



UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
FACULTAD DE MEDICINA
COORDINACIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
PROGRAMA DE ESPECIALIZACIÓN EN PEDIATRÍA Y PUERICULTURA
HOSPITAL DR. MIGUEL PÉREZ CARREÑO

TRASTORNOS DE LA ALIMENTACION EN LACTANTES Y PRE-ESCOLARES.

Proyecto de Trabajo Especial de Grado que se presenta para optar al título de Especialista
en Pediatría y Puericultura.

Lady Diana Colmenarez Montesinos
Maria Jose Delgado Alvarado

Tutor: Clarisel Oropeza Amarista

Caracas, diciembre 2016

UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
VICERRECTORADO ACADÉMICO
SISTEMA DE INFORMACIÓN CIENTÍFICA, HUMANÍSTICA Y TECNOLÓGICA (SICHT)

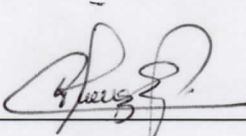
Fecha: 08/12/2016

**AUTORIZACIÓN PARA LA DIFUSIÓN ELECTRONICA DE LOS TRABAJOS DE
LICENCIATURA, TRABAJO ESPECIAL DE GRADO, TRABAJO DE GRADO Y TESIS
DOCTORAL DE LA UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA.**

Nosotras Lady Diana Colmenarez Montesinos y María José Delgado Alvarado, autores del Trabajo Especial de Grado "TRASTORNOS DE LA ALIMENTACION EN LACTANTES Y PREESCOLARES" presentado para optar a la Especialización de Pediatría y Puericultura – HMPC.

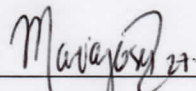
Autorizamos a la Universidad Central de Venezuela, a difundir la versión electrónica de este trabajo, a través de los servicios de información que ofrece la Institución, sólo con fines de académicos y de investigación, de acuerdo a lo previsto en la Ley sobre Derecho de Autor, Artículo 18, 23 y 42 (Gaceta Oficial N° 4.638 Extraordinaria, 01-10-1993).

X	Si autorizo
	Autorizo después de 1 año
	No autorizo
	Autorizo difundir sólo algunas partes del trabajo
Indique.	



C.I. N° 18.432.046
e-mail: ladycolmenarez@gmail.com

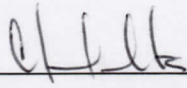
Firmas autores



C.I. N° 17.602.829
e-mail: marijodel29@gmail.com

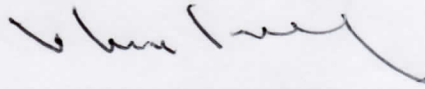
Nota: En caso de no autorizarse la Escuela o Comisión de Estudios de Postgrado, publicará: la referencia bibliográfica, tabla de contenido (índice) y un resumen descriptivo, palabras clave y se indicará que el autor decidió no autorizar el acceso al documento a texto completo.

La cesión de derechos de difusión electrónica, no es cesión de los derechos de autor, porque este es
intransferible



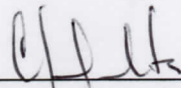
Clarisel Oropeza

Tutor



Víctor Hugo Jaimes

Director de Curso de Postgrado



Clarisel Oropeza

Coordinadora de Curso de Postgrado

AGRADECIMIENTOS

A nuestros compañeros, por prestar tan valiosa colaboración para la realización de este proyecto.

A la Dra. Clarisel Oropeza, nuestra tutora, quien con su paciencia y dedicación permitió guiar este proyecto hacia su exitosa culminación.

A la Lic. Julia, y al personal que labora en la consulta externa del Hospital General “Dr. Miguel Pérez Carreño”, por prestar su valiosa colaboración en el desarrollo del presente trabajo de investigación.

A laboratorios Abbott, por facilitarnos el método IMFeD modificado, para la ejecución de este proyecto.

A nuestros niños, ya que son nuestra principal inspiración al realizar esta investigación.

INDICE DE CONTENIDO

RESUMEN	1
INTRODUCCION	3
METODOS	50
RESULTADOS	55
DISCUSION	58
REFERENCIAS	64
ANEXOS	68

TRASTORNOS DE LA ALIMENTACION EN LACTANTES Y PRE-ESCOLARES.

Lady Diana Colmenarez Montesinos, CI. 18.432.046. Sexo: Femenino, E-mail: ladycolmenarez@gmail.com Telef.: 0424-6835754/ 04169233615. Dirección: Hospital Dr. Miguel Pérez Carreño. Especialización en Pediatría y Puericultura.

Maria Jose Delgado Alvarado, CI. 17.602.829. Sexo: Femenino, E-mail: marijodel29@gmail.com Telef.: 0414-4527976/ 04166464804. Dirección: Hospital Dr. Miguel Pérez Carreño. Especialización en Pediatría y Puericultura.

Tutor: Clarisel Oropeza Amarista, CI. 12.688.678. .Sexo: Femenino, E-mail: pequi_oropeza@hotmail.com. Teléf. 0414-3372963. Dirección: Hospital Dr. Miguel Pérez Carreño. Peditra Puericultor.

RESUMEN

La buena alimentación y el estado nutricional adecuado deben ser entendidos integralmente y ligados a los estilos de vida, culturas, interacción entre cuidadores e hijos; la alteración de una de las partes afecta a las otras, ocasionando dificultades alimentarias. Un aspecto de trascendental importancia en el estado nutricional es la ingesta y las conductas alimentarias, los cuales se ven influenciados por el ambiente donde el niño se desarrolla. **Objetivo:** Identificar la incidencia de trastornos de alimentación en lactantes y pre-escolares de 1 mes a 6 años de edad que acuden a consulta externa del Hospital Dr. Miguel Perez Carreño. **Método:** El estudio es descriptivo de 9 meses de duración, prospectivo de corte transversal. Utilizando como población y muestra lactantes y preescolares con edades comprendidas entre 1 mes y 6 años de edad en el periodo comprendido entre octubre 2015 a Junio 2016. **Resultados:** En nuestro trabajo se evaluaron 103 pacientes, de los cuales 63 de ellos presentaron algún trastorno de alimentación, siendo más frecuente la aversión sensorial con un total de 23 pacientes de la muestra estudiada. **Conclusión:** Hubo relación estadística significativa entre el trastorno de alimentación y el estado nutricional de la muestra analizada.

Palabras claves: conductas, nutrición, infancia, alimentación, desnutrición.

EATING DISORDERS IN INFANTS AND PRE-SCHOOL

ABSTRACT

Good nutrition and adequate nutritional status must be fully understood and linked to lifestyles, cultures, interaction between caregivers and children; alteration of one party affects the other, causing food difficulties. One aspect of vital importance in the nutritional status is the intake and eating behaviors, which are influenced by the environment in which the child develops.

Objective: To identify the incidence of eating disorders in infants and pre-school aged 1 month to 6 years old who attend outpatient Dr. Miguel Perez Carreño Hospital. **Method:** The study is descriptive of 9-month prospective cross section. Using as population and infants shows and preschool aged between 1 month and 6 years old in the period from October 2015 to June 2016.

Results: In our study, 103 patients were evaluated, of which 63 of them showed some disorder food, being more frequent sensory aversion with a total of 23 patients in the study sample.

Conclusion: There was significant statistical relationship between eating disorders and nutritional status of the analyzed sample.

Keywords: behavior, nutrition, children, food, malnutrition.

INTRODUCCIÓN

Una de las características fundamentales del ser humano, es el proceso evolutivo constante, desde la vida intrauterina hasta alcanzar la adultez. Esto se logra, gracias al paso obligado por las diferentes etapas del crecimiento y desarrollo con las características propias de cada una de ellas.

La especie humana, constituye dentro de todas las especies, la más indefensa y dependiente. El niño, por su parte, durante un largo periodo de tiempo necesita de un tercero que vele por su cuidado. La alimentación no escapa de ello, y el niño desde su vida intrauterina requiere de la alimentación materna para obtener sus nutrientes y posteriormente en el momento del nacimiento debe ser capaz de sentir señales hambre y saciedad y enviarlas a un tercero o cuidador (madre) para poder ser alimentado.⁽¹⁾

Cuando estas señales se producen de manera incorrecta en el niño o no son adecuadamente captadas por el cuidador, bien sea por déficit o por exceso, la alimentación desde los primeros días de vida, comienza a convertirse en una batalla campal y desde entonces inician los trastornos en la alimentación.⁽¹⁾

Los múltiples aspectos relacionados con los trastornos de alimentación están fuertemente moldeados por el aprendizaje y las experiencias tempranas del niño. Durante los primeros años de vida padres e hijos comparten el control de la alimentación y es el periodo en el desarrollo del niño en que la ingestión de los alimentos responde a un estado fisiológico de depleción: el hambre. La transición de la succión a la alimentación sólida requiere notables cambios en la conducta alimentaria de los primeros años de vida. Los lactantes presentan a menudo neofobia (temor a lo nuevo) rechazando alimentos no conocidos, coincidente con la incorporación de alimentos diferentes a la leche. Solo la preferencia por el sabor dulce y el rechazo del gusto amargo tendrían una base genética y no aprendida, pero otras preferencias y rechazos dependen de las experiencias iniciales de ellos. Lo más frecuente es que los problemas de alimentación comiencen en el primer año de vida, pero puede ser tan precoz como desde el nacimiento, los

cuales posteriormente se asocian a retraso del crecimiento. Se manifiestan como rechazo al alimento, cólicos y vómitos, pudiendo permanecer hasta la infancia tardía.⁽²⁾

Desde el nacimiento hasta el primer año de vida del niño, son meses de vital importancia para su crecimiento tanto físico como intelectual, siendo trascendental que el mismo consuma la cantidad necesaria de nutrientes que cubran sus requerimientos diarios para de esta manera garantizar un buen estado nutricional que contribuya a un óptimo desarrollo físico y mental.⁽²⁾

Se debe tener en cuenta que los patrones alimentarios están estrechamente influenciados por una serie de factores, desde la herencia y la tradición, el grado de desarrollo tecnológico, social y económico de la comunidad en la que vive el niño, la educación alimentaria, los medios de comunicación y la publicidad, los que indiscutiblemente juegan un papel muy importante en la formación de las practicas alimentarias.⁽³⁾

Los adultos por su parte, son los encargados de alimentar y enseñar a los menores las practicas relacionadas con la alimentación correcta, siendo la madre en particular y los cuidadores en general, quienes determinan las conductas que más tarde adoptará el niño, así, los adultos son responsables de facilitar o limitar este proceso.⁽³⁾

Los cuidadores a su vez, han aprendido de diferentes grupos, principalmente el familiar, las maneras de atender a sus hijos, por lo que reproducen las practicas predominantes en su entorno más cercano, las cuales al transmitirse culturalmente, dependen de las creencias, conocimientos, valores, costumbres familiares y que a su vez son permeadas por el contexto en el que se desarrollan las actividades relacionadas con el consumo de alimentos. En relación a esto, las características particulares de cada infante, ya sean género, edad, condición de salud, también contribuirán a determinar dichas prácticas alimentarias.⁽³⁾

En el caso de los abuelos como cuidadores, estos no cumplen con la función de educar sino de consentir. Los tíos, hermanos u otros no imparten similares normas de convivencia como lo hacen con sus padres creando de esta manera confusión en los niños y niñas.

La desnutrición por su parte, constituye una enfermedad que afecta gran porcentaje de la población infantil a nivel mundial causando a larga data un elevado índice de morbimortalidad

así como retardo en el crecimiento y desarrollo y deterioro intelectual, siendo de origen primario o secundario y el riesgo de padecerla se encuentra asociado en gran medida a la práctica de hábitos y conductas alimentarias inadecuadas. Esto se ha evidenciado en múltiples estudios tanto nacionales como internacionales, en los cuales se ha encontrado su relación con factores de riesgo como: ausencia de lactancia materna, destete precoz, preparación incorrecta de fórmulas infantiles, inicio de alimentación complementaria temprana e inadecuada y conductas alimentarias inapropiadas. Todas estas investigaciones, parten de la idea de que los hábitos y conductas no adecuadas han llevado a estos niños en mayor o menor intensidad a un déficit o exceso de su estado nutricional.⁽⁴⁾

Hace apenas dos o tres décadas los trastornos de la alimentación eran prácticamente desconocidos para la mayoría de los médicos pediatras e incluso para muchos psiquiatras, de tal forma que su diagnóstico constituía un gran reto. Por el contrario, hoy día los trastornos de la alimentación han llegado a ser un grave problema sanitario, en primer lugar por su prevalencia creciente siendo los trastornos como pica, rumiación y de la ingesta alimentaria una de las más importantes ya que muchas veces adoptan formas clínicas que en ocasiones conducen a errores en el diagnóstico.

Por otra parte, su tratamiento, debe ser de manejo multidisciplinario, pediatras, psicólogos, psiquiatras, nutricionistas, trabajadores sociales.

Los trastornos alimentarios pueden desarrollarse a través de la combinación de condiciones psicológicas, interpersonales y sociales. Sentimientos inadecuados, depresión, ansiedad, soledad, así como problemas familiares y de relaciones personales pueden contribuir al desarrollo de estos trastornos.

Planteamiento y delimitación del problema

Los trastornos de alimentación en lactantes y preescolares constituyen un motivo frecuente de consulta en pediatría y nutrición infantil. Descartar causas orgánicas, sobre todo cuando existe compromiso nutricional es de fundamental importancia. Muchos factores involucrados tanto ambientales como nutricionales son susceptibles a ser modificados, curiosamente muchos de

ellos se relacionan directamente con la capacidad de percepción de las sensaciones de hambre y saciedad que el individuo desarrollara desde niño.

Existe además un gran grupo de pacientes, que a pesar de no tener patologías orgánicas presentan igualmente trastornos de la alimentación siendo en muchas ocasiones mal diagnosticados y por ende no tratados.

La posibilidad de realizar la intervención oportuna y de establecer pautas de mejoría o de prevención es de importancia capital.

Aunque la literatura moderna no refiere el bajo peso , la malnutrición o la existencia de complicaciones físicas como factores asociados a las complicaciones de los trastornos de la alimentación, se cree que ello se debe principalmente a una separación entre los factores físicos, psicológicos y conductuales, dando la impresión de que diferentes autores han expuesto las dificultades que hay para correlacionar el diagnóstico con los grados de malnutrición clínica, ya que estudios anteriores están hechos en poblaciones ambulatorias con pacientes que no se encuentran en el momento de la evaluación en situación física crítica y a los cuales no se les da seguimiento a lo largo del tiempo, lo cual abre paso al problema a la hora de interpretar en ese contexto el valor del establecimiento de una terapéutica oportuna.

Se cree independientemente de las fuentes bibliográficas recogidas, que un análisis detallado y de la identificación precoz de los casos que permita discernir y clasificar los mismos podrían lograr la remisión de los trastornos una vez aplicado el tratamiento adecuado.

En la práctica pediátrica, hablar de trastornos alimentarios involucra una serie de condiciones derivadas de conductas inadecuadas que generalmente compromete a los niños que requieren de un tercero para ser alimentados, y generalmente existe un conflicto en la relación con los padres y/o cuidadores que intervienen en la alimentación.

Se estima que estos trastornos en los niños son frecuentes en todo el mundo siendo mayor en niños con problemas familiares y están asociados con alteraciones del desarrollo. Hay reglas

fundamentales para la problemática en la alimentación tomando en cuenta que el primer año de vida es una época trascendental en la base de las conductas alimentarias en los niños y que generalmente pasa por alto en el personal de salud, teniendo luego que tratar algo que hubiese podido prevenirse con antelación ,es por ello que surge la interrogante ¿Cuál es la incidencia de los trastornos de alimentación en los niños que acuden a la consulta externa del Hospital “Dr. Miguel Pérez Carreño”?

Justificación

El desarrollo de la conducta alimentaria es un proceso complejo en el que participan componentes fisiológicos de regulación de la ingesta alimentaria, del crecimiento y peso corporal, componentes psicológicos del niño, de los padres y de la familia y además componentes culturales y sociales.

Son frecuentes sus alteraciones en los primeros años de vida, las que se pueden traducir en un retraso del crecimiento, aversiones alimentarias y dificultades secundarias en la convivencia familiar.

El manejo de estas alteraciones debiera estar basado principalmente en una educación preventiva a la madre, en los primeros años de vida con la modificación conductual del ambiente familiar (madre, hijo o cuidador) y sólo secundariamente considerar el manejo farmacológico.

La importancia y relevancia sanitaria de los trastornos de la alimentación, han ido en aumento en el último decenio. En los últimos 15 años el número de pacientes se ha multiplicado, estimándose que un 6 % padezca variantes clínicas importantes de esta patología. La ansiedad de los padres, la sobreprotección de los abuelos, la falta de conocimiento en la nutrición infantil por parte de los cuidadores e inclusive la influencia de la publicidad hace que los niños y niñas adquieran conductas alimentarias que no son apropiadas. Es por ello entonces, que en la búsqueda de combatir el mal estado de nutrición infantil de manera integral se debe identificar los factores socioeconómicos, ambientales, psicosociales y culturales que provocan este tipo de

trastornos, y un correcto proceso de esta búsqueda es considerar a los niños y niñas con dificultades alimentarias.

Es habitual la preocupación de los padres por qué "el niño no quiere comer", constituyendo uno de los principales motivos de consulta en la atención de niños sanos, sin embargo la mayoría de los pediatras en el país no tenemos dentro del contenido programático de nuestra formación académica, un enfoque exhaustivo del tema de trastornos de la alimentación, que no solo incluya patologías orgánicas que expliquen la falta de apetito del paciente sino que también permita identificar aquellos niños por demás sanos, pero sin deseos de comer.

La presente investigación permite pasar de una evaluación antropométrica a una visión integral del estado nutricional de los niños y niñas dando un enfoque amplio de salud y de bienestar tanto social, cultural como psico - emocional como lo plantea la Organización Mundial de la Salud. Con dichos resultados existirán datos orientadores en la planificación de programas nutricionales y de abordaje de familias para promover prácticas de vida saludable en la población, así como también el grupo etario de mayor incidencia que acude a nuestro centro asistencial y que de alguna u otra forma requirieron intervención médica.

