

LAS DIFICULTADES DE ALIMENTACIÓN EN EL NIÑO PEQUEÑO

Consuelo Pedrón Giner



Beatriz Sanz Herrero



Francisca González González



AUTORES

Consuelo Pedrón Giner

Doctora en Medicina. Especialista en Pediatría y sus áreas específicas. Gastroenterología y Nutrición y Errores Congénitos del Metabolismo. Miembro fundador de la Unidad de Trastornos de Conducta de Alimentación del Niño Pequeño. Hospital Infantil Universitario Niño Jesús. Madrid.

Jubilada.

Beatriz Sanz Herrero

Licenciada en Psicología. Especialista en Psicología Clínica. Miembro fundador de la Unidad de Trastornos de Conducta de Alimentación del Niño Pequeño. Hospital Infantil Universitario Niño Jesús. Madrid.

Centro Crea Primera Infancia. Madrid.

Francisca González González

Diplomada en Profesorado de EGB. Diplomada en Logopedia. Especialista en dificultades de alimentación en la primera infancia. Miembro fundador de la Unidad de Trastornos de Conducta de Alimentación del Niño Pequeño. Hospital Infantil Universitario Niño Jesús. Madrid.

Centro CREA. Primera Infancia. Madrid.

Margarita Alcamí Pertejo

Doctora en Medicina. Especialista en Psiquiatría.

Servicio de Psiquiatría y Salud Mental. Unidad de Niños y Adolescentes. Hospital Universitario La Paz. Madrid.

Sonia Álvarez Fernández

Doctora en Ciencias de la Salud. Licenciada en Psicología. Especialista en Psicología Clínica.

Psicóloga Clínica Adjunta. Servicio de Psiquiatría y Psicología del Niño y del Adolescente. Hospital Infantil Universitario Niño Jesús. Madrid.

Begoña Barceló Sarria

Diplomada en Logopedia. Especializada en dificultades de alimentación infantil.
Profesora Asociada del Grado de Logopedia. Universidad de Málaga.
Centro ADAI. Málaga.

Ana Candás Estébanez

Diplomada en Logopedia. Terapeuta Bobath, especialista en neurología y terapia miofuncional.
Centro CREA Primera Infancia. Madrid.

Elvira Cañedo Villarroya

Licenciada en Medicina. Especialista en Pediatría y sus áreas específicas.
Médica Adjunta. Sección de Gastroenterología y Nutrición. Hospital Infantil Universitario Niño Jesús. Madrid.

Paloma Ferrero Ortega

Licenciada en Medicina. Especialista en Pediatría y sus áreas específicas.
Facultativo Especialista en Pediatría. Hospital Central de la Defensa Gómez Ulla. Madrid.

María Jiménez Legido

Licenciada en Medicina. Especialista en Pediatría y sus áreas específicas.
Médica Adjunta. Centro de Salud Las Américas. Parla. Madrid.

Esther Juste Sánchez

Diplomada en Logopedia. Especializada en dificultades de alimentación infantil.
Servicio Unidad de Terapias Funcionales. Hospital Infantil Universitario Niño Jesús. Madrid.

Esther López Cabellos

Diplomada en Logopedia. Especializada en dificultades de alimentación infantil.

Servicio Unidad de Terapias Funcionales. Hospital Infantil Universitario Niño Jesús. Madrid.

Ana Martínez Zazo

Licenciada en Medicina. Especialista en Pediatría y sus áreas específicas.

Servicio de Pediatría. Hospital Universitario La Moraleja. Madrid.

Gonzalo Morandé Lavín

Doctor en Medicina. Especialista en Psiquiatría Infanto-Juvenil.

Jefe de Servicio de Psiquiatría y Psicología del Niño y del Adolescente. Hospital Infantil Universitario Niño Jesús. Madrid.

Fallecido en marzo de 2020.

Alberto Morlán Sala

Licenciado en Medicina. Especialista en Pediatría y sus áreas específicas.

Jubilado. Equipo de Atención Primaria Centro de Salud Ibiza. Madrid.

Elena Pérez Llorente

Licenciada en Psicología. Especialista en Psicología Clínica.

Psicóloga Clínica Adjunta. Servicio de Psiquiatría y Psicología del Niño y del Adolescente. Hospital Infantil Universitario Niño Jesús. Madrid.

Silvia Rodríguez Manchón

Licenciada en Medicina. Especialista en Pediatría y sus áreas específicas.

Médica Adjunta. Departamento de Pediatría. Hospital Vital Álvarez Buylla. Mieres. Asturias.

Jana Ruiz Herrero

Doctora en Medicina. Especialista en Pediatría y sus áreas específicas.

Médica Adjunta. Centro de Salud Paracuellos de Jarama. Paracuellos de Jarama. Madrid.

Natalia Sastre Sauce

Licenciada en Medicina. Especialista en Pediatría y sus áreas específicas. Especialista en Digestivo y Nutrición Infantil.

Hospital Universitario La Moraleja. Madrid.

Carmen de la Torre Gordo

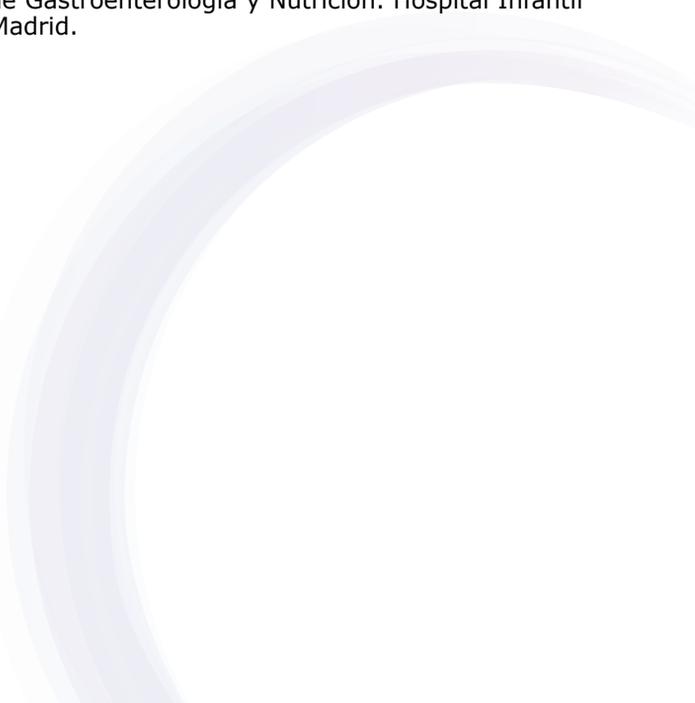
Licenciada en Psicología. Especialista en Psicología Clínica. Especialista en Psicología de la Intervención Social: ámbito Infancia y Familia.

Consulta privada de Psicología Clínica y Psicoterapia. San Sebastián de los Reyes. Madrid.

Marta Velasco Rodríguez-Belvís

Doctora en Medicina. Especialista en Pediatría y sus áreas específicas.

Médica Adjunta. Sección de Gastroenterología y Nutrición. Hospital Infantil Universitario Niño Jesús. Madrid.



PRÓLOGO

Este manual recoge el trabajo realizado por la Unidad Funcional de Trastornos de la Conducta de la Alimentación del Niño Pequeño del Hospital Infantil Universitario Niño Jesús.

Esta Unidad se ha ido desarrollando por las necesidades asistenciales de los propios médicos. Es la historia del trabajo conjunto de un grupo de profesionales que precisaron aprender a tratar a bebés que rechazaban la alimentación oral. Inicialmente la Dra. Pedrón, desde la consulta de nutrición se encargó de estos niños pequeños, enviados algunos por el pediatra de Atención Primaria, a menudo desesperado con el paciente, cuyo perfil en muchos de ellos hacía pensar en un trasfondo psicológico.

Esta necesidad que experimentaban los profesionales para atender adecuadamente a este grupo de infantes, con rechazo a la alimentación, hizo que se constituyera una unidad de intercambio de experiencias, con la puesta en común de las características y/o las peculiaridades de estos niños. Posteriormente, se incorporó la Dra. Azcorra Jefa de Sección de Psicología Clínica; más tarde la Dra. Sanz Psicóloga clínica infantil; Francisca González, Logopeda; y Elvira Cañedo Gastroenteróloga infantil. Posteriormente, también médicos residentes, o de Atención Primaria interesados en esta patología. La forma de trabajar la expresa muy bien la Dra. Pedrón en la presentación: "aprendimos de nuestra propia experiencia..." Esta puesta en común se ha mantenido a lo largo de los años con reuniones semanales en las que cada profesional aportaba algo desde su punto de vista y todos juntos reflexionaban sobre los pacientes.

Ahora ha llegado el momento de plasmar el conocimiento adquirido en un libro que recoge la experiencia clínica. De forma adicional se realiza una excelente revisión de las implicaciones biológicas y emocionales en la primera infancia. Se definen y clasifican los trastornos de alimentación en este período de la vida, se realiza revisión de los criterios diagnósticos, tratamiento, signos de alarma, evolución a medio y largo plazo, abordaje de situaciones complejas y guías de actuación y prevención. Los capítulos son concisos con bibliografía abundante y actualizada.

Al final de cada uno de ellos se presentan “puntos clave” que fijan y refuerzan los conceptos más importantes de cada sección.

No me queda más que felicitar a todos los autores, de manera especial a las editoras promotoras de la realización de este libro que se convierte en básico para entender y tratar los trastornos de alimentación en la primera infancia.

M^a Dolores García Novo

Jefa de la Sección de Gastroenterología y Nutrición del Hospital Infantil Universitario Niño Jesús desde la fundación de la sección hasta su jubilación en 2012.



PRESENTACIÓN

Este manual es el testimonio del trabajo realizado por la Unidad Funcional de Trastornos de Conducta de la Alimentación del Niño Pequeño del Hospital Infantil Universitario Niño Jesús. Un grupo de trabajo que se fue creando poco a poco, en función de las necesidades que experimentaban los propios profesionales para poder atender adecuadamente a sus pacientes. Esta ampliación gradual ha estado condicionada por dos hechos fundamentales: el primero la demanda de los profesionales y el segundo la sintonía entre ellos, lo que ha llevado a constituir una comunidad de intercambio de experiencias y opiniones con la mirada puesta en el niño con problemas y su familia.

En el año 1989 el Profesor Hernández, Catedrático de Pediatría de la Universidad Autónoma de Madrid y jefe de Pediatría del Hospital Niño Jesús, con una mentalidad vanguardista, decide crear una Unidad de Nutrición Clínica y Dietética en la Sección de Gastroenterología, a semejanza de las de los hospitales de adultos. En ese momento yo me incorporo al hospital y recibo el encargo de desarrollarla.

Pronto comienzo a ver en consulta a niños con dificultades de alimentación, percibiendo mi falta de capacidad para solucionar los problemas de algunos de ellos, en los que adivinaba condicionantes de tipo psicológico. Mi encuentro con Inmaculada Azcorra en 1995, a la sazón jefa de Sección de Psicología Clínica, y mi entendimiento con ella, hizo fácil lo que parecía imposible. Durante este tiempo Beatriz Sanz realiza parte de su residencia con ella y se va implicando con estos pacientes.

Un poco más tarde comprobamos que era imprescindible un tercer profesional que fuera capaz de coger la cuchara... Acababa de llegar al hospital el equipo de Atención Temprana tras el cierre de la Maternidad del Hospital de Santa Cristina, e Inmaculada contactó con la logopeda Francisca González en 2005.

La enfermedad y muerte de Inmaculada en 2006, nos dejó a Beatriz en la consulta de Psicología Clínica, a Paquita en Logopedia y a mí en Nutrición-Gastroenterología al frente del reto que suponía desarrollar por completo esta Unidad en un hospital público.

Desde entonces hemos ido aprendiendo de nuestra propia experiencia, trabajando siempre de forma conjunta y con una mirada integradora, ampliando el grupo a otros profesionales de nuestro centro y de Atención Primaria, entre los que habría que destacar desde el punto de vista médico a profesionales imprescindibles como Elvira Cañedo, Ana Martínez Zazo y Alberto Morlán, y siendo un foro de gran interés para los residentes y otras personas que por motivos académicos acudían a nuestro hospital. A lo largo de estos años nos hemos constituido en un verdadero Equipo, siendo determinante el papel de las reuniones semanales en las que cada uno, desde su mirada profesional, aporta algo importante y pone de manifiesto la necesidad/capacidad/posibilidad de “pensar juntos” sobre los pacientes. Este es el momento de pasar el testigo a los compañeros más jóvenes que formando parte de la Unidad podrán seguir siendo referencia para la atención a los pequeños con dificultades de alimentación y sus familias.

En 2008 Gonzalo Morandé convocó el I Memorial Inmaculada Azcorra. Fuimos capaces de recoger su antorcha y a partir de 2010 hemos organizado un curso anual (el curso de verano como le llama Beatriz) para dar a conocer nuestra experiencia, reflexionar sobre ella y aprender con las aportaciones de otros profesionales. Algunos de los participantes en las 14 ediciones de estos encuentros, tanto invitados externos como residentes de nuestra institución, también participan en este Manual.

Este libro es fruto del trabajo y la reflexión de unos y otros, de la necesidad de hacernos preguntas y de la importancia de compartir el conocimiento. Está estructurado para exponer de forma sistemática las implicaciones biológicas y emocionales de la alimentación en la primera infancia, la definición y clasificación de las dificultades y trastornos de la alimentación en esta etapa de la vida, su diagnóstico y tratamiento, el abordaje en ciertas situaciones concretas, la guía de actuación y los aspectos preventivos a considerar.

Quiero darles las gracias a todos por su colaboración, acogida y complicidad, y sobre todo a los más jóvenes por su entusiasmo e interés tan contagioso y reconfortante. Espero que nuestro esfuerzo se vea compensado por la atención de nuestros lectores y la utilidad en su tarea diaria.

Consuelo Pedrón Giner

AGRADECIMIENTOS

Una vez acabada la redacción de este libro sólo nos queda darle las gracias a todos los que nos han permitido realizar esta tarea.

En primer lugar, a los pacientes y sus familias, de los que hemos aprendido casi todo lo que sabemos y por los que hemos continuado trabajando y estudiando para intentar darles el mejor tratamiento.

En segundo lugar, a los profesionales que nos han acompañado en este trayecto: a nuestros jefes Dolores García Novo y Gonzalo Morandé que nos apoyaron incondicionalmente, a nuestros compañeros en el hospital y fuera de él, a los que vinieron a compartir aprendizaje y conocimientos o a participar en los cursos que organizamos.

En tercer lugar, a todos los autores de este libro. Gracias por su paciencia para sobrellevar las repetidas revisiones de cada uno de los capítulos. Y en especial a Teresa Miguel Martínez, por sus consejos tras la lectura imparcial de los escritos.

Y por último a Nutricia, que dispuesta a ayudar a los profesionales para dar a conocer su trabajo, nos permite publicar y difundir este texto.

Esperamos que su lectura sea entretenida y fructífera, por lo que también agradecemos el interés a nuestros lectores.

Las editoras

RECORDANDO A INMACULADA AZCORRA

Queremos recordar a nuestra compañera y maestra Inmaculada, esta es la dedicatoria del libro que estaba escribiendo y que no pudo terminar:

*Al escribir este libro pienso
en mi familia, en mis amigos,
en mis maestros,
en mis compañeros,
en mis alumnos,
pero especialmente,
pienso en los pacientes que tanto me han aportado,
me han enseñado,
me han ayudado a desarrollarme,
a indagar,
a comprender muchas de las preguntas que uno se hace
a lo largo de la vida,
a aceptar la ignorancia,
a luchar por esclarecer las incógnitas,
a seguir luchando en la vida.*

Inmaculada Azcorra

Iniciamos el proyecto del libro que tienen en sus manos hace muchos años, de forma un poco desordenada en una comida en su casa.

Inmaculada nos dejó la necesidad de pensar juntas sobre los pacientes y la posibilidad de compartir con ella la ilusión en el trabajo y su forma de escuchar a los niños. Para los que nos formamos con ella, era un sitio al que volver, ella insistía en hacernos pensar, en devolvernos las preguntas.

Desde aquí queremos destacar la figura de Inmaculada como profesional.

Importancia del trabajo en el hospital. La importancia de un trabajo realizado específicamente en el ámbito hospitalario y en relación con otras especialidades médicas. Pionera en el trabajo con familias en las que una enfermedad grave dificulta el que puedan acompañar el crecimiento de sus hijos o imaginar un futuro para ellos.

Convicción en la capacidad del psiquismo para elaborar las experiencias. El dolor si se puede poner en palabras, si podemos ponerlo en relación con algo, permite que sea más pensable y en esa medida más tolerable.

Actitud terapéutica. Capacidad de conectar con el paciente, ponerse a su lado y recoger su dolor sin perder la distancia necesaria para poder ayudarlo.

Escuchar al niño. Algo muy importante en su forma de trabajar es que Inmaculada devuelve la palabra al niño, lo hace presente desde la primera entrevista. Le da un lugar propio y se dirige a él; es alguien a quién escuchar.

Acompañar a los padres. No culpabilizar, ni descalificar. Devolver la confianza y la capacidad a los padres para fiarse de sí mismos. Ir a su lado tratando de encontrar un sentido y facilitar pequeños cambios.

La importancia del tiempo. Inmaculada insistía en no tener prisa con los pacientes, la necesidad de tener un tiempo para ellos y respetar su ritmo. No acelerar los procesos, permitir el tiempo de crecimiento de los niños. Muchas veces decía: "Hay que esperar".

Importancia de la formación. Recordamos el relato sobre el dibujo del árbol de una niña de 8 años paciente de la Unidad de Fibrosis Quística:

"Este árbol tiene frutos ... es un manzano. ¿Cuántos años puede tener? 9 años.

A este árbol se le caían las hojas y no sabía por qué. ¿Qué le pasaba?

Pensaba que se estaba haciendo viejo... Y entonces, no quería volverse viejo.

Intentaba que no se le cayeran las hojas, pero no conseguía nada..., se le seguían cayendo.

Entonces vino un búho y le preguntó ¿por qué se te caen las hojas? Y dijo el árbol: pues no lo sé, a lo mejor es porque me estoy volviendo viejo.

No seguro que no... ¿cuántos años tienes? El árbol dijo, 9.

El búho le dijo: será porque es otoño que se te caen las hojas...

Y el árbol como ya sabe por qué se le caen las hojas estaba feliz”.

Podemos recordar a Inmaculada como ese búho que acompaña las preguntas de los niños.

No le interesaban los grandes discursos o las publicaciones, pero insistía en hacerse preguntas. Insistía en la importancia de los seminarios y la necesidad de un grupo de referencia como espacio de reflexión y que ayudara a pensar.

Recogiendo sus aportaciones, en homenaje a ella y con su nombre, pusimos en marcha un curso anual sobre el abordaje de las dificultades de alimentación en el niño pequeño en el Hospital Infantil Universitario Niño Jesús de Madrid, que celebró su XIV edición en diciembre de 2023.

Los cursos “Inmaculada Azcorra” se han consolidado como lugar de encuentro y reflexión entre diferentes profesionales que, poniendo el acento en la clínica, comparten inquietudes y ganas de aprender. Se trata de un espacio multidisciplinar en el que siempre hemos contado con la participación de profesionales de otros centros o lugares de España, de los que queremos recordar especialmente a Mariela Michelena y M^a José Vidaurrázaga por la huella que dejaron en nosotros, a Gerardo Prieto y Celia Díaz por su interés en nuestro trabajo desde su área de conocimiento pediátrica, gastroenterología y neonatología, y a M^a Teresa Miguel por su apoyo en todo momento. Se quedan en el tintero el nombre de otros muchos que contribuyeron de forma inestimable a la fortuna de estos cursos.

En ellos abordamos los temas que a lo largo de todo este tiempo han sido el foco de nuestros interrogantes: el tratamiento integral e interdisciplinar, el papel del pediatra, el manejo ambulatorio, los criterios de derivación hospitalaria y la coordinación entre la Atención Primaria y especializada, las alteraciones médicas que los ocasionan, el diagnóstico precoz de las dificultades para evitar que lleguen a trastornos y su prevención primaria, el papel de las familias, el desarrollo emocional, las técnicas específicas logopédicas; en suma, una mirada amplia, integradora, que nos permite ayudar a los pacientes y sus familias.

Beatriz Sanz Herrero

ÍNDICE

1. La alimentación en la primera infancia: Implicaciones biológicas y emocionales.	19
a. Crecimiento y maduración del niño en la primera infancia. Jana Ruiz Herrero.	21
b. Lactancia	38
1. Lactancia materna y artificial. Marta Velasco Rodríguez-Belvís.	38
2. La lactancia materna. Aportaciones desde la Psicología Clínica. Beatriz Sanz Herrero y Carmen de la Torre Gordo.	51
c. Alimentación complementaria. María Jiménez Legido.	62
d. La alimentación desde el punto de vista evolutivo. Francisca González González, Beatriz Sanz Herrero y Ana Candás Estébanez.	74
2. Definición y clasificación de los trastornos de alimentación en la primera infancia.	85
a. Clasificación actual: de las dificultades a los trastornos de alimentación. Elvira Cañedo Villarroya.	87
b. Pronóstico de los trastornos de alimentación en la primera infancia a medio y largo plazo. Sonia Álvarez Fernández.	98
3. Evaluación diagnóstica del niño con dificultades de alimentación.	109
a. Diagnóstico médico:	111
1. Sistemática diagnóstica. Natalia Sastre Sauce.	111
2. Valoración nutricional. Paloma Ferrero Ortega.	120
b. Evaluación logopédica de la alimentación. Francisca González González y Ana Candás Estébanez.	129
c. El proceso de psicodiagnóstico. Beatriz Sanz Herrero y Elena Pérez Llorente.	139
4. Tratamiento de las dificultades de alimentación.	155
a. Tratamiento médico. Ana Martínez Zazo.	157
b. Tratamiento logopédico. Francisca González González, Esther López Cabello y Esther Juste Sánchez.	167
c. Tratamiento psicológico. Beatriz Sanz Herrero y Elena Pérez Llorente.	181

5. Abordaje de situaciones específicas.	199
a. Enfermedades crónicas. Silvia Rodríguez Manchón.	201
b. Prematuros. Begoña Barceló Sarria.	211
c. El niño con sonda.	220
1. El niño con dispositivo externo de alimentación. Elvira Cañedo Villarroya.	220
2. De la sonda a la cuchara. Beatriz Sanz Herrero, Francisca González González y Consuelo Pedrón Giner.	236
d. Trastornos del espectro autista	242
1. Conceptos básicos de los trastornos del espectro autista. Margarita Alcamí Pertejo.	242
2. Trastornos gastrointestinales asociados al trastorno del espectro autista en la infancia. Jana Ruiz Herrero.	248
3. Aspectos generales a tener en cuenta en el abordaje terapéutico de las dificultades de alimentación en niños/as con trastorno del espectro autista. Esther Juste Sánchez.	259
e. Disfagia. Ana Candás Estébanez.	267
f. Aspectos psicológicos de la enfermedad crónica en el niño. Beatriz Sanz Herrero y Elena Pérez Lorente.	283
6. Guía de actuación. Tratamiento multidisciplinar de los trastornos de alimentación. Consuelo Pedrón Giner, Francisca González González y Beatriz Sanz Herrero.	293
7. Aspectos preventivos. Detección e indicadores de alarma.	309
a. Una mirada al grupo familiar: las funciones parentales y crianza. Carmen de la Torre Gordo.	311
b. Aspectos preventivos desde la consulta del pediatra. Alberto Morlán Sala.	320
8. Epílogo.	333
Trastornos de alimentación en la primera infancia. Definición y recorrido histórico. Gonzalo Morandé Lavín.	335

A decorative graphic consisting of several overlapping, curved bands in shades of blue and purple, sweeping across the bottom half of the page from left to right.

Capítulo 1

LA ALIMENTACIÓN EN LA PRIMERA INFANCIA: IMPLICACIONES BIOLÓGICAS Y EMOCIONALES

1. a. Crecimiento y maduración del niño en la primera infancia

Jana Ruiz Herrero

INTRODUCCIÓN

La alimentación en los primeros años de la vida no sólo debe proporcionar los nutrientes necesarios para un adecuado crecimiento, sino que constituye una forma de aprendizaje de conductas, normas sociales y habilidades psicomotrices. Por otro lado, la manera en la que se aportan los alimentos debe adaptarse al estado madurativo, tanto de los aparatos que intervienen en el procesamiento de estos, como del desarrollo neurológico. El conocimiento de la evolución cronológica que experimentan dichos aparatos y de las necesidades nutricionales es de vital importancia para ofrecer el tipo de alimento y en la forma adecuada en cada etapa, con el fin de evitar problemas tanto de índole somática (alergias, obesidad, desnutrición...) como psicológica (trastornos de la conducta alimentaria del niño pequeño).

CRECIMIENTO DEL NIÑO EN LOS PRIMEROS AÑOS DE LA VIDA

El crecimiento es un proceso complejo por el cual el niño incrementa su peso y longitud, modifica su composición corporal y experimenta cambios morfológicos y funcionales en sus órganos y sistemas hasta alcanzar su maduración. Está regulado por factores genéticos, homeostáticos, hormonales y nutricionales¹. La nutrición aporta la energía y los nutrientes necesarios para un buen desarrollo. Las necesidades varían en función de la velocidad de crecimiento, siendo muy importantes en dos periodos cruciales: los primeros años de la vida y el estirón puberal. Hasta un 35% de los requerimientos diarios de energía se dedica al crecimiento durante los tres primeros meses de vida, reduciéndose hasta el 5% hacia los 12 meses y al 3% durante el segundo año. Posteriormente, suponen un 1-2% hasta la adolescencia². Por otra parte, la nutrición regula la expresión de

hormonas y enzimas implicadas en el metabolismo energético. Cuando el aporte nutricional es insuficiente, el organismo aumenta la energía destinada a funciones vitales y disminuye la dedicada al crecimiento, con lo que éste se enlentece o incluso detiene. Cuando se reinstaura una adecuada alimentación aumenta la velocidad de crecimiento³.

Para la valoración del crecimiento y del estado nutricional contamos con la medición del peso y la talla (denominada longitud en los dos primeros años de la vida y determinada en decúbito supino), y sus índices relacionados como el índice de masa corporal (IMC) o la relación peso/talla. Otras mediciones permiten conocer el desarrollo de órganos o tejidos concretos (el cerebro a través del perímetro cefálico, o el tejido adiposo a través de los pliegues). Los datos de cada individuo deben compararse con patrones de crecimiento⁴ (ver Capítulo 3. a. 2. Valoración nutricional).

Durante la infancia se pueden diferenciar varias etapas en relación con el crecimiento y desarrollo^{1,3,5}, ya que éstos no son lineales. Más de un 20% de los niños sanos pueden presentar periodos de falta de crecimiento de hasta 3 meses de duración por lo que es importante valorar a cada individuo evolutivamente⁶. Los dos primeros periodos son los de recién nacido (RN) y lactante. Los RN a término son aquéllos que nacen entre las 37 y las 42 semanas de gestación. Al final del periodo de lactante el niño ha triplicado su peso al nacer, su talla ha aumentado el 50% de la del nacimiento y su perímetro cefálico ha crecido más del 50% de su evolución total hasta la edad adulta^{7,8}. En la tabla 1 se expone la ganancia de peso y talla esperada en este período^{1,5,8}, así como las características de las siguientes etapas^{1,3,5,7}.

DESARROLLO DEL NIÑO EN LOS PRIMEROS AÑOS DE LA VIDA

Desde el punto de vista de la alimentación, se pueden diferenciar tres etapas⁹ (tabla 2). En cada una de ellas la alimentación debe adaptarse al proceso madurativo que sufren los siguientes aparatos y sistemas.

- **Aparato digestivo.** En la cavidad oral, el RN cuenta con el reflejo de succión que le permite alimentarse desde los primeros días de vida con lactancia materna (LM) o artificial (LA). Desde la semana 32-34 de gestación existe una adecuada coordinación entre succión y deglución¹⁰. La salivación es muy escasa hasta el 2^o-3^{er} mes de vida. Sin embargo, la saliva contiene amilasa (presente ya desde la semana 20 de gestación) y lipasa linguales¹¹.

Tabla 1. Etapas de la infancia en relación con el crecimiento y desarrollo.

Etapa	Rango de edad	Incremento de peso	Incremento de talla	
Recién nacido	0-1 mes	PRN medio 3330 g	LRN media 50 cm	
Lactante	1-12 meses	0-3 meses	24-25 cm	
		3-6 meses		26-31 g/día
		6-9 meses		17-18 g/día
		9-12 meses		12-13 g/día
Párvulo o niño pequeño	1-3 años	7-9 g/día	1-2 años	12-14 cm/año
			2-3 años	8-10 cm/año
Preescolar	3-6 años	2 kg/año	7 cm/año	
Escolar	6 años-pubertad	2 kg/año	5-7 cm/año	
Pubertad	Inicio a los 8-13 años en niñas y a los 10-15 años en niños	1 kg por cada incremento de 1 cm de talla	Niñas: 22-25 cm Niños: 25-28 cm Máxima velocidad en los primeros 18 meses (8-10 cm/año)	

PRN: peso del recién nacido. **LRN:** longitud del recién nacido.

Tabla 2. Periodos en la alimentación del niño y sus características.

Periodo	Edad	Características
Lactancia	0-6 meses	Su capacidad para ingerir alimento está condicionada por el reflejo de succión y la inmadurez de todos los sistemas implicados en la alimentación. Leche, preferiblemente materna, es el único alimento que precisa.
Transición	6-12 meses	Se inicia la diversificación alimentaria, que expone al niño a multitud de estímulos que favorecen su desarrollo y le aporta los nutrientes necesarios para un adecuado crecimiento.
Adulto modificado	1-6 años	La alimentación se vuelve progresivamente más variada y compleja hasta asemejarse a la del adulto.

En el esófago destaca la inmadurez de la unión cardiodiatal que facilita las regurgitaciones, especialmente postprandiales. El tono del esfínter esofágico inferior aumenta progresivamente, adquiriendo cierta madurez hacia el 6º mes, aunque ésta no será completa hasta los 3 añosº.

La capacidad gástrica del RN es de 10-20 ml y aumenta progresivamente hasta 200-300 ml al final del primer año. La velocidad de vaciamiento gástrico depende de los alimentos ingeridos. Así, los lactantes alimentados

con LM presentan un vaciamiento completo a los 90 minutos de la toma y consta de una fase rápida inicial seguida de una fase lenta, en parte favorecida por la diferente composición de la LM a lo largo de la toma (más carbohidrato en la primera fase y mayor contenido en grasa al final de la toma), a diferencia de los lactados con LA en los que es más lento y lineal⁹. Por ello, durante la LM las tomas son más frecuentes y a demanda durante los primeros meses. La secreción ácida, de pepsina y de factor intrínseco aparecen en la semana 13 de gestación en cantidades muy pequeñas¹⁰. La secreción ácida aumenta progresivamente llegando a constituir menos del 50% de la del adulto a los 3 meses⁷ y alcanzando cifras normales a los 3 años¹⁰. Los niveles de pepsina y factor intrínseco se equiparan a los del adulto hacia los 18 meses¹⁰. Durante el periodo neonatal existe una hipergastrinemia fisiológica cuya función probablemente sea madurativa y favorecedora del crecimiento de la mucosa¹¹. En el estómago comienza la digestión: la amilasa salival se activa y comienza la degradación de polisacáridos, las lipasas gástrica y salival inician la hidrólisis de las grasas (a lo cual contribuye la lipasa de la LM), la pepsina inicia la digestión principalmente de la caseína, mientras que modifica las proteínas del suero lácteo en menor medida¹¹. Esto acarrea el posible paso de proteínas enteras al torrente circulatorio, lo que condicionará el desarrollo de tolerancia o alergia a antígenos externos.

El jugo pancreático se compone de proteasas sintetizadas como proenzimas (tripsina, quimiotripsina, elastasa, fosfolipasa y carboxipeptidasa), amilasa y lipasa. La enterocinasa intestinal convierte el tripsinógeno en tripsina, la cual transforma al resto de proenzimas en proteasas activas. En la tabla 3 se exponen sus actividades en el lactante¹¹. La actividad de la amilasa es baja los primeros 6 meses, lo que se compensa con las amilasas salival y láctea¹⁰. A partir del 6º mes, coincidiendo con la introducción del almidón en los cereales, su actividad comienza a incrementarse¹¹. Existe también un déficit de lipasa pancreática y de concentración de sales biliares durante los primeros meses lo cual no afecta a la absorción grasa (80-85% de la grasa ingerida) debido a la función de las lipasas gástrica, salival y láctea¹⁰.

La inmadurez hepática del RN da lugar a una menor producción de ácidos biliares, menor reabsorción de sales biliares en íleon, menor captación de ácidos biliares y una deficiente conjugación de los mismos¹¹.

Las disacaridasas intestinales están presentes intraútero. La lactasa es la que sufre una producción más retrasada y puede ser deficiente en los prematuros, aunque su actividad es inducible por la lactosa de la leche^{10,11} durante este periodo de la vida.

Tabla 3. Actividad de las proteasas pancreáticas en el lactante respecto al adulto.

Enzima	Actividad
Tripsina	~100%
Quimiotripsina	10-60%
Carboxipeptidasa	10-60%
Enterocinasa	10%

La función motora del tubo digestivo sufre un proceso de maduración hasta aproximadamente los 3 años. El tránsito intestinal es más rápido que en el adulto. Un lactante pequeño alimentado con LM puede realizar una deposición tras cada toma, mientras que los lactados con LA suelen realizar un menor número de deposiciones diarias, de mayor consistencia y peor olor. La media de deposiciones a los 4 años es de 1-2 al día. A partir de los 4 años se asemejan a los adultos, oscilando de 3 al día a 3 a la semana.

- **Sistema inmune.** El RN es un individuo relativamente inmunodeficiente, tanto a nivel sistémico como de la barrera intestinal. A dicho nivel existen dos tipos de mecanismos de defensa: uno específico, constituido por la inmunoglobulina A (IgA) y los linfocitos intraepiteliales; y otro inespecífico, del cual forman parte la acidez gástrica, la secreción biliar, las enzimas proteolíticas y la motilidad intestinal¹⁰. Ambos se encuentran poco desarrollados al nacimiento, lo que supone un mayor riesgo de contacto con antígenos extraños y agentes infecciosos. Al nacer comienza la migración de células plasmáticas a la lámina propia y la síntesis de IgA se inicia en torno al tercer mes. Esta inmunodeficiencia relativa es compensada por la LM que aporta múltiples factores antiinfecciosos (linfocitos, IgA, lactoferrina...). Otro factor importante en la defensa digestiva es la microbiota intestinal, cuyo establecimiento es un proceso dinámico influenciado por el tipo de parto y de lactancia y la exposición a fármacos^{12,13}. Inicialmente está constituida por cepas no patógenas de la placenta, posteriormente por bacterias

anaerobias facultativas y finalmente por aerobias estrictas al final del primer año¹². La leche materna contiene cepas de *Staphylococcus*, *Streptococcus*, *Lactobacillus* y *Enterococcus* que la dotan de un efecto antiinfeccioso e inmunomodulador¹⁴, a diferencia de las fórmulas infantiles, por lo que en los últimos años la mayoría son suplementadas con pre y probióticos, simbióticos y/o posbióticos. Cada vez más trabajos avalan la existencia del eje microbiota-intestino-cerebro, un complejo sistema de comunicación neurohumoral bidireccional que influye en el neurodesarrollo del niño y en la predisposición a ciertas patologías neurológicas (como el trastorno de déficit de atención e hiperactividad) y endocrinas (como la obesidad)^{12,13,15,16}.

- **Sistema urinario.** Durante los primeros meses de la vida el riñón presenta un menor filtrado glomerular, una menor tasa de excreción y reabsorción tubular, así como una menor capacidad de concentración de la orina debido a la menor longitud del asa de Henle, a un menor transporte tubular de sodio, a la presencia de un mayor flujo sanguíneo medular, una baja excreción de urea y una menor respuesta tubular a la hormona anti diurética. Esto conlleva una mala tolerancia a la sobrecarga de agua y solutos y a la retención de productos de desecho en situaciones de aumento del catabolismo o de dietas inadecuadas^{9,10}. A partir de los 4-6 meses la maduración del sistema urinario permite que el lactante pueda ser alimentado con fórmulas de continuación e iniciar la alimentación complementaria.

- **Desarrollo neurológico.** Es un proceso continuo que tiene lugar durante los primeros años de la vida y comprende la evolución del niño en múltiples áreas, lo que le permite conocer el ambiente que lo rodea, comunicarse, tomar conciencia de sí mismo, regular sus emociones e integrarse en la sociedad¹⁷. En la tabla 4 (que se incluye al final del capítulo) se resumen los principales hitos del desarrollo.

- **Desarrollo motor.** El tono muscular progresa desde un predominio flexor en el RN, a un equilibrio balanceado en el tono flexor y extensor de las extremidades. Se desarrolla en sentido céfalo-caudal y de axial a distal¹⁷. Además del control postural, es importante la desaparición de las reacciones arcaicas, cuya persistencia o intensidad anormal debe hacer sospechar patología^{17,18} (tabla 5, que se incluye al final del capítulo). Desde el punto de vista de la alimentación, el tono muscular del lactante le permite realizar una adecuada succión inicialmente para una alimentación completamente

líquida hasta el 4^o-6^o mes. Posteriormente podrá iniciar la diversificación alimentaria, que será semisólida al principio, gracias a un completo control cefálico, una mejor coordinación y a la desaparición de los reflejos de succión y de extrusión (aquel que impide la entrada de la cuchara en la boca causando el cierre de los labios y el empuje de la lengua). A partir del 6^o mes, cuando se coloca la comida en la boca, la lengua se mueve de arriba hacia abajo en un patrón de mascado (no masticación como tal, ya que no se produce movimiento rotatorio) que se puede alternar con movimientos de succión. A esta edad pueden comenzar los movimientos laterales si la comida se queda en los lados. Existe un periodo crítico, comprendido entre los 7 y los 10 meses de edad, en el que tiene lugar la encefalización de la alimentación, que se dirigirá por el tálamo y la corteza y se verá condicionada por estímulos externos (sabores, texturas, olores...) ¹⁰. Si en esta etapa no se reciben dichos estímulos, pueden desarrollarse en el futuro dificultades de alimentación. La maduración de la motricidad fina, especialmente de la pinza manual, le permitirá coger objetos cada vez de menor tamaño. Así, a partir de los 10-12 meses, se llevará alimentos a la boca, será capaz de coger una cuchara y beber de una taza. A partir de los 2 años será completamente autónomo.

- **Desarrollo sensorial.** El desarrollo de la audición y la vista se resumen en la tabla 4. El sentido del gusto es uno de los más desarrollados al nacer. Las papilas gustativas empiezan a desarrollarse desde la 8^a semana de gestación y se estimulan desde que el feto deglute líquido amniótico a partir del 4^o mes, ya que los sabores de la dieta materna pueden pasar la barrera placentaria. La LM también influirá en los gustos del niño, ya que su sabor y composición dependen también de la alimentación de la madre, por lo que los niños alimentados con lactancia natural son más proclives a aceptar nuevos sabores ¹⁰, lo cual ocurre a partir del 6^o mes. Es frecuente que aparezca la neofobia (el miedo a probar alimentos nuevos) que se supera con la exposición repetida (8-10 veces) ¹⁰. El desarrollo del gusto va ligado al del olfato, ya presente intraútero, y muy importante en el establecimiento del vínculo.

- **Desarrollo del lenguaje.** (Tabla 4). Los trastornos de la conducta alimentaria en ocasiones van ligados a dificultades en el lenguaje. Su mayor desarrollo se produce en torno a los 2 años ¹⁷.

- **Desarrollo de habilidades sociales y adaptativas.** El niño debe adquirir ciertas habilidades para su integración social. Para ello debe lograr una adecuada autorregulación emocional, desarrollar la empatía y aprender habilidades básicas como el aseo o la alimentación¹⁷. El primer vínculo emocional se establece a través de la comida, siendo ésta la principal fuente de intercambio emocional. Durante los dos primeros meses el lactante siente satisfacción con la succión y la alimentación debe ser a demanda. Desde entonces y hasta el 6º mes comienza a reconocer el hambre y la saciedad, y se empiezan a establecer ritmos para en los siguientes 6 meses pasar por un periodo de adaptación a nuevas texturas, olores, sabores... A partir del año el niño disfruta manipulando la comida con sus manos. Es frecuente que hacia los 2 años experimente cierta disminución del apetito, caprichos y negativas en relación con alimentos y deseos de comer con independencia. El comportamiento social de los adultos, especialmente de los padres, proporciona el modelo a seguir en sus futuras experiencias¹⁷. Su actitud debe ser respetuosa ante sus sensaciones de hambre y saciedad, de manera que le permita regular su ingesta. Así, los padres deben ofrecer alimentos saludables, pero, en general, es el niño quien debe regular la cantidad que ingiere de los mismos¹⁰.

PUNTOS CLAVE

- La alimentación en los primeros años de la vida debe proporcionar los nutrientes necesarios para un adecuado crecimiento y favorecer el aprendizaje de conductas, normas sociales y habilidades psicomotrices.
- Desde el punto de vista del crecimiento y el desarrollo, la infancia puede dividirse en 5 etapas: recién nacido, lactante, niño pequeño, preescolar, escolar y púber.
- El crecimiento no es lineal a lo largo de la infancia. Su valoración en cada niño precisa de comparaciones con patrones de crecimiento poblacionales y evaluaciones periódicas en cada individuo.
- Desde el punto de vista de la alimentación, la infancia puede dividirse en 3 periodos: lactancia, transición y etapa adulta modificada.

- La alimentación del niño debe adaptarse al estado madurativo de su aparato digestivo, su sistema inmune, su aparato excretor y su desarrollo neurológico.
- Existe un periodo crítico, comprendido entre los 7 y los 10 meses de edad, en el que el niño debe exponerse a nuevos sabores, texturas y olores. Si no se reciben dichos estímulos a su debido tiempo, pueden desarrollarse en el futuro dificultades de alimentación.

BIBLIOGRAFÍA

1. Pozo Román J. Crecimiento normal. En: García JJ, Cruz O, Mintegi S, Moreno JM, editores. Manual de Pediatría. 4.ª edición. Madrid: Ergón; 2020. p. 723-6. ISBN: 978-84-17194-65-9.
2. Moráis López A, Rivero de la Rosa MC, Galera Martínez R, Ros Arnal I, Herrero Álvarez M, Rodríguez Martínez G; grupo GETNI. Cálculo de los requerimientos energético-proteicos para el soporte nutricional en la práctica clínica. Acta Pediatr Esp. 2011;69(5):211-6.
3. Crecimiento y Nutrición. Retraso del crecimiento de origen nutricional. En: Ballabriga A, Carrascosa A, editores. Nutrición en la Infancia y la Adolescencia. 3.ª edición. Madrid: Ergón; 2006. Madrid. p. 891-918. ISBN: 84-8473-457-9.
4. Rosell Camps A, Riera Llodrá JM, Galera Martínez R. Valoración del estado nutricional. Protoc diagn ter pediatr. 2023;1:389-99.
5. Cruz Hernández J, García García JJ. El niño sano. En: García JJ, Cruz O, Mintegi S, Moreno JM, editores. Manual de Pediatría. 4.ª edición. Madrid: Ergón; 2020. p. 14-22. ISBN: 978-84-17194-65-9.
6. Barrio Merino A, Calvo Romero C. Actuación ante un niño con fallo de medro. En: Peña Quintana L, Armas Ramos HM, Sánchez-Valverde Visus F, Camarena Grande C, Gutiérrez Junquera C, Moreno Villares JM, editores. Protocolos diagnóstico-terapéuticos de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica de la Sociedad Española de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica y Asociación Española de Pediatría. 2ª edición. Madrid: Ergón; 2010. p. 67-75. ISBN: 978-84-8473-869-5.

7. Plaza-Montero J. El niño normal. En: Brines J, Carrascosa A, Crespo M, Jiménez R, Molina JA, editores. Manual de Pediatría. 3.ª edición. Madrid: Ergón; 2013. p. 25-30. ISBN: 978-84-15351-54-2.
8. Nichols J. Normal growth patterns in infants and prepubertal children. En: UpToDate [en línea] [consultado el 07/04/2025]. Disponible en <https://www.uptodate.com/contents/normal-growth-patterns-in-infants-and-prepubertal-children/print>
9. Lázaro Almarza A, Martín Martínez B. Alimentación del lactante sano. En: Peña Quintana L, Armas Ramos HM, Sánchez-Valverde Visus F, Camarena Grande C, Gutiérrez Junquera C, Moreno Villares JM, editores. Protocolos diagnóstico-terapéuticos de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica de la Sociedad Española de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica y Asociación Española de Pediatría. 2.ª edición. Madrid: Ergón; 2010. p. 287-95. ISBN: 978-84-8473-869-5.
10. Pedrón Giner C. Maduración del niño. Influencia en la alimentación. En: Pedrón Giner C, coordinadora. Alimentación y Nutrición en Pediatría. Aspectos básicos. 1.ª edición. Madrid: UAM ediciones; 2009. p. 22-31. ISBN: 978-84-83441-60-2.
11. Lambruschini-Ferri N. Desarrollo anatomofuncional del aparato digestivo. En: Brines J, Carrascosa A, Crespo M, Jiménez R, Molina JA, editores. Manual de Pediatría. 3.ª edición. Madrid: Ergón; 2013. p. 597-601. ISBN: 978-84-15351-54-2.
12. Campoy Folgoso C, Martínón-Torres N, Martín Martínez B. Nutrición durante los primeros 1.000 días de vida. *Protoc diagn ter pediatr*. 2023;1:441-54.
13. Obermajer T, Grabnar I, Benedik E, Tušar T, Robič Pikel T, Fidler Mis N, *et al*. Microbes in infant gut development: placing abundance within environmental, clinical and growth parameters. *Sci Rep*. 2017;7(1):11230. <https://doi.org/10.1038/s41598-017-10244-x>
14. Olivares M, Lara-Villoslada F, Sierra S, Boza J, Xaus J. Efectos beneficiosos de los probióticos de la leche materna. *Acta Pediatr Esp*. 2008;66(4):183-8.

15. Gómez-Eguílaz M, Ramón-Trapero JL, Pérez-Martínez L, Blanco JR. El eje microbiota-intestino-cerebro y sus grandes proyecciones. *Rev Neurol.* 2019;68(03):111-7.
16. Clarke G, O'Mahony S, Dinan T, Cryan J. Priming for health: gut microbiota acquired in early life regulates physiology, brain and behaviour. *Acta Paediatr.* 2014;103:812-9. <https://doi.org/10.1111/apa.12674>
17. Gómez-Andrés D, Pulido Valdeolivas I, Fiz Pérez L. Desarrollo neurológico normal del niño. *Pediatr Integral.* 2015;XIX(9):640.e1-640.e7.
18. Calvo Medina R, Moreno Medinilla E. Desarrollo psicomotor del lactante y el niño. Retraso psicomotor. En: García JJ, Cruz O, Mintegi S, Moreno JM, editores. *Manual de Pediatría.* 4.ª edición. Madrid: Ergón; 2020. p. 1221-6. ISBN: 978-84-17194-65-9.

Tabla 4. Principales hitos del desarrollo neurológico del lactante y el niño pequeño.

Edad	Motor grueso	Motor fino	Visión y audición	Interacción social y lenguaje	Sueño	Alimentación
RN	Hipertonía flexora	Manos cerradas. Pulgares en ocasiones aducidos.	Desde el 10. ^o día inicia la persecución visual. Le llaman la atención objetos en movimiento o con contraste de colores. Desde las 24 semanas de gestación responde a estímulos auditivos. Se calma con la voz de un adulto conocido.	Llanto indiferenciado.	Duerme casi todo el día. Predominio de sueño REM.	Adaptación madre-RN en ritmo y producción de leche. Lactancia materna a demanda.
1 mes	Progresivamente predominio flexo-abductor. Eleva la cabeza momentáneamente en suspensión ventral hasta el plano del tronco.	Manos abiertas.	Mira a su madre cuando le habla. Sigue objetos 90°. Se detiene ante una voz familiar.	Llanto diferenciado. Responde a la voz humana. Responde de manera positiva a la comodidad y negativa al dolor. Refleja estímulos del medio (frio-calor).	Duerme casi todo el día. Predominio de sueño REM.	
2 meses	Sostén cefálico inconstante.	Agarre palmar. Lleva las manos a la línea media.	Converge la mirada. Los objetos que se mueven o balancean retienen su atención por más tiempo. Se sobresalta ante ciertos ruidos.	Sonrisa social. Puede llegar a vocalizar o gesticular en respuesta a estímulos interiores. Calla cuando realiza succión no nutritiva. Preferencia visual por las personas. Responde ante la presencia de una persona con excitación y movimiento.	Duerme casi todo el día. Predominio de sueño REM.	
3 meses	Sostén cefálico.	Agarre palmar. Lleva las manos a la línea media.	Sigue objetos 180° y verticalmente. Se gira hacia un sonido conocido en DS.	Emite primeras consonantes a las 12-24 semanas.	Disminuye la cantidad de sueño total. Se alargan progresivamente los ciclos de sueño y vigilia.	Ritmo de tomas establecido. El toque en la boca provoca patrones de succión.

Edad	Motor grueso	Motor fino	Visión y audición	Interacción social y lenguaje	Sueño	Alimentación
4 meses	Volteo de DP o D5.	Extiende brazos para alcanzar un objeto. Coordinación viso-motora.	Buena agudeza visual. Reconoce objetos.	Balbuceo. Sonríe y vocaliza más a una persona que a una imagen. Empieza a extrañar a desconocidos. Descubre relación causa-efecto. Inicia socialización emitiendo sonidos, tosiendo o moviendo la lengua. Vocaliza sus estados de indecisión y protesta.	Disminuye la cantidad de sueño total. Se alargan progresivamente los ciclos de sueño y vigilia.	Se excita al ver su comida. Interrumpe a veces su alimentación por el juego.
5 meses	En DP, apoyo simétrico en codos.	Coge objetos si se le ponen delante.	Se orienta hacia la voz. Reconoce voces individuales. Sonríe ante el espejo. Reconoce objetos familiares.	Imita sonidos y movimientos deliberadamente. Emite sonidos vocálicos y consonánticos. Sonríe y vocaliza para llamar la atención. Interrumpe conversaciones mediante vocalizaciones.	Disminuye la cantidad de sueño total. Se alargan progresivamente los ciclos de sueño y vigilia.	Puede empezar a probar alimentos no lácteos.
6 meses	Sedestación con apoyo. Se coge los pies. Inicia volteo de D5 a DP.	Se pasa objetos de mano. Usa pinza dígito-palmar. Cruza la línea media.	Reconoce caras y discrimina entre expresiones faciales. Reconoce voces y distingue su tono. Gira la cabeza siguiendo un sonido.	Balbuceo reduplicado consonante-vocal/ consonante-vocal. Interés por "cucú-tras". Se arrulla. Deja de llorar en respuesta a un estímulo musical. Trata de imitar expresiones faciales. Surge el <i>turn-taking</i> (acciones alternadas).	Disminuye la cantidad de sueño total. Se alargan progresivamente los ciclos de sueño y vigilia.	Se lleva objetos a la boca. Inicia diversificación alimentaria con alimentos semisólidos. Los labios llevan la comida hacia dentro. Empiezan a aparecer movimientos de ascenso lingual, con tendencia a elevación del ápice lingual. Movimientos de mascado (7 meses).

