde la limitación del repertorio alimentario es tan marcada, que pueden cumplirse criterios de un trastorno clínicamente significativo. En estos casos debe valorarse específicamente si la presentación encaja con ARFID/TERIA según criterios DSM-5-TR y/o con un *Pediatric Feeding Disorder* (PFD), dado que ambos constructos presentan solapamientos, pero no son equivalentes (29,54,95). Estos comportamientos se caracterizan por aversiones sensoriales basadas en sabor, textura, olor, temperatura

o apariencia a categorías completas de alimentos. La selectividad grave puede interrumpir el desarrollo de habilidades motoras orales normales y asociarse tanto con una hipo o hipersensibilidad sensorial en otras áreas, como la reacción a ruidos fuertes, luces brillantes o determinadas texturas en la piel. El ejemplo paradigmático es del autismo, frecuentemente asociado a problemas de alimentación, en su mayoría caracterizados por una selectividad muy marcada (60,96–98) y consecuencias nutricionales y emocionales significativas que requieren un abordaje multidisciplinar (96).

Cuando la selectividad alcanza el umbral patológico, es frecuente la coexistencia de alteraciones sensoriales, retrasos oromotores o comorbilidades del neurodesarrollo. En estos casos, la coerción durante la alimentación suele consolidar la evitación. El manejo óptimo requiere un abordaje multidisciplinar, que integre la intervención nutricional, la terapia ocupacional u oromotora y el apoyo psicológico. Se requiere de estrategias de exposición graduada no restrictiva dentro de un marco estructurado y seguro, en coherencia con las recomendaciones clínicas actuales y con los modelos de prácticas parentales (88).

2.3.3. Fagofobia y evitación alimentaria de origen experiencial en la infancia

El **miedo a la alimentación** puede surgir tras experiencias negativas intensas vinculadas a la ingesta de alimentos (99).

Después de episodios como atragantamiento o dolor al comer, puede aparecer miedo a la alimentación (fagofobia/disfagia funcional secundaria a experiencias aversivas) (100). En estos casos, el estilo autoritario (presión, amenazas) puede incrementar la ansiedad y reforzar la evitación alimentaria. Por su parte, el estilo indulgente, en el que se evita el alimento temido para no provocar malestar, podría contribuir al mantenimiento del miedo al suprimir la exposición terapéutica necesaria para la habituación. En cambio, un enfoque asertivo que combine alta estructura, exposición jerarquizada, señales de seguridad, porciones pequeñas y refuerzo no alimentario, puede facilitar el reaprendizaje y se alinea con los principios de desensibilización gradual empleados en la práctica clínica. Finalmente, el estilo negligente puede asociarse con una menor detección de signos de alarma como disfagia, aspiración, dolor o pérdida de peso, lo que puede dar lugar a retrasos en la derivación a pediatría, logopedia/terapia orofacial u ocupacional o salud mental.

En presencia de estos síntomas, es fundamental coordinar la atención multidisciplinar, manteniendo en paralelo un marco de comidas estructurado, predecible y no coercitivo (89).

En conjunto, los datos convergen en un mensaje operativo: la combinación de estructura visible y apoyo a la autonomía constituye el conjunto de prácticas de crianza con el mejor balance riesgo-beneficio para prevenir la cronificación de las dificultades alimentarias en las tres dimensiones descritas (neofobia, selectividad y miedo a la alimentación).

Aunque identificar el estilo de crianza puede ser útil para orientar la intervención, lo que realmente modifica el curso clínico es el entrenamiento en conductas específicas: fomentar un modelo de crianza y entornos alimentarios saludables en el hogar, promover la exposición alimentaria repetida no coercitiva, establecer reglas claras sin recurrir a castigos ni sobornos y mantener un clima emocional seguro y agradable durante las comidas. Este patrón resume la dirección general de la evidencia disponible y sirve como base sólida para recomendaciones anticipatorias y el diseño de planes de tratamiento familiares (20).

En conjunto, la evidencia disponible sugiere que los entornos alimentarios estructurados, predecibles y emocionalmente seguros, junto con el apoyo a la autonomía, constituyen el marco más consistente para favorecer una relación saludable con la alimentación durante la infancia

Limitaciones y consideraciones

Es importante señalar que una parte sustancial de la evidencia disponible en este ámbito procede de estudios observacionales, a menudo con definiciones heterogéneas tanto de las exposiciones (estilos y prácticas de crianza) como de los desenlaces (conductas alimentarias y estado nutricional), lo que introduce variabilidad en los resultados y limita la comparabilidad entre estudios. Asimismo, estos estudios pueden estar influidos por factores de confusión no siempre controlados o completamente ajustados, así como por la posible presencia de confusión residual, junto con fenómenos de bidireccionalidad o causalidad inversa, en los que las variables consideradas como desenlaces (conducta alimentaria infantil) también pueden influir en los factores considerados de exposición (prácticas de crianza y del entorno). En consecuencia, las asociaciones descritas deben interpretarse con cautela, tanto en su dirección como en su magnitud. En conjunto, estas limitaciones metodológicas deben tenerse en cuenta al interpretar la evidencia disponible, especialmente en lo que respecta a la inferencia de relaciones causales.