Es por ello que surge la iniciativa de investigar la incidencia de los trastornos de la alimentación en infantes que acuden a la consulta de control de niños sanos para iniciar una línea de investigación en tan importante tema, aún poco estudiado en pediatría.

Antecedentes

La vida saludable de los niños está sustentada en un buen estado nutricional determinado por un buen desarrollo y crecimiento armónico del niño, sin embargo según el "Estado mundial de la infancia 2007" de UNICEF, uno de cada cuatro niños y niñas alrededor de 146 millones que representa el 27% de la población en menores de cinco años, tiene un estado de malnutrición. El estado nutricional óptimo se logra cuando los niños y niñas tienen acceso a una alimentación asequible, variada y rica en nutrientes, a unas prácticas adecuadas de atención materna e infantil, a unos servicios de salud apropiados y a un entorno saludable de agua potable que incluya el saneamiento y unas buenas prácticas de higiene. Estos factores inciden directamente en la

ingesta de nutrientes y en la presencia de enfermedades. La interacción entre la desnutrición y la infección genera un ciclo potencialmente letal de empeoramiento de las enfermedades y deterioro del estado nutricional.

Shephert y Ong (1987) describieron que se observan con frecuencia problemas de la alimentación y angustia maternal en lactantes con reflujo gastroesofágico. Las dificultades alimentarias y la disfagia se observaron en 44% de los lactantes con reflujo gastroesofágico que estudiaron. Además el llanto excesivo, la irritabilidad y los trastornos del sueño fueron los síntomas más comunes. ⁽⁵⁾

Berenson-Howard y Starr (1995) en un estudio prospectivo controlado en lactantes con trastorno de alimentación asignaron aleatoriamente a una clínica multidisciplinaria de alimentación y nutrición o una intervención domiciliaria por visitadores capacitados no profesionales. Aunque los niños en ambos tipos de intervención mejoraron su curva de crecimiento las madres en la intervención domiciliaria crearon un ambiente hogareño más centrado en los niños. ⁽⁵⁾

Dahl y colaboradores (1997) en un estudio longitudinal de 700 niños se demostró que el rechazo de los alimentos relacionado con el retraso de crecimiento a los 10 meses de edad suele persistir con el tiempo y que 70% de esos niños continuaban teniendo problemas de alimentación el hogar y en la escuela a los 7 años. ⁽⁵⁾

En otro estudio Waugh and Bulik(1999) realizó un diseño de casos y controles con 10 mujeres que padecían o habían padecido un trastorno del comportamiento alimentario y 10 que no lo padecían, con sus respectivos hijos entre las edades de 12 y 48 meses. Los autores aportan observaciones interesantes, como la importancia del factor genético en la transmisión de la patología; también, resaltan que el crecimiento intrauterino fetal se encontró afectado en las mujeres con trastorno del comportamiento alimentario y que esos menores presentaban tallas más pequeñas y peso al nacer que los menores del grupo control. Además, las madres con trastorno del comportamiento alimentario presentaban mayor dificultad para alimentar a sus hijos con pecho y realizaban comentarios poco positivos en relación con la comida durante el momento de la alimentación, que las mujeres del grupo control. ⁽⁶⁾

Agras et al. (1999) observaron que las madres con sobrepeso desarrollan una preocupación por el peso que se refleja en comportamientos de no comer en sus hijos. El manejo de la delgadez de la madre, como también el índice de masa corporal del infante, predice la emergencia de comidas excesivas durante los primeros cinco años de vida. Posteriormente Agras S, Hammer L y McNicholas F, estudiando la misma cohorte, encontraron que los infantes de madres con trastornos de alimentación al recibir la lactancia materna chupaban más rápido y se destetaron nueve meses más tarde que los hijos de mujeres que no padecían el trastorno. Además, notaron que dichas madres alimentaban a sus hijos en horarios menos regulares, usaban alimentos poco nutritivos y demostraron una gran preocupación por el peso de sus hijas a partir de los dos años de edad, al compararlas con las que no padecían el trastorno. También, en las hijas de las madres con la patología, observaron afectos más negativos que en las hijas de quienes no presentaban ni habían presentado un trastorno del comportamiento alimentario.⁽⁷⁾

Pine y Walsh (2001) siguieron una corte de 800 niños durante un intervalo de 17 años desde la primera infancia hasta la edad adulta, identificaron los conflictos en la alimentación, la lucha con los alimentos y las situaciones desagradables a la hora de comer en la primera infancia como factores de riesgo de trastornos de la alimentación.⁽¹⁾

Osorio J y col. (2002) estudiaron el desarrollo de la conducta alimentaria en la infancia y sus alteraciones, donde evidenciaron que los trastornos de conducta alimentaria se establecen habitualmente en etapas muy precoces de la infancia, sin que sean percibidos como tales por los padres o el equipo de salud; generalmente empiezan a considerarlo como un trastorno cuando se asocia a un retraso del crecimiento. También encontraron en este trabajo que los niños con fallas de crecimiento, tenían trastornos de apetito, asociándose con un compromiso nutricional leve y que muchos niños mejoran con intervenciones dietéticas.⁽⁸⁾

Bounds y Ziegler (2002) se realizó un seguimiento de niños entre 2 y 3 años que participaron hasta los 8 años de edad, se determinó que el número de alimentos que les gustaban a los 8 años de edad se podía predecir en función del número de alimentos que aceptaban a los 4 años de edad. Los niños tenían más probabilidades de aceptar alimentos que probaban por primera vez entre los 2 y 4 años que durante la edad escolar.⁽¹⁾

Chatoor y Doussard-Roosevelt (2004) un estudio piloto se encontró un aumento de la actividad fisiológica y una disminución de la capacidad para modular la reactividad fisiológica en los niños de 1 a 3 años con anorexia infantil por comparación con el grupo control de niños con alimentación sana. Este estudio se basó en la observación clínica de que los niños con anorexia infantil parecen pasar periodos prolongados sin dar señales que sienten hambre y de que los padres normalmente necesitan motivarlos para que se alimenten porque piensan que sus hijos no conocen la sensación de hambre. Al mismo tiempo estos niños están muy ocupados y se están moviendo constantemente. Tienen inconvenientes en interrumpir el juego para comer y parecen buscar la estimulación cognoscitiva y encontrar distracciones cuando están sentados en lugar de relajarse y comer. ⁽¹⁾

Carruth, Gordon y Barr (2004) sobre la prevalencia de la actividad alimentaria en una muestra aleatoria de más de 3000 lactantes y niños de 1 a 3 años en los EE.UU. se entrevistó vía telefónica a sus padres para preguntarles si consideraban que su hijo era muy selectivo, un tanto selectivo o no selectivo para comer. Luego se combinaron los datos sobre los niños descritos por sus padres como “muy selectivos” y “algo selectivos” para comer a fin de integrar un solo conjunto de datos sobre los niños “selectivos” para comer. Los autores encontraron que la prevalencia de los niños selectivos para comer aumento uniformemente para ambos sexos entre los 4 y 24 meses de edad, oscilando entre 17% y 47% para el sexo masculino y entre 23% y 54% para el sexo femenino. Informaron que los grupos de 7 a 8 meses y de 9 a 11 meses de edad tuvieron 17 diferencias estadísticamente significativas en el aporte energético y nutricional en la categoría de selectivo para comer, mientras que los aportes para todos los demás grupos por edad tuvieron solo 6 diferencias de significación estadística. ⁽¹⁾

El estudio realizado por la Universidad de Chile (2006) evaluó prospectivamente una muestra de 67 lactantes de 4 a 24 meses de edad, los cuales se seleccionaron con la colaboración de médicos generales y pediatras no especializados en nutrición, de centros del sistema público de Salud y de consultas médicas o clínicas pediátricas privadas en zonas urbanas, el grupo estudio incluyó a 34 niños/as cuyos padres o cuidadores consultaron espontáneamente por uno o más signos de alteraciones de la conducta alimentaria, de acuerdo con el DSM-V: arroja la comida, cierra la boca al alimentarlo, presenta vómitos con la alimentación, no se come todo lo ofrecido,

demora más de 30 minutos en las alimentaciones sólidas; además con una evolución igual o mayor a 1 mes y sin patología orgánica conocida. Del total, 12 (35,3 %) fueron varones y 22 (64,7 %) niñas. Algunos niños/as presentaron más de un signo sugerente de trastorno de conducta alimentaria. En ambos estratos socioeconómicos, los trastornos más frecuentemente referidos por las madres fueron: que el niño/a “cierra la boca” cuando se lo alimenta (59%) y “no se come todo lo ofrecido” (53%), especialmente en el grupo estrato socioeconómico medio o alto. Los alimentos más rechazados en ambos estratos socioeconómicos, fueron la alimentación láctea artificial y los alimentos salados, pero un porcentaje importante de lactantes del estrato socioeconómico bajo según sus madres rechazaba cualquier tipo de alimento (44,4%).⁽⁹⁾

Zwart y colegas (2007) de 104 lactantes admitidos al hospital por cólico persistente revelo que el 71% de los lactantes tenían problemas de alimentación, como ingestión insuficiente de alimentos, regurgitación y vómitos. Sólo en 2 lactantes se encontró un posible reflujo gastroesofágico, en tanto que en los demás no se encontraron problemas médicos que explicaran su conducta de llanto y las dificultades para la alimentación. Sin embargo los autores encontraron que la proporción de embarazos complicados por preeclampsia, trabajo de parto prematuro, parto con fórceps o indicio de sufrimiento fetal eran considerablemente más altos en el grupo de lactantes con cólico. La hipótesis de estos autores era que las complicaciones del embarazo y el parto pueden predisponer a los padres a reaccionar de inmediato a la conducta de llanto de sus hijos.⁽¹⁾

Lucarelli y Ammaniti (2007) en Roma, un estudio longitudinal de la anorexia infantil se siguió a niños que fueron diagnosticados inicialmente entre los 6 meses y 3 años de edad. Los niños fueron reevaluados cuando tenían entre 4 y 6 años y una vez más entre los 7 y 8 años. Si bien mejoro su situación nutricional, entre los 4 y 6 años 46% continuaba manifestando un grado de desnutrición leve, 22% moderado y 13% grave. Únicamente 21% de los niños había normalizado su peso. Un alto número siguió sufriendo problemas de alimentación permanentes, consumiendo alimentos de manera excesivamente lenta y evitando alimentos nuevos.⁽¹⁾

CANIA (2012) (Centro de Atención nutricional infantil Antimano), realizó estudio de la situación alimentaria y nutricional en la parroquia Antimano consistente en la descripción, en un tiempo determinado, de la condición demográfica, socioeconómica, alimentaria, nutricional y psicológica de los hogares y sus miembros, ubicados en 23 zonas de la parroquia del área Metropolitana de Caracas. Un 34,7 % de los niños no presentaron alteraciones de la conducta. Sin embargo, la alteración más frecuente fue la de los trastornos de la conducta alimentaria (25,3 %), seguido por los problemas de la relación paterno filial (13,1 %). ⁽¹⁰⁾

Marco Teórico

Los manuales diagnósticos utilizados por los profesionales, el Manual Estadístico y Diagnóstico de los Trastornos Mentales (DSM-V) y la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10), incluyen una categoría para los trastornos de la ingestión alimentaria en la infancia y la niñez. Así en el DSM-V este diagnóstico es parte de la categoría de los Trastornos de la Ingestión y de la Conducta Alimentaria en la Infancia o la Niñez donde se encuentran los trastornos de pica, rumiación y de ingesta alimentaria ⁽²⁰⁾. En el CIE-10, este diagnóstico es parte de “Otros trastornos emocionales y del comportamiento que aparecen habitualmente en la niñez y en la adolescencia”. Ambos manuales establecen el criterio sobre la base de la existencia de un fallo persistente para la ingestión de alimentos con dificultades significativas para ganar peso siempre y cuando no esté asociado a problemas médicos o trastornos mentales y clasifican estos problemas en categorías y apartados claramente separados de los TCA. Sin embargo, ninguno de estos manuales especifica cuál ha de ser la severidad de los síntomas para llegar a este diagnóstico. ⁽²⁻²⁷⁾

En 1994 el Manual Diagnóstico y Estadístico de Enfermedades Mentales (DSM-IV) introdujo el término: "Trastornos de la alimentación", definiéndolo como un disturbio para alimentarse manifestado por una persistente dificultad para comer adecuadamente, asociado a dificultad para ganar peso o la pérdida de peso significativa por al menos un mes, que se inicia antes de los 6 años de edad. ⁽¹¹⁾

Son diversas las manifestaciones que se presenta por lo general en la infancia y en la niñez, suelen implicar un rechazo a la alimentación y representar variaciones extremadamente caprichosas de lo que es conducta alimentaria normal, que se llevan a cabo en presencia de la

persona (de suficiente competencia) que cuida al niño. Además hay ausencia de enfermedad orgánica. ⁽¹²⁾

La lactancia materna exclusiva debe ofrecerse desde el nacimiento hasta los seis meses de edad, introducir los alimentos complementarios a partir de ese momento y continuar con la lactancia. El crecimiento del niño no mejora con la introducción de alimentos complementarios antes de los 6 meses, aun en condiciones óptimas, porque tienden a desplazar a la lactancia materna ⁽¹³⁾. Además, la introducción temprana, antes de los 6 meses de vida aumenta el riesgo de alergias alimentarias y el eccema durante los primeros años de vida ⁽¹⁴⁾

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) emitió un documento basado en varias consultas técnicas y documentos sobre alimentación complementaria (OMS/UNICEF), el mismo cuenta con 10 principios que pretenden ser una guía general que se pueda adaptar a las practicas alimentarias y a las condiciones locales, que denominaron “Principios de Orientación sobre Alimentación Complementaria” para niños a término, sin desnutrición, ni enfermedades graves. ⁽¹⁵⁾

A partir de los 6 meses de edad se incrementan las necesidades energéticas del niño y la maduración del sistema nervioso central lo cual le permite adquirir nuevas destrezas psicomotoras. De esta manera, el lactante ha alcanzado la madurez fisiológica y neurológica que le permite la incorporación de nuevos alimentos, consistencias y además, nuevos utensilios a la hora de alimentarse ⁽¹⁶⁻¹⁷⁾.

Desde la etapa del amamantamiento hasta la incorporación total a la mesa familiar y de acuerdo con su desarrollo psicomotor, el niño debe ser beneficiado por los estímulos externos para que adquiera los hábitos y destrezas necesarias para una buena alimentación ya que la incorporación tardía dificulta el proceso de aprendizaje de los hábitos alimentarios ⁽¹⁶⁻¹⁷⁾.

Se recomienda introducir los alimentos culturalmente aceptados y disponibles. La Academia Americana de Pediatría (AAP) recomienda iniciar con tubérculos y carnes, administrados en sopas y cremas; frutas en forma de purés o jugos ofrecidos con cucharillas y taza. Se debe iniciar

con frutas no cítricas en cantidad no mayor de seis onzas por día, sin azúcares ni edulcorantes agregados ya que el consumo excesivo de jugos de fruta origina alteraciones nutricionales y diarreas ⁽¹⁸⁾.

Las siguientes frutas: naranja, mandarina, piña, fresa, limón, guayaba, mora y parchita no deben administrarse en este periodo; las mismas deben introducirse a partir del primer año de vida. ⁽¹⁹⁻²⁰⁾

Los cereales sin gluten (arroz y maíz) se introducen a partir de los seis meses de edad, y aquellos con gluten (trigo, avena, cebada y centeno). A partir de los siete meses, excepto en aquellos niños con antecedentes familiares de alergia al gluten, a quienes se recomienda introducir a los 9 meses ⁽²⁰⁻²¹⁾.

Las leguminosas en puré, coladas o trituradas, se pueden iniciar a partir de los siete u ocho meses de edad⁽²²⁾.

Los vegetales verdes pueden agregarse a la dieta del niño en la preparación de los alimentos a partir del séptimo mes de vida ⁽²²⁾.

No hay evidencia que valide la necesidad de restringir alimentos con potencial alergénico, tales como huevos, pescado, mariscos, cerdo y frutos secos durante el primer año de vida en niños sanos o en los que tengan antecedentes familiares de alergias; por el contrario, su restricción puede relacionarse con deficiencia de algunos nutrientes, especialmente, de algunos ácidos grasos de cadena larga, por lo que, se recomienda la introducción de estos alimentos a los 9 meses de vida, excepto en pacientes con alergia demostrada ⁽¹⁸⁾.

Entre un 25 y un 40 % de lactantes y niños pequeños tienen problemas de alimentación, tales como alimentación lenta, negación al comer, regurgitación y vómitos. ⁽²³⁾

Debe realizarse una historia dietética detallada con la ayuda de un nutricionista para determinar la calidad y cantidad de alimento ingerido para documentar déficit en calorías, vitaminas y

elementos traza, así como las aversiones a los alimentos. Debe investigarse la interacción padre-niño durante la alimentación: las interacciones positivas tales como el contacto visual, la vocalización, alabanza y caricias, así como las interacciones negativas tales como la alimentación forzada, el engaño, los gritos, la amenaza y el comportamiento de rechazo de los niños.⁽²³⁾

Los alimentos nuevos se deben introducir solos y no durante enfermedades, tales como resfríos y diarrea; los padres deben perseverar y elaborar estrategias flexibles para presentar el nuevo alimento hasta que los niños comiencen a aceptarlo. Los niños aceptan más fácilmente un alimento nuevo si ven que sus padres lo comen.⁽²²⁾

Existen reglas para la alimentación del niño, las cuales facilitan la hora de comer, entre ellas se tiene la programación:

- Promedio de tiempo regulares, solamente bocados previstos y no más de 30 (treinta) minutos sin ofrecer nada entre las comidas excepto agua.
- El ambiente, debe ser neutral, sin permitir los juegos durante la hora de la comida y sin dar alimentos recompensa.
- El procedimiento debe basarse en porciones pequeñas, sólidos primero, luego líquidos y que se alimente por si solo en lo posible.
- Debe retirarse el alimento luego de 15 minutos si el niño juega sin comer, retirando el plato si el mismo es lanzado por el niño y limpiando la boca de éste si se termina la comida.⁽²³⁾

Pica

El trastorno de pica se define como la ingestión persistente de sustancias no nutritivas (tierra, desconchones de la pintura, etc.), puede aparecer como uno entre muchos síntomas de un trastorno psiquiátrico más amplio (como el autismo) o puede presentarse como un comportamiento psicopatológico relativamente aislado.