Edad	Motor grueso	Motor fino	Visión y audición	Interacción social y lenguaje	Sueño	Alimentación
7 meses				<p>Juega vigorosamente con juguetes que emiten sonidos.</p> <p>Explora su cuerpo con boca y manos.</p> <p>Su atención es más fija.</p> <p>Trata de imitar sonidos o series de sonidos.</p> <p>Está aprendiendo el significado del "no" por el tono de voz.</p>	<p>Disminuye la cantidad de sueño total.</p> <p>Se alargan progresivamente los ciclos de sueño y vigilia.</p>	
8-12 meses	<p>Sedestación estable.</p> <p>Gateo o reptación.</p>	<p>Pinza índice-pulgar inmadura.</p>	<p>Percepción de la constancia de un objeto. Busca objetos escondidos.</p> <p>Localiza sonidos a distancia.</p>	<p>Reconoce su nombre. Responde a órdenes. Bisílabos no referenciales. Hace gestos de "hola" y "adiós".</p> <p>Ansiedad ante extraños.</p> <p>Entiende "no" y "adiós" (10 meses).</p> <p>Comprende peticiones simples con gestos.</p> <p>Comunicación intencional.</p>		<p>Prueba alimentos sólidos.</p> <p>Puede empezar a beber de una taza con asas.</p> <p>El labio se mueve hacia abajo y hacia delante para transportar la comida.</p> <p>Disfruta jugando con la comida y alimentándose con los dedos.</p> <p>La lengua puede protruir un poco si el vaso descansa en ella.</p> <p>No hay disociación lengua-mandíbula.</p> <p>Alterna movimientos de mascado (arriba-abajo) y masticación (pueden aparecer movimientos de rotación).</p>

Edad	Motor grueso	Motor fino	Visión y audición	Interacción social y lenguaje	Sueño	Alimentación
12 meses	Bipedestación estable. Puede dar pasos con/sin ayuda.	Señala con el dedo. Garabatea. Pinza superior fina.	Reconoce fotos de objetos.	Ansiedad de separación. Dice "no" con la cabeza. Dice 6 palabras. Comprende palabras familiares.	Ritmo estable. Puede dormir toda la noche. Predominio de sueño no REM.	Puede beber de un vaso. Se lleva alimentos a la boca. Coge la cuchara. Empieza a estabilizar la mandíbula mordiendo el vaso. Traga con los labios cerrados. Labios activos en la masticación.
15 meses	Marcha liberada. Sube escaleras gateando.	Hace torres de 2 cubos. Inicia la lateralidad*.		Bisílabos referenciales. Usa palabras-frase. Juego simbólico.	Ritmo estable. Puede dormir toda la noche. Predominio de sueño no REM.	Se lleva la cuchara a la boca al revés.
18 meses	Sube escaleras de la mano. Corre torpemente.	Pasa páginas de un libro. Hace torres de 3-4 cubos.		Pronuncia unas 6-20 palabras. Reconoce partes de su cuerpo. Juego social. Da besos.	Comienza a soñar.	Se lleva correctamente la cuchara a la boca. Empieza a comer solo. Mejora el cierre labial bebiendo en vaso. Cierre intermitente de la boca en la masticación.
24 meses	Corre. Sube escaleras sin ayuda. Salta sobre los dos pies.	Torre de 6-8 cubos. Abre y cierra puertas.		Usa alrededor de 200 palabras. Hace frases de 2 palabras. Nombra 4-5 objetos y designa 4-5 partes de su cuerpo. Cuenta hasta 3-4.	Rituales para dormir. Pueden aparecer dificultades para dormir (apego por la madre, reactivación de angustia de separación). Despertares nocturnos.	Come de forma autónoma. Menos apetito. Negativas y caprichos en relación con alimentos.

RN: recién nacido. **DP:** decúbito prono. **DS:** decúbito supino.

*La lateralidad puede no estar bien definida hasta los 4-6 años.

Tabla 5. Reacciones arcaicas y reflejos de maduración. Edad de aparición y desaparición.

Reacción arcaica	Descripción	Edad de aparición	Edad de desaparición (meses)
Succión	Al introducir un objeto en la boca, se activa la succión.	32 semanas de gestación	4-5
Deglución	Contracción de los músculos orofaríngeos para proyectar la lengua hacia arriba y hacia atrás.	10 semanas	No desaparece
Mordida	Al meter el dedo en las arcadas dentarias, éstas inmediatamente cierran.	RN	Se estabiliza a los 9 meses
Babkin	Apertura bucal al apretarle las manos.	RN	1-2
<i>Rooting</i> o reflejo de los puntos cardinales	Al estimular la zona perioral, la boca (e incluso la lengua) se orienta hacia el estímulo.	RN	3
Tónico-vestibular (ojos de muñeca)	Al girar pasivamente la cabeza, los ojos quedan fijos un breve periodo de tiempo y después siguen la dirección del giro.	RN	5-6
Babinsky	Al estimular el borde externo de la planta del pie desde el talón, los dedos se extienden.	RN	12-18
Marcha automática	En posición vertical, al apoyar los pies, da unos pasos.	RN	1-2
Preensión palmar	Al introducir un objeto en la palma de la mano, la flexiona y lo agarra.	RN	4-5
Preensión plantar	Al presionar la almohadilla plantar flexiona los dedos.	RN	10-11

Reacción arcaica	Descripción	Edad de aparición	Edad de desaparición (meses)
Moro	Dejando caer hacia atrás la cabeza en decúbito supino, se produce abducción de hombros con extensión de codos, seguido de aducción de hombros y flexión de codos.	RN	4-5
Galant	Flexión lateral del tronco hacia el mismo lado al que se produce un estímulo paravertebral en suspensión ventral.	RN	4-5
Reacción de maduración	Descripción	Edad de aparición (meses)	Edad de desaparición (meses)
Reflejo acústico facial	Parpadeo al oír un ruido brusco.	1	Persiste
Reflejo óptico facial	Parpadeo al aproximarse un objeto al ojo.	4	Persiste
Paracaídas	Con la inclinación hacia ambos lados, el lactante apoya la mano.	6-7	Persiste
Landau	Con la suspensión en posición ventral, el tronco se endereza, la cabeza se eleva y los pies y brazos se estiran.	4	12-24

RN: recién nacido.

1. b. Lactancia

1. b. 1. Lactancia materna y lactancia artificial

Marta Velasco Rodríguez-Belvís

INTRODUCCIÓN

La lactancia materna (LM) constituye la mejor opción para asegurar la adecuada nutrición del lactante en los primeros meses de vida. Las investigaciones de las tres últimas décadas confirman sus beneficios y sirven de base para las recomendaciones de los organismos nacionales e internacionales¹. La Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Academia Americana de Pediatría (AAP) recomiendan la LM exclusiva durante 6 meses, con el mantenimiento de la misma durante la introducción de la alimentación complementaria hasta el año o hasta que la madre y el niño lo deseen². El Comité de Nutrición de la Sociedad Europea de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica (ESPGHAN) concluye en sus últimas recomendaciones que la LM exclusiva debe promoverse durante un mínimo de 4 meses, y que la LM exclusiva o predominante durante 6 meses se considera un objetivo deseable³. El Comité de Nutrición y Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría establece entre sus líneas estratégicas la formación y difusión del conocimiento sobre LM, la investigación en este área y su promoción y protección con el fin de contribuir al cumplimiento de las recomendaciones internacionales⁴.

Sin embargo, según los datos del Instituto Nacional de Estadística, menos de un 70% de los recién nacidos de nuestro país reciben LM en las primeras semanas, porcentaje que disminuye a menos del 30% en niños de más de seis meses⁵. Esto indica que gran parte de la población pediátrica recibe durante el primer año fórmulas artificiales para lactantes, por lo que el pediatra debe conocer sus características.

EPIDEMIOLOGÍA

En los patrones de inicio y continuación de la LM influyen factores sociodemográficos y culturales maternos: el bajo nivel económico, la edad inferior a 20 años y el origen no-hispano o afroamericano se relacionan con una

menor instauración de la LM. Para favorecer su establecimiento, la OMS y UNICEF publicaron ya en 1991 la lista de los "Diez pasos para una lactancia materna exitosa"⁶, que incluyen pautas a aplicar en las maternidades como permitir que la madre y el recién nacido estén en la misma habitación, evitar la administración de fórmula artificial salvo indicación médica y eliminar el uso del chupete. Respecto a este punto, la AAP no apoya la prohibición categórica del chupete y reconoce su utilidad en algunos casos. En los recién nacidos sanos a término, debe retrasarse su uso hasta que se haya establecido la LM correctamente, a las 3-4 semanas de vida.

Recientemente, las situaciones excepcionales vividas por la pandemia COVID-19 han permitido analizar el papel de las intervenciones para promover la LM en remoto, que parecen ser efectivas para mejorar su establecimiento en los primeros tres meses⁷.

BENEFICIOS DE LA LACTANCIA MATERNA PARA EL LACTANTE

La LM, en comparación con las fórmulas artificiales, reduce entre otros la incidencia de otitis media, infecciones gastrointestinales, el síndrome de muerte súbita del lactante y el riesgo de hospitalización por infecciones del tracto respiratorio inferior durante el primer año. A largo plazo, disminuye también la incidencia de alergias, enfermedad inflamatoria intestinal, obesidad, diabetes e incluso algunos tipos de leucemia^{8,9}.

Varios estudios concluyen que los lactantes alimentados al pecho tienen un mejor neurodesarrollo y desarrollo psicosocial, con disminución de la probabilidad de dificultades emocionales o conductuales a la edad de 6 años. Sin embargo, estos datos pierden significación estadística al ajustarlos según los posibles factores de confusión como las diferencias en la educación de los padres o el estatus socioeconómico¹⁰.

En los recién nacidos prematuros que reciben leche materna se objetiva una menor incidencia de sepsis y enterocolitis, así como un número de ingresos menor durante el primer año de vida. Además, se observa un mejor neurodesarrollo (con mejores capacidades mentales, motoras y comportamentales) a los 18 y a los 30 meses de edad. Estos datos siguen siendo significativos tras ajustarlos según factores como la edad y educación maternas, la raza y otras patologías del paciente².

BENEFICIOS DE LA LACTANCIA MATERNA PARA LA MADRE

Entre los efectos positivos a corto plazo destacan la reducción de las pérdidas sanguíneas postparto, la involución del útero más rápida y la disminución de la incidencia de depresión postparto. A largo plazo, se observa en las madres lactantes una recuperación del peso pregestacional más rápida, menor incidencia de hipertensión, hiperlipidemia, enfermedad cardiovascular, diabetes y cáncer de mama y de ovario¹.

CONTRAINDICACIONES DE LA LACTANCIA MATERNA

Las contraindicaciones reales son escasas, como algunas metabopatías del lactante (galactosemia), ciertas infecciones maternas como la brucelosis, la tuberculosis o el VIH en nuestro medio, así como el uso materno de ciertas sustancias de abuso (cocaína, cannabis...) que se detectan en la leche. El consumo de alcohol debe limitarse a ocasiones esporádicas y cantidades mínimas, retrasando la toma un mínimo de 2 horas tras la bebida.

Si la madre precisa medicación, son muy pocos los fármacos que contraindican la LM y la mayoría pueden sustituirse por otros equivalentes. Para ello, pueden consultarse recursos en internet como la página web "e-lactancia" con rigor científico y actualizaciones periódicas¹¹.

Durante el periodo de lactancia, la madre debe seguir una dieta equilibrada con un ligero aumento del aporte calórico. Debemos conocer si la madre lleva algún tipo de dieta restrictiva y valorar la necesidad de suplementación. Las dietas vegetarianas no contraindican la LM, pero precisan suplementos de vitamina B12.

TÉCNICA DEL AMAMANTAMIENTO, DURACIÓN Y FRECUENCIA DE LAS TOMAS

La correcta colocación del lactante a la hora de realizar la toma es una de las claves para su éxito. Existen varias posturas posibles, pero debe asegurarse la adecuada sujeción del niño y la comodidad de madre e hijo. Además, es importante comprobar que la succión es apropiada (boca suficientemente abierta que incluye el pezón y parte de la areola maternos, labios evertidos, movimiento rítmico de mandíbula...) ¹².

Se recomienda que las tomas de LM durante los primeros meses de vida se realicen “a demanda”, ofreciendo el pecho al lactante con la frecuencia y duración de las tomas que desee. No es imprescindible que succione en cada toma de los dos pechos, sino que se recomienda vaciar alternativamente cada uno de ellos para asegurar la ingesta de la leche de inicio y del final en cada toma.

A partir del tercer mes de vida se recomienda establecer un cierto orden en las tomas que asegure la adecuada nutrición del lactante permitiendo un establecimiento de los ciclos nocturnos y diurnos de madre e hijo. Para ello, puede ser útil empezar a esta edad a alargar el tiempo entre las tomas que se realizan durante la noche, para conseguir paulatinamente una pausa nocturna de entre 5 y 8 horas a la edad de 6 meses. La regulación de los ritmos circadianos en el lactante se inicia en la época prenatal, con un establecimiento pronunciado de ciclos de sueño-vigilia y de secreciones hormonales desde el segundo mes de vida¹³. Por ello, en la mayoría de los casos este distanciamiento entre tomas sucede de forma espontánea, por lo que a partir de los dos meses o incluso antes si gana bien peso, no es imprescindible despertar al lactante cada 3 horas durante la noche para alimentarlo si él no se despierta, ni ofrecerlo como consuelo de forma sistemática. Así mismo, durante el día pueden empezar a organizarse las tomas de LM. Como referencia, a la edad de 4 meses serían suficientes 6 tomas al día, y a la edad de 6 meses 4 tomas al día. Además, el descanso nocturno de la madre (y en su caso, de su pareja) y la regulación de las tomas diurnas permitirá la mejor adaptación de ambos al resto de cuidados que el lactante requiere, así como la posible incorporación laboral o a las actividades habituales.

DURACIÓN DE LA LACTANCIA MATERNA

Tal y como se ha mencionado, tanto la OMS como la AAP recomiendan la LM exclusiva durante 6 meses^{2,6}. La ESPGHAN indica que esta debe promoverse durante los primeros 4 meses, mantenerse de forma exclusiva o predominante hasta los 6 meses como objetivo deseable^{3,8}. Estas recomendaciones se basan en su seguridad como única alimentación hasta los 6 meses sin que se identifiquen déficits importantes asociados. El panel de expertos en productos dietéticos, nutrición y alergias de la *European Food Safety Authority (EFSA)* menciona en su documento de 2009 que la leche materna

puede no aportar suficiente hierro y zinc para algunos lactantes entre los 4 y los 6 meses de edad, pero concluye que puede asumirse que la LM de una madre bien nutrida puede cumplir los requerimientos de energía, proteínas y la mayoría de vitaminas y minerales de los lactantes hasta los 6 meses de edad¹⁴.

A partir del sexto mes de vida, la LM como alimentación exclusiva es insuficiente para cubrir las necesidades de energía y de algunos nutrientes, y su mantenimiento puede originar carencias nutricionales con graves consecuencias. Por ello debe iniciarse la introducción de alimentación complementaria con alimentos que aseguren el aporte de ambos¹⁵. Desde entonces, y hasta aproximadamente el año de edad, la LM (o en su caso, las tomas de fórmula) mantendrá un papel principal en la nutrición del lactante.

A partir del año de edad, la LM puede mantenerse como complemento de la dieta, mientras la madre y el niño lo deseen. No está establecido un límite temporal, y la conveniencia de mantenerla durante más tiempo sigue dando lugar a debate. A partir de esa edad, la alimentación del niño es prácticamente igual a la de un adulto, por lo que el papel nutritivo de la LM se vería reducido, pasando a tener un rol tranquilizador y de consuelo del niño.

PAPEL DE LA LACTANCIA MATERNA EN EL DESARROLLO PSICOLÓGICO DEL LACTANTE

La LM tiene un papel importante en el vínculo entre la madre y el hijo cuya repercusión a nivel psicológico es abordada en el Capítulo 1. b. 2. "Lactancia materna. Aportaciones desde la Psicología Clínica".

Los estudios realizados para valorar una posible influencia de la LM prolongada en el desarrollo psicológico posterior no han conseguido identificar ninguna reducción de las dificultades emocionales, hiperactividad o problemas en la interacción social en los niños que la reciben¹⁶.

En cuanto al supuesto fortalecimiento del vínculo con la madre, no se ha podido demostrar una relación directa con el tiempo de lactancia. Parece que la calidad de la interacción entre la madre y el hijo durante los primeros meses de vida predice la seguridad de este vínculo de forma más fiable que el tipo de lactancia recibida¹⁷. Según la teoría de la evolución de la relación madre-hijo de Winnicott, la madre inicialmente "ilusiona" al

lactante, acogién-dole y ofreciéndole el pecho ante la necesidad de comer. Posteriormente el lactante va percibiendo que no es uno con la madre, y entra en contacto gradualmente con la realidad y su subjetividad. En este proceso de "independización", el niño puede necesitar un objeto, espacio o función transicional en el que depositar apego y que represente una fuente de placer y seguridad cuando la madre esté ausente (chupete, peluche, pañuelo...). Con el tiempo, este objeto perderá de forma natural su valor subjetivo. Sin embargo, puede darse una evolución patológica que obstaculice esta independización, bien porque no se establezca una fase transicional, bien porque el pecho de la madre pase a ser dicho "objeto" o bien porque se produzca una dificultad en el desprendimiento¹⁸. Esta evolución patológica puede dar lugar a algunos trastornos de la alimentación comportamentales, como ocurre con los niños que solo comen con determinadas personas o ambientes, o los que rechazan texturas concretas. Por todo ello, una vez establecida la diversificación de la alimentación, en niños que reciben suficiente aporte de lácteos y mantienen el pecho sólo como "objeto" debe plantearse una retirada progresiva del mismo para favorecer el proceso de maduración del niño.

EL DESTETE Y LA INTRODUCCIÓN DE NUEVOS ALIMENTOS

Se estima que uno de cada cuatro niños rechaza inicialmente las nuevas texturas y sabores, ante lo que algunas madres pueden optar por mantener la LM exclusiva, con los riesgos que ello conlleva¹⁹. Parece existir una "ventana crítica" (7-10 meses) para la introducción de determinados sabores y texturas, por lo que es importante insistir con pequeñas cantidades hasta que sean aceptadas²⁰.

Dada la ausencia de trabajos que demuestren las ventajas o inconvenientes de mantener la lactancia por encima de los 12 meses, no puede darse una recomendación estricta sobre el momento en que debe interrumpirse la misma. La mayoría de los destetes ocurren de forma espontánea. El proceso debe ser lento para que puedan introducirse todos los alimentos de la dieta y se desarrollen las habilidades masticatorias y deglutorias del niño. En cuanto al final del destete, se recomienda que sea también progresivo para facilitar la adaptación del niño. Durante los primeros meses de vida la madre establece otras formas de relación con su hijo (palabras, caricias, besos, abrazos, juegos, canciones, etc.) que permanecerán cuando se in-

terrumpe la lactancia, que pueden resultar igual de placenteras que la LM para ambos. Se aconseja no ofrecer ni negar las tomas al final del destete, así como acortar y/o aplazar las tomas y anticiparse a las situaciones en las que el niño habitualmente reclama el pecho como consuelo, para ofrecérselo de otra forma. Así, el destete sucederá de forma natural y satisfactoria para madre e hijo, facilitando su adaptación al entorno que debe ir descubriendo y en el que pueda desenvolverse de forma más independiente mientras se mantiene e incluso se refuerza el vínculo entre ambos.

LA LACTANCIA ARTIFICIAL

Tal y como se menciona previamente, más de un 30% de los lactantes de nuestro medio reciben fórmula desde el nacimiento, y más de un 70% desde los 6 meses de vida.

Los motivos para su administración son variados, incluyendo preferencias de la madre, dificultades con la técnica de amamantamiento o dificultades para compatibilizar la LM con el horario laboral. Las contraindicaciones reales son limitadas, y los casos de insuficiente producción de leche referidos por las madres se deben más frecuentemente a una técnica incorrecta que a una hipogalactia real.

El "patrón oro" para las fórmulas artificiales es la leche materna de mujeres bien nutridas. Ya en 1977, el Comité de Nutrición de la ESPGHAN las define como un alimento adecuado para sustituir parcial o totalmente a la leche humana, cubriendo los requerimientos nutricionales del lactante. Se denominan "fórmulas de inicio" las indicadas durante los primeros 4-6 meses de vida por tener una composición adaptada al tracto digestivo y otros órganos del lactante, aún inmaduro. A partir de los 4-6 meses, cuando el lactante es menos frágil, pueden indicarse fórmulas con una composición diferente, las llamadas "fórmulas de continuación", como parte de un régimen de alimentación mixto²¹.

Sin embargo, en la normativa española y en la europea se habla de "fórmulas infantiles o para lactantes" para las destinadas a los lactantes de hasta 4-6 meses de edad, y de "fórmulas de continuación" para las indicadas en lactantes mayores. Según el Comité de Nutrición de la AAP y la ESPGHAN en 2005 no hay diferencias, por lo que se usa el término "fórmulas infantiles" para todas las edades. Las recomendaciones para definir la compo-

sición de estas fórmulas se basan en el análisis de la composición de la leche humana y, más recientemente, en que dicha composición reproduzca el efecto que la leche materna tiene sobre el crecimiento, el desarrollo y los marcadores plasmáticos en el lactante²². Por ello, las recomendaciones han ido variando a lo largo del tiempo, se recogen en directivas europeas y se incorporan a reglamentos regulando también otros aspectos como el etiquetado o las prácticas publicitarias. La composición de las fórmulas para lactantes en nuestro país está regulada por una Reglamentación técnico-sanitaria específica (Real Decreto 867/2008, de 23 de mayo, y 165/2014, de 14 de marzo) y debe figurar en el etiquetado²³.

Se recomienda para estas fórmulas una densidad calórica entre 60 y 70 kcal/100 ml y se establecen los rangos para las proteínas, los hidratos de carbono y las grasas. Para las denominadas fórmulas de continuación, indicadas para los lactantes mayores de 6 meses, según las últimas recomendaciones apenas existen diferencias con las fórmulas de inicio²². Se mantiene el mismo aporte calórico recomendado que para las fórmulas de inicio y se propone limitar el aporte proteico por el riesgo obesogénico. Se desaconseja la adición de ácidos grasos trans y se aconsejan los fosfolípidos. El contenido en vitaminas debe ser el mismo que en las fórmulas de inicio a excepción de la vitamina D, cuyo aporte se aumenta en la fórmula de continuación. Además, se recomienda una concentración de calcio mayor²¹. Considerando las escasas diferencias de las denominadas "fórmulas de continuación" con las de "fórmulas de inicio o para lactantes", se puede seguir administrando una fórmula de inicio tras los 6 meses de edad en el contexto de una introducción de alimentación complementaria adecuada.

La leche de vaca sin modificar no es adecuada durante el primer año de vida por aportar una carga excesiva de solutos y ser pobre en hierro y ácidos grasos esenciales. Sin embargo, a partir del año puede administrarse a lactantes que reciban una dieta adecuada para su edad.

Con el objetivo de retrasar la introducción de la leche de vaca, se crearon las denominadas "fórmulas de crecimiento", con un valor energético de 65-77 kcal/100 ml. El contenido proteico es ligeramente más alto que en las fórmulas de continuación, y el de carbohidratos y lípidos es muy similar. Muchas de ellas contienen además sacarosa y/o miel. EFSA concluye que este tipo de fórmula no aporta ningún valor añadido a una dieta equilibrada

que cumpla los requerimientos nutricionales estimados para los niños pequeños (entre 1 y 3 años de edad), por lo que no tendrían un papel claro en sus dietas²⁴.

Existen además otras fórmulas especiales indicadas para diferentes situaciones clínicas (fórmulas hidrolizadas, semielementales, y otras como las denominadas fórmulas antiestreñimiento, anticólico y antirregurgitación etc.) cuya composición, indicaciones, beneficios y posibles riesgos el pediatra debe conocer.

Es importante que el pediatra transmita a los padres que las denominadas bebidas de soja, arroz, avena, o almendras son bebidas diseñadas para adultos, no adaptadas y por tanto inadecuadas para cubrir las necesidades nutricionales del lactante²⁵.

El pediatra debe facilitar la información y herramientas que favorezcan la correcta instauración y mantenimiento de la LM, pero debe igualmente respetar y apoyar a las madres que por diferentes motivos prefieran alimentar a sus hijos con fórmula artificial, y en caso de que esté indicada una fórmula particular, realizar su prescripción.

En cuanto a las cantidades de fórmula que debe tomar el lactante, se estiman al nacimiento unos 10-15 ml/toma (equivale a 40-60 ml/kg/día), que se aumenta en los siguientes días en unos 15-20 ml/kg/día, llegando desde la segunda semana a aproximadamente 150 ml/kg/día. Se repartirán a lo largo del día en 8 tomas al inicio, espaciando posteriormente las tomas, de forma equivalente a lo indicado con la LM. Desde el sexto mes de vida, con la introducción de la alimentación complementaria se disminuirán las tomas de fórmula, pero deben mantenerse los aportes necesarios (aproximadamente 500 ml diarios entre los 6 y los 12 meses)²⁶.

Estas pautas son muy generales y deben ajustarse en función de la ganancia de peso y características particulares de cada niño, supervisado por su pediatra. La alimentación del lactante con la fórmula y pautas correctas favorecerá su adecuado desarrollo y fomentará además el mantenimiento del vínculo con el cuidador.

PUNTOS CLAVE

- La lactancia materna es el mejor alimento para el lactante y puede mantenerse de forma exclusiva hasta los 6 meses de edad. A partir de dicho momento, es imprescindible la introducción de alimentación complementaria.
- A partir de los dos o tres meses de edad, debe establecerse un cierto orden de las tomas que permita establecer los ciclos diurnos y nocturnos del niño y su madre.
- La realización de una LM prolongada ha de valorarse en el contexto particular de cada familia, ya que no existe evidencia científica sobre las ventajas o inconvenientes de la misma.
- Las fórmulas adaptadas son una alternativa a la LM adecuada para el primer año de vida, y diferentes de la leche de vaca y las bebidas vegetales para adultos. A partir de los 12 meses de edad, el lactante sano puede consumir leche de vaca y no precisa dichas fórmulas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Victora CG, Bahl R, Barros AJD, França GVA, Horton S, Krasevec J, *et al.* Breastfeeding in the 21st century: Epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. *Lancet*. 2016;387(10017):475-90. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)01024-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)01024-7)
2. Johnston M, Landers S, Noble L, Szucs K, Viehmann L. Breastfeeding and the use of Human Milk. *Pediatrics*. 2012;129(3):e827-41. <https://doi.org/10.1542/peds.2011-3552>
3. Fewtrell M, Bronsky J, Campoy C, Domellöf M, Embleton N, Fidler Mis N, *et al.* Complementary Feeding. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*. 2017;64(1):119-32.
4. Leis Trabazo R, Ares Segura S. Comité de Nutrición y Lactancia Materna. En: AEP [en línea] [consultado el 07/04/2025]. Disponible en <https://www.aeped.es/comite-nutricion-y-lactancia-materna>

5. Instituto Nacional de Estadística. Encuesta Nacional de Salud. Tipo de lactancia según sexo y edad. En: INE [en línea] [consultado el 07/04/2025]. Disponible en <https://www.ine.es/jaxi/Tabla.htm?path=/t15/p419/a2011/p06/l0/&file=06154.px&L=0>
6. World Health Organization & United Nations Children's Fund (UNICEF). Protecting, promoting and supporting breast-feeding: the special role of maternity services/a joint WHO/UNICEF statement. En: WHO [en línea] [consultado el 07/04/2025]. Disponible en <https://iris.who.int/handle/10665/39679>
7. Gavine A, Marshall J, Buchanan P, Cameron J, Leger A, Ross S, *et al.* Remote provision of breastfeeding support and education : Systematic review and meta-analysis. *Matern Child Nutr.* 2022;18(2):e13296.
8. Agostoni C, Braegger C, Decsi T, Kolacek S, Koletzko B, Michaelsen KF, *et al.* Breast-feeding: A Commentary by the ESPGHAN Committee on Nutrition. *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 2009;49(1):112-25.
9. Village EG. Breastfeeding and the Use of Human Milk. *Pediatrics.* 2012;129(3):e827-41. <https://doi.org/10.1542/peds.2011-3552>
10. Lind JN, Li R, Perrine CG, Schieve LA. Breastfeeding and later psychosocial development of children at 6 years of age. *Pediatrics.* 2014;134:S36-41. <https://doi.org/10.1542/peds.2014-0646g>
11. Paricio Talayero JM, Sánchez Palomares M, Landa Rivera L. En: www.e-lactancia.org [en línea] [consultado el 07/04/2025]. Disponible en <http://www.e-lactancia.org>
12. Lasarte Velillas JJ, Lozano de la Torre MJ. Técnica del amamantamiento. En: Asociación Española de Pediatría, editor. *Manual de Lactancia Materna. De la teoría a la práctica.* Madrid: Asociación Española de Pediatría; 2008. p. 75-82. ISBN: 978-84-7903-972-1.
13. Rivkees SA. Developing circadian rhythmicity in infants. Vol. 1, *Pediatric Endocrinology Reviews.* 2003. p. 38-45. <https://doi.org/10.1053/sper.2000.8598>

14. European Food Safety Authority (EFSA). Scientific Opinion on the appropriate age for introduction of complementary feeding of infants. EFSA Panel on Dietetic Products, Nutrition and Allergies (NDA). EFSA Journal. 2009;7(12):1-38. <https://doi.org/10.2903/j.efs.2009.1423>
15. Kramer MS, Chalmers B, Hodnett ED, Sevkovskaya Z, Dzikovich I, Shapiro S, *et al.* Promotion of Breastfeeding Intervention Trial (PROBIT): a randomized trial in the Republic of Belarus. JAMA. 2001;285(4):413-20. <https://doi.org/10.1001/jama.285.4.413>
16. Kramer MS, Fombonne E, Igumnov S, Vanilovich I, Matush L, Mironova E, *et al.* Effects of prolonged and exclusive breastfeeding on child behavior and maternal adjustment: evidence from a large, randomized trial. Pediatrics. 2008;121(3):e435-40. <https://doi.org/10.1542/peds.2007-1248>
17. Britton JR, Britton HL, Gronwaldt V. Breastfeeding, Sensitivity, and Attachment. Pediatrics. 2006;118(5):e1436-43. <https://doi.org/10.1542/peds.2005-2916>
18. Winnicott DW. Transitional Objects and Transitional Phenomena-A Study of the First Not-Me Possession. Int J Psychoanal. 1953;34(9):89-97. <https://doi.org/10.1111/j.1468-5922.2008.00745.x>
19. Martín-Calama Valero J. El destete. En: Asociación Española de Pediatría, editor. Manual de Lactancia Materna De la teoría a la práctica. Madrid: Asociación Española de Pediatría; 2008. p. 325-8. ISBN: 978-84-7903-972-1.
20. Coulthard H, Harris G, Emmett P. Delayed introduction of lumpy foods to children during the complementary feeding period affects child's food acceptance and feeding at 7 years of age. Matern Child Nutr. 2009;5(1):75-85. <https://doi.org/10.1111/j.1740-8709.2008.00153.x>
21. Castell Miñana M, García Mérida MJ. Fórmulas infantiles. Lactante sano y con necesidades especiales. En: Manual de Nutrición de la Asociación Española de Pediatría [Internet]. Asociación Española de Pediatría; 2021. p. 274-87. ISBN: 978-84-09-30366-3.

22. Pedrón Giner C, Navas López VN. Fórmulas de Nutrición Enteral en pediatría. Sociedad Española de Gastroenterología Hepatología y Nutrición Pediátrica, editor. Madrid: Ergon; 2013.
23. Ministerio de la Presidencia, Justicia y Relaciones con las Cortes. Real Decreto 165/2014, de 14 de marzo, por el que se modifica el Real Decreto 867/2008, de 23 de mayo, por el que se aprueba la reglamentación técnico-sanitaria específica de los preparados para lactantes y de los preparados de continuación. En: BOE [en línea] [consultado el 07/04/2025]. Disponible en <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2014-2751>
24. EFSA. 'Growing-up' formula: No additional value to a balanced diet, says EFSA. [Internet]. European Food Safety Authority (EFSA). En: EFSA [en línea] [consultado el 07/04/2025]. Disponible en <https://www.efsa.europa.eu/en/press/news/131025>
25. Vitoria Miñana I, Moreno-Villares J, Dalmau Serra J. Errores dietéticos en el lactante: las bebidas vegetales (parte 2). Acta Pediatr Esp. 2015;73(9):229-35.
26. Lázaro Almarza A, Martín Martínez B. Alimentación del lactante sano. En: Protocolos diagnóstico-terapéuticos de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición pediátrica. SEGHP-AEP. Madrid: Ergon; 2010. p. 287-95. Disponible en <https://www.seghnp.org/sites/default/files/2017-05/Protocolos%20SEGHNP.pdf>

1. b. 2. La lactancia materna. Aportaciones desde la psicología clínica

Beatriz Sanz Herrero, Carmen de la Torre Gordo

INTRODUCCIÓN

La alimentación del bebé durante los primeros meses ofrece un escenario privilegiado para la construcción de los primeros vínculos madre-hijo; favorece el lazo emocional entre la madre y el niño que se inicia durante el embarazo, se va estructurando después del nacimiento y se consolida a lo largo de toda la vida; asegura la protección y los cuidados que el recién nacido necesita para subsistir^{1,2}.

LACTANCIA Y ENCUENTRO EMOCIONAL

La preocupación maternal

Winnicott³ habla de la *preocupación materna primaria* como la respuesta rápida y adecuada de la madre a su hijo para satisfacer sus necesidades de cada momento. Supone un inicio de comunicación con el bebé, de acercamiento emocional de la madre para identificar las necesidades de su hijo. Este encuentro debe producirse en un contexto de satisfacción, tranquilidad y disponibilidad de ambos.

La lactancia materna es la forma de alimentación más adecuada para el recién nacido en los primeros meses de vida. El contacto directo con el olor, sabor y el cuerpo de la madre, pero sobre todo la mirada única de una madre hacia su bebé y el encuentro entre ambos, conociéndose y acoplándose mutuamente, genera bienestar y seguridad en ambos.

Observando mamar al recién nacido nos damos cuenta de la importancia de favorecer este primer encuentro. Existe un gran intercambio de emociones entre madre e hijo, se conocen y re-conocen, se adaptan uno al otro y desarrollan una comunicación sin palabras. Spitz⁴ lo llamará "comunicación de posturas".

Es importante entender la lactancia materna desde el punto de vista emocional como una oportunidad y una vía de encuentro, pero no debe ser

entendida como una obligación ni como la única manera de establecer un vínculo seguro entre el bebé y sus padres (la lactancia materna lo puede favorecer, pero no es exclusivo de ésta).

El acompañamiento emocional de la madre y el lugar del padre

El padre en su función protectora y cuidadora de la nueva familia que se está formando puede proporcionar el contexto de calma y seguridad para facilitar el encuentro de la madre con su hijo.

Cuando se habla de las interacciones tempranas del bebé, se describen díadas madre-bebé (dada la intensidad inicial de esta relación entre el niño y su madre); pero en esta díada siempre hay un tercero: el padre del niño⁵. Por un lado, potencia y da amplitud con su mirada a las interacciones físicas y afectivas entre el bebé y su madre. Y por otro, con su presencia proporciona un descanso y un relevo en el intenso intercambio entre ellos.

En el acompañamiento emocional de la madre, la figura de la abuela materna tiene un lugar importante. Hay que valorar su cercanía en estos momentos y la historia de la relación previa entre ambas. Su papel es importante en el momento en el que la madre empieza a construir la representación de sí misma como madre^{6,7,8} y necesita sentirse capacitada para desempeñar esa función. En los casos en los que la madre haya perdido esta figura necesita el acompañamiento de otras mujeres: una tía, hermana o amiga muy cercanas, que la acompañen para que ella se sienta legitimada para ocupar ese lugar.

El equipo médico pediátrico

El equipo médico (ginecólogo/matrona/pediatra/enfermera) supone un gran apoyo siempre durante el periodo de lactancia. El pediatra valida y reconoce el buen hacer de ambos padres, así como puede identificar dificultades que supongan un riesgo para el desarrollo del bebé o la estabilidad de su entorno.

Ejerce una función de acompañamiento a la hora de tomar la decisión sobre cómo será la mejor forma de alimentar al bebé en los primeros meses. Escucha las preguntas de los padres, aporta información, trata de facilitar y aconsejar sobre la técnica más adecuada. El papel del equipo médico será favorecer el bienestar de toda la familia (madre-padre-bebé) y acompañar en estos primeros momentos⁹.

En todos los casos es necesario que el pediatra atienda las preguntas, miedos y dudas de los padres. Poder apoyar emocionalmente a la madre y escuchar cómo se siente respecto al bebé, al padre de su hijo o su propia madre serán aspectos básicos de su práctica médica.

Dudas o dificultades

Partimos de que la alimentación más adecuada para un bebé (desde el inicio y en los primeros meses) es la leche de su madre. Y no es lo mismo dar de mamar al bebé que darle el biberón. Sabemos que el encuentro con el bebé en la lactancia supone para la madre una experiencia emocional intensísima, y que, en ocasiones, puede ser desbordante si se siente en un momento de mucha fragilidad o soledad ante las demandas del hijo.

En otros casos el encuentro con el bebé y la dificultad para el amamantamiento (bebés muy prematuros, con un diagnóstico médico inesperado...) hace que alrededor de las tomas aparezcan situaciones muy diferentes a las que los padres (y especialmente la madre) habían imaginado antes del parto¹⁰.

Hay circunstancias que dificultan o imposibilitan a la madre alimentar a su hijo con leche materna; el éxito de la lactancia materna no depende exclusivamente de la madre, también es importante valorar las circunstancias vitales de cada familia y las respuestas del bebé (que a su vez motivan y activan a la madre)¹¹. Frente a bebés con reflejo de succión débil, que cogen peso con dificultad, con problemas para el enganche o muy irritables... una madre puede sentirse insegura ante la lactancia materna pero más segura atendiendo a su hijo con lactancia mixta o artificial. En estos casos el padre puede sustituir a la madre en algunas tomas permitiendo que ésta pueda descansar y recuperarse.

En todas estas circunstancias es importante que el equipo médico, además de aportar la información necesaria y proponer sus orientaciones, pueda escuchar las dudas y preguntas de los padres. Es importante tratar de evitar la sensación de culpa y atender al sentimiento de fracaso que muchas veces hace que los primeros momentos de la crianza se acompañen de un cierto desencuentro o malentendido cuando la madre no ha logrado dar el pecho a su bebé.

Exigencia excesiva

Algunas madres se imponen la lactancia materna para criar a sus hijos, bien por presiones sociales, familiares o falsas creencias, y esa imposición obstaculiza significativamente el encuentro con el bebé como alguien único al que reconocer y atender. Lograr la lactancia materna no debe estar por encima del bienestar emocional de toda la familia o del reconocimiento de las necesidades del niño.

La lactancia materna estará contraindicada en algunos casos, por la necesidad de un tratamiento farmacológico de la madre (especialmente en casos de enfermedad crónica) y no recibir el tratamiento para poder dar el pecho, supone una situación de descuido que puede poner en riesgo su salud. En estos casos el consejo y el respaldo del equipo médico es fundamental para que la madre pueda tomar la decisión más adecuada.

El riesgo emocional de la madre¹² también debe ser tenido en cuenta por el profesional. Hay que considerar los factores de riesgo de depresión post-parto y la necesidad de tratamiento psiquiátrico o psicoterapéutico. Prestar especial atención si hay antecedentes de cuadros depresivos previos, síntomas de ansiedad y depresión durante el embarazo o frente a circunstancias de riesgo perinatal (abortos previos, duelos familiares...).

El equipo pediátrico puede identificar una exigencia desmesurada en la madre, estados de agotamiento, situaciones de riesgo emocional o ánimo deprimido, que suponen un reto y exigen su intervención para facilitar una crianza adecuada.

Cómo acompañar el biberón cuando no se establece la lactancia materna

Es importante tratar de favorecer la toma como un lugar de encuentro en el que una madre alimenta y cuida en sus brazos a un bebé que la mira. En este sentido, podemos reflexionar sobre los elementos que acompañan al biberón en el caso de que la madre no esté dando el pecho al bebé.

Desde el nacimiento las interacciones del bebé con su entorno se establecen alrededor de tres vías de comunicación: el cuerpo, la mirada y la voz¹³. Estos tres aspectos integrados van a acompañar el encuentro entre un bebé y su madre al darle de mamar y es importante que se faciliten también en las tomas de biberón.

Cuerpo: importancia de la forma en que el bebé es cogido y sostenido en el regazo de su madre y cómo se establece un ajuste y un acople recíproco entre ambos, bien sabemos de la importancia del contacto piel con piel y el método canguro en la crianza de bebés de riesgo.

Mirada: es uno de los elementos de la comunicación en especial la mirada compartida (contacto ojo a ojo) entre el bebé y su madre.

Voz: la voz de la madre y su forma personal de modular el tono, el ritmo, las pausas en el encuentro con su bebé.

“El bebé tiene desde su nacimiento una tendencia natural a mantener contacto ojo a ojo, a organizarse y tranquilizarse cuando un ser humano le toca, le acaricia o le mece y a mantener una atención sostenida y prolongada en relación con estímulos como la cara y la voz humana”¹⁴.

Destacamos como elemento importante en las tomas el ritmo durante la toma y entre ellas. Entendiendo las tomas como un encuentro repetido con alguien disponible a atender y calmar las necesidades del niño. Este encuentro consolida una regularidad y facilita la presencia de una persona disponible en los primeros meses para entender las demandas del niño.

EL DESTETE

El destete sin dificultades

Los profesionales tienen un papel fundamental para facilitar el establecimiento de la lactancia materna, acompañando a la madre y al bebé durante la alimentación. De la misma manera deben continuar desarrollando su función en el momento del destete, facilitando que pueda hacerse de forma progresiva y no sea conflictivo para el bebé o la madre. Winnicott señala que la separación de la madre-bebé debe ser tolerable para ambos, ni una separación precipitada o ansiosa ni demasiado tardía.

El destete suele producirse sin dificultad si el niño tiene un desarrollo adecuado y la familia supone un entorno seguro y suficientemente estable. Las tomas de pecho se han ido regulando poco a poco y a partir del 6º mes se introducen nuevos alimentos. El bebé ha ido estableciendo un adecuado reconocimiento de la sensación de hambre y empieza a alargar el tiempo entre las tomas durante la noche.

La diversificación alimentaria supone un cambio en la alimentación del bebé al que se enfrentan juntos padres e hijo. La introducción de nuevos alimentos sabores, texturas y formas de alimentación supone un cambio significativo en la relación.

La ilusión de la madre de ver crecer a su hijo, y la confianza con la que presenta los cambios de alimentación muestran al niño un contexto seguro y protector que le da seguridad para que se permita experimentar con lo nuevo. La cercanía emocional de los padres lo acompaña en su crecimiento y en su acercamiento al mundo.

El bebé y sus padres encuentran nuevas maneras de relacionarse en las tomas a partir de un momento en el que la leche materna necesita ser suplementada. El encuentro frente a frente es fundamental y el bebé empieza a experimentar con sus manos.

La separación progresiva del pecho se enmarca en un camino donde el espacio de encuentro entre el niño y la madre se va llenando de palabras, juegos, canciones... y empiezan a mirarse a media distancia. La función de protección del adulto se asegura a través de la mirada y las palabras y no tanto del contacto corporal¹⁵.

Siguiendo a Barriguet⁵, en la función del padre destacan dos aspectos importantes en estos primeros meses: en el cuidado directo del bebé (capacidad de arrullo) y como soporte emocional de la madre (capacidad de consuelo). Es una de las piezas que puede facilitar inicialmente el establecimiento de la lactancia materna, y más adelante acompañar a la madre para encontrar la manera y el momento más adecuado para iniciar el destete.

La regulación de las tomas y el sueño serán dos aspectos fundamentales en el proceso de regulación del bebé. A partir del 4º mes es importante tratar de establecer un ritmo de alimentación y sueño; son los primeros pasos hacia la elaboración de la separación (presencia-ausencia), que se van produciendo en armonía con lo que el bebé puede tolerar con seguridad según el momento madurativo en el que se encuentre. Los padres van encontrando otros modos de calmar al niño y aprender a reconocer otras necesidades acordes a cada etapa del desarrollo.

Es importante destacar una de las funciones que ejerce la madre en el cuidado del bebé: "la capacidad de vitalizar al bebé, la ilusión". Implica el

proceso de narración de la historia del niño hilvanada en la historia de sus padres; que les precede y los acompaña a ambos. En esta misma línea, cabe señalar también la importancia del papel de la mirada y las palabras de los padres para aportar seguridad al bebé y consolidar su acompañamiento emocional como sustitutos del acompañamiento corporal y el contacto físico directo para calmar y satisfacer al niño.

El momento de la separación del pecho no implica una menor necesidad de la madre, por el contrario, se acompaña de una mayor necesidad de cercanía emocional, de su presencia y regularidad a través de sus juegos, caricias, sonrisas y su voz. Es aconsejable que el destete no coincida con otros cambios significativos en la vida del niño: ingreso en la guardería, nacimiento de un hermanito, cambio de casa...

El destete y sus conflictos

Desde la pediatría la indicación de lactancia materna está sostenida por los beneficios clínicos para el lactante y por la importancia de facilitar una interacción adecuada entre el bebé y su madre desde los primeros momentos. En ese sentido consolida la presencia y disponibilidad de la figura materna y muchos de los encuentros entre ambos se establecen alrededor de las tomas.

La construcción de un vínculo estable no depende únicamente de la realización de una conducta concreta y los profesionales deben valorar de forma individualizada las necesidades de cada familia y cómo ayudar a los padres a ejercer su papel de protección.

El mantenimiento de la lactancia materna no es un indicador suficiente de un encuentro adecuado entre el bebé y su madre; es necesario valorar cómo el lactante ha ido desarrollando la interacción con su entorno y detectar posibles situaciones de riesgo tanto en el bebé como en la figura materna:

En el niño:

- Nivel de pasividad importante. Pobre contacto ocular, no demanda directa (no echa los brazos, no emite sonidos...). Es decir, cuando la alimentación al pecho y el encuentro con el cuerpo de la madre no van acompañados de otros aspectos fundamentales en la interacción (mirada y sonidos).

- Niños con un nivel de irritabilidad muy importante que únicamente logran tomas estando dormidos.
- Lactantes que a partir de los 6 meses tienen dificultades para lograr una adecuada diversificación. En lugar de espaciarse las tomas, se hacen más frecuentes. El bebé pasa mucho tiempo al pecho de una madre agotada pero no toma la cantidad necesaria de otros aportes nutricionales.

En la madre:

- Aislamiento emocional importante (deja de salir de casa, no tiene tiempo para nada, deja de hacer planes... todas las actividades diarias giran alrededor de las tomas).
- Madre con gran inseguridad, sentimientos de incapacidad para calmar a su bebé y relaciones conflictivas con la familia extensa (especialmente su propia madre).
- Riesgo de depresión postparto: insomnio o agotamiento marcado, tristeza, sentimientos de desesperanza o pérdida de interés o placer (especialmente en el cuidado del pequeño). (Ver tabla 1).

Un aspecto importante que señalan los psiquiatras en la depresión¹⁶ durante el embarazo y el post-parto es la dificultad para su reconocimiento y el diagnóstico. A veces será difícil de aceptar por parte de las pacientes y las familias, pero también dentro del entorno sanitario se tiende a minimizar su existencia y por lo tanto se retrasa la posibilidad de una atención adecuada.

En todos estos casos es aconsejable:

- Plantear un horario en las tomas que permita regular el encuentro entre la madre y el bebé.
- Establecer un tiempo adecuado (limitar la duración, evitar tomas en blanco).
- Facilitar otras formas de calmar al bebé y potenciar la interacción cara a cara y el encuentro fuera del ámbito de la alimentación.
- Valorar la existencia de una red de apoyo para la figura de la madre (que la acompañe en el desempeño de su función) y la derivación a otros servicios de salud (Atención Temprana / Salud Mental) si fuera necesario.

Tabla 1. Riesgo perinatal.

Embarazo	Diagnóstico médico de riesgo en el bebé	Riesgo emocional de la figura materna	Estabilidad emocional familiar previa
Abortos previos.	Riesgo CIR.	Duelo familiar durante el embarazo.	Enfermedad crónica en la familia.
Pérdidas pre- o perinatales previas.	Diagnóstico prenatal de riesgo (cardiopatías, atresia...).	Enfermedad médica madre.	Antecedentes psiquiátricos.
Reproducción asistida (FIV...).	Diagnóstico precoz (enfermedad metabólica, fibrosis quística...).	Depresión postparto.	Eventos vitales estresantes.
Embarazo adolescente.	Prematuridad.	Psicosis postparto.	
Consumo de alcohol/ tóxicos.	Ingresos prolongados/ intervenciones médicas.		

CIR: crecimiento intrauterino retrasado. **FIV:** fertilización *in vitro*.

PUNTOS CLAVE

- La lactancia materna aporta beneficios al lactante y a su madre y favorece un encuentro repetido entre ambos.
- El papel del equipo médico es fundamental para favorecer una interacción adecuada entre el bebé y sus padres en los primeros momentos. El seguimiento pediátrico cercano puede aportar a los padres la confianza y seguridad necesaria para el cuidado de su hijo y permite detectar de forma temprana posibles desencuentros o dificultades en la crianza.

BIBLIOGRAFÍA

1. Armus M, Dualde C, Oliver M, Wosconoinif N. Desarrollo Emocional. Clave para la Primera Infancia. 0 a 3. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). Fundación Kaleidos; 2012. p. 14-8. ISBN: 978-92-806-4641-2.
2. Enríquez A, Padilla P, Montilla I. Apego, vinculación temprana y psicopatología en la primera infancia. *Informaciones Psiquiátricas*. 2008;193:249-92.
3. Sáinz Bermejo F. Winnicott y la perspectiva relacional en psicoanálisis. Barcelona: Herder Editorial; 2017. p. 58-65. ISBN: 978-84-254-3922-3.
4. Stern D. La constelación maternal: la psicoterapia en las relaciones entre padres e hijos. Barcelona: Paidós Ibérica; 1997. ISBN: 978-84-493-0334-0.
5. Barriguete JA, Lebovici S, Salinas JL, Mazet P, Maldonado-Durán JM. El papel del padre en la alimentación y sus dificultades. En: Lartigué T, Maldonado-Durán M, Ávila-Rosas H (coordinadores). *La alimentación en la Primera Infancia y sus efectos en el desarrollo*. México: Asociación Psiconalítica Mexicana/Plaza y Valdés Editores; 1998. p. 257-72. ISBN: 968-856-641-1.
6. Moneta ME. Psicobiología de la formación del vínculo. En: *El Apego. Aspectos Clínicos y Psicobiológicos de la Diada Madre-Hijo*. Madrid: Cuatro Vientos Editorial; 2003. ISBN: 978-95-624-2085-3.
7. García-Dié MT, Palacín C. Proceso de maternidad: un espacio de intervención psicológica para la prevención. *Cuad Psiquiatr Psicoter Niño Adolesc*. 1999;(28):103-10.
8. Daws D. Terapia breve padres-hijo para tratar problemas de sueño. 1990. p. 63-72.
9. Pedrón Giner C, González González F, Sanz Herrero B. Tratamiento interdisciplinario de los trastornos de la alimentación de inicio en la infancia. En: Morandé Lavín G, Graell Berna M, Blanco Hernández A, coordinadores. *Trastornos de la conducta alimentaria y obesi-*

dad: un enfoque integral. Madrid: Médica Panamericana DL; 2014. p. 171-4. ISBN: 978-84-983-5741-7.

