

El niño mal comedor



J. Bras i Marquillas

Pediatra jubilado. Centro de Trabajo: ABS Poblenou, Barcelona

Resumen

Se revisan los condicionantes alimentarios en los niños, se expone el aprendizaje de la alimentación en las sucesivas edades. Se codifican los principales problemas relacionados con la conducta alimentaria infanto-juvenil, y se analizan los problemas infantiles del aprendizaje alimentario (sobre todo, las comúnmente llamadas anorexias) y el fallo de medro. Los trastornos de conducta alimentaria en adolescentes, solo se reseñan sucintamente. Se centra el abordaje pediátrico: proceso diagnóstico, pronóstico, respuestas terapéuticas, se propone un protocolo de actuación pediátrica para casos dudosos y un modelo de actividad preventiva mediante la guía anticipatoria

Abstract

Feeding conditions in children are reviewed, feeding learnings along successive ages are described. The most common eating behavior related problems in childhood and adolescence are coded, children feeding learning problems are analyzed (especially the commonly called anorexia), and also failure to thrive. The eating disorders in adolescents are reported only briefly. The pediatric approach is focused: Diagnostic process, prognosis, therapeutic responses, pediatric protocol performance for doubtful cases and a model of preventive action by the anticipatory guidance are proposed

Palabras clave: Conducta alimentaria; Anorexia reactiva; Fallo de medro; Anorexia secundaria; Guía anticipatoria.

Key words: Feeding behavior; Reactive anorexia; Failure to thrive; Secondary anorexia; Anticipatory guidance.

Pediatr Integral 2015; XIX (4): 277-288

Introducción, magnitud de la cuestión, conceptos básicos

¿Cuántas madres llevan hijos al pediatra por falta de apetito? ¿De quién es el problema?

Ante la abundancia de alimentos, los niños cierran la boca: quizá no piden alimentos, sino alimentadores.

La información nutricional ha aumentado enormemente en los últimos años, mientras el patrón alimentario ha ido empeorando: más obesidad y más trastornos de conducta alimentaria.

Comemos por pulsiones (apetito, curiosidad, juego sensorial): ¿reorientaremos nuestra información?

Padres e hijos suelen quejarse de prisa y estrés, mientras pretenden un consumismo de placeres compensatorio..., también en la mesa.

¿O tal vez hay que modificar el entorno en que comemos?

En el mundo *rico*, muchos niños ni comen, ni duermen, ni juegan, ¿gozan?

Educar es configurar (moldear, respetar y limitar) ¿También en la mesa?

Comer es un acto amigable, ¿o un conflicto de intereses?

Comemos solo por apetito, porque casi ya nunca tenemos hambre. Satisfechos por haberla superado, ahora nos quejamos de que nuestros niños no comen. De hecho, el hambre es lo que incita a comer, el apetito a buscar determinados alimentos, la saciedad obliga a parar de comer.

He visto tantos casos de anorexia en mi práctica profesional, que gracias a ellos he construido mi casa

(Ronald S. Illingworth)

La función primitiva de la alimentación fue la nutrición, así como la función primitiva del sexo fue la reproducción. Pero hoy en día, los humanos *civilizados*, solemos hablar de gastronomía y de erotismo. Superada la supervivencia biológica, tenemos expectativas distintas: la cultura, el refinamiento y la calidad: (¡no solo de pan vive el hombre!).

Comemos solo por apetito, porque casi ya nunca tenemos hambre. Satisfechos por haberla superado, ahora nos quejamos de que nuestros niños no comen. Padres e hijos solo comen

por apetito, por gusto. Y cuando les presionamos, trastocamos una ingesta, que debería pedir el cuerpo, en una lamentable obligación social. Y, así, el rechazo de alimento constituye la tercera demanda en frecuencia en las consultas pediátricas. ¿Tal vez son los padres quienes se sienten frustrados y rechazados por sus hijos? (*¡no me come!*).

Como en la educación, no valen los fingimientos y les traspasamos lo que somos, no lo que deseáramos aparentar, los hábitos alimentarios de los hijos reproducen con pocas variaciones el modelo alimentario de sus padres y hermanos. Con independencia del discurso educativo que verbalicen.

Algunas definiciones básicas

- **Hambre:** es la sensación de vacío gástrico con necesidad de comer. La mucosa gástrica estimula los centros parasimpáticos troncoencefálicos, que desencadenan hiperperistaltismo. Y este cesa al llegar alimentos al duodeno.
- **Apetito:** es un deseo selectivo de comer determinados alimentos, que desencadena la motilidad gástrica y la estimulación hipotalámica. Se modifica por elementos culturales y psíquicos (el hábito dietético, el entorno, el miedo, la ansiedad). La contemplación del alimento, la percepción de su olor y sabor desencadenan las secreciones: salival, gástrica, pancreática e intestinal, y se percibe como *satisfacción* del apetito.
- **Saciedad:** es el deseo de parar de comer. El equilibrio hambre-saciedad está condicionado por *feed-backs* fisiológicos (hipotalámicos) y psicológicos inconscientes. El hambre incita a empezar a comer, el apetito a buscar determinados alimentos, la saciedad obliga a parar de comer.
- **Anorexia:** es el rechazo de alimentos por ausencia de hambre o apetito. Mientras la anorexia por enfermedad orgánica es la ausencia de hambre (ante cualquier alimento y en cualquier entorno), la anorexia reactiva o conductual es la ausencia de apetito (selectiva ante determinado alimento o entorno).

La anorexia y bulimia nerviosas son patologías de la saciedad (excesiva o nula, respectivamente).

Fisiología y aprendizaje alimentario: etapas y entornos

La configuración metabólica queda fijada de por vida por la nutrición perinatal. La satisfacción oral constituye la primera etapa del desarrollo afectivo humano. Tras el freno de la neofobia, será la educación alimentaria (variable según el modelo de control parental) la que generará los límites en la alimentación. El consumo excesivo de proteínas comprobado en nuestros niños pequeños, aumenta el riesgo de obesidad y problemas asociados.

Terminología

Alimentación: es la conducta de incorporación o ingestión de alimentos. *Del entorno a la boca.*

Digestión: es el proceso de descomposición del alimento en sus componentes, de absorción de los nutrientes (principios inmediatos, agua, minerales) hacia la sangre y vías linfáticas, y la eliminación de fibra, restos de jugos y microbiota. *Tránsito digestivo.*

Nutrición: es el proceso de obtención de los nutrientes contenidos en los alimentos y su distribución a todas las células. *Del intestino a los capilares.*

Metabolismo: es el proceso de reposición (calórica, plástica y funcional) en las células y de eliminación de residuos a través de los excretorios (sobre todo, riñón y pulmón). El consumo corporal de nutrientes es la suma de crecimiento, actividad y metabolismo basal.

Fisiología orgánica del balance nutricional

El conjunto de circuitos que participan en el equilibrio alimentario y nutricional, tanto los hipotalámicos como los humorales (numerosos neuropéptidos, básicamente leptina y grelina), se constituyen en dos *feed-back* antagonísticos, denominados *nutristato* y *adipostato*, que regulan ingresos y reservas respectivamente. En la medida que se van descubriendo nuevos mediadores, reguladores y sus circuitos, la

comprensión resulta confusa y la utilidad clínica de su conocimiento es aún irrelevante. Por ello en este artículo, obviamos su exposición detallada.

Hay un concepto que modifica la pretensión universalizadora de los esquemas de homeostasis nutricional: la programación o *imprinting* metabólico. La configuración metabólica queda fijada de por vida por la nutrición perinatal (el período crítico se cifra desde el 7º mes fetal hasta 3º mes de vida): una desnutrición intrauterina generará un fenotipo ahorrador y lipogénico.

El Estudio Alsalma, desarrollado por Danone Nutricia, analizó los hábitos nutricionales de niños españoles entre 0 y 3 años. La ingesta media de proteínas en niños de entre 1 y 3 años era 4 veces superior a lo recomendado. Este consumo excesivo de proteínas parece aumentar el riesgo del futuro desarrollo de obesidad y enfermedades cardiovasculares (hipertensión, infarto de miocardio o ictus).

Etapas y elementos de aprendizaje

El *feto* a término deglute de promedio un litro diario de líquido amniótico, entrando en contacto con trazas de olores y sabores de los alimentos tomados por su madre. El recién nacido reconoce a su madre a las pocas horas por el olor, que puede guiarle hasta el pezón. Por ello, el lavado muy minucioso del pezón puede dificultar la lactancia.

