Arch Argent Pediatr. 2026;124(4):e202510941

Picky eating: revisión narrativa de un desafío frecuente en pediatría

Carola Saure[1], *Mabel Carosella*[2], *Luciana N. Zonis*[3]

RESUMEN

Entre las dificultades alimentarias que pueden manifestarse durante la infancia, el *picky eating* ha adquirido relevancia en la literatura científica debido a su alta prevalencia y a las posibles repercusiones sobre el estado nutricional, el desarrollo psicosocial y la dinámica familiar. Se ha observado que los niños *picky eaters* consumen menos cantidad de ciertos grupos de alimentos y pueden tener una ingesta menor de algunos macro- y micronutrientes.

Dada la relevancia del tema, surge esta revisión narrativa que tiene el objetivo de abordar la definición del *picky eater* en pediatría, criterios de evaluación, factores de riesgo, impacto nutricional y psicosocial, así como las principales estrategias de intervención basadas en la evidencia. Un abordaje temprano, integral e interdisciplinario, centrado en la familia es fundamental para manejar el *picky eating*, promover hábitos alimentarios saludables y prevenir consecuencias nutricionales y psicosociales.

Palabras clave: *conducta alimentaria; niño; estado nutricional; crecimiento.*

doi (español): http://dx.doi.org/10.5546/aap.2025-10941
doi (inglés): http://dx.doi.org/10.5546/aap.2025-10941.eng

Cómo citar: Saure C, Carosella M, Zonis LN. *Picky eating:* revisión narrativa de un desafío frecuente en pediatría. *Arch Argent Pediatr.* 2026;124(4):e202510941.

[1] Hospital de Pediatría S.A.M.I.C. Prof. Dr. Juan P. Garrahan, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina; [2] Grupo Pediátrico Belgrano R, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina; [3] Instituto para la Cooperación Científica en Ambiente y Salud (ICCAS), Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.

Correspondencia para *Carola Saure: gocarola@icloud.com*

Financiamiento*: El trabajo ha recibido financiación del laboratorio Nutricia Bagó S. A., quien facilitó los encuentros para el desarrollo del trabajo. El financiador no ha intervenido en la escritura del manuscrito, ni tuvo ninguna injerencia en la planificación ni en la decisión de publicar.*

Conflicto de intereses*: Los autores declaran haber recibido honorarios por parte de Nutricia Bagó S. A. para la realización del manuscrito.*

Recibido*: 25-10-2025*
Aceptado*: 12-1-2026*

Esta obra está bajo una licencia de Creative Commons Atribución-No Comercial-Sin Obra Derivada 4.0 Internacional.
Atribución — Permite copiar, distribuir y comunicar públicamente la obra. A cambio se debe reconocer y citar al autor original.
No Comercial — Esta obra no puede ser utilizada con finalidades comerciales, a menos que se obtenga el permiso.
Sin Obra Derivada — Si remezcla, transforma o crea a partir del material, no puede difundir el material modificado.

INTRODUCCIÓN

La infancia constituye una etapa crítica para la adquisición de hábitos alimentarios saludables. Durante los primeros años, los niños atraviesan rápidos cambios en sus patrones de alimentación, influenciados por factores biológicos, ambientales, familiares y culturales. Entre las dificultades que pueden emerger en esta etapa, el *picky eating* ha cobrado relevancia en la literatura científica debido a su alta prevalencia y a las posibles repercusiones sobre el estado nutricional, el desarrollo psicosocial y la dinámica familiar.

El término *picky eater (*"niños quisquillosos" o con "apetito limitado o caprichoso") se refiere a una ingesta limitada y selectiva caracterizada por el rechazo de alimentos tanto nuevos como familiares, así como por conductas rígidas respecto a la preparación, presentación o contexto de consumo.[1,2]

Las herramientas utilizadas en la evaluación y diagnóstico del *picky eating* son diversas y, en consecuencia, se reporta un amplio rango de prevalencia.[3]

En un estudio transversal realizado en España con 4018 menores de 6 años, Cardona Cano *et al*. reportaron una prevalencia de conductas alimentarias selectivas del 25,1 %, más frecuentes en varones, niños con bajo peso al nacer, hijos de madres no europeas y en familias de nivel socioeconómico bajo.[4]

La persistencia del *picky eating* más allá de los 5 años se asocia con menor diversidad dietaria y, en casos de restricción extrema, con impacto negativo sobre el crecimiento y estado nutricional.[5,6]

En la práctica clínica, el *picky eating* constituye un motivo frecuente de consulta pediátrica y nutricional, y genera gran preocupación en los cuidadores. En este contexto, una evaluación clínica precisa permite distinguir entre un patrón selectivo benigno y un cuadro que requiere abordaje especializado.