10. Tarragó R. Cuando el niño enferma. En: Torrás de Beà, compiladora. Normalidad, psicopatología y tratamiento en niños, adolescentes y familia. Barcelona: Editorial Octaedro; 2012. p. 169-78. ISBN: 978-84-992-1351-4.
11. Beà N. Primeras relaciones, base del desarrollo. Cuad Psiquiatr Psicoter Niño Adolesc. 1998;(26):131-50.
12. Nanzer N. La depresión postparto: salir del silencio. Barcelona: Editorial Octaedro; 2015. p. 51-65. ISBN: 978-84-992-1707-9.
13. Prego Dorca R, Béjar Trancón A. Las interacciones entre el bebé y sus padres. En: AEN (Sección de Infantil) y SEPYPNA. Psiquiatría Perinatal y del Niño de 0 a 3 años. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría AEN digital; 2015. p. 47-61. ISBN: 978-84-952-8778-6.
14. Manzano J. La etiología y la etiopatogenia de los trastornos mentales. Cuad Psiquiatr Psicoter Niño Adolesc. 2014;57:9-15.
15. Sanz Herrero B, de la Torre Gordo C, Miguel Martínez MT. Tratamiento psicológico y trabajo con padres en los trastornos de alimentación de la primera infancia. En: Morandé Lavín G, Graell Berna M, Blanco Hernández A, coordinadores. Trastornos de la conducta alimentaria y obesidad: un enfoque integral. Madrid: Médica Panamericana DL; 2014. p. 159-67. ISBN: 978-84-983-5741-7.
16. Béjar Tarancón A. La depresión perinatal. En: Prego Dorca R, Alcamí Pertejo M, Mollejo Aparicio, coordinadores. Parentalidad, Perinatalidad y Salud Mental en la Primera Infancia. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría AEN Digital; 2018. p. 158-76. ISBN: 978-84-9528-785-4.

1. c. Alimentación complementaria

María Jiménez Legido

INTRODUCCIÓN

Cuando hablamos de alimentación complementaria nos referimos a todo alimento líquido o sólido distinto de la leche, que se ofrece al lactante para complementar el aporte energético y nutritivo que recibe a través de esta (ya sea lactancia materna o fórmula infantil).

A partir de los 6 meses los aportes que el niño recibe de la leche no son suficientes para satisfacer sus necesidades nutricionales por lo que se hace necesaria la introducción de otros alimentos. La transición de la lactancia exclusiva a los alimentos familiares se efectúa normalmente entre los 4 y 24 meses de edad. Este es un periodo crítico para el desarrollo físico y mental del individuo, de manera que los problemas derivados de una nutrición inadecuada en esta etapa de la vida afectan no sólo al desarrollo físico sino también al desarrollo intelectual y emocional¹⁻⁴. Así mismo es un periodo crítico para el aprendizaje de la alimentación. La introducción de nuevos alimentos supone para el lactante la entrada a un mundo de nuevas percepciones sensoriales, emociones e interacciones sociales que influirán notablemente en el establecimiento de conductas y hábitos dietéticos saludables que persistirán a lo largo de un periodo tan determinante como la infancia y llegarán hasta la edad adulta⁵⁻⁷.

EL COMPLEJO PROCESO DE ALIMENTARSE

Alimentarse no es sinónimo de comer o nutrirse, implica muchos otros factores y es un acto de gran complejidad. Durante la alimentación se produce una interacción entre el niño y su cuidador y con ella se asegura un equilibrio nutricional, pero también se procesan experiencias sensoriales y emocionales que apoyan el desarrollo de habilidades físicas, cognitivas y afectivas. Todos los factores implicados en dicho proceso pueden influir en la aceptación o rechazo de los nuevos alimentos, desde las percepciones sensoriales y su interpretación hasta el temperamento del niño o la interacción con su cuidador.

Durante los primeros años de vida, cuando los sentidos son inmaduros, los estímulos sensitivos tienen un papel muy importante como componentes de las percepciones sensoriales^{7,8}. En esta época de la vida las sensaciones que emergen de la integración del total de estímulos que el niño recibe durante la alimentación, son de suma importancia en el establecimiento del agrado por los alimentos⁹. Además de los sentidos, otros factores como el estado emocional del lactante, su entorno sociocultural¹⁰, el desarrollo social y cognitivo, la capacidad de aprendizaje, la coordinación motora, el estilo de crianza en el hogar y las interacciones con sus iguales y cuidadores influyen en las percepciones^{6,9,11}. Así mismo, durante este periodo de aprendizaje de la alimentación y de instauración de la dieta familiar, el contexto en que se consumen y proporcionan los alimentos, el grado de disciplina impuesta y el nivel de autonomía permitido, tienen junto con los determinantes sensoriales, un impacto en la aceptación y consumo de los alimentos que perdura a lo largo de toda la vida. Por ello, es de gran importancia favorecer experiencias positivas durante el proceso de introducción de la alimentación complementaria⁶.

DESARROLLO DE LAS PREFERENCIAS GUSTATIVAS

La mayoría de las preferencias sensoriales gustativas no están predeterminadas biológicamente, sino relacionadas con la experiencia^{11,12} y el ambiente sociocultural en que se desarrolla el individuo^{13,14}.

Existe una preferencia innata por el sabor dulce, un rechazo para amargos y agrios y una indiferencia inicial al sabor salado. Esta preferencia es común a todos los seres humanos y tiene sentido a nivel evolutivo, al tener una función protectora y de supervivencia para el lactante. El sabor dulce se asocia a fuentes de energía seguras, mientras que el sabor amargo suele asociarse a sustancias tóxicas. Otro aspecto que parece estar predeterminado innatamente es la preferencia por alimentos de alta densidad energética, presentándose un desarrollo más lento de las preferencias por alimentos poco energéticos^{6,11,13}. Esto se atribuye a una reacción adaptativa del niño en crecimiento para mantener un balance positivo de energía (si bien puede resultar un problema cuando existe una amplia y accesible oferta). Otro aspecto de la percepción atribuida a la genética es la posible predisposición de algunos menores a percibir de manera más intensa que otros los sabores dulces y salados, al poseer una mayor densidad de papilas

gustativas fungiformes en la lengua, aspecto que podría estar relacionado con ciertas preferencias, aversiones y hábitos primitivos. Del mismo modo, la infancia puede ser una época de mayor sensibilidad al sabor amargo, lo que podría afectar a la aceptación de los alimentos. Se ha demostrado que la sensibilidad al amargo está relacionada con la aceptación del sabor de ciertas verduras tanto en niños (los menos sensibles aceptan mejor o perciben menos este sabor¹⁵) como en adultos. El grado de sensibilidad a dicho sabor, podría verse influenciado por factores genéticos, aspecto que se encuentra en proceso de investigación. Así, en los últimos años, se están llevando a cabo estudios para determinar si las variaciones en el genotipo TAS2R38 (receptor del gusto tipo 2, miembro 38) contribuyen a las diferencias individuales en el gusto inicial de los bebés por las verduras crucíferas, así como el número de exposiciones repetidas necesarias para desarrollar el agrado por estos alimentos durante la infancia⁷.

Estas pocas preferencias innatas establecen la base inicial para las futuras experiencias con los alimentos, pudiendo ser modificadas por el consumo temprano^{6,7,10,14}.

Se piensa que las primeras experiencias gustativas se producen intraútero por exposición al sabor de los alimentos de la dieta materna, que pasan al líquido amniótico¹⁶. Al final de la gestación el feto deglute grandes cantidades de líquido amniótico y muestra respuestas específicas a los estímulos gustativos presentes en este¹⁷. De este modo el ser humano comienza a experimentar patrones culturales gustativos mucho antes del contacto directo con los alimentos. Esta exposición a muchos de los sabores de la dieta materna que se inició intraútero, se prolonga utilizando como vehículo la lactancia materna en aquellos que se benefician de ella^{7,17}. A través de la leche materna el niño se expone a una amplia gama de sabores y otros estímulos sensoriales tempranos (cambios en textura, temperatura y viscosidad) que predisponen a una mejor aceptación durante la introducción de los alimentos nuevos¹⁶. El conjunto de experiencias sensoriales descritas, previas al contacto directo con los alimentos, modifican en una primera instancia las preferencias innatas y facilitan la aceptación de los alimentos por existir cierta exposición previa a su sabor y/o textura o a otras similares.

APRENDIZAJE Y ACEPTACIÓN DE SABORES Y TEXTURAS DURANTE LA INTRODUCCIÓN DE LA ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA

Durante la transición de la lactancia hacia la dieta familiar se producen nuevas modificaciones de las percepciones a través del enorme aprendizaje que surge de la exposición a los nuevos alimentos⁵⁻⁷¹⁴.

Según las principales sociedades científicas¹⁻⁴, el lactante está preparado para recibir alimentos diferentes de la leche entre las 17 y 26 semanas de vida. Así mismo, se sabe que en torno al sexto mes de vida la lactancia exclusiva comienza a no ser suficiente para cubrir las necesidades calóricas y de micronutrientes, cuyo aporte es imprescindible para un adecuado desarrollo. Es por ello que en dicho periodo se hace necesaria la introducción progresiva de otros alimentos que complementen los aportes que el niño recibe de la leche. Este momento de exposición progresiva coincide con el inicio del periodo sensitivo de aprendizaje de la alimentación⁵⁻⁷, es decir, el periodo de la vida en que es máxima la facilidad para aceptar nuevos alimentos e incluirlos como parte de nuestra dieta habitual. Así mismo, en un tiempo cercano, el lactante comienza a llevarse los alimentos a la boca, siendo esta una de las habilidades sensoriomotoras más significativas y cuya ausencia es un signo de alarma.

Durante el periodo sensitivo, el lactante presenta un estado madurativo óptimo para aceptar los alimentos e integrarlos en su dieta como tal, a través de un aprendizaje basado en la exposición supervisada por su cuidador, cuya condición le llevaría a suministrarle aquellos seguros y nutritivos. De este modo, el lactante humano adquiere los conocimientos básicos de qué elementos de su entorno son alimento y cuáles no, y estos conocimientos se conservan a lo largo de la vida. La receptividad a nuevos alimentos y texturas es máxima durante el periodo sensitivo y disminuye progresivamente en los primeros años de vida. Al final de este periodo comienzan a aparecer sentimientos y expresiones de rechazo hacia las sustancias de las que el individuo no tiene experiencia previa, aumentando notablemente la dificultad para introducir o cambiar hábitos dietéticos. Las preferencias y aversiones alimentarias persisten después como marcadores de identidad cultural e individual, de manera que el rechazo a alimentos nuevos no introducidos en el periodo sensitivo en ocasiones sólo logra superarse cuando el factor social cobra una importancia suficiente. Es por ello que la intro-

ducción tardía de los distintos grupos de alimentos y texturas se asocia a una menor amplitud y variedad de la dieta durante la infancia. Una oferta variada de alimentos de elevada calidad nutricional ofrece mayor seguridad de alcanzar las necesidades requeridas y debe ser un objetivo durante la introducción progresiva de la alimentación complementaria.

Así mismo se ha descrito un periodo crítico para la introducción de la dieta sólida^{3-6,18}. Comenzaría a partir de los 6 meses, cuando el lactante alcanza el nivel de desarrollo neurológico y motor suficiente para que comiencen a aparecer los mecanismos sensoriomotores necesarios para el desarrollo de una masticación eficaz. La exposición a texturas progresivamente más cercanas a los sólidos favorece la aparición de estos mecanismos con mayor facilidad que en cualquier otro periodo de la vida¹⁷. Una vez pasado este tiempo crítico el aprendizaje de la masticación eficaz se hace progresivamente más difícil. Y es por esto que la falta de exposición a texturas sólidas durante ese periodo crítico puede conducir a una adquisición incompleta de las habilidades sensoriomotoras necesarias para la masticación, ocasionando dificultades en el manejo de los sólidos y su consecuente rechazo¹⁸. Un estudio¹⁹ demostró una asociación positiva entre la introducción tardía (después de los 10 meses) de las texturas grumosas y el desarrollo de dificultades en la alimentación (en forma de rechazo de sólidos, menor ingesta, retraso en la adquisición de hitos como beber en una taza) a los 15 meses de edad, apoyando esta teoría. Según las recomendaciones actuales las texturas no líquidas deben ser introducidas entre los 6 y los 9 meses de edad, con aumento progresivo de su consistencia (desde puré muy homogéneo, pasando por puré más consistente, sólidos harinosos que se deshacen con la saliva, hasta llegar al troceado). La introducción en dicho periodo ha demostrado beneficios para el niño, así como su retraso, un aumento de las dificultades de alimentación a partir de los 15 meses.

CRONOLOGÍA Y TIPO DE ALIMENTOS ADECUADOS

En cuanto a la cronología de la introducción de los alimentos según contenido nutricional y tipo, no existe un momento óptimo preciso para la introducción de la mayoría de ellos, y las recomendaciones deben tener en cuenta las tradiciones y los patrones de alimentación y la disponibilidad de alimentos en cada población. En concreto, la Sociedad Europea de Gastroenterología Hepatología y Nutrición (ESPGHAN), tras llevar a cabo una

extensa revisión de la evidencia disponible y considerando la práctica actual, emite una serie de recomendaciones aplicables a lactantes sanos en el ámbito europeo (con condiciones socioeconómicas favorables) y que deben adaptarse de forma individual en aquellos casos con condiciones de salud o sociosanitarias diferentes³.

Según recomendación de la ESPGHAN la leche de vaca (no adaptada) no debe usarse como aporte de leche principal antes de los 12 meses de edad, por su bajo contenido en hierro y su aporte excesivo de proteína, grasa, y energía, si bien pequeños volúmenes pueden consumirse agregados a otros alimentos complementarios. En cuanto a los alimentos alergénicos pueden ser introducidos desde el inicio de la alimentación complementaria, ya que a partir de los 4 meses el retraso en su introducción no parece reducir el riesgo de alergia (y aumenta si se introducen antes de los 3-4 meses). Así mismo, los lactantes con alto riesgo de alergia al cacahuete (con dermatitis atópica severa, alergia al huevo, o ambas) deberían iniciar la exposición a este alimento (por ejemplo, como mantequilla de cacahuete suave, nunca entero) entre los 4 y los 11 meses, previa evaluación por un profesional capacitado. El gluten puede ser introducido entre los 4 y 12 meses de edad, evitando el consumo de grandes cantidades especialmente durante las primeras semanas y en general durante la lactancia.

La ESPGHAN recomienda la administración de alimentos ricos en hierro (incluyendo productos cárnicos y/o alimentos fortificados) desde el inicio de la alimentación complementaria, ya que el rápido crecimiento y desarrollo que acontece durante este periodo de la vida aumenta los requerimientos de hierro y hace al lactante especialmente susceptible al déficit y sus potenciales consecuencias. Así mismo, considera aconsejable incluir fuentes de **ácidos grasos poliinsaturados de cadena larga (LCPUFA)** como el pescado azul. Se debe limitar (especialmente en menores de 3 años) el consumo de pescados depredadores de gran tamaño y de vida larga, como el emperador, el pez espada, el cazón, la tintorera y el atún, por la posibilidad de contaminantes como metilmercurio. Además, según las principales sociedades científicas⁴ los niños deben evitar el consumo de cabezas de gambas, langostinos y cigalas o el cuerpo de crustáceos parecidos al cangrejo a causa de la presencia de cadmio. Por otro lado, en menores de 12 meses se recomienda evitar las verduras de hoja verde con alto contenido en nitratos como la acelga, la espinaca o la borraja; y los niños de 1 a 3 años no deben consumir más de 1 ración al día.

Tabla 1. Cronología y tipos de alimentos adecuados (resumen).

Alimento	0-6 meses	6-12 meses	12-36 meses	≥3 años
Leche materna				
Leche de fórmula adaptada (niños que no reciben leche materna)				
Leche entera, yogur y queso tierno		*Se pueden ofrecer pequeñas cantidades de yogur.		
Cereales (con o sin gluten)				
Frutas				
Hortalizas		*Evitar espinacas y acelgas.	*No ≥1 ración al día de espinacas y acelgas.	
Legumbres				
Huevos				
Carne (blanca y roja. Evitar animales cazados con munición de plomo)				
Pescado (blanco y azul)				
Aceite de oliva, frutos secos molidos				
Sólidos con riesgo de atragantamiento (frutos secos enteros, palomitas, granos de uva enteros, manzana o zanahoria cruda)				
Alimentos superfluos (azúcares, miel, mermelada, cacao y chocolate, flanes y otros postres lácteos, galletas, bollería, embutidos y charcutería)			Cuanto más tarde y en menor cantidad, mejor (siempre a partir de los 12 meses).	

Durante este periodo no debe agregarse azúcar (ni edulcorantes) o sal a los alimentos, entre otras razones, para que el lactante se acostumbre a los sabores naturales de los alimentos. Deben evitarse los zumos de fruta o bebidas azucaradas. Los zumos no ofrecen beneficio nutricional respecto a la fruta entera, su consumo puede favorecer una ganancia inadecuada de peso (sobrepeso o ganancia escasa si desplaza la ingesta de otros alimentos) y aumentan el riesgo de caries. Así mismo, se recomienda evitar los

azúcares libres en la dieta de los lactantes. Por ello, si se consumen cereales en polvo u otros productos específicos para lactantes, no son aconsejables aquellos que contengan miel o azúcares añadidos en su composición. En la tabla 1 se muestra un resumen de la cronología y tipos de alimentos adecuados.

En general, se aconseja aumentar gradualmente la consistencia y variedad de los alimentos a medida que el niño crece, adaptándose a los requerimientos y habilidades del niño y estimulando la adquisición de habilidades motoras esenciales como el masticado y el contacto con nuevos sabores. No deben ofrecerse productos que impliquen un alto riesgo de atragantamiento, como frutos secos enteros, palomitas de maíz, uvas enteras, aceitunas o salchichas cortadas transversalmente. Por el mismo motivo deben evitarse algunos vegetales y frutas duros, como la manzana o la zanahoria crudas.

INFLUENCIA DEL TEMPERAMENTO Y ACTITUD DEL CUIDADOR

Según lo explicado, la respuesta y receptividad para sabores y texturas es distinta en cada individuo, y está influenciada por la exposición al alimento, las experiencias sensoriales y percepciones derivadas de la misma y el momento en que se produce. Pero además podrían estar influenciadas por el temperamento del niño^{11,14,20}, especialmente la dimensión que determina la tendencia a la búsqueda o rechazo de lo novedoso¹⁹. Un estudio²⁰ realizado en lactantes de 12 meses demostró una asociación positiva entre temperamento de búsqueda de novedad y aceptación de un alimento nuevo. El mismo estudio objetivó que la exposición precoz a un mayor número de alimentos sólidos se asocia a menos comportamientos de rechazo al alimento nuevo, incluso en niños con temperamento evitativo hacia lo novedoso. Así mismo, la implicación materna, presentación atractiva del alimento y capacidad de respuesta a las reacciones del lactante, se asociaban a mejor aceptación del alimento nuevo independientemente del temperamento.

Es muy probable que la predisposición temperamental de un niño a aceptar o rechazar la novedad pueda influir en la aceptación o rechazo de los alimentos durante su introducción, pero este es sólo uno de los factores. La predisposición temperamental se combina con el nivel de exposición a una variedad de alimentos, el momento en que se ofrecen y todo ello modulado por la implicación y conducta materna. Por esta razón los padres de niños que tienden a presentar reacciones negativas frente a los estímulos nove-

dosos deben ser animados a persistir a pesar del rechazo inicial, aprovechando el periodo sensitivo sin retrasarse, y con una actitud positiva hacia el lactante.

PUNTOS CLAVE

- El lactante está preparado para recibir alimentos diferentes de la leche entre las 17 y 26 semanas de vida. A partir del 6º mes su introducción se hace necesaria para cubrir sus requerimientos nutricionales.
- Esto coincide con un periodo crítico para el desarrollo físico y mental y para el aprendizaje de la alimentación. El lactante presenta la máxima receptividad para sabores y texturas y adquiere unos hábitos dietéticos (influidos por factores sensitivos, emocionales y sociales) que conservará a lo largo de su vida.
- Se aconseja aumentar gradualmente la consistencia y variedad de los alimentos adaptándose a los requerimientos y el desarrollo del niño, estimulando la adquisición de habilidades como el masticado y el contacto con nuevos sabores.
- La facilidad para aceptar nuevos alimentos podría estar influenciada por cierta predisposición temperamental, que se combina con el grado de exposición previa a otros alimentos (variedad y momento), implicación y conducta maternas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Organización Mundial de la Salud. Principios de orientación para la alimentación de niños no amamantados entre los 6 y los 24 meses de edad. Washinton DC: Organización Panamericana de la Salud; 2007. ISBN: 978-92-7-532795-1. Disponible en <https://apps.who.int/iris/handle/10665/96355>
2. Organización Mundial de la Salud. La alimentación del lactante y del niño pequeño: Capítulo Modelo para libros de texto dirigidos a estudiantes de medicina y otras ciencias de la salud. Washin-gton, DC: Organización Panamericana de la Salud; 2010. ISBN: 978-92-75-33094-4. Disponible en https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/44310/9789275330944_spa.pdf;sequence=1
3. Fewtrell M, Bronsky J, Campoy C, Domellöf M, Embleton N, Fidler Mis N, *et al.* Complementary feeding: a position paper by the European Society for Paediatric Gastroenterology, Hepato-logy, and Nutrition (ESPGHAN) Committee on Nutrition. *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 2017;64:119-32. <https://doi.org/10.1097/MPG.0000000000001454>
4. Asociación Española de Pediatría. Recomendaciones de la Asocia-ción Española de Pediatría sobre la alimentación complementaria, 2018. En: AEP [en línea] [consultado el 07/04/2025]. Disponible en <https://www.aeped.es/comite-nutricion-y-lactancia-materna/nutri-cion-infantil/documentos/recomendaciones-aep-sobre-alimentacion>
5. Cashdan E. A sensitive period for learning about food. *Hum Nat.* 1994;5:279-91. <https://doi.org/10.1007/BF02692155>
6. Pérez-Escamilla R, Segura-Pérez S, Lott M; RWJF HER Expert Panel on Best Practices for Promoting Healthy Nutrition. Feeding Patterns, and Weight Status for Infants and Toddlers from Birth to 24 Months. *Feeding Guidelines for Infants and Young Toddlers: A Responsive Parenting Approach.* Durham, NC: Healthy Eating Research, 2017. Disponible en <http://healthyeatingresearch.org>
7. Mennella JA, Reiter AR, Daniels LM. Vegetable and Fruit Acceptan-ce during Infancy: Impact of Ontogeny, Genetics, and Early Ex-

- periences. *Adv Nutr.* 2016;7:211S-9S. <https://doi.org/10.3945/an.115.008649>
8. Mennella JA, Beauchamp GK. Understanding the origin of flavour preferences. *Chem Senses.* 2005;30 Suppl1:242-3. <https://doi.org/10.1093/chemse/bjh204>
 9. Álvarez J, Cilense AC, Abreu F. Physiology of taste and food acceptance by infants. *Braz J Oral Sci.* 2003;2:245-48.
 10. De Cosmi V, Scaglioni S, Agostoni C. Early Taste Experiences and Later Food Choices. *Nutrients.* 2017;9(2):107. <https://doi.org/10.3390/nu9020107>
 11. Birch LL. Developmental of food preferences. *Annu Rev Nutr.* 1999;19:41-62. <https://doi.org/10.1146/annurev.nutr.19.1.41>
 12. Birch LL. Psychological influences on the childhood diet. *J Nutr.* 1998; 128(2 Suppl);407-10S. <https://doi.org/10.1093/jn/128.2.407S>
 13. Jansen A, Tenney N. Seeing mum drinking a light product: is social learning a stronger determinant of taste preference acquisition than caloric conditioning? *Eur J Clin Nutr.* 2001;55:418-22. <https://doi.org/10.1038/sj.ejcn.1601175>
 14. Ventura AK, Worobey J. Early influences on the development of Food preferences. *Curr Biol.* 2013;23:R401-8. <https://doi.org/10.1016/j.cub.2013.02.037>
 15. Bell KI, Tepper BJ. Short-term vegetable intake by young children classified by 6-n-propylthiouracil bitter-taste phenotype. *Am J Clin Nutr.* 2006;84:245-51. <https://doi.org/10.1093/ajcn/84.1.245>
 16. Mennella JA, Jagnow CP, Beauchamp GK. Prenatal and postnatal flavor learning by human infants. *Pediatrics.* 2001;107:E88. <https://doi.org/10.1542/peds.107.6.e88>
 17. Mennella JA, Beauchamp GK. Maternal diet alters the sensory qualities of human milk and the nursing infant's behavior. *Pediatrics.* 1991;88:737-44.

18. Illingworth RS, Lister J. The critical or sensitive period, with special reference to certain feeding problems in infants and children. *J Pediatr.* 1964;65:839-48. [https://doi.org/10.1016/s0022-3476\(64\)80006-8](https://doi.org/10.1016/s0022-3476(64)80006-8)
19. Northstone K, Emmett P, Nethersole F and the ALSPAC Study team. The effect of age of introduction to lumpy solids on foods eaten and reported feeding difficulties at 6 and 15 months. *J Hum Nutr Dietet.* 2000;14:43-54. <https://doi.org/10.1046/j.1365-277x.2001.00264.x>
20. Moding KJ, Birch LL, Stifter CA. Infant temperament and feeding history predict infants' responses to novel foods. *Apetite.* 2014;83:218-25. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2014.08.030>

1. d. La alimentación desde el punto de vista evolutivo

Francisca González González, Beatriz Sanz Herrero, Ana Candás Estébanez

ALIMENTACIÓN Y ENCUENTRO EMOCIONAL

Cuando la alimentación se establece sin dificultad desde el inicio, va acompañada de un sentimiento de satisfacción en los adultos que se sienten reconfortados en su papel de padres y facilita que, en su acercamiento al niño, puedan irse adaptando y dejándose guiar por él¹.

Entender la alimentación desde el punto de vista evolutivo implica que debemos ayudar a los padres a comprender qué necesidades tienen sus hijos y que puedan entender los cambios como parte de su proceso de crecimiento².

Para alimentar a un niño son necesarios varios elementos: un niño con hambre y abierto a comer, un alimento que ofrecer y un adulto disponible que pueda calmar y entender las necesidades del bebé. Cómo el adulto ofrece el alimento al niño forma parte del proceso de encuentro entre ambos y va cambiando a medida que el niño crece.

LACTANCIA

En la crianza, la madre asume la función de alimentar al niño desde las primeras horas de nacer. Alrededor de la alimentación se va a ir estableciendo el acercamiento inicial del bebé al mundo y el encuentro repetido con su madre. Se va a lograr una acomodación específica en cada diada madre-hijo³ y en cada situación concreta.

Es importante potenciar la lactancia materna entendida como un encuentro en el que la madre alimenta a un bebé que la mira. La **interacción cara a cara** y la **posición de regazo** son elementos que facilitan ese encuentro.

Si es posible, se propone una alimentación a demanda desde el inicio, en la que el adulto se adapta a las necesidades y los ritmos del bebé. Así las madres van organizando el mundo para sus bebés, evolucionando ellas al mismo tiempo como madres⁴.

Poco a poco los intercambios del niño y la madre se enriquecen (palabras, juegos, canciones...), se desarrolla una interacción por turnos y el encuentro entre el niño y la madre se establece a modo de **diálogo**⁵. El padre también ocupa su propio lugar (al lado de la madre y disponible para el niño).

A partir del 3^{er} o el 4^o mes, el bebé puede empezar a establecer una regulación de la sensación de hambre y es importante tratar de establecer un ritmo de alimentación y sueño. La madre encuentra otros modos de calmar al bebé y le va devolviendo una imagen cada vez más completa de sí mismo.

En aquellos casos en los que el bebé no puede alimentarse del pecho materno, lo más adecuado es que la toma sea lo más parecida posible: que la madre abrace al niño, le hable y le mire. De esta forma, estos tres aspectos (cuerpo, mirada, voz) integrados van a facilitar una adecuada comunicación⁶ entre el bebé y su madre acompañando la alimentación.

EL PASO A LA CUCHARA

El momento del paso a la cuchara, se inicia entre los 4 y los 6 meses y se acompaña de muchos cambios en el desarrollo del niño. Se le ofrecen texturas y sabores nuevos, se usan otros utensilios y se empieza a establecer un horario: progresivamente se va logrando el reconocimiento de la sensación de hambre, las tomas se van espaciando y se inicia la diversificación alimentaria.

Para que un niño pueda realizar el paso a la cuchara, es necesario que haya desarrollado patrones de postura y movimiento adecuados: mayor control de tronco, sedestación con apoyo lo más estable posible.

En esta etapa la madre se coloca **sentada frente al niño** y el alimento entre ambos. La cuchara hace de intermediario. El acercamiento al alimento toma el modelo de la atención conjunta y la exploración compartida. En esta etapa comienza el desarrollo de los fenómenos transicionales y aparece con más claridad la subjetividad del niño⁷. El papel de las manos y la exploración del alimento forma parte del juego del niño y de su forma de descubrir el entorno. Es necesario lograr una participación activa del niño: tocar, mancharse y explorar el alimento⁸.

INTRODUCCIÓN DE LOS ALIMENTOS SÓLIDOS

En el momento de la introducción de los alimentos sólidos, el niño se sitúa **frente al alimento y el adulto a su lado**, le acompaña. Esta etapa coincide con el deseo de autonomía y exploración del niño (empieza a comer por sí mismo y se lleva los trocitos a la boca). El adulto ofrece inicialmente alimentos seguros, que se deshacen rápido en la boca, evitando todos aquellos que sean resbaladizos, con pieles... y poco a poco se facilita la introducción de otras texturas⁸. Como el agarre del niño en esta etapa es muy grueso, los trozos deben ser manejables, para facilitarle al máximo posible su autonomía y exploración del alimento. Un ejemplo de esto es el típico pedazo de pan, que el niño va explorando, chupando y mordiéndolo poco a poco, deshaciendo tanto miga como corteza en la boca, con movimientos en un inicio de aplaste de la lengua contra el paladar.

Durante todo este camino las palabras y la mirada de los padres facilitan y acompañan el acercamiento del niño al entorno y su encuentro con la comida.

Es importante valorar aquellas situaciones de desencuentro repetido o excesiva tensión en las tomas y prestar atención a aquellos niños que presentan una alerta sensorial marcada (nunca se han llevado objetos a la boca o les molesta tocar ciertas texturas, no toleran cuando hay grumos en el puré...). A veces, al iniciar la introducción del sólido, puede producirse un reflejo nauseoso exacerbado que se confunde con un atragantamiento; es importante que la familia conozca esto, y lo trate con normalidad, favoreciendo la sensación de seguridad en el niño.

ENTENDER LA ALIMENTACIÓN COMO UN PROCESO

Hacer una lectura evolutiva de los cambios en la alimentación, supone entender los cambios como una adquisición del niño y analizar cómo se van estableciendo, a la vez que el niño pone en marcha sus recursos. Estamos ante un sujeto en desarrollo y los ritmos de regulación del hambre y el sueño se sitúan en las bases de las primeras relaciones. En el proceso de crecimiento de los 0 a los 6 años, el niño se desarrolla biológicamente a la vez que se construye como persona⁹.

Tenemos que ser especialmente sensibles a aquellas situaciones en las que por diferentes motivos no puedan establecerse los cambios en el momento adecuado (grandes prematuros^{10,11}, enfermedades crónicas, hospitalizaciones prolongadas, necesidad de soporte artificial, retraso madurativo grave, falta de disponibilidad de sus cuidadores...) ^{12,13} y tratar de que los aspectos que se juegan alrededor de la alimentación puedan incorporarse de otro modo^{12,13}.

Los cambios en la alimentación acompañan y forman parte del crecimiento del niño. Por ello, es necesario establecer un ritmo de alimentación adecuado (que permita el reconocimiento de la sensación de hambre), unas rutinas de sueño (que faciliten la separación progresiva del adulto) y tratar de potenciar la autonomía y los recursos propios del niño (potenciando el juego y la interacción con otros niños).

DEL NACIMIENTO A LOS 6 MESES

Durante este periodo el bebé se alimenta en el regazo de la madre, el alimento lo recibe a través del pecho o del biberón, es exclusivamente líquido y cuenta con una serie de reflejos innatos, que le van a facilitar llevar a cabo esta tarea.

En esta etapa es necesaria una adecuada coordinación de succión-deglución-respiración.

Es importante distinguir entre dos tipos de succión:

- 1) Succión nutritiva: aquella que sirve para satisfacer y calmar el hambre.
- 2) Succión no nutritiva: cuando el bebé succiona el pecho de la madre sin extraer líquido, favoreciendo la calma y la descarga de tensión. Algunos bebés necesitan la succión no nutritiva mediante el uso del chupete para conseguir una adecuada autorregulación.

Alrededor de la comida se establecen los primeros encuentros entre la madre y el niño y será uno de los momentos privilegiados de **interacción**. Hay un primer periodo de Adaptación, en el que la madre y el niño se empiezan a conocer y necesitan un tiempo para acomodarse el uno al otro. Es necesario un encuentro adecuado entre la necesidad del niño y la respuesta de la madre.

Inicialmente se le ofrece a demanda (el bebé no puede esperar) y es importante favorecer el contacto cara a cara y un tiempo de tranquilidad durante la toma¹⁵.

Poco a poco la madre alarga las tomas y ayuda al establecimiento de la regulación de los ritmos internos en el niño (vigilia/sueño, hambre/saciedad, tensión/relajación)¹⁶. Aparecen pequeñas dosis de frustración que el bebé puede tolerar con seguridad. Los padres a través de sus palabras empiezan a ordenar el mundo: "ahora lo que tienes es hambre, ahora es sueño...". La madre empieza a poder calmar al niño de otra manera, empieza a introducir la capacidad simbólica a través de sus palabras e introduce pequeños códigos de diferenciación entre ella y el niño¹⁷.

El niño se comunica a través del llanto y aparecen los primeros sonidos guturales. A partir del 3^{er} mes aparece la sonrisa social, (esbozos de sus primeros recursos de autorregulación)^{18,19}.

DE LOS 6 A LOS 12 MESES

A partir de 4-6 meses, el niño cambia de postura para comer, se sienta frente al adulto y la comida se coloca entre ambos. El alimento ya no es líquido exclusivamente, se introducen papillas y purés de texturas y sabores diferentes, poco a poco con la ayuda de los padres.

Alrededor de los 6-9 meses se inicia el mascado, movimientos verticales de mandíbula, y movimientos de lengua torpes. Se le ofrecen alimentos de fácil disolución con la saliva (galleta, pan...) que él irá llevándose a la boca.

A partir de los 9 meses logra la pinza y empieza a llevarse alimentos a la boca cada vez más pequeños, participa, disfruta, explora y juega con la comida. En esta edad es necesario ir cambiando la textura del alimento, cada vez menos pasada, más grumosa, pero nunca introducir los trocitos en el puré.

Es necesario favorecer una participación activa y la experimentación del niño. Poco a poco será capaz de coger una cuchara y beber de una taza.

En este periodo se inicia el desarrollo de los fenómenos transicionales, que tendrán un valor fundamental como precursores del proceso de simbolización y el desarrollo del psiquismo.

Es especialmente importante la comunicación que favorece la atención conjunta y la interacción compartida²⁰; involucra la capacidad de mantener y cambiar la atención y ayuda a comprender el punto de vista del otro.

Diferentes autores plantean que esta etapa es un momento de mucha experimentación con los alimentos y el entorno, pero que necesita una gran cercanía emocional de adulto. El periodo sensible para la introducción de nuevas texturas coincide con la ansiedad ante el extraño del 8º mes.

El niño reacciona ante separaciones cortas de la figura de apego y se inicia el establecimiento de la diferencia entre lo conocido y lo no conocido, por lo que en la medida de lo posible es importante evitar situaciones de separación excesiva o muchos cambios de cuidador. El niño reconoce su nombre y empieza a imitar los sonidos de los demás. Reclama de forma directa, señala, y el adulto puede discriminar los estados emocionales del niño.

DE LOS 12 A LOS 24 MESES

En esta etapa se incorporan los sólidos de manera progresiva. Durante estos meses se consigue la masticación rotatoria y el niño aprende a llevarse la comida de un lado a otro de la boca. Se le van ofreciendo alimentos en trocitos con texturas y sabores variados. Bebe en vaso y coge la cuchara para comer él solo.

En esta etapa llama la atención de forma especial la capacidad exploradora del niño y su curiosidad.

El lenguaje empieza a sustituir los modos primitivos de comunicación. El niño es capaz de pronunciar la palabra "mamá" evocando su calor y protección sin necesidad de su presencia directa.

Consigue la marcha, empieza a ejercitar su autonomía y destaca el sentimiento de omnipotencia del niño.

Se introduce el NO, que el niño entiende y le permite discriminar lo que puede y no puede hacer. Su conducta adquiere intencionalidad y puede expresar a través de sus gestos diferentes emociones de gusto y enfado. Para que un niño sea capaz de masticar y morder con placer tiene que haber logrado una suficiente regulación de la respuesta de enfado y agresión.

DE LOS 24 A LOS 36 MESES

En esta etapa la alimentación del niño es similar a la del adulto. Consigue la masticación con manejo eficaz del alimento y utiliza la cuchara adecuadamente.

Presenta un gran desarrollo de su motricidad, disfruta y explora a través de lo corporal.

El control de esfínteres empieza a tener importancia y se reconocen nuevas sensaciones corporales. Se establece toda una significación afectiva en relación con el control y el dominio que quiere ejercer en su entorno. Se siente seguro y empieza a tener conciencia de la autonomía de su cuerpo y sus pensamientos²¹.

A PARTIR DE LOS 36 MESES

La alimentación a partir de esta edad es igual que la del adulto y va adquiriendo poco a poco las habilidades necesarias para la utilización de los cubiertos.

A los 3 años, el lenguaje está muy desarrollado a nivel comprensivo y expresivo; sirve para preguntar y aprender, y ayuda a regular la conducta. Los niños empiezan a tolerar la espera y a interiorizar poco a poco la noción del tiempo.

Se inicia la escolarización que supone una separación marcada y duradera de sus padres y el encuentro con su grupo de edad. En la medida que han interiorizado un vínculo de seguridad y han ido aprendiendo a tolerar las frustraciones estarán preparados para iniciar la socialización con sus compañeros. El juego es uno de los pilares del desarrollo del funcionamiento psíquico del niño²² y fuente de aprendizaje e investigación²³.

A partir de los 4 años es importante destacar el desarrollo de la imaginación y la adquisición del juego simbólico. El niño en la medida que va logrando pequeñas metas, empieza a consolidar su sentimiento de autoestima. Sus amigos y el sentimiento de pertenencia a un grupo serán uno de los pilares de su desarrollo emocional.

PUNTOS CLAVE

- **LACTANCIA**

Alrededor de la alimentación se va a ir estableciendo el acercamiento inicial del bebé al mundo y el encuentro repetido con su madre. El papel del padre es importante: al lado de la madre y disponible para el niño.

En aquellos casos en los que el bebé no puede alimentarse del pecho materno, lo más adecuado es que la toma sea lo más parecida posible: que la madre abrace al niño, le hable y le mire.

- **EL PASO A LA CUCHARA**

En esta etapa la madre se coloca sentada frente al niño y el alimento entre ambos, la cuchara hace de intermediario. Es necesario que el niño haya desarrollado patrones de postura y movimiento adecuados para mantenerse sentado.

- **INTRODUCCION DE LOS ALIMENTOS SÓLIDOS**

Es necesario lograr una participación activa del niño: tocar, mancharse y explorar el alimento.

Entender los cambios como una adquisición del niño y valorar a medida que va creciendo cómo pone en marcha sus recursos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Lartigue Becerra T, Maldonado-Durán M, Ávila Rosas H, coordinadores. La alimentación en la primera infancia y sus efectos en el desarrollo: una visión de profesionales de la salud. México: Plaza y Valdés; 1998. ISBN: 978-96-8856-641-1.
2. Kreisler L, Fain M, Soulé M. El niño y su cuerpo. Buenos Aires: Amorrortu Editores; 1977. ISBN: 978-95-0518-447-7.
3. Mazet P, Stoler, S. Manual de psicopatología de la primera infancia. Barcelona: Ed. Masson; 1995. ISBN: 978-84-3110-516-7.

4. Kaye K. La vida mental y social del bebé. Cómo los padres crean personas. Barcelona: Paidós Ibérica; 1986. ISBN: 978-84-7509-398-7.
5. Brazelton TB. Alimentación en la primera infancia: el método Brazelton. Barcelona: Medici; 2007. ISBN: 978-84-9799-048-6.
6. Tronick EZ. Emotions and emotional communication in infants. *Am Psychol.* 1989;44(2):112-9. <https://doi.org/10.1037//0003-066x.44.2.112>
7. Winnicott DW. Realidad y Juego. Barcelona: Ed Gedisa; 1978. ISBN: 978-84-7432-056-5.
8. Beaudry Bellefeuille I. El rechazo a alimentarse y la selectividad en el niño menor de 3 años: una compleja combinación de factores médicos, sensoriomotores y conductuales. *Acta Pediatr Esp.* 2014;72(5):92-7.
9. Sanz Herrero B, de la Torre Gordo C, Miguel Martínez MT. Tratamiento psicológico y trabajo con padres en los trastornos de alimentación de la primera infancia. En: Morandé Lavín G, Graell Berna M, Blanco Hernández A, coordinadores. *Trastornos de la conducta alimentaria y obesidad: un enfoque integral.* Madrid: Médica Panamericana DL; 2014. p. 159-67. ISBN: 978-84-9835-741-7.
10. Tarragó Riverola RM. Intervenciones psicoterapéuticas en un servicio de neonatología. *Cuad Psiquiatr Psicoter Niño Adolesc.* 2003;(35/36):169-81.
11. Larbán Vera J. Ser padres. Interacciones precoces padres e hijos: reflexiones a propósito de la prevención y detección precoz de los trastornos del desarrollo en el bebé. *Cuad Psiquiatr Psicoter Niño Adolesc.* 2006;(41/42):147-60.
12. Lau C, Smith EO, Schanler RJ. Coordination of suck-swallow and swallow respiration in preterm infants. *Acta Paediatr.* 2003;92(6):721-7.
13. Bauer MA, Prade LS, Keske-Soares M, Haëffner LS, Weinmann AR. The oral motor capacity and feeding performance of preterm newborns at the time of transition to oral feeding. *Braz J Med Biol Res.* 2008;41(10):904-7. <https://doi.org/10.1590/s0100-879x2008001000012>

14. Campos Montero ZI. Problemas de alimentación en lactantes. Primera parte: generalidades. Acta Pediátrica Costarricense. 2009;21(1):18-25.
15. Lebovici S, Diatkine R, Soulé M. Tratado de Psiquiatría del niño y del adolescente. Madrid: Biblioteca Nueva;1995. ISBN: 978-84-7030-354-8.
16. Michelena M. Un año para toda la vida: el secreto mundo emocional de la madre y su bebé. Madrid: Temas de hoy, Editorial Planeta; 2002. ISBN: 978-84-8460-810-3.
17. Stern D. La constelación maternal: la psicoterapia en las relaciones entre padres e hijos. Barcelona: Paidós Ibérica; 1997. ISBN: 978-84-4930-334-0.
18. Graell Amat A, Lanza Castelli G. Mentalización, apego y regulación emocional. En: ResearchGate [en línea] [consultado el 08/04/2025]. Disponible en https://www.researchgate.net/publication/311807167_Mentalizacion_apego_y_regulacion_emocional
19. Cero a tres. Clasificación de diagnóstico de salud mental y trastornos de comportamiento en bebés y en la primera infancia. Edición revisada (DC:0-3R). Washington, DC: ZERO A TRESS Press. ISBN: 978-0-943657-90-5.
20. Ferre Navarrete F, Palanca Maresca I, Crespo Hervás MD, coordinadores. Guía de Diagnóstico y Tratamiento de los Trastornos del Espectro Autista. La atención en la Red de Salud Mental. Madrid: Cogesin, 2008. Disponible en https://www.psie.cop.es/uploads/GUIA_TEA.pdf
21. Torras de Beá E, compilador. Normalidad, psicopatología y tratamiento en niños, adolescentes y familia. Barcelona: Octaedro, 2012. ISBN: 978-84-9921-351-4.
22. Schejtman CR, Duhalde C, Silver R, Vernengo MP, Esteve MJ, Hue-rin V. Los inicios del juego en la primera infancia y su relación con la regulación afectiva diádica y la autorregulación de los infantes. Anuario de Investigaciones. 2010;16:241-52.
23. Colás J. Aportes del psicoanálisis al conocimiento de la mente del niño: El juego. Cuad Psiquiatr Psicoter Niño Adolesc. 1998;(25):21-81.

A decorative graphic consisting of several overlapping, curved bands in shades of blue and purple, sweeping from the bottom left towards the top right.

Capítulo 2

DEFINICIÓN Y CLASIFICACIÓN DE LOS TRASTORNOS DE ALIMENTACIÓN EN LA PRIMERA INFANCIA

2. a. Clasificación actual: de las dificultades a los trastornos de alimentación

Elvira Cañedo Villarroya

INTRODUCCIÓN y DEFINICIONES RELEVANTES

Existen gran número de clasificaciones de los trastornos de alimentación (TA) de la primera infancia en la literatura, pero en este capítulo señalaremos solo aquellas que más repercusión han tenido para su categorización, comprensión y conocimiento, y lo haremos siguiendo un orden cronológico.

Esta multiplicidad de clasificaciones ha dado lugar a términos confusos o cuyo significado se solapa entre ellos, por lo que, en un intento de aclarar estos conceptos, se definen los vocablos que incluyen a todos ellos y que actualmente utilizamos de manera genérica:

- **Trastorno de alimentación (TA) de la primera infancia¹:** cualquier rechazo o dificultad de alimentación lo suficientemente grave para ocasionar un problema nutricional (ya sea por afectación del peso, talla o ambos, déficit de micronutrientes y/o dependencia de soporte enteral y/o parenteral) o socioemocional (en el niño o sus cuidadores), que requiera tratamiento específico para su resolución.
Aparece entre los 0 y 6 años, especialmente en los tres primeros, y dentro de él se engloban diferentes trastornos que pueden aparecer aislados o combinados entre sí y que más adelante se desarrollarán al hablar de las diferentes clasificaciones.
- **Dificultad de alimentación¹:** término que abarcaría cualquier queja de los cuidadores que sugiera un problema en la alimentación sin importar su gravedad, (desde la malinterpretación por parte de los padres a los verdaderos trastornos), y que incluye, por tanto, al anterior.

HISTORIA DE LAS CLASIFICACIONES Y SITUACIÓN ACTUAL

Las clasificaciones en Medicina son herramientas básicas para definir, acotar, matizar y por tanto ayudar a entender la fisiopatología de un determinado desorden diferenciándolo de otros del mismo grupo mediante una terminología común, empleada por todos los investigadores, que revierta en un mayor conocimiento para la prevención y tratamiento específico de dichas entidades.

En cuanto a los TA de la primera infancia no es hasta 1992 cuando la Organización Mundial de la Salud en la CIE-10² (Clasificación Internacional de Enfermedades, 10ª edición) y hasta 1994 cuando la Asociación Americana de Psiquiatría en el DSM IV³ (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, 4ª edición), reconocen, por primera vez como entidad, el "trastorno de alimentación de la infancia" y que, junto con la "pica" y la "rumiación", los diferencian del resto de trastornos de conducta alimentaria de aparición en la adolescencia y edad adulta. En dichas clasificaciones los criterios de inclusión precisaban que dicho trastorno:

1. Apareciese antes de los 6 años de vida.
2. No se relacionase con ninguna otra enfermedad médica o mental.
3. Que la negativa a la ingesta del niño diese lugar a un estancamiento del peso o talla o a su pérdida (requisito de afectación antropométrica).

Dicha definición era tan estricta que en publicaciones posteriores en las que se revisaban niños que consultaban por dificultades de alimentación solo el 0,2% cumplían criterios de TA de la infancia, poniendo de manifiesto la escasa utilidad de una clasificación que dejaba "sin nombre" a la mayoría de los afectados⁴.

Por ese motivo, en los siguientes años surgen nuevas categorizaciones que intentan reflejar la complejidad de factores que influyen en el desarrollo de la conducta alimentaria (incluyendo factores biológicos y por tanto enfermedades; por ejemplo, un niño cardiópata que rechaza comer porque la ingesta le "fatiga" literalmente y le hace sentir mal), y describiendo dichas entidades como trastornos bio-comportamentales⁵⁻⁷.

Hasta el año 2000 no se produce, sin embargo, un verdadero hito en cuanto a las clasificaciones, y este vendrá de la mano de Irene Chatoor⁸, psiquiatra y pediatra a la vez, que es capaz de dar un paso más en el entendimiento de estos trastornos para definirlos como bio-comportamentales-relacionales, en los que, además de factores biológicos y psicoemocionales, es fundamental el papel regulador de los cuidadores y muy especialmente de la madre como "alimentadora" principal del niño sobre todo en los primeros meses de vida. Chatoor define y da nombre a 8 subtipos de trastornos, estableciendo criterios diagnósticos y pautas de abordaje específicas realmente útiles. Actualmente, pueden existir matizaciones en las definiciones de dichos subtipos, o pueden faltar algunos, (no establece Chatoor, por ejemplo, ninguna categoría para niños mayores de 6 meses con escaso apetito, pero no enérgicos y vitales (definidos como "anorexia infantil"), sino "tristes" o decaídos como correlato somatomorfo de depresión infantil y sí definido, sin embargo, por otros autores como "food avoidance emotional disorder" o FEAD⁹). Sin embargo, la utilidad de dicha clasificación, sobre todo a la hora de diferenciar a unos niños de otros, y establecer por tanto pautas de actuación individualizadas, es indudable. Dada su relevancia exponemos brevemente cada uno de dichos trastornos:

1. Alteración de la homeostasis o desregulación de los ciclos básicos: se inicia en el periodo neonatal como una dificultad del lactante para mantener un estado de vigilia en calma, por estar constantemente irritable o adormilado impidiéndose una lactancia (materna y/o artificial), adecuada.
2. Trastorno de reciprocidad o del vínculo: se inicia en los primeros meses de vida debido a una falta de estimulación afectiva por parte del cuidador del lactante. Puede aparecer en niños institucionalizados o hijos de padres con problemas psiquiátricos, drogodependencia..., que no son capaces de establecer dicha vinculación a través de miradas, sonrisas, palabras de afecto, canciones, etc., mientras cuidan y alimentan a sus bebés. Estos pueden experimentar un retraso psicomotor y antropométrico secundario a dicha falta de estímulo.
3. Anorexia infantil. Aparece entre los 6 meses y los 3 años. Son niños con poco apetito e interés por la comida, pero curiosos y motivados para otras actividades. Las comidas son conflictivas por el rechazo

del niño y las diferentes actitudes (muy coercitivas o permisivas) que adoptan sus cuidadores para que coman y que empeoran aún más los conflictos y la frustración de los padres.