Asimismo, aunque se reconoce la relevancia de los determinantes sociales en la configuración de las prácticas alimentarias y de crianza, su análisis detallado ha quedado fuera del alcance de este documento, lo que constituye una limitación a la hora de interpretar la aplicabilidad de las recomendaciones en distintos contextos. En

este sentido, tampoco se ha desarrollado de forma específica el papel de las competencias culinarias, la organización doméstica o la relación de las familias y de otros entornos cuidadores con la gastronomía cotidiana, factores que pueden influir de manera relevante en la viabilidad y aplicación práctica de las recomendaciones propuestas.

Por último, se ha procurado emplear un lenguaje no estigmatizante, centrado en las conductas y los contextos, evitando atribuciones simplistas o culpabilizadoras hacia las personas menores o sus entornos. No obstante, se reconoce que el uso del lenguaje en este ámbito es complejo y dinámico, por lo que no puede descartarse que algunas formulaciones no alcancen plenamente este objetivo. Este aspecto constituye una limitación inherente a la elaboración del presente documento.

Conclusiones

Copiar aquí la declaración de postura inicial, a modo de conclusión.

Referencias

1. Horovitz O. Theory of Food: Unravelling the Lifelong Impact of Childhood Dietary Habits on Adult Food Preferences across Different Diet Groups. *Nutrients*. 31 de enero de 2024;16(3):428. doi:10.3390/nu16030428 PubMed PMID: 38337713; PubMed Central PMCID: PMC10857510.
2. Yuan WL, Rigal N, Monnery-Patris S, Chabanet C, Forhan A, Charles MA, et al. Early determinants of food liking among 5y-old children: a longitudinal study from the EDEN mother-child cohort. *Int J Behav Nutr Phys Act*. 15 de febrero de 2016;13(1):20. doi:10.1186/s12966-016-0342-5
3. Krupa-Kotara K, Nowak B, Markowski J, Rozmiarek M, Grajek M. Food Neophobia in Children Aged 1–6 Years—Between Disorder and Autonomy: Assessment of Food Preferences and Eating Patterns. *Nutrients*. enero de 2024;16(17):3015. doi:10.3390/nu16173015
4. Russell CG, Russell A. Appetite Self-Regulation in Childhood: A Narrative Review and Conceptual Model of Processes and Mechanisms With Implications for Research and Practice. *Nutr Rev*. 1 de septiembre de 2025;83(9):1784-99. doi:10.1093/nutrit/nuae220

5. Finistrella V, Gianni N, Fintini D, Menghini D, Amendola S, Donini LM, et al. Neophobia, sensory experience and child's schemata contribute to food choices. *Eat Weight Disord.* 2024;29(1):25. doi:10.1007/s40519-024-01657-5 PubMed PMID: 38587606; PubMed Central PMCID: PMC11001701.
6. Scaglioni S, De Cosmi V, Ciappolino V, Parazzini F, Brambilla P, Agostoni C. Factors Influencing Children's Eating Behaviours. *Nutrients.* 31 de mayo de 2018;10(6):706. doi:10.3390/nu10060706 PubMed PMID: 29857549; PubMed Central PMCID: PMC6024598.
7. Dubois L, Bédard B, Goulet D, Prud'homme D, Tremblay RE, Boivin M. Eating behaviors, dietary patterns and weight status in emerging adulthood and longitudinal associations with eating behaviors in early childhood. *Int J Behav Nutr Phys Act.* 16 de noviembre de 2022;19(1):139. doi:10.1186/s12966-022-01376-z
8. Luque V, Closa-Monasterolo R, Grote V, Ambrosini GL, Zaragoza-Jordana M, Ferré N, et al. Dietary patterns acquired in early life are associated with cardiometabolic markers at school age. *Clin Nutr.* julio de 2021;40(7):4606-14. doi:10.1016/j.clnu.2021.06.001 PubMed PMID: 34229265.
9. Vega-Salas MJ, Murray C, Nunes R, Hidalgo-Arestegui A, Curi-Quinto K, Penny ME, et al. School environments and obesity: a systematic review of interventions and policies among school-age students in Latin America and the Caribbean. *Int J Obes.* enero de 2023;47(1):5-16. doi:10.1038/s41366-022-01226-9
10. Pineda E, Stockton J, Scholes S, Lassale C, Mindell JS. Food environment and obesity: a systematic review and meta-analysis. *BMJNPH.* 22 de abril de 2024. doi:10.1136/bmjnph-2023-000663 PubMed PMID: 10.1136/bmjnph-2023-000663.
11. Pourmoradian S, Ostadrahimi A, Bonab AM, Roudsari AH, Jabbari M, Irandoost P. Television food advertisements and childhood obesity: A systematic review. *Int J Vitam Nutr Res.* enero de 2021;91(1-2):3-9. doi:10.1024/0300-9831/a000681 PubMed PMID: 32936062.
12. Coleman PC, Hanson P, van Rens T, Oyebode O. A rapid review of the evidence for children's TV and online advertisement restrictions to fight obesity. *Prev Med Rep.* 28 de enero de 2022;26:101717. doi:10.1016/j.pmedr.2022.101717 PubMed PMID: 35141122; PubMed Central PMCID: PMC8814640.
13. Haghjoo P, Siri G, Soleimani E, Farhangi MA, Alesaeidi S. Screen time increases overweight and obesity risk among adolescents: a systematic review and dose-