Para el *recién nacido*, el pezón y la tetina que entran en su boca son los primeros materiales con que contacta aparte de succionar. El jugar con ellos con su boca no indica en absoluto anorexia, sino puro placer: es el inicio de la satisfacción oral, primera etapa del desarrollo afectivo humano. Dedicar su tiempo a realizar relajada y juguetonamente el descubrimiento del seno materno (disfrute táctil, alimentario, digestivo), sin prisa alguna, en su espacio íntimo de seguridad: el regazo.

En las escuelas psicoanalíticas señalan la conducta anoréxica como expresión de alteraciones en el proceso de individuación-separación. Lacan señala la diferencia entre necesidad (objetiva), demanda (manifestada) y deseo (subyacente): responder solo a

la necesidad (dar leche) es permanecer insensible a la demanda y el deseo (juego oral con el pezón).

A través de la leche materna, el *lactante* capta olores y sabores de los alimentos que ingiere su madre y eso le prepara para reconocerlos como familiares. Por ello, se recomienda preparar las primeras papillas de cereales con leche materna, para facilitar su aceptación. En caso de lactancia sucedánea, este primer reconocimiento de futuros alimentos no existe.

Desde *recién nacido*, acepta por instinto genético los sabores dulces, que le calman, y rechaza los amargos. Será a partir del cuarto mes, que empezará a aceptar agrios y salados.

El modelo de alimentación a demanda (sin cantidades ni horarios fijos) permite al lactante asociar el hambre con el inicio de la toma y la saciedad con su fin. Así aprenden a ajustar la toma a sus percepciones y demandas. Este aprendizaje de autorregulación se bloquea cuando se le imponen horarios fijos (sin demanda previa).

Por ello, la conducta alimentaria en familia suele ser *más caprichosa y entretenida* que en la sociedad-extrafamiliar (escuela): allí se realiza un acto social, normativo, mientras en casa se puede experimentar, jugar, transgredir y descubrir, por la menor presión normativa.

Fusión y separación

La madre que ofrece pecho y afecto al hijo durante la lactancia natural, luego elaborará alimentos para ofrecérselos en su nueva relación alimentaria como objetos intermedios, intentando que los reconozca, los acepte, los pruebe, le gusten y se los acabe comiendo. Todo este proceso requiere un tanteo y para ello el niño necesita su tiempo. Por repetición van estableciéndose ciertos hábitos, normas y límites en esta relación.

Cuando la madre añade alimentos complementarios, el niño deberá esperar a que estén preparados y adecuarse al ritmo de quien le prepare la comida. Desde la respuesta inmediata de darle el pecho a la respuesta demorada, ya se inicia una pequeña separación, malestar o correctivo, que el niño supera y positiviza a base de contención y cariño

(“palabritas, melodías, mimos, miradas...”, según cada acervo cultural).

Más adelante, será el preaviso ilusionante (la prefiguración: “hoy te haré una verdurita buenísima, con aquel pescado que tanto te gusta...”) lo que desencadenará el apetito y el deseo de comer, o de jugar, todo es parecido. Y nunca, mediante una exigencia imperpinente de estar obligado a acabárselo “...y rápido que me tengo que ir”. Ello, solo responde a la necesidad de los padres (quizá por estrés laboral, o vital...), pero nunca a las del niño, que tiene otro *tempo*, necesita elaboración, contemplación, sentirse querido, aceptado, no urgido, etc.

Los adultos, a menudo, proyectamos en el hijo las expectativas y temores de nuestra propia conducta alimentaria.

Neofobia

La neofobia es la reticencia a probar alimentos desconocidos. Es un fenómeno universal en el reino animal y uno de los mecanismos de defensa de especie, en evitación de peligros desconocidos.

La confianza, seducción y contención maternas permite atreverse a probar alimentos nuevos. La primera vez que les damos un puré; por ejemplo: lo tocan, juegan con él y, finalmente, prueban una mínima cantidad (probablemente con el dedo), nunca el plato entero. Cuando, en lo sucesivo, lo vayan asociando a experiencia positiva lo irán aceptando y les generará apetito. La familia paciente que insiste en la diversificación de alimentos evita el niño “comedor monótono” (que comen de solo uno o pocos alimentos y se niegan a probar otros): estos niños estarían en riesgo de un fallo de medro, por alimentación desequilibrada. Sin embargo, cierto grado de rechazos, manías y monotonías son normales al inicio del aprendizaje alimentario.

La paciencia y la perseverancia en el modo familiar de alimentación ayudan al niño a superar sus rigideces y miedos y a comportarse como el resto de la familia. Hay que informar con antelación a los padres que la aceptación de un nuevo alimento puede precisar hasta 10 o 15 intentos frus-

trados. *Nunca deben tirar la toalla*, sino probar a ofrecer pequeñas cantidades del alimento que rechaza 2-3 veces por semana, sin prisas ni forzamientos, pacientemente y sin miedos, hasta que llegue el momento de su aceptación. Los lactantes expuestos a más sabores aceptan mejor otros nuevos alimentos que los que han tenido menor contacto con distintos sabores.

No se trata de vencerlos, sino de convencerlos, y eso siempre requiere tiempo (suyo y nuestro) y generosidad.

Psicomotricidad y autonomía alimentaria

Hacia los 12-14 meses manejan la cuchara con poca destreza. Hacia los 15-18 meses podrán comer solos combinando el uso de cuchara-mano y plato o taza. Naturalmente, se ensucian y lo ensucian casi todo. Es aún demasiado habitual que las madres estén junto al hijo, quizá atosigándole, e interfiriendo en su manejo autónomo. A partir de los 18 meses, con la ayuda y paciencia de sus padres, va mejorando su destreza motriz, su interés por la limpieza, llegando a comer autónomamente, si las prisas parentales no lo impiden.

Las tensiones perfeccionistas generadas por quien desea o exige resultados más rápidos y pulcros, pueden ocasionar una anorexia reactiva, o bien un opositorismo alimentario prolongado (más allá de su edad normal, hasta los 2 años) y, a veces, consolidarse como un enfrentamiento persistente (hasta los 5-6 años, o más). Esta *anorexia* se convierte en un modo relacional, en que nadie *baja del burro*. Aunque el pequeño parezca triunfante, lleva consigo la ansiedad. Su silla de comer acaba convertida en un banco de los acusados.

Alimentación y dominio

La obligación generará rechazo, mientras la prohibición generará deseo. Ello es aplicable a la alimentación. En ambientes sin carestía alimentaria, los niños usan la comida (=producto parental) como arma arrojada para enfrentarse con sus padres, aun a costa de quedarse sin comer. Es un conflicto de poderes en el que el adulto no se atreve a ejercer su poder y se encuentra desarmado ante un hijo que ejerce de víctima.

La madre alimenta al hijo de acuerdo a sus valores, creencias, costumbres, símbolos, representaciones sobre los alimentos y sobre la idea del cuerpo del hijo. Si esta corresponde a una imagen de niño obeso, las porciones de alimentos tenderán a ser mayores que las demandadas y encima le exigirá que deje el plato vacío.

La estima y aceptación de los alimentos aumenta solo cuando se asocian a un contexto positivo. Y en contexto de conflicto se crean antagonismos: la obligación genera rechazo, mientras la prohibición genera deseo (“no hay postre hasta que no te comas tus verduras”. *Ergo las verduras son obligadas = no deseables*). Ofrecer premios para presionar la toma de un alimento lo devalúa. Esta antagonización se magnifica en la *era de los descubrimientos*, el caminante, desde los 12-15 meses hasta los 20-24 meses, en que atraviesa una etapa de autoafirmación, oposiciónismo con negación de los límites y normas parentales. A esa edad, cuando el acto de comer se reviste de conflicto y obligatoriedad, el niño lo utiliza para combatir a sus padres-limitadores, como en el resto de actos obligatorios (dormir, vestirse, etc.): comerá provocativamente lento y mal, despreciará el alimento que se le ofrezca, querrá otros, etc. Así pues, en ambientes sin carestía alimentaria, los niños usan la comida (=producto parental) como arma arrojadiza contra sus padres, aun a costa de quedarse sin comer. Son las primeras *huelguitas de hambre infantiles contra el poder paterno*: en esos enfrentamientos eso es lo que se cuece, nunca la desnutrición o la inapetencia alegada por los padres. Es un conflicto activo de poderes, en que el adulto no se atreve a ejercer su poder y se encuentra desarmado ante un hijo que ejerce de víctima. Un ejemplo vivo de la clásica situación de *fragilidad del poder contra el poder de la fragilidad*.

