



TRASTORNOS ALIMENTARIOS EN MENORES DE 5 AÑOS Y SU RELACIÓN CON LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR

EATING DISORDERS IN CHILDREN UNDER 5 YEARS OF AGE AND THEIR RELATIONSHIP TO FAMILY FUNCTION

Arturo García-Galicia^{1,a,b}, Álvaro José Montiel-Jarquín^{1,b,c}, Blanca Paola Rivera-Zúñiga^{1,d},
Diego Torres-Santiago^{2,e}, Alejandra Aréchiga-Santamaría^{3,f},
Akihiki Mizuki González- López^{4,g}, Carlos Alberto López-Bernal^{1,h}

RESUMEN

Introducción: Los trastornos alimentarios en menores de 5 años pueden causar alteraciones en el desarrollo y crecimiento. Pueden asociarse con trastornos de la funcionalidad familiar. **Objetivos:** Describir los trastornos de alimentación de tipo no orgánico en menores de 5 años y su asociación con la funcionalidad familiar en un hospital de segundo nivel en Puebla. **Métodos:** Estudio descriptivo y transversal, en el que se incluyeron niños menores de 5 años con trastornos alimentarios no orgánicos. A los padres que previamente firmaron el consentimiento informado se les aplicó la herramienta IMFED para estudio de los trastornos alimenticios, y FACES III para describir la funcionalidad familiar. Se utilizó estadística descriptiva y coeficiente de Spearman. **Resultados:** Se evaluaron 105 pacientes de los cuales 57 fueron hombres y 48 mujeres. La edad media fue 30,42 mínimo 2, máximo 60, \pm 16,68 meses. El grupo etario predominante fue de 12-23 meses. 45,71% de los padres reportaron adaptabilidad familiar caótica y 39,04% cohesión relacionada. El trastorno de alimentación más frecuente fue aversiones sensoriales al alimento. Más del 60% presentaron dos o más trastornos de alimentación. La correlación entre adaptabilidad familiar y trastornos de alimentación fue 0,248 ($p=0.011$), y entre cohesión familiar y trastornos de alimentación 0,87 ($p=0,38$). **Conclusión:** Los trastornos de alimentación más frecuentes fueron aversión sensorial al alimento y anorexia infantil. Se correlacionan levemente con adaptabilidad familiar. Son más frecuentes en familias con adaptabilidad caótica. Los menores de 5 años con dos o más trastornos alimentarios son los más frecuentes.

Palabras clave: Desórdenes alimenticios no orgánicos; Problemas familiares; Funcionalidad familiar; Trastornos de la sensación (fuente: DeCS BIREME).

ABSTRACT

Introduction: Eating disorders in children under 5 years of age can cause alterations in development and growth. They can be associated with disorders of family functionality. **Objectives:** To describe non-organic eating disorders in children under 5 years of age and their association with family functionality in a second-level hospital in Puebla, Mexico. **Methods:** Descriptive and cross-sectional study, in which children under 5 years of age with non-organic eating disorders were included. Parents who previously signed informed consent were given the IMFED tool to study eating disorders and FACES III to describe family functionality. Descriptive statistics and Spearman's coefficient were used. **Results:** 105 patients were evaluated, of which 57 were men and 48 women. The mean age was 30.42 months minimum 2, maximum 60, \pm 16.68 months. The predominant age group was 12-23 months. 45.71% of parents reported chaotic family adaptability, and 39.04% related cohesion. The most common eating disorder was sensory food aversions. More than 60% had two or more eating disorders. The correlation between family and eating disorders adaptability was 0.248 ($p = 0.011$), and cohesion between familiar and eating disorder was 0,87 ($p = 0,38$). **Conclusions:** The most frequent eating disorders were sensory aversion to food and infantile anorexia. They are slightly correlated with family adaptability. They are more frequent in families with chaotic adaptability. Children under 5 years of age with two or more eating disorders are the most frequent.

Key words: Non-organic eating disorders; Family problems, family functionality; Sensation disorders (source: MeSH NLM).

¹ Unidad Médica de Alta Especialidad Hospital de Especialidades, Centro Médico Nacional "Gral. de Div. Manuel Ávila Camacho", Instituto Mexicano del Seguro Social, Puebla-México.

² Instituto Mexicano del Seguro Social, Hospital General de Zona no. 20, Servicio de Pediatría, Delegación Puebla-México.