El trastorno es más frecuente en los niños con retraso mental, trastorno obsesivo-compulsivo y otros trastornos neuropsiquiátricos como por ejemplo: síndrome de Kleine-Levine, esquizofrenia. En general remite en la infancia pero puede continuar durante la adolescencia y la edad adulta. La geofagia (ingesta de tierra) se asocia con el embarazo y no se considera una conducta anómala en algunas culturas, como por ejemplo ciudades de África y en India. Los niños con pica suelen a tener más riesgo de intoxicación por plomo, anemia ferropénica, obstrucción, lesiones dentales y parasitosis. ⁽²⁶⁾

Se han descrito numerosas causas, pero ninguna se ha demostrado, varían desde las psicosociales hasta las físicas. Incluyen los déficits nutricionales, por ejemplo: de hierro, zinc, calcio; ámbitos socioeconómicos desfavorecidos, por ejemplo: pintura con plomo; malos tratos y desamparo, desorganización familiar por ejemplo: falta de supervisión; psicopatología, conductas aprendidas, trastorno bioquímico subyacente y factores culturales y familiares. ⁽²⁶⁾

El tratamiento en general, se basa en manejo médico y psicosocial combinado. Las secuelas relacionadas con el producto ingerido pueden requerir un tratamiento específico, por ejemplo: saturnismo, anemia ferropénica, parasitosis. La ingesta de cabello, suele requerir una intervención médica o quirúrgica por un bezoar gástrico.

En la formulación de una estrategia de intervención para este trastorno, son importantes la provisión de formación e información nutricional, los factores culturales, una valoración psicológica y las intervenciones culturales. ⁽²⁶⁾

Criterios Diagnósticos para Pica según DSM-V:

- Ingestión persistente de sustancias no nutritivas y no alimentarias durante un período de al menos 1 mes.
- La ingestión de sustancias no nutritivas y no alimentarias es inapropiada al grado de desarrollo del individuo.
- El comportamiento alimentario no forma parte de una práctica culturalmente aceptada o socialmente normativa.

- Si el comportamiento alimentario se produce en el contexto de otro trastorno mental, es suficientemente grave para justificar la atención clínica adicional.⁽²⁸⁾

Criterios Diagnósticos para la Pica según CIE-10:

- Ingestión persistente de sustancias no nutritivas, con una frecuencia de al menos dos veces por semana.
- Duración de al menos de un mes.
- Ausencia de otros trastornos psiquiátricos excepto retraso mental.
- La edad cronológica y mental debe ser al menos de dos años.
- El trastorno no puede ser un hábito culturalmente aceptado.⁽¹²⁾

Rumiación

El trastorno de rumiación o mericismo se define como la regurgitación y masticación repetida e interminable de los alimentos regurgitados dentro de la cavidad oral durante un período de, como mínimo un mes tras un período de funcionamiento normal.

La rumiación no se debe a una enfermedad gastrointestinal asociada u otras enfermedades generales, por ejemplo: reflujo gastroesofágico. No acontece exclusivamente durante el curso de la anorexia nerviosa o la bulimia nerviosa. La característica distintiva del mericismo o rumiación es la desnutrición, a veces grave, con la pérdida de peso o el retraso del crecimiento consiguientes. Si los síntomas acontecen en el contexto de un retraso mental o de un trastorno pervasivo del desarrollo, han de ser de la gravedad suficiente para justificar una atención médica independiente.^(28- 26)

Es un trastorno poco frecuente potencialmente letal; en algunos estudios publicados, se describe que fallece un 5-10% de los niños afectados. En niños por lo demás sanos, en general, este trastorno aparece en el primer año de vida, entre los 3 y los 6 meses. Es más frecuente en lactantes con retraso mental grave que en aquellos con un retraso leve a moderado.⁽²⁶⁾

Las causas propuestas del trastorno incluyen un problema de la relación con los cuidadores primarios, la ausencia de un entorno estimulante apropiado y una conducta aprendida, reforzada por sensaciones placenteras, la distracción de las emociones negativas y/o el refuerzo involuntario (atención) de los cuidadores primarios.

El diagnóstico diferencial incluye las anomalías congénitas del sistema gastrointestinal, la estenosis pilórica, el síndrome de Sandifer (movimientos distónicos paroxísticos asociados a reflujo gastroesofágico), la hipertensión intracraneal, los tumores diencefálicos, la insuficiencia adrenal y los errores congénitos del metabolismo.⁽²⁶⁾

El tratamiento se inicia con un análisis conductual para determinar si el trastorno sirve de autoestimulación o está motivado socialmente. La conducta puede iniciar como una autoestimulación pero, más tarde, se refuerza por la atención social que se le presta.

En general, el tratamiento se dirige a reforzar la corrección de la conducta alimentaria y a reducir a un mínimo la atención prestada a la rumiación. Las técnicas de condicionamiento aversivo (es decir, la supresión brusca de la atención positiva) son útiles cuando la salud del niño corre algún riesgo. El tratamiento satisfactorio requiere que en la intervención participen los cuidadores primarios. Estos necesitan consejos sobre una respuesta adaptada a la conducta del niño, al igual que sobre un cambio de cualquier respuesta inadaptada. En la actualidad, no se dispone de pruebas que respalden que estos trastornos responden a la psicofarmacología.⁽²⁶⁾

Criterios Diagnósticos para el Trastorno de Rumiación:

- Regurgitaciones repetidas de alimentos durante el periodo mínimo de un mes. Los alimentos regurgitados se pueden volver a masticar, a tragar o se escupen.
- La regurgitación repetida no se puede atribuir a una afección gastrointestinal asociada u otra afección médica. Por ejemplo: reflujo gastroesofágico, estenosis pilórica.

- El trastorno alimentario no se produce exclusivamente en el curso de anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, el trastorno de atracones o el trastorno de evitación/restricción de la ingestión de alimentos.
- Si los síntomas se producen en el contexto de otro trastorno mental, por ejemplo: discapacidad intelectual u otro trastorno neurológico, son suficientemente graves para justificar atención clínica adicional.

Por su parte, el CIE -10 Incluye este trastorno entre los de la ingestión alimentaria de la infancia.

Trastorno de evitación / restricción de la ingestión de alimentos

Bryant-Waugh y col., así como Kreipe y Palomaki, en excelentes revisiones que describen la clasificación DSM-V más reciente, concluyeron que los trastornos de la alimentación en la infancia temprana deben ser agrupados bajo el término genérico "Trastorno de ingesta de alimentos por evitación/restricción"

Trastorno alimentario o de la ingestión de alimentos (p. ej., falta de interés aparente por comer o alimentarse; evitación a causa de las características organolépticas de los alimentos; preocupación acerca de las consecuencias repulsivas de la acción de comer) que se pone de manifiesto por el fracaso persistente para cumplir las adecuadas necesidades nutritivas y/o energéticas asociadas a uno (o más) de los hechos siguientes: pérdida de peso significativa o fracaso para alcanzar el aumento de peso esperado o crecimiento escaso en los niños. Deficiencia nutritiva significativa dependencia de la alimentación enteral o de suplementos nutritivos por vía oral e interferencia importante en el funcionamiento psicosocial. ⁽²⁸⁾

Criterios para el diagnóstico de Trastorno de la Ingestión alimentaria de la infancia o la niñez:

- Alteración de la alimentación manifestada por una dificultad persistente para comer adecuadamente, con incapacidad significativa para aumentar de peso o con pérdidas significativas de peso durante 1 mes.

- La alteración no se debe a una enfermedad gastrointestinal ni a otra enfermedad médica asociada. Por ejemplo: enfermedad por reflujo gastroesofágico.
- El trastorno no se explica mejor por la presencia de otro trastorno mental o por la no disponibilidad de alimentos.
- Inicio anterior a los 6 años de edad.

Chatoor y Ganiban (2003) han sugerido una clasificación alternativa que se ajusta a la práctica clínica y que identifica diferentes subtipos de trastornos del rechazo a la comida⁽²⁷⁾:

1. **Apetito limitado:**

Dentro de este trastorno hay 4 subtipos totalmente diferentes, que son:

- Niño normal con apetito limitado no percibido:

El apetito parece limitado pero es proporcional a la estatura o las necesidades. El problema con estos niños es la ansiedad de sus padres que perciben su alimentación o su crecimiento como deficiente y adoptan métodos correctivos para los mismos, que muchas veces son mal guiados y tienen resultados negativos, afectando adversamente al niño. Por lo que en este grupo hay que brindar orientación a los padres y cuidadores para solucionar el problema.

- Niño vigoroso con poco interés en la comida

En este reglón se encuentran los niños con apetito mínimo, que se sacian con rapidez o que se distraen fácilmente con la comida. En ellos existe un trastorno que la Dra. Chatoor y col. han definido como Anorexia Infantil, donde aparece rechazo a la comida, generalmente durante las etapas de transición de la cuchara a la autoalimentación. Los niños se muestran activos, alertas, pero no se interesan por la comida; además de esto sus padres adoptan medidas correctivas que terminan por empeorar el problema. El tratamiento se basa en estimular el apetito, el hambre y en adoptar costumbres alimentarias estrictas en cuanto a horarios, cantidades, tiempos de duración, eliminar “piqueos” y minimizar distracciones al momento de comer, ya que si no se tratan oportunamente estos niños, evolucionaran a la cronicidad.

- Niño deprimido con poco interés en la comida

Estos niños tienen ausencia de respuesta emocional y una ruptura en la relación madre-hijo, donde muestran poco interés en la comida como parte de un retiro general, es muy común que presenten pérdida de peso y malnutrición. Puede deberse a problemas del entorno o socioeconómicos del niño. Se les conoce también con el nombre de “trastorno de reciprocidad”.

- Niño con poco apetito

Comprende aquellos niños con poco apetito que debido a una enfermedad, se vuelve inapetente. En este grupo, hay que identificar la causa y tratarla, además de tratar los problemas alimentarios que presenten.

2. Toma altamente selectiva:

Los niños se niegan a ingerir comida con sabores, texturas, apariencias, olores o sabores particulares. La alimentación selectiva puede limitar la obtención de nutrientes esenciales que se encuentren en el grupo alimenticio que estos niños rechazan, y además pueden carecer de habilidades al alimentarse solo de comidas suaves. Según Chatoor estas son “aversiones sensoriales a los alimentos” y pueden tener origen fisiológico demostrable. El tratamiento se basa en servir porciones pequeñas de nuevos alimentos y que se las exponga al niño lentamente.

3. El llanto interfiere con la alimentación (cólico):

Estos lactantes, presentan un llanto característico, que una vez comenzado, no pueden calmar cualquiera que sea su origen, el mismo interrumpe la alimentación y obliga a la madre a intentar forzar la ingesta, pensando que el hambre es el origen del llanto. El problema suele iniciar en las primeras etapas de vida en bebés aparentemente sanos. Para tratar el problema, es necesario que el lactante sea alimentado en un ambiente cómodo descartando también una causa orgánica.

4. Temor excesivo o irracional a la alimentación:

Los niños de esta categoría, tienden a resistirse a la alimentación llorando, arqueándose o negándose a abrir sus bocas. Por lo general hay antecedentes de experiencias orales negativas, por lo que se considera como niños con un “trastorno de alimentación postraumático”. Puede llegar a ser muy severo, inclusive llegan a presentar aversión a la alimentación y para tratarlos es necesario aliviar cualquier malestar e intentar alimentarlos cuando están semi-dormidos.

Para resolver el problema de la diferenciación de los diversos problemas de alimentación graves entre si y de dificultades transitorias que se relacionan con la alimentación, Chatoor, I (2007) ha elaborado un sistema de clasificación en el que se describe la fenomenología y se proporcionan criterios diagnósticos operacionales para seis subtipos de trastornos de la alimentación en lactantes y niños pequeños, siendo esta clasificación no exhaustiva, pero abarca los trastornos de la alimentación más comunes que guardan relación con síntomas conductuales.

I. Trastorno de la alimentación de la regulación de ciclos básicos:

Este trastorno comienza en el periodo postnatal cuando los lactantes necesitan hacer la transición de la alimentación continua por el cordón umbilical y un estado intrauterino de homeostasis a un nuevo ciclo homeostático con ritmos establecidos de sueño, vigilia, alimentación y eliminación, por lo que es preciso que se despierten y mantengan un estado de vigilia sosegada. Sin embargo, existen lactantes a los que se les dificulta regular sus ciclos básicos encontrándose muy irritables y no pudiéndose calmar solos para empezar alimentarse o es difícil despertarlos y se duermen durante las tomas.

Los síntomas de llanto excesivo y dificultad para alimentarse en lactantes pequeños con frecuencia se le denomina cólico infantil, sin embargo, en énfasis del cólico del lactante está en el llanto excesivo, que se define generalmente mediante la regla de los tres criterios de Wessel: el llanto dura tres horas al día o más, al menos tres días de la semana, al menos tres semanas. Los criterios que se definen a continuación se refieren a las dificultades en la alimentación de lactantes pequeños que batallan con la regulación de ciclos básicos y que algunos pensarían que padecen de cólico infantil.

La madre suele encontrarse estresada por la irritabilidad del lactante y sus dificultades para la alimentación pudiendo llegar a deprimirse o presentar un cuadro de psicopatología más grave.

Criterios Diagnósticos:

- A. Las dificultades de la alimentación del lactante comienzan en los primeros meses de vida y deben estar presentes durante al menos dos semanas.
- B. El lactante tiene dificultades para alcanzar y mantener un estado de calma con la atención necesaria para la alimentación; está demasiado somnoliento o agitado para comer.
- C. El lactante no gana peso suficiente para su edad o es posible que pierda peso.
- D. Las dificultades de alimentación del lactante no se pueden explicar por una enfermedad física.

Este trastorno, comienza en el periodo postnatal y se caracteriza por toma irregular y deficiente e ingestión insuficiente de alimento. Los lactantes con este tipo de trastorno presentan dificultades para regular los ciclos básicos, lo cual interfiere con su capacidad para alimentarse debidamente. Les resulta difícil alcanzar y sostener el estado de vigilia con la tranquilidad que se necesita para alimentarlos. Algunos son irritables y lloran excesivamente y no se pueden sosegar para comer, por su parte, otros tienen demasiado sueño y no se pueden despertar o permanecer alertas el tiempo suficiente para alimentarse adecuadamente existiendo ansiedad y tensión en la madre y una mala comunicación entre madre e hijo.

No se cuenta con datos empíricos acerca de la mejor manera de tratar a los lactantes con trastorno de la alimentación en la regulación de ciclos básicos, sin embargo, en el caso de lactantes que tienen mucho sueño para alimentarse y es difícil despertarlo, el masaje suave puede estimularlo y ayudar a mejorar la vigilia y facilitar la alimentación. Si por el contrario, el lactante se encuentra demasiado irritable e inquieto para alimentarse, se puede reducir la estimulación antes y durante la alimentación, llevándolo a un cuarto silencioso y envolviéndolo durante las tomas de esta manera ayudar a sosegar al lactante y promover una mejor alimentación.

II. Trastorno de la alimentación relacionado a la reciprocidad entre el cuidador y el lactante:

Este trastorno se caracteriza por la falta de interacción entre madre e hijo, que lleva al lactante a una ingestión inadecuada de alimento y un retraso del crecimiento. Los síntomas de este trastorno alimentario a menudo se denominan “retraso no orgánico del crecimiento” son lactantes que muestran declive en relación con un patrón de crecimiento previamente establecido y cuyo peso ha disminuido por debajo del percentil 3 para su edad de las gráficas de crecimiento.

Criterios Diagnósticos:

- A. Suele observarse en el primer año de vida, cuando el lactante presenta un cuadro con algunos problemas médicos agudos (por lo general una infección) en el consultorio del médico de atención primaria o sala de urgencias, y el médico observa que el lactante está desnutrido.
- B. El lactante muestra una falta de señales de reciprocidad social apropiadas para su desarrollo (contacto visual, sonrisa o balbuceo) con el cuidador primario durante la alimentación.
- C. El lactante muestra una deficiencia sustancial del crecimiento.
- D. El cuidador primario a menudo no es consciente o niega los problemas de la alimentación y del crecimiento del lactante.
- E. La deficiencia del crecimiento y la falta de capacidad para relacionarse no se deben únicamente a un trastorno físico o un trastorno generalizado del desarrollo.

Habiendo logrado cierta capacidad para la autorregulación, entre los 2 y los 6 meses de edad, el lactante adaptable es capaz de comunicarse con los cuidadores en una relación que se caracteriza por contacto visual mutuo, vocalizaciones recíprocas y acercamiento físico mutuo expresado por abrazos y mimos. Puesto que la mayor parte de las interacciones del lactante con su cuidador ocurren en torno a la alimentación, en esta etapa del desarrollo, la regulación de la ingestión de alimento está íntimamente ligada a la comunicación emocional del lactante con el cuidador. Si el lactante y su cuidador no interactúan debidamente, su alimentación y el crecimiento se verán afectados adversamente y el desarrollo emocional y cognoscitivo del lactante será deficiente.

Se ha postulado que la falta de cuidados afectivos y las comidas poco frecuentes producen en estos lactantes retraso del crecimiento y del desarrollo. Estudios demuestran que se ha encontrado correlatos significativos con la crianza aberrante de las madres durante su propia niñez y conflictos entre los progenitores de los lactantes. En síntesis, la mayor parte de los estudios indican que las madres han crecido en circunstancias difíciles sin el cariño y la seguridad que les permitían establecer relaciones sanas con los demás y proporcionarles a sus bebés el cariño que ellas nunca recibieron.