El objetivo de este artículo es revisar la evidencia actual sobre *picky eating* en pediatría, abordando su definición, criterios de evaluación, factores de riesgo, impacto nutricional y psicosocial, así como las principales estrategias de intervención basadas en la evidencia, con el fin de aportar herramientas útiles a los profesionales de la salud.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó una revisión narrativa de la literatura utilizando las bases de datos PubMed, Scopus y ScienceDirect, seleccionando artículos publicados entre 2014 y 2025. Se incorporaron artículos con fecha previa al período de búsqueda cuando fueron considerados pertinentes. La estrategia de búsqueda incluyó los términos en inglés *"picky eating"*, *"selective eating"*, *"feeding difficulties"* y *"food neophobia"*. Se priorizaron estudios en población pediátrica, revisiones sistemáticas, estudios observacionales y ensayos clínicos relevantes. La selección de los trabajos se basó en su relevancia clínica, calidad metodológica y aplicabilidad en contextos asistenciales.

DEFINICIÓN DE *PICKY EATER*

El término *picky eater* se ha utilizado para describir a niños que rechazan consumir una amplia variedad de alimentos, con una dieta restringida tanto en cantidad como en variedad. No obstante, aún no existe una definición universal ni criterios diagnósticos estandarizados, lo que dificulta la comparación entre estudios y la elaboración de guías clínicas uniformes.[7]

Las definiciones son variables, Dovey *et al*. lo describen como una dieta restringida basada en pocos alimentos aceptados, con resistencia a probar nuevos alimentos; Carruth *et al*. añaden la baja variedad y la necesidad de preparación especial; y Zickgraf y Elkins incorporan los aspectos sensoriales como parte del fenotipo conductual.[1,8,9]

Es importante mencionar que el *picky eating* suele ser una conducta transitoria en la primera infancia, pero algunos niños desarrollan un subtipo denominado *persistent picky eating* (PPE), que se mantiene más allá de los 5 años. El PPE se caracteriza por una selección alimentaria sostenida, rechazo de grupos completos de alimentos (especialmente frutas, verduras y carnes) y mayor riesgo de ingestas insuficientes de ciertos micronutrientes.[3,5,6]

Metodológicamente, se identifica a los *picky eaters* mediante cuestionarios parentales como el *Children's Eating Behavior Questionnaire* (CEBQ) o el *Child Feeding Questionnaire* (CFQ), preguntas únicas ("¿Considera usted que su hijo es selectivo con la comida?") y escalas como el *Picky Eating Questionnaire* (PEQ) o la subescala *Food Fussiness* del CEBQ, aunque su aplicación clínica es aún limitada.[5]

En la evaluación clínica, es importante diferenciar *picky eating* del trastorno por ingesta de alimentos evitativo/restrictivo (TERIA) o (ARFID *Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder* por sus siglas en ingles), entidad incluida en el

DSM-V, el cual conlleva consecuencias orgánicas, nutricionales y emocionales de mayor gravedad.[10] Algunos autores proponen considerar al *picky eating* persistente como manifestación subclínica de TERIA, especialmente cuando coexisten rasgos sensoriales o ansiedad anticipatoria.[11] También es importante diferenciarlo del concepto de *neofobia alimentaria* en el cual los niños rechazan alimentos novedosos o desconocidos, pero este se resuelve con exposiciones repetidas.[10]

Desde una perspectiva evolutiva, se interpreta como una conducta adaptativa entre los 2 y 5 años, asociada a la autonomía y a la autoafirmación, pero su persistencia más allá de esta etapa debe motivar una evaluación clínica.[12-14]

EVALUACIÓN DEL NIÑO *PICKY EATER*

1. Factores de riesgo y predictores de persistencia

La identificación temprana de factores de riesgo es fundamental para anticipar la aparición y evolución del *picky eating*. Su origen responde a la interacción entre variables intrínsecas (temperamento, percepción de hambre y saciedad, preferencias sensoriales) y factores extrínsecos, como el entorno familiar y el estilo de crianza, lo que genera dinámicas complejas en la relación cuidador-niño.[10]

Se ha descrito mayor riesgo de persistencia más allá de los 5 años en hijos únicos y en aquellos cuyos padres manifiestan elevada preocupación por la alimentación. El estudio longitudinal ALSPAC (*Avon Longitudinal Study of Parents and Children*) identificó como predictores adicionales el retraso en la introducción de sólidos, el destete precoz y las dificultades alimentarias en la primera infancia.[4,15] Estos factores permiten estratificar clínicamente a los niños en riesgo bajo, moderado o alto de desarrollar un patrón restrictivo persistente. Se considera riesgo bajo cuando las conductas selectivas son transitorias y no se asocian a antecedentes tempranos ni impacto familiar; riesgo moderado cuando coexisten uno o dos factores de riesgo con selectividad mantenida; y riesgo alto cuando se observan múltiples predictores tempranos, alta preocupación parental y una restricción alimentaria sostenida que afecta la variedad dietaria y la dinámica familiar.[5,16]