³ Centro de Atención Integral GARE, Servicio de Psicología Infantil, Puebla-México.

⁴ Instituto Mexicano del Seguro Social, Unidad de Medicina Familiar N° 6, Delegación Puebla, Puebla-México.

^a Médico Especialista en Pediatría, ^b Maestro en Ciencias Médicas e Investigación, ^c Médico Especialista en Cirugía General, ^d Médica General.

^e Médica Especialista en Medicina del Niño y del Adulto para los Servicios Rurales de Salud, ^f Psicóloga Especialista en Neuropsicología infantil, ^g Médico Especialista en Medicina Familiar, ^h Médica Especialista en Cirugía Coloproctológica.

Citar como: García-Galicia Arturo, Montiel-Jarquín Álvaro José, Rivera-Zúñiga Blanca Paola, Torres-Santiago Diego, Aréchiga-Santamaría Alejandra, González-López Akihiki Mizuki, López-Bernal Carlos Alberto. Trastornos alimentarios en menores de 5 años y su relación con la funcionalidad familiar. Rev. Fac. Med. Hum. Julio 2021; 21(3):494-501. DOI 10.25176/RFMH.v21i3.3796

Journal home page: <http://revistas.urp.edu.pe/index.php/RFMH>

Artículo publicado por la Revista de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Ricardo Palma. Es un artículo de acceso abierto, distribuido bajo los términos de la Licencia Creative Commons: Creative Commons Attribution 4.0 International, CC BY 4.0 (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>), que permite el uso no comercial, distribución y reproducción en cualquier medio, siempre que la obra original sea debidamente citada. Para uso comercial, por favor póngase en contacto con revista.medicina@urp.pe





INTRODUCCIÓN

Los trastornos de la alimentación en las edades de lactancia y preescolar representan un reto de alta demanda de atención en la consulta pediátrica. Estos niños se caracterizan por comer lento y en cantidades insuficientes, y ser muy selectivos con los alimentos que ingieren^(1,2). El Manual de Enfermedades Mentales 5ª edición (DSM 5) los define como fallo persistente para comer adecuadamente, conduciendo a un fracaso significativo para ganar peso o a pérdida de peso en al menos un mes. Por las características del grupo etario, se ubican en la categoría de "trastorno por evitación/restricción de la ingesta de alimentos". Estos no son atribuibles a una afección médica concurrente ni a otro trastorno mental, estos trastornos pueden ocasionar alteraciones en el estado nutricional y en el desarrollo de los pacientes⁽³⁾; de esta manera, aquellos trastornos cuyo inicio se asocia con otras entidades patológicas de origen orgánico quedarían excluidos.

Chatoor y cols. en 2002 propuso una categorización de estos trastornos en niños menores e igual a 5 años de edad, clasificándolos en: 1. Trastornos de estados de regulación, 2. Trastornos de reciprocidad o de vínculo, 3. Anorexia infantil, 4. Aversión sensorial a la comida, 5. Asociado a condiciones médicas específicas y 6. Postraumático. Estas categorías no son excluyentes y aún permanecen vigentes⁽¹⁾. Evidentemente la definición de DSM 5 no incluye la categoría 5 de Chatoor, pero sí las otras.

Los trastornos de la regulación se definen como la dificultad de mantener un estado de alerta calmado a la hora de alimentarse. Es decir, pueden estar muy somnolientos o muy agitados o muy estresados, y esto causa problemas para alimentarse correctamente. Los trastornos de reciprocidad o vínculo identifican los problemas en la relación entre el niño y su cuidador, lo que resulta en mala alimentación. La anorexia infantil se caracteriza por falta de interés del niño por la comida, pero gran atención en explorar e interactuar con el medio; es decir, expresa problemas en la regulación externa para comer, generalmente mediada por experiencias emocionales y no por la sensación de hambre. En los trastornos por aversión sensorial el infante rechaza ciertas comidas por su apariencia, sabor, textura u olor, sólo ingiere comida de su preferencia o ya conocida. En los trastornos asociados a una condición médica concurrente, se cree que ésta causa estrés en el niño que reusa continuar comiendo cuando ha iniciado. Los trastornos alimentarios postraumáticos ocurren

cuando los niños tuvieron experiencias negativas como atragantamientos o conatos de ahogamiento con ciertos alimentos, lo que causa aversión a comer^(1,2). Estos trastornos afectan de un 20% a 80% a niños con problemas familiares asociándose a su desarrollo^(1,2).