Este trastorno de la alimentación tiene que diferenciarse de las enfermedades orgánicas que causan la falta de aumento de peso y la debilidad del lactante. Sin embargo, madre e hijo suelen mostrar una mejor interacción entre ellos y el lactante estará más dispuesto a reaccionar al examinador.

III. Anorexia infantil:

Este trastorno se caracteriza por presentarse en niños entre 1 a 3 años de edad, en una lucha constante e intensa con sus padres por obtener autonomía y control en particular durante la alimentación, aunque a veces también durante el juego. A los padres les preocupa la ingestión deficiente de alimentos de estos niños y habían intentado ayudarlos a comer más de varias maneras. A este trastorno suele llamarse también “trastorno de separación” porque aparentemente se presentaba durante la etapa del desarrollo e individualización. En éste, llama la atención la inapetencia (anorexia) como el síntoma central, originado en la infancia y para diferenciarlo de la anorexia nerviosa, caracterizada por el temor de ser o tornarse obeso, cuyo inicio es más tardío, en la niñez, la adolescencia o la edad adulta.

Criterios diagnósticos:

- A. Este trastorno se caracteriza por el rechazo del lactante o niño pequeño a ingerir cantidades adecuadas de alimento durante al menos un mes.
- B. El rechazo del alimento comienza durante la transición a la alimentación con cuchara y la autoalimentación, por lo general entre los 6 meses y 3 años de edad.

- C. El lactante o niño pequeño no suele dar señales de que siente hambre, carece de interés en los alimentos y la alimentación y prefiere jugar, explorar o hablar a comer.
- D. El lactante o niño pequeño muestra un retraso grave del crecimiento (malnutrición aguda, crónica o ambas o el peso corporal del niño se desvía y se mantiene dentro de dos percentiles principales inferiores durante un periodo de 2 a 6 meses.
- E. El rechazo del alimento no se debe a un episodio traumático en la orofaringe o el tubo digestivo.
- F. El rechazo del alimento no se debe a una condición médica subyacente.

Los niños con este trastorno de la alimentación suelen ser enviados a una evaluación psiquiátrica debido al rechazo del alimento y el retraso del crecimiento. Analizando los antecedentes alimentarios de estos lactantes encontramos que algunas madres informan que, incluso durante los primeros meses de vida, los niños se distraían fácilmente con estímulos externos. Sin embargo, todos los padres describen la aparición de estas dificultades en la etapa de transición a la alimentación con cuchara y sin ayuda entre los 9 y 18 meses de edad. Los lactantes comen solo unos cuantos bocados y luego se rehúsan abrir la boca para alimentarse. Avientan la comida y los utensilios y con frecuencia intentan bajarse de la silla y corretear. Un gran número de padres describe a estos niños como juguetones, activos, curioso y encantadores, pero que casi nunca indican que tienen hambre y no están interesados en comer.

Inicialmente los lactantes no aumentan de peso adecuadamente. Después de varias semanas o meses de ingerir una cantidad insuficiente de alimentos, el crecimiento lineal se retrasa y se manifiesta la desnutrición crónica, caracterizada por la detención del aumento en estatura.

Se describe que uno de los progenitores o familiares cercanos del niño con anorexia infantil tuvo problemas similares de alimentación durante la infancia, si bien la gravedad fue diferente a la del problema que motivo la consulta del niño. La madre o el padre que tuvo problemas de alimentación similares durante la infancia suele admitir que cuando está ocupado se olvida de comer y que cuando hay estrés en su vida, no puede comer. Junto con los hallazgos de la activación fisiológica exacerbada en los niños con anorexia infantil, la hipótesis se basa en que dicha activación fisiológica exacerbada y la dificultad para regularla disminuyéndola en medio

de estimulación cognoscitiva o emocional, constituyendo una vulnerabilidad biológica en los lactantes con anorexia infantil. Sin embargo, esta hipótesis no está del todo aprobada.

El objetivo del tratamiento es facilitar la regulación interna del niño de la ingestión de alimento en función de las sensaciones de hambre y saciedad. El tratamiento se basa en el modelo transicional, el cual se compone de tres elementos que son objeto de intervención:

- Se ayuda a los padres a comprender el temperamento especial del niño, su alto nivel de activación y la dificultad que tiene para regularlo y disminuirlo, su dificultad para percibir las sensaciones fisiológicas del hambre y saciedad, su curiosidad y el deseo intenso de estimulación y atención de los padres.
- Se analizan los antecedentes de los padres en lo relacionado con la ingestión de alimento a fin de que se identifiquen con la dificultad del niño para percibir el hambre y se revisa la experiencia de los padres con sus propios progenitores durante el crecimiento para comprender mejor los problemas que puedan tener los padres para poner límites a las conductas provocadoras del niño que interfieren con la alimentación.
- Se suministra a los padres guías específicas para la alimentación sobre como estructurar los horarios de las comidas y se les enseña a utilizar el tiempo fuera para ayudar al niño a calmarse sin ayuda cuando no puede hacer lo que quiere.

IV. Aversiones sensoriales a los alimentos:

Las aversiones sensoriales a los alimentos han sido descritas por varios autores. Aquellos niños que padecen aversiones sensoriales a los alimentos se han denominado “comedores de picoteo, quisquillosos o melindrosos”, o bien niños “selectivos” o “exigentes” para comer. Algunos autores hacen referencia al rechazo a comer ciertos alimentos como “neofobia alimentaria”. Este trastorno se describe como aversiones sensoriales a los alimentos por que los niños sienten que ciertos alimentos son profundamente aversivos por su sabor, textura, temperatura u olor y, con frecuencia, también tienen otras dificultades sensoriales. Sus reacciones aversivas pueden

oscilar entre hacer muecas de asco o escupir la comida hasta tener náuseas o vomitar. Después de una reacción aversiva inicial, los niños habitualmente se rehúsan a seguir comiendo ese alimento específico y suelen negarse a probar otros alimentos que parecen recordarles los alimentos que desencadenaron las reacciones de aversión.

Según el análisis de artículos que realizaron Dovey, Staples, Ginson y Halford (2007) los niños “selectivos o mañosos” para comer suelen definirse como niños que consumen una variedad inadecuada de alimentos debido al rechazo de una cantidad importante de alimentos para ellos conocidos (así como desconocidos), mientras que la neofobia alimentaria es considerada, en general, como la renuencia a comer alimentos nuevos o el rechazo de alimentos nuevos. En la opinión de los autores, la neofobia alimentaria y la alimentación selectiva o mañosa son conceptos relacionados pero diferentes desde el punto de vista teórico y conductual. Consideraron a la neofobia como parte de la alimentación selectiva a o mañosa pero que no explicaba el perfil conductual completo del niño selectivo a la hora de comer.

Timimi, Douglas y Tsiftsopoulou (1997) describieron estudios de casos de niños “selectivos para comer” que tenían entre 4 y 14 años de edad. Definieron la selectividad alimentaria como un patrón conductual específico y persistente que consiste en la negativa a comer cualquier alimento fuera de una gama limitada de alimentos preferidos y describieron las conductas asociadas, como resistirse a intentar comer sin ayuda, hacer arcadas, escupir la comida, comportarse de formas tales que interrumpan las comidas, jugar con la comida a la hora de la comida, comer excesivamente despacio y tener dificultades para tragar o masticar. Estos autores, también observaron ansiedad acentuada, síntomas obsesivo-compulsivos (relacionados o no con los alimentos), y dificultades sociales y escolares frecuentes en estos niños. Su descripción de “selectivos” coincide con la de los niños con aversiones sensoriales a los alimentos.

Rydell, Dahl y Sundelin (1995) describieron a los niños mañosos para comer como niños que manifiestan selectividad, expresada por rechazo de los alimentos, consumo de cantidades escasas y falta de interés en la comida. Al igual que Marchi y Cohen (1990), combinaron la selectividad alimentaria con el consumo de cantidades escasas y la falta de interés en la comida, que son síntomas de anorexia infantil.

Criterios Diagnósticos:

- A. Este trastorno de la alimentación se caracteriza por el rechazo constante del lactante o niño de la ingestión de determinados alimentos que tiene sabores, texturas, temperaturas u olores concretos, durante al menos un mes.
- B. El inicio del cuadro de rechazo al alimento tiene lugar durante la introducción de un tipo nuevo o diferente de alimento que es aversivo para el niño. (Ej. El niño puede beber un tipo de leche, pero rechazar otro tipo con un sabor distinto; puede comer purés, pero rechazar las comidas para bebés grumosas o los alimentos sólidos que se tienen que masticar; puede comer alimentos crujientes, pero rechazar los purés).
- C. Las reacciones del niño a los alimentos aversivos van desde hacer muecas o escupir la comida hasta sentir náuseas y vomitar. Después de una reacción aversiva, el niño se rehúsa a seguir comiendo el alimento y, con frecuencia, generaliza y rechaza otros alimentos de color, aspecto u olor similar. Por consiguiente, el niño puede rechazar grupos completos de alimentos.
- D. El niño es renuente a probar alimentos nuevos desconocidos, pero como sin dificultad cuando se le ofrecen sus alimentos predilectos.
- E. Sin suplementación, el niño presenta deficiencias nutricionales específicas. (Ej. De vitaminas, hierro, zinc o proteínas), pero no suele manifestar retraso del crecimiento y puede incluso estar excedido de peso, o manifestar un retraso oral-motor y del lenguaje expresivo, o cuando el cuadro se inicia durante el periodo preescolar, el niño siente ansiedad a la hora de comer y evita situaciones sociales que implican la ingestión de alimentos.
- F. El rechazo del alimento no se debe a un episodio traumático en la orofaringe.
- G. El rechazo de la ingestión de alimentos específicos no está relacionado con alergias alimentarias ni con otras condiciones médicas.

Este trastorno de la alimentación puede convertirse en sintomático desde las primeras semanas de vida. Jacobi, Agras, Bryson y Hammer (2003) informaron acerca de un estudio prospectivo en niños que por información de sus padres y mediciones de laboratorio eran selectivos para comer, consumían menos de cierta variedad de alimentos y usualmente evitaban las verduras.

Los autores encontraron que los niños que participaron mostraban un patrón de succión diferente durante el primer mes de vida. Succionaban 100 o más veces menos por toma que los niños no selectivos, y 17% de los niños selectivos para comer se rehusaban totalmente a succionar. Algunas madres de niños que luego fueron diagnosticados con aversiones sensoriales a los alimentos informaron que cuando sus hijos eran bebés no querían prenderse al pecho y que tuvieron que ser alimentados por biberón.

Es más frecuente que los niños con aversiones sensoriales a los alimentos presenten un cuadro sintomático entre los 6 y 10 meses, aproximadamente, cuando se les ofrece una gran variedad de alimentos para bebés, en especial papillas combinadas con grumos. Los lactantes pueden reaccionar al nuevo sabor o textura de la comida para bebés haciendo muecas, escupiendo el alimento o haciendo arcadas o vomitando. Si la reacción aversiva es leve y el lactante solo hace muecas es posible que al final acepte el alimento y, algunas veces, lo tolere después de varias exposiciones al mismo. Sin embargo, algunos lactantes se angustian mucho si la madre o padre les ofrece el alimento aversivo una vez más, en especial si les produjo náuseas o vómito. Cuanto más se esfuercen los padres por alimentar a sus hijos, más miedo parece tener los lactantes y acaban rechazando cada vez más alimentos.

No se han realizado estudios para investigación de las mismas en los niños de 1 a 3 años de edad. Sin embargo, la investigación con niños en edad preescolar y mayores han encontrado que las sensibilidades gustativas y las sustancias amargas PROP (propiltiouracilo) y PTC (feniltiocarbamida) guardan relación con preferencias alimentarias marcadas y con el número de papilas fungiformes y gustativas de la lengua del individuo. Hay datos científicos que sugieren que hay tres grupos de degustadores: súper degustadores, degustadores medios y no degustadores que perciben el sabor amargo del PROP como intensamente fuerte, moderado a fuerte o débil, respectivamente. El gen que determina la sensibilidad al PTC fue identificado por Kim Reed et al. (1999), se ha sugerido que la situación de superdegustador exige tanto una alta densidad de papilas fungiformes y gustativas como dos alelos dominantes del gen del PROP. En comparación con los no degustadores, los superdegustadores sienten más ardor e irritación subjetivos cuando prueban sustancias similares a la pimienta, sienten más la grasa de los alimentos grasos y prefieren menos los alimentos con un alto contenido de grasas.

Además de estos estudios genéticos que apuntan hacia la heredabilidad de la sensibilidad gustativa y a las texturas, en algunos estudios se examinó la heredabilidad de la neofobia alimentaria, o el miedo a probar alimentos nuevos, que es una de las características de las aversiones sensoriales a los alimentos. En un estudio de Cooke, Haworth y Wardle (2007), en el que se examinó la neofobia alimentaria en una gran muestra de gemelos de 8 a 11 años de edad, se calculó que 78% era hereditable y el 22% de la varianza correspondía a factores ambientales no compartidos. En un estudio de la heredabilidad de la neofobia alimentaria realizado por Knaapila et al. Llegaron a la conclusión de que en ambas poblaciones prácticamente dos tercios de la variación en la neofobia alimentaria estaban determinados genéticamente. Por otra parte, la conclusión a la que llegaron Galloway, Lee y Birch (2003) era que la neofobia alimentaria en niñas de 7 años se predecía mediante variables tipo rasgo: alta neofobia alimentaria en sus madres y sus propios niveles altos de ansiedad.

Si bien los estudios antes mencionados indican la alta heredabilidad de las sensibilidades gustativas y a las texturas, así como el temor a probar alimentos nuevos, no explican el panorama completo de las aversiones sensoriales a los alimentos. Leann Birch (1999) señaló que varios factores contribuyen a la formación de las preferencias alimentarias, la misma sostuvo que la manifestación de las predisposiciones genéticas en preferencias alimentarias que propician regímenes alimentarios sanos depende del ambiente en que se da la alimentación, incluidas la disponibilidad de alimentos y las prácticas de los adultos para alimentar al niño.

Dado que en ningún estudio empírico se examinó sistemáticamente el mejor modo de tratar a los lactantes y niños pequeños con aversiones sensoriales a los alimentos, la experiencia clínica de esta autora, señala que los padres son más capaces de seguir sugerencias sobre cómo manejar al niño cuando comprenden mejor los problemas de su hijo. En consecuencia, la exploración a la propia alimentación y los antecedentes alimentarios de los padres, a fin de relacionar el problema que tiene el niño con la textura, el sabor, la temperatura o el olor de ciertos alimentos con las dificultades que puede haber tenido cualquiera de los padres durante su propia infancia. Después de sentar las bases se debe explicar a los padres las recomendaciones concretas de la manera en que pueden ayudar a sus hijos.

Si los lactantes o niños pequeños manifiestan reacciones aversivas fuertes a un nuevo alimento, como escupir el alimento, hacer arcadas o vomitar, es mejor que los padres renuncien a que el niño coma ese alimento. La exposición repetida a alimentos aversivos tiende a aumentar el miedo y el rechazo del alimento por parte del lactante o niño. Por otra parte, si el lactante solo hace muecas, los padres pueden exponerlo al nuevo alimento en otro momento y acompañar una pequeña cantidad del alimento aversivo con un alimento preferido. El aumento gradual del alimento aversivo en el transcurso de varias comidas quizás le permita al lactante acostumbrarse a la novedad.

Para los niños de 1 a 3 años, resulta más eficaz que los padres den el ejemplo y coman estos alimentos y esperen a que el niño pida probarlos, en lugar de servirle al niño los alimentos nuevos en el plato y pedirle que los pruebe. Por lo general, el niño estará tan interesado en conseguir el alimento que se concentra menos en el sabor o la textura. Si los padres permanecen neutrales en relación a si el niño le gusta o no el alimento que pidió, el niño también permanecerá neutral y decidirá si le gusta o no. Si el alimento de los padres es aversivo para el niño, lo escupirá y no querrá volver a comerlo, pero no le dará miedo pedir otro alimento que tengan sus padres en sus platos. Como regla general, los niños de 1 a 3 años están más dispuestos a probar alimentos nuevos si ellos tienen el control.

Para los niños en edad preescolar que tienen un régimen alimentario limitado y han comenzado a sentir miedo a probar alimentos nuevos constituyen un desafío terapéutico particular. Lo mejor que pueden hacer dichos padres es seguir comiendo una variedad de alimentos sin ofrecérselos a su hijo y atender las necesidades del niño preparando alimentos que pueda comer sin temor. Es preferiblemente evitar cualquier conflicto y hacer caso omiso del régimen alimentario del niño.

Una vez establecidas estas bases, los padres necesitan asistencia para manejar los horarios de las comidas familiares y ayudar a su hijo a lograr un control interno de la ingestión a pesar de sus problemas con ciertos alimentos, los cuales una vez eliminados, algunos niños comienzan a relajarse y pueden incluso probar un alimento nuevo que ven comer a los padres o hermanos.

Sin embargo, otros continúan con los regímenes alimentarios limitados y toman suplementos para compensar la deficiencia de nutrientes.

V. Trastorno de la alimentación de origen post traumático:

Chatoor, Conley y Dickson (1988) describen por primera vez este trastorno. Estos niños se rehusaban a comer cualquier comida sólida después de haber experimentado un episodio de atragantamiento o náuseas graves. Se fijaban tan solo en el miedo a asfixiarse y morir. Cuando se les presentaba el alimento sufrían una ansiedad anticipada intensa y a veces pánico, hasta que se retiraba el alimento más tarde. Chatoor (1991) describe el trastorno en lactantes y niños menores de 3 años como trastorno de la alimentación de origen postraumático. Los padres de estos niños informaron que el lactante sufrió uno o varios episodios de vómito mientras tomaba el biberón y, por lo tanto, comenzó a llorar con tan solo verlo y, desde entonces, lo rechaza. Algunos indicaron que el lactante comenzó a rehusarse a comer alimentos sólidos después de un incidente de atragantamiento o de arcadas graves. Otros padres observaron el rechazo al alimento sólido luego de una intubación, la inserción de sondas nasogástricas o cirugía mayor. En todos estos casos, el rechazo del alimento parecía surgir luego de una experiencia traumática a la orofaringe o al tubo digestivo superior y parecía haber sido producido por un miedo intenso al anticipar la alimentación.

