

INAPETENCIA INFANTIL

HUMBERTO ORTÍZ, M.D.¹, ARELIS BARRAGÁN, M.D.²

RESUMEN

El médico en su consulta ambulatoria pediátrica siempre encontrará una familia inquieta y angustiada por una alteración en lo que al apetito se refiere. Según el DSM 4 (manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales), la perturbación de la alimentación es la persistencia de no comer adecuadamente, que lleva a un déficit en el aumento de peso o una pérdida significativa de peso durante al menos 1 mes. Se estima que los trastornos de alimentación afectan entre el 20 al 80% de los niños de todo el mundo, siendo mayor en niños con problemas familiares y está asociado con alteraciones en el desarrollo. La etiología del rechazo alimentario, en la mayoría de las veces se correlaciona con etapas de crecimiento y desarrollo, así como la influencia de los padres en el cumplimiento del ritual de la alimentación. Los médicos y en especial los pediatras debemos tener un enfoque ordenado a la evaluación del niño con un problema de alimentación, y este enfoque debe incluir la búsqueda de banderas rojas que indican patologías graves.

Palabras claves: *Inapetencia, Apetito, Hambre, Niños*

INTRODUCCIÓN

El médico en su consulta ambulatoria pediátrica siempre encontrará una familia inquieta y angustiada por una alteración en lo que al apetito se refiere. Antes, estos pacientes recibían un manejo integral por parte del médico hacia la familia y el niño en un tiempo adecuado de consulta y además unos direccionamientos escritos y dirigidos en pro de una solución a corto o largo plazo. En las nuevas generaciones manejamos la información a través de medicina basada en la evidencia y todo relacionado a un tiempo preferencial para el abordaje de este trastorno que permitirá que las soluciones sean más prontas de lo esperado. Hace algunos años las

SUMMARY

The doctor in pediatric outpatient always find a family concerned and distressed by an alteration in what relates to the appetite. 4 DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders), disruption of food is the persistence of not eating properly, leading to a deficit in weight gain or significant weight loss for at least 1 month. It is estimated that eating disorders affect between 20 to 80% of children worldwide, being higher in children with family problems and is associated with alterations in development. The etiology of food refusal, in most cases correlates with stages of growth and development as well as the influence of parents in the fulfillment of the feeding ritual. Doctors and pediatricians in particular we must have an orderly approach to the evaluation of the child with an eating disorder, and this approach should include looking for red flags that indicate serious diseases.

Key words: *Loss of appetite, Appetite, Hunger, Children*

perspectivas no eran muy claras sobre trastorno de la conducta alimentaria y el material era dirigido en especial a trastornos como la anorexia y la bulimia.

En muchos niños la inapetencia será transitoria, serán sus primeras dificultades en alimentación y se resolverán más tarde de manera asintomática y sin problemas¹, sin embargo, hay poca orientación basada en la evidencia para distinguir una dificultad para la alimentación clínicamente significativa, o unos problemas de alimentación que pueden ser de corta duración. En este sentido el problema de la alimentación es amplio y son relativamente comunes, y pueden ser el resultado de un gran número de diferentes factores.

FISIOLOGÍA DEL APETITO

El apetito se define como un deseo psíquico o emocional de ingerir un alimento específico y puede o no ir acompañado de la necesidad urgente de comer, está relacionado con sensaciones placenteras de comer;

¹Pediatra. Profesor. Universidad del Valle. Cali, Colombia

²Pediatra. Universidad del Valle. Cali, Colombia

y el hambre es el ansia por la obtención del alimento, es la necesidad física de comer y va acompañada de sensaciones como dolor de estómago o epigastralgia; y la saciedad como la sensación de plenitud que se acompaña en la satisfacción de haber suprimido el hambre.

La regulación de la ingestión de alimentos se da a nivel del sistema nervioso central y periférico. A nivel central encontramos el centro del hambre en el hipotálamo lateral y el centro de la saciedad queda en el hipotálamo ventromedial. La amígdala cerebral en forma dependiente o independiente del hipotálamo, regula la calidad y el tipo de alimento que más conviene en un momento determinado. Dentro de las sustancias mediadoras del apetito están las adrenérgicas que producen saciedad, mientras que las colinérgicas producen aumento de la ingesta de líquidos. A nivel periférico los estímulos fisiológicos que controlan la ingestión de los alimentos pueden proceder de la cantidad (carbohidratos, lípidos y proteínas) y la calidad de las reservas nutricionales o de los efectos inmediatos que ejerce la ingestión sobre el tubo digestivo al llegar el alimento al estómago; éste estímulo se trasmite por vía vagal al centro de la saciedad.

DEFINICIONES

Según el DSM 4 (manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales), la perturbación de la alimentación es la persistencia de no comer adecuadamente, que lleva a un déficit en el aumento de peso o una pérdida significativa de peso durante al menos 1 mes². Algunos de estos niños con trastornos de alimentación tienen una dieta extremadamente limitada que puede afectar negativamente a su desarrollo físico y psicosocial, aunque algunos son capaces de mantener o ganar peso; esta alteración no se debe a un trastorno gastrointestinal u otra enfermedad médica (reflujo gastroesofágico).

