

# Consumo autónomo en infantes con riesgo de desnutrición: Microanálisis de las interacciones cuidador-niño

## *Self-feeding in toddlers at risk of malnutrition: Microanalysis of caregiver-child interactions*

Recepción: 16 de septiembre de 2024 / Aceptación: 14 de octubre de 2024

Assol Cortés Moreno<sup>1</sup>  
Addalid Sánchez Hernández<sup>2</sup>  
Rosendo Hernández Castro<sup>3</sup>

DOI: <https://doi.org/10.54255/lim.vol14.num27.6>  
Licencia CC BY 4.0.

---

1 Magister en Metodología de la investigación en Psicología. Grupo de Investigación en Aprendizaje Humano, FES Iztacala. Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM).  
Autora para correspondencia: Avenida de los Barrios Número 1, Los Reyes Iztacala Tlalnepantla, Estado de México, Código postal: 54090.

Correo electrónico: [assol@unam.mx](mailto:assol@unam.mx). ORCID <https://orcid.org/0000-0002-5944-3733>

2 Magister en Salud Pública. Carrera de Psicología SUAYED. FES Iztacala. Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM). Avenida de los Barrios Número 1, Los Reyes Iztacala Tlalnepantla, Estado de México, Código postal: 54090.

Correo electrónico: [addalid.sanchez@iztacala.unam.mx](mailto:addalid.sanchez@iztacala.unam.mx)

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8277-0647>

3 Magister en Metodología de la investigación en Psicología. Grupo de Investigación en Aprendizaje Humano, FES Iztacala. Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM). Avenida de los Barrios Número 1, Los Reyes Iztacala Tlalnepantla, Estado de México, Código postal: 54090.

Correo electrónico: [rosendoh@unam.mx](mailto:rosendoh@unam.mx). ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6534-7991>

## Resumen

La promoción de la autonomía en la alimentación complementaria es esencial para el desarrollo de hábitos alimenticios adecuados y la autorregulación de la ingesta. Este estudio evaluó la prevalencia del consumo autónomo y su relación con las conductas de los cuidadores en una muestra de 21 niños desnutridos o en riesgo de desnutrición, de entre 6 y 18 meses. Mediante un sistema de categorías basado en la observación directa de interacciones cuidador-niño, se analizaron las conductas de las cuidadoras al alimentar al infante, así como la aceptación por parte del niño y el grado de autonomía en el consumo de alimentos sólidos y líquidos. Los resultados mostraron que la prevalencia del consumo autónomo fue baja en todos los grupos de edad, predominando las conductas de alimentación dependiente, en las que los cuidadores ofrecían alimentos directamente en la boca del niño. Aunque se observó un ligero aumento en la autonomía alimentaria con la edad, no hubo diferencias significativas según esta. Además, se identificó una correlación negativa entre la atención del niño a estímulos no alimentarios y el consumo de sólidos. Estos hallazgos subrayan la necesidad de promover prácticas alimentarias que fomenten la autonomía y la autorregulación para mejorar el estado nutricional.

*Palabras clave:* consumo autónomo; desnutrición; alimentación complementaria; conductas de cuidadores

## Abstract

Encouraging autonomy during complementary feeding is essential for developing healthy eating habits and self-regulation. This study assessed the prevalence of self-feeding and its correlation with caregivers' behaviors in 21 malnourished or at-risk infants aged 6 to 18 months. Using a category-based system through direct observation of caregiver-child interactions during feeding, caregiver behaviors and the child's acceptance and autonomy in consuming solid and liquid foods were analyzed. The results indicated a low prevalence of self-feeding across all age groups, with dependent feeding behaviors being more common, such as caregivers frequently offering food directly into the child's mouth. Although a slight increase in feeding autonomy was observed with age, no significant age-related differences were found. Additionally, a negative correlation was found between the child's attention to non-food-related stimuli and solid food intake. These findings emphasize the importance of promoting feeding practices that support autonomy and self-regulation to improve nutritional status.

*Keywords:* self-feeding; malnutrition; complementary feeding; caregiver behaviors

## Consumo autónomo en infantes con riesgo de desnutrición: microanálisis de las interacciones cuidador-niño

La etapa de la alimentación complementaria, que comienza en el primer año de vida y se extiende hasta el final del segundo, es un período crucial para el crecimiento y desarrollo del niño. También lo es para la formación de los hábitos de alimentación que determinarán su condición nutricional posterior. Este período se caracteriza por la transición entre la lactancia exclusiva y la integración a la dieta familiar. Durante esta etapa, generalmente se introducen paulatinamente alimentos sólidos de diversos grupos a la dieta del infante, dado que la lactancia exclusiva deja de aportar todos los nutrientes que demanda el acelerado crecimiento del organismo.

Con el objetivo de evitar problemas de deglución y el desarrollo de alergias, así como maximizar los beneficios de la alimentación al seno materno, los especialistas recomiendan la introducción de alimentos sólidos a partir del sexto mes de edad, posterior a una fase de lactancia exclusiva (Arabi et al., 2012; Lara et al., 2020; Organización Panamericana de la Salud, 2010; Pardío-López, 2012). En este proceso pueden surgir problemas en la conducta alimentaria infantil, a menudo derivados de prácticas parentales ineficaces. Estas pueden afectar la autorregulación de la ingesta, vinculada con los ciclos de hambre y saciedad, derivando en dos posibles resultados: el consumo excesivo de alimentos, que más adelante podría llevar al niño a desarrollar sobrepeso (Gooze et al., 2011; Savage et al., 2007; Schneider-Worthington et al., 2023; Townsend y Pitchford, 2012), o la pérdida de apetito, que resultaría en un menor consumo de alimentos y, por ende, en una disminución del peso y del crecimiento lineal (Ramsay, 2016; Wright y Birks, 2000; Wright et al., 2007).

Entre los problemas más relevantes reportados durante la introducción de alimentos sólidos están el rechazo de los alimentos, especialmente los desconocidos (neofobia); los episodios de alimentación prolongados, caracterizados por conductas como “picotear” la comida y distraerse, y la alimentación pasiva cuando el niño ya posee las capacidades motrices y de deglución necesarias para alimentarse de manera autónoma.