- response meta-analysis. BMC Prim Care. 28 de junio de 2022;23:161. doi:10.1186/s12875-022-01761-4 PubMed PMID: 35761176; PubMed Central PMCID: PMC9238177.
14. Pearson N, Biddle SJH. Sedentary behavior and dietary intake in children, adolescents, and adults. A systematic review. Am J Prev Med. agosto de 2011;41(2):178-88. doi:10.1016/j.amepre.2011.05.002 PubMed PMID: 21767726.
15. Bhattacharya S, Saleem SM, Bera OP. Prevention of childhood obesity through appropriate food labeling. Clin Nutr ESPEN. febrero de 2022;47:418-21. doi:10.1016/j.clnesp.2021.12.010 PubMed PMID: 35063237.
16. Upton A, Spirou D, Craig M, Saul N, Winmill O, Hay P, et al. Health literacy and obesity: A systematic scoping review. Obes Rev. junio de 2025;26(6):e13904. doi:10.1111/obr.13904 PubMed PMID: 39933504; PubMed Central PMCID: PMC12069161.
17. Boyland E, McGale L, Maden M, Hounscome J, Boland A, Jones A. Systematic review of the effect of policies to restrict the marketing of foods and non-alcoholic beverages to which children are exposed. Obes Rev. agosto de 2022;23(8):e13447. doi:10.1111/obr.13447 PubMed PMID: 35384238; PubMed Central PMCID: PMC9541016.
18. Bravo-Saquicela DM, Sabag A, Rezende LFM, Rey-Lopez JP. Has the Prevalence of Childhood Obesity in Spain Plateaued? A Systematic Review and Meta-Analysis. International Journal of Environmental Research and Public Health. 26 de abril de 2022;19(9). doi:10.3390/ijerph19095240
19. Kutbi HA. The Relationships between Maternal Feeding Practices and Food Neophobia and Picky Eating. International Journal of Environmental Research and Public Health. enero de 2020;17(11):3894. doi:10.3390/ijerph17113894
20. Wolstenholme H, Kelly C, Hennessy M, Heary C. Childhood fussy/picky eating behaviours: a systematic review and synthesis of qualitative studies. Int J Behav Nutr Phys Act. 3 de enero de 2020;17(1):2. doi:10.1186/s12966-019-0899-x
21. Dovey TM, Staples PA, Gibson EL, Halford JCG. Food neophobia and «picky/fussy» eating in children: a review. Appetite. 2008;50(2-3):181-93. doi:10.1016/j.appet.2007.09.009 PubMed PMID: 17997196.
22. Torres T de O, Gomes DR, Mattos MP. FACTORS ASSOCIATED WITH FOOD NEOPHOBIA IN CHILDREN: SYSTEMATIC REVIEW. Rev Paul Pediatr. 6 de noviembre de 2020;39:e2020089. doi:10.1590/1984-