Los clínicos recomiendan considerar un trastorno de alimentación primaria si la dificultad para la alimentación ocurre en ausencia de hambre y/o con precipitantes interpersonales, como lo es la separación o el trauma³.

EPIDEMIOLOGÍA

Se estima que los trastornos de alimentación afectan entre el 20 al 80% de los niños de todo el mundo, siendo

mayor en niños con problemas familiares y está asociado con alteraciones en el desarrollo⁴. Los niños con inapetencia o cualquier otro problema de alimentación tienen aproximadamente el 25-45% un desarrollo normal y hasta un 80% de estos tendrán un retraso en su desarrollo^{5,6}. Los diferentes estudios han sugerido que solo un 16-30% de los casos de problemas de alimentación son orgánicos^{7,8}, y que hasta el 80% de los pacientes con este trastorno se remiten a un especialista⁹. Aunque hay factores propios del niño, tales como el temperamento^{10,12}, hay también otros como el medio ambiente y factores parentales que también pueden interactuar para influir y mantener el problema¹³. Las anomalías orgánicas, estructurales o problemas de disfagia^{14,15}, que se han relacionado también con la patogénesis de la inapetencia.

ETIOLOGÍA DE LA INAPETENCIA

La etiología del rechazo alimentario, en la mayoría de las veces se correlaciona con etapas de crecimiento y desarrollo, así como la influencia de los padres en el cumplimiento del ritual de la alimentación. El lactante presenta un metabolismo más intenso, y en función a su mayor velocidad de crecimiento, posee apetito más voraz. A medida que el niño se desarrolla, se hace necesaria la introducción paulatina de los alimentos. Pero, a pesar de esta necesidad, no siempre la aceptación ocurre prontamente. Los niños en el periodo de 2 a 6 años reflejan la disminución del ritmo de crecimiento y el aumento de la curiosidad por el ambiente; este es un comportamiento típico del niño que empieza a caminar. Pero es importante que los padres sepan que los niños nacen con un instinto de supervivencia y preservación; así pues, que el niño se alimenta impulsado por dos estímulos: la necesidad del organismo y la sensación de hambre.

Se describe como rechazo a la alimentación en los niños que tratan de evitar comer, o al menos retrasar el comer, a través de la utilización de una variedad de conductas como el llanto, berrinches, hablar excesivo, tirando la comida, y la negociación. Por ello el cuidador en respuesta de tales comportamientos incluyen ruegos, súplicas o gritos para inducir a sus hijos a comer. Estas tácticas se describen como experiencias sin éxito porque no reducen estos comportamientos inadecuados del niño.

Algunas investigaciones se han centrado en la influencia que puede ejercer la madre o el cuidador, donde en algunos de ellos se ha encontrado que pueden ser imprevisible, coercitivos, controladores, insensibles, poco flexibles, poco tolerantes y poco afectuosos; siendo estos padres o cuidadores más propensos a usar el castigo físico o forzar la comida y tienen dificultades para recibir las señales del niño por las relaciones hostiles^{16,17}. Estudios clínicos también han mostrado que estos niños están envueltos en ambientes difíciles porque muchas de estas madres tienen altos niveles de la depresión, ansiedad, trastornos de la alimentación, alteración en el estado de ánimo y desorden de personalidad^{18,19}.

Davies et al., sugieren que los trastornos de alimentación deben ser definidos como un trastorno de las relaciones entre los padres y el niño²⁰. Ellos apoyan este concepto, porque, se ha demostrado que si la cuidadora de niños interactúa en una variedad de formas, en consonancia con el desarrollo, comportamiento y mantenimiento de productos alimenticios y bebidas, estos niños generalmente tienen buena adaptación en su proceso de alimentación; en cambio, si los padres son excesivamente rígidos en cuanto al crecimiento y la alimentación^{21,22}, tiene ausencia de reconocimiento de las señales de saciedad^{23,24}, el comportamiento de los padres es caótico²⁵⁻²⁷, hay una ausencia de comprensión apropiada y adecuada sobre los alimentos, no exponen al niño a una serie de alimentos²⁸ o no tienen habilidades en resolución de problemas, son incapaces de proporcionar un adecuado contexto en la alimentación^{29,30}; esto influye en el desarrollo de un niño, en los patrones de alimentación y en general en su habilidades psicosociales.

La escala de evaluación del comportamiento en la alimentación pediatría (BPFAS) es un cuestionario para los padres que evalúa el comportamiento en los niños pequeños (9 meses a 7 años de edad), así como la asociación del comportamiento entre padres e hijos con el consumo nutricional deficiente. Uno de los principales componentes de análisis identificó algunos patrones de comportamiento alimentario problemático, que son: los niños melindrosos para comer, la negativa en general de un niño pequeño, la negativa de un niño pequeño para los alimentos de diferentes texturas y los niños mayores con rechazo general.