Como se trata de escarceos contra el dominio de los adultos, come peor “contra quien” ve más inseguro y dominable: contra aquel que le embiste y necesita “derrotarle”. El niño sabe bien que la boca es suya e inviolable y, de ahí, saca rédito relacional cuando se ve sometido a normas. Pero cuando

la norma se ejerce clara, sin alternativas, ni amenazas (“te he preparado esta comida, dispones de un espacio y tiempo limitados, te invito a comerla”) el enfriamiento y dominio de la escena alimentaria dejan al niño ante la opción de aceptar o rebelarse. Si luego intenta provocarnos con su “activa inapetencia”, *pobrecito*, habrá que pensar si es mejor controlar nuestra frustración (“le dedico tiempo a su comida...y ¡ni caso!”) o descontrolarnos y chillarle o amenazarle (“te mataré, pues te lo comerás después, etc.”).

Ciertamente, los padres sufren pensando en el daño del niño (“no crecerá, le vendrá anemia, mira que esmirriado se nos está quedando...”). Este sufrimiento se acentúa con el grado de reactividad del adulto, y cuanto menor es la economía y cultura de que disponen (ello parcialmente se explica por el fantasma residual del hambre). Si acaban ofreciéndole “lo que sea, pero que se lo coma, que si no se morirá”, el niño pasa de hijo-educando a padre-educador, y con la inversión de los roles familiares se inicia un camino peligroso, de falta de autoridad parental y falta de guía y dominio. Dada su simplicidad, el niño acabará comiendo siempre lo mismo (los llamados *comedores monótonos*: los conocidos macarrones, hamburguesa y quesitos endulzados (“¡ah y leche, y zumos y bebidas dulces!... ¡que no se nos quede sin alimento el pobrecito!”), quizá incluso se le olvide tener hambre).

El control parental

Baumrind identifica tres modelos básicos de control parental: autoritario o de alto control, permisivo o de mínimo control (permitir que el niño coma lo que quiera), y responsable o de control moderado y matizado.

En el modelo autoritario, se dificulta el desarrollo de la autorregulación calórica, favoreciéndose una mayor pasividad y adiposidad en los hijos. En la etapa oposicionista del 2º año, el sometimiento genera agresividad, hasta que ceden a la obligatoriedad alimentaria, eliminándose el autocontrol: niños que de pequeños “se les había de forzar para comer” y que de mayores son personas *disciplinadamente* comedoras, a menudo obesas, que transmiten la

obligatoriedad de comer a sus hijos, mediante forzamiento, etc. Reproduciéndose el patrón.

En el modelo permisivo, es definitorio el *laissez faire, lo que tú digas*, la aceptación incondicional sin propuestas activas, escaso control y exigencia, lo que genera por balance grupal, hijos autoritarios con incapacidad de adaptación a las normativas sociales. La autoselección alimentaria inmadura tiende a focalizarse en unos escasos alimentos, todos calóricos, facilitándose la adiposidad.

En el modelo responsable, los padres fijan la oferta y sus límites, pero fomentan el desarrollo del autocontrol alimentario del niño, con lo que se autolimita la adiposidad. La selección alimentaria variada permite un correcto crecimiento y desarrollo del autocontrol. El consumo calórico diario es relativamente constante, presentando un margen de oscilación de un 10%.

Modelo y norma

Un modelo base de aprendizaje alimentario familiar, ¿demasiado ideal?: horario regular y previsible, el aviso previo a la comida, ordenar los juguetes antes de comer, lavarse las manos, participar en la preparación de la mesa, colocarse el babero/servilleta, sentarse en su asiento, usar los cubiertos, el orden de los platos, la selección de los alimentos, el ambiente de cordialidad e interés mutuo entre los comensales (o su exclusión por la televisión y demás gadgets), la duración aproximada de cada comida, el cepillado de dientes al acabar las comidas...

Los niños aprenden por imitación, tanteo y repetición: el modelo alimentario de los padres tiende a reproducirse en sus hijos. Los padres son quienes compran la comida, la cocinan y preparan la mesa. Son su primer modelo a imitar, idealmente: un horario regular y previsible, el aviso previo a la comida, ordenar los juguetes antes de comer, lavarse las manos, participar en la preparación de la mesa, colocarse el babero/servilleta, sentarse en su asiento, usar los cubiertos, el orden de los platos, la selección de los alimentos, el ambiente de cordialidad e interés mutuo entre los comensales

(o su exclusión por la televisión y demás *gadgets*), la duración aproximada de cada comida, el cepillado de dientes al acabar las comidas, etc.

Todo ello, constituye un modelo base del aprendizaje alimentario.

Tras esta edad de modelado alimentario familiar, hasta un 45-50% de nuestros escolares no realizarán ni el desayuno ni la comida en familia: su segundo modelo alimentario será el escolar.

Alimentos y apetencia

Los alimentos muy energéticos son los preferidos por los niños cuando tienen hambre (primeros platos, pasta, etc.). Su accesibilidad excesiva favorece el sobrepeso. El grupo de las verduras es el que más a menudo se rechaza y el de lácteos el que menos. A partir del segundo año de vida, las preferencias alimentarias de la madre determinan las de sus hijos hasta los ocho años de edad.

Los alimentos basura apetecen por su sabor (alto contenido en azúcares, grasa, sal y especies), su presentación comercial, y asociarse a entornos lúdicos (juego, ocio, relax, oposición de los padres-autoridad). Los adultos de Occidente, al comer kilos de palomitas al ir al cine o regar con abundante *ketchup* y mostaza sus hamburguesas, se sienten desautorizados para oponerse a las golosinas de sus hijos. Sin mentar aquellos padres que se reúnen con sus hijos para compartir las bolsas de golosinas a peso que acaban de adquirir.

Adaptación a una sociedad suculenta y sedentaria

Son propios de nuestra sociedad actual, un alto nivel de sedentarismo y soledad (muchos niños cenan solos ensimismados frente a su TV), con obesidad y anorexia compensadora, a la par que una pasividad educadora de la familia, que delega la educación a la escuela y la TV. Ello produce niños inseguros-inestables, vulnerables a la publicidad televisiva, con mayor riesgo de obesidad por comida compulsiva y nutrición desequilibrada (*ketchup con algo*). La comida se convierte en el refugio de su soledad.

La alimentación masiva está siendo sustituida paulatinamente por el con-

sumo de excedentes de producción alimentaria, convenientemente publicitados y sobreespeciados. Mientras tanto, los alimentos *sanos*, al ser menos sabrosos y presentarse sin gran publicidad, requieren una mayor cultura y sensibilidad gustativa para ser demandados.

La educación de una actitud asertiva; por ejemplo, hacia los medios de comunicación, puede promover la salud alimentaria, ayudándoles a analizar los alimentos preparados y a descodificar los mensajes de *marketing* de los monopolios alimentarios (chucherías, tónicos, alcohol, comidas rápidas, etc.): *comer sano no es comer triste, sino un sobrevivir asertivo frente a determinados intereses de multinacionales ajenas a nuestra salud.*

Los padres y la alimentación

En una sociedad abierta, la falta de referentes genera inseguridad en muchos padres, pero siempre serán ellos quienes decidan qué y cuándo ofrecen para comer a sus hijos. El pediatra ante esta inseguridad y escasez de educación alimentaria puede constituir una ayuda fundamental, priorizando en cada caso los mensajes a transmitir, huyendo del uso alambicado de *protocolos*. Pero siempre, serán los padres quienes decidan.

Curiosamente, donde reinan los mitos de la seguridad y la objetividad de la medicina científica, retornan con fuerza los fantasmas ancestrales del hambre, la inseguridad y la insolencia frente a los hijos. De hecho, el hambre la consideran los padres como algo a evitar a cualquier precio, con lo que el niño nunca comerá con hambre.

Nunca han pensado lo buena que resulta cualquier comida tras correr por el monte y tener hambre (no desnutrición, pero sí hambre). O en las condiciones habituales de la vida animal (no la de los enjaulados como los humanos y las mascotas): primero llega el hambre y luego se intenta superarla.

Clínica: problemas relacionados con la alimentación

La negativa del niño a comer suele ser normal: cada uno conoce mejor su propio apetito que otras personas.

Pero puede indicar un problema de aprendizaje, o de conducta, o una patología de base. Y puede ocasionar una falta de crecimiento o no. Estas posibilidades se corresponden con cuatro situaciones básicas, clínicamente identificables e independientes entre sí: problemas de aprendizaje alimentario, problemas mixtos con déficit de ganancia ponderal, trastornos de la conducta alimentaria y trastornos nutricionales.

- Problemas simples del aprendizaje alimentario: son conductas alimentarias frustrantes, sin rasgo psicopático, ni nutricional-ponderal.
- Problemas mixtos con déficit ponderal: son los conocidos fallos de medro o *failure to thrive*.
- Trastornos de la conducta alimentaria: son, o bien manifestaciones secundarias a otra patología, o trastornos compulsivos que impiden una relación alimentaria normal, básicamente bulimia y anorexia mentales, y cuadros similares. Presentan alteración ponderal.
- Trastornos nutricionales: alteraciones del crecimiento por déficit de *inputs* en la nutrición celular, con posible base orgánica, o excesos de pérdidas.