4. Aversión sensorial. Aparece durante los primeros años cuando se introduce algún tipo diferente de comida. El niño rechaza el alimento por su apariencia, textura, olor, etc., pero come bien sus alimentos preferidos.
5. Trastorno asociado a enfermedad orgánica. El problema se inicia por alguna enfermedad que provoca dolor, cansancio, angustia u otras sensaciones desagradables durante la alimentación por lo que el niño rechaza comer. La curación de dicha enfermedad puede mejorar el trastorno de alimentación, pero a veces condiciona que el niño "recuerde" dicha sensación y persista el rechazo.
6. Trastorno de alimentación postraumático. El rechazo se produce tras un episodio o episodios repetidos de daño o lesión a nivel orofaríngeo o digestivo que provocan dolor, inflamación o situaciones estresantes para el niño como vómitos, atragantamientos, inserción de sondas o traqueostomías. El niño "asocia" dicho recuerdo con la ingesta de algo determinado o con toda la ingesta en general, y se resiste con angustia que a veces se desencadena con el solo hecho de visualizar la comida o ser sentado en la mesa. La angustia y el miedo desencadenado con la sola idea de comer caracteriza a esta entidad.
7. Trastorno de alimentación secundario a discapacidad neurológica.
8. Trastorno de alimentación secundario a alteraciones anatómicas. Estos dos últimos son menos desarrollados por Chatoor puesto que son equivalentes de disfagias orofaríngeas, fundamentalmente tratados por logopedas.

En los años siguientes y teniendo en cuenta las claras deficiencias del DSM IV en el TA de la infancia, Brayant-Waugh y cols. se plantean su revisión para el DSM V con los siguientes prometedores objetivos¹⁰:

1. No excluir a niños sin alteraciones antropométricas (la disminución o estancamiento de peso ya no será condición imprescindible).
2. Tener en cuenta en la afectación, la repercusión nutricional más allá del peso (por ejemplo, déficit de micronutrientes o necesidad de soporte enteral) y la psicoemocional.

3. Definir entidades/criterios de diferenciación (establecer subtipos de trastornos) para individualizar el tratamiento.
4. Eliminar la dicotomía orgánico versus funcional.

Finalmente, el DSM V¹¹ (2013) y el CIE 11 (2017), plantean importantes diferencias con las ediciones previas: se elimina el criterio de la edad para el diagnóstico (se unifican los desórdenes divididos antes para niños y adultos), se modifican algunos criterios y se añaden nuevos trastornos.

Así, en el DSM V aparece una nueva entidad: "Trastorno evitativo/restrictivo de la ingestión de alimentos" TERI en español o ARFID¹² en inglés, que podría ser más adecuado para los TA de la población pediátrica, aunque podría darse a cualquier edad. Sin embargo, dicho término, solo cumple los dos primeros de aquellos prometedores objetivos, con respecto a los niños, que se plantearon los autores al revisar el DSM IV. Aunque la alteración de peso ya no es imprescindible, y se tienen en cuenta otros datos de afectación nutricional y/o psicoemocional, siguen sin definirse diferentes subtipos y sigue siendo necesario el que no se pueda atribuir el TA a ninguna enfermedad orgánica o mental. Finalmente, por tanto, este término, es también impreciso e incluye a niños muy diferentes en el mismo cajón de sastre. ARFID/TERI engloba a todos los pacientes (niños o adultos), con cualquier tipo de restricción alimentaria y sin alteración de su percepción corporal.

En los últimos años y como crítica a dicha inespecificidad, muchos autores se plantean la necesidad de acotar subtipos dentro del término anterior^{13,14} basados en aquellos que, como ahora exponremos, define Kerzner en 2015: niños que comen poco por poco apetito, niños que comen poca variedad por hipersensibilidad sensorial y niños con ansiedad o miedo a comer por las consecuencias que de esto puedan derivarse (vómitos, atragantamiento, dolor... etc.). La DSM V sin embargo no define dicha subclasificación.

En 2015 Kerzner¹, en colaboración con otros autores (en concreto Irene Chatoor) y con una revisión más reciente¹⁵, presenta una clasificación muy práctica que divide a los niños en 3 grandes grupos, aunque algunos niños pueden presentar características de varios. Describe, además, una subclasificación en la que se incluyen niños con dificultades que no cumplen criterios de TA (ni afectación nutricional, ni socioemocional que requiera tratamiento) y se establecen pautas de manejo y recomendaciones según el caso:

1. **Niños que comen poco.** Trastorno por **anorexia**.
 - 1.1. Comen poco pero adecuadamente a su tamaño y perfil de crecimiento (no existe trastorno sino una interpretación inadecuada por parte de la familia).
 - 1.2. Anorexia infantil. Son niños activos, curiosos, que se relacionan bien con sus cuidadores. Rechazan estar sentados durante las tomas, no abren la boca, escupen la comida... o comen escasísimas cantidades generando tomas muy conflictivas y gran ansiedad familiar. Pueden tener algún déficit nutricional o cognitivo si la situación se perpetúa.
 - 1.3. Niños que comen poco por enfermedades orgánicas. Enfermedades que dificultan la alimentación por fatiga (cardiorrespiratorias), dolor (esofagitis, alergias, celiaquía, etc.), alteraciones estructurales, anorexia (infecciones, enfermedades inflamatorias...), etc.
 - 1.4. Niños que comen poco por problemas psicológicos graves: niños institucionalizados, con clínica de tipo depresivo, etc. Niños apáticos y retraídos. Sería el equivalente de FEAD ya comentado.
2. Niños con **rechazo selectivo** a alimentos (por sus características organolépticas). Trastorno selectivo.
 - 2.1. Neofobia. Es una mala interpretación de los padres de un comportamiento fisiológico en un niño que rechaza nuevos alimentos y que mejorará con la exposición repetida a los mismos.
 - 2.2. Selectividad alimentaria y/o dificultades en la masticación. Restringen ciertos tipos de alimentos. En algunos niños son los sólidos y los padres siguen ofreciendo triturados, perpetuando la situación. No tienen dificultades para llevarse alimentos u otros objetos a la boca.
 - 2.3. Selectividad extrema. Equivalente de la "aversión sensorial" de Chatoor. Comen bien sus alimentos preferidos que en ocasiones son limitadísimos. Suelen tener otras peculiaridades sensoriales (no llevan objetos a la boca, toleran mal mancharse, tocar o pisar ciertas texturas como arena o césped, los ruidos, olores, temperaturas, etc.). En este grupo se incluyen muchos pacientes con trastorno del espectro autista (es característico que éstos coman mejor alimentos secos y crujientes).
 - 2.4. Selectividad por enfermedades orgánicas: alteraciones neurológicas que condicionan hipo o hipersensibilidad y problemas motores

que dificultan la ingesta de determinados alimentos según su textura, y dan lugar a disfagia orofaríngea.

3. **Niños con ansiedad/miedo** con la alimentación. Trastorno **fóbico-aversivo**.

3.1. Lactantes irritables

- Lactantes irritables sin enfermedades que toman cantidades adecuadas de comida y mantienen un desarrollo y exploración normales. Este sería un ejemplo de malinterpretación familiar y no un verdadero TA.
- Lactantes irritables con enfermedades (alergias, esofagitis, enfermedades cardiorrespiratorias, etc.) o experiencias previas negativas durante la alimentación: atragantamiento, sondajes, etc. Presentan rechazo con la sola visualización de la comida y, sin embargo, comen bien dormidos si la enfermedad está resuelta. Son un equivalente de trastorno post-traumático.

3.2. Niños con enfermedades orgánicas y/o experiencias previas negativas.

- Como el anterior, pero en niños no lactantes.

Posteriormente, algunos autores se plantean que las clasificaciones anteriores adolecen de incluir a los “niños que comen de más”, que por otro lado empiezan a ser cada vez más frecuentes y en 2016 se publica la última edición del “Diagnostic Classification of Mental Health and Developmental Disorders of Infancy and Early Childhood” (DC: 0-5) en la que se incluyen 3 grupos de pacientes con diferentes subtipos¹⁶ (tabla 1).

Recientemente se ha publicado una nueva clasificación que solo incluye a los trastornos por defecto¹⁷.

La tabla 2 resume las clasificaciones más relevantes hasta la fecha.

Tabla 1. Clasificación diagnóstica de los trastornos de salud mental y del desarrollo del primer año de vida y la niñez temprana. DC:0-5TM 2016.

Niños que comen poco
Falta de interés en la comida.
Evita la comida por miedo/angustia.
Dificultad para mantener un nivel tranquilo de alerta.
Sólo come dormido.
Dificultad con los sólidos.
Sólo come si se cumplen ciertas condiciones.
Selectivo extremo (rechaza ciertas texturas, colores, etc.).
Almacena en boca sin tragar.
Niños que comen mucho
Trastornos atípicos
Pica.
Rumiación.
<i>Hoarding</i> (niños que acaparan y esconden la comida en ciertos sitios como sus armarios, pupitres, etc.).

Tabla 2. Clasificaciones de los trastornos alimentarios (TA) de la primera infancia.

Año	Clasificación/ autor	Tipo y subtipos de TA	Características
1992 1994	CIE 10 DSM IV	Trastorno de alimentación de la infancia	Debe cumplir todos los criterios: Negativa a comer bien al menos 1 mes con estancamiento/ pérdida de peso. Sin relación con enfermedades médicas/mentales. Inicio anterior a los 6 años.
1998 2003	Burklow Rommel	Trastorno de alimentación de la infancia	Además de factores comportamentales, existen causas médicas (anatómicas, metabólicas, neurológicas, etc.) que interrelacionan con las anteriores, dando lugar a los TA.

Año	Clasificación/ autor	Tipo y subtipos de TA	Características
2000	Chatoor	Trastorno de alimentación de la infancia:	Se definen 8 subtipos. Existen relaciones complejas entre causas médicas, comportamentales y de relación con los cuidadores.
2005	DC0-3R; Zwero to Three, 2005	Desregulación ciclos básicos.	
2006	Davies	Trastorno de reciprocidad/vínculo. Anorexia infantil. Aversión sensorial. Trastorno asociado a enfermedad orgánica. TA postraumático. TA secundario a discapacidad neurológica. TA secundario a alteraciones anatómicas.	La alteración del peso no es un criterio imprescindible, aunque sí en algunos subtipos como anorexia infantil. Tanto la clasificación diagnóstica de los trastornos de salud mental y del desarrollo del primer año de vida y la niñez temprana (DCD-3R), como Davies posteriormente, utilizan con matices la clasificación de Chatoor.
2013	DSM 5	Trastorno evitativo/restrictivo de la ingestión de alimentos (TERIA/ARFID)	Debe cumplir todos los criterios:
2017	CIE 11		Falta de interés/evitación por características organolépticas/preocupación por consecuencias repulsivas de comer. Pérdida de peso/no ganancia/déficit nutritivo/dependencia soporte enteral o suplementos/interferencia psicosocial. No falta alimento/no práctica cultural/no distorsión percepción corporal.
2015	Kerzner	Dificultades y trastornos de alimentación en la infancia: Escasa ingesta. Ingesta restrictiva. Temor a la ingesta.	Se diferencian 3 subtipos fundamentales y dentro de ellos se diferencian niveles de gravedad desde las dificultades a los verdaderos TA. El estilo de crianza de los padres (responsable, controlador, indulgente o negligente), modula e influye en la génesis y/o evolución de la dificultad o TA.
2016	DC:0-5™	Ver Tabla 1.	Se reconocen por primera, y de momento única vez, los TA por exceso.
2019	Goday	Trastorno de alimentación de la infancia.	Se redefinen los criterios diagnósticos de los TA usando el marco conceptual de la CIF (Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud).

BIBLIOGRAFÍA

1. Kerzner B, Milano K, MacLean WC Jr, Berall G, Stuart S, Chatoor I. A practical approach to classifying and managing feeding difficulties. *Pediatrics*. 2015;135(2):344-53. <https://doi.org/10.1542/peds.2014-1630>
2. World Health Organization. *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines*. Geneva: World Health Organization; 1992. ISBN: 92-4-154422-8. Disponible en *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Clinical descriptions and diagnostic guidelines*
3. American Psychiatric Association (APA). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed.) (DSM-IV)*. Washington DC: American Psychiatric Publishing, Inc; 1994. ISBN: 92-168001-000.
4. Williams KE, Riegel K, Kerwin ML. Feeding Disorder of Infancy or Early Childhood: How Often Is It Seen in Feeding Programs? *Child Health Care*. 2009;38(2):123-36. <https://doi.org/10.1080/02739610902813302>
5. Burklow KA, Phelps AN, Schultz JR, McConnell K, Rudolph C. Classifying complex pediatric feeding disorders. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*. 1998;27(2):143-7. <https://doi.org/10.1097/00005176-199808000-00003>
6. Kedesdy JH, Budd KS. *Childhood feeding disorders: Biobehavioral Assessment and Intervention*. Baltimore, MD: Paul H Brookes Publishing; 1998. ISBN: 978-15576-631-60.
7. Rommel N, De Meyer AM, Feenstra L, Veereman-Wauters G. The complexity of feeding problems in 700 infants and young children presenting to a tertiary care institution. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*. 2003;37(1):75-84. <https://doi.org/10.1097/00005176-200307000-00014>
8. Chatoor I. Feeding disorders in infants and toddlers: diagnosis and treatment. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*. 2002;11(2):163-83. [https://doi.org/10.1016/s1056-4993\(01\)00002-5](https://doi.org/10.1016/s1056-4993(01)00002-5)
9. Higgs JF, Goodyer IM, Birch J. Anorexia nervosa and food avoidance emotional disorder. *Arch Dis Child*. 1989;64(3):346-51. <https://doi.org/10.1136/adc.64.3.346>

10. Bryant-Waugh R, Markham L, Kreipe RE, Walsh BT. Feeding and eating disorders in childhood. *Int J Eat Disord*. 2010;43(2):98-111. <https://doi.org/10.1002/eat.20795>
11. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 5.^a edición. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2013. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
12. Zimmerman J, Fisher M. Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder (ARFID). *Curr Probl Pediatr Adolesc Health Care*. 2017;47(4):95-103. <https://doi.org/10.1016/j.cppeds.2017.02.005>
13. Norris ML, Spettigue W, Hammond NG, Katzman DK, Zucker N, Yelle K, *et al*. Building evidence for the use of descriptive subtypes in youth with avoidant restrictive food intake disorder. *Int J Eat Disord*. 2018;51(2):170-3. <https://doi.org/10.1002/eat.22814>
14. Katzman DK, Guimond T, Spettigue W, Agostino H, Couturier J, Norris ML. Classification of Children and Adolescents With Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder. *Pediatrics*. 2022;150(3):e2022057494. <https://doi.org/10.1542/peds.2022-057494>
15. Milano K, Chatoor I, Kerzner B. A functional approach to feeding difficulties in children. *Curr Gastroenterol Rep*. 2019;21(10):51. <https://doi.org/10.1007/s11894-019-0719-0>
16. Zeanah CH, Carter AS, Cohen J, Egger H, Gleason MM, Keren M, *et al*. Diagnostic classification of mental health and developmental disorders of infancy and early childhood DC:0-5: Selective reviews from a new nosology for early childhood psychopathology. *Infant Ment Health J*. 2016;37(5):471-5. <https://doi.org/10.1002/imhj.21591>
17. Goday PS, Huh SY, Silverman A, Lukens CT, Dodrill P, Cohen SS, *et al*. Pediatric feeding disorder: Consensus definition and conceptual framework. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*. 2019 Jan;68:124-9. <https://doi.org/10.1097/MPG.0000000000002188>
18. Davies WH, Satter E, Berlin KS, Sato AF, Silverman AH, Fischer EA, Arvedson JC, Rudolph CD. Reconceptualizing feeding and feeding disorders in interpersonal context: the case for a relational disorder. *J Fam Psychol*. 2006;20(3):409-17. <https://doi.org/10.1037/0893-3200.20.3.409>

2. b. Pronóstico de los trastornos de alimentación en la primera infancia a medio y largo plazo

Sonia Álvarez Fernández

Las dificultades alimentarias son relativamente frecuentes en la infancia, formando parte del desarrollo normal del niño. Muchos niños presentan fases de poco o excesivo apetito o selectividad alimentaria, sin que en la mayoría de las ocasiones alcancen importancia clínica ni precisen intervenciones profesionales, tendiendo a resolverse espontáneamente con el desarrollo del niño. Por ejemplo, la selectividad alimentaria en la primera infancia ocurre con una prevalencia en torno al 46% en población general, siendo únicamente un 4% los casos en que las dificultades persisten más allá de los 6 años de edad¹. Sin embargo, algunos niños presentan dificultades que, por sus características y gravedad, suponen trastornos de la conducta alimentaria (TCA), o presentan hábitos desadaptativos que pueden derivar en posteriores diagnósticos clínicos².

Los trastornos alimentarios en la infancia comprometen la calidad de vida relacionada con la salud de los pacientes, y han mostrado un impacto en su participación en eventos sociales, estrés durante las comidas, visitas hospitalarias, así como mayor comorbilidad psiquiátrica y médica presente y futura^{1,3}.

El estudio de la prevalencia y pronóstico de los TCA en la primera infancia ha resultado tradicionalmente escaso en comparación con edades superiores. Una de las razones para ello es la dificultad que ha existido para establecer una clasificación adecuada de estos trastornos y, como resultado, la proliferación de clasificaciones diferentes propuestas por distintos autores². Los manuales diagnósticos de la salud mental, DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) y el capítulo correspondiente de la CIE (Clasificación Internacional de Enfermedades), han variado la clasificación de estos trastornos en sus versiones actuales^{4,5} pero, dado que este cambio es reciente, la investigación utilizando estas nuevas clasificaciones es aún limitada. Dichos cambios han implicado el abandono del criterio de clasificación por edad de inicio del trastorno, y han dividido los TCA en las siguientes categorías: PICA, trastorno por RUMIACIÓN (TR), anorexia nerviosa (AN),

bulimia nerviosa (BN), trastorno por atracón (TA), y trastorno por evitación/restricción de la ingesta alimentaria (TERIA; conocido internacionalmente por su nombre y acrónimo en inglés: Avoidant Restrictive Food Intake Disorder - ARFID), además de las categorías de TCA especificado y no especificado. Así, el antiguo trastorno de la ingestión alimentaria de la infancia o la niñez (TIAI) queda incluido en la nueva categoría más amplia del TERIA que es, además, la más prevalente en la infancia, con datos en torno a 3,2% en población general, o entre el 8 y 22% en población clínica menor de edad². Sin embargo, la investigación sobre la prevalencia del TERIA específicamente en la primera infancia es limitada, situándose según los datos existentes entre el 1,3 y 6%⁶⁻⁸. Además, se ha hallado una mayor prevalencia entre los 4-9 años en comparación con los tres primeros años de vida⁹. En un estudio con niños de 4-7 años se observó que la mitad de la muestra presentaba únicamente afectación psicosocial, mientras la otra mitad presentaba problemas médicos. Además, encontraron que las principales características de estos niños son la aversión sensorial (63% de la muestra) y/o la falta de interés en los alimentos (51%). Hallaron también que estos niños presentaban menor peso y talla, así como mayores dificultades conductuales en relación con la ingesta, mayor selectividad alimentaria y respuesta a la saciedad más temprana que condicionaría una menor ingesta^{6,7}.

En comparación con los trastornos de AN, BN o TA, se ha observado una menor edad de inicio del TERIA y, aunque en pacientes en edad escolar y adolescentes se advierte una mayor incidencia en niños que en niñas¹⁰⁻¹¹, en la primera infancia los datos apuntan a una ligera mayor tasa en estas últimas⁶.

Por otro lado, se ha descrito una mayor duración de este trastorno y mayor comorbilidad médica y psiquiátrica, especialmente con el TEA (trastorno del espectro del autismo)¹². Así, en el TEA la presencia de alteraciones alimentarias puede implicar mayores dificultades adaptativas y necesidad de apoyo terapéutico.

Un estudio con pacientes en edad preescolar que, si bien no presentaban diagnóstico de TERIA, mostraban una alimentación selectiva moderada a severa, encontró una relación entre este estilo alimentario y una mayor incidencia de síntomas de ansiedad, depresión y TDAH (trastorno por déficit de atención e hiperactividad)¹³. Se ha observado, además, un mayor em-

peoramiento de los síntomas comórbidos de ansiedad, depresión y TDAH en aquellos pacientes con una selectividad alimentaria más severa. De forma similar, en estudios con niños con el antiguo diagnóstico de TIAI, se han encontrado comorbilidades como ansiedad, ánimo bajo, quejas somáticas, oposicionismo y dificultades sociales^{14,15}. Así, a pesar de la heterogeneidad que presentan los casos de dificultades alimentarias en general, y con diagnóstico de TERIA en particular, se observa una común y notable comorbilidad con otras patologías o síntomas psiquiátricos.

Respecto al pronóstico de los pacientes con TERIA en la primera infancia, debemos distinguir entre aquellos casos que reciben tratamiento y aquellos que no lo hacen. Sobre los primeros existen diferentes estudios basados en tratamientos conductuales y multidisciplinarios, incluyendo a profesionales de la medicina, psicología, nutrición, logopedia o terapia ocupacional. Específicamente en el tratamiento conductual examinado en estas investigaciones se incluyen las siguientes intervenciones: estructuración de la situación alimentaria, técnicas conductuales como el escape, la extinción o el reforzamiento, o control de los antecedentes de la conducta como reducir el volumen de los alimentos o modificar su textura. Además, se incluye entrenamiento parental para generalizar los resultados a su entorno natural. En casos que requieren alimentación a través de sonda alimentaria, se han hallado cifras de retirada por mejoría entre el 43 al 100% de los casos. Como en algunos casos se ha observado pérdida de peso, se recomienda retirar la sonda solo cuando se pueda tolerar cierta pérdida de peso temporalmente, y exista un plan para aumentar la ingesta oral^{1,16,17}. Estos tratamientos han mostrado también un aumento de la ingesta oral con un rango del 38 al 100%, mejoría en las actitudes y conductas alimentarias y reducción del estrés parental¹⁰. En pacientes con trastornos del neurodesarrollo o problemas médicos se ha encontrado un 87,95% de eficacia de los tratamientos, con una importante mejoría en la frecuencia de la ingesta alimentaria (98,85%) y volumen de comida (95,8%), y una mejoría más discreta en la variedad de la dieta (78,1%) o la aceptación de todos los grupos alimentarios (40%)¹⁹.

Entre aquellos niños que no han recibido tratamiento psicoterapéutico completo, se han encontrado asociaciones del trastorno con las variables: gravedad del estado nutricional, respuesta de saciedad, dificultades en el sueño y regulación de la activación fisiológica, dificultades emocionales y

conductuales como ansiedad, depresión, problemas sociales y conductas desafiantes, y dificultades maternas como la presencia de malestar emocional, apego inseguro, psicopatología y actitudes alimentarias disfuncionales^{14,15,20,21}.

Respecto al riesgo de desarrollo posterior de otros TCA en aquellos pacientes con dificultades alimentarias en la infancia, algunas investigaciones han encontrado una relación entre la selectividad alimentaria en esta etapa, la baja ingesta de forma persistente, las preocupaciones parentales por el sobrepeso, los conflictos durante las comidas o las dificultades para comer, y un posterior riesgo de diagnóstico de AN en la adolescencia^{22,23}, trastorno que añade una importante distorsión de la imagen corporal y una complejidad clínica notable. Las comidas familiares difíciles son una situación común entre los pacientes con TERIA, por lo que algunos autores sugieren explorar esta variable en mayor profundidad¹. En la misma línea, se han encontrado datos que relacionan dificultades alimentarias tempranas (en menores de seis meses) y una baja ingesta a la edad de 10 años con un mayor riesgo de desarrollo posterior de AN²⁴.

Respecto al trastorno por PICA, caracterizado por la ingesta persistente de sustancias no nutritivas, los datos muestran una prevalencia mayor durante la primera infancia, en torno al 20-30% entre los 18 meses y 6 años. Tiende a disminuir con la edad, situándose su prevalencia en niños en edad escolar en torno al 5%^{25,26}. Se observa mayor prevalencia en relación con las siguientes variables: estatus socioeconómico bajo, dificultades familiares, inmigrantes y refugiados, en la raza negra frente a la blanca, presencia de mascotas en casa, discapacidad intelectual, TEA, anemia falciforme, deficiencia de cinc y hemoglobina y en aquellos casos con otros familiares directos diagnosticados de PICA²⁷. Puede conllevar complicaciones como anemia, intoxicaciones, desnutrición, infecciones parasitarias, problemas gastrointestinales (desde diarrea, vómitos o estreñimiento hasta obstrucción o perforación intestinal), o incluso la muerte²⁷⁻²⁹. Respecto al pronóstico, este trastorno en niños sin discapacidad intelectual suele resolverse una vez aprenden a distinguir entre objetos comestibles y no comestibles. Los casos asociados a dificultades familiares podrían beneficiarse de intervenciones familiares y psicoterapia²⁷. Para aquellos casos con discapacidad intelectual, la terapia conductual ha mostrado una eficacia notable³⁰.

El trastorno de RUMIACIÓN se caracteriza por la regurgitación repetida de alimentos, que pueden volver a masticar, tragar o escupir⁴. Dada la heterogeneidad de su presentación, con frecuencia resulta infradiagnosticado³¹. Tradicionalmente se ha relacionado con niños en la etapa de la primera infancia y en casos de discapacidad intelectual y trastornos del desarrollo, si bien en la actualidad se ha determinado su presencia en pacientes de cualquier edad y condición³². Suele comenzar entre los 3-6 meses de vida, sin aparente molestia para el niño y sin que lo realice mientras duerme o cuando está interesado en algún estímulo ambiental. En algunos casos puede existir bajo peso o desnutrición, fallo de crecimiento, deshidratación o alteraciones electrolíticas³¹. El diagnóstico se realiza tras el descarte de causas orgánicas como la obstrucción del píloro o esófago, o la enfermedad por reflujo gastroesofágico. Algunos autores sugieren un origen con base orgánica, especialmente en niños con hernia de hiato³³. Otros autores lo han planteado como una conducta autoestimuladora o aprendida, más frecuente en contextos de privación social o negligencia por parte de los cuidadores^{34,35}. El estudio de la incidencia en la primera infancia es limitado, los datos existentes la sitúan entre el 1,17 y el 7,2% en población clínica, sin hallar diferencias debidas al sexo, y tendiendo a disminuir con la edad^{25,31,36,37}. El tratamiento de elección en población general es la respiración diafragmática, existiendo también literatura sobre intervenciones conductuales (relajación, distracción, aversión, masticación de chicle), farmacológicas (inhibidores de la bomba de protones, procinéticos) o cirugía (funduplicatura de Nissen), si bien muestran menor eficacia y, de nuevo, su estudio en la primera infancia es muy escaso^{31,38,39}, por lo que es necesario ampliar la investigación en este campo.

Los diagnósticos de anorexia nerviosa, bulimia nerviosa y trastorno por atracón no suelen ocurrir en la primera infancia, por lo que la mayoría de los estudios en niños incluyen menores a partir de los 8 años⁴⁰. En un reciente estudio se han examinado datos en las edades de 6-9 años, encontrando tasas de diagnóstico de BN del 0,5% y de TA del 0,14% (41). En niños de 0-10 años, la pérdida de control sobre la ingesta se ha considerado un factor de riesgo para el exceso de peso y el diagnóstico de TA en la adolescencia²³.

En conclusión, los TCA en la primera infancia tienen un importante impacto en los pacientes y sus familias. Muestran una distribución desigual, siendo

el TERIA el trastorno notablemente más frecuente, y la anorexia nerviosa, bulimia nerviosa y trastorno por atracón los más infrecuentes. Las nuevas clasificaciones diagnósticas del DSM y CIE engloban bajo el diagnóstico único de TERIA distintos problemas alimentarios que aparecían diferenciados en otras clasificaciones anteriores, hecho que dificulta distinguir las características particulares de los distintos tipos de casos, así como conocer la comorbilidad entre ellos o su pronóstico diferencial. La primera infancia es el tramo de edad menos estudiado en la literatura científica sobre los trastornos alimentarios, resultando necesario aumentar la investigación en este campo para aumentar el conocimiento sobre su etiología, prevalencia, pronóstico y efectividad de los tratamientos.

PUNTOS CLAVE

- Las dificultades alimentarias en la primera infancia son frecuentes y no siempre indican un trastorno alimentario.
- El TERIA es el trastorno más prevalente en este grupo de edad.
- Los TCA en la infancia conllevan comorbilidades médicas y psiquiátricas.
- Existen datos que sitúan las dificultades alimentarias en la primera infancia como factor de riesgo para el desarrollo de un TCA en la adolescencia o edad adulta.
- Es necesaria la intervención temprana para conseguir una menor gravedad y duración del trastorno.
- Es necesario aumentar la investigación sobre este campo en la primera infancia, para aumentar el conocimiento sobre su etiología, prevalencia, pronóstico y efectividad de los tratamientos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Bryant-Waugh R, Higgins C. Avoidant Restrictive Food Intake Disorder in Childhood and Adolescence: A Clinical Guide. Abingdon: Taylor & Francis; 2020. ISBN: 978-03-6722-441-7.
2. Bryant-Waugh R. Feeding and Eating Disorders in Children. *Psychiatr Clin North Am* 2019;42(1):157-67. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2018.10.005>
3. Krom H, van Oers HA, van der Sluijs Veer L, van Zundert SMC, Otten MAGM, Haverman L, *et al.* Health-related quality of life and distress of parents of children with avoidant restrictive food intake disorder. *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 2021;73(1):115-24. <https://doi.org/10.1097/MPG.0000000000003150>
4. Asociación Americana de Psiquiatría. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5®). 5.ª Ed. Arlington, VA: Asociación Americana de Psiquiatría; 2014. ISBN: 978-84-9835-810-0.
5. Organización Mundial de la Salud (OMS). Clasificación Internacional de Enfermedades, undécima revisión (CIE-11). 2019.
6. Dinkler L, Yasumitsu-Lovell K, Eitoku M, Fujieda M, Suganuma N, Hatakenaka Y, *et al.* Development of a parent-reported screening tool for avoidant/restrictive food intake disorder (ARFID): Initial validation and prevalence in 4-7-year-old Japanese children. *Appetite.* 2022;168:105735. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2021.105735>
7. Bertrand V, Tiburce L, Sabatier T, Dufour D, Déchelotte P, Tavolacci MP. Estimated Prevalence and Care Pathway of Feeding and Eating Disorders in a French Pediatric Population. *Nutrients.* 2021;13(6):2048. <https://doi.org/10.3390/nu13062048>
8. Kovacic K, Rein LE, Szabo A, Kommareddy S, Bhagavatula P, Goday PS. Pediatric Feeding Disorder: A Nationwide Prevalence Study. *J Pediatr.* 2021;228:126-31.e3. <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2020.07.047>
9. Farag F, Sims A, Strudwick K, Carrasco J, Waters A, Ford V, *et al.* Avoidant/restrictive food intake disorder and autism spectrum di-

sorder: clinical implications for assessment and management. *Dev Med Child Neurol*. 2022;64(2):176-82. <https://doi.org/10.1111/dmcn.14977>

10. Bryant-Waugh R. Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*. 2019;28(4):557-65. <https://doi.org/10.1016/j.chc.2019.05.004>
11. Fisher MM, Rosen DS, Ornstein RM, Mammel KA, Katzman DK, Rome ES, *et al*. Characteristics of avoidant/restrictive food intake disorder in children and adolescents: a “new disorder” in DSM-5. *J Adolesc Health*. 2014;55(1):49-52. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2013.11.013>
12. Nygren G, Linnsand P, Hermansson J, Dinkler L, Johansson M, Gillberg C. Feeding Problems Including Avoidant Restrictive Food Intake Disorder in Young Children With Autism Spectrum Disorder in a Multiethnic Population. *Front Pediatr*. 2021;9:780680. <https://doi.org/10.3389/fped.2021.780680>
13. Zucker N, Copeland W, Franz L, Carpenter K, Keeling L, Angold A, Egger H. Psychological and Psychosocial Impairment in Preschoolers With Selective Eating. *Pediatrics*. 2015;136(3):e582-90. <https://doi.org/10.1542/peds.2014-2386>
14. Ammaniti M, Lucarelli L, Cimino S, D’Olimpio F, Chatoor I. Feeding disorders of infancy: a longitudinal study to middle childhood. *Int J Eat Disord*. 2012;45(2):272-80. <https://doi.org/10.1002/eat.20925>
15. Lucarelli L, Sechi C, Cimino S, Chatoor I. Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder: A Longitudinal Study of Malnutrition and Psychopathological Risk Factors From 2 to 11 Years of Age. *Front Psychol*. 2018;9:1608. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.01608>
16. Sharp WG, Volkert VM, Scahill L, McCracken CE, McElhanon B. A Systematic Review and Meta-Analysis of Intensive Multidisciplinary Intervention for Pediatric Feeding Disorders: How Standard Is the Standard of Care? *J Pediatr*. 2017;181:116-24.e4. <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2016.10.002>

17. Thomas JJ, Lawson EA, Micali N, Misra M, Deckersbach T, Eddy KT. Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder: a Three-Dimensional Model of Neurobiology with Implications for Etiology and Treatment. *Curr Psychiatry Rep.* 2017;19(8):54. <https://doi.org/10.1007/s11920-017-0795-5>
18. Nakai Y, Nin K, Noma S, Hamagaki S, Takagi R, Teramukai S, Wonderlich SA. Clinical presentation and outcome of avoidant/restrictive food intake disorder in a Japanese sample. *Eat Behav.* 2017;24:49-53. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2016.12.004>
19. Sharp WG, Jaquess DL, Morton JF, Herzinger CV. Pediatric feeding disorders: a quantitative synthesis of treatment outcomes. *Clin Child Fam Psychol Rev.* 2010;13(4):348-65. <https://doi.org/10.1007/s10567-010-0079-7>
20. Chatoor I, Ganiban J, Surles J, Doussard-Roosevelt J. Physiological regulation and infantile anorexia: a pilot study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2004;43(8):1019-25. <https://doi.org/10.1097/01.chi.0000126977.64579.4e>
21. Chatoor I, Hirsch R, Ganiban J, Persinger M, Hamburger E. Diagnosing infantile anorexia: the observation of mother-infant interactions. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 1998;37(9):959-67. <https://doi.org/10.1097/00004583-199809000-00016>
22. Kotler LA, Cohen P, Davies M, Pine DS, Walsh BT. Longitudinal relationships between childhood, adolescent, and adult eating disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2001;40(12):1434-40. <https://doi.org/10.1097/00004583-200112000-00014>
23. Herle M, Abdulkadir M, Hübel C, Ferreira DS, Bryant-Waugh R, Loos RJF, *et al.* The genomics of childhood eating behaviours. *Nat Hum Behav.* 2021;5(5):625-30. <https://doi.org/10.1038/s41562-020-01019-y>
24. Nicholls DE, Viner RM. Childhood risk factors for lifetime anorexia nervosa by age 30 years in a national birth cohort. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2009;48(8):791-9. <https://doi.org/10.1097/CHI.0b013e3181ab8b75>

25. Hartmann AS, Poulain T, Vogel M, Hiemisch A, Kiess W, Hilbert A. Prevalence of pica and rumination behaviors in German children aged 7-14 and their associations with feeding, eating, and general psychopathology: a population-based study. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2018;27(11):1499-508. <https://doi.org/10.1007/s00787-018-1153-9>
26. Murray HB, Thomas JJ, Hinz A, Munsch S, Hilbert A. Prevalence in primary school youth of pica and rumination behavior: The understudied feeding disorders. *Int J Eat Disord*. 2018;51(8):994-8. <https://doi.org/10.1002/eat.22898>
27. Leung AKC, Hon KL. Pica: A Common Condition that is Commonly Missed - An Update Review. *Curr Pediatr Rev*. 2019;15(3):164-9. <https://doi.org/10.2174/1573396315666190313163530>
28. Din ZU, Pervez L, Amir A, Abbas M, Khan I, Iqbal Z, Iqbal M. Parasitic infections, malnutrition and anemia among preschool children living in rural areas of Peshawar, Pakistan. *Nutr Hosp*. 2018;35(5):1145-52.
29. Robinson BA, Tolan W, Golding-Beecher O. Childhood pica. Some aspects of the clinical profile in Manchester, Jamaica. *West Indian Med J*. 1990;39(1):20-6.
30. Hagopian LP, Rooker GW, Rolider NU. Identifying empirically supported treatments for pica in individuals with intellectual disabilities. *Res Dev Disabil*. 2011;32(6):2114-20. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2011.07.042>
31. Murray HB, Juarascio AS, Di Lorenzo C, Drossman DA, Thomas JJ. Diagnosis and Treatment of Rumination Syndrome: A Critical Review. *Am J Gastroenterol*. 2019;114(4):562-78. <https://doi.org/10.14309/ajg.000000000000060>
32. Absah I, Rishi A, Talley NJ, Katzka D, Halland M. Rumination syndrome: pathophysiology, diagnosis, and treatment. *Neurogastroenterol Motil*. 2017;29(4). <https://doi.org/10.1111/nmo.12954>
33. Herbst J, Friedland GW, Zboralske FF. Hiatal hernia and "rumination" in infants and children. *J Pediatr*. 1971;78(2):261-5. [https://doi.org/10.1016/s0022-3476\(71\)80009-4](https://doi.org/10.1016/s0022-3476(71)80009-4)

34. Hyman PE, Milla PJ, Benninga MA, Davidson GP, Fleisher DF, Taminau J. Childhood functional gastrointestinal disorders: neonate/toddler. *Gastroenterology*. 2006;130(5):1519-26. <https://doi.org/10.1053/j.gastro.2005.11.065>
35. Wolf MM, Birnbrauer JS, Lawler J, Williams T. The operant extinction, reinstatement and re-extinction of vomiting behavior in a retarded child. In R. Ulrich, T. Stachnik, & J. Mabry (Eds.). *Control of human behavior: From cure to prevention* (Vol. 2). Glenview, Illinois: Scott, Foresman; 1970. p. 146-9.
36. Martinez M, Rathod S, Friesen HJ, Rosen JM, Friesen CA, Schurman JV. Rumination Syndrome in Children and Adolescents: A Mini Review. *Front Pediatr*. 2021;9:709326. <https://doi.org/10.3389/fped.2021.709326>
37. Chial HJ, Camilleri M, Williams DE, Litzinger K, Perrault J. Rumination syndrome in children and adolescents: diagnosis, treatment, and prognosis. *Pediatrics*. 2003;111(1):158-62. <https://doi.org/10.1542/peds.111.1.158>
38. Severio A, Monagas J, Noel RA, Hyman PE. Eliminating Rumination in Developmentally Disabled Children: A Case Report. *Pediatrics*. 2015;136(1):e249-251. <https://doi.org/10.1542/peds.2014-4100>
39. Giménez Casado A, López Liñán MJ, Barba Orozco E, Accarino Garaventa A, Álvarez Beltrán M, Azpiroz Vidaur F y cols. Síndrome de rumiación: dificultades diagnósticas y terapéuticas de un proceso no tan infrecuente. *An Pediatr*. 2018;88(2):100-5. <https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2017.03.011>
40. Nicholls DE, Lynn R, Viner RM. Childhood eating disorders: British national surveillance study. *Br J Psychiatry*. 2011;198(4):295-301. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.110.081356>
41. Mohammadi MR, Mostafavi SA, Hooshyari Z, Khaleghi A, Ahmadi N, Molavi P, *et al*. Prevalence, correlates and comorbidities of feeding and eating disorders in a nationally representative sample of Iranian children and adolescents. *Int J Eat Disord*. 2020;53(3):349-61. <https://doi.org/10.1002/eat.23197>

A decorative graphic consisting of several overlapping, curved bands in shades of blue and purple, sweeping from the bottom left towards the top right.

Capítulo 3

EVALUACIÓN DIAGNÓSTICA DEL NIÑO CON DIFICULTADES DE ALIMENTACIÓN

3. a. 1. Diagnóstico médico: sistemática diagnóstica

Natalia Sastre Sauce

INTRODUCCIÓN

Con frecuencia, los pediatras recibimos en la consulta a pacientes con dificultades de alimentación, de los cuales el 1-5% serán verdaderos trastornos de la conducta alimentaria (TCA). Los motivos de consulta serán, entre otros, el bajo peso, los vómitos recurrentes, la falta de apetito o las dificultades en el proceso de la alimentación.

Las alteraciones de la conducta alimentaria pueden presentarse como un síntoma aislado o pueden aparecer concomitantemente a una anomalía estructural o enfermedad orgánica. Asimismo, algunos casos asociarán también, desnutrición aguda o crónica.

La labor del pediatra consistirá en reconocer el problema, descartar procesos orgánicos de base, realizar una valoración nutricional, diagnosticar la existencia de trastornos de conducta alimentaria e iniciar un tratamiento precoz. Todos los niños con dificultades de la alimentación se beneficiarán de un diagnóstico y manejo precoz desde Atención Primaria para evitar que se perpetúen y den lugar a verdaderos trastornos que pudieran necesitar derivación a atención especializada¹.

DIAGNÓSTICO

El diagnóstico de esta patología requiere, como primer paso, la realización de una historia clínica y exploración física detalladas. En algunos casos, precisarán, además, realizar pruebas complementarias dirigidas.

1. HISTORIA CLÍNICA GENERAL PEDIÁTRICA

El consenso actual es que las dificultades en la alimentación (y los TCA de la primera infancia) emergen de una combinación de factores de carácter

fisiológico, médico, psicosocial, ambiental y socio-familiar que forman un entramado muy complejo².

Por ese motivo, en la historia clínica, recogeremos los datos médicos, sociales y psicológicos que pueden estar relacionados con el trastorno del paciente. Haremos especial hincapié en los antecedentes personales y familiares, los hábitos alimentarios y el contexto en el que se inició la dificultad en la alimentación¹.

Tabla1. Algunas patologías asociadas a trastornos de conducta alimentaria.

Etiología	Enfermedades/trastornos
Neurológicas	Parálisis cerebral Mielomeningocele Miopatía Distrofia muscular Miastenia <i>gravis</i> Tumores del sistema nervioso central Encefalopatía Traumatismo craneoencefálico
Anomalías estructurales	Frenillo corto Labio leporino/paladar hendido Macroglosia Anillo esofágico Fístula esofágica
Cardiorrespiratorio	Cardiopatías congénitas Displasia broncopulmonar Fibrosis quística
Disfunción metabólica	Aminoácidos Lípidos Hidratos de carbono
Gastrointestinal	Alergia alimentaria Enfermedad por reflujo gastroesofágico Esofagitis Gastroparesia Estreñimiento

*Antecedentes familiares: edad y altura de los padres; edad de desarrollo puberal de padres y hermanos (si los tuviera); número de hermanos y posición que ocupa el paciente; antecedentes de talla baja, retraso constitucional del crecimiento o enfermedades orgánicas y psiquiátricas (ansiedad,

depresión, trastornos de la conducta alimentaria) en la familia; hábitos alimentarios familiares; si los padres o cuidadores son excesivamente rígidos o, por el contrario, permisivos.

Tabla 2. Sistemática de la historia clínica.

Historia clínica	
Rechazo del alimento	<p>Inicio y tiempo de evolución.</p> <p>Relación con enfermedad orgánica o experiencia traumática con la alimentación.</p> <p>Datos de aversión sensorial.</p> <p>Interacciones conflictivas durante la comida.</p> <p>Preocupación y ansiedad de los padres.</p>
Conducta y hábitos alimentarios del niño	<p>Lugar de las comidas.</p> <p>Duración de la toma.</p> <p>Cantidad, variedad, textura y temperatura de los alimentos.</p> <p>Facilidad para probar alimentos nuevos.</p> <p>Modo de alimentación: come solo o le dan de comer.</p> <p>Tipo de rechazo: frontal o pasivo.</p> <p>Síntomas digestivos.</p> <p>Llanto con las comidas.</p> <p>Variación de la ingesta según cuidador o lugar.</p>
Actitud de los padres o de los cuidadores	<p>Obligan o coaccionan al niño.</p> <p>Distraen o juegan durante las comidas.</p> <p>Duermen al niño para alimentarle.</p> <p>Ofrecen alternativas de alimentos si no comen.</p> <p>Le expresan miedo y/o frustración.</p> <p>Le gratifican o castigan con la comida.</p> <p>Están de acuerdo/desacuerdo familiar en la conducta a seguir.</p>

* Aspectos psicosociales y socioeconómicos: composición de la familia; contexto socioeconómico de la familia; situación vital de los padres o familiares muy cercanos que hayan implicado cambios importantes en la dinámica familiar (duelos, separaciones, pérdidas, abortos, etc.).

*Antecedentes personales:

a) Embarazo y parto: antecedente de crecimiento intrauterino retardado; enfermedades maternas durante la gestación, uso de medicaciones, tabaco u otros tóxicos; edad gestacional al nacimiento, tipo de parto, si precisó reanimación, incidencias durante el mismo y antropometría (peso, talla y perímetro cefálico) al nacimiento.

b) Periodo neonatal: necesidad o no de ingreso neonatal y sus causas; resultado de las pruebas metabólicas.

c) Patología por aparatos: antecedente de enfermedades o síntomas previos importantes que sugieran patología orgánica (vómitos, diarrea, estreñimiento, convulsiones o movimientos anormales, infecciones de repetición...); hospitalizaciones o cirugías previas, etc.

En algunos casos, puede existir un trastorno de conducta de la alimentación secundario a patología orgánica, por lo que deberemos tratar dichos problemas, en el caso de que sea posible. En la tabla 1¹, aparecen algunas de las patologías asociadas a TCA.

d) Desarrollo psicomotor y del lenguaje: edad de aparición de los principales hitos y cuáles han sido alcanzados hasta ese momento.

e) Hábitos sociológicos: sueño, juego, conducta o temperamento (si es irritable, demandante, presenta rechazo o es distraído), forma de relación con otros niños y con adultos.

f) Cronología de la alimentación: si tomó lactancia materna (y su duración) o lactancia artificial; fuerza de succión (fuerte o débil) y cantidades consumidas; edad de introducción de la alimentación complementaria; edad de introducción de los triturados y de los sólidos; dificultades en la diversificación de la alimentación o en la transición a sólidos³.

g) Historia digestiva: patrón de heces, vómitos, regurgitaciones, dolor abdominal.

h) Curva de crecimiento desde el nacimiento.

*Historia actual:

Deberemos ser exhaustivos en este punto, intentando averiguar con qué se relaciona el inicio del rechazo del alimento, así como la conducta y hábitos alimentarios del niño y la actitud de los padres frente a ello. Será imprescindible para poder sentar las bases del manejo posterior del paciente. En la tabla 2 se muestra de forma resumida la sistemática de la historia clínica.

a) Rechazo del alimento: momento del inicio y tiempo de evolución; relación con enfermedad orgánica o experiencias traumáticas con la alimentación

(orofaríngeas o gastrointestinales); datos de aversión sensorial (no se llevó alimentos o juguetes a la boca durante el primer año de vida, le desagrada el contacto con el césped, la arena, la plastilina, estar sucio); presencia de otras aversiones sensoriales acompañantes (los sonidos u olores fuertes, el contacto con otras personas); existencia de acuerdo/desacuerdo familiar en la conducta a seguir; interacciones conflictivas durante la comida; preocupación y ansiedad de los padres.

b) Conducta y hábitos alimentarios del niño: lugar y duración de las comidas; cantidad, calidad, variedad, textura y temperatura de los alimentos; facilidad para probar alimentos nuevos; modo de alimentación (come solo o le dan de comer); tipo de rechazo (frontal o pasivo); síntomas digestivos asociados; llanto con las comidas; variaciones según persona y lugar⁴.

c) Actitud de los padres o de los cuidadores: obligan o coaccionan al niño; le distraen o juegan durante las comidas; duermen al niño para alimentarle; le ofrecen muchos tipos de alimentos; le expresan miedo y/o frustración; le gratifican o castigan con la comida, existencia de acuerdo/desacuerdo familiar en la conducta a seguir.

d) Historia dietética: es importante recoger una pequeña historia dietética. Como parte de la valoración nutricional pondremos atención en si presenta una ingesta calórica y de nutrientes adecuada a su edad y situación. Para ello, se puede realizar un diario de varios días o un recuerdo de las últimas 24 horas (indicando qué alimentos y su cantidad), registrar el número de comidas al día, las tomas entre horas incluyendo líquidos como zumos y lácteos, la frecuencia diaria/semanal de los diferentes grupos de alimentos, los alimentos rechazados o preferidos, si recibe o ha recibido suplementos (vitamínicos o minerales, dietas poliméricas), batidos caseros o estimulantes del apetito.

Una vez que hayamos realizado una historia clínica exhaustiva, revisaremos si existe algún dato de alerta, tal y como aparecen a continuación:

Síntomas de dificultad con la alimentación: tiempos prolongados en comidas (> 30 minutos), rechaza el alimento desde hace más de 1 mes, come dormido (se le duerme para comer), no se lleva alimentos y/o juguetes a la boca o no lo hizo durante el primer año de vida, rechazo de la alimentación tanto activa (cierra la boca o escupe) como pasiva (la acumula o la deja caer), comidas conflictivas y estresantes (se le fuerza o persigue para co-

mer), no progresión en la adecuada independencia y maduración (mantiene el biberón, no avanza con las texturas o no se alimenta en la forma autónoma adecuada a su edad), rechazo reiterativo en la introducción de nuevos alimentos, distracciones excesivas para aumentar la ingesta^{5,6} .

Síntomas de alerta de patología orgánica^{1,5-8}: disfagia, odinofagia, aspiración, tos o atragantamiento durante la toma, neumonías de repetición, alimentación interrumpida por llanto o que impresiona de dolor tras un tiempo de haber iniciado la toma, vómitos repetidos, cambios en el hábito intestinal (diarrea o estreñimiento importantes), estancamiento de peso y/o talla, historia personal de atopia, cambio de carácter (irritabilidad, tristeza, decaimiento, somnolencia), anomalías neurológicas, alteraciones del desarrollo, o malformaciones.

Datos de alerta en el comportamiento del niño: dificultades en otras áreas (sueño o la adaptación a la escolarización), trastornos del lenguaje importantes, dificultades en el contacto interpersonal, aversiones sensoriales, selectivos extremos, antecedente de experiencia negativa con la alimentación, ansiedad importante en el niño.

2. EXPLORACIÓN FÍSICA

Es importante una exploración física cuidadosa y detallada con el objetivo de detectar signos que nos hagan sospechar patología orgánica de base. Valoraremos asimismo el estado nutricional del paciente (ver Capítulo 3. a. 2. Valoración nutricional), fijándonos en si existen cambios en la composición corporal (que pueden quedar enmascarados si no lo hacemos con el niño desnudo) o signos carenciales específicos. Algunos signos de alarma son enumerados a continuación:

- Constitución: delgada, atlética, obesa.
- Anomalías fenotípicas.
- Apariencia: afectación del estado general, alteraciones de la piel (estrías, acantosis nígricans) y de mucosas (ictericia, palidez, cianosis).
- Estado nutricional: hábito malabsortivo, tejido adiposo (cantidad de panículo adiposo, distribución, valorar si presenta pliegues de adelgazamiento en nalgas o muslos o si conserva la bola de Bichat), calidad de las masas musculares o presencia de edemas.