CLASIFICACIÓN

Hay enfermedades complejas de la alimentación en pediatría⁹; Burklow et al., definieron cinco categorías los problemas de alimentación complejas, como son^{31,32}: anomalías estructurales, enfermedades neurológicas, problemas de comportamiento y psicosociales, problemas cardiorespiratorios y disfunción metabólica.

Otras presentaciones en la infancia que se caracteriza por la evitación del alimento o por restringir el consumo de alimentos, cuyos términos utilizados incluyen: trastorno emocional con rechazo de la comida^{33,34}; alimentación restrictiva³⁵; alimentación selectiva³⁶⁻³⁸; alimentación exigente³⁹; alimentación perseverante^{40,41}; aversión sensorial a los alimentos^{42,43}; negativa crónica a los alimentos⁴⁴; neofobia alimentaria^{45,46}; disfagia funcional⁴⁷; y la fobia infantil al consumo⁴⁸ (por ejemplo, el miedo al vómito, a defecar, al cuarto de baño, etc.). Otra presentación común en la infancia es una aversión o evasión a la apariencia de ciertos alimentos. Esto puede estar relacionado con la apariencia, olor, textura, sabor y/o temperatura de los alimentos.

Hay en términos generales cuatro grandes grupos de niños inapetentes⁴⁰ que es aquel niño con falta de apetito con una dificultad en la alimentación no específico que puede estar asociada con varios problemas muy diferentes, cuya principal dificultad en la alimentación se limita al apetito, estos son: niño normal con el apetito limitado, niño vigoroso con poco interés en la alimentación, niños depresivos con poco interés en la alimentación y el niño con falta de apetito debido a una enfermedad orgánica.

Niño normal con apetito limitado. Es el niño normal, pero a menudo con estatura baja, el apetito puede parecer que lo limitara a pesar de que es proporcional el tamaño del niño y de nutrientes que consume. El riesgo para estos niños es la preocupación de los padres, que conduce a métodos de coacción de alimentación. Esta preocupación puede ser inapropiada impulsado por las expectativas de crecimiento que no son adecuados para el niño, que puede ser por debajo del percentil 25, pero está alcanzando un crecimiento satisfactorio basado en la altura media de los padres. Estos padres son demasiado ansiosos; podrían adoptar métodos coercitivos que adversamente pueden afectar al niño.

El tratamiento debe centrarse en educar a los padres y otros cuidadores acerca de las expectativas adecuadas para la alimentación, el crecimiento y la nutrición y tal vez se les puede ofrecer un suplemento nutricional para disipar estos temores y reducir la tensión innecesaria.

Niño vigoroso con poco interés en la alimentación.

Es fácilmente saciado, y fácilmente distraído al comer. La aparición de rechazo de la alimentación normalmente se produce durante la transición a la cuchara y autoalimentación, entre 6 meses y 3 años de edad. Estos niños están alertas, activos y curiosos, y están más interesados en su entorno que la comida. Los padres de estos niños pueden mostrar ansiedad, alentar "pastoreo", una práctica que lo que hace es inhibir más el apetito y puede llevar a los padres de familia a una coerción con la alimentación y participar en una lucha de poder con su hijo. Eventualmente, si la dificultad en la alimentación no es dirigida, estos niños no se desarrollan a pesar que no tienen patología subyacente definible. El tratamiento está diseñado para aumentar el apetito y promover el hambre, lo que permitirá después la satisfacción de comer. Hacer hincapié en los principios de la alimentación que se centran en la estructuración de las comidas para fomentar el hambre y el apetito, por ejemplo, asegurar 3 comidas y dos meriendas, el niño debe comenzar a comer en los primeros 15 minutos de servidos los alimentos o comidas y debe terminar 20 minutos más tarde. Las comidas deben ser retiradas de la mesa si el niño no se inicia o termina en un tiempo razonable. No tener la tentación de alentar el inicio del "pastoreo" o jugos de oferta; permitir solo el agua entre comidas. También se recomienda que los padres minimicen las distracciones durante la alimentación y el tiempo de espera para desalentar el uso del comportamiento negativo. A fin de mejorar el crecimiento, es importante seleccionar un alto contenido calórico alimenticio y proporcionar una alimentación equilibrada, 30 kilocalorías por onza suplemento. La Ciproheptadina puede ser de valor a corto plazo como estimulante del apetito⁴⁹.

Niños tristes que comen poco. Su pérdida de apetito es parte de una retirada global en la que no sonríen, no balbucean, y el contacto visual entre el niño y el cuidador no son discernibles. Están sujetos a la pérdida de peso y es evidente la desnutrición, que en sí misma es otra causa de anorexia. Chatoor⁵⁰, caracteriza a este problema de la alimentación como un "trastorno de la reciprocidad" porque no hay un desglose en la comunicación entre la

madre y el niño. Es muy frecuente que el bebé este siendo desatendido, o haya sido víctima de abuso físico y/o sexual. Con respecto al tratamiento, es característico en estos niños responder positivamente con un alimentador entusiasta y con experiencia; a veces hasta requieren hospitalización para alejarlos de la familia⁴.