Cuando el niño se distrae y el adulto no utiliza estrategias adecuadas para dirigirlo hacia la comida, el contexto de alimentación se torna estresante para ambos miembros de la díada, fomentando en el niño una reticencia generalizada hacia la ingesta de alimentos (Piazza et al., 2003;

Ramsay, 2004; Wright et al., 2007). En este sentido, el rechazo de los alimentos, especialmente en forma de neofobia, debe ser enfrentado por el cuidador mediante prácticas efectivas que fomenten el consumo del infante. De lo contrario, este rechazo podría traducirse en una dieta insuficiente en cantidad y variedad en edades posteriores (Savage et al., 2007).

Por otro lado, el grado de autonomía que el niño desarrolla conforme aumentan sus capacidades motrices —como mantenerse sentado, sostener una cuchara, coordinar los movimientos para llevar la comida a la boca, masticar y deglutir el alimento sin ahogarse— le permite regular el apetito y consumir los nutrientes necesarios para su desarrollo, siempre que la familia disponga de alimentos en cantidad suficiente y con calidad adecuada. En niños con desarrollo normal, estas habilidades aparecen entre los 4 y los 24 meses de edad. Por ejemplo, entre los 9 y los 14 meses pueden ingerir líquidos de manera completamente autónoma (Carruth et al., 2004), entre los 7 y los 12 meses consumen alimentos en trozos prensándolos con los dedos (Daniels et al., 2015) y entre los 9 y los 16 meses comen sólidos sin ayuda utilizando cuchara (Carruth et al., 2004; Carruth y Skinner, 2002; Da Silveira et al., 2013).

Diferentes dimensiones definen los estilos en la primera fase de alimentación sólida. Entre estas se incluyen la duración de la lactancia, el uso de biberón, la edad de introducción del primer alimento sólido y el orden en que se presentan alimentos de grupos específicos, como cereales, frutas, alimentos de origen animal y vegetales (Bhanderi et al., 2011; Kruger y Gericke, 2003).

Algunas investigaciones han encontrado que la lactancia exclusiva más allá del año deviene en bajo peso a los 18 meses (Caulfield et al., 1996) y a los 36 meses (Fawzi, 1998), ya que el menor no recibe la cantidad necesaria de nutrimentos esenciales para su desarrollo. Sin embargo, algunos autores cuestionan los efectos negativos de esta práctica en países con bajos niveles de desarrollo, en relación con los beneficios que puede proveer, debido a que se le considera la única fuente de aporte nutrimental y de protección contra infecciones gastrointestinales (Mølbak et al., 1997). El uso de biberón con bebidas distintas a la leche se asocia con la detención del crecimiento, porque desplaza el consumo de alimentos con mayor aporte de calorías y nutrimentos macronutrientes (Smith y Lifshitz, 1994). En contraparte, el empleo permanente de biberón con fórmulas lácteas durante la etapa de alimentación complementaria predispone al infante a una ganancia

de peso mayor a la requerida para su edad, poniéndolo en riesgo de obesidad (Gooze et al., 2011; Savage et al., 2007).

En cuanto a la dimensión de la autonomía, se distinguen dos estilos empleados por los cuidadores en la introducción de alimentos sólidos: la *ablactación guiada por el niño*, que se refiere a un estilo de alimentación donde el infante es capaz de alimentarse a sí mismo siguiendo un ritmo elegido por él, y la *ablactación guiada por la madre* u otro cuidador, donde el adulto ofrece el alimento utilizando una cuchara y decide, en lugar del niño, la cadencia del consumo. Distintos estudios indican que el estilo guiado por el niño facilita el desarrollo de la autorregulación y el consumo adecuado de los requerimientos nutrimentales, evitando problemas de sobrepeso en edades posteriores (Arden y Abbott, 2015; Morison et al., 2016; Rowan y Harris, 2012). Es importante señalar que existe una diferencia entre las prácticas que promueven la alimentación autónoma y aquellas que algunos autores identifican como un estilo de alimentación pasiva o *laissez-faire* (negligente). Las primeras buscan fomentar el desarrollo de hábitos alimentarios en el niño con base en los recursos conductuales recién adquiridos, mientras que las segundas se caracterizan por la falta de atención al niño y el poco esfuerzo del cuidador por alentar al infante a consumir el alimento ofrecido (Brown y Lee, 2011; Wondafrash et al., 2012).

Si bien los estudios anteriores iluminan los procesos que favorecen una alimentación correcta para mantener un estado eutrófico en los infantes, una de las limitaciones metodológicas para analizar el grado de involucramiento del adulto y la manera en que este moldea el consumo del infante durante la etapa de alimentación complementaria es el empleo de cuestionarios respondidos por los cuidadores del niño (Arden y Abbott, 2015; Brown y Lee, 2011; Morison et al., 2016; Townsend y Pitchford, 2012), los cuales en ocasiones se aplican vía telefónica o por internet. Esta forma de medir las prácticas de alimentación presenta al menos dos inconvenientes: 1) la imprecisión de la medida debido a la subjetividad al recordar y/o valorar la propia conducta; y 2) la posibilidad de que quien responde el cuestionario esté influido por la deseabilidad social, respondiendo con base en lo que considera una conducta apropiada y no en su conducta real. Son escasos los estudios que aportan datos obtenidos mediante la observación directa utilizando análisis funcionales de los patrones de interacción entre el niño y su cuidador en situaciones de alimentación, para relacionarlos con el consumo del niño (Piazza et al., 2003; van Dijk et al., 2009; van Dijk et al., 2016).

Estas investigaciones se enfocan predominantemente en las acciones de los padres de niños hospitalizados, cuyas condiciones médicas particulares dificultan el establecimiento de patrones de alimentación.

Partiendo de la suposición de que las acciones del adulto regulan la situación de alimentación del niño e influyen en cómo este consume el alimento y aprende a autorregular su ingesta, se vuelve necesario estudiar los patrones interactivos que ocurren de manera natural en situaciones cotidianas. El microanálisis de la dinámica de las interacciones entre el cuidador y el niño, que fomentan o inhiben la autonomía para comer en niños en edad de alimentación complementaria, puede proporcionar información valiosa sobre el desarrollo de estilos de ingesta.