- Signos de atopia.
- Signos de deficiencias nutricionales.
- Auscultación cardiopulmonar patológica.
- Exploración abdominal alterada: distensión abdominal, organomegalias o masas abdominales.
- Desarrollo puberal.
- Anomalías craneofaciales y alteraciones orofaciales.
- Exploración neurológica alterada: hipotonía importante, retraso madurativo, etc.

3. PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

En la mayoría de los casos no será necesario realizar pruebas complementarias, pues suelen contribuir poco al diagnóstico. Por tanto, si los niños tienen una exploración física rigurosamente normal, están creciendo y desarrollándose con normalidad y no existen signos ni síntomas de alarma, hay que tranquilizar a los padres y explicarles que no está indicada su realización^{3,7}.

Las solicitaremos únicamente en el caso que sospechemos patología orgánica de base no aclarada, en aquellos que presentan signos de desnutrición moderada-severa (ver Capítulo 3. a. 2. Valoración nutricional) y también en los que realizan una alimentación poco variada.

No hay un único parámetro o conjunto de parámetros establecidos que deban solicitarse. Nos debemos guiar por la sospecha diagnóstica, basándonos en la anamnesis y los hallazgos de la exploración física.

Se pueden solicitar las siguientes pruebas complementarias: hemograma y bioquímica completa con metabolismo del hierro, función hepática y renal, electrolitos, niveles de proteínas, niveles de vitaminas liposolubles, vitamina B12 y ácido fólico, anticuerpos de enfermedad celíaca, hormonas tiroideas, ionotest, parásitos en heces, elastasa fecal, calprotectina fecal, sistemático y sedimento de orina, y/o urocultivo³. Si por la historia clínica o en la exploración física se sospecha una determinada deficiencia nutricional, los análisis deben ser dirigidos en ese sentido. Se debe sospechar un déficit de micronutrientes en los siguientes casos: déficit de zinc, en niños con escasa ingesta de carne y pescado y que presenten disfunción de sistema inmune y retraso de crecimiento; déficit de vitamina A, si consumen poca

cantidad de frutas y vegetales y/o tengan problemas visuales, disfunción del sistema inmune o retraso de crecimiento; déficit de vitamina B12, hierro, zinc y vitamina D en niños alimentados con lactancia materna exclusiva de manera prolongada⁴.

En otros casos serán precisas otras exploraciones como una phmetría, una manometría esofágica (para valorar la peristalsis faríngea, esofágica y la función del esfínter esofágico inferior), una endoscopia o pruebas de imagen, como, por ejemplo, tránsito esófago-gastro-duodenal (para valorar zonas de estrechamiento esofágico, presencia de fístulas o vaciamiento gástrico), tomografía computarizada o resonancia magnética (para valorar malformaciones vasculares o enfermedad pulmonar). En los pacientes que tengan fallo de crecimiento puede ser útil la realización de una radiografía de muñeca para valorar la edad ósea³.

PUNTOS CLAVE

- Las dificultades de alimentación son un motivo de consulta frecuente en las consultas de pediatría, pero solo el 1-5% serán verdaderos trastornos de la conducta alimentaria.
- Para su diagnóstico, es fundamental la realización de una historia clínica y exploración física detalladas.
- En la mayoría de los casos no será necesario realizar pruebas complementarias. Sin embargo, algunos casos concretos precisarán realizarlas de forma dirigida.

BIBLIOGRAFÍA

1. Rybak A. Organic and Nonorganic Feeding Disorders. *Ann Nutr Metab.* 2015;66(5):16-22. <https://doi.org/10.1159/000381373>
2. Martin CI, Dovey TM, Arcelus J. Feeding disorders of infancy or early childhood: A review / Trastornos de la ingestión alimentaria de la infancia o la niñez: Una revisión. *Rev Mex Trastor Aliment / Mex J Eat Disord.* 2012;3(2):89-98.

3. Bernard-Bonnin A-C. Feeding problems of infants and toddlers. *Can Fam Physician*. 2006;52(10):1247-51.
4. Green RJ, Samy G, Miqdady MS, Salah M, Sleiman R, Abdelrahman HMA, *et al*. How to Improve Eating Behaviour during Early Childhood. *Pediatr Gastroenterol Hepatol Nutr*. 2015;18(1):1-9. <https://doi.org/10.5223/pghn.2015.18.1.1>
5. Milano K, Chatoor I, Kerzner B. A Functional Approach to Feeding Difficulties in Children. *Curr Gastroenterol Rep*. 2019;21(10):51. <https://doi.org/10.1007/s11894-019-0719-0>
6. Kerzner B, Milano K, MacLean WC, Berall G, Stuart S, Chatoor I. A practical approach to classifying and managing feeding difficulties. *Pediatrics*. 2015;135(2):344-53. <https://doi.org/10.1542/peds.2014-1630>
7. Yang HR. How to approach feeding difficulties in young children. *Korean J Pediatr*. 2017;60(12):379-84. <https://doi.org/10.3345/kjp.2017.60.12.379>
8. Ong C, Phuah KY, Salazar E, How CH. Managing the 'picky eater' dilemma. *Singapore Med J*. 2014;55(4):184-90. <https://doi.org/10.11622/smedj.2014049>

3. a. 2. Diagnóstico médico: valoración nutricional

Paloma Ferrero Ortega

INTRODUCCIÓN

Se denomina proceso de nutrición a la serie de fenómenos por los cuales el organismo utiliza, transforma e incorpora a sus propios tejidos los alimentos que ingiere. La *valoración nutricional* es el procedimiento que evalúa de forma estructurada los distintos parámetros que caracterizan el estado nutricional de un individuo.

La valoración nutricional analiza distintos aspectos de un paciente y a su vez ofrece una visión de conjunto, de manera que se puedan dirigir las intervenciones en función de las características de cada niño.

A través de su estudio podemos controlar el crecimiento y desarrollo de un paciente, identificando precozmente las alteraciones y detectando aquellos que precisen intervención o soporte nutricional.

En el caso de los niños con dificultades de la alimentación, lo más frecuente que nos vamos a encontrar son pacientes con ingesta calórica baja que, mantenida en el tiempo, puede desembocar en desnutrición e incluso retraso del crecimiento y pérdida de potencial de talla. Otro grupo de pacientes son los niños con alimentación selectiva, que tienen mayor riesgo de déficits nutricionales específicos en función del tipo de alimentos que ingieran.

Para una adecuada valoración nutricional es fundamental seguir un registro sistemático incluyendo, como se detalla a continuación, historia clínica, exploración física, antropometría y, si es necesario, pruebas complementarias. Con todo ello, además, se deberá realizar una comparación con el patrón de referencia (curvas y tablas de crecimiento) y finalmente hacer un diagnóstico nutricional.

1. Historia clínica y exploración física: es un aspecto fundamental y es la base sobre la que se apoya la intervención posteriormente. Este apartado se analiza con detalle en el capítulo anterior.

- 2. Valoración antropométrica:** es la herramienta básica para determinar el estado nutricional y nos permitirá observar cambios a largo plazo. En la gran mayoría de casos puede ser suficiente con¹:
- a. Peso: siempre peso desnudo o en ropa interior. Valora la masa corporal, pero puede variar según el estado de hidratación, la ingesta, la existencia de edemas u organomegalias, etc.
 - b. Longitud o talla: se mide tumbado hasta los 2 años y de pie desde esa edad. Refleja desnutrición crónica y, valorada a lo largo del tiempo, permite calcular la velocidad de crecimiento.
 - i. En caso de no ser posible la medición de la talla, se puede utilizar la longitud de tibia o la altura de rodilla para, tras aplicar las fórmulas (ver tabla 1), tener una estimación de esta².
 - c. Perímetro cefálico: valora indirectamente el desarrollo del sistema nervioso central especialmente por debajo de los 2 años. Se altera en la desnutrición intrauterina, en los casos graves de desnutrición crónica y en ciertas patologías neurológicas, cromosómicas o sindrómicas.
 - d. Curva de crecimiento: la obtención de datos en un único momento temporal no es suficiente para valorar el crecimiento y la evolución del paciente. El registro de mediciones a lo largo del tiempo nos permitirá discriminar entre un paciente constitucionalmente pequeño y otro con estancamiento ponderal o ponderoestatural.

Tabla 1. Estimación de la talla o longitud según mediciones de segmentos corporales (2).

Longitud de tibia (LT)	Talla estimada = $3,26 \times LT + 30,8$
Altura de rodilla (AR)	Talla estimada = $2,69 \times AR + 24,2$

3. Valoración de la composición corporal a partir de mediciones antropométricas:

- a. Perímetros y pliegues:
 - i. Perímetro de brazo: evalúa grasa y músculo. Se relaciona bien con los cambios en el componente proteico. Se mide en el punto medio de la distancia que hay entre el acromion y el olécranon.
 - ii. Perímetro de cintura: sirve como indicador de adiposidad visceral, así como de obesidad troncular. La medición se

- toma en el punto medio entre el reborde costal inferior y la parte superior de la cresta ilíaca.
- iii. Pliegues cutáneos: se suelen medir tricípital y subescapular del lado no dominante, aunque para una estimación más fiable de la composición corporal se necesitan además el bicipital y el suprailíaco. Todos valoran el componente graso y su distribución corporal. El pliegue tricípital informa sobre obesidad generalizada y el subescapular sobre obesidad troncular. Para su obtención se utiliza un plicómetro o lipocalibre y es conveniente que los realice personal experimentado. El pliegue tricípital se mide en el punto medio entre acromion y olécranon, tomando un pliegue cutáneo en sentido longitudinal y sin coger músculo ni fascia. El subescapular se toma en el ángulo inferior de la escápula y recogiendo un pliegue con 45° sobre la horizontal.
- b. Índices derivados de peso y talla
 - i. Relación peso/talla (P/T): muy útil para detectar precozmente la desnutrición aguda. Recomendada por la OMS en los niños menores de 5 años.
 - ii. Índice de masa corporal (kg/m^2) (IMC): se calcula dividiendo el peso en kilogramos por la talla medida en metros al cuadrado. Inicialmente se utilizó para evaluar el sobrepeso y la obesidad en escolares y adolescentes, pero se recomienda también para la desnutrición. En los casos de sobrepeso, para discriminar si existe un exceso de masa muscular (constitución atlética) o masa grasa (obesidad) es necesaria la valoración conjunta del perímetro del brazo y el pliegue tricípital (ver tabla 2)³.
 - iii. Existen otros índices clásicos (Waterlow, Shukla) que se pueden utilizar como referencia, pero son difíciles de interpretar, no se pueden aplicar en todos los rangos de edad y no existe consenso en la comunidad científica como con los anteriores.
 - c. Índices derivados de otros parámetros:
 - i. Índice perímetro de cintura/talla: esta medida resulta un parámetro útil para valorar el riesgo metabólico en niños con sobrepeso u obesidad (mayor riesgo si $>0,5$).

- ii. Porcentaje de masa grasa: sirve para obtener el componente graso del organismo y la masa magra o libre de grasa. Se utilizan ecuaciones complejas en las que intervienen las medidas de los distintos pliegues y se calculan de forma automática en recursos web reseñados más adelante. Puede resultar útil a la hora de evaluar las reservas energéticas en forma de adiposidad.

Tabla 2. Utilidad de la valoración conjunta de peso, talla y perímetro del brazo para discriminar exceso de grasa vs. masa magra (3).

Índice	Obesidad	Constitución atlética
Peso para la edad	Elevado	Elevado
Talla para la edad	Normal o elevada	Normal o elevada
Índice de masa corporal	Elevado	Elevado
Perímetro braquial	Elevado	Elevado
Pliegue tricipital	Elevado	Normal

4. Exploraciones complementarias: se deben considerar en aquellos pacientes con mayor riesgo nutricional, ya sea por una dieta restrictiva o poco variada (vegana, vegetariana, lactancia materna (LM) prolongada con poca diversificación o con dieta vegetariana o vegana en la madre...) o con alteración en la antropometría^{4,5}.

- a. Analítica de sangre⁵:
 - i. Albúmina: se sintetiza en el hígado y tiene una vida media de 20 días. Informa sobre el estado nutricional. Se puede encontrar disminuida en hepatopatías y en enfermedad aguda o grave.
 - ii. Prealbúmina: proteína de síntesis hepática y con vida media de 2-3 días. Evalúa el estado nutricional de los días previos al análisis. También disminuye en estados inflamatorios.
 - iii. Proteína transportadora de retinol: tiene una vida media de 10 horas. Al igual que la prealbúmina, refleja el estado nutricional a muy corto plazo y sus valores pueden disminuir en estado de estrés.
 - iv. Hemograma, hierro, ferritina y capacidad de fijación del hierro: valoran la anemia carencial o de procesos crónicos. La

- ferritina como reactante de fase aguda, puede verse elevada en estados inflamatorios.
- v. Creatinina y excreción en orina en 24 horas: refleja el estado y volumen de la masa muscular.
 - vi. Vitaminas liposolubles y metabolismo del calcio: según la sospecha y el estado nutricional. Las vitaminas A, D y E se pueden analizar directamente en sangre. La vitamina K se valorará indirectamente según el tiempo de protrombina.
 - vii. Vitamina B12 y ácido fólico: fundamental en niños con dietas con escasa ingesta de carne, huevos y lácteos y aquellos con LM y madre vegetariana o vegana o bien en niños con LM y poca diversificación alimentaria. Puede completarse con la determinación de homocisteína.
 - viii. Zinc: déficit frecuente en niños muy desnutridos, también en aquellos con LM prolongada o diarrea crónica.
 - ix. Otros parámetros bioquímicos: todo aquello necesario para hacer el diagnóstico diferencial de otras patologías subyacentes en caso de sospecha.
- b. Radiografía de carpo o del tarso: ayuda en casos que se asocian a alteración del crecimiento longitudinal para la valoración de la edad ósea.
 - c. Otras: existen otras exploraciones como la bioimpedancia o la densitometría ósea, pero no se hacen de manera rutinaria en niños con dificultades de la alimentación y no siempre están disponibles en todos los centros.

5. Patrones de comparación de la antropometría

- a. Fuentes de datos:

Los estándares de crecimiento representan la distribución de una medida antropométrica en una población y reflejan su estado de nutrición. Se usan como patrón para comparar los datos de los individuos permitiendo el seguimiento longitudinal y la detección de pacientes con riesgo nutricional. Si el patrón se deriva de una población normonutrida, constituye la "norma" a alcanzar, mientras que, si esa población está mal o sobrenutrida, será sólo una "referencia" del estado de su salud.

El uso de estudios locales como patrón comparativo es un asunto controvertido ya que los datos que se obtienen dependen de la situación nutricional de la población estudiada.

Gran parte de la comunidad científica internacional recomienda el empleo de las gráficas de crecimiento de la Organización Mundial de la Salud (OMS), sobre todo en niños menores de 2 años⁶.

En los niños prematuros se deben usar gráficas específicas y se realizará corrección para la edad gestacional hasta los 24 - 36 meses.

También existen curvas para pacientes con determinados síndromes (Down, Turner) cuyo patrón de crecimiento es propio. Las curvas y tablas de la OMS están accesibles en <http://www.who.int/childgrowth/en/> y disponen de software para su cálculo automático lo que los hace muy fáciles de aplicar. En población española también se pueden utilizar las curvas de la Fundación Orbegozo (Hernández, 1988), que están disponibles en http://www.fundacionorbegozo.com/wp-content/uploads/pdf/estudios_1988.pdf.

Es necesario añadir que el aumento secular de la talla, así como el aumento del índice de masa corporal en nuestro entorno, hace que no existan unas curvas de crecimiento ideales y, por tanto, es conveniente conocer las características de la población de referencia para determinar su idoneidad y, si es necesario, realizar comparaciones con distintos patrones.

- b. Confrontación con patrones de referencia: para comparar cada medición con la población de referencia se utilizan dos métodos:
 - i. Desviación sobre la mediana, puntuación z o z -score: expresa las unidades de desviación estándar que una determinada medida se separa de la mediana. Se obtiene un valor absoluto que permite realizar comparaciones entre individuos y poblaciones, motivo por el cual la OMS recomienda su uso. Se calcula restando la mediana (percentil 50) al valor antropométrico real y dividiéndolo por la desviación estándar obtenida de las tablas originales. Cuando la distribución no es normal, la desviación estándar es distinta por encima o debajo de la mediana.

- ii. Percentiles: indican qué tanto por ciento de la población de la misma edad y sexo se halla por encima o debajo de la medición efectuada. Son aplicables a dimensiones que siguen o no una distribución normal. Su uso es muy sencillo y el seguimiento a lo largo del tiempo permite conocer el carril de crecimiento del paciente y sus desviaciones.

6. Criterios de clasificación de estado nutricional: en función de los valores obtenidos en la antropometría y en los índices nutricionales, y su comparación con el patrón de referencia, podremos categorizar el estado de nutrición de un individuo como se muestra en la tabla 3^{7,8}.

En los últimos años se han creado distintas aplicaciones y páginas web que realizan todos estos cálculos y facilitan el trabajo a los profesionales.

- <https://www.gastroinf.es/nutricional/>: incluye otros parámetros nutricionales y fórmulas de necesidades energéticas.
- <http://www.webpediatrica.com/endocrinoped/antropometria.php>: Se pueden registrar mediciones de los distintos segmentos corporales y, con la edad ósea, arroja información sobre la talla futura de adulto.

PUNTOS CLAVE

- Se debe valorar cuidadosamente la ingesta de alimentos mediante recuerdo de 24 horas o registro de varios días.
- La exploración física debe hacerse con el niño desnudo o en ropa interior, al igual que la medición del peso.

Tabla 3. Calificación de la OMS del estado nutricional en niños y adolescentes basado en la antropometría (ICD-11 modificado) (9).

Estado nutricional	Edad: nacimiento a 60 meses	61 meses a 19 años
Obeso	z-score IMC (o P/T) >3 DE	IMC para la edad >2 DE (2 DE aproximadamente IMC 30 kg/m ² a los 19 años)
Sobrepeso	z-score IMC (o P/T) >2 a 3 DE	IMC para la edad >1 a 2 DE (1 DE aproximadamente IMC 25 kg/m ² a los 19 años)
Posible riesgo de sobrepeso	z-score IMC (o P/T) >1 a 2 DE	No aplicable
Desnutrición aguda moderada	z-score IMC <-2 a-3 DE	
Desnutrición aguda grave*	z-score IMC <-3 DE	
Desnutrición crónica moderada	z-score talla <-2 a-3 DE	
Desnutrición crónica grave**	z-score talla <-3 DE	

DE: desviación estándar; **IMC:** índice de masa corporal; **P/T:** relación peso para la talla.

*También denominado, según OMS, *wasting*. **También denominado, según OMS, *stunting*.

- La utilización de índices que combinan peso y talla ayudan a determinar el estado nutricional. Los más utilizados son las curvas de peso/talla en menores de 5 años y el IMC en mayores.
- Es imprescindible conocer la población sobre la que se realiza el patrón de referencia para hacer las comparaciones. En patrones de poblaciones obesas, niños normonutridos pueden categorizarse erróneamente de desnutridos.
- Las exploraciones complementarias deben realizarse cuando exista sospecha de enfermedad subyacente, dietas restrictivas o poco diversificadas, LM prolongada con escasa ingesta de alimentación complementaria y en todos aquellos casos en los que exista desnutrición.

BIBLIOGRAFÍA

1. Rosell Camps A, Riera Llodrá, JM, Zibetti S. Valoración nutricional. Junta directiva de la Sociedad de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica (SEGHN). Tratamiento en gastroenterología, hepatología y nutrición Pediátrica (4.ª Ed.). Majadahonda (Madrid): Ergón; 2016. p. 725-35. ISBN: 978-84-16732-04-3.
2. Stevenson RD. Use of segmental measures to estimate stature in children with cerebral palsy. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 1995;149(6):658-62. <https://doi.org/10.1001/archpedi.1995.02170190068012>
3. Martínez Costa C, Pedrón Giner C. Valoración nutricional. Protocolos diagnóstico-terapéuticos de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica SEGHN-AEP. Majadahonda (Madrid): Ergón; 2010. p. 313-8. ISBN: 978-84-8473-869-5.
4. Martínez Costa C, Martínez Rodríguez L. Valoración del estado nutricional. Suarez Cortina L, coordinadora. Manual práctico de Nutrición en Pediatría. Majadahonda (Madrid): Ergón; 2007. p. 31-9. ISBN: 987-84-8473-594-6.
5. Lama More RA. Valoración del estado nutricional en pediatría. Madrid: Ergón; 2018. ISBN: 978-84-17194-21-5.
6. Turck D, Michaelsen KF, Shamir R, Braegger C, Campoy C, Colomb V, *et al.* The ESPGHAN Committee on Nutrition. World Health Organization 2006 Child Growth Standards and 2007 Growth Reference Charts: A Discussion Paper by the Committee on Nutrition of the European Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition. *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 2013;57(2):258-64. <https://doi.org/10.1097/MPG.0b013e318298003f>
7. Mehta NM, Corkins MR, Lyman B, Malone A, Goday PS, Carney LN, *et al.* American Society for Parenteral and Enteral Nutrition Board of Directors. Defining Pediatric Malnutrition: A Paradigm Shift Toward Etiology-Related Definitions. *JPEN J Parenter Enteral Nutr.* 2013;37(4):460-81. <https://doi.org/10.1177/0148607113479972>
8. World Health Organization (2015). International Classification of Diseases 11th Revision-Beta Browser. ICD-11 Maintenance Platform [en línea] [consultado el 07/04/2025]. Disponible en <https://icd.who.int/en/>

3. b. Evaluación logopédica de la alimentación

Francisca González González, Ana Candás Estébanez

El Logopeda es una pieza más dentro del equipo multidisciplinar que debe valorar al niño con dificultades en alimentación¹. Este equipo, debería estar compuesto por un Médico Pediatra, Psicólogo Clínico y el propio Logopeda, teniendo además comunicación y coordinación directa con la familia.

El Logopeda tiene como función realizar una buena valoración, ya que es la persona que va a pasar más tiempo con el niño y la familia por la continuidad del tratamiento y va a devolverle al niño la imagen de capacidad a través de técnicas y maniobras que van a facilitar el acercamiento y el manejo del alimento.

La mayor parte de los niños con trastornos de la conducta alimentaria, no presentan alteraciones anatómico-estructurales del sistema orofacial, son capaces de realizar, de forma aislada, todos los movimientos y funciones que necesitan para alimentarse, pero cuando el alimento entra en la boca, se bloquean y se producen reacciones negativas que no dejan que el movimiento se realice. Por ello, el Logopeda ayudará en su ejecución para conseguir el éxito de poder lograrlo.

Es por esto, que una buena valoración junto con el trabajo en equipo va a ser clave para poder analizar la situación del niño y su entorno para luego establecer objetivos de tratamiento. Partimos de la escucha de la preocupación de los padres, la evaluación del niño y la observación directa de la alimentación, para poder plantearnos un plan de intervención terapéutico. La intervención del logopeda se realiza durante la toma y en una situación en la que está necesariamente presente la comunicación entre la madre y el bebé/niño².

EVALUACIÓN DEL LACTANTE³ (0-6 meses)

Desde el momento que entra en consulta el paciente con su familia, observamos determinados signos o síntomas que pueden ayudarnos en la valoración, desde si viene en el carro o en brazos, quién le coge, está dormido, es inquieto, es pasivo...

Realizamos, una primera recogida de datos básica, no sólo los personales de la familia y el paciente, sino todos aquellos relevantes del embarazo, parto y posterior desarrollo hasta la fecha, teniendo en cuenta tanto los que están relacionados intrínsecamente con la alimentación, como los aspectos neuromotores, cognitivos y sensoriales. Sería importante recoger aspectos emocionales y socio-afectivos donde entra en juego la coordinación con Psicología.

Dentro de esta primera toma de contacto, es importante conocer el tipo de lactancia que están realizando, especialmente aclarar horarios reales de cada toma, incluidas las nocturnas, su duración, consecuencias cuando finaliza (malestar, regurgitación, sueño...) y sensaciones de la familia, especialmente de la madre.

Es importante, que a esta primera evaluación acudan los dos progenitores, ya que, en ocasiones, las respuestas y/o puntos de vista son diferentes.

Por ejemplo ¿Cómo se agarra su bebé al pecho/biberón? ¿Tiene que hacer varios intentos? ¿Succiona por sí mismo o tiene que estimularlo? ¿Escucha tragar a su bebé? ¿De manera constante o intermitente? ¿Le ayuda alguien a ponerse a su bebé en el pecho/biberón? ¿Necesita ayuda cuando le está dando el pecho/biberón?

Es conveniente conocer también si el lactante está haciendo uso del chupete para calmarse (succión no nutritiva).

Una vez recogida toda la información, pasaremos a la observación de la toma en la que debemos anotar y tener en cuenta los siguientes puntos⁴:

1. **ALINEACIÓN POSTURAL**

- Alineación cuerpo-cabeza.
- La madre recoge al bebé y éste se acomoda en sus brazos.
- Apoyo adecuado de las nalgas en la madre, o sensación de que el bebé se escurre.
- La postura permite la interacción con el bebé.
- Signos de tensión (respecto al bebé y a la madre), miembros inferiores y superiores en posición de descanso, puños del bebé...

2. **RESPUESTAS**

- Presencia de reflejo de búsqueda.
- Presencia del reflejo de succión.
- Apertura de la boca al roce o contacto con el pezón.
- Estabilidad en el agarre.
- Patrón respiratorio estable.
- Ritmo de succión.
- Coordinación succión-deglución-respiración.
- Signos de alarma: tos, atragantamiento, irritabilidad, vómitos, arcadas.
- Signos de estrés: expresión facial, puños, rigidez, cambios en el patrón respiratorio, llanto.
- Arqueo durante la toma.
- Cambio en la respuesta física cuando está saciado.

3. **ANATOMOFUNCIONALIDAD DE LA LACTANCIA**

- Agarre espontáneo o agarre dirigido.
- Eversión de los labios.
- Dilatación de las narinas.
- Movimientos mandibulares anteroposteriores.
- Movimientos de elevación y descenso mandibular.
- Signos de transferencia de leche (elevación laríngea o sonido de deglución).
- Valoración anquiloglosia (frenillo lingual).
- Protrusión lingual.
- Fuerza en la succión.

4. **ACERCAMIENTO EN LA TOMA**

- Se acerca el niño al adulto.
- Busca el niño el pecho o el biberón.
- Respuestas de la madre/padre ante diferentes actitudes del bebé.
- Acercamiento del adulto al bebé: mira al niño durante la toma, se dirige a él con palabras, le llama por su nombre...

EVALUACIÓN EN EL INICIO DE LA ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA: bebés a partir de seis meses

Siguiendo las mismas directrices del inicio del capítulo, se realiza una buena historia clínica, recogiendo en este caso los datos de lactancia materna, cómo ha sido el desarrollo de los patrones deglutorios, así como el desarrollo neuromotor general del bebé.

Lo ideal para comenzar con la alimentación complementaria sería que el bebé tuviera una estabilidad adecuada para poder estar en una trona, permitiendo así el contacto de frente o al lado del adulto. Esto no quiere decir, que tenga conseguida una sedestación autónoma, pero si, que la estabilidad sea suficiente como para permitir un grado de autonomía adecuado. En algunas ocasiones, el inicio de la complementaria se adelanta o se atrasa, en función de las necesidades específicas de cada bebé.

Para este tipo de valoración, incluimos un protocolo de exploración (Tabla 1)⁵ que nos valdría desde los 5-6 meses hasta el desarrollo total de la alimentación adulta.

DIAGNÓSTICO LOGOPÉDICO

Según todo lo expuesto anteriormente, deberíamos llegar a establecer un diagnóstico de Logopedia.

Es importante diferenciar:

- Cuando las dificultades en la alimentación son consecuencia de una alteración o anomalía en los órganos implicados en el proceso. En ellos se aplicarían técnicas específicas adaptadas a cada caso según el tipo de disfunción y gravedad, y se establecería un programa terapéutico de intervención individualizada con el niño y la familia. Por ejemplo: anquiloglosia, atresia de esófago, deformidades craneofaciales, deglución atípica, maloclusión, hipotonía no asociada a causa neurológica (prematuros)...
- Cuando las dificultades en la alimentación no están asociadas a malformaciones o alteración en las estructuras ni en la función. A veces vienen dadas por otras causas, como alguna enfermedad orgánica (alergia a la proteína de leche de vaca, reflujo gastroesofágico) que tarda en diagnosticarse y puede derivar en una conducta

de aversión hacia la comida (el niño que tiene dolor, molestias o ha tenido malas experiencias cuando come, llega a rechazar el alimento); estas dificultades sensoriales deben valorarse para elegir qué tipo de alimento es más adecuado.

- Cuando las dificultades en la alimentación son consecuencia de un trastorno en el desarrollo, como en los casos de trastornos del espectro autista.
- Cuando las dificultades de alimentación son consecuencia de un daño neurológico con alteraciones de seguridad y eficacia (disfagia).

En función del grupo en el que nos encontremos, pasaremos a establecer unos objetivos y técnicas de intervención, que no solo son diferentes en cada grupo, sino que son individuales y específicas para cada paciente y su familia.

En algunas ocasiones, se presentan dificultades en el desarrollo del lenguaje o en la interacción, por lo que el Logopeda deberá complementar su evaluación en función de las necesidades del niño, desmontando el mito también de "no habla porque no mastica".

PUNTOS CLAVE

- Hacer una valoración completa y sistemática logopédica y complementarla con otras áreas.
- Explorar la funcionalidad del niño con los diferentes alimentos para observar las reacciones.
- La colaboración de la familia es necesaria para determinar el diagnóstico.
- Llegar a un diagnóstico logopédico bien sustentado.
- Plantear unos objetivos de tratamiento a partir de la valoración, que mejoren la calidad de vida del niño y su familia.
- La evaluación es continua durante todo el tratamiento.

BIBLIOGRAFÍA

1. Pedrón Giner C, González González F, Sanz Herrero B. Tratamiento interdisciplinario de los trastornos de la alimentación de inicio en la infancia. En: Morandé Lavín G, Graell Berna M, Blanco Hernández A, coordinadores. Trastornos de la conducta alimentaria y obesidad: un enfoque integral. Madrid: Médica Panamericana DL; 2014. p. 171-4. ISBN: 978-84-983-5741-7.
2. Sanz Herrero B, González González F, Pedrón Giner C. Sostener la cuchara. La alimentación en niños con soporte artificial, trabajo en grupo de padres. Cuad Psiquiatr Psicoter Niño Adolesc. 2016;62:105-8.
3. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre lactancia materna. Guía de práctica clínica sobre lactancia materna. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco-OSTEBA, 2017. Guía de Práctica Clínica en el SNS [en línea] [consultado el 07/04/2025]. Disponible en www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/lactanciaMaterna.htm
4. Lartigue Becerra T, Maldonado-Durán M, Ávila Rosas H (Coords.). La alimentación en la primera infancia y sus efectos en el desarrollo: una visión de profesionales de la salud. México: Plaza y Valdés; 1998. ISBN: 978-96-8856-641-1.
5. Susanibar F, Dioses A, Castillo J. Evaluación de Motricidad Orofacial. En: Susanibar F, Marchesan I, Parra D, Dioses A. Tratado de evaluación de Motricidad Orofacial y áreas afines. Madrid: EOS; 2014 [en línea] [consultado el 07/04/2025]. Disponible en <https://franklinsusanibar.com/wp-content/uploads/2020/09/PEMO-Español-09.05.18.pdf>

Tabla 1. Historia de la alimentación. Modificado de referencia 5.

Historia de la alimentación						
Datos del desarrollo						
Embarazo						
Parto: semanas de gestión, peso y talla al nacimiento, tipo de parto, recuperación de la madre, reanimación...						
Lactancia	Sí	Exclusiva, hasta cuándo	Mixta	No		
	Observaciones tras las normas: (tiempo entre tomas, sensaciones, enganche correcto)					
Necesidad de sonda						
Necesidad de suplementos y/o estimulantes						
Biberón	Desde cuándo	Hasta cuándo	Frecuencia	Tipo de tetina		
Ingesta de túrmix: inicio, aceptación, preferencias, texturas, dificultades.						
Ingesta de líquidos: demanda, tolera, frecuencia, derrame, tos, rechazo, tipo y recipiente para el líquido.						
Ingesta de sólido: inicio, aceptación, preferencias, texturas, dificultades sensoriales...						
Actitud del niño ante la presencia de comida: cambios bruscos, alerta, fobia, rechazo, llanto, pasividad, resignación...						
Datos actuales						
¿Come bien?	Sí	No	Por qué			
Horario de comidas: horas, qué comida, cuánto tiempo, dificultades, dónde come (casa/colegio y espacio)	Desayuno	Media mañana	Comida	Merienda	Cena	Nocturno
¿Picotea entre horas?						
Autonomía						
Preferencias en gustos, texturas						

Datos durante la toma en casa

Dónde se alimenta

En compañía de

¿Come solo?

Necesita distractores

Sensorial: arcadas ante la presencia del alimento, arcadas en boca, no quiere tocarlo, no le gusta mancharse

Tiempo

Cantidad

Bilateral/unilateral o mayor preferencia por un lado

Deja residuos y/o "bola"

Mascado o masticación

Solicita líquidos

Boca cerrada/abierta

Atragantamientos

Deglución

Ruidosa

Dolor

Babea

Esfuerzo

Se atora

Regurgitación nasal

Tos/flemas

Protrusión lingual

Arcadas

Vómitos

Gases

Salud respiratoria

Resfriados

Asma

Rinitis

Alergias

Amígdalas

Vegetaciones

Hábitos orales						
Succión	Digital	Chupete			Labial	
Bruxismo	Ruidoso, en determinadas situaciones, nocturno...					
Examen clínico de estructuras orofaciales						
Tono general de la musculatura orofacial	Hipotonía		Normal		Hipertonía	Observaciones
Sellado labial en reposo	Sí		Ineficaz		No	Observaciones
Sellado labial durante la alimentación	Sí		Ineficaz		No	Observaciones
Lengua	Posición en reposo	Posición deglución	Forma (aplanada, redondeada)	Frenillo	Ápice lingual	Movimientos lateralización Movimientos de ascenso
	Hipersensibilidad	Formación del bolo			Capacidad para limpiar	
Dentición	Leche/mixta/definitiva Ausencia de piezas dentales					
Maloclusión	Clase I	Clase II-1	Clase II-2	Clase III		
	Cruzada	Tijera	Abierta			
Mandíbula	Estabilidad	Disociación mandíbula-lengua-labios				
Paladar	Anchura	Altura				
Velo del paladar	Úvula simetría					
Masticación						
Tipo de alimento						
Apertura de boca						
Cantidad de alimento						
Incisión (anterior o lateral)						
Músculos	Maseteros					
	Temporales					
	Bucinadores					
	Orbiculares					
	Mentoniano					
	Perioral					
Trituración	Velocidad	Adecuada		Lenta	Rápida	
	Forma	Premorales		Incisivos	Con apoyo lingual	
	Tiempo	Adecuado		Insuficiente	Excesivo	
Necesitamos usar las manos						
Solicita líquidos						
Preferencia de lado	Izquierda		Derecha			Indiferente

Deglución					
Saliva	Adecuada	Comisuras	Vestíbulo	Babeo gotas/o las/hilo	Ruido superior
Sólidos					
Postura de la lengua					
Postura de la cabeza					
Ruidos					
Reflujo nasal					
Residuos de alimentos					
Líquidos					
Postura de la lengua	Anterior	Posterior		Eleva ápice	
Postura de la cabeza					
Ruidos					
Reflujo nasal					
Forma de ingesta	Continua	Sorbos	Dejando caer líquido		
Postura de la lengua	Anterior	Posterior	Elevación		

3. c. El proceso de psicodiagnóstico en las dificultades de alimentación. Aportaciones desde la Psicología Clínica

Beatriz Sanz Herrero, Elena Pérez Llorente

INTRODUCCIÓN

El diagnóstico de los Trastornos de Conducta Alimentaria en la Primera Infancia ha de ser realizado desde las tres especialidades que están implicadas en dichos trastornos: Digestivo, Psicología y Logopedia de la alimentación. Cada una de estas especialidades pondrá el foco en aquello que va a tratar de forma específica (orgánico, psicológico y relacional, y el manejo del alimento) y, a la vez, en aquello que ha de ser abordado de forma interdisciplinar¹.

Desde la consulta de Psicología Clínica, trataremos de lograr una valoración lo más global posible del niño y de todos los elementos que se ponen en juego para mantener una alimentación adecuada. Sería aconsejable que pueda realizarse por profesionales y dispositivos adecuados de Salud Mental Infantil².

Nuestro marco de referencia en el acercamiento al niño va a ser la Psicología Evolutiva que, con sus aportaciones, nos proporciona un prisma desde el que valorar las características del desarrollo emocional y la psicopatología del niño en el momento evolutivo en el que se encuentra³.

En la valoración del niño destacamos tres áreas interrelacionadas: 1) la situación médica, 2) el nivel de maduración y características individuales del niño y 3) los aspectos relacionales dentro de la familia. La valoración de todas ellas nos permitirá establecer los objetivos de tratamiento y un orden de prioridades en la intervención.

Las entrevistas iniciales con el niño y sus padres son el primer acercamiento a una situación que les preocupa. El primer encuentro es fundamental para identificar posibles situaciones de riesgo, establecer una primera hipótesis sobre las dificultades del niño y, muy especialmente, para establecer un vínculo con la familia que proporcione un espacio en el que se sientan escuchados y permita la puesta en marcha de un proceso terapéutico que facilite el cambio⁴.

VALORACIÓN INDIVIDUAL DEL NIÑO

Permite el análisis del funcionamiento del niño en diferentes áreas. Una parte de los datos son aportados por los padres. Otros elementos de la exploración son recogidos en la observación directa en consulta y por último también recogemos la información que aportan otras técnicas (escalas de desarrollo, hora de juego, test gráficos, cuestionarios...) que serán específicas para cada momento evolutivo.

ANTECEDENTES MÉDICOS

Siempre es necesario tener en cuenta la presencia de un diagnóstico médico de base. Cuando el bebé presenta una patología orgánica los padres necesitan adaptarse a la realidad de su hijo. Es importante recuperar la historia de las consultas a las que han acudido y los tratamientos previos; rescatar los aspectos más individuales del niño y escuchar cómo ellos mismos se han sentido⁵.

EMBARAZO, PARTO Y PRIMEROS MESES

En este apartado se recogen los datos de la historia previa al paciente, es decir, cómo llega a inscribirse el niño en la historia de los padres. Para ello es importante recoger lo que recuerdan del embarazo y de los primeros momentos de la vida del niño. Esto nos ayudará a elaborar una primera imagen de cómo ha podido establecerse el primer vínculo de los padres con su hijo. No se trata de una lista de acontecimientos, sino de un relato personal de los padres sobre la historia inicial de sus hijos, acompañada de sus propias vivencias. Los padres nos comunican la singularidad de cada bebé y su familia⁶.

Es especialmente importante explorar y estar atentos a la presencia de complicaciones médicas tanto durante el embarazo como en el parto, o determinadas circunstancias que suponen un riesgo para el establecimiento adecuado de un vínculo inicial; por ej. necesidad de tratamientos de fertilidad, pérdidas previas, prematuridad, partos muy traumáticos o embarazos muy complicados, situaciones de duelo en el embarazo y postparto⁷.

DESARROLLO PSICOEVOLUTIVO

Uno de los elementos más importantes a evaluar de cara a establecer un diagnóstico es la historia de los hitos del desarrollo madurativo de cada

niño que llega a la consulta (Ver Capítulo 1. a. Tabla 4. Principales hitos del desarrollo neurológico del lactante y el niño pequeño).

Es muy importante detectar la existencia de un retraso madurativo y analizar si las dificultades en la alimentación aparecen junto a dificultades en otras áreas del desarrollo. Para ello, hay que estar especialmente atentos a posibles dificultades en el área motora y del lenguaje.

- Desarrollo motor: el bebé inicialmente es capaz de acoplarse al regazo, en el segundo trimestre manipula objetos con ambas manos en línea media, en el inicio del tercer trimestre se mantiene sentado, inicia la marcha alrededor del año. Consideramos como un indicador de riesgo la adquisición de la marcha posterior a los 18 meses.

Es importante prestar especial atención a los niños que presentan una desviación en el patrón de adquisición y no sólo en el tiempo cronológico.

- Desarrollo del lenguaje: el lenguaje en el lactante se inicia desde los sonidos guturales, balbuceos, vocalizaciones por turnos con el adulto. Adquiere las primeras palabras alrededor del año y en el 2º año es capaz de lograr una expresión intencional y propositiva que le permite comunicarse. Poco a poco es capaz de expresar sus ideas y emociones. A los 4 años atribuye pensamientos e intenciones a los demás y es capaz de ponerse en su lugar. Valoramos como retraso significativo la ausencia de balbuceo a los 12 meses, la falta de palabras a los 16 meses y la pérdida de lenguaje a cualquier edad.

Otros elementos que hay que valorar y que son igualmente importantes, son la interacción y la comunicación, la exploración del entorno, el juego, la relación con sus iguales y el desarrollo emocional.

INTERACCIÓN Y COMUNICACIÓN

Además del momento de su adquisición; es necesario valorar todos los aspectos de la comunicación que acompañan al lenguaje (tono, mirada, comunicación no verbal...). Es importante detectar si el niño hace una búsqueda activa de la relación, mantiene intención comunicativa y presenta una adecuada atención conjunta (comparte intereses con el adulto o con otros niños)⁸.

Muchos niños que presentan un trastorno del espectro autista mantienen conductas muy selectivas frente a la comida, se muestran hipersensibles a determinadas características de los alimentos (textura, olor, color...) y en ocasiones el rechazo de la alimentación es el síntoma guía que permite hacer un diagnóstico adecuado. (ver Capítulo 5. d. Trastornos del espectro autista). Será especialmente importante identificar las dificultades en esta área y poder iniciar un tratamiento lo antes posible.

EXPLORACION Y JUEGO

Cada niño tiene una forma de organizar los estímulos provenientes del medio ambiente, transformándolos en sensaciones que activan una respuesta adaptativa a los requerimientos de ese medio. Un fenómeno a tener en cuenta es lo que desde la Teoría de la Integración Sensorial se llama alerta sensorial, (hipo o hipersensorial)^{9,10}.

En la evaluación escuchamos cómo se acercan los niños a los objetos: si han explorado a través de las manos (arena, césped, pintura, arena mojada...) o, si, por el contrario, siempre les ha generado rechazo. Valoramos si en el descubrimiento inicial del mundo el niño se ha llevado objetos a la boca (lápices, llaves...) y nos detenemos a observar si muestran una sensibilidad especial en otras áreas sensoriales: ruidos, luces fuertes, olores.

VALORACIÓN DEL JUEGO

El juego forma parte de las estrategias y actividades del niño y es uno de los motores de su desarrollo. Tiene valor como potencial estructurador del psiquismo; es una actividad simbólica en sí misma, rescata al niño de los límites de lo concreto y le abre al mundo de la fantasía y la simbolización. Se sitúa en el espacio del "como si" y facilita un lugar potencial que ayuda al niño a manejar la realidad tanto interna como externa¹¹.

Es, en definitiva, el modo de expresión básico del niño. Landreth señala¹²: "El juego es el lenguaje del niño y los juguetes son las palabras". Su observación en consulta va a proporcionar una información privilegiada del funcionamiento psíquico, emocional y cognitivo-madurativo del niño.

A lo largo de la evolución del niño el juego adopta diferentes formas. Tal como lo describió Jean Piaget¹³, presenta un desarrollo evolutivo acorde a la adquisición de los hitos madurativos que va logrando el niño. En un primer

momento el juego es sensorial y motor, luego pasa a un juego representativo o simbólico y finalmente aparece el juego de reglas.

Una de las tareas del profesional en la consulta es observar la actitud del niño durante el juego: distante, evitativo y alerta, invasivo o excesivamente inhibido y detectar situaciones en las que el niño no es capaz de desarrollar un juego o elaborar una escena.

Es importante valorar si el niño presenta una actitud activa y desarrolla su propia capacidad de jugar. En algunos casos encontramos niños que presentan conductas repetitivas o estereotipadas, o un juego muy disruptivo y desorganizado. Otros niños esperan que el adulto juegue por él o demandan mucho. También es necesario detectar situaciones de bloqueo y altos niveles de tensión. En todos estos casos los niños no logran un acercamiento al mundo de los objetos que permita experimentar y poner en marcha sus recursos.

RELACIÓN CON SU GRUPO DE EDAD

A partir de los 3 años la relación con los otros niños y cómo interactúa con su grupo de referencia es uno de los mejores indicadores de su evolución a medio plazo.

Será, por lo tanto, necesario valorar la forma en que se relaciona con sus iguales, tanto la percepción de sus padres como los mensajes aportados por el centro escolar. La presencia o no de dificultades en la socialización aporta mucha información del funcionamiento psíquico del niño; su conocimiento contribuye a determinar mejor el diagnóstico y a plantear objetivos de intervención. Por otro lado, los problemas en la alimentación dificultan la socialización del niño o pueden limitar su participación en algunas actividades (por ej.: quedarse a comer en el comedor, ir a excursiones...) empeorando así su situación clínica.

ASPECTOS EMOCIONALES

Un área fundamental a evaluar de cara a establecer un adecuado diagnóstico es el desarrollo emocional. Evolutivamente encontramos algunos elementos que nos informan de dicho desarrollo y que pueden ayudar a detectar a tiempo las dificultades que puedan estar presentes.

Spitz^{14,15} plantea el concepto de organizadores intrapsíquicos (organizadores del desarrollo) y destaca el valor de algunas adquisiciones que acompañan el desarrollo del niño como elementos fundamentales para lograr una adecuada regulación interna.

En la evaluación es importante valorar cómo se han ido estableciendo cada uno de ellos:

- Aparición de la sonrisa social (alrededor del 3er mes) que marca una adecuada discriminación en el bebé entre los estímulos humanos, con una clara preferencia por el rostro de la madre.
- Ansiedad ante el extrañamiento (alrededor del 6/8ºmes): capacidad de establecer una adecuada discriminación entre lo conocido y lo no conocido. Es importante valorar si el niño al interactuar (antes de entablar una relación) con otro adulto u otro niño presenta una respuesta inicial de cierto temor, seguida de una búsqueda de sus figuras de referencia en ese momento (lo conocido), o, por el contrario, estamos ante un niño que no discrimina y que puede irse con cualquier persona sin emitir la respuesta de temor ni de búsqueda de protección adecuada.
- Adquisición del "No" (alrededor del 9º mes): inicios de auto-afirmación y de la toma de conciencia de los límites.

Mecanismos de regulación emocional:

La regulación afectiva tiene lugar en el contexto de una relación con otro. Frente a las situaciones de tensión, el bebé cuenta inicialmente con el soporte físico y emocional de los cuidados del adulto (acunar, cantar, abrazar, hablar) que le permite recuperar la calma e ir aprendiendo a regular sus emociones. Desde el inicio el bebé presenta una conducta activa: es capaz de adaptarse al regazo y mantener una postura recogida, coge el dedo de la madre mientras mama, mantiene un movimiento de succión que le permite calmarse... Más adelante se establecen las actividades y los objetos transicionales (muñeco, mantita) que le aportan seguridad y consuelo.

En los primeros momentos del desarrollo es importante que el niño desarrolle una adecuada búsqueda de protección y sea capaz de tranquilizarse en relación con un adulto significativo. Hay que tratar de identificar cómo es su forma de reclamar y calmarse. Estaremos muy atentos a los niños

con un nivel de irritabilidad muy alto y aquellos otros que no reclaman casi nunca.

En niños más mayores es importante identificar la presencia de altos niveles de angustia y si presentan una respuesta emocional adecuada a las diferentes situaciones o contextos en los que se desarrolla.

Prestamos especial atención a dos aspectos:

- Capacidad de discriminación emocional: es necesario que el niño pueda ir diferenciado sus estados emocionales y pueda lograr una adecuada discriminación entre los afectos (alegría, enfado, miedo o tristeza). Inicialmente son los padres, los que a través de sus palabras ponen nombre a la experiencia emocional del niño y le ayuda a re-conocerse.
- Expresión y modulación: hay que observar cómo expresa cada niño sus emociones y si tiene capacidad de hacerlo de forma adecuada al contexto. Algunos niños frente al enfado o la tristeza presentan una conducta muy desorganizada y hay otros niños muy inhibidos que se describen como muy buenos pero que no son capaces de expresar lo que sienten ("nunca lloran o nunca se enfadan...").

En todos los casos es importante valorar cómo el niño es capaz de adaptarse a los cambios y su nivel de tolerancia a la frustración.

VALORACIÓN DE LA DINÁMICA RELACIONAL FAMILIAR

Entendemos por dinámica familiar el manejo de interacciones y relaciones de los miembros de cada familia como grupo. En esta organización se establecen normas que regulan el desempeño de las tareas, funciones y roles, pero también la forma en la que se expresan, desarrollan y resuelven los conflictos y los aspectos emocionales¹⁶.

Es importante analizar los temores y preocupaciones de los padres frente a las dificultades del niño y escuchar cómo se sienten ellos mismos como padres. Por otro lado, podemos valorar cómo es la relación con sus familias de origen (desacuerdo marcado, no relación o apoyo) y cómo se recuerdan ellos mismos como hijos.

Además, no hay que olvidar, por un lado, que un niño/a se va a desarrollar en la interacción con sus padres o cuidadores principales y, por otro lado,

que la forma en que el bebé y el niño pequeño tienen de expresar el malestar es la manifestación somática, es decir a través del cuerpo. A través del funcionamiento interactivo, es decir, a través primero de la díada madre-bebé y más adelante de la interacción de los padres con el niño/a, se va regulando el equilibrio psicósomático. Por lo tanto, el papel de los padres va a ser apoyar al bebé en la regulación de las funciones psicósomáticas, como son la alimentación y el sueño. Para que esto pueda llevarse a cabo es importante que los padres sean "sensibles" a las señales del bebé y puedan responder de forma adecuada a las mismas. Sin embargo, cuando unos padres se encuentran en una situación de enfermedad de un hijo/a o de dificultad en alguna función básica (alimentación, sueño) la capacidad para ser sensible se ve mermada y las dinámicas familiares alteradas, ya que son situaciones muy estresantes y emocionalmente muy demandantes para ellos¹⁷.

Cuando hay mayores niveles de estrés en los padres, por lo tanto, nos vamos a encontrar con una priorización de aspectos físico-médicos frente a aspectos afectivos y emocionales, lo que provoca que presenten más conductas intrusivas y controladoras y que focalicen la relación en torno a la comida y al peso.

Teniendo en cuenta lo descrito anteriormente sería importante observar algunos aspectos de la dinámica familiar. Es decir, que uno de los objetivos de las primeras entrevistas es detectar indicadores de riesgo e indicadores de buen pronóstico dentro del marco familiar, ya que van a servir para establecer prioridades en la dirección del tratamiento a seguir, y nos van a permitir valorar la capacidad que tiene la familia y el niño/a para realizar cambios.