FACES III es una escala para evaluar la cohesión y adaptabilidad familiar e integra conceptos de terapia familiar a partir de tres variables principales que definen el constructo: la cohesión, la flexibilidad y la comunicación; estas 2 últimas agrupadas en adaptabilidad. Se compone de 20 ítems, 10 de los cuales evalúan la cohesión y otros 10 la adaptabilidad mediante una escala tipo Likert de cinco puntos (4 Ponce-rosas). Su validez ha sido ampliamente documentada en español en diversos países de habla hispana, incluyendo México⁽⁴⁻⁶⁾.

La herramienta IMFeD se ha utilizado eficazmente en 11 países para identificar los desórdenes en la alimentación en los niños, y posteriormente ofrecer manejo nutricional. Los pediatras la han reportado como una herramienta muy fácil de usar⁽⁷⁻⁹⁾.

MÉTODOS

Diseño y estudio

Estudio descriptivo, transversal que se realizó en el servicio de pediatría de un Hospital de 2º nivel de atención del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) en Puebla, México.

Población y muestra

Se reclutaron niños menores de 5 años con trastornos de la alimentación no orgánicos, cuyos padres aceptaron contestar las escalas firmando además el consentimiento informado.

Procedimientos

A los padres de estos niños se les aplicó la herramienta IMFeD y la escala FACES III. Se eliminaron del estudio a los niños cuyos padres no completaron la respuesta de los cuestionarios.

Se consideraron trastornos de la alimentación no orgánicos a todo fallo persistente para comer adecuadamente que conduce a un fracaso significativo para ganar peso o a pérdida de peso en al menos un mes, sin relación a problemas gastrointestinales o a la falta de alimento⁽²⁾.

Análisis estadístico

El análisis de los datos se efectuó con estadística descriptiva. La correlación entre funcionalidad

familiar y los trastornos de alimentación se realizó con coeficiente de Spearman; se consideró significativo una cifra de $p=0,05$ o menor.

Aspectos éticos

Este estudio fue aprobado por el Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud 2102 del IMSS. En todo momento se cuidó la confidencialidad de los datos de cada paciente y sus tutores.

RESULTADOS

Se reclutaron 105 pacientes menores de 5 años portadores de trastornos alimentarios no orgánicos. La edad media fue 30,42 meses (mínimo 2, máximo 60 meses, $\pm 16,68$ meses). La distribución por grupo etario es descrita en la Tabla 1. En cuanto a la distribución por género, 57 pacientes (54,3%) fueron niños, y 48 (45,7%) fueron niñas.

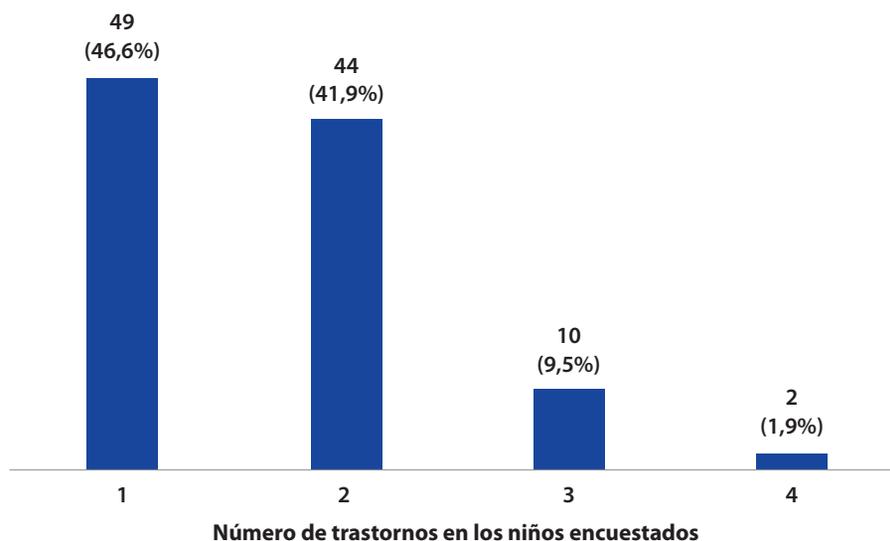
Tabla 1. Trastornos alimentarios por edades.