Dellert, Hyams, Treem y Geertsma (1993) informaron que 5% de los lactantes con reflujo gastroesofágico mostraban una “resistencia a la alimentación” por vía oral lo suficientemente grave para precisar alimentación por sonda como apoyo nutricional. La resistencia a la alimentación es el síntoma cardinal de este trastorno pudiéndose diferenciar de los niños sanos menores de 3 años y los diagnosticados con anorexia infantil por la resistencia más intensa aceptar y tragar alimentos.

Criterios Diagnósticos:

- A. Este trastorno de la alimentación se caracteriza por el inicio agudo del rechazo grave y constante del alimento.

- B. El inicio del rechazo del alimento puede tener lugar a cualquier edad, desde la lactancia hasta la edad adulta.
- C. El rechazo del alimento es posterior a un episodio traumático o a una serie de episodios traumáticos repetidos en la orofaringe o el tubo digestivo (Ej. Atragantamiento o asfixia, náuseas, vómito, reflujo gastroesofágico, inserción de sondas nasogástricas o endotraqueales, maniobras de succión, alimentación forzada) que precipitan una angustia intensa en el niño.
- D. El rechazo constante a la ingestión de alimentos se manifiesta en una de las maneras siguientes, según la modalidad de alimentación experimentada por el niño en asociación con el o los incidentes traumáticos, bien sea la alimentación con biberón o la alimentación con comida sólida:
- Se rehúsa a beber del biberón, pero puede aceptar el alimento que se le ofrece con cuchara (aunque rechaza constantemente el biberón cuando está despierto, puede tomarlo cuando está somnoliento o dormido).
 - Rechaza los alimentos sólidos, pero puede aceptar el biberón, los líquidos o las papillas.
 - Rehúsa cualquier forma de alimentación oral.
- E. Los recuerdos del o los incidentes traumáticos causan angustia que se manifiesta de una o más de las formas que siguen:
- Muestra angustia anticipatoria cuando se le coloca en posición para comer.
 - Muestra una resistencia intensa cuando se le acerca el biberón o el alimento.
 - Muestra resistencia a la deglución del alimento introducido en su boca.
- F. El rechazo del alimento constituye una amenaza a corto o largo plazo para la salud del niño, su nutrición y su crecimiento, además de que también amenaza su progreso en el desarrollo de los mecanismos de la ingestión apropiados para la edad.

Este trastorno se caracteriza por el rechazo constante del lactante o niño en edad preescolar a beber del biberón o comer cualquier alimento sólido y, en casos graves su rechazo total a la ingestión del alimento. Según la modalidad de alimentación que el lactante parece asociar con los incidentes traumáticos, el niño puede rehusarse a comer sólidos, pero continuar bebiendo del biberón, o puede, rehusarse a beber del biberón, pero estar dispuesto a comer sólidos. El inicio

del rechazo del alimento con frecuencia es bastante repentino y posterior a experiencias traumáticas en la orofaringe, tubo digestivo. A menudo, los padres no son conscientes de que el incidente fue tan aterrador para el niño como para provocar el rechazo al alimento, pues en otros niños que podrían tener la misma experiencia no forzosamente aparece un trastorno de la alimentación de origen postraumático.

Lactantes con trastornos de la alimentación de origen postraumático, pareciera que la causa de su rechazo al alimento fuera el miedo a comer. Muestran temor anticipatorio cuando algo les recuerda la alimentación (Ej. El biberón, el babero o la silla alta) y se angustian cuando se les acomoda en posición de comer y cuando se les presenta el alimento. Si les entra cualquier cantidad de comida en la boca la escupen o la almacenan en buches en las mejillas por un aparente miedo a tragarse la comida. Estas conductas son muy similares a las que se han observado en niños mayores y adultos con trastorno de la alimentación de origen postraumático o cuya descripción corresponde a fobias al atragantamiento o la deglución.

Sin embargo, no se han realizado estudios empíricos para explicar la razón por la cual solamente en algunos lactantes la vivencia de experiencias angustiantes relacionadas con la orofaringe o el tubo digestivo da lugar a un trastorno de la alimentación de origen postraumático.

Considerando la complejidad de muchos de estos casos, en particular los que son producto de trauma causado por procedimientos médicos ineludibles (Ej. Las maniobras de intubación o succión) o secundarias a reflujo gastroesofágico, un equipo multidisciplinario integrado por especialistas en pediatría, gastroenterología, nutrición, terapia ocupacional y psiquiatría o psicología está más capacitado para atender las necesidades de estos lactantes.

Antes de que pueda empezar la intervención psiquiátrica, si el niño tiene una condición médica que produce el trauma, como el reflujo gastroesofágico, hay que tratar el padecimiento primero, y también aliviar el dolor que siente el niño durante la alimentación. Además, hay que evaluar el estado nutricional del niño y preparar un plan para que la ingesta nutricional sea adecuada. El estado nutricional del niño determinara si se le puede administrar un tratamiento conservador ambulatorio o si se necesita alimentación por sonda o ingreso al hospital.

VI. Trastorno de la alimentación relacionado con una condición médica concomitante:

El retraso del crecimiento que se ha equiparado con los trastornos de la alimentación en los lactantes y niños pequeños, al principio se creyó que era debido a problemas orgánicos o a causa no orgánicas (Ej. La deprivación materna). En el año 1981 Homer y Ludwig describieron una tercera categoría de retaso del crecimiento, un tipo mixto causado por una combinación de diversos problemas orgánicos y no orgánicos. Desde entonces, se ha aceptado que las enfermedades orgánicas se pueden complicar por dificultades psicológicas y producir problemas graves de la alimentación y retraso del crecimiento. Sin embargo, las dificultades alimentarias concretas de los lactantes y niños pequeños con condiciones médicas no se han definido debidamente.

Criterios Diagnósticos:

- A. Este trastorno de la alimentación se caracteriza por el rechazo del alimento y la ingestión inadecuada de alimentos al menos por 2 semanas.
- B. El inicio del rechazo del alimento puede aparecer a cualquier edad del niño y aumentar o disminuir en intensidad, dependiendo de la condición médica subyacente.
- C. El lactante o niño en edad preescolar inicia fácilmente la ingestión de alimento, pero muestra aflicción a lo largo de la misma y se rehúsa a continuar con la alimentación.
- D. El lactante o niño en edad preescolar padece una condición médica concomitante que se supone es la causa de la aflicción (Ej. Reflujo gastroesofágico o una enfermedad cardíaca o respiratoria).
- E. El lactante o niño en edad preescolar no gana el peso adecuado o incluso puede perder peso.
- F. El tratamiento médico mejora los problemas con la alimentación, pero no los alivia por completo.

Es posible que los lactantes con insuficiencia respiratoria o enfermedades cardíacas se alimenten un tiempo y tomen unas pocas onzas hasta cansarse y dejar de alimentarse. En general, las dificultades alimentarias de estos lactantes causan una ingestión inadecuada de alimento, falta

de aumento de peso o pérdida de peso. Es más fácil reconocer estas dificultades alimentarias que diagnosticar algunos padecimientos y, en esos casos, el rechazo del alimento puede ser el síntoma cardinal. Por ejemplo, las alergias alimentarias pueden ser difíciles de diagnosticar en los lactantes, y el reflujo gastroesofágico “silencioso” sin vómito puede ser solapado porque la regurgitación y el vómito suelen ser los síntomas principales que alertan a los pediatras de esta afección.

Varios autores han descrito que se observan con frecuencia problemas de la alimentación y angustia materna en caso de lactantes con reflujo gastroesofágico. Según Shepeherd, Wren, Evans, Lander y Ong (1987) las dificultades alimentarias y la disfagia se observaron 44% de los lactantes con reflujo gastroesofágico que estudiaron. Además, el llanto excesivo, la irritabilidad y los trastornos del sueño fueron los síntomas más comunes. A pesar de que se ha reconocido ampliamente que el reflujo gastroesofágico silencioso puede estar relacionado con síntomas respiratorios graves, como la microaspiración del contenido gástrico y el broncoespasmo reflejo, y otros síntomas de las vías respiratorias como crup recurrente, sibilancia, episodios de cianosis y ronquera.

En resumen, estos estudios indicaron que las dificultades alimentarias a menudo estaban relacionadas con el reflujo gastroesofágico. El arqueo, el llanto y el rechazo del alimento en lactantes muy pequeños, las arcadas y las aptitudes orales motrices inmaduras combinadas con la resistencia a la alimentación en lactantes mayores, debieran servir de alerta a los médicos para considerar el reflujo en el diagnóstico diferencial de los problemas alimentarios, especialmente si el síntoma, motivo de la consulta es el rechazo del alimento.

Aunque los lactantes no pueden verbalizar sus sentimientos, se expresan por medio del llanto y de su lenguaje corporal. En la observación de los lactantes y sus madres durante la alimentación ha permitido respetar la sensibilidad de algunos lactantes y la intensidad con que expresan su aflicción mediante el llanto y el arqueo en dirección contraria a sus cuidadores. Se han realizado algunos estudios sobre la etiología del reflujo gastroesofágico. Un estudio de gemelos de Suecia, por Cameron y col. (2002) indicó que había una concordancia creciente del reflujo en los gemelos univitelinos, por comparación con los vitelinos, lo cual indica una etiología genética,

en lugar de ambiental. Orenstein y col. (2002) localizaron un gen autosómico dominante del reflujo gastroesofágico infantil en el cromosoma 9. Aunque estos estudios, indican que el reflujo es una enfermedad hereditaria, la intervención temprana puede tener un gran efecto en la gravedad de los síntomas y la ansiedad que les causa al niño y su familia.

Debido a la interacción de los factores orgánicos y psicológicos que contribuyen a las dificultades alimentarias graves de estos niños, la colaboración entre el pediatra y el psiquiatra o psicólogo es decisiva. El tratamiento médico óptimo de la condición subyacente del niño es necesario antes de que las intervenciones psicológicas surtan efecto. La observación directa de los lactantes con sus cuidadores primarios durante la alimentación es sumamente útil para comprender la aflicción del lactante y los padres, y para vigilar el nivel de reacción de la condición médica al tratamiento. Además, mediante la filmación de cintas durante la alimentación y el examen de estas cintas con los padres, el terapeuta puede buscar soluciones con ellos y ayudarlos a concebir estrategias más apropiadas que ayuden a calmar a sus hijos, en lugar de intensificar su ansiedad durante la alimentación.

Sin embargo, en situaciones en las que la condición médica no puede tratarse debidamente y la lactante continúa experimentando angustia durante las comidas y no es capaz de ingerir cantidades suficiente de alimento para crecer, cabe considerar la nutrición complementaria por sonda nasogástrica o gastrostomía. Luego, el terapeuta debe trabajar con los padres para que conserven las actitudes orales del lactante para la alimentación, mientras casi toda la nutrición se le proporciona mediante la alimentación por sonda. Como se señaló anteriormente en los trastornos de origen postraumático, algunos lactantes están desnutridos y débiles y su tono muscular es bajo y tienen retraso en el desarrollo oral motor, lo cual interfiere con su habilidad de ingerir comida apropiada para su edad. En estas situaciones, un terapeuta ocupacional puede ayudar a los padres a encontrar un asiento apropiado para el niño y a elegir alimentos que el niño pueda manipular sin riesgo de que haga arcadas o se atragante.

Los últimos estudios intentan crear nuevas clasificaciones que abarquen en su totalidad la complejidad de los trastornos alimentarios, las siguientes cinco categorías fueron identificadas

por el equipo multidisciplinario de alimentación como reflejo de la naturaleza de los trastornos de la alimentación pediátrico complejas ⁽²³⁻²⁷⁾

1. Anomalías estructurales/anatómicas relacionadas con el consumo y la alimentación. Entre ellas se encuentran: mandíbula retrognática, paladar hendido y colocación posterior de la lengua, macroglosia, traqueotomía, estenosis esofágica.
2. Condiciones neurológicas/problemas alimentarios asociados con la agresión del sistema nervioso central o trastornos musculoesqueléticos. Por ejemplo: parálisis cerebral infantil, distrofia muscular, disfunción de nervios craneales, retraso mental, lesión del tronco cerebral, trastorno generalizado del desarrollo.
3. Problemas comportamentales/dificultades alimentarias resultantes de problemas psicosociales como por ejemplo: estimulación ambiental deficiente e interacción disfuncional niño-cuidador; comportamientos alimentarios negativos mantenidos por reforzamiento interno y externo: alimentación selectiva, rumiación; dificultades emocionales: fobias, reacciones emocionales condicionadas, depresión.
4. Patologías cardiorrespiratorias: dificultades alimentarias asociadas con enfermedades y síntomas que comprometen los sistemas cardiovascular y respiratorio, lo que implica la coordinación de la succión, la deglución y la respiración durante la alimentación. Por ejemplo: taquipnea asociada con la Displasia Broncopulmonar.
5. Disfunciones metabólicas y dificultades alimentarias asociadas con enfermedades y síndromes metabólicos que interfieren con el desarrollo y mantenimiento de los patrones normales de alimentación. Ejemplo: intolerancias hereditarias a la fructosa/sacarosa.⁽²⁹⁾

La mayoría de los trastornos son de origen tanto orgánico como neurológico y comportamental complejo compartido y para su tratamiento se precisa la actuación de un grupo multidisciplinario que incluya gastroenterólogos, nutricionistas, psicólogos, pediatras, terapeutas físicos, ocupacionales y del lenguaje, para lograr el tratamiento de la condición médica, modificación de la conducta para alterar los patrones de alimentación inapropiados del niño y educación de los padres en la crianza y formación de habilidades alimenticias. La mayoría de los problemas

de alimentación pueden resolverse o mejorarse en gran medida a través de terapia médica, oromotora y terapia conductual. Las estrategias conductuales de alimentación han sido aplicadas con éxito incluso en los trastornos de la alimentación de origen orgánico⁽³⁰⁾

El 12º curso de actualización pediátrica realizado por la Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria en febrero del 2015 clasificó los diagnósticos según edad de aparición de los trastornos alimentarios, de la siguiente forma: ⁽³¹⁾

Trastornos de la alimentación de inicio en la infancia:

- Trastorno de la ingesta evitativo/restrictivo (DSM-V):
 1. Anorexia infantil.
 2. Trastorno de la regulación alimentaria.
 3. Trastorno de conducta alimentaria del vínculo.
 4. Comedores selectivos.
 5. Trastorno de conducta alimentaria post-traumático.
 6. Trastorno de la conducta asociado a enfermedades orgánicas.

Trastornos de la alimentación pre-puberales/de inicio temprano:

- Trastorno de la ingesta evitativo/restrictivo (DSM-V):
 1. Comedores selectivos.
 2. Disfagia funcional.
 3. Rechazo emocional de la comida.
 4. Trastorno alimentario de inicio infantil.
- Anorexia prepuberal.
- Bulimia nerviosa.
- Trastorno por atracón.

Un novedoso método de clasificación creado por el pediatra norteamericano Benny Kerzner, permite reconocer los problemas alimentarios de los niños y así tratarlos a tiempo. Para muchos papás, la hora de la comida de sus hijos es una pesadilla. Llantos, caras largas y “mañas” son

recurrentes. De hecho, el 50% de los padres en el mundo asegura tener conflictos para alimentar a sus hijos. Lo cierto es que muchas veces esas “mañas” no lo son, y pueden derivar en un problema alimentario mayor si no se diagnostica a tiempo.

Para evitar esto, luego de 20 años de investigación, el pediatra Benny Kerzner creó el método IMFeD (sigla en inglés para Identificación y Manejo de Dificultades Alimentarias), clasificación que permite a los pediatras reconocer estos problemas gracias a un cuestionario que se aplica a los padres. Este importante trabajo, a la vez está basado en una clasificación sistemática de las etapas del desarrollo del niño, hecha por la psiquiatra infantil Irene Chatoor en el año 2001. ⁽³²⁾

El método del Dr. Kerzner, académico e investigador del Children’s National Center y de la Universidad George Washington, clasifica a los niños en seis grupos:⁽³³⁾

1. Niño con ingesta altamente selectiva.
2. Niño normal con poco apetito por concepto erróneo de sus padres.
3. Niño vigoroso con poco interés en la alimentación.
4. Temor a la alimentación.
5. Niño con poco apetito debido a enfermedades orgánicas.
6. Niño deprimido/apático con poco interés en la alimentación.

METODO IMFeD

Debido a la creciente detección de las dificultades alimentarias en los niños, se creó una herramienta de medición e identificación para los médicos, muy útil para posteriormente determinar el tratamiento. ⁽³²⁾

El método IMFeD, (Identification and Management of Feeding Difficulties) fué creado por la Dra. Irene Chatoor, junto al Dr. Benny Kerzner en el año 2009. Nos permite conocer, investigar, identificar y manejar los trastornos de la alimentación de forma práctica y sencilla, además de ofrecer una solución para este problema. Hasta la fecha, IMFeD está siendo utilizado por 16 países, entre ellos Venezuela y avalado por nueve sociedades médicas a nivel mundial. ⁽³²⁾

Algunos estudios muestran que del 60 al 70% de los padres de los niños físicamente normales reportan algún tipo de dificultad para alimentarse siendo IMFeD una herramienta única que aborda esta condición que a menudo se pasa por alto en los niños pequeños, mediante la aplicación de enfoques probados los pediatras diagnostican correctamente niños. ⁽³¹⁾ Abbott está proporcionando a los pediatras un kit de herramientas IMFeD integral que incluye los siguientes elementos:

-Un cuestionario del paciente para reunir datos precisos acerca de los patrones de alimentación del niño.

-La herramienta de diagnóstico interactivo IMFeD, que utiliza la información obtenida del cuestionario del paciente permitiendo que coincida con las condiciones de seis tipos comunes de dificultades de la alimentación.