Considerando los elementos planteados anteriormente, el propósito de esta investigación fue evaluar la prevalencia del consumo autónomo en niños con problemas de desnutrición durante el periodo de alimentación complementaria y analizar su relación con las conductas de los cuidadores. El estudio de variables específicas de las prácticas de alimentación parental, como la identificación de conductas efectivas de los cuidadores para fomentar el consumo autónomo, puede ser de utilidad para diseñar intervenciones dirigidas al alivio de la desnutrición temprana.

Hipótesis:

1. Los niños con mayor prevalencia de consumo autónomo de alimentos sólidos consumirán mayor cantidad que aquellos que reciben alimento de su cuidador.
2. En los niños mayores prevalecerá el consumo autónomo de alimentos sólidos y líquidos.
3. Los comportamientos de consumo dependiente y autónomo del niño se relacionarán con comportamientos específicos de los cuidadores.

## Método

### *Participantes*

Se incluyó una muestra no aleatoria por conveniencia conformada por veintiún niños desnutridos o en riesgo de desnutrición, de entre 6 y 18 meses ( $M = 10.91$ ,  $DE = 3.09$ ), y sus cuidadores principales. La desnutrición se definió como la ubicación de dos o más desviaciones estándar por debajo de la mediana en cualquiera de los parámetros de peso para la longitud, peso para la edad o longitud para la edad, según la referencia de la Organización Mundial de la Salud (2011). El riesgo de desnutrición se determinó por la ubicación de dichas puntuaciones entre una y dos desviaciones estándar por debajo de la mediana en los mismos parámetros.

Los cuidadores fueron convocados en cuatro Centros de Salud del Instituto de Salud del Estado de México (ISEM) ubicados en los municipios de Tlalnepantla y Coyotepec. La edad promedio de las cuidadoras fue de 27 años ( $DE = 9.12$ ); 19 eran madres y dos, abuelas. De acuerdo con los indicadores propuestos por el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL, 2009), todas las familias, excepto una, presentaron algún grado de vulnerabilidad. Una descripción más detallada de la muestra se encuentra en la Tabla 1.

**Tabla 1***Datos sociodemográficos de la muestra*

Variable	<i>M</i>	<i>DE</i>
Edad del cuidador	27.0	9.12
Edad de la madre	24.9	5.9
Edad del padre	25.0	10.7
Años de estudio madre	10.6	4.2
Años de estudio padre	8.8	5.3
Variable	N	%
<b>Sexo del niño</b>		
Masculino	6	28.6
Femenino	15	71.4
<b>Tipo de cuidador</b>		
Madre	19	90.5
Abuela	2	9.5
<b>Presencia del padre en la familia</b>		
Sí	16	76.2
No	5	23.8
<b>Índice de bienestar</b>		
Pobreza multidimensional extrema	5	23.8
Pobreza multidimensional moderada	11	52.4
Vulnerabilidad por ingresos	4	19.0
No pobre y no vulnerable	1	4.8

**Aparatos y materiales**

Para obtener los indicadores antropométricos se utilizó un infantómetro marca SECA con precisión de 1 mm y una báscula digital pesa bebés marca SECA con precisión de 100 g. Los parámetros de crecimiento se calcularon utilizando el software WHO *Anthro*, versión 3.2.2, con el cual se generaron las puntuaciones *z* y se estimó el estado nutricional del niño (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2011).

Se empleó una báscula digital con precisión de 10 g para pesar los alimentos consumidos por los niños durante las sesiones de alimentación, las cuales fueron registradas con cámaras de video digitales. Los videos se

analizaron mediante el software especializado para análisis observacional *The Observer XT*, versión 15 (Noldus, 2020). También se utilizaron los formatos correspondientes a los distintos cuestionarios aplicados.

## **Diseño**

Se adoptó un diseño de campo prospectivo, no experimental y transversal, utilizando un método de observación sistemática. Las variables dependientes fueron el consumo de alimentos sólidos y líquidos, así como el estado nutricional del infante. Las variables exploradas como posibles fuentes de explicación incluyeron las interacciones entre el infante y su cuidador durante la comida, factores sociodemográficos y la condición nutricional histórica, evaluada a través de indicadores como el peso al nacer y la edad en la que se introdujo el primer alimento sólido.

## **Instrumentos y medidas**

### **Cuestionario de datos sociodemográficos e historia de salud**

Se utilizó un cuestionario para recopilar información sobre la escolaridad y edad de la madre y el padre, tipo de trabajo, tipo de familia, número de hijos, descripción de los servicios disponibles en la vivienda, ingreso mensual, y una sección enfocada en explorar la historia de salud, antecedentes médicos y nutricionales de la familia y del niño.

### **Instrumento del Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL)**

Se empleó la Metodología para la Medición de la Pobreza Multidimensional (Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social [CONEVAL], 2014) para determinar si los ingresos familiares eran suficientes para cubrir las necesidades básicas y si las familias presentaban carencias en alguno de los seis indicadores. Esto permitió identificar a la población en situación de pobreza multidimensional.

## Consumo de alimentos en la sesión

El consumo de alimentos se midió calculando la diferencia de peso, expresada en gramos, entre los alimentos ofrecidos antes del inicio de la sesión y los que permanecieron al término de esta. Se obtuvieron dos medidas: el peso de los alimentos sólidos consumidos y el peso de los líquidos consumidos.

## Taxonomía de las interacciones cuidador-niño en situación de alimentación

A partir de un sistema integral de categorías empleado en un proyecto general relacionado (Cortés-Moreno y Méndez-Lozano, 2012), se seleccionaron aquellas categorías que reflejan el grado de autonomía en el consumo infantil (sólidos y líquidos) y las conductas de los adultos relacionadas con este aspecto de la práctica alimentaria. Las categorías utilizadas se presentan en la Tabla 2.

**Tabla 2**  
*Categorías para el niño y el cuidador*

Niño	Cuidador
Consume por sí mismo (líquido/sólido)	Da en la boca (líquido/sólido)
	Se retracta
Acepta (líquido/sólido)	Observa
Pide	Instiga (atrae la atención hacia la comida)
Se distrae	
Negativa	Prepara
Conductas ajenas a la alimentación	Conductas ajenas a la alimentación

## **Procedimiento**

Tras la firma del consentimiento informado, se tomaron las medidas de peso y talla siguiendo la metodología indicada por la OMS (Onyango y de Onis, 2008), y se determinó el estado de nutrición del menor. Posteriormente, se acudió al hogar de los participantes para realizar un registro videograbado en tres ocasiones no consecutivas del momento en que el niño recibía alguna de sus comidas principales, generalmente al mediodía.