En este artículo, nos centramos en los dos primeros, y solo citamos a modo de recuerdo los dos últimos.

Problemas de aprendizaje alimentario: las anorexias del niño pequeño

Son conductas alimentarias frustrantes, por imprevistas e indeseadas, pero sin afectación nutricional, ni rasgos de psicopatía. No constan ni en la DSM5, ni en la CIE 10.

Son conductas alimentarias no previstas o deseadas, pero sin afectación nutricional. No constan ni en la DSM5 ni en la CIE 10 (la CIE 11 se editará en 2017) en su apartado F50: Trastornos de la conducta alimentaria. Tal vez no existan o no merezcan ser considerados por su gravedad, pero sí por su prevalencia. Es a menudo el pediatra, quien tiene el primer contacto con un paciente con dificultades

Tabla I. Actitudes retadoras típicas

- **Manías en el comer:** si solo come un alimento, siempre el mismo, comida tras comida: permítale que coma cuanto quiera si se trata de un alimento sano.
- **Huelga de hambre:** si se niega a comer lo que se le sirve, y siempre quiere otra cosa diferente, tenga siempre pan, panecillos o fruta en cada comida, u otros alimentos que le gusten. Fíjese límites de tiempo y no tema que el niño se quede con hambre.
- **Hábito televidente:** queremos ver la televisión mientras comemos. Si no se apaga la televisión no podremos hablar mientras comemos juntos.
- **Hábito quejumbroso:** lloriquea o se queja siempre de la comida que se le ha servido. Si el niño no se comporta debidamente, haga que se retire a su cuarto o que se siente alejado de la mesa hasta que la comida haya terminado. Luego no le permita comer nada hasta la próxima hora de comida.
- **Dieta blanca:** si solo come pan, patatas, pasta y leche y usted le insiste mucho en lo malo de esta monotonía, solo conseguirá que el niño insista y persista.
- **El miedo a nuevos alimentos:** si se niega a probar nada nuevo, continúe ofreciéndole alimentos nuevos y animándole a que los coma. Se requieren hasta 15 repeticiones para que el niño pruebe el nuevo alimento, y quizá tenga que probarlo varias veces hasta que le guste. Nunca lo fuerce, porque acentuaría su rechazo.

de alimentación, cuya identificación y manejo correctos redundarán en un mejor pronóstico.

Se trata de las **anorexias infantiles**, de las que se describen varias tipologías:

- Falsa, por apreciación errónea de los padres.
- Del destete, por duelo de la lactancia.
- Psicosocial, por entorno carencial.
- Reactiva, simple o conductual, en respuesta a una educación alimentaria impropcedente.
- Ante una *falsa anorexia*, sirve de refuerzo positivo considerar la proporción peso ingerido/peso corporal, en el niño y en el adulto, para comprobar que el niño come proporcionalmente bastante más que el adulto, para subvenir sus necesidades adicionales de crecimiento.
- *Anorexia del destete o transitoria del segundo semestre:* aparece hacia los 5-8 meses y coincide con la introducción de la alimentación complementaria. El bebé se siente frustrado por el destete y reacciona con rechazo, provocando ansiedad en la madre. Si la madre está segura, tolerará y contendrá la agresión del hijo, no tardando en superar el trauma. Si la madre
- *Anorexia psicossocial:* es la anorexia por carencia psicossocial persistente o duelo. El caso leve más frecuente es la anorexia transitoria asociada al ingreso en guardería o escuela. Si el entorno es poco estimulante o no se supera, podrían conducir a un fallo de medro.
- *Anorexia reactiva, simple o conductual:* es la más prevalente en los países desarrollados, sobre todo, entre los 6 meses y los 2 años, edad en que las necesidades calóricas disminuyen a la par que la velocidad de crecimiento. La falta de respeto a las demandas alimentarias del niño y el uso de respuestas erráticas o imprevisibles respecto a su alimentación, impiden que aprenda a alimentarse creando un problema. Corregirlo, puede resultar difícil para todos, ya que implica desaprender y reaprender una nueva conducta más estable. Esta anorexia es selectiva o de escenario: se presenta solo ante determinadas personas o situacio-

nes. El niño rechaza comer algún alimento, o bien con alguna persona (*a mí no me come, pero en la escuela sí*). Otra forma de negarse es enlentecer provocativamente la toma. Fuera de las tomas su conducta es normal. A veces, tras un episodio de anorexia secundaria (p. ej., en caso de resfriado o diarrea) le han presionado a comer y luego la familia no ha sabido superar el antagonismo y el consiguiente rechazo defensivo.

Una mayor presión parental conducirá a un mayor rechazo. Una falta de coordinación educativa entre los padres facilita la eclosión y mantenimiento de respuestas retadoras. Las respuestas retadoras indicadas en la tabla I son las más frecuentes, y no se asocian a ningún tipo de patología.

Es clásica la descripción del genial pediatra británico Ronald Illingworth de las *respuestas erróneas en alimentación infantil*, que sintetizamos en la tabla II.

Se ha comprobado que *hasta los 12 meses* los lactantes suelen tener una dieta adecuada, posiblemente por el estricto control pediátrico. Pero los mayores de 1 año de edad suelen iniciar un excesivo aporte calórico. Ello debería obligar a replantearse los métodos educativos ante el entorno epidémico de obesidad. Posiblemente, pediatras y enfermeras también ejercemos los modelos de control de *Baumrind*.

Tabla II. Errores del aprendizaje alimentario, según Illingworth

- Distraer al niño para que coma: TV, lecturas, música.
- Intentar convencerlo o persuadirle: mediante premios o castigos.
- Intentar chantajearlo: si comes te daré...
- Forzarlo: obligarlo físicamente, metérselo en la boca.
- Amenazarlo para que coma: si no comes te pasará que...
- Que coma lo que quiera ("a la carta"): ¿qué quieres para comer? Y ahora si no, ¿qué comerás?.
- Darle entre comidas: así, al menos, come algo...

Los autoritarios y los permisivos son inefectivos a medio plazo. Solo los respetuosos y responsables mejoran las habilidades parentales.

Tratamiento

El etiquetado materno (*mi-hijo-no-me-come*) revela una noción de fracaso personal, opuesta a la del niño-triunfador-inapetente. Esta antagonización madre-niño puede inducir una dinámica de ansiedad-depresión y el mantenimiento de un forcejeo entre ambos. El cuidador debe comprender este juego de antagonismos para poder recuperar su función de referente-guía y llevar la iniciativa de la relación con el niño. Para conseguirlo puede ayudar la siguiente información incluso por escrito (Tabla III).

Una vez centrado y comprendido el problema de la anorexia reactiva, el objetivo es la reeducación alimentaria. Ateniéndose a un baño de realismo, los padres deberán reconocer lo excesivo de sus expectativas, y el pediatra podrá ayudarles a fijarse objetivos y organizar estrategias realistas para que la familia pueda, sin excesiva ansiedad, limitar su función alimentaria a dos aspectos:

1. La confección de la dieta y la preparación de la comida.
2. El marco educativo-normativo de la alimentación (higiene, dieta, posición, horario, utillaje, etc.).

Pueden aceptarse ciertas preferencias, pero la dieta ofrecida debe ser variada, con un equilibrio de los principales grupos de alimentos.

El uso de placebos farmacológicos o alternativos (polivitamínicos, tónicos, estimulantes, pólenes, jaleas reales, etc.) dificulta el tratamiento al desviar la atención al niño, medicalizándolo. Suele dificultar la corrección de la actitud alimentaria parental. Mientras el pediatra no se autoengaña, hay que recordar que tampoco aquí valen las terapias o protocolos rígidos.

Una vez superado el enfrentamiento alimentario, es deseable que los padres aprendan a ejercer su dominio en otros ámbitos educativos, sin excesivos temores, ni autoafirmaciones, ni coerciones. Tras caer la ansiedad oralimentaria, suelen caer otros muchos temores relacionados con el binomio

aceptación- rechazo del hijo, consiguiéndose cierto “desarme relacional”, mejorando la tolerancia, la afectividad y el mutuo respeto al territorio de cada miembro de la familia. En mi propia experiencia profesional he vivido mejoras asombrosas.