- 0462/2021/39/2020089 PubMed PMID: 33175005; PubMed Central PMCID: PMC7649857.
23. Dolwick AP, Persky S. Parental Reward-Based Eating Drive Predicts Parents' Feeding Behaviors and Children's Ultra-Processed Food Intake. *Appetite*. 1 de septiembre de 2021;164:105241. doi:10.1016/j.appet.2021.105241 PubMed PMID: 33839147; PubMed Central PMCID: PMC8529800.
 24. Jansen PW, Derks IPM, Mou Y, van Rijen EHM, Gaillard R, Micali N, et al. Associations of parents' use of food as reward with children's eating behaviour and BMI in a population-based cohort. *Pediatr Obes*. noviembre de 2020;15(11):e12662. doi:10.1111/ijpo.12662 PubMed PMID: 32548949; PubMed Central PMCID: PMC7583369.
 25. Harris HA, Kininmonth AR, Nas Z, Derks IPM, Quigley F, Jansen PW, et al. Prospective associations between early childhood parental feeding practices and eating disorder symptoms and disordered eating behaviors in adolescence. *Int J Eat Disord*. marzo de 2024;57(3):716-26. doi:10.1002/eat.24159 PubMed PMID: 38387486.
 26. Hampshire C, Mahoney B, Davis SK. Parenting Styles and Disordered Eating Among Youths: A Rapid Scoping Review. *Front Psychol*. 27 de enero de 2022;12. doi:10.3389/fpsyg.2021.802567
 27. Kreipe RE, Palomaki A. Beyond picky eating: avoidant/restrictive food intake disorder. *Curr Psychiatry Rep*. agosto de 2012;14(4):421-31. doi:10.1007/s11920-012-0293-8 PubMed PMID: 22665043.
 28. Bryant-Waugh R, Markham L, Kreipe RE, Walsh BT. Feeding and eating disorders in childhood. *Int J Eat Disord*. marzo de 2010;43(2):98-111. doi:10.1002/eat.20795 PubMed PMID: 20063374.
 29. Kerzner B, Milano K, MacLean WC, Berall G, Stuart S, Chatoor I. A practical approach to classifying and managing feeding difficulties. *Pediatrics*. febrero de 2015;135(2):344-53. doi:10.1542/peds.2014-1630 PubMed PMID: 25560449.
 30. Manera-Bassols M, Salvador-Castell G. Acompanyar els àpats dels infants: consells per a les famílies i per als menjadors escolars [Internet]. Barcelona: Agència de Salut Pública de Catalunya; 2024 [cited 2025 Dec 17]. Available from: <https://scientiasalut.gencat.cat/bitstream/handle/11351/1986.2/acompanyar-apats-infants-consells-families-menjadors-escolars-2024-cas.pdf?sequence=29&isAllowed=y>.

31. Birch L, Savage JS, Ventura A. Influences on the Development of Children's Eating Behaviours: From Infancy to Adolescence. *Can J Diet Pract Res*. 2007;68(1):s1-56. PubMed PMID: 19430591; PubMed Central PMCID: PMC2678872.
32. Saffo A, Rogers J. A Modern Analysis of the Frequency of Baumrind's Parenting Style. Vol. 1. 2017;1.
33. Sanvictores T, Mendez MD. Types of Parenting Styles and Effects on Children. En: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025 [citado 17 de diciembre de 2025]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK568743/> PubMed PMID: 33760502.
34. Power TG. Parenting Dimensions and Styles: A Brief History and Recommendations for Future Research. *Child Obes*. agosto de 2013;9(Suppl 1):S-14-S-21. doi:10.1089/chi.2013.0034 PubMed PMID: 23944920; PubMed Central PMCID: PMC3746212.
35. Goodman LC, Roberts LT, Musher-Eizenman DR. Mindful feeding: A pathway between parenting style and child eating behaviors. *Eat Behav*. enero de 2020;36:101335. doi:10.1016/j.eatbeh.2019.101335 PubMed PMID: 31760367.
36. Burke MP, Jones SJ, Frongillo EA, Blake CE, Fram MS. Parenting styles are associated with overall child dietary quality within low-income and food-insecure households. *Public Health Nutr*. octubre de 2019;22(15):2835-43. doi:10.1017/S1368980019001332 PubMed PMID: 31203828; PubMed Central PMCID: PMC10260409.
37. Lopez NV, Schembre S, Belcher BR, O'Connor S, Maher JP, Arbel R, et al. Parenting styles, food-related parenting practices, and children's healthy eating: A mediation analysis to examine relationships between parenting and child diet. *Appetite*. 1 de septiembre de 2018;128:205-13. doi:10.1016/j.appet.2018.06.021 PubMed PMID: 29920321; PubMed Central PMCID: PMC7529118.
38. Shloim N, Edelson LR, Martin N, Hetherington MM. Parenting Styles, Feeding Styles, Feeding Practices, and Weight Status in 4–12 Year-Old Children: A Systematic Review of the Literature. *Front Psychol*. 14 de diciembre de 2015;6. doi:10.3389/fpsyg.2015.01849
39. Leuba AL, Meyer AH, Kakebeeke TH, Stülz K, Arhab A, Zysset AE, et al. The relationship of parenting style and eating behavior in preschool children. *BMC*