Se solicitó a la cuidadora que alimentara al niño como lo hacía habitualmente, respetando el lugar, el tipo de alimentos, los utensilios y las personas que generalmente acompañaban al menor. Una vez establecida la ubicación de la cuidadora y del niño, se colocó la videocámara para captar la interacción de ambos y registrar la comida que el niño consumía. En caso de que la cuidadora abandonara el encuadre, se continuaba grabando al menor, salvo que este también saliera del cuadro; en ese caso, la cámara lo seguía. Si transcurría más de un minuto sin interacción con los alimentos, la grabación se suspendía hasta que el niño volviera a comer.

La grabación comenzaba cuando la comida estaba servida y el niño se encontraba en posición para comer, y concluía cuando el niño terminaba sus alimentos y la cuidadora retiraba los utensilios, o bien, cuando el niño mostraba reticencia a comer y la cuidadora lo retiraba del lugar donde le daba de comer (mesa, silla, cama, etc.). Antes de que el niño se sentara a comer, se pesaban las porciones de alimentos líquidos y sólidos, y al término de la sesión se volvían a pesar para estimar la cantidad consumida.

Los videos fueron codificados por observadores entrenados, quienes obtuvieron índices de confiabilidad con valores *Kappa* de Cohen entre .77 y .90 al comparar las categorías conductuales segundo a segundo. La codificación se realizó configurando el software observacional para registrar eventos, empleando dos canales correspondientes a las dimensiones conductuales: presentación de alimentos por parte de la cuidadora y consumo de alimentos por parte del infante.

## Plan de análisis

Se formaron tres grupos de edad: de 7 a 9 meses, de 10 a 12 meses y de 13 a 18 meses. Para cada grupo se computaron análisis descriptivos de las variables demográficas, estado de nutrición, peso al nacer y edad del primer consumo de alimentos sólidos. A través del módulo de análisis del software observacional, se calcularon las duraciones relativas de cada categoría conductual por sesión.

Los datos obtenidos de las tres sesiones se promediaron para llevar a cabo los análisis descriptivos y no paramétricos. Estos últimos permitieron comparar los grupos de edad en relación con las variables sociodemográficas y de historia de salud.

Utilizando el coeficiente Rho de Spearman, se calcularon las correlaciones entre la cantidad de alimentos consumidos, la edad del niño y las categorías de autonomía o dependencia al comer. Además, se determinaron las correlaciones entre las categorías de comportamiento de los cuidadores y las del niño. Los análisis se realizaron empleando el software estadístico *Jamovi*, versión 2.3.21 (The jamovi project, 2022).

## Consideraciones éticas

Este estudio se llevó a cabo conforme a los principios y normas de conducta establecidos en el Código Ético del Psicólogo (Sociedad Mexicana de Psicología, 2010).

## Resultados

### *Variables sociodemográficas y de estado de salud en los grupos de edad*

Se exploraron las posibles diferencias entre los grupos de edad en relación con factores sociodemográficos mediante una prueba de *Kruskal-Wallis*. No se encontraron diferencias significativas en las variables correspondientes a la edad del cuidador, del padre o de la madre, los años de estudio de los progenitores, el número de personas que conviven con el niño ni en el índice de bienestar.

En contraste, al analizar el estado de nutrición y las variables de peso al nacer y edad de introducción de alimentos sólidos (Tabla 3), se observó una diferencia significativa relacionada con el parámetro de peso para la longitud, con un tamaño del efecto grande ( $\chi^2(2, N = 21) = 7.53, p < .05, \varepsilon^2 = 0.38$ ). Esta diferencia se debió a que los niños del grupo de 10 a 12 meses presentaron un estado de desnutrición reciente más pronunciado. Aunque otras variables, como la longitud para la edad y el peso al nacer, no alcanzaron significancia estadística, tuvieron tamaños del efecto moderados ( $\varepsilon^2 = 0.24$  y  $\varepsilon^2 = 0.20$ , respectivamente). La edad de inicio en el consumo de alimentos sólidos no mostró diferencias significativas asociadas con la edad, ya que en los tres grupos fue aproximadamente de cuatro meses y medio; el tamaño del efecto para este indicador fue muy débil ( $\varepsilon^2 = 0.02$ ).

**Tabla 3**

*Descriptivos del estado nutricional de los niños en puntuaciones z, el tiempo de lactancia y la edad de ablactación por grupo de edad (GE)*

Indicadores	Grupo de edad									$\chi^2_{(2,21)}$
	7 a 9 (n = 8)			10 a 12 (n = 7)			13-18 (n = 6)			
	M	Mdn	DE	M	Mdn	DE	M	Mdn	DE	
P/L	<b>0.12</b>	<b>-0.04</b>	1.17	<b>-1.49</b>	<b>-1.50</b>	0.64	<b>-0.42</b>	<b>-0.39</b>	0.87	7.53*
P/E	-0.75	-0.78	0.76	-1.29	-1.05	0.57	-1.19	-1.38	0.66	2.16
L/E	-1.42	-1.75	1.06	-0.34	-0.05	1.56	-1.86	-1.93	0.29	4.83
PN	3.10	3.17	0.33	3.01	2.80	0.56	2.58	3.98	0.33	4.19*
EIS	4.50	4.50	1.19	4.14	5.00	1.77	4.33	0.31	1.03	0.06

Nota: PL (peso para la longitud), PE (peso para la edad), LE (longitud para la edad), PN (peso al nacer) y EIS (edad de introducción alimentos sólidos). \* < .05.

## **Relación entre consumo de alimentos y grado de autonomía**

La duración del episodio de alimentación fue, en promedio, de  $M = 18.28$  minutos ( $DE = 17.33$ ) para el grupo de 7 a 9 meses, de  $M = 11.72$  minutos ( $DE = 5.40$ ) para el grupo de 10 a 12 meses, y de  $M = 18.53$  minutos ( $DE = 7.27$ ) para el grupo de 13 a 18 meses.