Edad	Frecuencia	Porcentaje
Menor de 1 año	14	13,3
De 12 a 23 meses	26	24,8
De 24 a 35 meses	20	19,0
De 36 a 47 meses	22	21,0
De 48 a 59 meses	23	21,9
Total	105	100,0

ARTÍCULO ORIGINAL

De los trastornos alimentarios encontrados, el de mayor predominio correspondió a las aversiones sensoriales al alimento (61 pacientes, 58%), seguido de la anorexia infantil (56 niños, 53.3%), los trastornos de regulación (39, 37,1%), y finalmente los trastornos postraumáticos (19 pacientes, 18%).

Si bien el mayor porcentaje corresponde a niños que tuvieron sólo un trastorno alimentario, lo más frecuente fue que los niños reportaran dos o más desórdenes alimentarios (56 pacientes, 53,3%) (Figura 1).



Gráfica 1. Frecuencias de los trastornos alimentarios por paciente.



En cuanto a la evaluación de la funcionalidad familiar por la escala de FACES III, se encontró que, en el dominio de adaptabilidad familiar, del total de niños encuestados se identificaron 50 pacientes con familias caóticas (47,6%), 27 niños (25,7%) con familias flexibles, 16 (15,3%) con estructuradas y 12 (11,4%) con familias de adaptabilidad rígida.

De acuerdo a la cohesión familiar, 41 niños (39%) pertenecían a familias relacionadas, 25 pacientes (23,8%) a familias semirelacionadas, 21 (20%) a familias aglutinadas y 18 niños (17%) correspondieron a familias no relacionadas. La asociación de los trastornos alimentarios con los dominios de adaptabilidad familiar y cohesión familiar se ilustra en la Tabla 2.

Tabla 2. Trastornos alimentarios y dominios de adaptabilidad y cohesión familiar.

		Trastornos alimentarios				
		Anorexia infantil	Aversión sensorial	Trastornos de regulación	Postraumático	Total
Adaptabilidad	Rígida	10	22	6	3	21
	Estructurada	10	10	3	0	23
	Flexible	10	19	12	1	42
	Caótica	26	30	18	15	89
	Total	56	61	39	19	175
Cohesión	No relacionada	11	8	9	4	32
	Semirelacionada	13	15	7	7	42
	Relacionada	19	23	15	4	61
	Aglutinada	13	15	8	4	40
	Total	56	61	39	19	175

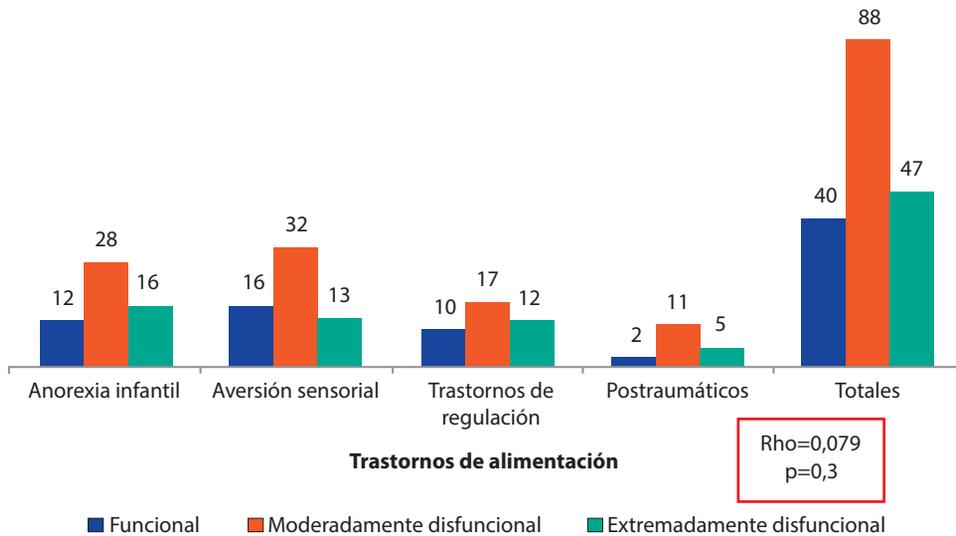
Al integrar ambos dominios de adaptabilidad y cohesión, se obtiene la evaluación integral de la funcionalidad familiar, como se ilustra en la Tabla 3.

Tabla 3. Funcionalidad familiar en menores de 5 años.