Fallo de medro (*failure to thrive*)

El fallo de medro es un cajón de sastre que reúne aquellos casos de niños con dificultad para conservar sus márgenes genéticos de crecimiento y de desarrollo, apareciendo como frágiles, sin llegar a una malnutrición franca. La orientación diagnóstica suele resultar múltiple (*biopsicosocial*) y a menudo genera en el pediatra serias dudas sobre la agresividad requerida, tanto a nivel diagnóstico (posibles patologías subclínicas o larvadas), como terapéutico (dudas sobre hospitalización o seguimiento terapéutico).

El fallo de medro es un cajón de sastre que reúne aquellos niños con dificultad para conservar sus márgenes genéticos de crecimiento y de desarrollo, apareciendo como frágiles, sin llegar a una malnutrición franca. En el lenguaje coloquial, son *los niños difíciles, en una familia frágil, o viceversa*.

Fomon y Nelson, lo concretan en niños menores de 3 años con una curva de incremento de peso $< 2\sigma$ (durante un mínimo de 2 meses en menores de 6 meses, o de 3 meses en mayores de 6 meses) y sin afectación de la talla (relación peso/talla $< p3$).

Etiopatogenia

En estas situaciones de fragilidad biopsicosocial suelen confluír problemas o disfunciones del niño y del entorno. En un marco de crisis económica grave y duradera, son frecuentes. Afectan más a familias con nivel socio-económico bajo o en situaciones de estrés transitorio intenso, en las que la capacidad de contención afectiva del hijo resulta disminuida: situaciones de desempleo, abandono paterno, alcohol-drogas, violencia doméstica y migraciones traumáticas.

Son ejemplos representativos:

- Niños con retraso psicomotor y dificultades de alimentación, en una familia estresada o inmadura con respuestas alimentarias inadecuadas (autoritaria o permisiva).
- Niños frágiles-irritables con crecimiento en límites inferiores y sometidos a maltrato-deprivación.

Tabla III

- Desde el 6º mes, el niño crece menos y necesita menos alimento.
- El peso normal no es el peso promedio, sino el relacionado con la talla.
- Comparar la proporción ingesta/peso entre padres e hijo, evidencia el error de apreciación parental.
- En las frecuentes infecciones banales con fiebre perderá unos días el apetito.
- En la edad de aprender los principales hábitos, deberá aprender también los alimentarios: el objetivo es el aprendizaje de una alimentación autónoma (= evitar el ciclo tensión-rechazo).
- Cada niño tiene un apetito y un metabolismo distintos, igual que su carácter o su personalidad.
- Una conducta muy controladora o exigente de los padres impide que el niño aprenda a autorregularse la ingesta, principio básico en todas las especies animales, incluida la humana.
- Los padres deben solo ofrecer alimentos sanos y variados a su hijo, mientras es solo el niño quien decide la cantidad que come y va aprendiendo por tanteo.
- Los padres sin el menor ensañamiento, y con toda la firmeza de adulto guía, mantendrán el entorno alimentario familiar (lugar de la comida, tiempo asignado, alimentos y su orden, rituales familiares de higiene, etc.), aunque la presión del niño pretenda alterarlo, ayudándole así a que vaya comprendiendo y aceptando que la función decisoria en el ordenamiento de la familia es prerrogativa de los padres.
- Posiblemente el niño tardará unos días en adaptarse al nuevo escenario alimentario, de dieta fija, pero con respeto y autorregulación, insistiendo inicialmente en su actitud de temor y revancha, esperando el habitual acoso a su “rebelión”. Al desaparecer el acoso, desaparece luego la rebelión reactiva.

- Niños con exposición fetal a drogas, en familia con patología mental y sin apoyos sociales.
- Dificultades en la aceptación de alimentación complementaria y con respuesta alimentaria inadecuada.
- Una anorexia conductual añadida a anorexia por fármacos y en edades de alta incidencia de procesos febriles.
- Infecciones múltiples u hospitalizaciones que han roto los hábitos alimentarios del niño y la estabilidad en la respuesta familiar, con anorexia conductual muy acentuada.
- Primogénito de madre adolescente sola, que al apoyarse en abuelos y canguros múltiples, recibe unas dietas y respuestas alimentarias erráticas.

Diagnóstico

Requiere primero una anamnesis completa: grupo familiar, embarazo, parto, sobretodo técnica de alimentación, con *encuesta de 24 horas* de los últimos 3 días, sueño, crecimiento y desarrollo psicomotor.

La exploración debe descartar posibles dismorfias, evaluar el estado nutricional, percentil de peso y talla de ambos padres y la actitud del niño y acompañantes frente al equipo pediátrico.

La orientación diagnóstica suele resultar múltiple (*biopsicosocial*) y, a menudo, genera en el pediatra serias dudas sobre la agresividad requerida, tanto a nivel diagnóstico (posibles patologías subclínicas o larvadas), como terapéutico (dudas sobre hospitalización o seguimiento terapéutico).

Un enlentecimiento ponderal es lo más común, y si no hay claros indicios de malabsorción o exceso de pérdidas, deberá realizarse un *tercer grado* sobre relación alimentaria, dieta y medicaciones (prescritas o auto recetadas).

Si tras anamnesis y exploración quedan dudas, cosa frecuente, deberá valorarse la realización de pruebas complementarias, que pueden incluir:

- Hemograma, ferritina, ionograma, Ca-P-FAlcalinas y TSH/T4.
- Glucemia, proteinograma, transaminasas y creatinina.
- Anticuerpos antitransglutaminasa, hepatitis B y C.

- Urocultivo y parásitos en heces.
- PPD y test del sudor.

Diagnóstico diferencial

Pueden distinguirse 3 tipos de fallos de medro:

1. Fallo de medro de origen no orgánico (85-90% de los casos):
 - Trastorno alimentario post-traumático: atragantamientos, traumatismos orofaríngeos, ligados a técnicas diagnósticas o terapéuticas (sondaje, nutrición enteral, etc.).
2. Falso Fallo de Medro:
 - Talla baja familiar: padres de talla límite/baja, temerosos de que su hijo quede bajito como ellos, por lo que le fuerzan a comer.
 - Retraso constitucional de crecimiento y desarrollo.
 - Prematuros o niños con crecimiento intrauterino retardado (CIR).
 - Nivelación de niños nacidos con pesos superiores a su potencial genético y que alcanzan su percentil en los 2 primeros años.
3. Fallo de medro de origen orgánico:
 - Aportes reducidos o consumo inadecuado de calorías.
 - Absorción inadecuada o dificultad en la utilización de nutrientes.
 - Requerimientos aumentados o pérdidas excesivas.

En los casos que los pediatras de Atención Primaria derivan a las Unidades de Gastroenterología y Nutrición Pediátrica, se encuentra base orgánica en más del 80% de casos, en su mayoría procesos digestivos: el reflujo gastroesofágico es el problema más frecuente.

Tratamiento

Además de la corrección de la patología orgánica observada, debe conseguirse una alimentación efectiva. Se basa en tres pilares: asesoramiento nutricional, eventual modificación del comportamiento alimentario y asistencia psicosocial.

1. Dieta (*opuesta a la de un obeso*): aumentar la densidad energética a base de cereales, fritos y reboza-

dos, huevo, postres apetitosos, con chocolate o nata. En estos casos, si se aconseja excluir los alimentos que ha rechazado con frecuencia. Los suplementos proteico-calóricos pueden probarse, pero suelen ser rechazados por los niños pequeños.

2. Conducta alimentaria: suspender en lo posible fármacos que pudieran afectar el apetito. Si existe una marcada anorexia usar el alimento preferido como base para ir luego incorporando otras comidas, facilitar que coma con los familiares, sin forcejeos ni elementos distractores (p. ej.: TV o *gadgets*).
3. Apoyo psicosocial: si el ambiente familiar es tenso buscar momentos de alimentación placida en guardería o escuela, y otros apoyos extraescolares.

Las indicaciones de hospitalización se restringen a la imposibilidad de un correcto manejo ambulatorio por malnutrición o patología familiar grave (abuso-maltrato, psicosis, drogadicción materna y deficiencia mental).

Pronóstico

El crecimiento somático se normalizará en el 75% de casos. Pero los niños que presentan fallo de medro en el primer año de vida (sobre todo, antes de los 6 meses) tienen un alto riesgo de trastornos conductuales o psicológicos a largo plazo: entre el 14 y el 60% presentan dificultades de aprendizaje, retraso verbal o necesidad de psicoterapia. Muchos de ellos desarrollarán en la adolescencia trastornos de conducta alimentaria.

Trastornos de la conducta alimentaria

Hay que distinguir, las anorexias secundarias (a causas orgánicas, psíquicas o por fármacos), de la anorexia nerviosa. Y esta de la bulimia, 10 veces más frecuente, aunque menos mediática.