Durante las sesiones videograbadas, el grupo de mayor edad (13-18 meses) consumió más alimentos sólidos ( $M = 92.38$  g,  $DE = 42.00$ ), seguido por el grupo de 7 a 9 meses ( $M = 59.09$  g,  $DE = 49.27$ ). El grupo de 10 a 12 meses consumió menos alimentos sólidos ( $M = 48.94$  g,  $DE = 30.23$ ). Estas diferencias no fueron significativas ( $\chi^2(2, N = 21) = 3.51, p > .05$ ), pero el tamaño del efecto fue moderado ( $\epsilon^2 = 0.18$ ).

La misma tendencia se observó en el consumo de líquidos: los infantes de mayor edad consumieron más, seguidos por los de menor edad, y finalmente, por los de edad intermedia ( $M = 39.42$  g,  $DE = 27.75$ ;  $M = 20.72$  g,  $DE = 13.03$ , y  $M = 19.61$  g,  $DE = 13.49$ , respectivamente). Tampoco se encontraron diferencias significativas, y el tamaño del efecto fue similar.

Examinando las estadísticas descriptivas de las categorías interactivas correspondientes al infante (Tabla 4), se observó que, en todas las edades, la conducta predominante fue atender a aspectos del ambiente diferentes de la comida, mientras que las conductas relacionadas con el consumo autónomo del niño ocuparon la menor parte del tiempo. La categoría “Sí mismo sólido” representó entre el 0.78 % y el 2.42 % del tiempo total de las sesiones, mientras que “Sí mismo líquido” osciló entre el 0.31 % y el 1.13 %.

**Tabla 4**

*Estadísticos descriptivos de las categorías conductas de autonomía o dependencia al comer por grupo de edad.*

Categorías	Grupo de edad									$\chi^2_{(2,21)}$
	7 a 9 (n = 8)			10 a 12 (n = 7)			13-18 (n = 6)			
Infante	<i>M</i>	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>	<i>M</i>	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>	<i>M</i>	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>	
<i>Sí mismo líquido</i>	0.31	0.00	0.74	1.13	0.14	2.31	0.99	0.57	1.39	2.76
<i>Sí mismo sólido</i>	0.78	0.04	1.50	1.41	0.38	2.11	2.42	0.66	3.51	3.90
<i>Acepta Líquido</i>	8.16	2.69	15.05	6.36	6.18	3.98	3.35	3.01	2.03	2.01
<i>Acepta sólido</i>	<b>17.18</b>	<b>14.60</b>	8.10	<b>11.94</b>	<b>9.65</b>	4.82	<b>6.83</b>	<b>7.46</b>	2.34	9.34**
<i>Negativa</i>	<b>3.91</b>	<b>1.99</b>	5.08	<b>7.31</b>	<b>5.55</b>	5.97	<b>12.50</b>	<b>10.57</b>	3.88	7.71*
<i>Conductas ajenas</i>	21.18	19.08	17.47	19.95	17.80	14.79	17.20	16.85	5.31	0.22

\* < .05, \*\* < .01. Los datos muestran las duraciones relativas promediadas de tres sesiones de video registro.

Se exploró la relación entre la autonomía del niño para comer y la cantidad de alimento consumido utilizando la prueba Rho de Spearman. Las correlaciones fueron bajas y no significativas para alimentos sólidos ( $\rho(20) = .14, p > .05$ ) y líquidos ( $\rho(20) = .15, p > .05$ ).

La única categoría que mostró una correlación negativa significativa con el peso del alimento sólido ingerido fue la de “Conductas ajenas a la comida” ( $\rho(20) = -0.46, p < .05$ ), lo que indica que cuando el niño presta atención a otros aspectos del ambiente, consume menos alimentos. Por otro lado, el consumo de líquidos presentó una correlación positiva fuerte con la dependencia respecto a la cuidadora en la categoría “Sí mismo líquido” ( $\rho(20) = 0.58, p < .01$ ).

También se encontró una correlación marginalmente significativa entre el tiempo que el niño prestaba atención a otros aspectos distintos de la comida y la duración del episodio de alimentación ( $\rho(20) = 0.39, p = .08$ ).

### ***Progresión de la autonomía del consumo en función de la edad***

En la Tabla 4 se observan las diferencias entre grupos de edad en las categorías conductuales que reflejan el grado de independencia o dependencia del niño respecto del adulto al momento de comer. Los valores de las categorías relacionadas con el consumo autónomo (“Sí mismo líquido” y “Sí mismo sólido”) muestran una ligera tendencia al incremento, pero estas diferencias entre grupos de edad no son suficientes para alcanzar significancia estadística. En contraste, dos indicadores reflejan cierta independencia del niño frente a las acciones del adulto: la disminución sostenida de la conducta “Acepta sólido” ( $\chi^2_{(2, N=21)} = 9.34, p < .01, \varepsilon^2 = 0.47$ ) y el incremento de las negativas hacia lo que la cuidadora le ofrece para comer ( $\chi^2_{(2, N=21)} = 7.71, p < .05, \varepsilon^2 = 0.39$ ), ambas con un tamaño del efecto grande.

Asimismo, se encontró una correlación negativa entre la edad del niño y la categoría “Acepta sólido” ( $\rho_{(20)} = -0.58, p < .01$ ), así como una correlación positiva con la categoría “Negativa” ( $\rho_{(20)} = 0.48, p < .01$ ). Esto sugiere que, a mayor edad, los niños tienden a rechazar el alimento ofrecido por la cuidadora y no lo consumen de esa forma.

### ***Relación entre los tipos de consumo infantil (dependiente y autónomo) y las conductas de la cuidadora***

En los tres grupos de edad, la categoría de conducta de las cuidadoras con mayor prevalencia fue “Prepara”, que representó alrededor del 40 % del tiempo. Esta categoría incluyó acciones como disponer los alimentos y bebidas para el consumo del niño, servirlos, asegurarse de la temperatura y agitar las bebidas en el recipiente. Por otro lado, las conductas de dar en la boca alimentos sólidos y bebidas disminuyeron en prevalencia a medida que aumentaba la edad de los niños, mientras que las conductas de retractarse de estos ofrecimientos mostraron un aumento. Sin embargo, solo la categoría “Boca sólidos” presentó diferencias significativas ( $\chi^2_{(2, N=21)} = 7.85, p < .05, \varepsilon^2 = 0.39$ ).