Niño con falta de apetito debido a una enfermedad orgánica:

Se considera que los trastornos de la alimentación en los niños son heterogéneos y pueden incluir una variedad de problemas incluyendo alteraciones médicas en el sistema motor de la boca y de comportamiento⁵¹. Si bien la mayoría de los diagnósticos médicos comunes que se encuentran entre los niños con el rechazo de la alimentación, es el reflujo gastroesofágico (69%), existen otros diagnósticos tales como las condiciones cardiopulmonares (33%), enfermedades neurológicas (25%), alergias a los alimentos (15%), anomalías anatómicas (14%), y retraso del vaciamiento gástrico (6%); estos niños todos deben ser estudiados y a veces valorados por gastropediatras. Una conducta alimentaria típica que sugiere patología gastrointestinal superior es el niño que después de unos sorbos, le causa un dolor aparente, que lo expresa en llanto, e interrumpe la alimentación. Las señales de advertencia incluyen disfagia y odinofagia, que implican la esofagitis por reflujo gastroesofágico, esofagitis eosinofílica, y en ocasiones las infecciones o lesiones tóxicas. En el niño con una tos crónica, asfixia, o neumonía recurrente, siempre considerar una alteración en la coordinación para tragar, que es más común en los niños con limitaciones de desarrollo y trastornos neurológicos como la parálisis cerebral. La anorexia también puede ser una manifestación de muchas enfermedades debilitantes, asociado a pérdida de peso, fiebre inexplicable, dolores articulares, aftas o ulceración y hematoquecia; mas ante una historia familiar de enfermedades crónicas como la enfermedad celíaca, tiroides y colitis.

Niños con ingestión altamente selectiva. Son niños extremadamente sensibles a los olores, sabor, apariencia y se negará a la sustitución de sus alimentos preferidos, ellos se guiarán por el olfato, el gusto o la apariencia, aunque las diferencias sutiles en estas características pueden no ser percibidas por la mayoría de los adultos. Estos niños no son fáciles a animarse a aceptar sustituciones por tanto retienen sus alimentos preferidos. En el ámbito clínico, estos niños pueden

comer sólo alimentos de un color determinado (por ejemplo, blanco o alimentos suaves con colores como la leche, el pan, galletas, pasta sin salsa, etc.), o la textura, por ejemplo, todavía en purés, sin haber logrado negociar la etapa de desarrollo normal de pasar a alimentos con mezcla de texturas. Algunos niños sólo aceptarán una gama muy reducida de alimentos basados en la apariencia de los envases o insistir en una única marca. En algunos casos, sólo alimentos fríos o calientes son aceptados. Por último, hay niños que no pueden tolerar el olor de los alimentos que no forman parte de su dieta en la medida en que son totalmente incapaces de comer con la familia, compañeros, u otros. Dependiendo de la composición nutricional de la dieta consumida, estos niños pueden experimentar un compromiso nutricional, letargo extremo y problemas de concentración, y pueden tener consecuencias adversas en relación con el crecimiento y aumento de peso. Los niños que sólo aceptan los purés y texturas suaves pueden tener el sistema motor de la boca inmaduros, ya que no han aprendido a masticar, y puede afectar adversamente también el habla. Los niños con estos rangos pueden experimentar importantes problemas sociales, estar en riesgo de ser intimidados, y como no crecen pueden sentirse avergonzados todo como consecuencia de sus hábitos alimenticios. Los padres de estos niños a menudo experimentan significativa ansiedad y frustración, en algunos casos provocando estrés y discordia entre los padres y entre uno o ambos padres con el niño. Lo que a su vez tiende a exacerbar la situación. Comer selectivamente puede limitar el consumo de nutrientes óptimos y esenciales en particular vitaminas, hierro y zinc. Los niños con una ingesta muy selectiva también pueden carecer de algunas habilidades adquiridas en la alimentación, sobre todo si se consumen sólo alimentos de textura suave⁵².

Niños con pánico alimenticio o fobia a la alimentación. Estos niños se resisten a los intentos de alimentación a través del llanto o se niegan a abrir la boca. Hay por lo general es una historia de experiencias nocivas orales, por ejemplo, asfixia o la intubación oral o alimentación con sonda; se recomienda desensibilizar los casos alimentándolos cuando estén semidormidos y relajados y evitando la necesidad de alimentación mientras el paciente está despierto y pueda mirar los alimentos. Si el niño le teme a la botella, ofrézcale una taza para el entrenamiento o una cuchara. Asegurar que en la alimentación no tenga acciones amenazantes o coercitivas. Timimi et al., sugieren que la neofobia y

comer selectivamente pueden distinguirse, ya que el primero es un rechazo de los nuevos alimentos, mientras que comer selectivamente implica un rechazo de muchos alimentos que pueden ser familiares para el niño. Ellos consideran que comer selectivamente es un patrón donde se niega a comer cualquier alimento fuera de una serie limitada de alimentos que son los preferidos, lo que resulta en una incapacidad del niño para satisfacer sus necesidades calóricas o nutricionales^{53,54}.