Los aspectos a observar son los siguientes:

- Los sentimientos que predominan y la forma en la que el niño se relaciona con su familia (el modo de "estar con").
- Valorar si las dificultades de la alimentación se han organizado en una situación de desencuentro en la que el enfrentamiento se convierte en la única forma de relación.
- Es importante detectar niveles de ansiedad muy marcados en el entorno familiar, por ej., situaciones en las que el adulto anticipa con ansiedad las

horas de las comidas y está tan pendiente de su propia ejecución que no puede ser sensible a las necesidades o dificultades del niño.

- Tratar de identificar aquellas situaciones en las que la madre empieza a retirarse del cuidado del niño (prefiere que otros le den de comer, da la toma en silencio, no juega con el niño...) o está agotada y sin ganas de salir a la calle. Un abordaje precoz puede evitar el riesgo de desarrollar/cronificar un cuadro depresivo/depresiones larvadas.

Por lo tanto, las fuentes de estrés para los padres que suponen indicadores de riesgo a detectar serían:

- Existencia de cuadros depresivos, niveles de ansiedad muy elevada o duelos repetidos en la historia familiar.
- Inestabilidad en las figuras que ejercen el cuidado. Falta de continuidad en la relación de cuidado que convierte el vínculo en inestable e imprevisible para el niño.
- Detectar si es un cuidado mecánico (sin conflicto y sin tensión) pero vacío y sin compromiso.
- Situaciones de hiperexcitación o hipoestimulación en el cuidado del niño.
- Situaciones de maltrato o negligencia parental.
- Miedo en relación a la supervivencia o enfermedad del niño/a que lleva a priorizar lo funcional frente al acoplamiento y disfrute mutuo que implica atender a las señales del niño.
- Relación centrada en la comida y en el peso.
- Confusión de señales que emite el niño/a que puede llevar a alimentarlo cuando no está interesado, convirtiéndose la alimentación en una intensa batalla emocional.
- Alteración o inseguridad de su rol parental que genera ansiedad al dar de comer o ante el rechazo del hijo/a frente al alimento que ofrecen.
- Dificultad para hacer juego compartido y para estar pendientes del niño/a en otras áreas del desarrollo.

ASPECTOS CONCRETOS DE LA ALIMENTACIÓN

En diferentes capítulos del libro se recoge una valoración detenida de los aspectos concretos de la alimentación del niño.

En la consulta de Psicología Clínica, respecto a los cambios en la alimentación - lactancia, paso al biberón, introducción de la cuchara, inicio de la alimentación sólida - prestamos especial atención a cómo se han ido estableciendo los cambios. Si se han podido hacer de forma progresiva y con el acompañamiento del adulto o por el contrario de forma muy brusca (sin tiempo de adaptación o de elaboración).

Desde el punto de vista psicológico es necesario tratar de identificar qué desencadena el inicio de las dificultades en la alimentación. Si coincide con algún cambio importante en la vida o las rutinas del niño (incorporación de la madre al trabajo, inicio de la guardería, nacimiento de un hermano, separación de los padres...). O se produce en un momento de cambio evolutivo (diversificación alimentaria, transición a los alimentos sólidos...) y el niño no es capaz de adaptarse de forma adecuada a los cambios en su proceso de desarrollo¹⁸.

Respecto a las rutinas de cómo es la alimentación un día normal: horarios, duración de las tomas, cantidad, dieta adecuada a su edad. Valoramos la presencia de actitudes muy regresivas en el niño (mantienen pecho o biberón de forma prolongada), situaciones de mucha pasividad (hace bola, deja caer la comida, le dan de comer...) o conductas inadecuadas (escupe, tira el alimento, vomita, mantiene una negativa marcada...).

Analizamos cómo intervienen los padres frente a esta situación. Pueden distraer excesivamente al niño, ofrecer muchos alimentos distintos (o únicamente el que tolera), perder el control llegando a situaciones de agresión o terminar por desesperarse y tirar la toalla.

Por otro lado, es importante detectar la presencia de antecedentes de dificultades de alimentación en los padres. En muchas ocasiones alguno de ellos ha sido mal comedor en la primera infancia y recuerda como una pelea el momento de la alimentación o las palabras de sus propias madres (ahora abuelas). En otros casos, los antecedentes de un trastorno de la conducta alimentaria en la adolescencia (anorexia nerviosa o bulimia) marcan una

especial preocupación y alerta por la respuesta del niño ante el alimento y en muchos casos una tendencia a una actitud de control exagerado en todo lo referente a la alimentación¹⁸.

OBSERVACIÓN DE LA TOMA. El momento de la alimentación

Los momentos de las comidas pueden ser situaciones de mucho desencuentro o tensión y en ocasiones los padres se sienten impotentes o los viven como una puesta a prueba de su propia capacidad como padres. En muchas ocasiones el adulto anticipa los momentos de la alimentación con verdadera ansiedad y está tan pendiente de su propia ejecución que no es capaz de escuchar o adaptarse a las respuestas del niño.

La información que vamos a obtener a partir de la observación de la toma tiene que ver con la forma en que se está estableciendo la interacción padres-niño. El malestar aparece en el marco interactivo, es donde lo viven los padres y el niño. Observar nos da una gran información "in situ" de la relación madre/padre e hijo^{19,20}.

Los elementos que se ponen en juego durante la toma y que son aquellos que habremos de observar son los siguientes:

- Mirada: es importante la presencia de una mirada compartida entre el niño y el adulto que ofrece el alimento. La mirada tiene una función de regulación de la excitación y permite comprender las experiencias.
- Orientación corporal/postural: es importante lograr un adecuado ajuste corporal entre el adulto y el niño.
 - Detectar situaciones en la que el niño muestra mucha rigidez o tensión en las tomas.
 - Valorar actitudes de excesiva pasividad (deja caer el alimento, no cierra la boca...) y descuido corporal del niño (postura caída, poco tono...)
- Contacto/caricias: valorar la presencia de caricias o gestos que acompañan y facilitan el encuentro: sonrisa, risa...
- Gestos: detectar gestos de rechazo, tensión o desagrado.
- Tono de voz: si es adecuado y acompaña la actividad del niño.
- Discurso verbal: cómo el adulto se dirige al niño en la toma, valorar como indicador de buen pronóstico si se dirige a él por su nombre y hace referencia a experiencias compartidas.

- Conexión emocional: hace alusión a la capacidad de sintonía emocional de los padres y el niño y la forma de expresar cercanía y afecto entre ellos.
- Respuesta congruente: capacidad de los padres para hacer una lectura adecuada de las emociones del niño.
- Detectar respuestas incongruentes con el estado emocional del niño o falta de respuesta a su malestar (por ej.: “el niño llora y el adulto se ríe, no le mira o no cambia su actuación”).

Secuencia de interacción: analizamos cómo se establece la secuencia interactiva durante las tomas. Para ello los elementos que tenemos que observar son:

- Ritmo: valorar si el adulto es muy intrusivo y ofrece una cucharada tras otra sin dar tiempo al niño o espera demasiado tiempo entre una cucharada y otra.
- Capacidad de negociación.
- Reparación: otro de los aspectos importantes de la interacción es si existen experiencias de reparación en la relación, tanto por parte del adulto como del niño. Estas experiencias hacen referencia a si existen mecanismos de reparación frente a los desajustes inevitables que tienen lugar en la relación.

En la finalización de la toma podemos observar algunas situaciones a tener en cuenta:

- Alto nivel de estrés en el adulto que, a medio plazo, puede hacer que se retire de la interacción o el juego con el niño incluso fuera de las comidas. (La madre deja de “ofrecer-se fuera de la toma”).
- Alto nivel de tensión en el niño. El rechazo o ansiedad del niño hace que se interrumpa la toma y el riesgo de enfrentamiento es cada vez mayor.
- Adulto y niño salen juntos de una situación complicada, con sensación de desencuentro frente a la comida, pero con capacidad de ajuste mutuo.
- El niño acepta pequeñas cantidades y responde mejor a los otros elementos que se ponen en juego en la comida (presencia del adulto, juego de acompañamiento...).
- El adulto no agota al niño (“última cucharada y ya”) y el tiempo de la toma o la cantidad pueden ir aumentando muy poco a poco.

INDICADORES DE BUEN PRONOSTICO EN LA VALORACIÓN DEL NIÑO Y SU FAMILIA

Destacamos como elementos de buen pronóstico los siguientes:

- El niño presenta un adecuado nivel madurativo y cognitivo, con capacidad de sentir curiosidad e interés.
- Desarrolla un juego adecuado a su edad y tiene capacidad de disfrutar y sentir placer en la interacción con el entorno.
- Establece una interacción adecuada con su grupo de edad, con sensación de pertenencia a un grupo de iguales.
- Mantiene un ritmo y regulación de sueño adecuada (no dificultades de conciliación, no despertares frecuentes, no rutinas de sueño inadecuadas a su edad).
- No presenta altos niveles de alerta o irritabilidad y tensión.
- Búsqueda de protección directa y petición de ayuda al adulto.
- La familia presenta formas de interacción adecuadas en otros aspectos diferentes a la comida. Sintonía afectiva y capacidad de disfrutar de otros aspectos de la relación en familia (juego, experiencias compartidas).
- Adecuada diferenciación entre las generaciones (padres/hijos). Los padres son capaces de establecer relaciones de protección y seguridad y posibilitan un adecuado proceso de separación.
- Escucha de las necesidades de los hermanos, padres disponibles emocionalmente para los otros hijos.
- Ambos padres poseen un suficiente soporte emocional y cuentan con redes de apoyo emocional.

PUNTOS CLAVE

- Es importante determinar si las dificultades en la alimentación aparecen junto a dificultades en otras áreas del desarrollo del niño (retraso motor, dificultades de la comunicación y el lenguaje, alteraciones del sueño).
- Desde el primer encuentro tratamos de identificar situaciones de riesgo, establecer hipótesis sobre las dificultades del niño y crear un vínculo con la familia que permita que se sientan escuchados y facilite la puesta en marcha de un proceso terapéutico.

BIBLIOGRAFÍA

1. Pedrón Giner C, González González F, Sanz Herrero B. Tratamiento interdisciplinario de los trastornos de la alimentación de inicio en la infancia. En: Morandé Lavín G, Graell Berna M, Blanco Hernández A (Coords.). Trastornos de la conducta alimentaria y obesidad: un enfoque integral. Madrid: Médica Panamericana DL; 2014. p. 171-4. ISBN: 978-84-9835-741-7.
2. Jiménez Pascual A. Detección y atención precoz de la patología mental en la primera infancia. Rev Asoc Esp Neuropsiq. 2002;(82):115-26.
3. Torras de Beá E (Comp.). Normalidad, psicopatología y tratamiento en niños, adolescentes y familia. Barcelona: Octaedro; 2012. ISBN: 978-84-9921-351-4.
4. Ortíz Soto P, Duelo Marcos M, Escribano Ceruelo E. La entrevista en salud mental infantojuvenil. Rev Pediatr Aten Primaria. 2011;13(52):645-60. <https://doi.org/10.4321/S1139-76322011000600015>
5. Tarragó Riverola RM. Intervenciones psicoterapéuticas en un servicio de neonatología. Cuad Psiquiatr Psicoter Niño Adolesce. 2003;(35/36):169-81.
6. Daws D. Terapia breve padres-hijo en trastornos del sueño. 1990. Nanzer N. La depresión postparto. Salir del silencio. Barcelona: Octaedro; 2015. ISBN: 978-84-9921-707-9.
7. Nanzer N. La depresión postparto. Salir del silencio. Barcelona: Octaedro; 2015. ISBN: 978-84-9921-707-9.
8. Rivière A. Interacción y símbolos autistas. En: Acción gestos y símbolos en autistas. Castellón: CAU; 1985. p. 3-25.
9. De Toro V, Aedo K, Urrejola P. Trastorno de Evitación y Restricción de la Ingesta de Alimentos (ARFID): Lo que el pediatra debe saber. Andes pediater. 2021;92(2):298-307. <http://doi.org/10.32641/andespediatr.v92i2.2794>

10. Beaudry Bellefeuille, I. Un trastorno en el procesamiento sensorial es frecuentemente la causa de problemas de aprendizaje, de conducta y coordinación motriz en niños. *Bol Pediatr.* 2006;46:200-3.
11. Colas J. Aportes del psicoanálisis al conocimiento de la mente del niño: el juego. *Cuad Psiquiatr Psicoter Niño Adolesc.* 1998;(25):21-81.
12. Landreth GL. *La terapia del juego.* Barcelona: Ed Obelisco; 2018. ISBN: 978-84-9111-357-7.
13. Maier HW. *Tres teorías sobre el desarrollo del niño: Erikson, Piaget y Sears.* 2ª ed. Buenos Aires: Amorroutu ediciones SA; 2013. ISBN: 978-95-0518-159-9.
14. Spitz R. *El primer año de vida del niño.* México: Fondo de cultura económica; 2008. ISBN: 978-84-3750-181-9.
15. Becerra Gordo M. Mecanismos autorregulatorios en el bebé y sus interacciones tempranas. *Cuad Psiquiatr Psicoter Niño Adolesc.* 2018;(65):105-11.
16. Dio Bleichmar E. *Manual de psicoterapia de la relación padres e hijos.* Barcelona: Ed Paidós Ibérica; 2005. ISBN: 978-84-4931-674-6.
17. Tarragó-Riverola R, Mañosa-Más M. Aplicaciones clínicas en el tratamiento de niños prematuros. *Cuad Psiquiatr Psicoter Niño Adolesc.* 2014;57:35-41.
18. Lartigue Becerra T, Maldonado-Durán M, Ávila Rosas H (Coords.). *La alimentación en la primera infancia y sus efectos en el desarrollo. Una visión de profesionales de la salud.* México: Ed Plaza y Valdés; 1998. ISBN: 978-96-8856-641-1.
19. Stern DN. *La constelación maternal: la psicoterapia en las relaciones entre padres e hijos.* Barcelona: Ed. Paidós Ibérica; 1997. ISBN: 978-84-4930-334-0.
20. Dio Bleichmar E. Una teoría sobre el conocimiento intersubjetivo implícito. *Clínica y Salud.* 2009;20(3):211-24.

A decorative graphic consisting of several overlapping, curved bands in shades of blue and purple, sweeping from the bottom left towards the top right.

Capítulo 4

TRATAMIENTO DE LAS DIFICULTADES DE ALIMENTACIÓN

4. a. Tratamiento médico

Ana Martínez Zazo

El tratamiento inicial de las dificultades de alimentación puede y debe realizarlo el pediatra de Atención Primaria. En muchos casos un tratamiento precoz por su parte evitará la cronificación del problema y su agravamiento, pudiendo lograr su resolución de una forma más sencilla. En los casos más graves o con mala evolución, el manejo debería ser multidisciplinar, incluyendo un abordaje por parte de pediatría, logopedia y psicología clínica¹.

La actuación médica se basa en un tratamiento de intervención nutricional y en establecer una serie de normas de conducta². En los pacientes que además exista una enfermedad orgánica de base instauraremos el tratamiento específico de esta.

1. TRATAMIENTO NUTRICIONAL

El objetivo será conseguir establecer una dieta adecuada a la edad y situación nutricional del paciente. En función del estado nutricional en el momento del diagnóstico el manejo inicial será algo diferente³.

1. Estado nutricional adecuado o poco afectado (tabla 1):

En la gran mayoría de los niños con dificultades de alimentación encontraremos un estado de normonutrición o desnutrición leve.

En estos casos priorizaremos el conseguir una dieta con características adecuadas a la edad en cuanto a número de comidas, textura y tipo de alimentos, frente a la ganancia ponderal.

Tabla 1. Tratamiento nutricional con estado nutricional normal o poco afectado.

	Objetivos	Posibles cambios dietéticos
Lactantes 0-6 meses	Lactancia materna si es posible Al inicio a demanda. A los 6 meses lo ideal unas 6 tomas	Utilizar fórmula para prematuros o dietas poliméricas para lactantes Iniciar alimentación complementaria desde los 4 meses Usar módulos específicos de nutrientes
Lactantes 6-12 meses	Progresivamente llegar a 4-5 tomas diurnas y ninguna toma nocturna Introducción alimentación complementaria Iniciar troceado entre 7-10 meses Introducción de cuchara, vaso de aprendizaje	Modificaciones culinarias en alimentación complementaria Utilizar dietas poliméricas para lactantes Usar módulos específicos de nutrientes
Mayores de 1 año	Poco a poco ir asemejando a la alimentación del adulto Ir cambiando triturado por sólido (mayoritario a los 2-3 años) Alimentación variada 4-5 tomas al día	Modificaciones culinarias en la dieta Utilizar dietas poliméricas pediátricas o módulos específicos de nutrientes como suplementos

Según la edad del niño nuestro objetivo, de forma general, será:

-Lactantes menores de 6 meses:

Idealmente se alimentarán exclusivamente con lactancia materna siempre que sea posible, recordando que se puede iniciar la introducción de la alimentación complementaria a partir del 4º mes de vida si fuera necesario. Inicialmente y hasta los 2-3 meses las tomas serán "a demanda", estableciendo progresivamente hasta los 6 meses un horario más regular en el que se irán espaciando las tomas durante el día y consiguiendo una pausa más larga durante la noche. De esta forma a los 6 meses deberían realizar un máximo de 6 tomas al día. Es importante remarcar este horario y cómo debe ir cambiando poco a poco para que el lactante aprenda las sensaciones de hambre y saciedad.

-Lactantes de 6 -12 meses:

Progresivamente se irá instaurando un horario de niño más mayor, realizando 4-5 tomas diurnas con desaparición poco a poco de la toma nocturna. En esta edad se introducirá la alimentación complementaria, consiguiendo incorporar a la dieta nuevos alimentos y sabores, nuevas texturas (triturado desde los 4-6 meses y posteriormente inicio del troceado a partir de los 7-10 meses) y nuevos elementos (cuchara, vaso de aprendizaje...).

-Niños mayores de 1 año:

Su dieta se irá asemejando progresivamente a la que hacen los adultos, incorporando al niño a la mesa familiar. A partir de esta edad se debe conseguir que progresivamente coman por sí mismos, que vayan cambiando los triturados por los sólidos (siendo éstos mayoritarios a la edad de 2-3 años), y que realicen una alimentación variada que contenga todos los grupos de alimentos. El número de comidas también debe ser como el de un adulto (4-5 tomas diurnas).

Para conseguir llegar a este esquema, tendremos que "ordenar" la dieta del paciente. Es decir, partiendo de la alimentación que venía haciendo hasta el momento, iremos realizando cambios progresivos hasta llegar a nuestro objetivo, adaptándonos al ritmo de aceptación y consecución de cada cambio por parte del niño y su familia.

Durante este proceso nuestra prioridad será la "calidad" frente a la "cantidad" y así se lo debemos transmitir a la familia, pues en gran número de los pacientes nos encontraremos una preocupación excesiva de los padres por el peso y, en consecuencia, de las cantidades de alimentos ingeridas. Es imprescindible en estos casos restarle importancia a la ganancia ponderal frente a poder realizar cambios cualitativos en la dieta y en la actitud frente a la comida.

Por otra parte, especialmente en los niños con poco apetito y que ingieren pocas cantidades de comida, realizaremos cambios para poder aumentar el valor calórico de las comidas sin aumentar su volumen⁴ y así poder mejorar la ingesta calórica final y de esta manera preservar o mejorar el estado nutricional del paciente en los casos que sea necesario.

En estos niños podemos aconsejar:

1) en el caso de los lactantes: utilizar fórmulas para prematuros que tienen mayor densidad calórica o dietas poliméricas para lactantes, también llamadas fórmulas para lactantes con alto contenido energético (1 kcal/ml), en lugar de fórmulas normales para lactantes sanos (0,7 kcal/ml); otra opción en lactantes algo más mayores es la de iniciar pronto la alimentación complementaria.

2) en los niños más mayores: haremos modificaciones culinarias de su dieta habitual como utilización de salsas, bechamel, empanados o rebozados, alimentos con alto valor calórico (frutos secos enteros en los mayores de 3 años o triturados en salsas por debajo de esa edad; aguacate, cacao...); adición de aceite de oliva en los purés o cremas, o de nata, chocolate y leche condensada a los postres; empleo de guarniciones con alimentos hidrocarbonados de absorción lenta (patata, arroz, pasta) y/o la administración de batidos caseros hipercalóricos.

3) otra opción en casos muy determinados es la de usar módulos específicos de nutrientes (de hidratos de carbono, proteínas o grasas) que se añaden a la alimentación normal del niño, o usar dietas poliméricas pediátricas normo (1 kcal/ml) o hipercalóricas (>1 kcal/ml) dadas como suplemento a la alimentación del niño.

2. Estado nutricional afectado de forma moderada-grave:

En algunos casos existe una desnutrición moderada-grave y deberemos priorizar el mejorar el estado nutricional frente a conseguir una dieta de características adecuadas a la edad, si bien no podemos olvidarnos ni dejar de lado este objetivo.

Siguiendo las mismas indicaciones que en otros pacientes⁵, instauraremos un soporte nutricional artificial cuando sea preciso. En los casos en los que la ingesta sea muy escasa y no podamos cumplir nuestro objetivo terapéutico vía oral, iniciaremos un soporte por vía enteral siempre que la función gastrointestinal lo permita (generalmente a través de sonda nasogástrica). Este soporte debemos hacerlo de forma que a la vez preservemos la alimentación oral lo máximo posible, para lo que seremos cuidadosos en la técnica y pauta de infusión utilizados. Así, por ejemplo, elegiremos pautas cíclicas con administración nocturna prolongada por sonda nasogástrica junto con pequeñas tomas diurnas por boca, evitando administraciones

boca-sonda (administrar por sonda todo lo que no tome por boca en todas las tomas) o administraciones en bolos de forma exclusiva ("jeringazos"). Haremos además un cálculo del aporte calórico a administrar de forma ajustada, sin excedernos. El objetivo es conseguir un soporte artificial que permita una rehabilitación nutricional correcta permitiendo al paciente el reconocimiento de las sensaciones de hambre y saciedad, que es una parte importante del tratamiento de estos trastornos.

A medida que mejore el estado nutricional la prioridad será ir consiguiendo una alimentación vía oral de forma paulatina, adecuando progresivamente la dieta a las características que le corresponden según la edad del paciente. Para ello, y de forma paralela, deberemos ir adaptando el tipo y cantidad de soporte artificial administrado, disminuyéndolo poco a poco.

2. TRATAMIENTO EDUCACIONAL

2.1) Existen unas **normas de comportamiento básicas** que los padres deben conocer y aplicar, más si cabe en niños con dificultades en la alimentación⁶:

-El ambiente durante las comidas debe ser relajado y toda la familia debe sentarse junta a comer.

-Se deben evitar elementos de distracción durante la comida.

-Se debe mantener una actitud neutral pero firme en relación con la comida, evitando conductas como forzar a comer, mostrar enfado durante las comidas o usar la comida como premio o castigo. Es fundamental que todos los cuidadores del niño mantengan la misma actitud.

-Los padres elegirán el tipo de alimentación y los horarios a seguir, y se permitirá a los niños que elijan la cantidad. En niños con una alimentación restringida a pocos alimentos, se ofrecerán primero los alimentos nuevos en poca cantidad y después alguno que el niño coma con facilidad (con el fin de evitar "comidas totalmente en blanco"). No se ofrecerán alimentos alternativos a los que inicialmente se han decidido para esa comida con el fin de conseguir que el niño coma algo.

-Se establecerán dietas que ayuden a un adecuado reconocimiento de las sensaciones de hambre y saciedad para así mejorar el apetito. Para ello

se limitará el tiempo de las comidas, disminuyéndolo progresivamente hasta llegar a 20-30 minutos; se hará un número de tomas adecuado a la edad (4-6); se evitarán los "picoteos", la ingesta excesiva de líquidos entre tomas, así como dar de comer dormido; y se servirán cantidades de alimento apropiadas a la edad y al "tamaño" del paciente.

-La dieta de las personas que cuidan al niño debe ser un referente para él, por lo que debe ser un modelo a seguir: ordenada, variada y saludable.

-Los nuevos alimentos se introducirán poco a poco, sabiendo que en ocasiones requieren exposiciones repetidas (hasta 8-15 veces) para lograr su aceptación.

-Se favorecerá el contacto de los niños con la comida a través de las manos de forma que "exploren" las nuevas texturas y alimentos. Se tolerará, por tanto, que se manchen con la comida.

-Se favorecerá la autonomía del niño a través de la comida para que logre comer sin ayuda de forma progresiva.

2.2) Además de estas pautas generales, según el tipo de trastorno al que nos enfrentemos daremos otras pautas más específicas⁷:

- a) En el caso de los niños con poco apetito y muy activos, más interesados por cualquier otra cosa que la comida, será imprescindible el enseñarles a reconocer y responder apropiadamente a las sensaciones de hambre y saciedad, limitando el número de comidas, evitando las comidas entre horas y la ingestión excesiva de líquidos, así como estableciendo un horario regular de comidas. En estos casos los padres deberán ser estrictos, estableciendo límites y una disciplina adecuada puesto que suelen ser niños con comportamientos "difíciles"⁸. Estrategias de "time-out" (hacer esperar al niño después de comportamientos inaceptables) suelen ser efectivas en estos casos. Se hará asimismo refuerzo positivo cuando existan conductas adecuadas en las comidas y no se pondrá atención en el caso de conductas negativas.
- b) En el caso de niños que rechazan selectivamente algunos alimentos, se deben ir ofreciendo alimentos nuevos poco a poco, de uno en uno, a la vez que otros alimentos que el niño ya conoce y le gustan.

Se favorecerá que el niño se interese por alimentos nuevos a través de la comida de los padres de tal forma que sean ellos los que pidan probarlos. En algunas ocasiones es efectivo ir cambiando poco a poco la textura y el color de alimentos que al niño le gustan ("alimentos comodín"), "escondiendo" o "disfrazando" con ellos los alimentos que le gustan menos. Se deben evitar inicialmente los alimentos que el niño haya rechazado de forma muy repetida.

- c) En los pacientes con trastornos "postraumáticos" o "miedo a comer" lo primero que debemos hacer es reducir la ansiedad que supone el momento de la comida. En los lactantes con rechazo del biberón a veces es útil el empleo de otras técnicas de alimentación como la cuchara, o en el caso de un rechazo importante a los purés sustituir éstos por alimentos troceados. En el caso de niños mayores a veces hay que retirar un tipo de textura (por ejemplo, el sólido) durante un pequeño periodo de tiempo hasta que se reduzca la ansiedad, para después poco a poco ir probando de nuevo a introducirlas; o bien usar técnicas como la distracción hasta "desbloquear" la situación, tendiendo poco a poco a ir suprimiéndola según exista mejoría. A veces se requieren técnicas más especializadas como la desensibilización oral o técnicas comportamentales específicas, que serán llevadas a cabo por especialistas en la materia. Las técnicas de refuerzo positivo con recompensa también pueden ser útiles en estos casos.

3. ESTIMULANTES DEL APETITO

En ocasiones seleccionadas también podemos ayudarnos del tratamiento con estimulantes del apetito (ciproheptadina)⁹. No debe ser nunca el único tratamiento, pero sí puede reforzar el tratamiento nutricional y educacional en las ocasiones en que el síntoma principal es la ingesta de cantidades muy escasas de comida.

Cuando los utilizemos se aconseja administrarlos durante 3-4 semanas siguiendo una pauta descendente para que no exista un efecto rebote del tratamiento. Una posología posible sería, por ejemplo, administrar las dos primeras semanas la dosis diaria (ciproheptadina a 0,25 mg/kg/día) repartida en 3 tomas, la tercera semana eliminar una de las tomas manteniendo sólo 2 de ellas, y la cuarta semana mantener una sola toma al día.

Mientras dure este tratamiento, si es efectivo, se podría probar a introducir alimentos, sabores y/o texturas nuevas que anteriormente han sido rechazadas por el niño debido a la falta de apetito, así como afianzar las pautas de conducta comentadas en el punto 2.

SEGUIMIENTO

Estableceremos un seguimiento periódico en función de la gravedad del trastorno, el estado nutricional del paciente y la coexistencia con otras enfermedades de base.

Al inicio, el seguimiento se realizará de forma muy estrecha, especialmente en casos graves (incluso una vez a la semana), para después ir espaciando las visitas poco a poco en función de la evolución. Esto debe ser así para que los padres se sientan acompañados, respaldados y seguros en el proceso terapéutico de su hijo, y de este modo sean capaces de confiar en el tratamiento que estamos emprendiendo y de llevar a cabo las pautas que establecemos.

PUNTOS CLAVE

- El tratamiento inicial de las dificultades de alimentación corresponde al pediatra.
- En los casos graves el tratamiento se hará de forma multidisciplinar con la intervención del pediatra, el logopeda y el psicólogo clínico.
- El tratamiento médico se basa en un tratamiento de intervención nutricional y un tratamiento educacional.
- El objetivo del tratamiento nutricional es lograr una dieta oral adecuada a la edad y situación nutricional de cada paciente.
- El tratamiento educacional conlleva la instauración de unas pautas de conducta básicas generales y otras más específicas según el tipo de dificultad encontrada.
- En algunos casos seleccionados emplearemos estimulantes del apetito como tratamiento coadyuvante.
- El seguimiento de estos pacientes debe ser estrecho, especialmente al inicio.

BIBLIOGRAFÍA

1. Pedrón Giner C, González González F, Sanz Herrero B. Tratamiento interdisciplinario de los trastornos de la alimentación de inicio en la infancia. En: Morandé Lavín G, Graell Berna M, Blanco Hernández A (Coords.). Trastornos de la conducta alimentaria y obesidad: un enfoque integral. Madrid: Médica Panamericana DL; 2014. p. 171-4. ISBN: 978-84-91108-67-2.
2. Pedrón Giner C, Martínez Zazo A. Diagnóstico y seguimiento nutricional en los trastornos de la alimentación de inicio en la infancia. En: Morandé Lavín G, Graell Berna M, Blanco Hernández A (Coords.). Trastornos de la conducta alimentaria y obesidad: un enfoque integral. Madrid: Médica Panamericana DL; 2014. p. 156-9. ISBN: 978-84-91108-67-2.
3. Castejón Ponce E, de la Mano Hernández A, Martínez Zazo AB. Alteraciones del comportamiento alimentario en el lactante y niño pequeño. En: SEGHN (Ed.). Tratamiento en gastroenterología, hepatología y nutrición pediátrica. 5.ª Ed. Madrid: Ergón; 2021. p. 813-26. ISBN: 978-84-17844-99-8.
4. Pedrón C, Martínez AB. Evaluación y prescripción nutricional en el niño con enfermedad crónica. En: Salesa Barja Yañez (Ed.). Nutrición en enfermedades crónicas de la niñez y adolescencia. Santiago de Chile: Ediciones Universidad Católica de Chile; 2021. p. 45-56. ISBN: 978-956-14-2776-1.
5. Pedrón Giner C, Martínez Costa C. Indicaciones y técnicas de soporte nutricional. *An Esp Pediatr.* 2001;55(3):260-6.
6. Pedrón Giner C, Díaz Buschmann C. Anorexia. En: Muñoz Calvo MT, Hidalgo Vicario MI, Rubio Roldán LA, Clemente Pollán J (Eds.). *Pediatría Extrahospitalaria. Aspectos básicos en atención primaria.* 3.ª Ed. Madrid: Ediciones Ergón S.A.; 2001. p. 83-7. ISBN: 978-84-8473-048-4.
7. Chatoor I. Feeding disorders in infants and toddlers: diagnosis and treatment. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am.* 2002;11(2):163-83. [https://doi.org/10.1016/s1056-4993\(01\)00002-5](https://doi.org/10.1016/s1056-4993(01)00002-5)

8. Kerzner B, Milano K, MacLean WC Jr, Berall G, Sutart S, Chatoor I. A practical approach to classifying and managing feeding difficulties. *Pediatrics*. 2015;135(2):344-53. <https://doi.org/10.1542/peds.2014-1630>
9. Milano K, Chatoor I, Kerzner B. A functional approach to feeding difficulties in children. *Curr Gastroenterol Rep*. 2019; 21(10):51. <https://doi.org/10.1007/s11894-019-0719-0>

4. b. Tratamiento logopédico de las dificultades de alimentación en la primera infancia

Francisca González González, Esther López Cabellos y Esther Juste Sánchez

En función del tipo de dificultad y edad a la que se presenta, los objetivos y técnicas de intervención serán diferentes, individualizándose, además, para cada paciente y su familia.

DIFICULTADES EN LA LACTANCIA

Durante la lactancia, el proceso motor más importante es la succión. Sucionar, es un reflejo primitivo de supervivencia para alimentarse; la coordinación succión-deglución-respiración (S-D-R), se desarrolla en las últimas semanas de gestación, por lo que los bebés prematuros pueden tener dificultades en este aspecto. Tendremos que valorar que se produzca bien el reflejo de deglución y que no haya excesivas succiones sin él, lo que provocaría atragantamiento o derrame al exterior.

Inicialmente, la lactancia se establece a demanda e irá permitiendo un adecuado acoplamiento entre el bebé y su madre; lo cual no significa que tenga que estar en una toma constante (ya sea biberón o lactancia materna). A partir de los tres o cuatro meses, poco a poco se irá regulando¹.

Según la valoración que hemos realizado, en lo primero que tenemos que incidir es en la postura del bebé y de la madre. Debe ser una posición estable pero no rígida, que permita un recogido adecuado del niño y que facilite la interacción a través de la mirada y de la voz. Mantener al bebé lo más cerca posible del cuerpo de la madre ayuda como elemento tranquilizador dando seguridad.

Cuando un lactante acude a la consulta porque presenta dificultades en la alimentación, por lo general, nos vamos a encontrar con unos papás que refieren: "no come nada", "llora sin parar", "vomita", "imposible calmarle", "solo come dormido", "no podemos más", "imposible darle el biberón", etc. En definitiva, nos encontramos con una familia con la sensación de pasar-

se todo el día intentando alimentar a su bebé y lo consiguen solo si está dormido (en el mejor de los casos), y que, aun así, no toma la cantidad adecuada.

Por lo general, nos encontramos con dos tipos de situaciones muy diferentes:

Un bebé muy irritable, con dificultad para acoplarse al regazo de sus padres, un nivel de alerta e irritación muy alto y, además, en muchas ocasiones con dificultades en la regulación del sueño. Esto genera gran ansiedad y estrés en la familia a lo que se suma la posibilidad de una pérdida de peso que agrava más la situación.

Hay que preparar al bebé para poder hacer la toma, intentando conseguir un estado de alerta adecuado (ni excesivamente irritado, ni dormido).

El sistema propioceptivo es uno de los principales mecanismos con que cuenta el organismo humano para reconocer la ubicación de sus diferentes segmentos e identificarlos dentro de un espacio, capacitándolo así para ejecutar movimientos adecuados que garanticen el desempeño funcional. Un bebé irritable presenta muchos movimientos de agitación, no puede acomodarse en el regazo de su madre y, por tanto, no puede tener la estabilidad necesaria para realizar los movimientos coordinados de succión-deglución-respiración².

Lo que más ayuda al bebé a regular su estado de excitación, a nivel propioceptivo, son los movimientos rítmicos, acompañados de melodía (voz o canto). También podemos usar la succión no nutritiva (chupete) por su conocido efecto calmante. El estado óptimo para la toma es diferente en cada bebé, y es importante que el adulto pueda ir acoplándose a su ritmo. En consulta, ayudamos a la familia a conocer mejor a su hijo y a través de la postura y la interacción natural, a tener recursos para conseguir el estado adecuado para la toma.

Por lo general, este tipo de bebés aumenta su estado de agitación durante la toma, siendo difíciles de controlar, sobre todo al principio. Una vez que consiguen enganchar pueden estar un tiempo succionando de manera adecuada, pero como es posible que vuelvan a agitarse, debemos transmitir calma a la familia para volver a intentarlo.

Un bebé excesivamente pasivo. Tomas muy largas, se quedan dormidos con el biberón o el pecho en la boca, los papás dicen “parece que está succionando, pero el biberón no baja...”

Necesitamos un buen acoplamiento entre la madre y el niño, buscaremos su mirada mientras le hablamos, facilitando la conexión entre ellos y un adecuado estado de alerta, con un ritmo suave, evitando la sobreexcitación.

En este tipo de niños, pese a que el reflejo de succión esté presente, puede no ser lo suficientemente fuerte o desencadenar fatiga en el bebé, por lo que son muy importantes los ejercicios y técnicas de estimulación orofacial para mejorar la succión. Se realizan antes de las tomas para comenzar a activar y también en diversos momentos del día.

En el momento de su primera consulta, la cantidad de leche que suelen ingerir en las tomas es muy poca o muy variable. Le podemos ayudar ordeñando la tetina, insistiremos sin agotarlo y así, el niño irá consiguiendo poco a poco aumentar el volumen, marcando un tiempo ajustado a cada bebé.

Cortar la tetina del biberón para generar mayor caudal de leche, no es siempre una buena idea ya que, en función de las características de cada niño, puede producir atragantamiento o derrame excesivo al exterior, favoreciendo nuevamente la fatiga.

En ambos casos, bebé muy irritable o muy pasivo, existen pautas comunes como “poner orden”. Es aconsejable adoptar un horario regular (en general en los niños mayores de 3-4 meses), no ofrecer fuera de las tomas y limitar el tiempo a 20-30 minutos.

Si solo come dormido, empezamos a ofrecerle despierto una vez al día (en una única toma y un poco antes de que se quede dormido). Aunque, inicialmente la cantidad que ingiera sea pequeña, es importante que el bebé esté tranquilo. Trataremos de aumentar el número de tomas despierto y la cantidad de forma progresiva.

No podemos olvidar la figura paterna. El papel del padre es muy importante para transmitir seguridad y acompañamiento a la madre y en el cuidado del bebé. Intentaremos que asista al mayor número posible de consultas y le haremos partícipe en todo momento del proceso^{3,4}.

DIFICULTADES EN LA INTRODUCCIÓN DE LA ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA

La alimentación complementaria (AC) o Beikost, (ver Capítulo 2. c.) es todo alimento líquido o sólido distinto de la leche, que se ofrece al lactante con el objetivo de complementar el aporte que recibe con la leche materna o de fórmula. El momento en que se inicia suele ser alrededor de los 5 meses. La forma de ofrecer puede ser mediante alimentos naturales líquidos/triturados (alimentación complementaria tradicional) o directamente alimentos sólidos (Baby-Led Weaning (BLW)/ Baby-Led Weaning to Solids (BLISS). La bibliografía recoge que, independientemente del método que se vaya a iniciar, es necesario que el bebé^{5,6}:

- Sea capaz de mantener la postura de sedestación con apoyo y estar erguido, respetando en todo momento su desarrollo motor.
- El reflejo de extrusión haya desaparecido.
- Presente interés activo por la comida.
- Coordine de forma autónoma el movimiento ojo-mano-boca.

Estas señales de desarrollo suceden en torno a los 6 meses y son necesarias para que el bebé se alimente de manera segura⁷.

La realidad que encontramos en la consulta no siempre coincide con lo que describe la bibliografía, ya que los niños con dificultades en la alimentación no suelen tener interés por la comida y no siempre el reflejo de extrusión ha desaparecido.

Una vez decidido que el niño/a va a comenzar la alimentación complementaria hay que tener en cuenta, cómo, cuándo, dónde y qué tipo de alimentación se va a ofrecer al niño, para poder guiar y acompañar a la familia en esta nueva etapa de la alimentación.

Este cambio no sólo supone comenzar a ofrecer diferentes alimentos al niño/a, sino que, trae consigo muchas otras modificaciones como la forma de alimentar. El niño/a pasará de estar recogido a permanecer sentado en una silla adaptada o una silla para su edad.

Es conveniente poder establecer un horario o una rutina. Poner orden a las tomas y respetar el tiempo entre ellas es esencial para establecer la sensación de hambre-saciedad, evitando ofrecer entre medias de las tomas.

Es esencial no interpretar los primeros rechazos al nuevo alimento o al nuevo sabor como que no le gustan. El bebé está experimentando sensaciones nuevas y hay que acompañarle en estos cambios. Hay que ofrecer de manera paulatina y de manera diaria para que poco a poco se vaya adaptando al cambio. El objetivo no es desde el principio conseguir que se coma todo, sino, como se ha mencionado anteriormente, ir haciendo la transición de la lactancia materna/artificial a la alimentación complementaria con orden e ir reduciendo las tomas de lactancia para aumentar las de alimentación complementaria.

Se recomienda insistir, no tanto para que se coman todo, sino para que, al menos, lo prueben, lo saboreen o coman una determinada cantidad, para fomentar la diversificación de alimentos. Insistir no es forzar.

Las primeras experiencias son fundamentales: ofrecer un puré sin grumos, sin trocitos, evitando hebras y que tenga una consistencia intermedia, ni muy líquido ni muy denso. Cargar la cuchara con poca cantidad para ver las reacciones del niño/a.

Nos podemos encontrar:

1. Niños con una buena respuesta desde el principio a un determinado sabor / color / consistencia del puré o incluso un puré en concreto. Por ejemplo: "solo come potito comercial, Marca X". Habrá que intentar hacer cambios de manera muy paulatina para modificar color, sabor y consistencia. Ofrecer cucharadas poco cargadas. Es importante que el alimento, esté delante del niño en todo momento, ya que el niño puede ver el color, tocarlo, mancharse, saber cómo huele... con eso vamos a fomentar todos los aspectos sensoriales. Si a pesar de realizar cambios muy poco a poco la situación no mejora, es importante contar con una valoración por parte de un Terapeuta Ocupacional especializado en Integración Sensorial.
2. Niños con arcadas desde el inicio de la ingesta. Serán niños con rechazo en los que habrá que controlar la cantidad de alimento en

cada cucharada y la consistencia del puré. Marcar el tiempo entre cucharadas en este tipo de pacientes es fundamental. Mantener un ambiente tranquilo en todo momento, evitando gritos y enfados. El reflejo de náusea de un bebé de 6 a 10 meses, en comparación con el adulto, es mucho más sensible y puede desencadenarse más hacia adelante en la lengua⁸⁻¹¹. Fomentar la exploración oral como llevarse los dedos, juguetes y cucharas para bebés a la boca, fuera de las comidas, ayuda a fomentar la exploración oral.

3. Niños con un marcado rechazo al momento de la comida. Desde el inicio se resisten a ponerse el babero, sentarse en el lugar de comer... Importante generar una situación tranquila. Se puede cantar, jugar con algún muñeco, leer un cuento como acompañamiento. Es más fácil comenzar con algo que le calma y regula.
4. Niños que tardan en tragar. Suelen ser niños con rechazo a deglutir o con dificultades a nivel orofacial para realizar la propulsión del bolo alimenticio. Acumulan en los laterales o en la parte delantera de la boca. Evitar ofrecer agua para "tragar" todo de una vez. Estimular los laterales con los dedos desde fuera ayuda a recordarles que hay que tragar. Se puede cantar, jugar con algún muñeco, leer un cuento como acompañamiento.

Introducción de las distintas texturas en función del tipo de alimentación complementaria seguida por los padres:

a) Alimentación complementaria tradicional: consiste en comenzar ofreciendo al bebé los alimentos de manera triturada, purés y papillas con la cuchara, para una vez conseguido empezar a ofrecer sólidos.

b) El método Baby-Led Weaning es una alternativa al método tradicional de cuchara para la introducción de los alimentos sólidos a partir de los 6 meses de edad. El mismo bebé escoge qué alimentos come. Los alimentos sólidos se ofrecen en forma alargada y estrecha para que el niño pueda alimentarse de manera autónoma, siempre complementando con lactancia materna y/o artificial⁹.

c) El método Baby-Led Weaning to Solids (BLISS) es una versión modificada del anterior, cuyo objetivo es abordar las preocupaciones de las familias

por una ingesta inadecuada de ciertos nutrientes como por ej. el hierro y energía, así como por el riesgo de asfixia. Se ofrecen alimentos que el lactante pueda recoger y llevárselos a la boca de manera autónoma, pero además este método incluye consejos como el de ofrecer un alimento con alto contenido energético y de hierro en cada comida¹¹⁻¹³.

"La transición de la lactancia a los primeros alimentos sólidos es un hito importante en el desarrollo de los niños y para los padres que se encuentran con un cambio en la forma de alimentar a sus hijos"¹⁴.

DIFICULTADES EN LA INTRODUCCIÓN DE SÓLIDOS

Llegamos al último paso para alcanzar una alimentación completa, con todo tipo de consistencias. En este punto nos centraremos en la introducción de alimentos que requieren ser triturados y procesados en la boca para deglutirlos con seguridad. Recordemos que, tal y como se ha comentado en el apartado anterior, la introducción de los primeros alimentos puede iniciarse a partir de los 5 meses, según la Organización Mundial de la Salud¹⁵ y poco a poco se van incrementando las consistencias hasta llegar a los 2 años y medio. Como profesionales, nos podemos encontrar con los siguientes escenarios cuando recibimos a la familia en nuestra consulta: *"Me da miedo darle trozos por si se atraganta". "El inicio fue bueno, pero se puso malito y empezó a rechazar todo". "No quiere probar nada nuevo. Lo hemos probado todo". "Sólo quiere lo que le gusta. Ahora sólo come dos o tres alimentos y ni siquiera acepta de otras marcas".*

Atendiendo a cada uno de los escenarios citados, vamos a comenzar con alguna aclaración: es importante respetar el desarrollo madurativo del niño y ofrecerle los alimentos cuando esté preparado, siguiendo las indicaciones de nuestros médicos pediatras y de lo recogido en la bibliografía. Tengamos presente que, cuando la familia refiere un atragantamiento, hay que profundizar un poco más: cómo fue, cómo reaccionó el niño, cómo continuó la toma. A veces, lo que describen como un atragantamiento es un reflejo nauseoso exacerbado que provoca un momento de angustia hasta sacar el trozo de la boca y esto provoca una reacción de susto en el adulto que fácilmente puede traer consigo cierta negación a volver a intentar ofrecerle un sólido.

Se ha asociado el retraso en la introducción de este tipo de texturas más allá de los 9 meses con un patrón de ingesta altamente selectivo y con problemas en la masticación posteriores¹⁶. Además, el hecho de retrasar este momento no sólo no evita un atragantamiento, sino que le privamos de un momento de exploración y experimentación necesarias para un correcto desarrollo de las estructuras que forman el sistema estomatoglosognático.

Cuando los niños enferman es habitual la disminución del apetito y de las cantidades de alimento que toman, pero si esto se prolonga en el tiempo, es importante valorar otros aspectos que puedan estar repercutiendo en la alimentación.

Si no quiere probar nada nuevo y cada día probamos algo diferente, le estamos exponiendo de manera repetida a la novedad; por lo tanto, contamos con el rechazo. Debemos ir presentando los alimentos de manera gradual y repetida para que dejen de ser "nuevos". Cuando un niño es selectivo, es habitual que vaya limitando paulatinamente su repertorio de alimentos, quedándose con los más deseados y conocidos.

Para ofrecer ideas de estructura en nuestra intervención, teniendo como base la clasificación de las alteraciones de la alimentación infantil^{17,18} (sin centrarnos en el origen de la alteración de la alimentación sino en las características de la función y su participación) vamos a diferenciar los siguientes grupos:

Niño/as con rechazo previo a la introducción de alimentos nuevos, pero con buen funcionamiento oral de los alimentos conocidos

1. Empieza con alimentos que compartan características con los que ya conoce (misma apariencia; mismo sabor; misma dureza/consistencia).
2. Facilita la aceptación. Presenta el alimento de manera repetida, que acepte tenerlo delante y poco a poco que lo toque.
3. Dale alternativas a "no me lo voy a comer". Probemos con tocarlo con los labios, sacar la lengua, lamerlo, etc. Todo acercamiento es positivo.

4. Cuando consigue meterse el alimento en la boca: en las primeras ocasiones hay que reforzar toda introducción del trozo, aunque luego lo escupa. Ya ha superado la barrera que separa el exterior del interior del cuerpo.
5. Ayúdale a aumentar el tiempo del alimento dentro de la boca. Juega a que lo mueva, que sienta como suena, que lo lateralice, que lo cruja. Nuestro objetivo: la formación del bolo alimenticio.
6. Incítale a no parar el movimiento hasta tragarlo, que no se quede quieto ni en el tercio anterior. Si se para, es más difícil para ellos realizar la propulsión necesaria para tragarlo. Modela con tu ejemplo, (en este paso, masticar con la boca abierta nos ayuda a ver cómo lo hace y así ayudarle). Si lo necesita, puede meterse el dedo para colocar el alimento en el lateral o llevarlo más atrás.

Niños/as con dificultad en la gestión oral del alimento que no saben cómo triturar el alimento

1. Niños/as con aversión sensorial que repercute negativamente en la percepción del alimento:
 - 1.1. Comienza con alimentos que el niño tolera tocar, coger, oler, sin producirle reacciones sensoriales exacerbadas (arcadas, bloqueo, rechazo, necesidad de huir de la situación). Frecuentemente los alimentos secos son los mejor tolerados. Así mismo, elige alimentos que cuando se introducen en la boca, no precisan apenas triturado, pues al contacto con la saliva se transforman en consistencia líquida¹⁸.
 - 1.2. Inicia con una exploración del alimento con las manos, olfato, vista. Juega a explorar con él/ella: rómpelo con las manos, hazlo migas, aplástalo, etc.
 - 1.3. Facilita la aceptación y el acercamiento a la boca.
 - 1.4. Déjale controlar el alimento desde fuera y que se lo introduzca poco a poco en la boca y que, de la misma manera, se lo pueda sacar.
 - 1.5. Dentro de la boca: guíale siempre para que lo introduzca por los laterales, hacia la zona molar, pues la introducción del alimento

por la parte central ubica al alimento encima de la lengua y es probable que le resulte más complicado controlarlo, que le aparezcan reacciones como la arcada o el bloqueo y deje de ser una situación positiva y controlada.

1.6. Incítale a no parar el movimiento hasta tragarlo.

1.7. Ve ampliando el repertorio de alimentos con aquellos que le vayan haciendo sentir seguro y confiado.

En este grupo también nos podemos encontrar con niños que una vez que han masticado el alimento, tienden a almacenarlo, "se les hace bola" y les cuesta mucho tragarlo. En estos casos, podemos valorar la percepción oral y observar cuáles son las consistencias, sabores y temperaturas que les mantiene activos hasta la deglución del bolo para empezar a trabajar. Tal y como se comentó anteriormente, debemos evitar ofrecer agua o líquido para tragar el sólido almacenado, pues esto no le aporta el aprendizaje del mecanismo necesario para tragar el bolo de alimento sólido.

Es importante tener en cuenta que, cuando hay datos de aversión sensorial muy marcados, debemos contar con la participación de un Terapeuta Ocupacional con formación en Integración Sensorial, que nos pueda guiar en todo el proceso.

2. Niños/as con alteración en tono, fuerza y coordinación muscular orofacial y/o planificación motora:

2.1. Realiza juegos de movilidad y fuerza de los músculos orofaciales implicados en la masticación. Puedes empezar con elementos que no sean alimento para favorecer la repetición, tales como gomas tubulares, torundas, pajitas, etc.

2.2. Con alimento: elige, para empezar, alimentos de fácil masticación que no requieran triturado (consistencia picada y húmeda) e ir pasando a una consistencia suave y tamaño bocado, incrementando dureza y volumen.