**Tabla 5**  
*Estadísticos descriptivos de las categorías del cuidador por grupo de edad*

Categorías	Grupo de edad									$\chi^2_{(2)}$
	7 a 9 (n = 8)			10 a 12 (n = 7)			13-18 (n = 6)			
Cuidador	<i>M</i>	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>	<i>M</i>	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>	<i>M</i>	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>	
<i>Boca Sólidos</i>	8.73	3.17	15.11	6.64	4.99	4.44	3.33	3.16	2.11	7.85*
<i>Boca Líquidos</i>	22.39	18.58	11.38	15.50	15.49	6.33	9.45	10.11	3.92	1.89
<i>Retractarse</i>	2.68	2.71	1.59	5.79	5.02	4.26	6.68	5.61	4.04	5.02
<i>Observar</i>	8.21	3.85	10.22	7.73	6.33	7.35	9.43	8.65	3.01	1.47
<i>Instigar</i>	0.61	0.46	0.45	0.42	0.42	0.27	1.30	0.98	1.34	2.10
<i>Preparar</i>	39.53	41.97	11.66	40.98	43.95	14.98	44.50	47.32	14.94	0.61
<i>Conductas ajenas</i>	17.42	14.70	13.07	21.03	18.13	10.61	23.88	21.85	12.90	1.09

Nota: \* < .05. Los datos muestran las duraciones relativas promediadas de tres sesiones de video registro.

Al analizar las covariaciones entre algunas categorías del niño y la edad, esta última se introdujo como variable de control en las pruebas de correlación para identificar correspondencias entre los comportamientos infantiles y las conductas de las cuidadoras.

Las relaciones principales entre las conductas de la cuidadora y el infante incluyeron correspondencias casi totales entre ofrecer alimento o bebida en la boca y aceptarlo. Las correlaciones positivas fueron altas tanto para el alimento sólido ( $\rho_{(20)} = 0.91, p < .01$ ) como para la bebida ( $\rho_{(20)} = 0.98, p < .01$ ). Asimismo, se observó sincronía entre las negativas del niño y las retracciones del adulto ( $\rho_{(20)} = 0.76, p < .01$ ).

Otras conductas vinculadas con la autonomía del niño para comer fueron la observación (“Observa”) de la madre hacia lo que el niño hacía ( $\rho_{(20)} = 0.57, p < .01$ ), así como la atención de la cuidadora hacia aspectos

diferentes de la alimentación del niño ( $\rho_{(20)} = 0.54, p < .05$ ). Ambas conductas se caracterizan por no intervenir directamente en el consumo del infante.

Finalmente, las conductas infantiles no relacionadas con la comida mostraron asociaciones positivas con comportamientos similares de las cuidadoras ( $\rho_{(20)} = 0.67, p < .01$ ) y asociaciones negativas con la conducta de preparar los alimentos ( $\rho_{(20)} = -0.57, p < .01$ ).

## Discusión

El presente estudio tuvo como objetivo evaluar la prevalencia del consumo autónomo en niños con problemas de desnutrición durante el periodo de alimentación complementaria y analizar su relación con las conductas de los cuidadores. Los resultados obtenidos aportan información relevante sobre los patrones de alimentación infantil y su relación con las prácticas parentales, lo que podría ser fundamental para desarrollar intervenciones orientadas a mejorar el estado nutricional de niños vulnerables.

La primera hipótesis, que planteaba que los niños con mayor prevalencia de consumo autónomo de alimentos sólidos consumirían mayor cantidad que aquellos que reciben alimento de su cuidador, no se confirmó. Los resultados no evidenciaron esta relación, posiblemente porque los infantes del estudio presentaron valores mínimos en las categorías relacionadas con el consumo autónomo. Uno de los hallazgos más destacados es la baja prevalencia del consumo autónomo en niños, especialmente en la ingesta de alimentos sólidos. Incluso en el grupo de 13 a 18 meses, la proporción de tiempo destinada al consumo autónomo fue menor al 3 % del episodio total. En línea con estudios previos, se observó que los niños que no desarrollan habilidades motoras y cognitivas adecuadas para alimentarse por sí mismos tienen más probabilidades de experimentar dificultades nutricionales (Carruth et al., 2004; Piazza et al., 2003; Ramírez-Silva et al., 2024). Este fenómeno podría explicarse porque los cuidadores tienden a adoptar estrategias de mayor control, interviniendo de manera constante durante las comidas, lo que limita las oportunidades del menor para practicar el consumo autónomo (Arden y Abbott, 2015). Dichas conductas podrían contribuir a la persistencia de los problemas nutricionales al inhibir la autorregulación de la ingesta alimentaria en el niño (Savage et al., 2007).

Además, la correlación negativa entre el consumo autónomo y las conductas ajenas a la alimentación por parte del niño sugiere que los cuidadores no siempre emplean estrategias efectivas para mantener la atención del niño en la comida; incluso ellos también dirigen su atención a aspectos distintos a la situación. Cuando los cuidadores no logran redirigir adecuadamente la atención del niño hacia los alimentos, el episodio de alimentación tiende a prolongarse, como se encontró en este estudio, lo que puede generar frustración tanto en el niño como en el cuidador y afectar negativamente el consumo de alimentos (Ramsay, 2016). Este hallazgo es consistente con estudios previos que señalan que un ambiente de alimentación estresante puede llevar al niño a rechazar los alimentos (Wright et al., 2007).

En cuanto a la segunda hipótesis, que planteaba que en los niños mayores prevalecería el consumo autónomo de alimentos sólidos y líquidos, el estudio reveló que, aunque la autonomía en la alimentación tiende a aumentar con la edad, las diferencias entre los grupos de edad en cuanto a la prevalencia del consumo autónomo no fueron estadísticamente significativas. Además, los niños de los grupos de mayor edad (10-12 y 13-18 meses), contrariamente a lo esperado (Carruth et al., 2004; Lara et al., 2020), mostraron una proporción mayor de dependencia del adulto en comparación con el consumo autónomo. Este hallazgo contrasta con investigaciones que describen un desarrollo progresivo de las habilidades de consumo autónomo en niños eutróficos (Carruth y Skinner, 2002). En el contexto de esta investigación, es posible que las prácticas alimentarias poco efectivas hayan retrasado la adquisición de estas habilidades, lo que sugiere que, en situaciones de vulnerabilidad social, es necesaria una intervención temprana que incluya el entrenamiento a los cuidadores para que proporcionen apoyo al infante y promuevan niveles de autonomía comparables a los de niños sin desnutrición (van Dijk et al., 2009).