MANEJO DEL NIÑO CON INAPETENCIA

Los médicos y en especial los pediatras debemos tener un enfoque ordenado a la evaluación del niño con un problema de alimentación, y este enfoque debe incluir la búsqueda de banderas rojas que indican patologías graves. Además, se debe intentar discernir si hay una patología orgánica o son características superficiales en la que no hay necesidad de preocupación ya que esta apreciación dejará a muchas familias frustradas y corriendo el riesgo de conflictos entre los padres y una ansiedad que lo que hace es agravar la dificultad de la alimentación. Hay buena evidencia de que el trastorno del comportamiento en la alimentación puede estar asociado con un desarrollo óptimo y que se refiere más bien a conflictos entre los padres y el niño en vez de a la adecuación en el consumo de los alimentos *per se*⁵⁵. El rechazo de la alimentación puede ser un reflejo de una condición médica o patología orgánica y esta debe ser considerada.

El papel del tratamiento médico en el manejo del rechazo de la alimentación todavía no está claro. A los padres normalmente se les recomienda no premiar a los niños para que consuman la comida⁵⁶. El refuerzo positivo fue el componente más comúnmente aceptado en los estudios de intervención. En varios estudios, se afirma que el refuerzo podría ayudar a enseñar a los niños que se niegan a comer, no convertirla en una actividad asociada con molestias o incluso dolor, sino una experiencia agradable no asociada con objetos o actividades. Aunque se ve como algunos padres utilizan refuerzos no alimentarios y otros padres utilizaron alimentos preferidos como refuerzo.

En los estudios de intervención mencionan específicamente el propósito de ignorar el comportamiento inadecuado de un niño a la hora de la comida haciendo caso omiso; a menudo se consigue

sobre el niño una conducta apropiada a la hora de la comida, como comer, sentado en silencio, o el uso de utensilios. Los estudios de intervención han planteado la hipótesis de que muchos niños con la negativa de los alimentos han aprendido los comportamientos inadecuados, como rabietas, dejando la mesa, o tirando los alimentos, provocando en sus cuidadores como concluida la comida, lo que les permite evitar comer.

No remover la cuchara al presentarles el alimento o quedarse sin mover los labios o sin morder ignorando o bloqueando el inicio de la alimentación es otro comportamiento inapropiado. Un procedimiento que se ha utilizado para reducir este comportamiento se ha denominado representación, que consiste en reemplazar los alimentos que hayan sido expulsados de nuevo en la boca del niño, para enseñarle al niño que escupir los alimentos no permite que el niño evite comer⁵⁷. Los estímulos de decoloración implican cambios sistemáticos en el estímulo, que, en el caso de rechazo de la alimentación, es la comida. Un estudio encontró que disminuir la cantidad de comida que se ofrece en la cuchara aumenta la probabilidad de que el niño acepte la mordida⁵⁸. Los resultados mostraron que el consumo de los alimentos compuestos aumentó la probabilidad de que los nuevos alimentos sean ingeridos más tarde sin ser mezclados. Otros niños fueron tratados mediante una intervención que combina la provocación de hambre, que implicó la eliminación rápida del plato de alimentación, y el refuerzo positivo⁵⁹.

Si las mediciones antropométricas sugieren que el niño puede estar teniendo un fallo para prosperar y sin explicación aceptable es evidente entonces la investigación clínica. Preguntarse: ¿Está el alimento disponible?, ¿es la interacción entre la madre y el niño apropiada? ¿Hay evidencia de dificultades para tragar, mala digestión, absorción deficiente, o ausencia de deposición? Primero, ¿qué dificultades específicas de alimentación muestra el niño? ¿Hay pruebas de que al niño le da hambre?, y si no, esto reflejará si es un lactante que fácilmente se distrae o todo lo contrario, que es el niño quien se retira, con afecto plano? ¿Hay un miedo de tomar los alimentos, por ejemplo, el llanto al mostrarle la comida, o evidencia de dolor? En segundo lugar, ¿cuál es la respuesta de los padres? ¿Los padres expresan el miedo o, peor, la ira? ¿Son coercitivas? ¿Se exceden con la comida o permitir "pastoreo" entre las comidas? En tercer lugar, ¿como es el ambiente para la alimentación? ¿Es el niño alimentado en una silla alta? ¿Es con la televisión encendida? ¿Los padres tienen un modelo de

comportamiento adecuado para la alimentación para el niño?