Diversos estudios han destacado la influencia de factores maternos, como la edad avanzada, un mayor nivel educativo y la presencia de ansiedad o depresión durante el embarazo. No obstante, estos determinantes parecen tener un impacto limitado una vez que se consideran las prácticas de alimentación implementadas en la infancia (estilo de alimentación parental, el uso de presión o restricción durante las comidas, la exposición repetida a nuevos alimentos y el modelado de conductas alimentarias por parte de los cuidadores).[16,17] Por otra parte, la predisposición genética también desempeña un papel importante: la neofobia alimentaria presenta una heredabilidad estimada del 78 % en estudios con gemelos,[18] mientras que la sensibilidad aumentada a los sabores amargos se asocia con una menor aceptación de los vegetales.[19]

2. Antecedentes alimentarios y desarrollo sensorial

Durante los dos primeros años de vida, los niños atraviesan una transición alimentaria crítica, desde la lactancia hacia una dieta familiar. Este proceso ocurre en un contexto de aprendizaje en el que las prácticas parentales determinan qué, cómo y cuándo se ofrecen los alimentos. La lactancia exclusiva hasta los 6 meses, además de sus beneficios nutricionales, puede favorecer la aceptación de alimentos posteriores al exponer al lactante a distintos sabores presentes en la leche materna, lo que se ha denominado “puente de sabor”.[12,20,21]

El antecedente de dificultades de alimentación temprana (rechazo a sólidos, experiencia traumática ante algún alimento, vómitos frente a nuevas texturas o introducción tardía de alimentos grumosos después de los 9 a 10 meses) aumenta significativamente el riesgo de conductas restrictivas,[7] mientras que la exposición temprana a verduras se asocia con menor selectividad a los 4 años.[17,22] El consumo frecuente de alimentos procesados listos para consumo también se vincula a mayor selectividad posterior.[16]

Algunos niños presentan hipersensibilidad sensorial táctil, gustativa u olfativa que condiciona el rechazo de ciertas texturas (purés con grumos o carnes fibrosas), sabores amargos o preparaciones mezcladas en un mismo plato.[9,23] Si bien estas características no equivalen a un trastorno del procesamiento sensorial, su detección ayuda a diseñar estrategias individualizadas de exposición gradual.[24]

3. Entorno de la comida: dinámica familiar y lugar de consumo

El entorno en el que ocurre la alimentación

modula de forma decisiva la selectividad alimentaria. En un estudio observacional en 50 niños de 3 a 5 años, Luchini *et al*. reportaron mayor variedad dietaria y menor evitación en centros de cuidado infantil comparado con el hogar, lo que sugiriere el efecto positivo del modelado por pares y de una estructura más organizada.[13]

En contraste, la ausencia de rutinas horarias, la presencia de distractores como pantallas, la presentación poco atractiva de los alimentos, el desorden en la mesa, la ansiedad parental o la falta del cuidador principal durante las comidas refuerzan la conducta selectiva.[25,26]

4. Conducta y estilo parental

El estilo de alimentación parental constituye uno de los determinantes más influyentes. Estrategias como el modelado positivo, la exposición repetida y la estructuración del entorno favorecen la aceptación de nuevos alimentos. Por el contrario, prácticas coercitivas como la presión, el soborno, el castigo o la retirada del alimento incrementan la aversión y perpetúan la selectividad.[27-29]

Los estilos parentales perceptivos, caracterizados por límites consistentes combinados con apoyo emocional, se asocian a menor selectividad y mejor adaptación dietaria.[30] La preocupación excesiva por el crecimiento y la ingesta suele tender a prácticas compensatorias como ofrecer únicamente "alimentos seguros" o permitir picoteos fuera de horario, lo que reduce aún más la variedad.[5]

Finalmente, el modelo propuesto por Kerzner *et al*. subraya que incluso los cuadros leves pueden tener consecuencias si los cuidadores, motivados por la ansiedad, aplican prácticas inadecuadas. Esta clasificación distingue tres patrones principales de preocupación parental (apetito limitado, ingesta selectiva y miedo a alimentarse) e integra los estilos de alimentación del cuidador (perceptivo, controlador, indulgente y negligente) como factores centrales en la evolución y el abordaje clínico de las dificultades alimentarias.[10]

La evaluación del *picky eating* presenta una marcada heterogeneidad y escasa estandarización, lo que limita su aplicación clínica y refuerza la necesidad de un enfoque clínico integral que contemple las múltiples dimensiones del problema,[5] como se resume en la *Tabla 2.*