		Adaptabilidad				
		Rígida	Estructurada	Flexible	Caótica	Total
Cohesión	No relacionada	9	4	5	14	32
	Semirelacionada	3	5	7	27	42
	Relacionada	3	6	22	30	61
	Aglutinada	6	8	8	18	40
	Total	21	23	42	89	175

La correlación de la adaptabilidad familiar y los trastornos de alimentación registran una cifra de correlación de Spearman de 0,248 ($p=0,011$). La correlación entre cohesión familiar y trastornos de alimentación resultó de 0,87 ($p=0,38$).

La gran mayoría de los pacientes de esta muestra reportaron pertenecer a familias moderadamente disfuncionales, tanto en valores totales como en su distribución por los trastornos encontrados (Figura 2). La correlación entre funcionalidad familiar y trastornos de alimentación resultó de 0,079 ($p=0,30$).



Gráfica 2. Funcionalidad familiar en los trastornos alimentarios.

DISCUSIÓN

Cuando se habla de trastornos alimentarios en la infancia habitualmente se refiere a los presentados en la edad escolar y adolescencia. Sin embargo, los trastornos alimentarios en los niños menores de 5 años persisten como un campo poco explorado, pero de gran frecuencia en la demanda de atención pediátrica⁽¹⁰⁾. La incidencia reportada oscila entre 20 hasta 80% y no presentan predominio en cuanto a sexo^(2,9,10). En el presente estudio, la frecuencia fue muy semejante entre hombres y mujeres; no se encontró predominio significativo de algún grupo etario.

Después del trabajo de Chatoor y cols., Kerzner y cols. elabora otra propuesta de abordaje de estos trastornos dirigida específicamente a la identificación en la primera atención, basada en la percepción parental de la alimentación del niño. Define 3 categorías (niños con poco apetito, con ingesta selectiva y con miedo a comer) y en cada categoría considera la posibilidad de percepciones erradas de los padres. Además, requiere evaluar 4 estilos de alimentación establecida por el cuidador (responsable, controlador, indulgente y negligente)^(9,11). Estos estilos no fueron evaluados en este estudio, se utilizó la clasificación propuesta por Chatoor y cols., que está más enfocada en la experiencia de los niños^(1,9,11).

Se encontraron 4 de los 6 trastornos alimentarios identificados por Chatoor. Al utilizar los criterios del DSM 5 no se consideraron los desórdenes denominados como "asociados a condiciones médicas específicas"^(1,2). Ningún paciente reportó

criterios coincidentes con los trastornos de la reciprocidad cuidador-niño, este hecho puede deberse al sesgo en el reporte de los padres por el temor a la evaluación por terceros de su calidad como tutor.

El trastorno por Aversión sensorial fue el más reportado en esta población (55%), es frecuente que a estos pacientes se les denomine como "comedores selectivos" ("choosy eaters" o "picky eaters")⁽¹²⁾. Estos infantes pueden tener otros problemas sensoriales^(1,9). Este trastorno puede ser un indicador temprano de la llamada "desintegración sensorial", lo que obligaría a descartar algunas patologías neuroconductuales⁽¹³⁾. La aplicación de la técnica "finger foods" permite al niño explorar y manipular los alimentos favoreciendo la aceptación de mayor variedad y fomenta precozmente la autoalimentación. La progresión de texturas en lactantes y preescolares debe ser de manera gradual de acuerdo al desarrollo motriz oral de cada niño. La textura inadecuada durante la introducción de alimentación complementaria puede provocar el rechazo de nuevos alimentos. Es recomendable poner a prueba la masticación^(3,9,13,14).

El segundo trastorno de la nomenclatura de Chatoor más frecuente en esta serie fue la anorexia infantil. Este desorden se presenta en niños de 6 meses a 3 años de edad. En ella los niños confunden el hambre con situaciones emocionales. Es frecuente que aprehendan la actividad de comer asociada a aburrimiento, sensación de soledad, frustración o enojo, lo mencionado afecta la regulación del hambre y la ingesta de alimentos en general, originando en algunos casos estancamiento ponderal e incluso



alteraciones del desarrollo cognitivo^(1,9,10). En la muestra de este estudio más de la mitad de los pacientes reportó esta entidad.

Para reprogramar la ingesta alimentaria, la limitación del consumo de calorías líquidas evita suprimir el apetito y propicia una dieta sólida más variada. Algunos autores sugieren no sólo controlar el consumo de jugos, o de cualquier líquido, sino también ofrecer las bebidas al final de la comida. También se recomienda evitar comidas intermedias ("picoteos"), "menús a la carta" y establecer límites y horarios regulares^(9,14,15).