Con respecto a la aversión de los alimentos⁵³, se especula que en el futuro las investigaciones pueden demostrar que es un desorden en la fisiología, especialmente en una alteración de las papilas gustativas, la raíz causante de este problema. El tratamiento requiere la superación de las aversiones mediante la introducción sistemática de nuevos alimentos, uno a la vez, usando los siguientes principios: sirva cantidades mínimas, exponer al niño a la comida en varias ocasiones (10 a 15 veces), posiblemente en los alimentos de primera vez, trate de dejar la comida a su alcance sin necesidad de proponerla. Los niños pequeños están más dispuestos a probar la comida nueva si ellos tienen el control. Chatoor ha sugerido que los padres deben ser modelo en el consumo con evidente placer y sin ofrecer la comida hasta que el miedo del niño disminuya y él o ella exprese un interés en la comida^{50,60}. Si la exposición provoca náuseas o vómitos, retire el alimento y pruebe algo que sea más de cerca o se asemeje a un alimento preferido, mezcle cantidades muy pequeñas de comida nueva para que la acepte y poco a poco notará el cambio. Los padres también deben mantenerse neutrales y relajados sobre el consumo del niño.

En la tabla 1, se resumen los principios que se deben tener en cuenta para alimentar a los niños⁵⁵.

REFERENCIAS

1. Morrell TM, Black MM. Feeding problems, prevention of. In: McCall RB, Balter L, editors. *Parenthood in America (Family Series)*. ABC-CLIO Ltd, Santa Barbara, CA, 2000: 236
2. Bryant R, Markham L, Kreipe R, Walsh T. Feeding and Eating Disorders in Childhood. *Int J Eat Disord* 2010; 43: 98–111
3. *Diagnostic Classification of Mental Health and Developmental Disorders of Infancy and Early Childhood (DC: 0–3R)*. Washington, DC: Zero to Three Press 2005
4. Fisberg M. Tools for the development and management of eating disorders. *Pediatr Nutr New* 2010
5. Linscheid TR, Budd KS, Rasnake LK. Pediatric feeding disorders. In: Roberts MC, editor. *Handbook of Pediatric Psychology*. New York: The Guilford Press 2003: 481–498
6. Sadock VA, Kaplan HI. *Kaplan and Sadock's Synopsis of Psychiatry*, 10th edition. Philadelphia: Lippincott, Williams and Wilkins 2007: 1232
7. Benoit D. Feeding disorders, failure to thrive, and obesity. In: Zeanah CH, editor. *Handbook of Infant Mental Health*. New York: Guilford Press 2000: 339–352
8. Sanders MR, Patel RK, Le Grice B, Sheppard RW. Children with persistent feeding difficulties. An

Tabla 1
Principios para alimentar a los niños

1. Mantener límites adecuados
 - a. El padre decide dónde, cuándo, y lo que el niño come
 - b. El niño decide cuánto se come
 2. Evite distracciones
 - a. Alimentar al niño en un lugar libre de ruido y de distracción
 - b. Utilice una silla alta para ayudar a limitar el niño con el medio ambiente y su alimentación
 - c. La silla del niño debe estar en la mesa y el niño debe ser alentado a sentarse allí durante el tiempo que dure la comida
 - d. Los padres pueden ofrecer un juguete para los niños, pero este debe ser retirado una vez que la comida comience
 3. Piense para estimular el apetito de su niño
 - a. Dejar intervalos de 4 horas entre las comidas
 - b. Evite bocadillos como el jugo y la leche y abastecer de agua sólo para la sed
 - c. Para los niños pequeños, intente que el tiempo de la frecuencia de las comidas coincida con las comidas de los padres; 3 comidas y merienda son típicos
 4. Mantener actitud neutral
 - a. No se deje excitar o animar demasiado (por ejemplo, no es una buena idea volar aviones en la boca)
 - b. Nunca parecer o incluso enojarse
 5. Limitar la duración
 - a. Comer debe comenzar dentro de 15 minutos del comienzo de la comida
 - b. Las comidas no deben durar más de 30-35 minutos
 - c. No se convierta en un cocinero de su niño
 6. Sirva los alimentos apropiados para su edad
 - a. Ofrezca los alimentos en consonancia con el desarrollo del niño y su sistema motor oral
 - b. Use pequeñas porciones razonables (por ejemplo, el tamaño del puño del niño)
 7. Sistemáticamente introducir los nuevos alimentos
 - a. El respeto de la tendencia del niño a la "neofobia", y ofrecen una comida repetitiva de 10 a 15 veces antes de decir que definitivamente lo rechaza
 - b. Recompensa el consumo de nuevos alimentos con elogios en los muy jóvenes y, posiblemente, un juguete pequeño o pegatinas en el niño mayor
 - c. No use la comida como recompensa por buena conducta
 8. Fomentar la alimentación independiente: El niño debe tener su propia cuchara
 9. Tolere los problemas propios para la edad
 - a. Use un babero con un canal para coger piezas que caen o tienen una hoja debajo de la silla alta o un asiento elevado
 - b. No irrite al niño limpiándole la boca con una servilleta después de cada bocado
- Traducido y adaptado de *Clinical Pediatrics* 2009; 48(9)