Finalmente, respecto a la tercera hipótesis sobre la relación entre las conductas de los cuidadores y los patrones de alimentación del niño, los resultados aportan evidencia de que las prácticas alimentarias parentales desempeñan un papel crucial en la regulación del consumo infantil. En particular, se encontró una fuerte correlación entre las conductas de alimentación dependiente del niño y la intervención del cuidador al ofrecer alimentos en la boca, lo que refuerza la importancia de fomentar la independencia del infante para ingerir el alimento desde edades tempranas. Sin embargo, es importante distinguir entre prácticas que promueven la autonomía alimentaria y aquellas que, bajo un enfoque negligente, no brindan la atención

necesaria al niño durante las comidas, lo que podría tener efectos adversos a largo plazo (Brown y Lee, 2011). Destaca que, en todas las edades, la prevalencia de la conducta de la madre de proporcionar bebidas en la boca, y la correspondiente aceptación del infante, podría favorecer la desnutrición al desplazar la ingesta de alimentos sólidos (Smith y Lifshitz, 1994).

En términos prácticos, los hallazgos de este estudio sugieren que las intervenciones para mejorar el estado nutricional en niños desnutridos deberían centrarse en promover prácticas alimentarias que favorezcan el desarrollo de la autonomía. Esto incluiría capacitar a los cuidadores para que adopten estrategias más efectivas en la introducción de alimentos sólidos y líquidos, permitiendo al niño adquirir habilidades de consumo independiente que mejoren la autorregulación de su ingesta. Asimismo, estas intervenciones deberían considerar el contexto socioeconómico de las familias, ya que las limitaciones en la disponibilidad de alimentos de calidad también desempeñan un papel clave en el desarrollo de la autonomía alimentaria (Mølbak et al., 1997; Savage et al., 2007).

Por último, un aspecto a destacar es que la muestra utilizada fue pequeña y no aleatoria, lo que podría limitar la generalización de los resultados a otras poblaciones. Futuras investigaciones podrían beneficiarse de muestras más grandes que establezcan las probabilidades y disminuyan las variaciones en los rangos de respuesta.

## Conclusión

Esta investigación aporta información valiosa sobre la relación entre las conductas de los cuidadores y la autonomía en la alimentación de niños con desnutrición. El microanálisis de las interacciones en la mesa permitió identificar acciones específicas de los cuidadores que promueven o interfieren con el desarrollo de patrones de consumo adecuados.

Los resultados destacan la importancia de fomentar prácticas alimentarias que estimulen el consumo autónomo y la autorregulación como parte de un enfoque integral para mejorar el estado nutricional de los niños en situación de riesgo. Las intervenciones futuras deberían diseñarse no solo para abordar las necesidades nutricionales inmediatas, sino también para capacitar a los cuidadores en el desarrollo de habilidades que permitan a los niños alcanzar una mayor independencia alimentaria a largo plazo.

## Referencias bibliográficas

- Arabi, M., Frongillo, E. A., Avula, R. y Mangasaryan, N. (2012). Infant and young child feeding in developing countries. *Child Development*, 83(1), 32-45. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.2011.01675.x>
- Arden, M. A. y Abbott, R. L. (2015). Experiences of baby-led weaning: Trust, control and renegotiation. *Maternal and Child Nutrition*, 11(4), 829-844. <https://doi.org/10.1111/mcn.12106>
- Bhandari, D., Choudhary, S. y Dean, E. (2011). A Community-Based Study of Feeding & Weaning Practices in Under Five Children in Semi Urban. *National Journal of Community Medicine*, 2(1), 277-283.
- Brown, A. y Lee, M. (2011). Maternal child-feeding style during the weaning period: association with infant weight and maternal eating style. *Eating behaviors*, 12(2), 108-111. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2011.01.002>
- Carruth, B. R. y Skinner, J. D. (2002). Feeding Behaviors and Other Motor Development in Healthy Children (2-24 Months). *Journal of the American College of Nutrition*, 21(2), 88-96. <https://doi.org/10.1080/07315724.2002.10719199>
- Carruth, B. R., Ziegler, P. J., Gordon, A. y Hendricks, K. (2004). Developmental milestones and self-feeding behaviors in infants and toddlers. *Journal of the American Dietetic Association*, 104(1 Suppl 1), s51-6. <https://doi.org/10.1016/j.jada.2003.10.019>
- Caulfield, L. E., Bentley, M. E. y Ahmed, S. (1996). Is prolonged breastfeeding associated with malnutrition? Evidence from nineteen demographic and health surveys. *International journal of epidemiology*, 25(4), 693-703. <https://doi.org/10.1093/ije/25.4.693>
- Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social. (2009). *Metodología para la medición multidimensional de la pobreza en México*.
- Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social. (2014). *Metodología para la medición multidimensional de la pobreza en México*.
- Cortés-Moreno, A. y Méndez-Lozano, S. (2012). Estrés parental, interacciones diádicas al comer y desnutrición en el periodo de alimentación complementaria. *Journal of Behavior, Health and Social Issues*, 3(2), 113-125. <https://doi.org/10.22201/fesi.20070780.2011.3.2.30321>