El método IMFeD permite:

- Conocer los reportes de los padres sobre las dificultades en la alimentación de sus hijos y la preocupación de los mismos al respecto.
- Investigar el problema y tratar la patología orgánica subyacente cuando esté presente.
- Identificar el tipo específico de dificultad en la alimentación.
- Manejar cada paciente utilizando un enfoque adaptado a las distintas necesidades en función del tipo de dificultad en la alimentación.

Clasificación de kerzner para determinar problemas en la conducta alimentaria: ⁽³³⁾

1. Niño con ingesta altamente selectiva:

- El niño rechaza constantemente alimentos específicos debido a su olor, textura, sabor, temperatura y/o aspecto.
- El niño puede encontrarse ansioso si se le obliga a comer alimentos que le generan aversión.
- Con frecuencia otras aversiones sensoriales están presentes.

2. Niño normal con poco apetito por concepto erróneo de sus padres:
 - El niño es referido con poco apetito cuando en realidad este es adecuado a su crecimiento y necesidades nutricionales.
 - El crecimiento del niño es acorde al potencial genético en talla de sus padres.
 - La excesiva preocupación de los padres puede conducir a métodos de alimentación coercitivos que pueden afectar adversamente al niño.

3. Niño vigoroso con poco interés en la alimentación:
 - El niño es alerta y activo pero rara vez demuestra señales de hambre o interés en la alimentación.
 - El niño muestra más interés en jugar e interactuar con personas que le son familiares que en comer.
 - El niño ingiere uno o dos bocados y termina de comer, se distrae fácilmente y puede ser difícil mantenerlo en la silla de comer o la mesa.

4. Temor a la alimentación:
 - El niño muestra temor ante la perspectiva de ser alimentado. Puede llorar al ver los alimentos o el biberón o resistirse a ser alimentado (se arquea o se niega abrir la boca).
 - Puede ocurrir en un niño que ha sufrido una experiencia desagradable al comer (por ejemplo ahogo o asfixia) o en un niño que ha sido alimentado por sonda.

5. Niño con poco apetito debido a enfermedades orgánicas:
 - Niño con poco apetito o rechazo al alimento como consecuencia de una enfermedad orgánica.
 - El instrumento IMFeD permite identificar a muchos de estos niños sin embargo es necesario un alto índice de sospecha para identificar condiciones que pueden a veces presentarse con signos y síntomas sutiles (por ejemplo enfermedad celiaca).

6. Niño deprimido/apático con poco interés en la alimentación:

- Niño con poco apetito que parece retraído y deprimido.
- Comunicación verbal y no verbal limitada entre el niño y su cuidador (por ejemplo sonrisas, balbuceo y contacto visual limitado).
- Puede haber negligencia del cuidador.

El estado nutricional hace referencia entre el equilibrio que existe entre la ingesta de nutrientes por parte del organismo y el gasto de estos en los procesos de crecimiento, reproducción y mantenimiento de la salud. Por lo tanto, la evaluación del estado nutricional está dirigida a una amplia variedad de aspectos en la nutrición, que van desde los niveles de nutrientes en el cuerpo, los productos de su metabolismo y los procesos funcionales que regulan.

El consumo de una dieta suficiente para satisfacer o exceder las necesidades del individuo mantendrá la composición y función del organismo, dentro de los rangos de normalidad. Este equilibrio se ve afectado por tres procesos fundamentales: disminución de la ingesta, aumento de las necesidades, y una alteración de la utilización de los nutrientes. La falta de nutrientes produce una serie de cambios metabólicos en relación con la energía y el metabolismo de proteínas en cuestión de horas o días de ingesta reducida de alimentos, mucho antes de que aparezcan cambios antropométricos demostrables. Finalmente así, la malnutrición y sus efectos adversos dependen de la ingesta alterada, de cambios funcionales y de efectos antropométricos.

Los estudios han demostrado que la antropometría se ha convertido en el indicador más confiable y específico de la desnutrición, el sobrepeso y la obesidad por ser relativamente simple, rápida y fácil de interpretar, lo cual permite identificar tempranamente el riesgo nutricional.

Las mediciones más utilizadas son el peso y la talla e índice de masa corporal (IMC). Las determinaciones del perímetro braquial y del de pliegues cutáneos permiten estimar la composición corporal, y pueden ser de utilidad cuando se usan en conjunto con el peso y la talla,

pero no tienen ventajas si se efectúan en forma aislada, salvo cuando los valores sean extremos.⁽³⁴⁾

La medida de mayor uso es el Índice de Masa Corporal (IMC), según la actualización de la Organización Mundial de la Salud (OMS) año 2006, constituye un indicador fiable de la grasa corporal y se utiliza para evaluar a las personas y ubicarlas en diferentes categorías de peso, identificando los problemas ponderales en niños. La AAP recomienda el uso del IMC para identificar el sobrepeso y la obesidad en niños a partir de los 2 años de edad.⁽³⁵⁾

Teniendo en cuenta lo anteriormente citado, en niños, el IMC se utiliza para detección de obesidad, el sobrepeso, peso saludable o bajo peso, sin embargo por sí solo no constituye una herramienta diagnóstica.⁽³⁶⁾

En los niños, además de la medición cotidiana del peso y la talla, el resultado deberá ser comparado con las tablas predeterminadas de crecimiento de acuerdo a su edad y sexo, para encontrar si su desarrollo va de acuerdo a lo esperado para sus características.

El uso de los patrones de crecimiento para niños de la OMS, las cuales determinan según edad, sexo y las mediciones de longitud o talla y peso y circunferencia cefálica los siguientes indicadores de crecimiento:

- Longitud/talla para la edad
- Peso para la edad
- Peso para la longitud/talla

De esta manera, al obtener la ubicación de las medidas antropométricas en el niño, se les categoriza de la siguiente manera:⁽³⁵⁾

- Indicador Talla/ Edad:
 - Talla Normal: $> p5 \leq p85$
 - Riesgo de talla baja: $\leq p5 - > p2 (-2DE)$

- Talla Baja: $\leq p2$ o $\leq -2DE$
- Riesgo de talla alta: $>p85 - \leq p95$
- Talla alta: $\geq p95$

- Indicador Peso/Edad:
 - Eutrófico: $> p5 \leq p85$
 - Déficit: $\leq p5$
 - Exceso: $>P85$

- Indicador Peso/Talla:
 - Normal: $> p15$ a $\leq p85$
 - Déficit leve: $> -2DE - \leq p15$
 - Déficit moderado: $> -3DE - \leq -2DE$
 - Déficit grave: $\leq -3DE$
 - Exceso Sobrepeso: $>p85 - \leq p95$
 - Exceso Obesidad: $>p95$

El desarrollo de la conducta alimentaria, de sus trastornos y del estado nutricional no puede ser entendido de forma aislada, dado que el medio ambiente, los padres y los niños están en interacción recíproca y permanente, la alteración de una de las partes afecta a las otras, explicando así la adquisición de trastornos en el desarrollo. En estas condiciones, la consideración de todos los factores orgánicos, psicológicos y sociales relevantes reduce el énfasis en la división clásica entre trastornos orgánicos y no orgánicos, posición que debe llevar a mirar el fracaso en la alimentación y en el crecimiento desde un punto de vista integral del desarrollo. ⁽³⁷⁾

Dentro de las consecuencias de las dificultades alimentarias en la salud del niño, tenemos: alteraciones del estado nutricional, limitación del crecimiento, consumo subóptimo de nutrientes, alteraciones crónicas del comportamiento alimentario con estigmatización social, fallas en la interacción padres e hijos y retraso en el desarrollo mental. Algunos estudios han reportado alteraciones significativas en el estado nutricional y en el crecimiento de los niños cuyos padres refieren dificultades alimentarias.

En un estudio realizado en México, se observa que los menores consumen menos carbohidratos y proteínas de las sugeridas. Estos casos estarían relacionados con la persistencia de las practicas que impactan negativamente en estado nutricional, como la prolongación de la lactancia, que suele convertirse en estos casos en el alimento principal, el tiempo reducido que las madres lactan a los pequeños, o el uso prolongado del biberón, cuyo contenido suele no ser el más adecuado para satisfacer las necesidades nutricias de los infantes, lo que compite con la calidad y la cantidad suficiente de alimentos para que el niño se desarrolle efectivamente.⁽³⁸⁾

Los malos hábitos alimentarios desarrollados durante la infancia, pueden tener consecuencias para la nutrición y salud durante el curso de toda la vida. La influencia de los padres se cree que es más fuerte en la primera infancia, cuando los mismos actúan como proveedores, ejecutores y el papel de modelo a seguir. Por lo tanto, los padres de los infantes, son a menudo el foco de las intervenciones de salud pública destinadas a mejorar la dieta de los niños y por ende reducir la prevalencia de la malnutrición asociada a trastornos de la conducta alimentaria.⁽³⁹⁾

Las prácticas alimentarias constituyen uno de los factores más determinantes de la desnutrición del niño pequeño a pesar de su papel importante en el patrón de crecimiento de los niños. Estudios recientes han reconocido el vínculo entre la desnutrición y las prácticas de alimentación infantil. Dicho estudio concluye que existe relación significativa entre la mejoría en el estado nutricional de los niños menores de cinco años y la adopción de adecuadas prácticas de alimentación, evidenciando que la presencia de dificultades en la alimentación alteran de gran manera el estado nutricional.⁽⁴⁰⁾

OBJETIVO GENERAL

Identificar la incidencia de trastornos de alimentación en lactantes y pre-escolares de 1 mes a 6 años de edad que acuden a consulta externa del Hospital Dr. Miguel Perez Carreño.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Caracterizar a los niños y niñas de 1 mes a 6 años de edad por grupo etario, sexo y estado nutricional.
2. Determinar la frecuencia de los trastornos de la alimentación de acuerdo al grupo etario.
3. Determinar la frecuencia de los trastornos de la alimentación de acuerdo al sexo.
4. Relacionar los trastornos de la alimentación y el estado nutricional.
5. Relacionar la presencia de distractores y el diagnóstico de trastornos de alimentación.

Aspectos Éticos

Los niños y niñas que participaron en el estudio no fueron sometidos a riesgo porque es un estudio observacional, se beneficiaron con una valoración de su condición antropométrica y de su conducta alimentaria. La autorización para participar en el estudio se hizo a través del consentimiento informado. La aceptación de participar fue voluntaria y se les indicó que podrán retirarse del estudio en el momento que deseen. Se explicó el proceso de recolección de datos y existirá confidencialidad. En el estudio no hubo acontecimientos adversos en contra de los niños, niñas o padres de familia.

METODOS

Tipo de estudio:

El estudio fue descriptivo, prospectivo de corte transversal.

Población y Muestra:

Niños con edades comprendidas entre 1 mes y 6 años de edad que acudan al área de consulta externa del Hospital Dr Miguel Pérez Carreño en el período comprendido entre de Octubre

2015- Junio 2016. Se realizó evaluación antropométrica dirigida a diagnosticar el estado nutricional, así como también identificar la presencia de trastornos de la alimentación a través de la utilización del formulario del método IMFeD modificado.

Criterios de inclusión:

Pacientes que acudan a la consulta externa pediátrica del Hospital Dr. Miguel Pérez Carreño en edades comprendidas entre 1mes y 6 años de edad.

Criterios de exclusión:

1. Pacientes menores de 1 mes de vida o mayores de 6 años.
2. Pacientes con diagnóstico de prematuridad, por requerir tablas de crecimiento con percentiles suavizados.
3. Pacientes con diagnóstico de Síndrome de Down, por requerir tablas de crecimiento con percentiles suavizados.
4. Pacientes con patologías neurológicas que cursen con trastornos deglutorios o dificultad para la alimentación.
5. Pacientes con cardiopatías congénitas con repercusión hemodinámica.
6. Pacientes con acidosis tubular renal con déficit ponderal.

Variables:

1. **Dificultad alimentaria:** Problemas en el acto de comer o de alimentarse, identificadas con el cuestionario corto. Se clasificara como: tiene o no tiene.
2. **Edad:** Medida de duración del vivir, lapso transcurrido desde el nacimiento hasta el momento que se realiza la valoración del niño o niña. Será calculada por el examinador calculara meses completos y días.

3. **Peso:** Medida de fuerza gravitatoria ejercida en un cuerpo, expresada en kilogramos y sus fracciones, medidos en la balanza de marca seca. Es normal entre las desviaciones estándar (DS) +2 y -2 de las tablas de la OMS; desnutrición y bajo -2 DS y sobrepeso +2 DS, obesidad +3 DS de las tablas de la OMS.
4. **Talla:** Extensión longitudinal del niño y niña. En los menores de 2 años medidos en decúbito dorsal en un paidómetro de marca seca (la cabeza apoyada en el dique fijo, las caderas contra la superficie y el dique móvil se desplaza contra la placa de los pies). En los niños y niñas mayores de 2 años se determinara en bipedestación, con los pies juntos; la cabeza y la espalda y los pies apoyados contra el tallímetro y la vista fija hacia adelante. Bajando en ángulo recto la barra móvil del tallímetro hasta tomar contacto con la cabeza, leyendo en este punto la escala del tallímetro.
5. **Desnutrición:** Condición nutricional deficiente del niño y niña en relación a su edad. Se considera de tipo aguda y crónica.
 - Desnutrición Aguda: disminución del peso para la altura. Resulta de una pérdida de peso asociada con periodos recientes de hambruna o enfermedad que se desarrolla muy rápidamente y es limitada en el tiempo.
 - Desnutrición Crónica: disminución de la talla para la edad. Asociada normalmente a situaciones de pobreza, con consecuencia para el aprendizaje y menos desempeño económico.
6. **Sobrepeso:** Existencia de un IMC ubicado en las tablas de la OMS entre percentil 85 o $\geq p90$.
7. **Obesidad:** enfermedad caracterizada por el exceso de tejido adiposo en el organismo. Se determina con la existencia de un IMC ubicado en las tablas de la OMS $> +3DS$.
8. **Elementos distractores:** Se identificó como lo ideal, cuando al momento de las comidas no existía algún elemento distractor en el ambiente que llamara la atención del

niño durante ese momento. Se consideró como distractores la televisión, música y juegos durante las comidas.

Operacionalización de Variables:

VARIABLE	DEFINICION	DIMENSION	INDICADOR	ESCALA
Edad	Lapso de tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta el instante en el que se realiza la evaluación del niño.	Tiempo de vida.	Meses.	1m-11 meses 12-24 meses. 25- 36 meses. 36- 48 meses. 48- 60 meses. 60- 72 meses.
Sexo	Diferencia biológica que distingue a los organismos individuales	Biológica	Fenotipo.	Masculino. Femenino.
Dificultad alimentaria	Problema en el acto de comer o de alimentarse.	Biopsicosocial	Encuesta.	1-Tiene. 2- No tiene.
Condición antropométrica	Conjunto de medidas de peso, talla, que identificaran la condición nutricional del niño.	Peso Talla	Kilogramos. Centímetros.	Peso en Kg. Talla en Cm.
Desnutrición	Condición nutricional deficiente del niño en relación a su edad.	Desnutrición Aguda. Desnutrición Crónica.	Relación Peso/ edad. Relación talla / edad.	1-Si 2-No
Sobrepeso	Existencia de un índice de masa corporal superior al percentil 85 hasta $\leq P 95$.	Biológica	Índice de masa corporal / edad en tablas de OMS.	1-Si 2-No
Obesidad	Existencia de índice masa corporal superior al percentil 95.	Biológica.	Índice de masa corporal / edad en tablas de OMS.	1-Si 2-No

Elementos distractores	Factores que desvían la atención del niño durante la alimentación.	Psicosocial.	Elementos externos.	1-Tv 2-Musica 3-Juegos
------------------------	--	--------------	---------------------	------------------------------

Procedimientos:

Previo consentimiento informado y respuesta afirmativa de los padres y/o representantes, se llenó un formulario a todos los niños de edades entre 1 mes a 6 años, que acudieron a consulta externa de pediatría del Hospital Dr. Miguel Pérez Carreño, en el periodo comprendido entre Octubre 2015- Junio 2016.

Con los antecedentes relevantes y datos obtenidos a través de la encuesta se determinó si el niño presento algún trastorno de alimentación y se realizó evaluación antropométrica y diagnóstico nutricional así mismo orientación e intervención temprana, en caso de aquellos que presentaron alguna alteración. Una vez obtenido los resultados y previo análisis de los mismos se identificó el trastorno nutricional más frecuente en la muestra estudiada, así como también su relación con el estado nutricional.

Recursos Administrativos

Recursos humanos:

Residentes de pediatría del Hospital Miguel Pérez Carreño, niños en edades comprendidas entre 1 mes y los 6 años de edad que acudan a consulta externa para control de niño sano. Cuestionario de método IMFeD facilitado por laboratorios Abbott, personal de enfermería, tutor y asesor estadístico.

Recursos materiales:

Tablas de Crecimiento y desarrollo según la OMS, tallímetro, infantómetro, método IMFeD modificado, bolígrafos, hojas Blancas, impresora, fotocopidora, computadoras, carpetas marrones.

RESULTADOS

Se evaluó un total de 103 pacientes, 52 perteneció al género masculino representando el 50,5% de la muestra y 51 pacientes del género femenino representando el 49,5%.

En cuanto al grupo etario, 60 pacientes fueron lactantes (58,3%) y 43 pacientes preescolares (41,7%).

De la muestra estudiada, el 61,2% presento algún tipo de trastorno de alimentación y el 39,8% restante no presento trastorno de alimentación.

Dentro de los trastornos de alimentación encontrados se presentó con mayor frecuencia aversión sensorial con un total de 23 pacientes representando el 36,5% del total, seguido de pica con 11 pacientes con 17%, rumiación 9 pacientes con 14,2%, trastorno de origen post-traumático 8 pacientes con 12,6%, anorexia infantil 4 pacientes representando 6,3%, regulación de ciclos básicos 4 pacientes con 6,3%. Así mismo trastorno de evitación 2 pacientes con 3,1% y enfermedad medica concomitante 2 pacientes con 3,1% .