- observational analysis of feeding interaction in problem and nonproblem eaters. *Health Psychol* 1993; 12: 64–73
9. Burklow KA, Phelps AN, Schultz JR, McConnell K, Rudolph C. Classifying complex pediatric feeding disorders. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 1998; 27: 143–147
 10. Hagekull B, Bohlin G, Rydell AM. Maternal sensitivity, infant temperament, and the development of early feeding problems. *Infant Ment Health J* 1997; 18: 92–106
 11. Pliner P, Loewen RE. Temperament and food neophobia in children and their mothers. *Appetite* 1997; 28: 239–254
 12. Kedesdy JH, Budd KS. *Childhood Feeding Disorders: Biobehavioral Assessment and Intervention*. Baltimore: Paul Brookes 1998
 13. Manikam R, Perman J. Pediatric feeding disorders. *J Clin Gastroenterol* 2000; 30: 34–46
 14. Dodds WJ, Stewart ET, Logemann JA. Physiology and radiology of the normal oral and pharyngeal phases of swallowing. *Am J Roentgenol* 1990; 154: 953–963
 15. Wolf LS, Glass RP. *Feeding and Swallowing Disorders in Infancy: Assessment and Management*. Tuscon, Arizona: Therapy Skill Builders 1992
 16. Chatoor I, Loeffler C, McGee M, Menvielle E, editors. *Observational Scale for Mother-Infant Interaction During Feeding*. Manual, 2nd ed. Washington, DC: Children's National Medical Center 1998
 17. Wolke D, Skuse D, Mathisen B. Behavioral style in failure to thrive: A preliminary investigation. *J Pediatr Psychol* 1990; 15: 237–253
 18. Ammaniti M, Ambruzzi AM, Lucarelli L, Cimino S, D'Olimpio F. Malnutrition and dysfunctional mother-child feeding interactions: Clinical assessment and research implications. *J Am Coll Nutr* 2004; 23: 259–271
 19. Whelan E, Cooper PJ. The association between child feeding problems and maternal eating disorders: A community study. *Psychol Med* 2000; 30: 69–77
 20. Davies WH, Satter E, Berlin KS, Sato AF, Silverman AH, Fischer EA, et al. Reconceptualizing feeding and feeding disorders in interpersonal context: The case for a relational disorder. *J Fam Psychol* 2006; 20: 409–417
 21. Fisher JO, Birch LL, Smiciklas-Wright H, Picciano MF. Breast feeding through the first year predicts maternal control in feeding and subsequent toddler energy intakes. *J Am Diet Assoc* 2000; 100: 641–646
 22. Patrick H, Nicklas T, Hughes S. The benefits of authoritative feeding style: Caregiver feeding style and children's food consumption patterns. *Appetite* 2005; 44: 243–249
 23. Bernard-Bonnin AC. Feeding problems of infants and Toddlers. *Can Fam Physician* 2006; 52: 1247–1251
 24. Chatoor I. Feeding and other disorders of infancy or early childhood. In: Tasman A, Kay J, Lieberman JA, editors. *Psychiatry Second Edition*. New York: John Wiley & Sons, 2003: 799–818
 25. Coulthard HL, Harris G. Early food refusal: The role of maternal mood. *J Reprod Infant Psychol* 2003; 21: 335–345
 26. Black MM, Hutcheson JJ, Dubowitz HH, Berenson-Howard J. Parenting style and developmental status among children with nonorganic failure to thrive. *J Pediatr Psychol* 1994; 19: 689–707
 27. Galloway AT, Fiorito LM, Francis LA, Birch LL. Finish your soup counterproductive effects of pressurizing children to eat on intake and affect. *Appetite* 2006; 46: 318–323
 28. Birch L. Effects of peer models' food choice and eating behaviors on preschoolers food preferences. *Child Dev* 1980; 51: 489–496
 29. Ainsworth MDS, Bell SM. Some contemporary patterns of mother-infant interaction in the feeding situation. In: Ambrose A, editor. *Stimulation in Early Infancy*. London and New York: Academic Press, 1969: 133–170
 30. Stanek K, Abbott D, Cramer S. Diet quality and the eating environment of preschool children. *J Am Diet Assoc* 1990; 90: 1582–1584
 31. Linscheid T. Eating problems in children. In: Walker CE, Roberts MC, editors. *Handbook of Clinical Child Psychology*. New York: John Wiley & Sons 1992: 451–473
 32. Homer C, Ludwig S. Categorization of etiology of failure to thrive. *Am J Dis Child* 1981; 135: 848–851
 33. Higgs JF, Goodyer IM, Birch J. Anorexia nervosa and food avoidance emotional disorder. *Arch Dis Child* 1989; 64: 346–351
 34. Bryant-Waugh R. Overview of the eating disorders. In: Lask B, Bryant-Waugh R, editors. *Anorexia Nervosa and Related Eating Disorders in Childhood and Adolescence*, 2nd ed. Hove: Psychology Press 2000: 27–40
 35. Nicholls D, Chater R, Lask B. Children into DSM don't go: A comparison of classification systems for eating disorders in childhood and early adolescence. *Int J Eat Disord* 2000; 28: 317–324
 36. Timimi S, Douglas J, Tsiftopoulos K. Selective eaters: A retrospective case note study. *Child Care Health* 1997; 23: 265
 37. Gentry JA, Luiselli JK. Treating a child's selective eating through parent implemented feeding intervention in the home setting. *J Dev Phys Disabil* 2008; 20: 63–70
 38. Nicholls D, Christie D, Randall L, Lask B. Selective eating: Symptom, disorder or normal variant. *Clin Child Psychol Psychiatr* 2001; 6: 257–270
 39. Rydell AM, Dahl M, Sundelin C. Characteristics of school children who are choosy eaters. *J Genet Psychol* 1995; 156: 217–229
 40. Harris G. Developmental, regulatory and cognitive aspects of feeding disorders. In: Southall A, Schwatz A, editors. *Feeding Problems in Children: A Practical Guide*. Oxford: Radcliffe 2000: 77–88
 41. Connor Z. Autistic spectrum disorders. In: Shaw V, Lawson M, editors. *Clinical Pediatric Dietetics*, 3rd ed. Oxford: Blackwell Publishing 2007: 504–522
 42. Fomon SJ. Pay attention to your baby's appetite to avoid overfeeding or underfeeding. Part I. Establishing habits of eating in moderation. *Pediatric Basics* 1994; 69: 8–10
 43. Greenspan S. Paying attention to your baby's appetite to avoid overfeeding or underfeeding. *Mealtime Communication* 1994; 69: 11–13
 44. Werle MA, Murphy TB, Budd KS. Treating chronic food refusal in young children: Home-based parent training. *J Appl Behav Anal* 1993; 269: 421–433
 45. Pliner P. Development of measures of food neophobia in children. *Appetite* 1994; 23: 147–163
 46. Cooke L, Wardle J, Gibson EL. The relationship between child food neophobia and everyday food consumption. *Appetite* 2003; 41: 95–96
 47. Atkins DL, Lundy MS, Pumariega AJ. A multimodal approach to functional dysphagia. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1994; 33: 77
 48. Nock MK. A multiple-baseline evaluation of the treatment of food phobia in a young boy. *J Behav Ther Exp Psychiatry* 2002; 33: 217–225
 49. Lemons PK, Dodge NN. Persistent failure-to-thrive: a case study. *J Pediatr Health Care* 1998; 12: 27–32
 50. Chatoor I, Ammaniti M. Classifying feeding disorders of infancy and early childhood. In: Narrow WE, First MB, Sirovatka PJ, Regier DA, eds. *Age and Gender Considerations in Psychiatric Diagnosis*. American Psychiatric Association 2007: 227–242
 51. Patel M, Piazza C, Layer S, Coleman R, Swartzwelder D. A systematic evaluation of food textures to decrease packing and increase oral intake in children with pediatric feeding disorders. *J Applied Behavior Analysis* 2008; 38: 89–100