2.3. Ve ampliando la variedad de alimentos según sus capacidades para gestionarlo en la boca.

Es importante dejar claro que, aunque hemos realizado esta división de tipos de pacientes, cada paciente tiene unas características únicas y que nuestra labor es adaptar la intervención a sus capacidades.

Debemos cuidar que, sobre todo las primeras experiencias, **acaben con éxito**. Para ello, debemos adaptarnos a lo que es capaz de hacer. No le pidamos más, porque esto puede provocar un sentimiento de fracaso, frustración y, por lo tanto, de rechazo.

PUNTOS CLAVE

- Favorecer un buen acoplamiento entre la madre y el niño a través de la mirada y de la voz.
- Adoptar un horario regular y limitar el tiempo a 20-30 minutos, a partir del cuarto mes.
- Ofrecer alimentos adecuados a las habilidades de alimentación del niño para garantizar una deglución eficaz y segura.
- Una exposición regular y gradual a los alimentos favorece su tolerancia y aceptación.
- Aconsejar hacer al menos una comida al día en familia, los niños aprenden por imitación.
- Es principal que la familia esté muy presente en nuestra intervención. Así podremos darles herramientas que puedan usar en casa y transmitir al colegio y les damos la oportunidad de observar las capacidades de su hijo y nuestra forma de ayudarle.

BIBLIOGRAFÍA

1. Sanz Herrero B, González González F. Psicopatología de la alimentación y la regulación motriz. En: Prego Dorca R, Alcamí Pertejo M, Mollejo Aparicio E. (Coords.). Parentalidad, perinatalidad y salud mental en la primera infancia. Asoc Esp Neuropsiquiatría Digital; 2018. p. 288-308. ISBN:978-84-95287-85-4.

2. Alvis K. Propiocepción infantil. Un acercamiento a su evaluación. *Rev Iberoam Fisioter Kinesiol*. 2003;6(1):23-49.
3. Maldonado Durán JM, Saucedo-García JM. Evaluación clínica y tratamiento de los problemas de alimentación. En: Lartigue Becerra T, Maldonado-Durán M, Ávila Rosas H (Coords.). *La alimentación en la primera infancia y sus efectos en el desarrollo: una visión de profesionales de la salud*. México: Plaza y Valdés; 1998. p. 363-87. ISBN: 978-96-8856-641-1.
4. Grupo de Perinatalidad SEPYPNA. *El cuidado emocional del bebé y su familia*. 2.ª Ed. Madrid: Ediciones SEPYPNA; 2021. ISBN: 978-84-120719-5-5.
5. Rojas González KA, Meneses Ishihara DM, Cariqueo Agüero NI, Valenzuela Schuler PD. Baby-led weaning como método de inicio a la alimentación complementaria: ¿Qué dice la evidencia? *Rev ANA-CEM*. 2020;14(2):150-9.
6. Gomez MS, Novaes APT, Silva JPD, Guerra LM, Possobon RF. Baby-Led Weaning, an overview of the new approach to food introduction: integrative literatura review. *Rev Paul Pediatr*. 2020;38:e2018084. <https://doi.org/10.1590/1984-0462/2020/38/2018084>
7. Cichero JAY. Introducing solid foods using baby-led weaning vs. Spoon-feeding: A focus on oral development, nutrient intake and quality of research to bring balance to the debate. *Nutr Bull*. 2016;41(1):72-7. <https://doi.org/10.1111/nbu.12191>
8. Rapley G, Murkett T. *Baby-Led Weaning: The Essential Guide to Introducing Solid Foods and Helping Your Baby to Grow Up a Happy and Confident Eater*. London: Vermilion; 2010. ISBN: 978-16-1519-021-8 https://books.google.es/books?id=Qbr2RK_Mm4UC
9. Naylor AJ, Danner S, Lang S. Infant Oral Motor Development in Relation to the Duration of Exclusive Breastfeeding In: Naylor AJ (Ed.) and Morrow A (Co-ed.). 2001. *Developmental Readiness of Normal Full Term Infants to Progress from Exclusive Breastfeeding to the Introduction of Complementary Foods: Reviews of the Relevant Literature Concerning Infant Immunologic, Gastrointestinal,*

Oral Motor and Maternal Reproductive and Lactational Development. Wellstart International and the LINKAGES Project/Academy for Educational Development, Washington, D.C. 2001. p. 21-25.

10. Isaac N, Choi E. Chapter 3: Infant anatomy and physiology for feeding. In: Spencer B, Campbell SH, Chamberlain K (Eds.). Core curriculum for interdisciplinary lactation care. 2nd Ed. Burlington, MA: Jones & Bartlett Learning. 2023. pp. 37-55. ISBN: 978-12-8425-551-5.
11. D'Auria E, Bergamini M, Staiano A, Banderali G, Penderzza E, Penagini F, *et al.* Baby-led weaning: what a systematic review of the literature adds on. *Ital J Pediatr.* 2018;44(1):49. <https://doi.org/10.1186/s13052-018-0487-8>
12. Cameron SL, Heath AM, Taylor RW. How Feasible Is Baby-Led Weaning as an approach to infant feeding? A Review of the evidence. *Nutrients.* 2012;4(11):1575-609. <https://doi.org/10.3390/nu4111575>
13. Daniels L, Taylor RW, Williams SM, Gibson RS, Fleming EA, Wheeler BJ, *et al.* Impact of a modified version of baby-led weaning on iron intake and status: a randomised controlled trial. *BMJ Open.* 2018;8(6):e019036. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-019036>
14. Brown A. Differences in eating behaviour, well-being and personality between mothers following baby-led vs. traditional weaning styles. *Matern Child Nutr.* 2016;12(4):826-37. <https://doi.org/10.1111/mcn.12172>
15. Organización Mundial de la Salud. Alimentación del lactante y del niño pequeño. 2021 [en línea] [consultado el 07/04/2025]. Disponible en www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/infant-and-young-child-feeding
16. Coulthard H, Harris G, Emmett P. Delayed introduction of lumpy foods to children during the complementary feeding period affects child's food acceptance and feeding at 7 years of age. *Matern Child Nutr.* 2009;5(1):75-85. <https://doi.org/10.1111/j.1740-8709.2008.00153.x>

17. Kerzner B, Milano K, MacLean WC Jr, Berall G, Stuart S, Chatoor I. A practical approach to classifying and managing feeding difficulties. *Pediatrics*. 2015;135(2):344-53. <https://doi.org/10.1542/peds.2014-1630>
18. Chatoor I. *Diagnosis and treatment of feeding disorders in infants, toddlers and young children*. Washington, DC: Zero to Three; 2009. ISBN: 978-19-3401-933-5.
19. International Disphagia Diet Standardisation Initiative IDDSI. Marco y descriptores de la IDSSI. 2.0/2019 [en línea] [consultado el 07/04/2025]. Disponible en www.iddsi.org/images/Publications-Resources/DetailedDefnTestMethods/SpanishHarmonised/V2Detailed_DefnHSpanishFeb2024.pdf

4. c. Tratamiento psicológico de las dificultades de alimentación en la primera infancia

Beatriz Sanz Herrero, Elena Pérez Llorente

INTRODUCCIÓN

La alimentación se establece como lugar de encuentro entre el niño y el mundo y es una de las vías privilegiadas de la interacción inicial entre el bebé y su madre. El acercamiento a este campo implica una escucha simultánea de las necesidades del niño, de la función de protección de sus padres y de las modalidades de interacción entre ellos.

Kreisler¹ plantea la importancia de las primeras interacciones como elemento constitutivo del ser humano y el lugar del cuerpo del niño como vía de expresión de sus dificultades.

Recogiendo las aportaciones de la Escuela de Psicósomática de París² destacamos algunos elementos como fundamentales en el funcionamiento interactivo niño-cuidador: riqueza de afectos, estabilidad (continuidad y coherencia) y flexibilidad. Además, una interacción saludable se caracteriza no tanto por la cantidad de afecto positivo, sino por los movimientos de reparación de los afectos negativos que son capaces de poner en marcha tanto el adulto como el niño³.

INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA POR GRUPO DE EDAD

LACTANTES

En estos primeros meses el objetivo de nuestra intervención es facilitar el encuentro entre cada bebé y sus padres y facilitar el establecimiento de las regularidades innatas del lactante (hambre/saciedad, sueño/vigilia, atención y activación). Entendemos la crianza como una experiencia ordenadora de las necesidades del niño. El adulto ejerce su función de protección y ayuda al niño a integrar sus experiencias y a regularse emocionalmente.

Tratamos de facilitar el encuentro entre el bebé y los adultos que le cuidan (madre/padre) de forma que puedan conocerse mejor. Acompañamos a los padres en la escucha y el reconocimiento de las características individuales

y únicas de su hijo (en su forma de expresar sus necesidades, de reclamar, calmarse...).

Inicialmente el bebé recibe los cuidados maternos envueltos en un clima que le aporta sensación de seguridad y continuidad. Los padres le ofrecen el sostén que necesita para alimentarse, se adaptan inicialmente al bebé y le ofrecen el alimento.

Establecimiento de ritmos de regulación interna en el lactante

Es especialmente importante lograr que el bebé establezca de forma adecuada una regulación de sus ritmos internos. El elemento crucial para asegurar esta regulación son los cuidados de las figuras de apego significativas. A través del funcionamiento interactivo se van estableciendo regularidades y, poco a poco, consolidando el equilibrio fisiológico y emocional del niño.

El ajuste y aprendizaje se va dando de forma natural en la interacción. Kaye plantea: "El rol del bebé está determinado por dichos ritmos y el rol de la madre consiste en ir adaptándose a dichos ritmos a fin de producir algo parecido a un diálogo. Así las madres van organizando el mundo para sus bebés, evolucionando ellas mismas al tiempo como madres"⁴.

Los últimos avances de la neurociencia confirman que el cerebro humano está diseñado para reconocer y buscar los estímulos humanos^{5,6}. La madurez cerebral y su capacidad de desarrollar funciones de modulación y regulación depende de la presencia de un ambiente humano interactivo. El recién nacido humano está preparado para desarrollarse a través de la relación, nos constituimos como sujetos en la relación con el otro. Todas las adquisiciones de esta primera etapa se logran gracias al acompañamiento emocional de un adulto. La presencia activa de los padres, especialmente la figura materna, posibilitan un adecuado desarrollo del niño.

La génesis del buen funcionamiento somático a lo largo del desarrollo parte del funcionamiento interactivo. La regulación afectiva solo puede tener lugar en el contexto de una relación con otro ser humano. El contacto físico y emocional (hablar, acunar, tranquilizar, abrazar...) permite al niño establecer la calma en situaciones de necesidad e ir aprendiendo a regular por sí mismo sus emociones⁷. El adulto debe poner en juego una capacidad empática que le permite comprender qué es lo que necesita ese niño. Las respuestas emocionales del adulto, en sintonía con el estado interior del bebé, generan

primero un estado de correulación afectiva que lleva, un poco más adelante, al logro de la autorregulación afectiva por parte del bebé⁸.

Dio Bleichmar⁹ explica: "la madre al ser reguladora externa de los estados fisiológicos del infante regula también su nivel de activación, ... se trata de tener la habilidad de regular los afectos, de manejar el malestar del bebé cuando esté ansioso o irritado, de interpretar sus señales, de saber cuándo y cómo activar o bien calmar".

Experiencia de ser calmado por otro

La experiencia de ser calmado por otro es la base fundamental del desarrollo emocional; la vivencia del lactante de contar con un adulto disponible para atender y entender sus necesidades. Es importante que el lactante sea capaz de reclamar y reciba una respuesta coherente y ajustada a su necesidad/demanda, de esta forma adquiere la experiencia de sentirse "agente" de su conducta. La seguridad en el apego hace referencia a la confianza básica en el adulto, pero también a la confianza en sí mismo como alguien competente para lograr una respuesta adecuada del otro.

Destacamos las aportaciones de Stern¹⁰: desarrolla el concepto de "**entonamiento afectivo**" y plantea que la crianza se basa en la acción reguladora por parte de los adultos hacia el infante (lo que produce en él la experiencia de estar con y de ser regulado por otro).

En la medida que el niño recibe respuestas coherentes, irá estableciendo regularidades y de esta forma podrá organizar progresivamente una conducta intencional y una respuesta emocional cada vez más adecuada¹¹.

Función del Adulto. Papel de espejo del adulto

A partir de una relación segura y contenedora, los adultos interpretan las señales afectivas del niño a la vez que le reflejan el estado mental que ellos creen que subyace a su perturbación o demanda. Son los padres los que van mostrándole así que le entienden y que atienden lo que necesita.

Fonagy⁸ denomina "espejo emocional" a la función parental de reflejar las emociones de los infantes y destaca dos efectos importantes: modular la intensidad de los afectos y atribuirle un sentido (pone palabras, ordena la experiencia) y de esta forma facilitar "un segundo orden" de representación de dichas emociones. La "respuesta sensible" del cuidador facilita el

establecimiento de un apego seguro en el niño (contribuye a una mayor estabilidad y ajuste socioemocional a lo largo de su desarrollo). El adulto capta las señales del bebé, las interpreta, reconoce su necesidad y responde adecuadamente; da sentido a la conducta del niño (le reconoce como alguien con intenciones, necesidades y emociones propias).

En el interjuego relacional la respuesta “sensible” del adulto ante las necesidades del bebé cumple algunas características: debe ser adecuada en el tiempo (contingente), adecuada en el afecto (congruente) y transformada por el aporte del adulto (le ordena, le da sentido y le devuelve que su experiencia de la vivencia no es exactamente igual). De esta forma permite la internalización de la experiencia, elaborada y transformada en tolerable¹².

Fonagy y Allison plantean cómo la “espejularización” del afecto es fundamental para el reconocimiento de los estados afectivos y la autorregulación del niño¹³. Este autor y sus colaboradores plantean que hay una estrecha relación entre la regulación emocional y el desarrollo de sí-mismo; el concepto que articula ambos es el de **mentalización** (proceso a través del cual se atribuyen a los demás y a nosotros mismos, intenciones, creencias y deseos como guía de nuestras acciones) y estará en la base de los procesos de regulación emocional.

Inicios del proceso de separación

Los primeros establecimientos de una regulación adecuada de las tomas entre el niño y la madre serán el esbozo de los inicios del establecimiento del proceso de separación. El niño pide para recibir y la madre acude para calmar al niño y le ayuda a tolerar el malestar.

A través de sus palabras empieza a ordenar el mundo del niño, “ahora es la hora de dormir, ahora lo que tienes es hambre”. Poco a poco la madre alarga las tomas, aparecen pequeñas dosis de frustración que el bebé puede tolerar con seguridad. La madre empieza a calmar al niño de otra manera, introduce la capacidad simbólica a través de sus palabras y pequeños códigos de diferenciación entre ella y el niño.

La posibilidad de establecer un ritmo de comida y de sueño, de presencia-ausencia (ahora si-ahora no) de la figura materna, son los primeros pasos para la elaboración de la separación. La madre ayuda al lactante a elaborar el proceso de separación, con la regularidad de su cuidado le apor-

ta la seguridad y la experiencia de continuidad que necesita para tolerar la espera.

Los padres y su capacidad de protección

Planteamos una mirada nueva hacia el bebé y el descubrimiento de recursos o capacidades propias en los padres con los que no contaban.

Recogemos las aportaciones de Stern¹⁴: “La mayoría de las madres que tienen problemas con sus hijos saben lo que hacen mal. Lo que no saben es lo que hacen bien, de qué aspectos positivos disponen sobre los que construir y cómo recuperar partes inutilizadas de su repertorio parental más positivo”.

Es importante ayudar a los padres a conocer cómo son sus hijos y cómo acercarse a ellos. Los padres, en muchas ocasiones, van a pedir pautas concretas o indicaciones sobre cómo hacer en las tomas. A lo largo del tratamiento, y si podemos acompañarlos en el acercamiento y escucha a su hijo, van a ir construyendo una nueva forma de pensar sobre su hijo y lo que necesita y acabarán encontrando su propia forma de actuar en las situaciones de tensión.

PRIMERA INFANCIA

En esta etapa nos planteamos dos objetivos básicos: 1) disminuir los niveles de ansiedad del niño y ayudarle a desarrollar sus propias herramientas y 2) consolidar la función de protección de los padres.

A partir de los 3 años, es importante devolver el protagonismo al niño y colocarle como un sujeto activo, con capacidad para poner en marcha sus recursos o/y resolver algunas dificultades. Será fundamental identificar cómo se enfrenta a los cambios y que el tratamiento sirva también para abrirle puertas y relacionarse de forma más segura con sus compañeros y su familia.

Es importante que los profesionales seamos capaces de imaginarnos al niño con capacidad para que él también pueda ir valorándose a sí mismo como alguien con recursos propios.

Por otro lado, en el acercamiento al alimento, trataremos de limitar la experiencia de inseguridad y alerta y potenciar la sensación de control (especial-

mente en pacientes con alto nivel de inhibición). Es importante establecer objetivos pequeños que el niño sea capaz de lograr.

Se trata de iniciar un acompañamiento progresivo, desde descubrir otros sabores y probar alimentos nuevos hasta disfrutar de un cumpleaños o una comida compartida con otros niños donde pueda sentirse uno más a su lado y consolide su sensación de pertenencia.

Sabemos las limitaciones y la pérdida de experiencias que a medio plazo condicionan los problemas de alimentación: no quedarse en comedor, no participar en las comidas familiares, no ir a cumpleaños, perderse excursiones...

ELEMENTOS FUNDAMENTALES DEL TRATAMIENTO

Lectura de las dificultades del niño según su etapa de desarrollo

En el niño es importante tener en cuenta las características concretas de cada edad. Hay algunas manifestaciones somáticas específicas de un momento evolutivo (por ejemplo, los cólicos del primer trimestre, la neofobia ...) y cada edad aporta un carácter particular a las dificultades. Hay que valorar las dificultades de alimentación como un elemento más, integrado en todo el proceso de desarrollo madurativo del niño, y necesitamos averiguar si existen dificultades en otras áreas¹⁵.

El papel activo del niño

Es fundamental reconocer al niño como un sujeto activo, devolverle el protagonismo de cara a la resolución de sus dificultades. Entendemos el proceso de alimentación como un logro del niño, que este adquiere acompañado por la guía y la presencia de sus padres (no es un aprendizaje solitario ni depende únicamente de él mismo).

Chattoor plantea la importancia de que el niño regule su ingesta de alimento y reconozca como propia la señal interna de hambre (algo interno y necesario para regular la toma^{16,17}). El niño adquiere conciencia de sus sensaciones (hambre, sed, sueño) y poco a poco discrimina unas de otras; irá reconociendo sus necesidades y aprendiendo a cuidar de sí mismo. En este sentido, valoramos como un indicador de riesgo de cara al futuro, las situaciones de pasividad y la inhibición.

Necesidad de recuperar una presencia activa de los padres (o de quien ejerce su función)

El cuidado del adulto es fundamental para consolidar la instauración de hábitos y rutinas adecuadas en la alimentación o el sueño y en todo el proceso de desarrollo del niño. Parte importante de nuestra labor como terapeutas es reconocer las funciones positivas de los padres y estimular su capacidad de pensar juntos sobre lo que les ocurre a sus hijos. Es necesario integrar de forma sistemática la presencia del padre y su lugar al lado de la madre; forma parte del tratamiento y tiene un lugar propio.

Identificar las situaciones de desencuentro

Desencuentro entre un bebé que rechaza el alimento y busca controlar la situación y una madre que insiste en darle de comer a toda costa, en lugar de encaminarlo a que él coma. Aparecen muchos de estos cuadros que se cronifican y persisten dando lugar a situaciones desbordantes donde la única forma de comunicación entre el niño y los padres se estructura a partir de esa forma de rechazo.

Frenar las situaciones de lucha de poder

Evitar situaciones de confrontación en las que la comida se convierte en un campo de batalla, en el que se trata de ver quién puede más.

Del lado del niño puede establecerse como una forma de poner en juego su propia autonomía frente a sus padres a través de la tiranía o del control. Es importante desbloquear la respuesta de rechazo y abrir una vía en la que pueda "dejarse cuidar" por el adulto.

Del lado de los padres encontramos en ocasiones una excesiva invasión del espacio subjetivo de los niños, que pueden llegar a actitudes de imposición, descalificación o incluso de violencia en la relación. Es necesario aclarar el lugar de cada uno y poner límites en el espacio y en el tiempo, de cara a favorecer la autonomía y la subjetividad de cada uno.

¿Qué se juega en la alimentación?

Desde la dependencia del lactante que necesita ser alimentado por su madre hasta la autonomía del niño, hay todo un proceso en el que se integran la exploración sensorial, la adquisición de habilidades y el establecimiento

de preferencias y gustos propios. Todo un proceso en el que los movimientos de confrontación y negociación se ponen en juego.

Encontramos niños en los que aparece una clara situación de pasividad: dejan caer la comida, no tragan, no cierran la boca, se dejan hacer por el adulto y otros casos en los que la comida es un campo de batalla, mantiene un rechazo marcado (cierra la boca con fuerza, retira la cara, escupe, empuja el plato, grita, chilla, no quiero, no me gusta, no me lo pienso comer...).

Es importante lograr una mejor elaboración de la respuesta de protesta del niño. Necesita expresar el enfado y que alguien lo escuche, pero será necesario que pueda situarse fuera de la alimentación y encontrar otras vías de expresión del malestar.

Proceso de separación-individuación en el niño

Es necesario prestar especial atención a cómo se establece el proceso de separación-individuación en el niño y cómo los padres tramitan los movimientos de confrontación y autonomía del niño. Muchos autores plantean que las dificultades en la alimentación pueden suceder a partir de momentos de cambio: destete, introducción de cambios en la dieta, inicio del rechazo tras una enfermedad..., que requieren el establecimiento de una nueva modalidad de relación. Estos momentos ponen en evidencia la necesidad de reajuste entre ambos y suponen tanto para el bebé como para los padres procesos de pérdida que acompañan el crecimiento¹⁸.

En este sentido uno de los elementos importante a tener en cuenta es cómo se han jugado los procesos de separación en las familias de origen y la existencia de procesos de duelo previos en la historia de las figuras parentales.

MODALIDADES DE INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA

Las dificultades de alimentación en la primera infancia del niño van a dificultar el establecimiento de un vínculo afectivo seguro entre los padres y su hijo, por lo que es fundamental una intervención lo más temprana posible.

La experiencia de satisfacción en esta área es fundamental para los padres y el niño; cuando todo va bien, reafirma la confianza de la madre en su capacidad de cuidar de su hijo y proporciona un adecuado sentimiento de seguridad en el bebé.

Kreissler² nos recuerda que “el cuerpo es el lugar y uno de los medios privilegiados mediante los cuales el niño expresa su enfermedad” y se utiliza esta vía de expresión en mayor medida, cuanto más pequeño es el niño.

Los padres nos hablan de qué le sucede a su hijo y de cómo se sienten ellos. Muchas veces es como un puzzle en el que hay que cambiar las piezas de lugar, en ocasiones se han instaurado dinámicas de rechazo que se mantienen desde los dos polos de la relación (padres-hijos). Palacio-Espasa y Manzano¹⁹ insisten en la necesidad de una fuerte alianza terapéutica con los padres y con el propio paciente.

Consulta terapéutica

Este tipo de intervención está especialmente indicado en los trastornos de alimentación de 0 a 3 años. Necesariamente trabajamos con el grupo familiar; la alimentación es la principal fuente de intercambio emocional en los primeros años y sabemos que la capacidad del niño de cuidar de sí mismo se establece a partir de la identificación con las figuras parentales.

Se establece un espacio de trabajo con los padres en presencia del niño, que se constituye como un espacio privilegiado de intercambio. El hecho de tratar de entender al niño en presencia de los padres o de éstos en presencia del niño, permite una posibilidad de mayor elaboración a uno y a otros²⁰.

Desde el hospital se abre la posibilidad de un espacio en la consulta donde se pone nombre a las dificultades, se establecen espacios de separación y el terapeuta puede ocupar el lugar de tercero, que ordena y trata de poner límites claros. Favorece la instauración de una relación a tres (padres-niño-terapeuta) frente a la situación de espejo y de excesiva indiscriminación en la que a veces, se sitúa la relación madre-hijo en las dificultades de alimentación.

El trabajo en la consulta permite apuntalar y sostener un “encuentro” en el que los padres y el hijo empiezan a romper el mecanismo de repetición que mantiene los síntomas. Unos y otros empiezan a hacer cambios e inician otros modos de relación.

El lugar del padre progresivamente empieza a tener un sentido propio (primero desde su presencia en la consulta y progresivamente recupera su sentido dentro de la dinámica familiar) y queda fortalecida la diferenciación intergeneracional como mecanismo de protección.

Mariela Michelena²¹ plantea que el padre es el tercero que permite que la vida del niño sea "narrable". Es importante que pueda ejercer su función, al lado de la madre y en la relación directa con el niño.

Barriguete²² habla de la participación del padre en los cuidados tempranos del bebé desde la *capacidad de arrullo* (interacción directa con el bebé en la que el padre "inventa" cómo calmar al niño relevando a su mujer) y la *capacidad de consuelo* (acción indirecta con su bebé, a través de la empatía e identificación -acompañamiento y cuidado- con la madre).

Es importante que los padres tomen conciencia de que también ellos necesitan cambiar sus formas de actuación y tienen un papel activo en este proceso evitando situaciones de exclusión en las que son otros (médicos, profesores, psicólogos...) los que entienden qué le pasa a su hijo y podrán resolver las dificultades.

Se establece un marco de protección donde el niño, en presencia de sus padres, va instaurando su proceso de individuación. La continuidad y la presencia activa del terapeuta devuelve una entidad y un valor en sí mismo a los movimientos iniciales de individuación del niño. Será muy importante rescatar los aspectos positivos de la evolución del hijo y valorar cómo los padres pueden sentirse frente a estos cambios.

Houzel²³ señala dentro de las funciones de la consulta terapéutica el poder ser receptáculo del sufrimiento parental y facilitar la recalificación de los padres.

Lebovicy y Mazet²⁴ actualizan las aportaciones de Winnicott y señalan como elementos importantes de la consulta terapéutica (bebé-padres-terapeuta) el permitir la observación de la interacción y posibilitar un espacio para que los padres hablen de sí mismos, sus fantasías y su pasado; facilita una mejor diferenciación frente a su propio hijo y posibilita nuevas formas de interacción.

Palacio-Espada y Manzano¹⁹ aportan varios trabajos en los que plantean que es necesario identificar si los padres poseen características psicológicas específicas que dificulten la resolución de los problemas a través de este tipo de intervención. Añaden la necesidad de identificar situaciones de duelo, ansiedades o temores y pérdidas precoces.

Kreisler desde la escuela francesa y Lebovicy y Mazet desde la de Ginebra, insisten en el estudio de las interacciones precoces. Retoman el concepto del interjuego entre los tres bebés (imaginario, fantasmático y real) y plantea la necesidad de que los padres pueden hacer el trabajo de “hacer un lugar” a este bebé concreto. Posteriormente, desde la escuela de Bobigny (Lebovici, Moro) rescatan la importancia de lo transgeneracional y reflexionan sobre las funciones de la parentalidad.

Psicoterapia individual

A partir de los 4 años en el niño hay una clara diferenciación e individuación respecto de sus padres. El niño empieza a tomar conciencia de la voluntariedad e intencionalidad de sus actos. Está inmerso en una gran ambivalencia respecto a las figuras parentales, siendo las ansiedades de separación, las que se despliegan en la clínica fundamentalmente.

En ocasiones, y a pesar del sufrimiento y limitaciones que conlleva el trastorno de la alimentación, el niño se instala en un proceso patológico y perpetúa los síntomas o se hace fuerte en una identidad patológica. Desde la consulta se le ofrece un lugar propio, se reconoce su sufrimiento y se facilita el desarrollo de recursos más adaptativos. Puede pensar sobre sí mismo a través de “el juego terapéutico”.

Encontramos desde casos más leves como aquellos en los que los padres quedan sometidos a la exigencia y tiranía del niño, que decide dónde, qué o con quién va a comer (desde su sintomatología trata de ejercer un poder omnipotente de las figuras parentales, que aparecen sometidas a este), hasta situaciones en las que el niño llega a un estado de grave desnutrición.

Planteamos el caso de un niño de cinco años, inteligente, con una actitud muy restringida en la alimentación: solo tomaba alimentos muy concretos y de una textura determinada. Cuando comía era exigente y tirano con su madre. En las primeras sesiones de juego se empeñaba en mostrar y explicar lo bien que hacía todo, con un nivel de intolerancia a la frustración muy alto; se negaba a poner palabras y reconocer algo en relación con los problemas de alimentación o las dificultades que le traían al hospital. Trata de repetir la actitud de sometimiento en la consulta. Progresivamente tolera los señalamientos a su omnipotencia, y acepta el acercamiento emocional con el terapeuta que le permite nombrar algo de su dolor, sobre todo del

aislamiento social que implica sus dificultades con la comida. Comenzó a construir un espacio de juego abierto a nuevas experiencias. El trabajo con este niño se articuló con un proceso de reeducación de la conducta de alimentación, y entrevistas con los padres.

En otro caso, el rechazo al alimento en una niña de 6 años se enmarca en un cuadro de enorme inhibición y de sintomatología depresiva.

La complejidad del síntoma en el niño requiere un lugar individual en el que el paciente pueda desplegar sus angustias y tomar conciencia del contenido emocional de su conducta.

El psicoterapeuta "...garantiza una ley estable y suficientemente sólida, ... el terapeuta tranquiliza y contiene y establece el límite entre decir y hacer" dice Anzieu-Premmereur²⁵.

En el proceso psicoterapéutico de los niños, el juego es la técnica fundamental de trabajo. La complejidad del uso del juego en la psicoterapia de niños, los diferentes momentos del proceso terapéutico y las diferentes formas de intervención, requieren de una formación específica. En un primer momento el objetivo es construir una alianza terapéutica, para que se genere un espacio en el que el niño pueda aparecer como sujeto propio, con sus propios deseos, miedos y fantasías.

Chattoor¹⁷ y otros autores señalan la importancia de analizar y entender las características temperamentales del niño, y proponen un trabajo para ayudar a los padres a conocer mejor a su hijo, aceptar sus características únicas y a relacionarse con él. En el trabajo con niños es necesario mantener puntualmente entrevistas con los padres que garanticen la continuidad del tratamiento y ayuden a los padres a poder entender a su hijo en el momento emocional en el que se encuentra.

El objetivo último de la psicoterapia individual va dirigido a que el niño pueda emerger como sujeto con voz y sentir propio y que desde ahí pueda relacionarse y atravesar los cambios propios de su crecimiento.

Grupo de padres

Experiencia de trabajo con grupo de padres al que asisten con una frecuencia quincenal, y que posibilita un espacio para pensar sobre sus hijos y ellos mismos, compartido con otros padres²⁶.

Aparecen varios elementos que se ponen en juego en estos grupos de trabajo:

La posibilidad de tomar conciencia del sufrimiento de sus hijos y tratar de ponerse en su lugar, rompiendo una situación de desencuentro en el que las dificultades de sus hijos se sienten como un rechazo hacia ellos o una forma de ponerlos a prueba.

Establecer un espacio el que empiecen a ser capaces de desarrollar una imagen más completa de sus hijos (no sólo centrada en la alimentación) y construir una historia mejor integrada (que incluya recuerdos del pasado, el presente y proyectos de futuro).

Recibir apoyo emocional donde el grupo ayuda a sostener la angustia y la incertidumbre que acompañan la crianza de los hijos en esta primera infancia. La gran dificultad para gestionar el alto nivel de sufrimiento que implica las dificultades de alimentación puede llevar en algunos casos a una situación de un gran aislamiento social de los padres (incluso frente a su familia de origen). El grupo abre un espacio que permite la posibilidad de hablar y compartir las emociones. Finalmente, los padres son capaces de tomar conciencia de sus propios sentimientos (de rabia, impotencia o tristeza) sin que éstos les inutilicen en el cuidado de sus hijos.

Facilitar, acompañados por otros padres, la puesta en marcha de sus propios recursos y que recuperen su lugar como padres, sintiéndose capaces de cuidar y acompañar a sus hijos en su proceso de crecimiento. El propio grupo acaba funcionando como un espacio de contención, ayuda a identificar situaciones de riesgo y resolver conflictos concretos. Progresivamente los padres empiezan a desarrollar una mayor capacidad de cuidar de sí mismos, y empiezan a funcionar como modelo de sus propios hijos.

Durante un año de trabajo (con una frecuencia quincenal) destacamos varios contenidos de trabajo: la necesidad de una escucha directa del niño y sus dificultades (qué nos quiere decir), cómo se sitúa este hijo dentro de las relaciones familiares (hermanos, pareja, familias de origen), identificar las necesidades evolutivas de cada edad (valorar las necesidades de un adecuado nivel de seguridad interna y el desarrollo del proceso de separación ajustado a cada edad), establecimiento de normas y límites (ajustar el nivel de exigencia y favorecer el desarrollo individual del niño evitando situaciones de invasión excesiva).

Uno de los pilares del tratamiento es el establecimiento de un vínculo terapéutico real con las familias y los niños, donde pueden sentirse contenidos y confiados sin ser juzgados como padres. Valorar y analizar los sentimientos de culpa es importante, ya que generalmente están muy presentes en la vivencia interna de estos padres. Será especialmente importante la experiencia del clínico de cara a hacer una indicación concreta, ya que determinadas intervenciones pueden ser sentidas como una forma de confirmar la negligencia e incapacidad de los padres en algunos de estos casos.

Como recoge Albert Montaner²⁷, "el esfuerzo del terapeuta en crear una relación de alianza y colaboración con los padres debe ir más allá de ser empáticos y no culpabilizarlos; debe comprender sus motivaciones y sufrimientos como padres y la decepción en la que se hallan sumergidos al encontrarse que algo ha fallado en su empeño. Para los padres traer a su hijo puede ser, al mismo tiempo que un alivio, una frustración importante".

Guerra²⁸ plantea la necesidad de que los padres retomen el "lugar" de padre y madre. "Es necesario que puedan sentir que retomaron su "lugar de saber" en relación al hijo, y que nuestra intervención les ayude a recobrar esa función".

PUNTOS CLAVE

- La intervención temprana es fundamental de cara al desarrollo emocional del bebé y el establecimiento de un vínculo seguro con sus figuras de referencia.
- Es necesaria una intervención individualizada, adaptada al momento evolutivo y las características únicas de cada paciente y su familia.
- El niño es protagonista de su tratamiento y forma parte activa del mismo.
- La escucha de los padres, su participación y el reconocimiento de su función de protección es uno de los pilares del tratamiento.

BIBLIOGRAFÍA

1. Kreisler L, Cramer B. Bases clínicas de la psiquiatría del lactante. En: Lebovici S, Diatkine R, Soulé M, eds. Tratado de psiquiatría del niño y del adolescente. Tomo V. Madrid: Biblioteca Nueva; 1988. p. 73-108. ISBN: 978-84703-031-73.
2. Kreisler L, Fain M, Soulé M. El niño y su cuerpo. Buenos Aires: Amorrortu Editores; 1977. ISBN: 978-95051-844-77.
3. Tronick EZ. Emotions and emotional communication in infants. *Am Psychol.* 1989;44(2):112-9. <https://doi.org/10.1037//0003-066x.44.2.112>
4. Kaye K. La vida mental y social del bebé: cómo los padres crean personas. Barcelona: Paidós Ibérica; 1986. ISBN: 978-84750-939-87.
5. Kandel ER, Schwartz JH y Jessell TM. Principios de Neurociencia. 4.ª Ed. McGraw-Hill Interamericana de España; 2001. ISBN: 978-84486-031-13.
6. Gallese V, Eagle MN, Migone P. International attunement: mirror neurons and the neural underpinnings of interpersonal relations. *J Am Psychoanal Assoc.* 2007;55(1):131-76. <https://doi.org/10.1177/00030651070550010601>
7. Sanz Herrero B, González González F. Psicopatología de la alimentación y la regulación motriz. En: Prego Dorca R, Alcamí Pertejo M, Mollejo Aparicio E (Coords.). Parentalidad, perinatalidad y salud mental en la primera infancia. *Asoc Esp Neuropsiquiatría Digital;* 2018. p. 288-308. ISBN: 978-84-95287-85-4.
8. Fonagy P. Teoría del apego y psicoanálisis. Barcelona: Expaxs; 2004. ISBN:978-84-71793-14-0.
9. Dio Bleichmar E. Manual de psicoterapia de la relación padres e hijos. Barcelona Paidós; 2005. ISBN: 978-84-493-1674-6.
10. Stern DN. El mundo interpersonal del infante. Una perspectiva desde el psicoanálisis y la psicología evolutiva. Buenos Aires: Paidós Ibérica; 1991. ISBN: 978-95-012-4148-8.

11. Fornós i Barrera A. La crianza: su importancia en las interacciones padres e hijos. *Cuad Psiquiatr Psicoter Niño Adolesc.* 2001;(31-32):183-98.
12. Taborda A, Labin A. Tramas de la constitución subjetiva y la complejidad del diagnóstico de niños desde un enfoque relacional. *Cuad Psiquiatr Psicoter Niño Adolesc.* 2017;(64):47-62.
13. Midgley N, Ensink K, Lindqvist K, Malberg N, Muller N. Tratamiento basado en la mentalización para niños. Un abordaje de tiempo limitado. Bilbao: Desclee de Brouwer. 2019. ISBN: 978-84-330-3054-2.
14. Stern D. La constelación maternal: la psicoterapia en las relaciones entre padres e hijos. Barcelona: Paidós Ibérica; 1997. ISBN: 978-84-493-0334-0.
15. Doménech E. Psicopatología de la primera edad. En: Rodríguez Sacristán J (Ed.). *Psicopatología del niño y del adolescente.* 2.ª Ed. Sevilla: Universidad de Sevilla; 1988. p. 927-55. ISBN: 978-84-472-0454-0.
16. Cero a tres. Clasificación de diagnóstico de salud mental y trastornos de comportamiento en bebés y en la primera infancia. Edición revisada (DC:0-3R). Washington, DC: ZERO A TRESS Press. ISBN: 978-0-943657-90-5.
17. Chatter I. Feeding disorders in infants and toddlers: diagnosis and treatment. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am.* 2002;11(2):163-83. [https://doi.org/10.1016/s1056-4993\(01\)00002-5](https://doi.org/10.1016/s1056-4993(01)00002-5)
18. Lartigue Becerra T, Maldonado-Durán M, Ávila Rosas H. La alimentación en la primera infancia y sus efectos en el desarrollo: una visión de profesionales de la salud. México: Plaza y Valdés; 1988. ISBN: 968-85-664-11.
19. Manzano J. Los escenarios narcisistas de la parentalidad (desarrollos en la consulta terapéutica padres/niños y adolescentes). *Cuad Psiquiatr Psicoter Niño Adolesc.* 1998;(26):107-13.
20. Sanz B, Pedrón C, González F. Dificultades de la alimentación en la primera infancia. La necesidad de poner palabras. *Cuad Psiquiatr Psicoter Niño Adolesc* 2011;(51-52):157-66.

21. Michelena M. Un año para toda la vida: el secreto mundo emocional de la madre y su bebé. 1.^a Ed. Madrid: Temas de Hoy, Editorial Planeta; 2002. ISBN: 978-84-8460-810-3.
22. Barriguete JA, Soto GF. De la capacidad de arrullo a la capacidad de consuelo. Aportaciones de la psicopatología del desarrollo a los trastornos de la alimentación. Cuadernos de psicoanálisis. Vol XXXI, (1998a) 3 y 4. p. 240-53.
23. Houzel D. El tratamiento muy precoz del autismo y de las psicosis infantiles por medio de una aplicación de la observación de bebés. Cuad Psiquiatr Psicoter Niño Adolesc. 1993;(15-16):73-96.
24. Lebovici S. La psicopatología del bebé. México: Ed. Siglo XXI; 1995. ISBN: 978-96-823-1936-5.
25. Anzieu A. El juego en psicoterapia en el niño. Madrid: Biblioteca Nueva; 2010. ISBN: 978-84-994-0144-7.
26. Sanz Herrero B, de la Torre Gordo C, Miguel Martínez MT. Tratamiento psicológico y trabajo con padres en los trastornos de alimentación de la primera infancia. En: Morandé Lavin G, Graell Berna M, Blanco Hernández A (Coords.). Trastornos de la conducta alimentaria y obesidad: un enfoque integral. Madrid: Médica Panamericana DL; 2014. p. 159-67. ISBN: 978-84-983-5741-7.
27. Montaner A, Torras de Beá E (Comp.). Elementos psicoterapéuticos. De la primera entrevista hasta el alta. Barcelona: Editorial Octaedro; 2012. ISBN: 978-84-9921-349-1.
28. Guerra V. Intervenciones terapéuticas en la triada padre-madre-hijo. Revista uruguaya de Psicoanálisis 2002;96:125-41

A decorative graphic consisting of several overlapping, curved bands in shades of blue and purple, sweeping across the bottom half of the page.

Capítulo 5

ABORDAJE DE SITUACIONES ESPECÍFICAS

5. a. Enfermedades crónicas

Silvia Rodríguez Manchón

INTRODUCCIÓN

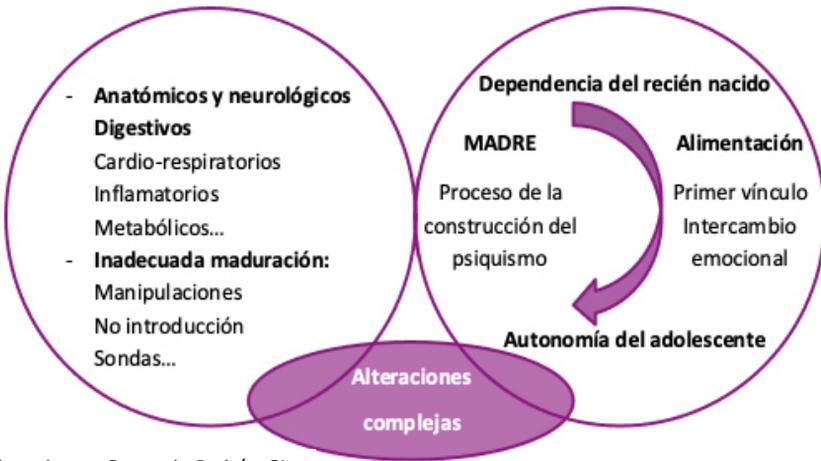
Un gran número de enfermedades crónicas y malformaciones congénitas se manifiestan al nacimiento o en los primeros meses de vida. Esta etapa es crucial para el establecimiento de las habilidades oro-motoras y sensoriales y el desarrollo de los patrones conductuales y emocionales necesarios para la alimentación, por ello, la presencia de enfermedades crónicas puede interferir negativamente en esta área. Además, cuanto más precoz sea la expresión clínica de la enfermedad, más profundas pueden ser las consecuencias sobre el desarrollo emocional, social, físico, cognitivo y nutricional del niño¹. Mientras que en la población general se estima que entre un 1-5% de los niños presenta verdaderos trastornos de la conducta alimentaria del niño pequeño² en niños con enfermedades crónicas este porcentaje aumenta de forma significativa hasta un 58,7-90%³⁻⁶.

FACTORES INVOLUCRADOS EN EL DESARROLLO DE TRASTORNOS DE ALIMENTACIÓN EN NIÑOS CON ENFERMEDADES CRÓNICAS

Diversos factores presentes en las distintas enfermedades crónicas pueden interferir en el desarrollo de la conducta alimentaria y desencadenar trastornos en ella. Globalmente, es posible clasificarlos en orgánicos y psicosociales.

En la figura 1 se muestra un esquema de los factores involucrados en el desarrollo de la conducta alimentaria.

Figura 1. Factores involucrados en el desarrollo de la conducta alimentaria.



Elaborado por Consuelo Pedrón Giner

a. Factores orgánicos:

Dentro de este grupo se incluyen factores anatómicos y neurológicos y otros derivados de una inadecuada maduración de las habilidades necesarias para una correcta alimentación.

- **Factores anatómicos y neurológicos:**

La maduración de la succión y deglución puede interrumpirse y resultar en una deglución inadecuada, alteraciones en su coordinación e incluso disfagia en los niños prematuros⁵, en las malformaciones oro-faciales y en las alteraciones congénitas del tracto gastrointestinal como la atresia esofágica, los anillos esofágicos y los trastornos de la motilidad digestiva. En las distintas patologías neurológicas como las malformaciones congénitas del tronco encefálico, las anomalías cráneo-vertebrales, los síndromes complejos como el Pierre Robin, CHARGE o Smith-Lemli-Opitz, las miopatías, la encefalopatía hipóxico-isquémica o la parálisis cerebral infantil, también pueden ocurrir alteraciones precoces que conduzcan a la aparición de disfagia y aspiraciones³. De forma similar ocurre con la presencia crónica de taquipnea y disnea en las enfermedades cardiorrespiratorias como las cardiopatías congénitas y las enfermedades pulmonares crónicas⁶.

Los síntomas digestivos como regurgitaciones, vómitos, dolor abdominal, malabsorción, diarrea o estreñimiento, presentes tanto en las enfermedades gastrointestinales como asociados a otras enfermedades crónicas, pueden disminuir la predisposición del niño a explorar nuevos alimentos afectando al desarrollo de las habilidades motoras y a la percepción sensorial de los alimentos^{7,8}. Así mismo, la inflamación persistente que existe en una variedad de enfermedades crónicas puede producir anorexia y disminuir la aceptación de los distintos alimentos⁹.

- **Inadecuada maduración de las habilidades de alimentación:** Durante los primeros meses de vida, los lactantes deben pasar de una alimentación continua intra-útero a una alimentación intermitente con ciclos de hambre-saciedad que deben coordinar con sus fases de sueño y vigilia. Como ya hemos mencionado, un gran número de entidades pueden asociar precozmente alteraciones en la succión y deglución que conduzcan al desarrollo de disfagia y por ello requerir inicialmente evitar la alimentación por boca y precisar soporte enteral prolongado por sonda. Esta circunstancia se ha relacionado con dificultades en el aprendizaje de la succión, la deglución y alteraciones en la percepción del hambre y la saciedad. Además, la necesidad en el periodo neonatal de intervenciones médicas como la intubación oro-traqueal, el soporte respiratorio no invasivo y la alimentación enteral por sonda puede ocasionar estimulaciones oro-faciales negativas que secundariamente ocasionen aversión oral¹⁰.

El periodo de diversificación alimentaria entre los 4 y los 7 meses de vida, será crucial en el establecimiento de las preferencias del niño para los distintos sabores y texturas⁷. La exposición a mayor diversidad de sabores se ha relacionado con un mayor consumo de frutas y verduras en la infancia ^{11,12}. Existe también un periodo crítico entre los 6 y los 10 meses de vida para la introducción de alimentos con texturas más sólidas y se ha asociado el retraso en la introducción de estas texturas más allá de los 9 meses con un patrón de ingesta altamente selectivo y con problemas de alimentación y masticación posteriores¹³. Por este motivo, en niños con enfermedades crónicas, la necesidad de alimentación de forma exclusiva por sonda o con purés durante el primer año de vida, puede contribuir al desarrollo de rechazo de alimentos, selec-

tividad alimentaria y dificultades para la masticación cuando se introducen alimentos más sólidos¹⁴. Aunque en estos niños el retraso en la introducción de sólidos puede estar justificado por una causa médica, también puede ser secundario a la necesidad de cirugías o ingresos hospitalarios prolongados, a la pre-existencia de selectividad alimentaria o al propio miedo de los padres ante posibles atragantamientos. Otras entidades como los errores innatos del metabolismo, las alergias alimentarias complejas, la enfermedad celíaca o la diabetes tipo 1, pueden requerir tratamientos dietéticos específicos o dietas de eliminación muy restrictivas que supongan una limitación en la exposición a las distintas texturas y sabores durante este periodo crítico pudiendo conducir a las mismas consecuencias^{7,15}. La necesidad de suplementación en los primeros meses de vida, con fórmulas especiales con sabores amargos como los de las fórmulas hidrolizadas o las fórmulas especiales para metabolopatías, puede también afectar a las preferencias gustativas posteriores y con ello a la variedad de alimentos aceptados^{7,16}.

Así mismo, los eventos traumáticos en torno a la alimentación como la disfagia, los episodios de impactación característicos de la esofagitis eosinofílica, los episodios de vómitos intensos en el síndrome de enterocolitis inducida por proteínas alimentarias (FPIES por sus siglas en inglés) y las manipulaciones o intervenciones médicas invasivas (colocación de sondas nasogástricas, la aspiración de secreciones, cirugías complejas o ingresos prolongados en cuidados intensivos) son también frecuentes desencadenantes de dificultades de alimentación en niños con patología orgánica¹⁷. De igual modo, la existencia de experiencias negativas repetidas con las comidas en niños con FPIES, alergias alimentarias u otros trastornos gastrointestinales, puede conducir al desarrollo de aversión sensorial oral e ingestas selectivas y puede hacer que en los padres aumente aún más la ansiedad y el estrés en torno a la alimentación repercutiendo negativamente al limitar el número de alimentos introducidos por el miedo a nuevas reacciones⁷.

b. Factores psicosociales:

Un elemento fundamental para el desarrollo de una correcta conducta alimentaria es la interacción entre el niño y el cuidador en todas las etapas de la alimentación. Una comunicación adecuada y saludable

depende tanto de los cuidadores, que deben ser emocionalmente apropiados, sensibles y receptivos, como del niño, que debe tener un nivel adecuado de capacidad de relación y estabilidad emocional.

Desde el nacimiento, los cuidadores deben ser capaces de leer adecuadamente las señales del niño y responder de forma oportuna contribuyendo a una regulación correcta de la alimentación y ayudando al recién nacido a establecer un apego adecuado, un estado de alerta calmada y a adquirir una correcta homeostasis¹. Aquellos lactantes que por su enfermedad de base presenten dificultades para alcanzar y mantener un estado de alerta calmada al encontrarse muy dormidos, nerviosos y/o angustiados, como es el caso de los afectos de diversas enfermedades metabólicas, neurológicas, cardíacas o respiratorias, pueden ser incapaces de alcanzar un adecuado estado de homeostasis y presentar, por ello, riesgo de desarrollar graves dificultades de alimentación¹⁷. Unos buenos cuidadores tienen que darle oportunidades al niño para explorar distintos alimentos, a la vez que establecer estructuras, límites y buenos ejemplos a través del modelado parental durante las comidas¹. Las patologías crónicas en la infancia pueden alterar esta dinámica familiar ya que suponen experiencias traumáticas y estresantes tanto para los padres como para el niño. Los padres pueden sentir miedo ante la posibilidad de perder a su hijo a causa de su enfermedad o pueden sentirse inseguros e inadecuados en su cuidado ante la complejidad de sus requerimientos. Además, la desnutrición es frecuente en las distintas patologías crónicas infantiles⁹ y la excesiva preocupación de los padres por la ganancia ponderal y el mantenimiento de un adecuado estado nutricional puede suponer un aumento de la ansiedad en torno a la comida y conducir a una alimentación forzada y mecánica, en la cual se ignoren las señales del niño de hambre y saciedad, para conseguir aumentar la ingesta de alimentos¹⁷. Por el contrario, otros padres pueden desvirarse por su hijo enfermo y ofrecerle cualquier alimento cuando y donde desee, preparando múltiples alimentos o comidas especiales sin establecer límites e ignorando de igual forma sus señales de hambre y saciedad². Dos entidades en las cuales se han descrito con frecuencia problemas conductuales secundarios a la ansiedad parental en torno al peso y el estado nutricional de sus hijos son el cáncer y la fibrosis quística¹⁸⁻²⁰. El estrés parental, los sentimientos de impotencia, la preocupación, los conflictos y la tensión en las comidas pueden con-

ducir a prácticas de alimentación inadecuadas que alteran la dinámica familiar durante las comidas y secundariamente conducen aún a más conflictos durante la alimentación y a la perpetuación de los problemas de alimentación.