De acuerdo a la evaluación antropométrica, 60 pacientes se encontraron eutróficos representando el 58,5% y 43 pacientes presentaron algún tipo de malnutrición. De estos 43, 14 se encontraron con desnutrición leve con talla normal (13,5%), 12 pacientes con desnutrición moderada con talla baja (11,7%), 7 con talla baja con peso adecuado para la talla (6,8%), 4 pacientes con sobrepeso con talla normal (3,9%), 2 con desnutrición leve con talla alta (1,9%), 2 pacientes con sobrepeso con talla alta (1,9%), 1 paciente con obesidad y talla baja (1%), 1 paciente con talla alta y peso normal (1%).

En cuanto a la frecuencia de los trastornos de alimentación según grupo etario, encontramos representando el 100% para cada trastorno, los siguientes: pica en 11 pacientes preescolares, no encontrándose el mismo en lactantes; rumiación 2 pacientes lactantes (22,2%) y 7 preescolares (77,7%); trastorno de evitación solo 2 pacientes pertenecientes al grupo etario de preescolares (100%); aversión sensorial 11 lactantes (47,8%) y 12 preescolares (52,1%); los trastornos de

origen post-traumático 5 lactantes (62,5%) y 3 preescolares (37,5%); anorexia infantil 1 lactante(25%) y 3 preescolares (75%); regulación de ciclos básicos solo 4 lactantes (100%); enfermedad medica concomitante 1 lactante (50%) y 1 preescolar (50%).

En cuanto a la frecuencia del trastorno de alimentación según el sexo, encontramos en pica 6 pacientes de sexo masculino (54,6%) y 5 de sexo femenino (45,4%). Para el trastorno de rumiación 5 pacientes de sexo masculino (55,5%) y del sexo femenino 4 pacientes(44,4%). En el trastorno de evitación, encontrado en 2 pacientes, 1 perteneció al sexo femenino y 1 al masculino. En el caso del trastorno de aversión sensorial 12 pacientes pertenecían al sexo masculino (52,1%) y 11 al sexo femenino (47,8%). Del trastorno de origen post-traumático 5 pacientes (62,5%) fueron de sexo masculino y 3 femeninos (37,5%); anorexia infantil, 2 pacientes de sexo femenino y 2 masculino. En cuanto al trastorno de regulación de ciclos básicos se encontró predominante en el sexo femenino 3 casos (75%) y 1 masculino (25%). El trastorno de alimentación por enfermedad médica concomitante se encontró solo en el sexo masculino, estando representado por 2 pacientes.

De acuerdo a la relación del estado nutricional y el trastorno de alimentación, de los que presentaron algún trastorno de alimentación, 27 (42,8%) se encontraron malnutridos y 36 (57,1%) eutróficos. De los que no presentaron trastornos de alimentación, 9 (22,5%) presentaron malnutrición y 31 (77,5%) se encontraron eutróficos.

En cuanto a la relación del estado nutricional y el tipo de trastorno alimentario, a los que se les diagnostico trastorno pica 7 pacientes (19,4%) presentaron malnutrición, mientras que 4 (6,0%) se encontraron eutróficos. Del trastorno de rumiación, 3 de ellos (8,3%) presentaron malnutrición y 6 (9,0%) resultaron eutróficos; en el trastorno por evitación, se presentó malnutrición en la totalidad de los casos, con 2 pacientes (5,6%).

Para el trastorno de aversión sensorial, 19 pacientes (28,4%) se encontraron eutróficos y 4 de ellos (11,1%) presentaron algún tipo de malnutrición. En el trastorno de origen post-traumático resultaron: 4 pacientes eutróficos (11,1%) y 4 malnutridos (6,0%). Anorexia infantil 4 pacientes, los cuales resultaron malnutridos en su totalidad (11.1%). En cuanto al trastorno de

regulación de ciclos básicos, 3 eutróficos (4.5%) y 1 malnutrido (2.8%); trastorno por enfermedad medica concomitante 2 pacientes, siendo malnutridos en su totalidad (5,6%).

En cuanto a los distractores, no se encontró la presencia de distractores, en 70 pacientes (67,9%) mientras que en 33 pacientes (32%) si se encontró. Los distractores encontrados fueron: juegos en 18 pacientes (54,5%); televisión en 13 pacientes (39,3%) y mascotas en 2 pacientes (6%).

Según la relación de la presencia de distractores y trastornos de alimentación se encontraron distribuidos de la siguiente forma: de los pacientes que no presentaron trastornos de alimentación 6 (18,2%) se les encontró algún tipo de distractor y 34 de ellos (48,6%) no presentaron ningún distractor. Por otra parte, los pacientes con trastorno de la alimentación se obtuvo que, para pica 7 pacientes (21,2%) tenían distractores y 4 (5,7%) no. Rumiación, 4 (12,2%) tenían distractores y 5 de ellos no (7,1%); para trastorno de evitación, 1 tuvo distractor (3,0%) y 1 (1,4%) no lo presentó. En cuanto a los pacientes que presentaron aversión sensorial, 14 (42,4%) presentó distractores y 9 (12,9%) no presentó. En los que se determinó trastorno de origen post-traumático 1 (3,0%) presentó distractor y 7 (10,0) no presentaron. En los pacientes con anorexia infantil, regulación de ciclos básicos y trastorno por enfermedad médica concomitante no se encontró la presencia de distractores.

Tratamiento estadístico adecuado

Se calculó las frecuencias y porcentajes de las variables nominales. Las relaciones entre variables nominales se realizaron con la prueba chi-cuadrado de Pearson. Se consideró un valor estadístico significativo si $p < 0,05$. Los datos fueron analizados con JMP-SAS 12.

DISCUSIÓN

De la muestra estudiada, más de la mitad presentó trastorno de la alimentación, siendo de mayor prevalencia los lactantes, lo que se correlaciona con lo reportado por Chatoor (2009) la cual estima que en casi todos los lactantes, la alimentación parece ser un proceso natural, no obstante,

se ha estimado que aproximadamente 25% de los lactantes que por lo demás tienen un desarrollo normal, y hasta 80% de los que presentan alguna alteración del desarrollo, manifiestan problemas con la alimentación.

El estado de nutrición y de salud de la población constituye un factor esencial para el análisis del grado de desarrollo de un país y el nivel de vida de su población. En ese sentido, una adecuada nutrición es primordial para el crecimiento y desarrollo del niño, pues las afectaciones nutricionales que se producen durante la infancia tienen repercusiones duraderas para el resto de la vida.

El estado nutricional en los niños es uno de los factores más importantes para el crecimiento y desarrollo físico y mental, además de determinar los patrones para su desarrollo y su capacidad intelectual.

Las edades oscilaron entre 1 mes y 6 años, siendo más representativo el grupo etario de lactantes sin existir diferencias significativas en cuanto al sexo, lo que difiere del estudio realizado en la Universidad de Chile en el 2006, en lactantes de 4 a los 23 meses de edad con trastornos de alimentación, donde prevaleció el sexo femenino.

En cuanto a los trastornos de la alimentación, se presentaron con mayor frecuencia en el grupo etario correspondiente a lactantes, siendo similar al trabajo de Osorio y col. (2002), los cuales concluyen que el desarrollo de los trastornos de la alimentación tiene su inicio en etapas tempranas de la infancia. Así mismo plantean que se asocia a retraso en el crecimiento ponderoestatural en concordancia a lo reportado por Dahl y colaboradores en 1997, donde demostraron que el rechazo de alimentos está asociado al retraso del crecimiento ponderoestatural en niños. Este aspecto también se corrobora en el desarrollo de nuestra investigación, ya que se determinó a través de la evaluación antropométrica, que casi la mitad de los niños presentaron algún grado de malnutrición, entre los cuales predominaron: desnutrición con talla normal y desnutrición con talla baja, entre otros, lo que constituye un reto para el equipo de salud, ya que se describe que muchos de estos trastornos no son percibidos sino hasta cuando ya se ha establecido el retraso del crecimiento.

En cuanto a la frecuencia de los trastornos de alimentación por grupo etario, se obtuvo que en preescolares, los trastornos más frecuentes fueron: aversión sensorial, seguida de pica y rumiación, mientras que en lactantes fue aversión sensorial, trastorno de origen post-traumático seguido de regulación de ciclos básicos, siendo equiparable a lo reseñado por Chatoor (2009) los trastornos de anorexia infantil y aversiones sensoriales tienen su inicio lactantes, en la etapa de transición a la alimentación con cuchara, entre los 9 y 18 meses de edad, manteniéndose en la etapa escolar y quizás hasta la edad adulta. Igualmente, reseña como predominante el trastorno de origen post-traumático en edad preescolar. Por su parte, en CIE-10 coincide con la edad de aparición en preescolares en cuanto a los trastornos de pica y rumiación.

Se determinó la frecuencia de trastorno de alimentación y el sexo, mostrándose similitud entre el sexo masculino y el femenino, tanto para aversión sensorial, pica, rumiación, anorexia infantil, como para regulación de ciclos básicos, entre otros. Siendo importante señalar que en cuanto a anorexia infantil, este resultado se equipara a los que obtenidos tanto por Ammaniti, Cimino, Lucarelli y col (2004), en Roma, como por Chatoor, Ganiban, Hirsch y col (1998) en Washington DC, los cuales revelan que la anorexia infantil se manifiesta con la misma frecuencia en niños que en niñas, a diferencia de la anorexia nerviosa que aqueja principalmente a las niñas.

En cuanto a la frecuencia y tipos de trastornos de la alimentación, más de la mitad de la muestra evaluada presentó algún trastorno de alimentación, encontrándose en primer lugar aversiones sensoriales, seguido de pica y rumiación entre los más predominantes. Según lo antes mencionado, se plantea diferencias con la literatura citada (CIE-10), en el cual se señala que el trastorno de la pica es más frecuente en niños con retraso mental, sin embargo, es de importancia mencionar que los pacientes incluidos en esta investigación, no presentaban ninguna patología neurológica de base ya que esto se consideró un criterio de exclusión.

Las aversiones sensoriales constituyeron el trastorno más frecuente encontrado. Según el análisis de los estudios que realizaron Dovey, Staples, Ginson y Hartford (2007) los niños con este tipo de trastorno se definen como “mañosos”, se comportan de forma tal que interrumpen las comidas, para jugar a la hora de comer. Correlacionándose de esta manera lo observado en

la muestra estudiada, en la cual se evidenció la presencia de juegos como distractor en más de la mitad de los pacientes con este trastorno.

Hubo asociación estadística en cuanto a la relación de la presencia de distractor y trastorno de alimentación, lo que nos señala que así como lo reseñan los autores Chatoor y Doussard-Rooselvert, los niños que presentan anorexia infantil, se encuentran muy ocupados, moviéndose constantemente teniendo inconvenientes para interrumpir el juego para comer y tratan de encontrar distracciones cuando se les sienta en la mesa para comer. En esta investigación, el distractor que se presentó con mayor frecuencia fueron los juegos, en más de la mitad de los niños a los cuales se les determinó la presencia de distractores.

De lo anterior se deduce, la importancia de conocer la situación nutricional y de salud de nuestros niños, especialmente en los que se les ha diagnosticado algún trastorno de alimentación, en los cuales un porcentaje desarrolla algún estado de malnutrición secundaria, teniendo en cuenta la importancia que acarrea, como lo señalan los autores Pine y Walsh (2001) en su estudio realizado a una corte de 800 niños a los cuales se identificaron los conflictos en la alimentación, lucha con los alimentos y situaciones desagradables a la hora de comer, como factores de riesgo para desarrollar en la etapa de la adolescencia y adultez, un trastorno de la conducta alimentaria.

Conclusiones

- Los trastornos de alimentación se encontraron en más de la mitad de la muestra estudiada, por lo que se concluye que es frecuente la presencia de los mismos en niños sanos.
- La mayor parte de la muestra, más de la mitad presentó trastornos de la alimentación, siendo aversiones sensoriales a los alimentos, el trastorno más frecuente.
- No hubo diferencia significativa en cuanto al sexo.
- El grupo etario más frecuente en la población estudiada fue el de lactantes.
- Según la evaluación antropométrica más de la mitad de la muestra resultó eutrófico.

- No hubo relación estadística significativa entre el género y los trastornos de la alimentación, ni tampoco entre la edad y trastornos de la alimentación así como también en el estado nutricional en los niños estudiados.
- Hubo relación estadística entre los trastornos de la alimentación y los distractores.

De los planteamientos antes descritos, nos confirma que a pesar que se encontraron en la mayoría un estado nutricional normal ,se evidenció problemas de malnutrición, por lo que es necesario realizar otros estudios donde se evalúe la alimentación del niño ya que al identificar los factores de riesgo asociados con el estado de nutrición y de salud en los niños, nos permitirá reforzar los programas existentes de alimentación sobre todo en la infancia, lo cual redundará a corto y mediano plazo contar con una población infantil más saludable y por ende en mejores condiciones para lograr un desarrollo integral de sus facultades.

Limitaciones

El instrumento utilizado que en su inicio, se realizaría tipo encuesta, sin embargo se ejecutó en forma de entrevista por interrogatorio dirigido debido al grado de instrucción materno.

Recomendaciones

Es importante que el pediatra tenga las herramientas útiles en la evaluación integral de lactantes y niños y el mejor escenario es el control de niños sanos, donde conjuntamente con los padres o cuidadores se resolverán todas las inquietudes referentes al comportamiento alimentario del niño. Durante los controles de niño sano, los médicos pediatras, están en una posición privilegiada para detectar problemas de inicio temprano, hacer diagnóstico diferencial, elaborar guías anticipatorias, dar consejos prácticos los padres en lo referente a las reglas al momento de la alimentación y aumento del aporte calórico si es necesario y para iniciar acercamientos terapéuticos para aquellos que así lo requieran.

Después de haber presentado las conclusiones y tomando en consideración los resultados obtenidos en la presente investigación, se proponen las siguientes recomendaciones, con la finalidad de establecer estrategias para abordar los problemas de nutrición y salud de la infancia:

- Incluir éste tema en el contenido programático en los postgrados de pediatría y puericultura, con la finalidad que se diagnostiquen con mayor frecuencia los trastornos de alimentación en niños.
- Divulgar las pautas de alimentación infantil propuesto por la Sociedad Venezolana de Puericultura y Pediatría.
- Involucrar y concientizar a la familia con relación a la nutrición del niño, estructurando e implementando talleres de orientación alimentarios dirigidos a las madres cuyo objetivo primordial sea enseñarlas a estructurar dietas nutritivas de bajo costo.
- Realizar el seguimiento de los pacientes a los que se les encontró algún trastorno de alimentación, orientando y brindando a las madres el apoyo multidisciplinario en cuanto a la atención pediátrica, psicológica, nutricional tanto al paciente como a todo el entorno familiar.

Continuar este trabajo garantizara el conocimiento oportuno de estos trastornos que son comunes en la edad pediátrica y que lamentablemente no se tiene conciencia por parte de pediatras y residentes.

Referencias bibliográficas

1. La alimentación del lactante y del niño pequeño. Capítulo modelo para libros de texto dirigido a estudiantes de medicina y otras ciencias de la salud. Washington DC OPS, 2010. Pag.3
2. Vargas C. trastornos de la alimentación en la infancia. Revista de Psicología. Lima, Universidad Nacional Mayor de San Marcos. 2005. Pág. 188-189.
3. Macías A, Gordillo L, Camacho E. Hábitos alimentarios en niños en edad escolar y papel de la educación para la salud. Universidad Autónoma del Estado de México, México. Julio de 2012. Pag.40-41.
4. Martínez Costa C, Martínez Rodríguez L. Valoración del estado nutricional. En: Comité de Nutrición de la AEP, ed. Manual Práctico de Nutrición en Pediatría. 1ª ed. Madrid: Ergon; 2007. p. 31-9.
5. Chatter, Irene. Diagnóstico y tratamiento de los trastornos de alimentación en lactantes y niños pequeños. Edición I. Washintnton. Editorial Zero to three. Volumen 1 2009. Pág. 10-54.
6. Agras S, Hammer L, McNicholas F. A prospective study of the influence of eating-disordered mothers on their children. Int J Eat Disord 1999; 25: 253- 62.
7. Stice E, Agras S, Hammer M. Risk factors for the emergence of childhood eating disturbances: a five-year prospective study. 1998.
8. Salas I, Pizarro F. Rechazo alimentario en lactantes. RevChilNutr 1998; 25: 45-50
9. Waugh and Bulik. Offspring of women with eating disorders. International Journal of Eating Disorders 1999; 25, 123-33.
10. CANIA (Centro de atención nutricional infantil Antimano). Estudio de la situación alimentaria y nutricional de la parroquia Antimano 2012. pág. 42-46
11. Bravo P, Hodgson M. Trastornos alimentarios del lactante y preescolar. Revista Chilena de Pediatría vol. 82 no2. Santiago, Abril 2011.[23/1.2015].
12. Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas relacionados con la Salud.
13. Nutrición del lactante y del niño pequeño: Estrategia mundial para la alimentación del lactante y el niño pequeño. Documento de la 55ma Asamblea Mundial de la Salud.