ENFOQUE DE INTERVENCIÓN EN EL *PICKY EATER*

La intervención en *picky eating* debe ser individualizada, considerando aspectos conductuales, nutricionales y familiares. Un abordaje temprano por el pediatra, como primer referente, favorece la diversidad alimentaria y previene la cronificación. La derivación oportuna influye en la evolución del niño y en la ansiedad familiar.[16,28]

Zucker *et al*. propusieron clasificar a los *picky eaters* en subtipos (sensoriales, de bajo apetito y neofóbicos) para personalizar el abordaje. Los primeros requieren intervenciones sensoriales específicas; los segundos se benefician con la estructuración del apetito y reducción del picoteo; y los terceros, de programas de exposición gradual a nuevos alimentos.[31]

Dado que muchos niños atraviesan una fase transitoria de *picky eating*, resulta desafiante definir cuándo intervenir (*Figura 1*).

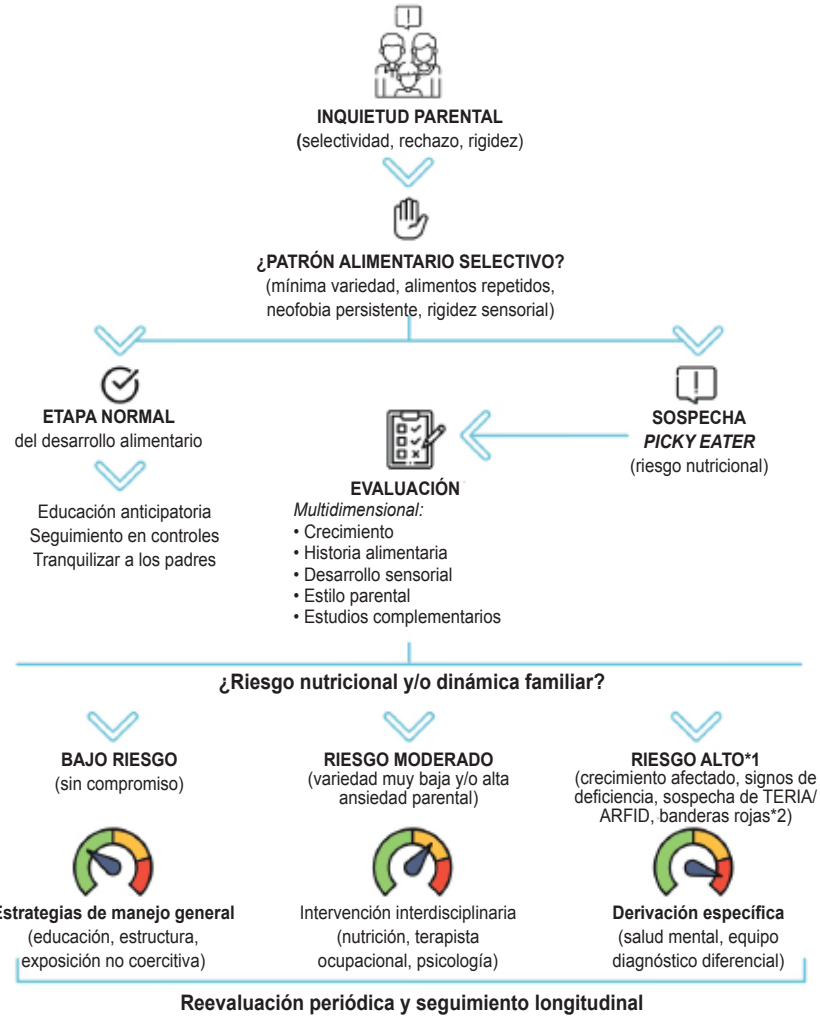
Los cuidadores deben recibir mensajes claros y consistentes: el *picky eating* suele ser una etapa evolutiva común y, en la mayoría de los casos, con una intervención oportuna no se compromete el desarrollo a largo plazo.