- Da Silveira, L. M., Prade, L. S., Ruedell, A. M., Haeffner, L. S. B. y Weinmann, A. R. M. (2013). Influence of breastfeeding on children's oral skills. *Revista de Saude Publica*, 47(1), 37-43. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102013000100006>
- Daniels, L., Heath, A.-L. M., Williams, S. M., Cameron, S. L., Fleming, E. A., Taylor, B. J., Wheeler, B. J., Gibson, R. S. y Taylor, R. W. (2015). Baby-Led Introduction to Solids (BLISS) study: a randomised controlled trial of a baby-led approach to complementary feeding. *BMC pediatrics*, 15(1), 179. <https://doi.org/10.1186/s12887-015-0491-8>
- Fawzi, W. (1998). A longitudinal study of prolonged breastfeeding in relation to child undernutrition. *International Journal of Epidemiology*, 27(2), 255-260. <https://doi.org/10.1093/ije/27.2.255>
- Gooze, R. A., Anderson, S. E. y Whitaker, R. C. (2011). Prolonged bottle use and obesity at 5.5 years of age in US children. *Journal of Pediatrics*, 159(3), 431-436. <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2011.02.037>
- Kruger, R. y Gericke, G. J. (2003). A qualitative exploration of rural feeding and weaning practices, knowledge and attitudes on nutrition. *Public health nutrition*, 6(2), 217-223. <https://doi.org/10.1079/PHN2002419>
- Lara, L. Á., Nava, M. L., Vázquez, C. A. y Álvarez, V. D. (2020). *Guía para una alimentación sana, variada y suficiente. Alimentación para niños de 0 a 12 meses*. [www.imss.gob.mx/servicios/guarderias/](http://www.imss.gob.mx/servicios/guarderias/)
- Mølbak, F. K., Jakobsen, M., Sodemann, M. y Aaby, P. (1997). Letters to the Editor: Is Malnutrition Associated with Prolonged Breastfeeding? Inguinal Hernia Repair: Incidence of Elective and Emergency. *International Journal of Epidemiology*, 26(2), 458-462.
- Morison, B. J., Taylor, R. W., Haszard, J. J., Schramm, C. J., Williams Erickson, L., Fangupo, L. J., Fleming, E. A., Luciano, A. y Heath, A.-L. M. (2016). How different are baby-led weaning and conventional complementary feeding? A cross-sectional study of infants aged 6-8 months. *BMJ Open*, 6(5), e010665. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2015-010665>
- Noldus. (2020). *The Observer XT*, (v. 15.). <https://www.noldus.com/observer-xt-human>
- Onyango, A. y de Onis, M. (2008). *Patrones de Crecimiento del Niño de la OMS. Curso de capacitación sobre la evaluación del crecimiento del niño*. Organización Mundial de la Salud.

- Organización Mundial de la Salud (2011). *OMS Anthro* (3.2.2). OMS. <https://www.who.int/tools/child-growth-standards/software>
- Organización Panamericana de la Salud. (2010). *La alimentación del lactante y del niño pequeño Capítulo Modelo para libros de texto dirigidos a estudiantes de medicina y otras ciencias de la salud* (Organización Panamericana de la Salud, Ed.). Organización Mundial de la Salud.
- Pardío-López, L. M. J. (2012). Alimentación complementaria del niño de seis a 12 meses de edad. *Acta Pediátrica de México*, 33(2), 80-88. <https://actapediatrica.org.mx/article/alimentacion-complementaria-del-nino-de-seis-a-12-meses-de-edad/>
- Piazza, C. C., Fisher, W. W., Brown, K. a, Shore, B. a, Patel, M. R., Katz, R. M., Sevin, B. M., Gulotta, C. S. y Blakely-Smith, A. (2003). Functional analysis of inappropriate mealtime behaviors. *Journal of applied behavior analysis*, 36(2), 187-204. <https://doi.org/10.1901/jaba.2003.36-187>
- Ramírez-Silva, I., Rivera-Pasquel, M., Bonvecchio-Arenas, A., Unar-Munguía, M., Lozada-Tequeanes, A. L., Valderrama-Álvarez, Z., López-Alarcón, M. y González-Castell, L. D. (2024). Complementary feeding practices. *Salud Publica de Mexico*, 66(4), 425-436. <https://doi.org/10.21149/15856>
- Ramsay, M. (2004). Feeding skill, appetite and feeding behaviours of infants and young children and their impact on growth and psychosocial development. *Encyclopedia on Early Childhood Development [online]*, 1-9. <https://www.child-encyclopedia.com/child-nutrition/according-experts/feeding-skill-appetite-and-feeding-behaviours-infants-and-young>
- Ramsay, M. (2016). A 31-Year Evolution in Understanding Poor Growth and Failure to Thrive: From Mother Blame to Appetite Regulation WHY JOIN CPA? *Psychopsis, Canada's Psychology Magazine, Winter*, 44.
- Rowan, H. y Harris, C. (2012). Baby-led weaning and the family diet. A pilot study. *Appetite*, 58(3), 1046-1049. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2012.01.033>
- Savage, J., Fisher, J. y Birch, L. (2007). Parental Influences on Eating Behavior: Conception to Adolescence. *Journal of Law, Medicine & Ethics*, 35(1), 22-34. <https://doi.org/10.1111/j.1748-720X.2007.00111.x>
- Schneider-Worthington, C. R., Lauzon, M., Berger, P. K., Goran, M. I. y Salvy, S. J. (2023). Complementary Feeding and Child Appetitive Traits in a Sample of Hispanic Mother-Child Dyads. *Journal of the Academy*

*of Nutrition and Dietetics*, 123(9), 1340-1350. <https://doi.org/10.1016/j.jand.2022.11.005>

Smith, M. M. y Lifshitz, F. (1994). Excess fruit juice consumption as a contributing factor in nonorganic failure to thrive. *Pediatrics*, 93(March 1994), 438-443.

Sociedad Mexicana de Psicología A. C. (2010). *Código Ético del Psicólogo*. Editorial Trillas.

The jamovi project. (2022). *jamovi* (2.3).

Townsend, E. y Pitchford, N. J. (2012). Baby knows best? The impact of weaning style on food preferences and body mass index in early childhood in a case-controlled sample. *BMJ Open*, 2(1), e000298-e000298. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2011-000298>

van Dijk, M., Bruinsma, E. y Hauser, M. P. (2016). The relation between child feeding problems as measured by parental report and mealtime behavior observation: A pilot study. *Appetite*, 99(1), 262-267. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2016.01.026>

van Dijk, M., Hunnius, S. y van Geert, P. (2009). Variability in eating behavior throughout the weaning period. *Appetite*, 52(3), 766-770. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2009.02.001>

Wondafrash, M., Amsalu, T. y Woldie, M. (2012). Feeding styles of caregivers of children 6-23 months of age in Derashe special district, Southern Ethiopia. *BMC public health*, 12(1), 235. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-235>

Wright, C. M. y Birks, E. (2000). Risk factors for failure to thrive: a population-based survey. *Child Care Health Dev*, 26(1), 5-16. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2214.2000.00135.x>

Wright, C. M., Parkinson, K. N., Shipton, D. y Drewett, R. F. (2007). How do toddler eating problems relate to their eating behavior, food preferences, and growth? *Pediatrics*, 120(4), e1069-75. <https://doi.org/10.1542/peds.2006-2961>