52. Kerzner B. Clinical Investigation of Feeding Difficulties in Young Children A Practical Approach. *Clin Pediatr* 2000; 48: 960-965
53. Field D, Garland M, Williams K. Correlates of specific childhood feeding problems. *J Pediatr Child Health* 2003; 39: 299-304
54. Williams K, Field D, Seiverling L. Food refusal in children: A review of the literatura. *Res Develop Disabilities* 2010; 31: 625-633
55. Chatoor I, Surlis J, Ganiban J, Beker L, Paez LM, Kerzner B. Failure to thrive and cognitive development in toddlers with infantile anorexia nervosa. *Pediatrics*. 2004; 113: e440-e447
56. Birch LL, Marlin DW, Rotter J. Eating as the "means" activity in a contingency: Effects on young children's food preferences. *Child Development* 2006; 55: 432-439
57. Coe D, Babbitt R, Williams K, Hajimihalis C, Snyder A, Ballard C, et al. Use of extinction and reinforcement to increase food consumption and reduce expulsion. *J Applied Behavior Analysis* 1997; 30: 581-583
58. Kerwin M, Ahearn W, Eicher P, Burd D. The costs of eating: A behavioral economic analysis of food refusal. *J Applied Behavior Analysis* 1995; 28: 245-260
59. Kindermann A, Kneepkens C, Stok A, van Dijk E, Engels M, Douwes A. Discontinuation of tube feeding in young children by hunger provocation. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2008; 47: 87-91
60. Saarilehto S, Lapinleimu H, Keskinen S, Helenius H, Talvia S, Simell O. Growth, energy intake, and meal pattern in five-year-old children considered as poor eaters. *J Pediatr* 2004; 144: 363-367