La intervención multicomponente en niños con *picky eating* combina de forma coordinada estrategias sensoriales, nutricionales, parentales y ambientales, adaptadas al niño y su familia, para abordar el carácter multifactorial del problema y mejorar la conducta alimentaria y la aceptación de alimentos. [32]

1. Abordaje nutricional individualizado

En la mayoría de los niños con *picky eating,* el crecimiento ponderoestatural se mantiene dentro de rangos normales, aunque se observan con frecuencia deficiencias en la calidad de la dieta. Se ha documentado un consumo reducido de frutas, vegetales, carnes y cereales integrales, con predominio de alimentos blandos, dulces o de bajo contenido en micronutrientes.[7] Las deficiencias reportadas con mayor frecuencia incluyen hierro, zinc, fibra, vitamina D y vitamina A.[3,6] La evaluación nutricional debe combinar registros alimentarios (24 horas o de 3 días), encuestas de frecuencia de consumo y antropometría seriada. En casos seleccionados, resulta útil incorporar indicadores bioquímicos como ferritina, zinc sérico, vitamina D y hemograma.[7] El objetivo es diversificar la dieta sin recurrir a estrategias invasivas o coercitivas. La

Figura 1. Flujograma de diagnóstico e intervención



**1 También considerar compromisos sensorial marcado o dificultades asociadas a trastornos del neurodesarrollo.*
2* ***Las banderas rojas orgánicas y/o psicosociales incluyen:* *pérdida de peso, detención del crecimiento, signos clínicos de malnutrición, rechazo absoluto de la vía oral, aceptación de menos de 10 alimentos, tos, vómitos, arcadas o llanto persistente al comer, retención prolongada del alimento en la boca, comidas >30 minutos, falta de transición a sólidos después del año, o antecedentes médicos (prematurez, trastornos neurológicos, enfermedades digestivas crónicas o dependencia prolongada de soporte nutricional), ansiedad parental excesiva, conflictos persistentes en torno a la comida, evitación de situaciones sociales por dificultades alimentarias, alimentación solo con distracciones (pantallas), dinámica familiar disfuncional, uso de coerción o persecución, y falta de autonomía del niño en el acto de comer.*
TERIA: Trastorno por ingesta de alimentos evitativo/restrictivo.

planificación de comidas equilibradas, la introducción progresiva de alimentos poco aceptados y la exposición repetida en un ambiente sin presión constituyen pilares básicos. El respeto por los tiempos individuales de aceptación resulta clave para lograr adherencia sostenida.[5]

2. Suplementación: indicaciones y límites

La suplementación no debe considerarse una medida sistemática, sino un recurso puntual en casos de dietas muy restrictivas o cuando existan signos clínicos, antropométricos o bioquímicos de deficiencia. Entre los suplementos más utilizados, se encuentran los multivitamínicos (con hierro, zinc y vitaminas liposolubles), los preparados líquidos poliméricos y las fórmulas nutricionalmente completas.[33,34] Debe evitarse que los suplementos sustituyan la ampliación dietaria, ya que podrían reforzar la preferencia por texturas homogéneas o sabores artificiales. Además, su aceptación no siempre es buena debido a características organolépticas.[31]

Tabla 1. Estrategias conductuales para el manejo del *picky eating*

Prácticas positivas (favorecen la aceptación)	Prácticas negativas (refuerzan la selectividad)
Estructurar las comidas con horarios regulares, sin pantallas ni distractores.	Ofrecer alternativas inmediatas si el niño rechaza la comida.
Mantener la duración de la comida en 20-30 minutos.	Prolongar excesivamente la comida o insistir en que termine todo el plato.
Exposición repetida no coercitiva (10-15 veces), multisensorial (oler, tocar, cocinar, realizar compras en familia) y gradual.	Forzar a probar alimentos o suspender su oferta tras pocos rechazos.
Ofrecer variedad de sabores y texturas.	Alimentación monótona.
Modelado parental positivo: compartir alimentos saludables, evitar comentarios negativos.	Modelado negativo: consumo frecuente de *snacks* y bebidas azucaradas por parte de la familia.
Permitir participación activa: servirse, elegir entre opciones saludables, cocinar juntos.	Uso de sobornos, recompensas con alimentos o castigos ante la negativa.
Elogiar el intento con refuerzos no alimentarios.	Ejemplos: “Si no comés la verdura, no hay postre”, “Si no terminás el plato, no vas a fútbol”. Estas frases refuerzan la resistencia y generan mayor rechazo. Condicionar el refuerzo a la cantidad ingerida.
Respetar señales de hambre y saciedad.	Forzar la ingesta, ignorar señales de saciedad.
Comidas familiares y experiencias sociales positivas.	Aislar al niño o hacer del acto de comer un foco de tensión.