Anorexia secundaria a afectación orgánica o psíquica

Evoluciona paralelamente a la enfermedad causal (desde los pródromos hasta su convalecencia) y las causas más frecuentes son:

Tabla IV. Características de la bulimia nerviosa según DSM-V

- Episodios recurrentes de atracones. Un episodio de atracón se caracteriza por los dos hechos siguientes:
 - Ingestión, en un periodo determinado (p. ej., dentro de un período cualquiera de dos horas), de una cantidad de alimentos que es claramente superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un período similar, en circunstancias parecidas.
 - Sensación de falta de control sobre lo que se ingiere durante el episodio (p. ej., sensación de que no se puede dejar de comer o controlar lo que se ingiere o la cantidad de lo que se ingiere).
- Comportamientos compensatorios inapropiados recurrentes para evitar el aumento de peso, como el vómito autoprovocado, el uso incorrecto de laxantes, diuréticos u otros medicamentos, el ayuno o el ejercicio excesivo.
- Los atracones y los comportamientos compensatorios inapropiados se producen, de promedio, al menos, una vez a la semana durante tres meses.
- La autoevaluación se ve indebidamente influida por la constitución y el peso corporal.
- La alteración no se produce exclusivamente durante los episodios de anorexia nerviosa.

Orgánicas

- Infecciones o infestaciones (resfriados, gastroenteritis, infecciones del tracto urinario y giardiasis).
- Ferropenías.
- Afecciones digestivas (intolerancias, celiacía y enfermedad inflamatoria intestinal).
- Otras patologías menos frecuentes a recordar:
 - Hipotiroidismo.
 - Diabetes insípida.
 - Artritis reumatoide juvenil.
 - Fiebre reumática.

Psíquicas

- Cualquier patología mental puede asociarse a anorexia o hiperfagia.

Por fármacos

Entre los medicamentos que pueden facilitar la aparición de anorexia, los más usados en la infancia son:

- Antihistamínicos (muy usados en resfriados y patología ORL, a pesar de su escasa evidencia terapéutica).
- Codeína, dextrometorfan, dime-morfan: son opiáceos de venta libre, se abusa de ellos como antitusivos.
- Efedrina y pseudoefedrina (usados como vasoconstrictores nasales, a menudo con cierta ligereza).
- Metilfenidato: es el fármaco de primera elección en casos de TDAH, y su efecto anorexígeno es intenso.
- Claritromicina: altera el sentido del gusto.

- Sobredosificación de vitaminas A y D.
- Otros fármacos con posible efecto anorexígeno son: teofilinas, digitálicos, antimetabolitos y difenilhidantoína.

Trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes

Bulimia nerviosa

En España es, tras el asma y la obesidad, la tercera enfermedad más prevalente en la adolescencia: afecta hasta un 2% de chicas adolescentes. En varones se da una décima parte que en mujeres.

La citamos por ser un problema alimentario prevalente, pero ni afecta a niños (solo a adolescentes) ni es por comer insuficiente. A modo de recuerdo sirva la descripción del DSM-V (Tabla IV).

Anorexia nerviosa

Esta enfermedad afecta al 1 y el 2% de nuestras adolescentes, pero entre los 15 y 16 años hasta un 50% creen que su peso es elevado y desean

reducirlo mediante dietas. En adolescentes varones, su incidencia es 10 veces menor.

La citamos por ser el trastorno de alimentación más divulgado, pero no afecta a niños sino solo a preadolescentes o adolescentes, y merece una exposición específica *in extenso*.

En la anorexia mental, prevalece la distorsión de la imagen corporal y el temor a la obesidad, que llevan a la paciente a una pérdida de peso con malnutrición progresiva y mantenida. Constituyen signos de sospecha los referidos en la tabla V.

En su etiología, cabe destacar la mayor incidencia asociada al genotipo 1438 A/A del gen 5-HT 2 y su mayor incidencia ante antecedentes familiares. Los mensajes sociales para promocionar la delgadez se consideran predisponentes. La definición de DSM-V se resume en la tabla VI.

Prevención de la anorexia nerviosa:

- Vigilar de forma especial a la población de riesgo (atletas, bailarinas, modelos, o con antecedentes familiares): no existen actividades preventivas estandarizadas.
- En los controles pediátricos sistemáticos, debe promoverse que se coma en familia y en un ambiente plácido que facilite la comunicación (comer con TV u otros distractores dificulta la comunicación familiar).
- Evitar dietas por motivos estéticos, y sin control por un profesional.
- Consultar ante actitudes raras con la comida, cambios de carácter, automedicaciones u oscilaciones de peso inexplicables, o sospecha de ocultación de vómitos.

Trastornos nutricionales

La malnutrición es toda alteración del crecimiento por déficit de nutrición celular: por falta de ingesta, por malabsorción o por excesos de consumo. En

Tabla V. Signos sugestivos de anorexia nerviosa en adolescentes

- Realización de dieta hipocalórica en ausencia de obesidad o sobrepeso.
- Períodos de semiayuno alternando con ingesta normal.
- Miedo exagerado al sobrepeso o a la ganancia ponderal.
- Rechazo de la propia imagen corporal.
- Valoración del peso o figura como prioridad.

Tabla VI. Definición de anorexia nerviosa según DSM-V

- Restricción de la ingesta energética en relación con las necesidades, que conduce a un peso corporal significativamente bajo con relación a la edad, el sexo, el curso del desarrollo y la salud física. *Peso significativamente bajo* se define como un peso que es inferior al mínimo normal o, en niños y adolescentes, inferior al mínimo esperado.
- Miedo intenso a ganar peso o a engordar, o comportamiento persistente que interfiere en el aumento de peso, incluso con un peso significativamente bajo.
- Alteración en la forma en que uno mismo percibe su propio peso o constitución, influencia impropia del peso o la constitución corporal en la autoevaluación, o falta persistente de reconocimiento de la gravedad del peso corporal bajo actual.

Tipo restrictivo

Durante los últimos tres meses, el individuo no ha tenido episodios recurrentes de atracones o purgas (es decir, vómito autoprovocado o utilización incorrecta de laxantes, diuréticos o enemas). Este subtipo describe presentaciones en la que la pérdida de peso es debida, sobre todo, a la dieta, el ayuno y/o el ejercicio excesivo.

Tipo con atracones/purgas

Durante los últimos tres meses, el individuo ha tenido episodios recurrentes de atracones o purgas (es decir, vómito autoprovocado o utilización incorrecta de laxantes, diuréticos o enemas).

estos casos, contrasta una evidente afectación del peso, con una nula o mínima afectación del apetito o de la conducta alimentaria.

El pediatra ante la alimentación infantil

El sentido clínico y la accesibilidad familiar del pediatra le hacen ser una pieza clave en el manejo de los temores alimentarios en un mundo trufado de información, pero sin referentes fiables. Como decía Baumrind, nuestro modo de control parental debe intentar ser el óptimo, lejos de una simple aplicación fría y rígida de cualquier protocolo clínico. Los procesos íntimos, y la oralidad es uno de ellos, no responden a burocracias.

Promoción de una alimentación autónoma

El Pediatra a menudo objetaliza el cuerpo, mide, calcula... resultados; pero, a veces, olvida el calor de los procesos de aprendizaje, siempre lúdico-funcionales, propios de la vinculación materno-filial y, muy en especial, los asociados a su rol nutridor-protector. Para conseguir una mejor actitud alimentaria sería deseable que el pediatra se sintiera identificado con las ideas expresadas en la tabla VII.

Los trastornos de alimentación resultan correosos una vez establecidos,

por lo que es importante la guía anticipatoria para su prevención primaria. La información realista de las necesidades nutricionales y conductas alimentarias del niño a cada edad ayudan a prevenir y manejarlas, siendo aceptadas con menor ansiedad, tan solo la ineludible ansiedad basal de ser madre.

Si se inicia la lactancia materna por autodemanda, la ausencia del control de ingesta en cada tetada propicia el aprendizaje del autocontrol por parte

del niño (volumen, saciedad, intervalo y hambre), y de la madre (actitud tolerante, flexible y balanceada).

Podemos informar y desdramatizar, las reacciones previsibles de rechazo o conflictividad que puedan ir surgiendo en la fase de introducción del *beikost* (neofobias, oposicionismo y anorexia del destete), así como mostrarle al niño nuevos alimentos para que los vea y vaya probando en la medida que su curiosidad lo demande.

Debemos fomentar que el niño experimente con la comida de forma repetitiva, lúdica, sin prisas ni acosos. Los padres centrarán su interés en el largo plazo, intentando que sus hijos vayan desarrollando libremente su capacidad de autocontrol, a partir de la oferta dietética sana y variada que se le ofrece, sin preocuparse por los sucesivos rechazos transitorios que irán surgiendo.