Los trastornos asociados a estados de regulación también reportaron alta frecuencia en esta población. Ello generalmente infiere problemas en la crianza, como en la introducción de hábitos alimentarios como horario, estímulos sensoriales no relacionados con la alimentación, etc. Para estos desórdenes es útil el manejo centrado en la educación y modificación de la conducta con un enfoque psicosocial, ambiental y con asesoramiento familiar. De las terapias conductistas la más eficaz es la de aversión suave o reforzamiento negativo con mayor atención de los padres hacia los niños. Es importante propiciar la mejoría de la relación entre el cuidador, que generalmente es la madre, y el hijo^(1,2,9,11).

Los criterios diagnósticos para desórdenes alimenticios postraumáticos son: rechazo del alimento luego de evento traumático relacionado con esófago u orofaringe, eventos con un intenso estrés, estrés frente a la alimentación, resistencia a ser alimentado⁽¹⁾. Sólo una décima parte de esta serie reportó esta entidad.

Algunos reportes han mostrado que los niños aprenden a aceptar ciertos alimentos por observación directa de personas cercanas^(8,9, 11); ello refuerza la idea de que la crianza cumple un papel preponderante en la presencia de estos desórdenes.

La educación alimentaria en la familia es un factor importante en la formación de las prácticas alimentarias. Es recomendable la participación del niño en la mesa familiar, donde debe tener la oportunidad de interactuar con sus padres y/o hermanos. De esta forma, la familia puede conducir la adquisición de hábitos alimentarios saludables^(9, 11,14-16).

Ya Vázquez-Garibay y cols. demuestra que la disfunción familiar fue un factor de riesgo asociado a déficit en talla para la edad como una expresión de

desnutrición crónica⁽¹⁵⁾.

Es importante la identificación de la funcionalidad de la dinámica familiar debido a que los niños dependen totalmente de otras personas;⁽⁹⁻¹¹⁾ sin embargo, no existen estudios que asocien los trastornos de la alimentación con alteraciones en la funcionalidad familiar.

Pero también es por lo mismo que los niños de familias caóticas registran mayor riesgo de presentar estos trastornos. Las familias con adaptabilidad caótica fueron las más frecuentes en esta serie, casi la mitad de casos (Tabla 2). La asociación de la adaptabilidad familiar con los desórdenes alimentarios resultó leve a regular en esta serie.

En este trabajo, en cuanto a la cohesión familiar, las familias relacionadas y semirrelacionadas fueron las más frecuentes; ambas categorías reportaron en conjunto más del 60% de los casos (Tabla 2). Este factor actuaría como protector si se interviene para favorecer la detección oportuna de los trastornos alimentarios⁽¹⁵⁻¹⁸⁾.

En el presente estudio se encontró una correlación entre cohesión familiar y los trastornos de alimentación casi perfecta, pero no significativa; una muestra más numerosa podría aclarar este aspecto. Sin embargo, al integrar la evaluación de la funcionalidad familiar con los 2 dominios de FACES III, la correlación con los trastornos alimentarios resultó muy débil y no significativa, ya que en este trabajo sólo se aplicó FACES III al padre que acompañaba al paciente a la consulta. Se ha sugerido la aplicación a 2 o más miembros de la familia para optimizar la evaluación de la funcionalidad del sistema familiar⁽⁵⁾, ello podría mejorar la correlación con los trastornos alimentarios del niño.

Los niños encuestados se reclutaron en atención ambulatoria de un hospital de 2º nivel de atención. Como ya se mencionó al adecuar la definición de Chatoor con los criterios del DSM 5, en esta serie no se consideraron los trastornos asociados a entidades patológicas^(1,2). En estos niños el abordaje también dependerá de la patología de fondo^(9,11), siendo este antecedente muy importante, pues entidades tan frecuentes como por ejemplo reflujo gastroesofágico, anemia y otros pueden presentar desórdenes de alimentación. Este puede ser uno de los mecanismos por los cuales se asocia a reducción del crecimiento, como se ha demostrado^(9,11,14,17).