Tabla 2. Evaluación clínica del *picky eating*

Componente	Aspectos clave	Herramientas habituales
Conductual	Rechazo, rigidez, conductas disruptivas	Entrevista, CEBQ*, CFNS**, observación de la comida
Sensorial	Texturas, sabores, olores	Historia alimentaria; observación de respuestas, perfil sensorial
Nutricional	Variedad, macro- y micronutrientes, crecimiento	Antropometría, registros, laboratorio
Parental	Prácticas, ansiedad, percepción parental	Entrevista a cuidadores
Ambiental	Rutinas, ambiente de comida, uso de distractores	Análisis del entorno

***CEBQ** (Children’s Eating Behaviour Questionnaire): *cuestionario parental validado que evalúa conductas alimentarias infantiles; la subescala* Food Fussiness *mide selectividad y rechazo alimentario.*
***CFNS** (Child Food Neophobia Scale*): escala parental breve que cuantifica la neofobia alimentaria en niños.*

En niños con bajo peso al nacer, riesgo nutricional elevado o rechazo persistente de grupos alimentarios completos como carnes, lácteos o vegetales, puede ser necesaria la suplementación con fórmulas completas o hipercalóricas sin sacarosa, siempre con reevaluación periódica.[35]

3. Orientaciones conductuales para profesionales y cuidadores

Las estrategias conductuales constituyen el núcleo del abordaje del *picky eating*, ya que buscan modificar la interacción del niño con la comida y su entorno familiar.[20,28,31]

La *Tabla 1* resume las principales estrategias conductuales para el manejo del *picky eating,* destacando aquellas prácticas positivas que favorecen la aceptación alimentaria y las negativas que deben evitarse. Deben transmitirse a la familia de forma clara y consensuada, evitando contradicciones entre cuidadores.

CONSECUENCIAS A CORTO Y LARGO PLAZO SIN INTERVENCIÓN OPORTUNA

El comportamiento alimentario selectivo en la infancia puede generar consecuencias en áreas clave del desarrollo físico, cognitivo y social. Su detección temprana y abordaje integral oportuno resulta fundamental para prevenir su cronificación y el impacto a largo plazo en la salud del niño y su entorno.

Si bien el *picky eating* se trata de una conducta transitoria y benigna, algunos estudios lo asocian a consecuencias clínicas relevantes.

Se ha documentado una mayor prevalencia de deficiencia de micronutrientes esenciales para el desarrollo neurológico y el adecuado funcionamiento inmunológico. Estas carencias pueden contribuir a una mayor susceptibilidad a infecciones a repetición.

Estudios observacionales vinculan anemia ferropénica con menor rendimiento escolar, problemas de atención, cognitivos y conductuales. Los niños con alimentación selectiva obtuvieron puntuaciones más bajas de coeficiente intelectual total (verbal y de ejecución).[36,37]

Las consecuencias también pueden observarse a largo plazo. El *picky eating* puede persistir más allá de la infancia, con un patrón

alimentario con menor consumo de frutas, verduras y fibras en la adolescencia y adultez temprana, que altera las características de la microbiota intestinal y aumenta el riesgo de enfermedades no transmisibles a futuro.[16]

El impacto psicosocial es un tema que debe considerarse. Esta conducta suele generar estrés significativo, que afecta la dinámica del hogar, salidas sociales o vacaciones, con consecuencias negativas en la calidad de vida de toda la familia.[38] Asimismo, se ha observado una asociación entre *picky eating* y trastornos emocionales como ansiedad, depresión, baja autoestima y dificultades en las interacciones sociales, tanto en población pediátrica como en adultos que persisten con estas conductas.[9,39,40]

CONCLUSIÓN

El *picky eating* es una preocupación habitual en la práctica pediátrica, con repercusiones que van más allá de la nutrición y afectan el bienestar emocional del niño y la dinámica familiar. Si bien suele ser transitorio, su persistencia puede ocasionar deficiencias nutricionales, alteraciones del crecimiento y mayor tensión en el entorno familiar.

El pediatra cumple un papel clave en la detección temprana, contención y orientación de las familias. La identificación precisa del *picky eater* y el uso de herramientas simples de evaluación en la consulta permiten intervenir oportunamente, para evitar prácticas parentales inadecuadas y promover un manejo efectivo.

Las estrategias basadas en evidencia, como la exposición repetida sin presión, el modelado positivo y la estructuración del entorno alimentario, son pilares del tratamiento. Un abordaje integral, interdisciplinario y centrado en la familia constituye la mejor vía para revertir las conductas selectivas, fortalecer una relación saludable con los alimentos y prevenir la progresión hacia trastornos alimentarios clínicamente relevantes. ■