- Psychol. 22 de noviembre de 2022;10(1):275. doi:10.1186/s40359-022-00981-8
40. Mahmood L, Flores-Barrantes P, Moreno LA, Manios Y, Gonzalez-Gil EM. The Influence of Parental Dietary Behaviors and Practices on Children's Eating Habits. *Nutrients*. abril de 2021;13(4):1138. doi:10.3390/nu13041138
 41. Yee AZH, Lwin MO, Ho SS. The influence of parental practices on child promotive and preventive food consumption behaviors: a systematic review and meta-analysis. *Int J Behav Nutr Phys Act*. 11 de abril de 2017;14(1):47. doi:10.1186/s12966-017-0501-3
 42. Grupo de Revisión Estudio y Posicionamiento de la Asociación Española de Dietistas-Nutricionistas (GREP-AEDN). "Si tú comes frutas y hortalizas, ellos también lo harán". Postura del GREP-AEDN. Julio de 2010 (última actualización: julio/2010). [monografía en Internet]. [citado 17 de 12 de 2025]. Disponible en: <http://fedn.es/docs/grep/docs/SiTUComesEllosTambien.pdf>.
 43. Simione M, Dartley AN, Cooper-Vince C, Martin V, Hartnick C, Taveras EM, et al. Family-centered outcomes that matter most to parents: A pediatric feeding disorders qualitative study. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*. agosto de 2020;71(2):270-5. doi:10.1097/MPG.0000000000002741 PubMed PMID: 32304556; PubMed Central PMCID: PMC8204401.
 44. Fernández de Valderrama Rodríguez A, Ochoa Sangrador C, Pedrón Giner C, Sánchez Hernández J. Psychological and social impact on parents of children with feeding difficulties. *Anales de Pediatría (English Edition)*. 1 de noviembre de 2022;97(5):317-25. doi:10.1016/j.anpede.2022.09.004
 45. Galai T, Friedman G, Moses M, Shemer K, Gal DL, Yerushalmy-Feler A, et al. Demographic and clinical parameters are comparable across different types of pediatric feeding disorder. *Sci Rep*. 21 de mayo de 2022;12(1):8596. doi:10.1038/s41598-022-12562-1
 46. Białek-Dratwa A, Kowalski O. Prevalence of Feeding Problems in Children and Associated Factors—A Cross-Sectional Study among Polish Children Aged 2–7 Years. *Nutrients*. 18 de julio de 2023;15(14):3185. doi:10.3390/nu15143185 PubMed PMID: 37513602; PubMed Central PMCID: PMC10384107.
 47. Sdravou K, Fotoulaki M, Emmanouilidou-Fotoulaki E, Andreoulakis E, Makris G, Sotiriadou F, et al. Feeding Problems in Typically Developing Young Children, a Population-Based Study. *Children (Basel)*. 13 de mayo de 2021;8(5):388. doi:10.3390/children8050388 PubMed PMID: 34068336; PubMed Central PMCID: PMC8153308.

48. Tang MY, Liu XM, Yang F. The prevalence and predictors of feeding difficulties in children at self-feeding transition stage. *Front Pediatr.* 10 de julio de 2023;11. doi:10.3389/fped.2023.1175927
49. Benjasuwantep B, Chaithirayanon S, Eiamudomkan M. Feeding problems in healthy young children: prevalence, related factors and feeding practices. *Pediatr Rep.* 13 de junio de 2013;5(2):38-42. doi:10.4081/pr.2013.e10 PubMed PMID: 23904965; PubMed Central PMCID: PMC3718228.
50. Esparó G, Canals J, Jané C, Ballespí S, Viñas F, Domènech E. Feeding problems in nursery children: prevalence and psychosocial factors. *Acta Paediatr.* mayo de 2004;93(5):663-8. PubMed PMID: 15174792.
51. Saure C, Zonis LN, González Sanguinetti X, Kovalskys I. Feeding difficulties in childhood: A narrative review. *Arch Argent Pediatr.* 1 de octubre de 2024;122(5):e202310200. doi:10.5546/aap.2023-10200.eng PubMed PMID: 38527212.
52. Jacobi C, Schmitz G, Agras WS. Is picky eating an eating disorder? *Int J Eat Disord.* noviembre de 2008;41(7):626-34. doi:10.1002/eat.20545 PubMed PMID: 18454484.
53. Pergeline H, Gonnet L, Fernandez A, Solla F, Poinso F, Guivarch J. Diagnosis and Treatment of Pediatric Feeding Disorders: A Narrative Literature Review. *Children (Basel).* 6 de marzo de 2025;12(3):333. doi:10.3390/children12030333 PubMed PMID: 40150615; PubMed Central PMCID: PMC11941252.
54. Goday PS, Huh SY, Silverman A, Lukens CT, Dodrill P, Cohen SS, et al. Pediatric Feeding Disorder. *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* enero de 2019;68(1):124-9. doi:10.1097/MPG.0000000000002188 PubMed PMID: 30358739; PubMed Central PMCID: PMC6314510.
55. Daley SF, Riaz Y, Sergi C. Pediatric Feeding Disorders: Recognition, Diagnosis, and Management. En: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025 [citado 17 de diciembre de 2025]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK564306/> PubMed PMID: 33231976.
56. Arvedson J, Rogers B, Buck G, Smart P, Msall M. Silent aspiration prominent in children with dysphagia. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol.* enero de 1994;28(2-3):173-81. doi:10.1016/0165-5876(94)90009-4 PubMed PMID: 8157416.