Llama la atención que lo más frecuente en esta serie es que los niños cursen con dos o más desórdenes

alimentarios, hasta 53%. Esta frecuencia es muy similar a la de los niños con sólo un trastorno (Figura 1) y esto puede explicarse por los múltiples factores causales de los trastornos alimentarios; por consiguiente, los médicos de atención primaria y de segundo nivel están en posición privilegiada para detectar problemas oportunamente e iniciar acercamientos terapéuticos⁽¹⁸⁻²⁰⁾.

A la luz de los presentes hallazgos, se pueden inferir un par de hechos, en primer lugar, muchos trastornos presentes en los menores de 5 años fueron omitidos al estar asociados a enfermedades específicas, por lo tanto la frecuencia en una unidad de primer nivel de atención podría ser mucho mayor. En segundo lugar, no es habitual que exista un grupo interdisciplinario para el manejo de estos desórdenes en menores de 5 años, lo cual es frecuentemente necesario^(1,9-11). De inicio, la poca cultura para detectarlos y tratarlos podría ser un factor para que se desarrolle más de un trastorno en el mismo paciente, por lo que es imprescindible valorar estrategias de detección oportuna y manejo interdisciplinario del niño menor

de 5 años con algún trastorno de la alimentación^(11, 20); y en un estudio con mayor población se podrían obtener datos sobre trastornos de reciprocidad.

A pesar que Chatoor y cols. reporta esta clasificación en 2002, en México este campo es poco estudiado; ello abre una ventana de oportunidades para su diagnóstico, estudio y tratamiento adecuados a la población mexicana.

CONCLUSIÓN

De acuerdo a los resultados del presente estudio, se concluye que los trastornos de alimentación no orgánicos en menores de 5 años más frecuentes son los de aversión sensorial y anorexia infantil. Los casos se correlacionan levemente con la adaptabilidad familiar. Se presentan con mayor frecuencia en niños que pertenecen a familias con adaptabilidad caótica. No se comprobó la correlación con la cohesión familiar ni con la funcionalidad familiar integrada. Es muy frecuente identificar dos o más trastornos de la alimentación en el menor de 5 años.

Contribuciones de autoría: PPP y ABC han participado en la concepción del artículo, la recolección de datos, su redacción y aprobación de la versión final. Además, PPP realizó el análisis de datos, y ABC obtuvo el financiamiento.

Financiamiento: No se utilizó financiamiento externo para esta investigación.

Conflicto de interés: Los autores no tienen conflicto de interés para informar con respecto a esta investigación.