REFERENCIAS

1. 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.
2. Zickgraf HF, Franklin ME, Rozin P. Adult picky eaters with symptoms of avoidant/restrictive food intake disorder: comparable distress and comorbidity but different eating behaviors compared to those with disordered eating symptoms. *J Eat Disord*. 2016;4:26. doi:10.1186/s4033701601106.
3. Taylor CM, Wernimont SM, Northstone K, Emmett PM. Picky/fussy eating in children: review of definitions, assessment, prevalence and dietary intakes. *Appetite*. 2015;95:349-59. doi: 10.1016/j.appet.2015.07.026.
4. Cardona Cano S, Tiemeier H, Van Hoeken D, Tharner A, Jaddoe VWV, Hofman A, et al. Trajectories of picky eating during childhood: a general population study. *Int J Eat Disord.* 2015;48(6):57-9. doi: 10.1002/eat.22384.
5. Emmett PM, Taylor CM. Being inspired: what we have learned about picky eating in childhood from using questionnaires on feeding practices and behaviors in a longitudinal birth cohort. *Curr Res Psychiatry*. 2021;1(4):48-51. doi:10.46439/Psychiatry.1.016.
6. Mascola AJ, Bryson SW, Agras WS. Picky eating during childhood: a longitudinal study to age 11 years. *Eat Behav*. 2010;11(4):25-37. doi: 10.1016/j.eatbeh.2010.05.006.
7. Taylor CM, Emmett PM. Picky eating in children: causes and consequences. *Proc Nutr Soc.* 2019;78(2):161-9. doi:10.1017/S0029665118002586.
8. Carruth BR, Ziegler PJ, Gordon A, Barr SI. Prevalence of picky eaters among infants and toddlers and their caregivers' decisions about offering a new food. *J Am Diet Assoc.* 2004;104(1 Suppl 1):S57-64. doi:10.1016/j.jada.2003.10.024.
9. Zickgraf HF, Elkins A. Sensory sensitivity mediates the relationship between anxiety and picky eating in children/adolescents ages 8–17, and in college undergraduates: a replication and ageupward extension. *Appetite*. 2018;128:333-9. doi:10.1016/j.appet.2018.06.023.
10. Kerzner B, Milano K, MacLean WC Jr, Berall G, Stuart S, Chatoor I. A practical approach to classifying and managing feeding difficulties. *Pediatrics.* 2015;135(2):344-53. doi:10.1542/peds.20141630.
11. Zickgraf HF, Murray HB, Kratz HE, Franklin ME. Characteristics of outpatients diagnosed with the selective/neophobic presentation of avoidant/restrictive food intake disorder. *Int J Eat Disord.* 2019;52(4):367-77. doi:10.1002/eat.23013.
12. Birch LL. Development of food preferences. *Annu Rev Nutr.* 1999;19:41-62. doi:10.1146/annurev.nutr.19.1.41.
13. Luchini V, Musaad S, Lee SY, Donovan SM. Observed differences in child picky eating behavior between home and childcare locations. *Appetite.* 2017;116:123-31. doi:10.1016/j.appet.2017.04.021.
14. Luchini V, Musaad SM, Donovan SM, Lee SY. Differences and agreement in perception of child picky eating among center and homebased childcare providers and parents and its impact on utilized mealtime strategies. *Nutr Metab Insights.* 2017;10:1178638816684830. doi:10.1177/1178638816684830.
15. Fraser A, MacdonaldWallis C, Tilling K, Boyd A, Golding J, Davey Smith G, et al. Cohort profile: the Avon Longitudinal Study of Parents and Children: ALSPAC mothers cohort. *Int J Epidemiol.* 2013;42(1):97-110. doi:10.1093/ije/dys066.
16. Emmett PM, Hays NP, Taylor CM. Antecedents of picky eating behaviour in young children. *Appetite.* 2018;130:163-73. doi: 10.1016/j.appet.2018.07.032.
17. De Barse LM, Cardona Cano S, Jansen PW, Jaddoe VVW, Verhulst FC, Franco OH, et al. Are parent´s anxiety and depression related to child fussy eating? *Arch Dis Child*. 2016;101(6):533-8. doi: 10.1136/archdischild-2015-309101.
18. Cooke LJ, Haworth CM, Wardle J. Genetic and environmental influences on children's food neophobia. *Am J Clin Nutr.* 2007;86(2):428-33. doi:10.1093/ajcn/86.2.428.
19. Bell KI, Tepper BJ. Short-term vegetable intake by young children classified by 6-n-propylthiouracil bitter-taste phenotype. *Am J Clin Nutr.* 2006;84(1):245-51. doi:10.1093/ajcn/84.1.245.
20. Ventura AK, Birch LL. Does parenting affect children's eating and weight status? *Int J Behav Nutr Phys Act.*