57. Dharmaraj R, Elmaoued R, Alkhouri R, Vohra P, Castillo RO. Evaluation and Management of Pediatric Feeding Disorder. *Gastrointestinal Disorders*. marzo de 2023;5(1):75-86. doi:10.3390/gidisord5010008
58. Beaudry Bellefeuille I. El rechazo a alimentarse y la selectividad alimentaria en el niño menor de 3 años: una compleja combinación de factores médicos, sensoriomotores y conductuales. *Acta pediátr esp*. mayo de 2014;72(5):92-7.
59. Solano PAE, Garc'ía MAV. Factores Contextuales Asociados a la Selectividad de la Conducta Alimentaria: Perspectiva Fonoaudiológica. *Areté*. 12 de julio de 2022;22(1):77-84. doi:10.33881/1657-2513.art.22109
60. Pizarro M. M, Saffery Q. K, Gajardo O. P, Pizarro M. M, Saffery Q. K, Gajardo O. P. Trastorno del procesamiento sensorial. Una mirada conjunta desde la terapia ocupacional y la otorrinolaringología. *Revista de otorrinolaringología y cirugía de cabeza y cuello*. marzo de 2022;82(1):114-26. doi:10.4067/s0718-48162022000100114
61. Williams K, Seiverling L. Behavior Analytic Feeding Interventions: Current State of the Literature. *Behav Modif*. julio de 2023;47(4):983-1011. doi:10.1177/01454455221098118 PubMed PMID: 35674422; PubMed Central PMCID: PMC10291736.
62. Bąbik KM, Horvath A, Dziechciarz P, Ostaszewski P. Feeding difficulties: etiology and growth parameters. *Arch Med Sci*. 21 de octubre de 2020. doi:10.5114/aoms.2020.100187
63. Chilman L, Kennedy-Behr A, Frakking T, Swanepoel L, Verdonck M. Picky Eating in Children: A Scoping Review to Examine Its Intrinsic and Extrinsic Features and How They Relate to Identification. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. enero de 2021;18(17):9067. doi:10.3390/ijerph18179067
64. Papaioannou MA, Micheli N, Power TG, O'Connor TM, Fisher JO, Hughes SO. Maternal Feeding Styles and Child Appetitive Traits: Direction of Effects in Hispanic Families With Low Incomes. *Front Public Health*. 2 de junio de 2022;10. doi:10.3389/fpubh.2022.871923
65. Carnell S, Benson L, Driggin E, Kolbe L. Parent Feeding Behavior and Child Appetite: Associations Depend on Feeding Style. *Int J Eat Disord*. noviembre de 2014;47(7):705-9. doi:10.1002/eat.22324 PubMed PMID: 24976396; PubMed Central PMCID: PMC4211951.
66. Jansen PW, de Barse L, Jaddoe VW, Verhulst FC, Franco OH, Tiemeier H. Bi-directional associations between child fussy eating and parents' pressure to eat:

- who influences whom? *Physiol Behav.* 1 de julio de 2017;176:101-6. doi:10.1016/j.physbeh.2017.02.015 PubMed PMID: 28215424; PubMed Central PMCID: PMC5436628.
67. Brown CL, Ip EH, Skelton J, Lucas C, Vitolins MZ. Parental concerns about picky eating and undereating, feeding practices, and child's weight. *Obes Res Clin Pract.* 2022;16(5):373-8. doi:10.1016/j.orcp.2022.08.011 PubMed PMID: 36097260; PubMed Central PMCID: PMC11682711.
68. Savage JS, Fisher JO, Birch LL. Parental influence on eating behavior: conception to adolescence. *J Law Med Ethics.* 2007;35(1):22-34. doi:10.1111/j.1748-720X.2007.00111.x PubMed PMID: 17341215; PubMed Central PMCID: PMC2531152.
69. Galloway AT, Fiorito LM, Francis LA, Birch LL. «Finish your soup»: counterproductive effects of pressuring children to eat on intake and affect. *Appetite.* mayo de 2006;46(3):318-23. doi:10.1016/j.appet.2006.01.019 PubMed PMID: 16626838; PubMed Central PMCID: PMC2604806.
70. Snuggs S, Harvey K. Family Mealtimes: A Systematic Umbrella Review of Characteristics, Correlates, Outcomes and Interventions. *Nutrients.* 22 de junio de 2023;15(13):2841. doi:10.3390/nu15132841 PubMed PMID: 37447168; PubMed Central PMCID: PMC10346164.
71. Blaine RE, Kachurak A, Davison KK, Klabunde R, Fisher JO. Food parenting and child snacking: a systematic review. *Int J Behav Nutr Phys Act.* 3 de noviembre de 2017;14(1):146. doi:10.1186/s12966-017-0593-9
72. Costa A, Severo M, Oliveira A. Food parenting practices and eating behaviors in childhood: a cross-lagged approach within the Generation XXI cohort. *The American Journal of Clinical Nutrition.* 1 de julio de 2021;114(1):101-8. doi:10.1093/ajcn/nqab024 PubMed PMID: 33742190.
73. Brown KA, Ogden J, Vögele C, Gibson EL. The role of parental control practices in explaining children's diet and BMI. *Appetite.* 1 de marzo de 2008;50(2):252-9. doi:10.1016/j.appet.2007.07.010
74. Ogden J, Reynolds R, Smith A. Expanding the concept of parental control: a role for overt and covert control in children's snacking behaviour? *Appetite.* julio de 2006;47(1):100-6. doi:10.1016/j.appet.2006.03.330 PubMed PMID: 16682098.
75. Hughes SO, Cross MB, Hennessy E, Tovar A, Economos CD, Power TG. Caregiver's Feeding Styles Questionnaire. Establishing cutoff points. *Appetite.*