Un aprendizaje alimentario correcto solo exige una oferta alimentaria diversificada y equilibrada, y la transmisión del placer por los alimentos (mediante la manipulación, el juego y la ingesta). El niño suele disfrutar si tiene algo en las manos (cucharilla, pan, queso...) y puede manipularlos mientras come.

Los alimentos deberán emplearse solo como tales, no como armas de premio o castigo. Sobornar con comida

Tabla VII. Ideas para mejorar el abordaje pediátrico de la alimentación infantil

- La alimentación infantil más que un balance proteico-calórico es siempre una vivencia compartida.
- El aspecto relacional e interactivo de la alimentación debe abordarse desde el nacimiento.
- Evitar rigideces (en horarios, en mililitros, etc.) para favorecer una interacción positiva por tanteo.
- Evitar alarmismos (anemia, raquitismo, etc.) ante un simple rechazo de alimento, tras el primer mes de vida.
- No amenazar ni a la madre ni al niño. Conocer las pautas culturales y luego intentar corregir las negativas, atrayendo la imprescindible confianza de madre y familia, que son las que alimentan.
- Atender la ansiedad familiar por la alimentación para poder contenerla y reconducirla: la autoimagen materna es muy sensible al rechazo en la alimentación; a menudo, es la madre quien amamanta, compra alimentos, los prepara y ayuda al niño a comer, empleando en ello buena parte de su tiempo y sus ilusiones.
- Evitar que la comida resulte un martirio para nadie: evitar el forcejeo, el chantaje afectivo, la victimización, la distracción oportunista, la televisión, la persecución detrás del niño implorándole que coma.
- Evitar fármacos (estimulantes del apetito) y sustitutivos (polivitamínicos de complacencia) y centrarse en conseguir una buena educación alimentaria.

crea usualmente más problemas de los que resuelve. La coerción del premio a través de alimentos basura (*si te portas bien, te daré una golosina*) pueden condicionar un éxito alimentario a corto plazo, pero revela inseguridad en la propia capacidad educativa, exagera la preferencia por alimentos basura constituidos en chantaje fácil, y daña la capacidad de adaptación a un entorno dirigido por adultos. Incluso la restricción severa de los alimentos basura puede hacerlos atractivos y apetecibles en exceso, por prohibidos.

En la medida que su habilidad psicomotriz le permita ir comiendo solo (18 meses aproximadamente), es mejor que vaya ejercitando sus habilidades, aunque con ello coma menos, tarde más y se ensucie.

En la guía anticipatoria del preescolar, se informará de la reducción de necesidades nutritivas respecto al lactante, para evitar ansiedad en los padres. Pueden ayudar a su tranquilidad algunos consejos educativos para enmarcar las horas de comida. Por ejemplo, fijar un tiempo razonable y limitado para comer, ofrecer pequeñas porciones de cada plato, conversar también con el niño durante la comida, cuando el niño provoque rompiendo una norma, no responder ofendidos sino controlados y controladores, no dar postre si el niño no come su comida, ofrecer con cierta frecuencia (2-3 veces por semana) los alimentos que el niño aún rechaza para que pueda familiarizarse con ellos e ir probando y aceptando.

Actitud diagnóstica ante una anomalía alimentaria

La *anamnesis* debe informar sobre (Tabla VIII):

Tabla VIII. Abordaje diagnóstico de una presunta anorexia infantil

- Peso y talla
- Dieta
- Patología
- Entorno

- Posibles síntomas asociados (fiebre, signos catarrales, digestivos o urinarios) indicativos de patologías específicas.

- El balance de ingesta de 24 horas.
- Variables básicas: lugar, tiempo y acompañante (si come mejor en la guardería o escuela que en su casa, si come lentamente, si come solo o acompañado, siempre con la misma persona).
- Vómitos y/o deposiciones inusuales.
- Antecedentes familiares de problemas de alimentación.
- Medicaciones recibidas últimamente (antibióticos, antihistamínicos, vasoconstrictores, antitusivos, anticomiciales, metilfenidato o inmunosupresores).

La *exploración* recogerá:

- Curva pondoestatural (peso, longitud o talla y perímetro cefálico). En su caso peso y talla de los padres.
- Hábito constitucional del niño, es decir, asténico, pícnico o atlético.
- La distribución del panículo adiposo subcutáneo (en brazos-tronco, muslos y cara, puesto que en la malnutrición el panículo adiposo disminuye siguiendo este orden) y el tono muscular.

En caso de haber *afectación ponderal* persistente, su diagnóstico precisará un estudio *analítico*:

- Hemograma, ferritina, ionograma, Ca-P-FALcalinas, TSH/T4.
- Glucemia, proteínograma, transaminasas, creatinina.
- Anticuerpos antitransglutaminasa, hepatitis B y C.
- Urocultivo y parásitos en heces.
- PPD y test del sudor.

Bibliografía

1. Asociación Americana de Psiquiatría, Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM 5. Arlington, VA, Asociación Americana de Psiquiatría, 2013.
2. Birch L, Fisher J. Apetito y conducta alimentaria. *Pediatr Clin North Am* (ed. esp.). 1995; 4: 869-90.
3. Bras J. Conducta alimentaria: problemas y trastornos. En: Bras J, de la Flor JE. *Pediatría en Atención Primaria*. 3ª ed. Barcelona, Elsevier; 2013. p. 477-488.
4. Bryant-Waugh R, Markham L, Kreipe RE, Walsh BT. Feeding and Eating Disorders in Childhood. *Int J Eat Disord*. 2010; 43: 98-111.

5. Carnell S, Benson L, Driggin E, Kolbe L. Parent Feeding Behavior and Child Appetite: Associations Depend on Feeding Style. *Int J Eat Disord*. 2014; 47: 705-9.
6. David S. Rosen and the Committee on Adolescence. Identification and Management of Eating Disorders in Children and Adolescents. *Pediatrics* 2010;126, published online November 29; DOI: 10.1542/peds.2010-821. Disponible en: <http://pediatrics.aappublications.org/content/126/6/1240.full.html>.
7. Dovey TM, Farrow CV, Martin CI, Isherwood E, Halford JCG. When does food refusal require professional intervention. *Curr Nut Food Sci*. 2009; 5: 160-71.
8. Gahagan S. The Development of Eating Behavior - Biology and Context. *J Dev Behav Pediatr*. 2012; 33: 261-71.
9. Green RJ et al. How to Improve Eating Behaviour during Early Childhood. *Pediatr Gastroenterol Hepatol Nutr*. 2015; 18: 1-9.
10. Harvey L, Bryant-Waugh R, Watkins B, Meyer C. Parental perceptions of childhood feeding problems. *J Child Health Care*. 2013.
11. Kral TV, Rauh EM. Eating behaviors of children in the context of their family environment. *Physiol Behav*. 2010; 100: 567-73.
12. Mills S. Maternal and Infant Factors Influencing Infant Feeding. A Longitudinal Study. University of Edinburgh, Edinburgh, 2012.
13. Nicholls D, Bryant-Waugh R. Eating disorders of infancy and childhood: definition, symptomatology, epidemiology, and comorbidity. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*. 2009; 18: 17-30.
14. Rhee1 KE, Dickstein S, Jelalian E, Boutelle K, Seifer R, Wing R. Development of the General Parenting Observational Scale to assess parenting during family meals. *Int J Behav Nutr Phys Act*. 2015; 12: 49, 1-15.
15. Rohde K et al. Genetic variants in AKR1B10 associate with human eating behavior. *BMC Genetics*. 2015; 16: 31, 1-8.
16. Rodgers et al.: Maternal feeding practices predict weight gain and obesogenic eating behaviors in young children: a prospective study. *Int J Behav Nutr Phys Act*. 2013; 10: 24, 1-10.
17. Silberstein D, Feldman R, Gardner JM, Karmel BZ, Kuint J, Geva, R. The mother-infant feeding relationship across the first year and the development of feeding difficulties in low-risk premature infants. *Infancy*. 2009; 14: 501-25.
18. Schmid G, Schreier A, Meyer R, Wolke D. A prospective study on the persistence of infant crying, sleeping and feeding

problems and preschool behaviour. *Acta Paediatrica*. 2009; 99: 286-90.

19. Trastornos mentales y del comportamiento, Clasificación Internacional de Enfermedades CIE-10, (OMS, 8ª edición, 2009), consultada la versión 1.0 - 01/05/2010 en la web del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (España).

20. Wasser H et al. Infants perceived as "fussy" are more likely to receive complimentary foods before 4 months. *Paediatrics*. 2010; 127: 229-37.

21. Webber L, Cooke L, Wardle J. Maternal perception of causes and consequences of sibling differences in eating behaviour. *Eur J Clin Nutr*. 2010; 64: 1316-22.