2008;5:15. doi:10.1186/14795868515.
21. Mennella JA, Beauchamp GK. Understanding the origin of flavor preferences. *Chem Senses.* 2005;30(Suppl 1):i242-3. doi:10.1093/chemse/bjh204.
22. Taylor CM, Northstone K, Wernimont SM, Emmett PM. Picky eating in preschool children: associations with dietary fibre intakes and stool hardness. *Appetite.* 2016;100:263-71. doi:10.1016/j.appet.2016.02.021.
23. Zickgraf HF, Ellis JM. Initial validation of the Nine Item Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder screen (NIAS): a measure of three restrictive eating patterns. *Appetite.* 2018;123:32-42. doi:10.1016/j.appet.2017.11.111.
24. LaneLoney SE, Zickgraf HF, Ornstein RM, Mahr F, Essayli JH. A cognitive-behavioral family-based protocol for the primary presentations of avoidant/restrictive food intake disorder (ARFID): case examples and clinical research findings. *Cogn Behav Pract.* 2022;29(2):318-34. doi:10.1016/j.cbpra.2020.06.010.
25. Daniels LA. Feeding practices and parenting: a pathway to child health and family happiness. *Ann Nutr Metab.* 2019;74(Suppl 2):29-42. doi: 10.1159/000499145.
26. Supthanasup A, Banwell C, Kelly M, Yiengprugsawan VS, Davis JL. Child feeding practices and concerns: thematic content analysis of Thai virtual communities. *Matern Child Nutr.* 2021;17(2):e13095. doi: 10.1111/mcn.13095.
27. Galloway AT, Fiorito LM, Francis LA, Birch LL. "Finish your soup": counterproductive effects of pressuring children to eat on intake and affect. *Appetite.* 2006;46(3):318-23. doi: 10.1016/j.appet.2006.01.019.
28. Chilman LB, Meredith PJ, KennedyBehr A, Campbell G, Frakking T, Swanepoel L, et al. Picky eating in children: current clinical trends, practices, and observations within the Australian health-care context. *Aust Occup Ther J.* 2023;70(4):471-86. doi: 10.1111/1440-1630.12869.
29. Van der Horst K, Sleddens EFC. Parenting styles, feeding styles and food-related parenting practices in relation to toddlers' eating styles: a cluster-analytic approach. *PLoS One.* 2017;12(5):e0178149. doi:10.1371/journal.pone.0178149.
30. Blissett J, Haycraft E. Are parenting style and controlling feeding practices related? *Appetite.* 2008;50(2-3):477-85. doi: 10.1016/j.appet.2007.10.003.
31. Zucker N, Copeland W, Franz L, Carpenter K, Keeling L, Angold A, et al. Psychological and psychosocial impairment in preschoolers with selective eating. *Pediatrics*. 2015;136(3):e58290. doi: 10.1542/peds.2014-2386.
32. Kamarudin MS, Shahril MR, Haron H, Kadar M, Safii NS, Hamzaid NH. Interventions for picky eaters among typically developed children: a scoping review. *Nutrients*. 2023;15(1):242. doi:10.3390/nu15010242.
33. An R, Shen J, Zhang Z, Lim MT, Huynh DTT. Effect of oral nutritional supplementation on health-related outcomes and nutritional biomarkers in children and adolescents with undernutrition: a systematic review and meta-analysis. *Nutrients.* 2024;16(17):2970. doi:10.3390/nu16172970.
34. Nogueira-de-Almeida CA, Del Ciampo LA, Martinez EZ, Contini AA, Nogueira-de-Almeida ME, Ferraz IS, et al.Clinical evolution of preschool picky eater children receiving oral nutritional supplementation during six months: a prospective controlled clinical trial. *Children (Basel).* 2023;10(3):495. doi:10.3390/children10030495.
35. Khanna D, Yalawar M, Saibaba PV, Bhatnagar S, Ghosh A, Jog P, et al. Oral nutritional supplementation improves growth in children at malnutrition risk and with picky eating behaviors. *Nutrients*. 2021;13(10):3590. doi:10.3390/nu13103590.
36. Xue Y, Zhao A, Cai L, Yang B, Szeto IM, Ma D, et al. Growth and development in Chinese pre-schoolers with picky eating behaviour: a cross-sectional study. *PLoS One.* 2015;10(4):e0123664. doi:10.1371/journal.pone.0123664.
37. McCann JC, Ames BN. An overview of evidence for a causal relation between iron deficiency during development and deficits in cognitive or behavioral function. *Am J Clin Nutr.* 2007;85(4):931-45. doi:10.1093/ajcn/85.4.931.
38. Cole NC, An R, Lee SY, Donovan SM. Correlates of picky eating and food neophobia in young children: a systematic review and meta-analysis. *Nutr Rev.* 2017;75(7):516-32. doi:10.1093/nutrit/nux024.
39. Fox G, Coulthard H, Williamson I, Aldridge V. How multiple threats to safety affects quality of life for picky eating adults: a new explanatory model. *Appetite.* 2023;181:106396.doi: 10.1016/j.appet.2022.106396.
40. Wildes JE, Zucker N, Marcus MD. Picky eating in adults: results of a web-based survey. *Int J Eat Disord.* 2012;45(4):575-82. doi:10.1002/eat.20975.