- febrero de 2012;58(1):393-5. doi:10.1016/j.appet.2011.11.011 PubMed PMID: 22119478; PubMed Central PMCID: PMC3268070.
76. Hughes SO, Power TG, Orlet Fisher J, Mueller S, Nicklas TA. Revisiting a neglected construct: parenting styles in a child-feeding context. *Appetite*. 1 de febrero de 2005;44(1):83-92. doi:10.1016/j.appet.2004.08.007
77. Hubbs-Tait L, Kennedy TS, Page MC, Topham GL, Harrist AW. Parental feeding practices predict authoritative, authoritarian, and permissive parenting styles. *J Am Diet Assoc*. julio de 2008;108(7):1154-61; discussion 1161-1162. doi:10.1016/j.jada.2008.04.008 PubMed PMID: 18589022.
78. Kremers SPJ, Brug J, de Vries H, Engels RCME. Parenting style and adolescent fruit consumption. *Appetite*. agosto de 2003;41(1):43-50. doi:10.1016/s0195-6663(03)00038-2 PubMed PMID: 12880620.
79. Blissett J. Relationships between parenting style, feeding style and feeding practices and fruit and vegetable consumption in early childhood. *Appetite*. diciembre de 2011;57(3):826-31. doi:10.1016/j.appet.2011.05.318 PubMed PMID: 21651932.
80. Patrick H, Nicklas TA, Hughes SO, Morales M. The benefits of authoritative feeding style: caregiver feeding styles and children's food consumption patterns. *Appetite*. abril de 2005;44(2):243-9. doi:10.1016/j.appet.2002.07.001 PubMed PMID: 15808898.
81. Arlinghaus KR, Vollrath K, Hernandez DC, Momin SR, O'Connor TM, Power TG, et al. Authoritative parent feeding style is associated with better child dietary quality at dinner among low-income minority families. *Am J Clin Nutr*. 1 de octubre de 2018;108(4):730-6. doi:10.1093/ajcn/nqy142 PubMed PMID: 30169719; PubMed Central PMCID: PMC6186208.
82. White HJ, Meyer C, Palfreyman Z, Haycraft E. Family mealtime emotions and food parenting practices among mothers of young children: Development of the Mealtime Emotions Measure for Parents (MEM-P). *Maternal & Child Nutrition*. 2022;18(3):e13346. doi:10.1111/mcn.13346
83. Spielvogel I, Naderer B, Binder A, Matthes J. The Forbidden Reward. The Emergence of Parent-Child Conflicts About Food Over Time and the Influence of Parents' Communication Strategies and Feeding Practices. *Front Public Health*. 18 de enero de 2021;8. doi:10.3389/fpubh.2020.604702
84. Pickard A, Edwards KL, Farrow C, Haycraft E, Herle M, Llewellyn C, et al. Parents' use of coercive and indulgent feeding practices for children with avid eating behaviour: an Ecological Momentary Assessment study. *Int J Behav Nutr*