22. Wehrly SE et al. Controlling Parental Feeding Practices and Child Body Composition in Ethnically and Economically Diverse Preschool Children. *Appetite*. 2014; 73: 163-71.

Bibliografía recomendada

Los asteriscos reflejan el interés del artículo a juicio del autor.

- *** Illingworth RS. *Apetito*. En: Illingworth RS. *El niño normal* (3ª edición). México, Manual Moderno; 1989: 313-25.

El capítulo "Apetito-Obesidad" describe de forma magistral, con estilo directo y fresco el comportamiento de niños con dificultades de alimentación y los múltiples errores de técnica alimentaria empleada por los padres para conseguir salirse con la suya. A pesar de su antigüedad, sus frescos continúan siendo un clásico y plenamente actuales.

- ** Lambruschini N, Leis R. Capítulo 8: Trastornos de la conducta alimentaria, en Tomo Nutrición, de Protocolos diagnósticos y terapéuticos en Pediatría. Asociación Española de Pediatría, 2002.

En su objetivo de protocolos prácticos, resume sin perder exactitud las principales nociones de los Trastornos de la Conducta Alimentaria.

- **** Moreno Villares JM y cols. El desarrollo de los hábitos alimentarios en el lactante y el niño pequeño. Sentido y sensibilidad. *Revista Pediatría de Atención Primaria* Vol. VIII, Suplemento 1, 2006.

El mejor trabajo de difusión teórica sobre el aprendizaje alimentario que se ha escrito en la pediatría de lengua hispana, los últimos 15 años. El placer de su lectura hace que te quedes con buen sabor de boca, pero hambriento.

- *** Pérez-García I, Alberola S, Cano A. Rechazo del alimento en el niño pequeño. *An Pediatr Contin*. 2010; 8: 10-6.

Destaca esta revisión didáctica por su orden, sencillez y claridad, y en la que los autores hablan con el conocimiento que da la experiencia y el estudio. De lectura recomendable.

- ** Rivas-Cambronero E. Anorexia infantil. La hipótesis etiológica. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiquiatr*. 2005; 94: 19-28.

Aunque su lectura resulte farragosa para un lego en psiquiatría infantil, el esfuerzo de comprensión queda ampliamente premiado por la amplitud de miras que abre y la conciencia que despierta sobre nuestra estrechez de miras como pediatras.

- ** Vitoria I, Dalmau J. El niño que no come. Etiopatogenia y manejo. *Pediatr Integral*. 2003; 5: 331-9.

Merecen destacarse las excelentes revisiones de los problemas de alimentación en la infancia.

- *** Vitoria I, Dalmau J. El niño pequeño poco comedor. Aspectos prácticos. *Revista Pediatría de Atención Primaria*. Vol. VIII, Suplemento 1, 2006.

La colaboración de estos dos grandes pediatras españoles, expertos en alimentación y nutrición, ha dado a luz estos dos buenos trabajos de síntesis y con interés práctico. Realmente interesantes.

Caso clínico

Niño de 20 meses, hijo de madre adolescente sola, que trabaja en casa mediante Internet, consta antecedente de tabaquismo materno durante el embarazo, peso de nacimiento a término 2.930 g, lactancia mixta desde el inicio, con ciertas dificultades para la succión y cólicos del lactante. Desde que va a la guardería, hace 6 meses, ha presentado 4 episodios de resfriados febriles, una gastroenteritis aguda moderada y una otitis media aguda. La madre ha perdido mucho tiempo en darle de comer y ahora, además, cada comida es una pequeña tragedia. Se niega a comer y quiere solo un biberón, al que la madre añade cereales para que le alargue más. Lo que más le duele es que en la guardería insisten que allí come bien e incluso repite. No quiere acabar mal de los nervios y por eso lo trae a consulta.

La exploración revela un lactante normal con peso: p25 y talla: p50, de evolución estable desde el nacimiento.

Orientación diagnóstica: dada la curva normal de crecimiento de entrada, se orienta a una anorexia reactiva con tendencia a convertirse en comedor monótono en casa, donde la madre adopta una conducta permisiva, a pesar de su perplejidad.

Se propone a la madre la explicación del mal aprendizaje y se le aconseja ofrecer la dieta variada, prevista por la madre en todas las tomas, sin variaciones por la exigencia del niño. Mantener un ayuno estricto en los intervalos entre tomas.

A los 15 días, la madre nos telefona para indicar que no acudirá al control previsto porque el niño, tras 48 horas de *huelga de hambre*, ya come de todo en casa y lo ve más activo y relajado.

Diagnóstico: anorexia reactiva.



Cuestionario de Acreditación

A continuación, se expone el cuestionario de acreditación con las preguntas de este tema de *Pediatría Integral*, que deberá contestar "on line" a través de la web: www.sepeap.org.

Para conseguir la acreditación de formación continuada del sistema de acreditación de los profesionales sanitarios de carácter único para todo el sistema nacional de salud, deberá contestar correctamente al 85% de las preguntas. Se podrán realizar los cuestionarios de acreditación de los diferentes números de la revista durante el periodo señalado en el cuestionario "on-line".

El niño mal comedor

33. Respecto a los MODELOS BÁSICOS de alimentación infantil, son ciertos los siguientes enunciados EXCEPTO UNO:

- La alimentación infantil de alto control corresponde a las familias de talante autoritario.
- La alimentación infantil con mínimo control corresponde a las familias de talante permisivo.
- La autoselección alimentaria genera un crecimiento y desarrollo correctos.
- En el modelo autoritario, la regulación calórica evita la pasividad y adiposidad.
- En el modelo permisivo, la alimentación suele resultar excesiva en hidratos de carbono y lípidos, favoreciéndose la obesidad.

34. En un caso de FALLO DE MEDRO, son ciertos los siguientes enunciados EXCEPTO UNO:

- Lo más común es un enlentecimiento ponderal transitorio.
- Si tras anamnesis y exploración quedan dudas, deberá realizarse un seguimiento ponderoestaural trimestral.
- Si no hay indicios clínicos de pérdidas se realizará un *tercer grado* sobre relación alimentaria, dieta y medicaciones.
- Si hay indicios de mala relación en la ingesta, se intentará solucionar la actitud alimentaria de los adultos respecto al niño.
- En caso de analítica, podemos pedir inicialmente: hemograma-ferritina, ionograma,

proteínograma, anticuerpos antitransglutaminasa, urocultivo y parásitos en heces, y test del sudor.

35. En la conducta del RECIÉN NACIDO, SOLO UNA afirmación ES CIERTA:

- Jugar con el pezón o la tetina es el inicio de la satisfacción oral.
- Jugar con el pezón o la tetina indica cierto grado de anorexia.
- El pezón y la tetina, primera fuente de microbios a entrar en su boca, deben permanecer lo más estériles posible.
- No es bueno para el bebé jugar con el seno materno, si le cuesta ganar peso.
- La fase de oralidad es una etapa conflictiva del desarrollo infantil.

36. Respecto a la NEOFOBIA, SOLO UNA afirmación es CIERTA:

- Si la madre consigue la confianza del niño desaparece la neofobia.
- Para superar cuanto antes la neofobia debemos conseguir que se coma el plato entero del nuevo alimento.
- Si la familia del paciente insiste en la diversificación de alimentos, el niño por rechazo tenderá a convertirse en un "comedor monótono".
- Si la familia insiste en la diversificación de alimentos, el niño está a riesgo de un fallo de medro.
- Cierto grado de rechazos, manías y monotonías son normales al inicio de la diversificación alimentaria.

37. Todos los siguientes medicamentos pueden facilitar la aparición de anorexia, EXCEPTO UNO:

- Claritromicina.
- Cefuroxima.
- Metilfenidato.
- Dextrometorfan.
- Difenhidramina.

Caso clínico

38. Son características de la anorexia reactiva o conductual, todas EXCEPTO una:

- Respuesta variable según entorno.
- Percentil de peso inferior al de talla en dos líneas de percentil o 2σ .
- Es más frecuente en padres permisivos y autoritarios.
- Las respuestas anómalas a las exigencias del niño perpetúan su aparición.
- El niño rechaza unos alimentos y no otros.

39. Son sugestivos de fallo de medro todos los siguientes datos del cuadro, EXCEPTO uno:

- Situación de madre adolescente sola.
- Múltiples escenarios de canguros, sin control dietético.
- Peso con una línea de percentil inferior a la talla de forma mantenida.
- Infecciones de repetición.
- Exposición fetal a tabaco.

40. Ante la anamnesis y la exploración, es conveniente practicar:

- Ferritina.
- Urocultivo.
- Parásitos en heces.
- Encuesta de 24 horas.
- Edad ósea.