Recibido: 06 de abril de 2021

Aprobado: 06 de mayo de 2021

Correspondencia: Álvaro Jose Montiel Jarouin

Dirección: Calle 2 norte # 2004. Colonia Centro. CP 72000. Puebla, Puebla-México

Teléfono: +521 2222384907

Correo: dralmoja@hotmail.com



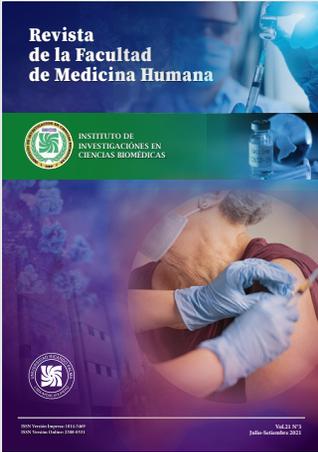
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Chatoor I. Feeding Disorders in Infants and toddlers: diagnosis and Treatment. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am* 2002;11(2):163-83. DOI: 10.1016/s1056-4993(01)00002-5.
2. Bravo P, Hodgson MI. Trastornos alimentarios del lactante y preescolar. *Rev. Chil Pediatr* 2011; 82 (2):82-87. DOI: <http://dx.doi.org/10.4067/S0370-41062011000200002>
3. American Psychiatric Association. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5) (Quinta edición) 2014. Madrid: Editorial Médica Panamericana. ISBN 978-8-4983-5810-0.
4. Schmidt V, Barreyro JP, Maglio AL. Escala de evaluación del funcionamiento familiar FACES III: ¿Modelo de dos o tres factores? *Eswritos de psicología* 2010; 3(2): 30-36. En: <https://scielo.isciii.es/pdf/ep/v3n2/art04.pdf>. Consultado el 22 de abril de 2021
5. Bazo-Alvarez JC, Bazo-Alvarez OA, Aguila J, Peralta F, Mormontoy W, Bennett IM. Propiedades psicométricas de la escala de funcionalidad familiar FACES III: un estudio en adolescentes peruanos. *Rev Peru Med Exp Salud Publica* 2016; 33(3): 462-470. DOI: 10.17843/rpmesp.2016.333.2299
6. Ponce-Rosas ER, Gómez-Clavelina FJ, Terán-Trillo M, Irigoyen-Coria AE, Landgrave-Ibañez S. Validez de constructo del cuestionario FACES III en español (México). *Aten Primaria* 2002; 30(10): 624-530. En: <https://core.ac.uk/download/pdf/82221609.pdf>. Consultado el 21 de abril de 2021
7. Lin CC, Ni YH, Lin LH, Lau BH, Chao HC, Lee HC. Effectiveness of the IMFeD tool for the Identification and Management of Feeding Difficulties in Taiwanese children. *Pediatr Neonatol*. 2018 Oct;59(5):507-514. doi: 10.1016/j.pedneo.2018.01.001. Epub 2018 Jan 13. PMID: 29422246.
8. Garg P, Williams JA, Satyavrat V. A pilot study to assess the utility and perceived effectiveness of a tool for diagnosing feeding difficulties in children. *Asia Pac Fam Med* 2015;14:7. DOI 10.1186/s12930-015-0024-5.
9. Campuzano-Martín SH. Trastornos de la conducta alimentaria e4n el niño pequeño. *Pediatr Integral* 2020;24(2): 108-114. En: https://www.pediatriaintegral.es/wp-content/uploads/2020/xxiv02/05/n2-108-114_Campuzano.pdf. Consultado el 22 de abril de 2021
10. Damasco-Ávila E, Velasco-Hidalgo L, Zapata-Terrés M, Cárdenas-Cardos R, Rivera-Luna R. Feeding difficulties and eating disorders in pediatric patients with cáncer. *Bol Med Hosp Infant Mex* 2019; 76:113-119. DOI: 10.24875/MNHIM.19000072
11. Kerzner B, Milano K, MacLean WCB, Berall G, Stuart S, Chatoor I. A practical approach to classifying and managing feeding difficulties. *Pediatrics* 2015; 135(2): 344-353. DOI: 10.1542/peds.2014-1630
12. Carruth BR, Ziegler PJ, Gordon A, Barr SI: Prevalence of picky eater among infants and toddlers and their caregivers; decisions about offering a new food. *Journal of the American Dietetic Association* 2004; 104 (S1): S57-S64.
13. Erazo-Santander OA. Dificultades en integración sensorial, afectividad y conducta en estudiantes de una escuela pública. *Praxis & Saber* 2018; 9(20): 143-165. DOI: 10.19053/22160159.v9.n20.2018.5884
14. Almenara-Vargas C. Trastornos de la alimentación en la infancia. *Persona* [Internet] 2005; 8: 187-201. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=147112816008>
15. Vásquez Garibay E. M, González Rico J. L, Romero Velarde E, Sánchez-Talamanates E, Navarro Lozano E, Nápoles Rodríguez F. Consideraciones sobre la dinámica familiar y el síndrome de la mala nutrición en niños mexicanos. *Gac Med Mex*. 2015; 151:788-97
16. Ruiz-Martínez AO, Vázquez-Arévalo R, Mancilla-Díaz JM, Viladrich-i-Segués C, Halley-Castillo ME. Factores familiares asociados a los Trastornos Alimentarios: una revisión. *Rev. Mex. Trastor. Aliment* 2013,4(1): 45-57. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-15232013000100006&lng=es.
17. Jiménez-Ortega AI, Martínez-García RM, Velasco-Rodríguez-Belvis M, Ruiz-Herrero J. De lactante a niño. Alimentación en diferentes etapas. *Nutr Hosp* 2017;34(4) 3-7. DOI:10.20960.nh.1563
18. Birch LI: Effects of peers' models food choices and eating behaviors on preschooler' food preferences. *Child Development* 1980; 51: 489-96. DOI: 10.2307/1129283
19. Cordella P, Aedo K, Ramírez V. Riesgos Asociados a los hijos de mujeres con trastornos alimentarios. *ARS MEDICA Revista de Ciencias Médicas*. 2018; 43:719-1855. DOI: 10.11565
20. Vio F, Salinas J. Promoción de salud y calidad de vida en Chile: una política con nuevos desafíos. *Rev Chil Nutr* 2006; 33: 11-20. DOI: 10.4067

Indexado en:







<https://alicia.concytec.gob.pe/vufind/>