- Phys Act. 7 de febrero de 2025;22(1):16. doi:10.1186/s12966-025-01715-w
PubMed PMID: 39920643; PubMed Central PMCID: PMC11803941.
85. Ventura AK, Birch LL. Does parenting affect children's eating and weight status? *Int J Behav Nutr Phys Act.* 17 de marzo de 2008;5(1):15. doi:10.1186/1479-5868-5-15
 86. Hughes SO, Shewchuk RM, Baskin ML, Nicklas TA, Qu H. Indulgent feeding style and children's weight status in preschool. *J Dev Behav Pediatr.* octubre de 2008;29(5):403-10. doi:10.1097/DBP.0b013e318182a976 PubMed PMID: 18714209; PubMed Central PMCID: PMC2769986.
 87. Oke A, Vizcarra M, Stecher MJ, Schwingel A, Rodriguez Y. Indulgent Feeding Style Moderates the Association of Food Responsiveness to Body Mass Index Z-scores of Preschoolers. *J Nutr Educ Behav.* noviembre de 2022;54(11):1034-41. doi:10.1016/j.jneb.2022.05.001 PubMed PMID: 36184355.
 88. Chaidez V, McNiven S, Vosti SA, Kaiser LL. Sweetened food purchases and indulgent feeding are associated with increased toddler anthropometry. *J Nutr Educ Behav.* 2014;46(4):293-8. doi:10.1016/j.jneb.2013.05.011 PubMed PMID: 24188800.
 89. Vaughn AE, Ward DS, Fisher JO, Faith MS, Hughes SO, Kremers SPJ, et al. Fundamental constructs in food parenting practices: a content map to guide future research. *Nutr Rev.* febrero de 2016;74(2):98-117. doi:10.1093/nutrit/nuv061 PubMed PMID: 26724487; PubMed Central PMCID: PMC4892304.
 90. Saarilehto S, Lapinleimu H, Keskinen S, Helenius H, Talvia S, Simell O. Growth, energy intake, and meal pattern in five-year-old children considered as poor eaters. *J Pediatr.* marzo de 2004;144(3):363-7. doi:10.1016/j.jpeds.2003.12.028 PubMed PMID: 15001944.
 91. Nelson JA, Holub SC. Parents' feeding stress and pressure: Family mealtime dynamics with preschoolers across one week. *Appetite.* 1 de julio de 2025;211:107992. doi:10.1016/j.appet.2025.107992
 92. Białek-Dratwa A, Szczepańska E, Szymańska D, Grajek M, Krupa-Kotara K, Kowalski O. Neophobia—A Natural Developmental Stage or Feeding Difficulties for Children? *Nutrients.* 6 de abril de 2022;14(7):1521. doi:10.3390/nu14071521 PubMed PMID: 35406134; PubMed Central PMCID: PMC9002550.
 93. Jacobi C, Atras WS, Bryson S, Hammer LD. Behavioral validation, precursors, and concomitants of picky eating in childhood. *J Am Acad Child Adolesc*

- Psychiatry. enero de 2003;42(1):76-84. doi:10.1097/00004583-200301000-00013 PubMed PMID: 12500079.
94. Wardle J, Guthrie CA, Sanderson S, Rapoport L. Development of the Children's Eating Behaviour Questionnaire. *J Child Psychol Psychiatry*. octubre de 2001;42(7):963-70. doi:10.1111/1469-7610.00792 PubMed PMID: 11693591.
 95. Chatoor I. Feeding disorders in infants and toddlers: diagnosis and treatment. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*. abril de 2002;11(2):163-83. doi:10.1016/s1056-4993(01)00002-5 PubMed PMID: 12109316.
 96. Sharp WG, Berry RC, McCracken C, Nuhu NN, Marvel E, Saulnier CA, et al. Feeding problems and nutrient intake in children with autism spectrum disorders: a meta-analysis and comprehensive review of the literature. *J Autism Dev Disord*. septiembre de 2013;43(9):2159-73. doi:10.1007/s10803-013-1771-5 PubMed PMID: 23371510.
 97. Pinto-Silva R, Nunes Costa AM, Tello-Rodrigues I. Feeding problems in children with autism spectrum disorders: a systematic review. *Speech, Language and Hearing*. 3 de abril de 2023;26(2):130-41. doi:10.1080/2050571X.2022.2078133
 98. Cermak SA, Curtin C, Bandini LG. Food selectivity and sensory sensitivity in children with autism spectrum disorders. *J Am Diet Assoc*. febrero de 2010;110(2):238-46. doi:10.1016/j.jada.2009.10.032 PubMed PMID: 20102851; PubMed Central PMCID: PMC3601920.
 99. Gianneschi JR, Washington KA, Nicholas J, Pilato I, LeMay-Russell S, Rivera-Cancel AM, et al. Assessing Fears of Negative Consequences in Children with Symptoms of Avoidant Restrictive Food Intake Disorder. *Int J Eat Disord*. diciembre de 2024;57(12):2329-40. doi:10.1002/eat.24303 PubMed PMID: 39513484; PubMed Central PMCID: PMC12208279.
 100. Verdonshot RJCG, Baijens LWJ, Vanbelle S, Florie M, Dijkman R, Leeters IPM, et al. Medically Unexplained Oropharyngeal Dysphagia at the University Hospital ENT Outpatient Clinic for Dysphagia: A Cross-Sectional Cohort Study. *Dysphagia*. 2019;34(1):43-51. doi:10.1007/s00455-018-9912-9 PubMed PMID: 29872993; PubMed Central PMCID: PMC6349964.