14. Zeiger R. Food allergen avoidance in the prevention of food allergy in infants and children. *Pediatrics*. 2003; 111 (6):1662-71.
15. Nutrición en Pediatría. Centro de atención nutricional infantil de Antimano. 2da edición ampliada. Caracas: Empresas Polar: Cania. Tomo I, 2009. P 278-91
16. Desarrollo fisiológico del lactante y consecuencias para la alimentación complementaria. En: Alimentación infantil bases fisiológicas. Guatemala: OPS. 1992. P. 62-72.
17. Alimentación y nutrición en grupos vulnerables. Alimentación al menor de seis meses. Caracas: Ministerio de salud y Desarrollo social; Instituto Nacional de Nutrición; OPS. 2002.
18. Campos I, Castro M, Ferrero L, Herrera M, Machado L. Nutrición pediátrica. Primer consenso Venezolano. Sociedad Venezolana de Pediatría y Puericultura. Caracas: Editorial Medica Panamericana, 2013. P 39-52.
19. Figueroa O, López A, Vera L. alimentación del lactante. Nutrición Pediátrica. Caracas. Editorial Panamericana, C.A. 2009, p125-6.
20. American Academy of Pediatrics. Committee on Nutrition 2007-2008. Feeding the child. 6th ed. In: R Kleinman, editor. *Pediatrics Nutrition Handbook*. Washington D.C: American Academy of Pediatrics. 2009, p 145-74.
21. Agostoni C, Decsi T, Fewtrell M, Guolet O, Kolacek S, Koletzko B, et al. Complementary feeding: a commentary by the ESPHAN Committee on Nutrition. *J PediatrGastroenterolNutr* 2008; 46 (1):99-110.
22. Hernández R, Fernando. Trastornos de la conducta alimentaria en niños. Universidad Pontificia Javeriana. Febrero 2009.
23. Appetiteslump in toddlers. Disminución del apetito en niños pequeños. Temas de revisión. Víctor Manuel Martínez Bravo.
24. Martin C, Dovey T, Arcelus J. Feeding Disorders of infancy or early childhood: A review. Trastornos de la ingestión alimentaria de la infancia o la niñez: una revisión. *Revista Mexicana de Trastornos alimentarios*. Vol. 3 Nro2. Tlanepantla Jul-Dic 2012. <http://journals.iztacala.unam.mx/>
25. Rodríguez J, Psicopatología del niño y del adolescente. Universidad de Sevilla. 2da edición. 1998. Tomo I, p 122-125.

26. Stanton B, Geme J, Schor N, Behrman R. Nelson. Tratado de Pediatría. 19na edición. Vol I.2013. p 75-76.
27. Chatoor I, & Ganiban J. 2003. Food refusal by infants and young children: diagnosis and treatment. *Cognitive Behavioral Practice*, 10, 138-146.
28. Asociación Americana de Psiquiatría. Guía de Consulta de los Criterios Diagnósticos del DMS 5. Arlington, VA, Asociación Americana de Psiquiatría, 2013.
29. Burklow, Kathleen A; Phelps, Anne N; Schultz, Janet N; McConell, Keith. Classifying complex pediatric feeding disorders. *J Pediatrics GastNutr* 1998; 27 (2): 143-47.
30. Manikam R, Perman JA. Pediatric Feeding disorders. *J Cli Gastr* 2000;30(1):34-36
 Disponible en:
http://journals.lww.com/jcge/Abstrac/2000/01000/Pediatric_Feeding_Disorders.7.aspx
31. Graell Berna M, Villaseñor Montarroso A. Signos de alerta en los trastornos de la conducta alimentaria en Atención Primaria. Del nacimiento a la adolescencia. En AEPap ed. Curso de Actualización Pediatría 2015. Madrid: Lua Ediciones 3.0; 2015. p. 423-30.
32. Abbott Nutrition. Monografía. Dificultades de la alimentación en la Infancia. Capítulos 1-2. Pág. 7-17. Disponible en:
http://pedia-gess.com/archivos_pdf/PediaSure%20monografiapdf
33. kerzner B, Milano k, Chatoor I. Manejo de dificultades de la alimentación en niños. *Pediatrics*. 21 Sep. 2015. Pág. 35-144. Disponible en:
www.intramed.net/contenidover.asp?contenidoID=86640&pagina=2
34. Jeejeebhoy, KN, Detsky AS, Baker JP. Assessment of nutritional status. *JPEN J Parenter Enteral Nutr* 1990; 14 (suppl): 193S-6S. Disponible en:
http://pen.sagepub.com/conten/14/5_suppl/193S.extract
35. OMS. Patrones de crecimiento del niño de la OMS. 2006. Revisión de Octubre 2012. Washington D.C EUA. Disponible en: <http://www.who.int/childgrowth/training/a>
36. Mei Z, Grummer-Strawn LM, Piedtrobelli A, Goulding A, Goran MI, Dietz WH. Validity of body mass index compared with other body-composition screening indexes for the assessment of body fatness in children and adolescents. *American Journal of Clinical Nutrition* 2002;75:97-985
37. Gómez LF. Conducta alimentaria, hábitos alimentarios y puericultura de la alimentación. *Precop SCP*. 2004; 7 (4): 38-50.

38. Rivera, D. J. 2000. Estrategias y acciones para corregir deficiencias nutricias. Boletín Informativo del Hospital de México. Vol. 57 Nro. 11:641-649.
39. Clark. H, Goyder E, Bissell. P, Blank.L Peters. J How do parents child feeding behaviours influence child weigth? Implications for childhood obesity policy. Oxford Journals. Journal of public health. 2007. Vol 29.
<http://jpubhealth.oxfordjournals.org/content/29/2/132.full>
40. Kimar. D, N,Goel.N.K, Poonam.C. Influence of Infant-feeding practices on nutritional status of under-five Children. Indian journal of pediatrics. 2006. Vol 73. Nro5.
<http://www.springerlink.com/content/u2kw5744nj72ww62/>

ANEXOS

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Hemos sido invitados a incluir a nuestro hijo (a) _____ de ____ años de edad en la investigación “Transtornos de la alimentación en lactantes y pre-escolares de 1 mes a 6 años“. Por lo que autorizamos a las Dras. Maria Jose Delgado y Lady Colmenarez a realizarnos una encuesta oral sobre hábitos y conductas alimentarias de mi representado, asimismo se realizara evaluación antropométrica para detectar algún déficit nutricional. El procedimiento no tiene costo, no implica ningún daño y se guardara la confidencialidad de la información.

Decidimos participar de forma libre y voluntaria.

Firma del padre, madre o cuidador (a) _____

HOJA DE RECOLECCION DE DATOS

Nombres y Apellidos del Niño: _____

Edad: _____ Sexo: Femenino () Masculino ()

DATOS ANTROPOMETRICOS:

Peso: _____ Kg Talla: _____ cm

Indicadores: Talla/ Edad: P° _____ Peso/ Edad: P° _____ Peso/Talla P° _____

Diagnostico Nutricional: _____

ESTIMADO REPRESENTANTE POR FAVOR CONTESTE EL SIGUIENTE CUESTIONARIO ACERCA DE LOS TRASTONOS DE ALIMENTACION: Marque con una X su respuesta.

1.- ¿Su niño llora mucho y le cuesta trabajo calmarlo para darle comida?

SI NO

2.- ¿Durante las comidas le cuesta mantenerse tranquilo?

SI NO

3.- ¿Considera que no gana peso suficiente o pierde peso?

SI NO

¿Por qué? _____

4.- ¿Le cuesta mantenerlo despierto durante la alimentación?

SI NO

5.- ¿El niño presenta asfixia o dolor al tragar (se atraganta)?

SI NO

6.- ¿Cuando tiene hambre, fácilmente empieza a comer pero luego lo deja de hacer y se rehúsa a continuar?

SI NO

7.- ¿Su niño padece de alguna enfermedad (reflujo, enfermedad cardiaca, respiratoria o gastrointestinal) que dificulte la alimentación?

SI NO

Especifique que enfermedad: _____

8.- ¿Come un número limitado de alimentos?
SI NO ¿Cuántos? _____ ¿Cuáles?

9.- ¿Solo acepta alimentos preparados de un modo específico?

SI NO

¿Cómo los prepara? _____

10.- ¿Se Niega a probar alimentos Nuevos?

SI NO

11.- ¿Deja de comer después de algunos bocados?

SI NO

12.- ¿Constantemente trata de bajarse de la silla de comer o se para de la mesa?

SI NO

13.- ¿Le encanta jugar o interactuar con personas, mascotas o ver televisión a la hora de comer?

SI NO Especifique _____

14.- ¿Es muy callado o llora mucho??

SI NO

15.- ¿No sonrío, ni habla mucho?

SI NO

16.- ¿Llora al ver los alimentos o utensilios para la alimentación? (Biberón, cuchara, silla de comer)

SI NO

17.- ¿Comenzó a rechazar los alimentos después de una experiencia traumática relacionada con la alimentación como ahogo o vomito?

SI NO Especifique: _____

18.- ¿Su niño durante la alimentación regurgita la comida y luego la mastica repetidamente?

SI NO

19.- ¿Alguna vez ha notado que come alguna sustancia atípica como pintura, yesos, cabello, insecto o excremento de animales?

SI NO Especifique: _____

SU NIÑO/A COME?	SI	NO	¿CUALES?	NUMERO DE VECES POR SEMANA
FRUTAS Y VEGETALES				
CARNES(AVES, PESCADO, HUEVOS)				
PRODUCTOS LACTEOS(LECHE, QUESO, YOGURT)				
GRANOS				
GRASAS				
CARBOHIDRATOS				

MUCHAS GRACIAS POR SU VALIOSA COLABORACION, ESTA INFORMACION SERA DE MUCHA UTILIDAD PARA IDENTIFICAR TRASTORNOS DE ALIMENTACION EN LOS NIÑOS.

Instrumento de recolección de datos

Método IMFeD modificado

Ficha clínica de Identificación y Manejo de las dificultades en la alimentación de los niños.

1. (Marque todas las casillas que apliquen)

a. a. Asfixia o dolor al tragar (el niño se atraganta)

b. b. Pérdida de peso

c. c. Vómitos

d. d. Diarrea

e. e. Sangre en las heces

f. f. Alergia o intolerancia alimentaria

g. g. Eczema o urticaria

h. h. Asma

i. i. Infecciones frecuentes

j. j. Retraso en el desarrollo

■ Tiene hambre, fácilmente empieza a comer pero luego lo deja de hacer y se rehúsa a continuar.

■ Come un número limitado de alimentos.

■ Se rehúsa a comer alimentos debido a su olor, sabor, temperatura y/o aspecto.

■ Solo acepta alimentos preparados de un modo específico.

■ Se niega a probar alimentos nuevos.

■ Fue pequeño al nacer o prematuro.

■ Uno o ambos padres son de baja estatura o crecieron lentamente.

■ Parece saludable y activo.

■ No está interesado en los alimentos.

■ Deja de comer después de algunos bocados.

■ Constantemente trata de bajarse de la silla de comer o se levanta de la mesa.

■ Le encanta jugar e interactuar con personas que le resultan familiares.

■ Es retraído o irritable.

■ No sonríe ni balbucea ni habla mucho.

■ Muestra poco interés en jugar.



■ Llora al ver los alimentos o los utensilios para la alimentación (por ej. biberón, cuchara, silla de comer).

■ Se resiste intensamente a comer.

■ Comenzó a rechazar los alimentos después de una experiencia traumática relacionada con la alimentación como ahogo o vómito.

■ Esta siendo o fue alimentado por sonda y tiene temor a comer.

IMFeD para niños
Identificación y manejo de dificultades en la alimentación

Abbott Nutrition
R# 1-00083449-3

3. Por favor proporcione la siguiente información:

Estatura de la madre del niño/a _____

Estatura del padre del niño/a _____

¿Nació el niño/a prematuro/a? Sí No

¿Si es afirmativo, ¿Cuántas semanas de embarazo tenía la madre cuando nació el niño/a? _____

¿Alguno de los padres experimentó retraso en la pubertad o crecimiento lento en su infancia? Sí No

Si es afirmativo ¿Cuál de los padres? _____

4. ¿Su niño/a come?:

¿Frutas? Sí No

Si es afirmativo ¿Cuáles frutas? _____

No. de veces por semana _____

¿Vegetales? Sí No

Si es afirmativo ¿Cuáles vegetales? _____

No. de veces por semana _____

¿Carnes o alternativas de carne (incluye carne roja, aves, pescado, huevos)? Sí No

Si es afirmativo ¿Cuáles? _____

No. de veces por semana _____

¿Productos lácteos? (¿leche, queso, yogurt?) Sí No

Si es afirmativo ¿Cuáles? _____

No. de veces por semana _____

¿Granos? Sí No

Si es afirmativo ¿Cuáles? _____

No. de veces por semana _____

Fecha de hoy _____

Peso del niño/a _____ Percentil _____

Estatura del niño/a _____ Percentil _____

IMC _____ Percentil _____

Talla proyectada a los 20 años de edad si el niño continua creciendo en el percentil actual de talla para edad _____

Cálculo del potencial genético en talla de los padres:

Niños:

$$\frac{(\text{Talla de la madre} + \text{DS}) + \text{Talla del padre}}{2} = +/- 10 \text{ cm}$$

Niñas:


$$\frac{(\text{Talla del padre} - \text{DS}) + \text{talla de la madre}}{2} = +/- 9 \text{ cm}$$

* DS: Corresponde al valor en cm del Dimorfismo Sexual y depende de la referencia a utilizar:

- OMS: 13,1 cm
- Estudio Nacional de Crecimiento y Desarrollo Humanos de la República de Venezuela (Proyecto Venezuela) 1998: 12,6 cm

¿La estatura proyectada a 20 años está dentro del potencial genético de los padres? _____

IMFeD para niños
Identificación y manejo de dificultades en la alimentación



Abbott Nutrition
R# 1-00083449-3

Tabla 1.
Característica de la muestra según edad y género.

Variables	N	%
Edad		
Lactante	60	58,3
Preescolar	43	41,7
Género		
Masculino	52	50,5
Femenino	51	49,5

Tabla 2.
Característica de la muestra según estado nutricional.

Diagnóstico nutricional	N	%
Eutrófico	60	58,3
Desnutrición leve con talla normal	14	13,5
Desnutrición moderada con talla baja	12	11,7
Talla baja con peso adecuado para la talla	7	6,8
Sobrepeso con talla normal	4	3,9
Desnutrición leve con talla alta	2	1,9
Sobrepeso con talla alta	2	1,9
Obesidad y talla baja	1	1,0
Talla alta y peso normal	1	1,0

Tabla 3.
Característica de la muestra según trastorno de alimentación

Variables	n	%
Trastorno de alimentación		
No	40	38,8
Si	63	61,1

Tabla 4.
Características de la muestra según trastorno de alimentación

Variables	n	%
Trastorno de alimentación		
Pica	11	17,4
Rumiación	9	14,2
Trastorno de evitación	2	3,1
Aversión sensorial	23	36,5
Post-traumático	8	12,6
Anorexia infantil	4	6,3
Regulación ciclos básicos	4	6,3
Enfermedad medica concomitante	2	3,1

Tabla 5.
Frecuencia de trastorno de alimentación por grupo etario.

		Edad		Total	
		Lactante	Preescolar		
Trastorno de alimentación	Pica	Recuento	0	11	11
		% dentro de trastorno de alimentación	0.0	100	100
Rumiación		Recuento	2	7	9
		% dentro de trastorno de alimentación	22.2	77.7	100
Trastorno de evitación		Recuento	0	2	2
		% dentro de trastorno de alimentación	0.0	100	100
Aversión sensorial		Recuento	11	12	23
		% dentro de trastorno de alimentación	47.8	52.1	100
Post-traumático		Recuento	5	3	8
		% dentro de trastorno de alimentación	62.5	37.5	100
Anorexia infantil		Recuento	1	3	4
		% dentro de trastorno de alimentación	25	75	100
Regulación de ciclos básicos		Recuento	4	0	4
		% dentro de trastorno de alimentación	100	0	100
Enfermedad medica concomitante		Recuento	1	1	2
		% dentro de trastorno de alimentación	50	50	100
TOTAL		Recuento	24	39	63
		% dentro de trastorno de alimentación	38	61.9	100.0

Tabla 6.
Relación de trastorno de alimentación con el sexo

Trastorno de alimentación		Sexo		total
		Femenino	Masculino	
Pica	Recuento	5	6	11
	% frecuencia	45.4	54.6	100
Rumiación	Recuento	4	5	9
	% de frecuencia	44.4	55.5	100
Trastorno de evitación	Recuento	1	1	2
	% frecuencia	50	50	100
Aversión sensorial	Recuento	11	12	23
	% de frecuencia	47.8	52.1	100
Post-traumático	Recuento	3	5	8
	% de frecuencia	37.5	62.5	100
Anorexia infantil	Recuento	2	2	4
	% de frecuencia	50	50	100
Regulación de Ciclos básicos	Recuento	3	1	4
	% de frecuencia	75	25	100
Enfermedad medica concomitante	Recuento	0	2	2
	% de frecuencia	0	100	100
TOTAL	Recuento	29	34	63
	% de frecuencia	46	53.9	100

Tabla 7.

Relación del estado nutricional y trastorno de alimentación

Trastorno de Alimentación	Malnutridos		Eutróficos		Total
	n	%	n	%	
SI	27	42,8	36	57,1	100%
No	9	22,5	31	77,5	100%

Tabla 8.
Relación del estado
nutricional y el tipo de trastorno de alimentación.

Trastorno de alimentación	Estado nutricional			
	Malnutrido (n = 63)		Eutrófico (n = 40)	
	N	%	n	%
No	9	25,0	31	46,3
Pica	7	19,4	4	6,0
Rumiación	3	8,3	6	9,0
Trastorno de evitación	2	5,6	0	0,0
Aversión sensorial	4	11,1	19	28,4
Post-traumático	4	11,1	4	6,0
Anorexia infantil	4	11,1	0	0,0
Regulación de ciclos básicos	1	2,8	3	4,5
Enfermedad medica concomitante	2	5,6	0	0,0
p = 0,001				

Tabla 9.

Caracterización de la muestra según la presencia de distractor

Variables	N	%
Distractor		
Si	33	32
No	70	67,9

Tabla 10

Características de la muestra según los Tipos de distractores

Variable	N	%
Distractor		
Juegos	18	54,5
TV	13	39,3
Mascotas	2	6

Tabla 11.**Relación de la presencia de distractor y trastorno de alimentación.**

Trastorno de alimentación	Distractor			
	Si (n = 33)		No (n = 70)	
	N	%	n	%
No	6	18,2	34	48,6
Pica	7	21,2	4	5,7
Rumiación	4	12,2	5	7,1
Trastorno de evitación	1	3,0	1	1,4
Aversión sensorial	14	42,4	9	12,9
Post-traumático	1	3,0	7	10,0
Anorexia infantil	0	0,0	4	5,7
Regulación de ciclos básicos	0	0,0	4	5,7
Enfermedad medica concomitante	0	0,0	2	2,9

p = 0,001