EL PAPEL DEL PEDIATRA EN LAS DIFICULTADES DE ALIMENTACIÓN EN PACIENTES CON PATOLOGÍAS CRÓNICAS

La variedad de factores que pueden involucrarse e interrelacionarse en el desarrollo de los trastornos de conducta alimentaria en niños con enfermedades crónicas justifica la complejidad en sus características y su manejo. No existe, por ello, un subgrupo diagnóstico que englobe a todos estos pacientes ni podemos hablar de trastornos característicos de cada una de las enfermedades. El pediatra tendrá, por tanto, que clasificar el trastorno de la conducta alimentaria de cada paciente en función de sus características, de su patología de base y de los factores que han contribuido a su desarrollo. En la mayoría de los casos la interacción entre factores orgánicos, nutricionales y psicológicos hará necesario un abordaje interdisciplinar que precise la colaboración estrecha entre pediatría, logopedia y psicología, incluyendo a la familia como parte activa del tratamiento y garantizando un adecuado seguimiento que permita que los avances adquiridos se mantengan en el tiempo.

La observación directa de la interacción entre los cuidadores y el niño permite entender la actitud del niño durante las comidas, si existen síntomas médicos persistentes que deban abordarse y analizar la actitud de los padres ante el comportamiento del niño a fin de desarrollar estrategias individualizadas. Es fundamental que el pediatra escuche y comprenda a los padres, recoja sus preocupaciones y los acompañe en el proceso de alimentación, en la evolución de la enfermedad y en su aceptación. Debe transmitir tranquilidad a los padres, respetarles y hacerse respetar estableciendo los límites necesarios para el manejo de su problema de alimentación. Será fundamental transmitir a los padres la importancia de que lo "médico" y la enfermedad, no definan al niño, no lo invadan ni lo aislen y que el diagnóstico permita facilitar las actividades y la vida del niño. Es también necesario tratar de mantener estable la enfermedad de base y controlar la existencia de síntomas residuales.

Así mismo, es primordial realizar un adecuado abordaje nutricional que asegure un crecimiento y desarrollo cognitivo adecuados y que disminuya la ansiedad parental en torno a la alimentación. Es importante proporcionar a los padres consejos para garantizar una alimentación correcta y en casos concretos con elevado riesgo nutricional o desnutrición ya establecida, puede ser necesario asegurar un aporte nutricional suficiente mediante alimentación por sonda que permita centrar el esfuerzo terapéutico en la estimulación de las habilidades orales sin el estrés añadido de requerir la vía oral para asegurar los requerimientos nutricionales del niño. En estos casos hay que vigilar y controlar las posibles complicaciones derivadas del soporte nutricional. En todos los casos, será fundamental que, tanto las familias como todos los profesionales involucrados en el manejo de estos pacientes, conozcan la posible repercusión de su enfermedad de base en la conducta alimentaria y actúen precozmente tomando medidas para prevenir el desarrollo de problemas de alimentación. Para ello, se deberán controlar los síntomas que puedan repercutir negativamente en la alimentación, minimizar en lo posible las intervenciones invasivas y las experiencias desagradables en torno a la alimentación, estimular el correcto desarrollo de las habilidades oro-motoras incluso en niños que precisen soporte enteral mediante la succión no nutritiva y la estimulación oral, favorecer la diversificación alimentaria y promover una adecuada interacción familiar durante las comidas y un patrón responsable en la alimentación.

PUNTOS CLAVE

- Los niños con enfermedades crónicas presentan un riesgo elevado de desarrollar trastornos de la conducta alimentaria como consecuencia de la interacción entre distintos factores orgánicos, la inadecuada maduración de sus habilidades de alimentación y las alteraciones en la dinámica familiar secundarias a su enfermedad.
- El pediatra debe conocer estas circunstancias, prevenir en lo posible el desarrollo de problemas de alimentación, y en caso de ya haberse instaurado, diagnosticarlos adecuadamente considerando las características individuales de cada niño y su patología y coordinar en función de ellas su manejo interdisciplinar asegurando un adecuado abordaje nutricional e incluyendo a la familia como parte activa del tratamiento.

BIBLIOGRAFÍA

1. Satter E. The feeding relationship: Problems and interventions. *J Pediatr.* 1990;117(2):S181-S9. [https://doi.org/10.1016/S0022-3476\(05\)80017-4](https://doi.org/10.1016/S0022-3476(05)80017-4)
2. Kerzner B, Milano K, MacLean WC, Berall G, Stuart S, Chatoor I. A Practical Approach to Classifying and Managing Feeding Difficulties. *Pediatrics.* 2015;135(2):344-53. <https://doi.org/10.1542/peds.2014-1630>
3. Sullivan PB, Lambert B, Rose M, Ford-Adams M, Johnson A, Griffiths P. Prevalence and severity of feeding and nutritional problems in children with neurological impairment: Oxford Feeding Study. *Dev Med Child Neurol.* 2000;42(10):674-80. <https://doi.org/10.1017/S0012162200001249>
4. Jung JS, Chang HJ, Kwon JY. Overall Profile of a Pediatric Multidisciplinary Feeding Clinic. *Ann Rehabil Med.* 2016;40(4):692. <https://doi.org/10.5535/arm.2016.40.4.692>
5. Burklow KA, McGrath AM, Valerius KS, Rudolph C. Relationship between feeding difficulties, medical complexity, and gestational age. *Nutr Clin Pract.* 2002;17(6):373-8. <https://doi.org/10.1177/0115426502017006373>
6. Rommel N, De Meyer AM, Feenstra L, Veereman-Wauters G. The Complexity of Feeding Problems in 700 Infants and Young Children Presenting to a Tertiary Care Institution: *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 2003;37(1):75-84. <https://doi.org/10.1097/00005176-200307000-00014>
7. Chehade M, Meyer R, Beauregard A. Feeding difficulties in children with non-IgE-mediated food allergic gastrointestinal disorders. *Ann Allergy Asthma Immunol.* 2019;122(6):603-9. <https://doi.org/10.1016/j.anai.2019.03.020>
8. Sdravou K, Emmanouilidou-Fotoulaki E, Printza A, *et al.* Factors Associated with Feeding Problems in Young Children with Gastrointestinal Diseases. *Healthcare.* 2021;9(6):741. <https://doi.org/10.3390/healthcare9060741>

9. Larson-Nath C, Goday P. Malnutrition in Children With Chronic Disease: Malnutrition in Children with Chronic Disease. *Nutr Clin Pract*. 2019;34(3):349-58. <https://doi.org/10.1002/ncp.10274>
10. Abadie V, Couly G. Congenital feeding and swallowing disorders. In: *Handbook of Clinical Neurology*. Vol 113. Elsevier; 2013:1539-49. <https://doi.org/10.1016/B978-0-444-59565-2.00024-1>
11. Beauchamp GK, Mennella JA. Early Flavor Learning and Its Impact on Later Feeding Behavior. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*. 2009;48(1):S25-S30. <https://doi.org/10.1097/MPG.0b013e31819774a5>
12. Skinner JD, Carruth BR, Bounds W, Ziegler P, Reidy K. Do Food-Related Experiences in the First 2 Years of Life Predict Dietary Variety in School-Aged Children? *J Nutr Educ Behav*. 2002;34(6):310-5. [https://doi.org/10.1016/S1499-4046\(06\)60113-9](https://doi.org/10.1016/S1499-4046(06)60113-9)
13. Coulthard H, Harris G, Emmett P. Delayed introduction of lumpy foods to children during the complementary feeding period affects child's food acceptance and feeding at 7 years of age. *Matern Child Nutr*. 2009;5(1):75-85. <https://doi.org/10.1111/j.1740-8709.2008.00153.x>
14. Dello Strologo L, Principato F, Sinibaldi D, *et al*. Feeding dysfunction in infants with severe chronic renal failure after long-term nasogastric tube-feeding. *Pediatr Nephrol*. 1997;11(1):84-6. <https://doi.org/10.1007/s004670050239>
15. Patton SR, Dolan LM, Mitchell MJ, Byars KC, Standiford D, Powers SW. Mealtime interactions in families of pre-schoolers with type 1 diabetes. *Pediatr Diabetes*. 2004;5(4):190-8. <https://doi.org/10.1111/j.1399-543X.2004.00058.x>
16. Meyer R. Nutritional disorders resulting from food allergy in children. *Pediatr Allergy Immunol*. 2018;29(7):689-704. <https://doi.org/10.1111/pai.12960>
17. Chatoor I. Feeding disorders in infants and toddlers: diagnosis and treatment. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*. 2002;11(2):163-83. [https://doi.org/10.1016/S1056-4993\(01\)00002-5](https://doi.org/10.1016/S1056-4993(01)00002-5)

18. Duff AJA, Wolfe SP, Dickson C, Conway SP, Brownlee KG. Feeding Behavior Problems in Children With Cystic Fibrosis in the UK: Prevalence and Comparison With Healthy Controls: *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 2003;36(4):443-7. <https://doi.org/10.1097/00005176-200304000-00004>
19. Fleming CAK, Cohen J, Murphy A, Wakefield CE, Cohn RJ, Naumann FL. Parent feeding interactions and practices during childhood cancer treatment. A qualitative investigation. *Appetite.* 2015;89:219-25. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2014.12.225>
20. Brinksma A, Sulkers E, IJpma I, Burgerhof JGM, Tissing WJE. Eating and feeding problems in children with cancer: Prevalence, related factors, and consequences. *Clin Nutr.* 2020;39(10):3072-9. <https://doi.org/10.1016/j.clnu.2020.01.012>

5. b. Prematuros

Begoña Barceló Sarria

1. PARTICULARIDADES DEL BEBÉ PREMATURO

La prematuridad es muy compleja. A pesar de los avances tecnológicos y humanos, podemos afirmar que nada puede sustituir los cuidados que el feto recibe en el claustro materno. Tal y como se suele decir en neonatología, nacer prematuro es un hecho irreparable.

Una de las razones más frecuentes para el retraso del alta hospitalaria de los recién nacidos prematuros es la incapacidad para alimentarse por vía oral^{1,2}. Estas limitaciones son más evidentes en niños con poca edad gestacional (<32 semanas EG) y/o bajo peso al nacer (<1.500 g.). Los recién nacidos prematuros nacidos antes de las semanas 32-34 experimentan unas condiciones clínicas determinadas por la inmadurez en sus sistemas orgánicos (respiratorio, cardiovascular, gastrointestinal, metabólico, termorregulador, renal y neurológico). Además, son propensos a padecer patologías características. Las más representativas son: síndrome de dificultad respiratoria, displasia broncopulmonar, restricción del crecimiento intrauterino, reflujo gastroesofágico, enterocolitis necrosante, encefalopatía hipóxico-isquémica, hemorragia intraventricular, y/o leucomalacia periventricular...³ que interfieren en la conquista de la alimentación oral. Todo esto unido a su incapacidad para filtrar información del entorno y para autorregularse.

De forma generalizada, el impacto de estas circunstancias se podría concretar así: la inmadurez o patología pulmonar reduce la capacidad respiratoria necesaria durante la succión, y dificulta la coordinación entre alimentación y respiración; el tono muscular bajo, afecta a la resistencia necesaria para mantener el esfuerzo de succión; los trastornos gastrointestinales pueden producir malestar durante o después de la alimentación, con el consiguiente rechazo; y la alteración neurológica puede dificultar la organización del sistema nervioso central (regulación de los estados de conciencia, del apetito, del tono y la postura, de las respuestas sensoriomotoras...), además de la función motora oral para llevar a cabo la ingesta⁴. La limitación más común para iniciar las primeras experiencias de alimentación oral en los neonatos prematuros es el compromiso respiratorio⁵.

Nuestra experiencia clínica, avalada por numerosas publicaciones, indica que después del alta, los bebés prematuros tardan más en desarrollar habilidades para comer⁶ y las dificultades de alimentación se prolongan durante años.

2. INTERVENCIÓN LOGOPÉDICA EN UNIDADES DE CUIDADOS INTERMEDIOS NEONATALES

La intervención logopédica tiene como principal objetivo ayudar al bebé a alcanzar una alimentación por vía oral funcional y segura y, en consecuencia, anticipar el alta hospitalaria⁷ (tabla 1). Un estudio de Foster y colaboradores⁸ demostró que la intervención logopédica puede adelantar el alta una media de 4,59 días.

Tabla 1. Objetivos específicos de la logopedia en Unidades de cuidados intermedios neonatales.

Objetivos específicos de la logopedia en Unidades de cuidados intermedios neonatales

Entrenar la función motora oral durante la alimentación parenteral/enteral.

Convertir la vía oral en una experiencia agradable.

Iniciar la transición desde la sonda a la alimentación por vía oral cuando el niño está preparado.

Establecer criterios individuales en la decisión de iniciar el destete de la sonda de alimentación.

Seleccionar el método de alimentación adecuado en cada caso y mostrar cómo administrarlo.

Detectar anomalías en patrones de succión y proceder a la rehabilitación.

Asesorar al equipo de neonatología.

Acompañar, orientar y entrenar a las familias.

Aunque las evaluaciones y terapias relacionadas con las habilidades de alimentación oral se orientan principalmente a la succión no nutritiva y la succión nutritiva, el éxito depende de otros factores igualmente relevantes: se debe considerar el nivel de maduración del bebé para adecuar la estimulación a sus posibilidades, evitando cuadros de estrés; y los estímulos del entorno deben aproximarse, en la medida de lo posible, al ambiente oscuro, cálido y acogedor del útero materno. Los retrasos en el desarrollo del estado de sueño-vigilia parecen condicionar la progresión de la alimentación durante la hospitalización. En consecuencia, los prematuros con dificultades

para alimentarse por vía oral pueden requerir más protección ambiental para apoyar aún más su desarrollo del sueño⁹.

2.1. Evaluación orofacial

La valoración orofacial contempla las respuestas reflejas del bebé, sin y con alimento. Más que anotar la presencia o ausencia, se ha de considerar su eficacia en términos de funcionalidad: tiempo de desencadenamiento y de inhibición, ritmo, fuerza, pausas, coordinación; así como el estado en que se encuentra el bebé después de la manipulación.

La succión no nutritiva (SNN) siempre antecede a la nutritiva (SN), porque la extracción, desplazamiento y deglución del alimento supone una dificultad añadida. La SNN se explora con el dedo, para recoger información detallada de la motricidad oral del bebé (tabla 2).

Tabla 2. Observaciones durante la succión no nutritiva.

Observaciones durante la succión no nutritiva

- Reacción al estimular los puntos cardinales.
- Apertura oral y control de la mandíbula.
- Tiempo de demora del reflejo de succión.
- Inicio con mordisqueo y cambio del patrón a succión.
- Motricidad de la lengua y parte que moviliza.
- Presión intraoral y fuerza de succión.
- Facilidad para el acoplamiento de la lengua al dedo.
- Movilidad de la mandíbula.
- Ritmo de succión.
- Pausas espontáneas.
- Cansancio o signos de estrés.

La evaluación de la SN debería estar fundamentada en las capacidades individuales de cada niño, y no en parámetros aislados como peso y edad. En los países nórdicos se ofertan muy pequeñas cantidades de leche materna alrededor de las 32 semanas mientras que en otros muchos hospitales se

mantiene la semana 34 como la indicada para iniciar la alimentación oral. Cada niño tiene su propio ritmo, por ello se necesitan pautas de gestión individualizadas y flexibles¹¹.

Para evaluar la SN, se tendrá en cuenta la competencia del lactante o capacidad de succión cuando la fatiga es mínima (determinada por el volumen ingerido durante los primeros 5 minutos de alimentación oral) y la resistencia (determinada por la tasa de transferencia de leche o ml/min durante una alimentación completa) en función de su estado clínico, organización/ estado de comportamiento y/o estrés¹¹. Según los resultados, se diseñará la intervención logopédica miofuncional.

2.2. Intervención logopédica miofuncional

2.2.1. Estimulación sensorio-motora oral

Tiene como finalidad preparar las estructuras orofaciales para recibir el alimento. Aunque la alimentación oral exitosa puede ser el objetivo, es importante centrarse en la calidad y las experiencias positivas de alimentación¹².

Los prematuros padecen con mucha frecuencia sensaciones muy desagradables que, a la larga, repercuten en el rechazo de alimentos. La sonda, intubación, incluso la ausencia de estímulos agradables, como la succión de su propio dedo, más adelante llevan al bebé a no tolerar el contacto del pecho o la tetina, atrasando la ingesta por vía oral. El logopeda debe favorecer sensaciones placenteras. De hecho, la SNN suele ser el mejor método de autorregulación del que disponen los lactantes, y se ha comprobado que también es muy eficaz como analgesia.

El uso sistemático de SNN y la estimulación oral/perioral antes del inicio de la alimentación oral se considera una estrategia significativa para promover una progresión más eficaz hacia la alimentación oral completa². También se ha demostrado que la SNN asociada a los periodos de llenado estomacal, favorece el paso a la alimentación oral¹³.

2.2.2. Inicio de la alimentación oral

Además de considerar la madurez global del lactante, se debe valorar la sensación de apetito/saciedad como requisito para la alimentación oral eficaz.

Las cantidades ofertadas en las primeras experiencias deben ser mínimas, unas pocas gotas de leche materna empapadas en una gasa enrollada podrían ser suficientes, aunque la realidad es muy distinta como se verá más adelante. El volumen del bolo que puede deglutir el recién nacido prematuro a las dos semanas de nacer es reducido: 0,14 ml. (máximo 0,2 ml.), en comparación con su homólogo a término: 0,22 ml. (máximo 0,29 ml.)¹. (Tabla 3).

Tabla 3. Métodos para iniciar las primeras experiencias de alimentación oral.

Métodos para iniciar las primeras experiencias de alimentación oral

Lactancia natural.

Gasa enrollada y empapada.

Finger-feeder (sonda-dedo).

Jeringa abierta (*gavage*)-dedo.

Relactador o sistema de nutrición suplementaria.

Vasito (controlando el flujo).

Biberón con autorregulación del flujo.

Es una práctica común usar un biberón convencional sin considerar el flujo, aunque la tetina sea pequeña. Incluso es frecuente la oferta de biberones con orificios agrandados, como si la ingesta rápida de una gran cantidad favoreciera al bebé. Nada más lejos de la realidad, pues las experiencias negativas relacionadas con la alimentación pueden provocar aversión en el futuro. Se debe garantizar la capacidad de alimentarse de forma segura y eficaz, por lo tanto, debería comenzarse con una tetina de flujo realmente lento (<10 ml/min) para ir avanzando según tolere el bebé. La tetina que resulte eficaz se mantendrá en casa tras recibir el alta y los padres recibirán orientación para la elección de los biberones¹⁴.

Cada vez hay más investigadores que apuestan por la alimentación autorregulada, es decir: el lactante marca el ritmo, la velocidad de la ingesta, las pausas. Sería necesario disponer de biberones que permitieran la salida de leche sólo cuando el bebé succiona¹¹. Si no fuera posible, se apostará por un flujo lento y la observación del cuidador para retirar el biberón con frecuencia, permitiendo la coordinación entre alimentación y respiración, así como el descanso del bebé.

3. ALIMENTACIÓN DEL NIÑO PREMATURO TRAS EL ALTA HOSPITALARIA

Es más que probable que algunos bebés prematuros y sus padres no estén plenamente capacitados para llevar a cabo la alimentación oral sin incidencias inmediatamente después de recibir el alta hospitalaria. No se trata tanto de haber alcanzado un patrón maduro de succión, sino de que la ingesta sea una experiencia placentera y sin incidencias para el bebé y para sus cuidadores. Además, los padres deberían conocer unas estrategias básicas para interpretar y gestionar las dificultades iniciales de alimentación.

Tener un hijo prematuro conlleva un gran sentimiento de vulnerabilidad y profundo desconocimiento sobre cómo cuidarlo y esta angustia se arrastra durante años. Las madres a menudo tienen preguntas y la alimentación les genera nerviosismo. Son frecuentes las dudas respecto a la introducción del biberón, signos de hambre y saciedad del lactante, promoción de la lactancia materna, momento de la introducción de los alimentos sólidos y las condiciones que deberá reunir su bebé para ir progresando en la alimentación¹⁵.

Aproximadamente el 42% de los niños menores de 4 años con antecedentes de prematuridad, presenta dificultades de alimentación¹⁶. Estas dificultades se manifiestan progresivamente a medida que el niño avanza en sus habilidades, pasando de la lactancia exclusiva al uso de la cuchara, el vaso y el inicio de la masticación.

Las dificultades más comunes de los niños prematuros tras el primer año de vida suelen ser: menor ingesta de nutrientes, dificultad para adaptarse a los alimentos nuevos, cuadros de hipersensibilidad oral y conductas de aversión alimenticia¹⁷. Además, se detecta cierta disfunción motora oral, con especial dificultad para iniciar la masticación, tendencia a la dificultad para ganar estatura y peso, y selectividad alimentaria¹⁸.

Una vez que conozcamos en profundidad todas las dificultades de alimentación derivadas de la prematuridad, podremos anticiparlas y preparar a las familias, promover experiencias positivas, evitar situaciones de riesgo y detectar esas dificultades de forma precoz¹⁷. El diagnóstico temprano y el manejo de los problemas de alimentación son requisitos esenciales para mitigar cualquier desafío potencial a largo plazo en niños con antecedentes de prematuridad³.

En los próximos años asistiremos a la incorporación progresiva en las Unidades de Cuidados Intermedios Neonatales de otros profesionales sanitarios como el logopeda y el terapeuta ocupacional para asesorar en las decisiones y optimizar las intervenciones de alimentación adecuadas para cada lactante¹².

PUNTOS CLAVE

- El bebé prematuro de poca edad gestacional (<32 semanas EG) y/o bajo peso al nacer (<1.500 g.) presenta serias desventajas para alimentarse por vía oral y, estas circunstancias retrasan el alta hospitalaria.
- Es necesario implementar programas de evaluación e intervención individualizados con el objetivo de favorecer experiencias agradables y exitosas de alimentación.
- El logopeda es el profesional especializado en capacitar al lactante para llevar a cabo la alimentación en condiciones de seguridad y eficacia.
- La detección e intervención temprana en las dificultades de alimentación es esencial para minimizar los problemas derivados de la prematuridad a largo plazo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Lau C, Smith EO, Schanler RJ. Coordination of suck-swallow and swallow respiration in preterm infants. *Acta Paediatr.* 2003;92(6):721-27.
2. Gennattasio A, Perri EA, Baranek D, Rohan A. Oral Feeding Readiness Assessment in Premature Infants. *MCN Am J Matern Child Nurs.* 2015 40(2):96-104. <https://doi.org/10.1097/NMC.000000000000115>
3. Kamity R, Kapavarapu PK, Chandel A. Feeding Problems and Long-Outcomes in Preterm Infants-A Systematic Approach to Evaluation and Management. *Children.* 2021;8(12):1158. <https://doi.org/10.3390/children8121158>
4. Villamizar Carvajal B, Vargas Porras C, Díaz Martínez LA. El progreso de la alimentación oral del recién nacido prematuro. *Universidad Rev Ind Santander Salud.* 2010;42(3):262-70.
5. Azuma D, Maron JL. Individualizing Oral Feeding Assessment and Therapies in the Newborn. *Research and Reports in Neonatology.* 2020;10:23-30. <https://doi.org/10.2147/RRN.S223472>
6. Ross ES, Browne JV. Feeding Outcomes in Preterm Infants After Discharge From the Neonatal Intensive Care Unit (NICU): A Systematic Review. *Newborn and Infant Nursing Reviews.* 201;13(2):87-93. <https://doi.org/10.1053/j.nainr.2013.04.003>
7. American Speech-Language-Hearing Association. (2010). Roles and responsibilities of speech-language pathologists in schools [en línea] [consultado el 07/04/2025]. Disponible en www.asha.org/policy/pi2010-00317/?srsltid=AfmBOoqgAYnnOZG3A_HOrpcDo1CdIKOIU1AZ0g4Xvz14Sd0LJscuk80T
8. Foster JP, Psaila K, Patterson T. Non-nutritive sucking for increasing physiologic stability and nutrition in preterm infants. *Cochrane Database Syst Rev.* 2016;10(10):CD001071. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD001071.pub3>
9. Park J, Silva SG, Thoyre SM, Brandon DH. Sleep-Wake States and Feeding Progression in Preterm Infants. *Nurs Res.* 2020;69(1):22-30. <https://doi.org/10.1097/NNR.0000000000000395>

10. Hernandez AM. Atuação fonoaudiológica com o sistema estomatognático e a função de alimentação. En: Hernandez AM, Conhecimentos essenciais para atender bem o neonato. 1.^a Ed. São José dos Campos, Brasil: Editorial Pulso; 2003. p. 47-78.
11. Lau C. To Individualize the Management Care of High-Risk Infants With Oral Feeding Challenges: What Do We Know? What Can We Do? *Front Pediatr.* 2020;(8):296. <https://doi.org/10.3389/fped.2020.00296>
12. Ross K, Heiny E, Conner S, Spener P, Pineda R. Occupational therapy, physical therapy and speech-language pathology in the neonatal intensive care unit: Patterns of therapy usage in a level IV NICU. *Res Dev Disabil.* 2017;64:108-17. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2017.03.009>
13. Pinelli J, Symington A. Non-nutritive sucking for promoting physiologic stability and nutrition in preterm infants. *Cochrane Database Syst Rev.* 2005;(4):CD001071. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD001071.pub2>
14. Pados BF, Park J, Thoyre SM, Estrem H, Nix WB. Milk Flow Rates from bottle nipples used after hospital discharge. *MCN Am J Matern Child Nurs.* 2016;41(4):237-43. <https://doi.org/10.1097/NMC.0000000000000244>
15. Fuhrman L, Ross ES. Parental Concerns about Newborn Feeding Post Hospital Discharge. *MCN Am J Matern Child Nurs.* 2020;45(1):34-40. <https://doi.org/10.1097/NMC.0000000000000590>
16. Pados BF, Hill RR, Yamasaki JT, Litt JS, Lee CS. Prevalence of problematic feeding in young children born prematurely: a meta-analysis. *BMC Pediatr.* 2021;21(1):110. <https://doi.org/10.1186/s12887-021-02574-7>
17. Thoyre SM. Feeding outcomes of extremely premature infants after neonatal care. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.* 2007;36(4):366-76. <https://doi.org/10.1111/j.1552-6909.2007.00158.x>
18. Pagliaro CL, Bühler KE, Ibidi SM, Limongi SC. Dietary transition difficulties in preterm infants: critical literature review. *J Pediatr (Rio J).* 2016;92(1):7-14. <https://doi.org/10.1016/j.jped.2015.05.004>

5. c. El niño con sonda

5. c. 1. El niño con dispositivo externo de alimentación

Elvira Cañedo Villarroya

INTRODUCCIÓN

La nutrición enteral (NE) o soporte nutricional a través de sondas de alimentación asegura el mantenimiento de un adecuado estado nutricional y crecimiento en los niños cuando, por diferentes enfermedades o situaciones, la alimentación oral es insuficiente, insegura o incluso imposible. Por ello, en las últimas décadas se han desarrollado múltiples guías de actuación pediátricas sobre indicaciones y contraindicaciones, tipos y elección de dispositivos, características de las fórmulas enterales, modo de administración, seguimiento domiciliario y manejo de complicaciones agudas y crónicas^{1,2}. Cada vez es más frecuente encontrar niños con enfermedades crónicas que requieren soporte enteral por sonda^{3,4} y, también, que presentan trastornos de alimentación relacionados directamente con dicho tratamiento⁵⁻⁷. Estos trastornos pueden ser tanto el motivo para la instauración del soporte como una complicación desarrollada posteriormente. Hasta el momento existen escasas recomendaciones o guías de actuación para el “destete” o retirada del soporte y la rehabilitación de la alimentación oral en estos niños que muestran un rechazo activo y/o pasivo que la imposibilita⁶⁻¹⁰, a pesar de no existir un motivo médico o neuroanatómico que la impida.

Este tipo de trastorno ya fue reconocido por Irene Chatoor¹¹, se incluye en el DSM 5¹² dentro del paraguas del trastorno por evitación/restricción de la ingesta de alimentos (TERIA o ARFID, en inglés, con dependencia de NE) y también en el marco conceptual de los trastornos de alimentación de la infancia o “pediatric feeding disorders (PFD)”¹³.

En este capítulo se aborda su fisiopatología, las recomendaciones actuales para su prevención y su manejo interdisciplinar.

DEFINICIONES y FISIOPATOLOGÍA

Aunque la terminología es confusa y no existe un consenso claro entre diferentes autores, las definiciones actualmente más aceptadas por los expertos en documentos de posicionamiento y revisiones recientes^{6,9,10} son:

1. Dependencia de soporte enteral por sonda o *tube dependency*: Rechazo activo/pasivo a comer/beber con falta de motivación/incapacidad de aprender; o bien, ausencia de signos de desarrollo o habilidades necesarias para comer, en pacientes alimentados con NE durante largos periodos de tiempo, a pesar de que no exista una razón médica o neuroanatómica que impida dicho aprendizaje, o la ingesta en sí misma si el niño ya la realizaba anteriormente. Se considera un verdadero trastorno de conducta alimentaria incluido bajo el paraguas de TERIA/ARFID (ver Capítulo 2. a. Clasificación actual: de las dificultades a los trastornos de alimentación) en el que intervienen factores sensoriales, madurativos y de aprendizaje, nutricionales, psicológicos y relacionales que provocan comportamientos heterogéneos con conductas disruptivas fóbicas o ansiosas, vómitos, náuseas, tos, atragantamientos, etc., o un marcadísimo desinterés por la comida, que impiden que estos niños alcancen una ingesta oral adecuada a su edad, estado médico y desarrollo neurológico.

Es un término muy amplio, con matices y características diferentes según el paciente. Puede aparecer tanto en niños con un desarrollo normal sin ninguna alteración a nivel motor o evolutivo en los que podría prescindirse completamente de las sondas de alimentación, como en otros con diferentes tipos de problemas neurológicos u otras enfermedades médicas⁶ en los que, a pesar de que se necesite el uso de la sonda para evitar aspiraciones con ciertas texturas (niños con parálisis cerebral y disfagia a líquidos no compensable), o para asegurar la estabilidad médica en situaciones de emergencia (niños con metabolopatías), la ingesta oral podría ser parcial y satisfactoria. La *tube dependency* de este subgrupo de pacientes en los que la sonda no puede retirarse por un motivo médico es inevitable y no prevenible para unos autores⁶, mientras que para otros⁹, entre los que nos encontramos, esta dependencia "médica" debería diferenciarse de la dependencia "psicológica". Esta última es la que condiciona los comportamientos ansiosos y fóbico-aversivos (vómitos, náuseas, llanto, retirada, etc.) o simplemente el desinterés total con la sola presencia del alimento o con la vivencia de situaciones sociales en las que este aparezca. Es la causante, en realidad, de la

disminución de la calidad de vida en los niños y sus familias, impidiendo que un número elevado de ellos pudiesen disfrutar del acto social de comer por boca, al menos parcialmente (en ciertas situaciones, con determinados alimentos o con adaptaciones concretas).

Es a esa dependencia "psicológica" o esa percepción del propio niño, de los familiares o incluso de los profesionales, de que el niño "no es capaz o no puede comer", a la que nos referiremos en este capítulo y que deberá ser siempre prevenida y/o tratada, incluso en aquellos en los que la dependencia "médica" persista e impida la retirada total del dispositivo de alimentación o sonda.

En pacientes en los que la sonda se coloca en momentos tempranos de la vida, como es el caso de los neonatos prematuros, no existirá un desarrollo evolutivo normal del proceso deglutorio en su fase oral y faríngea y el niño perderá la oportunidad de "aprender" a alimentarse en los momentos sensitivos claves^{5,14} para el desarrollo progresivo de la alimentación: succión-deglución involuntaria de lactancia, deglución voluntaria de lactancia, aceptación progresiva de diferentes texturas con cuchara o sólidos a partir de los 6 meses. Esa falta de aprendizaje y de contacto con diferentes estímulos sensoriales de olor, sabor, textura, etc. así como la repetición de experiencias negativas dolorosas en el área orofaríngea por la inserción de sondas, intubaciones, gafas nasales, cirugías, reflujo, vómitos, etc., condicionará, más tarde, sensaciones desagradables para el niño ante la exposición al alimento, conductas bizarras y una falta de reconocimiento de sus propias capacidades al no "saber" gestionar el bolo alimenticio en la boca o cómo deglutirlo¹⁰.

La alimentación, además, es un proceso de relación del niño con sus padres, un encuentro íntimo, de protección, confianza y cuidado que también se ve afectado. Los padres se ven obligados a manejar las sondas de alimentación pudiendo condicionar apegos y vínculos distorsionados⁸, no seguros ni agradables, generadores de ansiedad y que han sido descritos, también, como origen del inicio o mantenimiento de dichas conductas alteradas. Sin embargo, el efecto sobre el estrés parental del uso de sondas de alimentación presenta resultados discordantes⁹, disminuyendo claramente cuando el mo-

tivo que condicionó su inserción era un trastorno de alimentación previo, con situaciones de ingesta oral muy conflictivas.

2. Destete del soporte por sonda o *tube weaning*: no nos referiremos al mero hecho de “retirar” la sonda, sino a todos aquellos procesos e intervenciones requeridos para que un determinado paciente pase de la dependencia psicológica de la que hablábamos, a una ingesta oral funcional y adecuada a su edad, estado madurativo, neuroanatómico y médico permitiendo que tanto sus necesidades nutricionales como psicosociales sean satisfechas. Para cada niño, por tanto, el objetivo final puede variar, mientras la mayoría de ellos podrán retirar el dispositivo de alimentación, algunos solo podrán realizar un destete parcial y deberán mantener un soporte enteral (dependencia médica) para mantener su estado de salud físico.
3. Transición oral exitosa: muy relacionada con el punto anterior, la transición será exitosa cuando se consigan los mejores objetivos posibles para cada niño concreto. Deberá ser del 100% en niños sanos o con antecedentes de enfermedades crónicas curadas, superadas o estables y sin alteraciones neuroanatómicas que impidan una deglución segura.

RECOMENDACIONES PARA LA PREVENCIÓN Y MANEJO INTERDISCIPLINAR DE LOS TRASTORNOS DE CONDUCTA ALIMENTARIA EN NIÑOS CON SONDA

Existen pocos estudios prospectivos amplios, por lo que la mayoría serán recomendaciones de expertos o basadas en estudios pequeños o retrospectivos.

1. **RETIRADA PRECOZ DE SOPORTE ENTERAL**: el soporte enteral por sonda debe estar siempre basado en indicaciones adecuadas y retirarse/disminuirse tan pronto como la indicación que lo motivó pierda fuerza^{1,6-10,15,16} y el niño esté medicamente estable.
2. **TIPO DE DISPOSITIVO EXTERNO DE ALIMENTACIÓN**: cuando la necesidad de soporte por sonda se prevea mayor de 2-6 meses o se prolongue, se debe considerar la realización de gastrostomía para reducir las experiencias orofaciales negativas que las sondas

nasoenterales provocan y la mayor afectación de la imagen corporal^{1,6,15}, lo que dificulta el establecimiento de experiencias sensoriales positivas y la transición a la ingesta oral.

3. **IMPLICACIÓN FAMILIAR Y MANTENIMIENTO DE ESTIMULACIÓN OROMOTORA:** los padres deben estar bien informados de la necesidad del soporte, de sus posibles complicaciones en el desarrollo de la conducta alimentaria y han de participar en la toma de decisiones. Cuando el motivo de la instauración de la sonda es un trastorno de conducta alimentaria tendrán que conocer, también, que el propio soporte influirá en dicha conducta.

Las recomendaciones se individualizarán en función de la causa de indicación de la sonda, el estado clínico del niño y su desarrollo madurativo global, y del tipo de familia. Se iniciará la estimulación de la oralidad y el acercamiento a la comida lo antes posible. En los recién nacidos y lactantes se aconsejará la succión no nutritiva, sobre todo coincidiendo con las tomas. En niños de mayor edad, en general, se recomendará (salvo en los momentos iniciales y conductas muy fóbicas), incluir al niño en la mesa durante las comidas familiares y permitirle su participación explorando los alimentos. Nunca se le forzará a comer, pero se le animará a la alimentación oral o se mantendrá, aunque sea en muy pequeñas cantidades, si no existen contraindicaciones médicas. Se instruirá a los familiares a trabajar la estimulación oral o a desensibilizar en caso de hipersensibilidad, en niños con antecedentes de situaciones traumáticas repetidas por cirugías orofaciales, intubaciones, uso precoz de sondas, etc.

4. **TRATAMIENTO DE ENFERMEDADES MÉDICAS Y SÍNTOMAS GASTROINTESTINALES:** cualquier enfermedad médica debe ser tratada y estabilizada y los signos/síntomas gastrointestinales como vómitos, náuseas, regurgitaciones, distensión abdominal, diarrea, etc., ya sean secundarios a la enfermedad o al soporte en sí mismo, deben prevenirse y tratarse enérgicamente para evitar que el niño asocie dichos estímulos dolorosos negativos a la alimentación o al soporte y provoquen, además, hipersensibilidad visceral y alodinia (percepción de dolor frente a estímulos habitualmente indoloros) por estimulación nociceptiva repetida¹⁰, que podrían explicar el rechazo de la alimentación en algunos pacientes.

- Uso de fármacos: se han descrito evoluciones favorables¹⁷ en niños tratados con amitriptilina o gabapentina. La amitriptilina se ha usado en niños sin historia de convulsiones o enfermedad cardíaca por su perfil modulador del dolor, especialmente en casos de hipermotilidad gastrointestinal y diarrea (efecto anticolinérgico) y trastornos del sueño (efecto antihistamínico); la gabapentina¹⁸ reduce el dolor neuropático visceral y es segura en niños con crisis o cardiopatías. Los estudios se han realizado en muy pocos pacientes y algunos autores dudan de su eficacia, por lo que su aplicación debe individualizarse. Por supuesto, se usarán los recursos habituales como inhibidores de la bomba de protones, procinéticos o antieméticos.
 - La modificación de la pauta de soporte enteral de fraccionada a continua y de infusión en yeyuno también se ha utilizado en fases iniciales de la desensibilización del dolor en niños en los que existía distensión abdominal, náuseas asociadas a funduplicatura o gastroparesia con buenos resultados¹⁷.
 - El tipo de fórmula o alimento utilizado a través de las sondas puede también modificar la sintomatología¹⁹. Se han indicado fórmulas con baja osmolaridad, con cambios en el cuerpo proteico (a base de seroproteínas y/o con algún grado de hidrólisis), tipo de fibra, grasa, etc. En algunos pacientes se ha descrito una mejor tolerancia de los alimentos naturales en vez de fórmulas enterales a través de ostomías.
5. PROMOCIÓN DEL APETITO: el reconocimiento de la sensación de hambre es fundamental para permitir el acercamiento del niño al alimento y para ello los profesionales deberán tener en cuenta:
- Evitar pautas calóricas elevadas a través de la sonda a no ser que la situación médica lo requiera, iniciando su descenso en cuanto sea posible.
 - En estudios pediátricos no existe evidencia acerca de la superioridad de unas pautas de administración de NE sobre otras para favorecer el apetito^{9,10} mientras que en adultos los resultados son contradictorios²⁰. En general, deben indi-

vidualizarse según las características del niño como son la tolerancia, las actividades diarias, las medicaciones que precisen ayunos y el momento evolutivo en que se encuentre el paciente. La mayoría de los grupos, incluido el nuestro, recomienda pautas de nutrición continua nocturna y fraccionadas de pequeño volumen diurnas para permitir ofrecer el alimento antes del bolo. Este esquema de tratamiento en general brinda buenos resultados, aunque existen dudas de si pudiera interferir en el ritmo circadiano hormonal y, por tanto, impedir un adecuado reconocimiento de las sensaciones de hambre-saciedad²¹. Se han aplicado también administraciones solo fraccionadas diurnas o solo continuas nocturnas frente a pautas continuas durante las 24 horas.

- Uso de fármacos: no se utilizarán de manera sistemática pero sí en casos seleccionados.
 - Ciproheptadina: es con el que más experiencia existe. Presenta efecto orexígeno, por su perfil de antagonismo serotoninérgico e histaminérgico H₁, procinético y sedante por lo que puede ser útil también en niños con gastroparesia, vómitos y trastorno del sueño. Una revisión sistemática reciente concluye que es seguro, bien tolerado y que contribuye a la ganancia de peso²². El éxito en su uso radica en seleccionar bien al paciente, especialmente aquellos con muy escaso apetito, utilizarlo siempre junto a tratamientos interdisciplinarios comportamentales y disminuir el soporte enteral²³. Las dosis utilizadas son de 0,2-0,3 mg/kg/d distribuidas en 2-3 dosis administradas preferentemente 10-20 minutos antes de las tomas. Es frecuente la pérdida de efectividad tras las primeras 6-8 semanas, extremo que deben conocer los padres para iniciar su retirada en ese caso, pudiendo volver a administrarlo al cabo de un tiempo cuando ha sido eficaz. Debe retirarse cuando no es eficaz en las primeras semanas o aparecen efectos adversos (sueño y decaimiento

o reacciones paradójicas de inquietud llamativa en algunos niños).

- Acetato de megestrol: existe mucha menos experiencia en niños menores de 6 años fundamentalmente por su menor perfil de seguridad (edemas, alteración del eje suprarrenal, etc.). Se ha utilizado en niños desnutridos con fibrosis quística o cáncer^{24,25} para aumentar el apetito y el peso y en niños pequeños con sonda siempre combinado con otras estrategias y durante cortos periodos de tiempo¹⁷ para conseguir la alimentación por boca.

6. ABORDAJE PSICOEMOCIONAL Y SENSORIOMOTOR: el éxito para la prevención y tratamiento de estos niños pasa por un manejo individualizado, coordinado, que combine la terapia médica y nutricional, el abordaje psicoemocional del niño y sus cuidadores realizado por Psicólogos Clínicos y el sensoriomotor realizado por Logopedas expertos en alimentación e incluso Terapeutas ocupacionales.

- Manejo psicoemocional: se han descrito diferentes intervenciones para disminuir las vivencias negativas y la ansiedad relacionadas con la alimentación tanto del niño como de sus cuidadores¹⁰ como la "terapia basada en la familia", "programación neurolingüística", "terapia comportamental individualizada", etc. así como diferentes estrategias de participación del niño en centros de día de alimentación. Estos aspectos se discuten en detalle en otros apartados de este libro, (ver Capítulo 4. c. Tratamiento psicológico y Capítulo 5. f. Aspectos psicológicos de la enfermedad crónica en el niño). Se ha descrito la utilización de fluoxetina en niños pequeños con importantes niveles de ansiedad²⁶.
- Manejo sensoriomotor: tiene como objetivo reducir la hipersensibilidad sensorial tanto de estructuras orofaciales como, en ocasiones, del cuerpo entero, percibidas por el niño como una barrera para acercarse al alimento^{27,28}. Además las intervenciones oromotoras se enfocan en el desarrollo de destrezas que permitan al niño una deglución segura, funcional y adecuada a su edad y desarrollo neurológico²⁹. (Ver Capítulo 4. b. Tratamiento logopédico).

7. MÉTODOS O PROTOCOLOS DE DESTETE DE LA SONDA Y TRANSICIÓN ORAL. Se han descrito diferentes modelos o protocolos de actuación interdisciplinares para el destete de estos niños basados en estrategias de “provocación de hambre” mediante la reducción progresiva del soporte a través de la sonda y un abordaje específico psicoemocional y sensoriomotor^{22,27,30-37}. Se pueden realizar de manera ambulatoria, en hospitales de día o mediante un ingreso hospitalario y en general, una vez alcanzados los criterios mínimos descritos en el siguiente apartado, la retirada del soporte enteral se realiza en periodos muy cortos de tiempo de 4-10 días a 2-3 semanas. En algunos niños, sin embargo, esta estrategia no es útil dando lugar a alteraciones del equilibrio hídroelectrolítico y del control glucémico²⁷. Por ello, algunos grupos prefieren estrategias más lentas y sin necesidad de ingreso³⁶, con una reducción del soporte progresiva durante meses y hasta en 1 año de duración.

El más conocido de estos protocolos es el “modelo Graz”^{6,34,37}. Desarrollado inicialmente por profesionales del hospital pediátrico de Graz en Austria, consiste en un abordaje interdisciplinar intensivo basado en 2 pilares fundamentales: 1. reducción del soporte enteral que permita el reconocimiento del hambre en el niño (abordaje médico o biológico); se utilizan reducciones muy rápidas del soporte (50% del soporte total cada 1-3 días) con seguimiento médico estrecho y 2. fortalecimiento de la autonomía del niño para incentivar la ingesta oral voluntaria (abordaje psicodinámico).

Actualmente se realiza en dos modalidades: 1. *Eating school* (escuela de alimentación) o programa intensivo presencial de 2 semanas y seguimiento mediante telemedicina posterior o 2. *Netcoaching program* (programa de entrenamiento en red) modalidad exclusiva por telemedicina solo apto para casos seleccionados previamente por el equipo interdisciplinar.

En todos los protocolos que utilizan la “provocación del hambre” se describen pérdidas de peso y se asume que nunca sean mayores del 10% del peso inicial para seguir adelante o considerar que ha de postponerse el avance en la retirada del soporte. Durante el seguimiento, en general el peso se va recuperando en los siguientes 3-6 meses, aunque es posible que no ocurra así y no pueda mantenerse

la retirada completa del soporte. Además de criterios antropométricos y nutricionales puede ser que el protocolo deba interrumpirse si aparece mucha ansiedad en el niño o en la familia o si existe una reagudización de la patología de base del paciente.

Nuestro grupo tiene buena experiencia con abordajes de retirada progresiva del soporte, habitualmente mediante pautas de enteral nocturna y fraccionada o NE fraccionada ofreciendo el alimento por boca antes de cada toma e indicando a los padres no completar las tomas por sonda a pesar de que las ingestas sean inicialmente escasas cuando el equipo de Psicólogos y Logopedas ha comprobado que tanto el niño como la familia están preparados.

El único documento de posicionamiento al respecto publicado hasta la fecha¹⁰ recomienda que se debe tener en cuenta la experiencia de cada centro, aboga por emplear protocolos ambulatorios y reserva el tratamiento hospitalario para los casos en que tras un año de abordaje ambulatorio no se haya conseguido la retirada, pacientes con riesgo elevado de deshidratación o inestabilización de su enfermedad de base o familias que precisen apoyo continuo.

8. CRITERIOS MÍNIMOS A ALCANZAR ANTES DE INICIAR EL DESTETE MEDIANTE PROTOCOLOS DE TRANSICIÓN ORAL. El equipo interdisciplinar decidirá cuándo es el momento óptimo para iniciar el destete, aunque en general se considera que al menos se deben cumplir cada uno de los siguientes criterios¹⁰:
 - La enfermedad que motivó la colocación de la sonda se ha curado o está estable y no son previsibles reagudizaciones o intervenciones a corto-medio plazo que aumenten el riesgo de desnutrición.
 - El estado nutricional es adecuado o al menos estable con una relación peso/talla o IMC mayor a - 2 DE.
 - La deglución es funcional y segura.
 - La familia está de acuerdo y motivada.
9. SEGUIMIENTO TRAS LA RETIRADA DEL SOPORTE ENTERAL POR SONDA. El seguimiento antropométrico debe ser muy estrecho durante los primeros meses permitiéndose, como se ha dicho en el apartado 6, una pérdida máxima de peso del 10% que debería ir recuperándose. Se valorará reiniciar el soporte cuando no se recupere el peso o si la talla se ve afectada desde entonces. Se aconseja

monitorizar el crecimiento durante al menos dos años y, si fuera posible, hasta el final de la adolescencia.

La supervisión interdisciplinar es recomendable hasta que la conducta alimentaria (y sus repercusiones en el niño y familia) se normalice completamente porque si la alimentación oral no es lo suficientemente variada, funcional y satisfactoria la probabilidad de recaída aumenta llamativamente. Además, si persisten comportamientos restrictivos y dietas potencialmente deficitarias deberán mantenerse controles analíticos de micronutrientes al menos cada 6-12 meses.

10. MOMENTO DE RETIRADA DEL DISPOSITIVO EXTERNO DE ALIMENTACIÓN

- Las sondas nasointerales se retirarán tan pronto como la ingesta oral alcance al menos el 75% de los requerimientos.
- Las ostomías se retirarán a partir de los 6-12 meses de su último uso siempre que se cumplan todos los criterios referidos para el inicio del protocolo de destete (ver punto 8).

PUNTOS CLAVE

- Los trastornos de conducta alimentaria en niños pequeños se relacionan con las sondas de alimentación bidireccionalmente y pueden ser tanto el motivo de su indicación en niños con afectación nutricional secundaria a un trastorno de conducta alimentaria previo, como la consecuencia de su uso en aquellos con otras enfermedades médicas que la precisen para asegurar un correcto estado nutricional.
- En todos los casos, existe un riesgo elevado de que el propio trastorno secundario a la sonda condicione la imposibilidad de su retirada por rechazo activo o pasivo del niño a la alimentación por boca, a pesar de que la situación que motivó su inserción mejore o se estabilice y no existan contraindicaciones médicas para la ingesta oral.
- Esta situación, cada vez más frecuente debido a la mayor supervivencia de pacientes con enfermedades crónicas complejas que requieren del uso de dispositivos externos de alimentación, se denomina "dependencia del soporte por sonda" y desgraciadamente

existe aún poca formación de los profesionales implicados en la indicación de dichos dispositivos.

- Su prevención y tratamiento se sustenta en un abordaje interdisciplinar precoz, como se ha descrito en este capítulo, y será fundamental para mejorar el pronóstico físico y emocional de pacientes y familias y lograr una transición oral exitosa que permita la retirada del dispositivo lo antes posible.

BIBLIOGRAFÍA

1. Braegger C, Decsi T, Dias JA, Hartman C, Kolacek S, Koletzko B, *et al*; ESPGHAN Committee on Nutrition: Practical approach to paediatric enteral nutrition: a comment by the ESPGHAN committee on nutrition. *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 2010;51(1):110-22. <https://doi.org/10.1097/MPG.0b013e3181d336d2>
2. Pedrón-Giner C, Navas-López VM, Martínez-Zazo AB, Martínez-Costa C, Sánchez-Valverde F, Blasco-Alonso J, *et al*. Analysis of the Spanish national registry for pediatric home enteral nutrition (NEPAD): implementation rates and observed trends during the past 8 years. *Eur J Clin Nutr.* 2013;67(4):318-23. <https://doi.org/10.1038/ejcn.2013.8>
3. Kapadia MZ, Joachim KC, Balasingham C, Cohen E, Mahant S, Nelson K, *et al*. A Core Outcome Set for Children With Feeding Tubes and Neurologic Impairment: A Systematic Review. *Pediatrics.* 2016;138(1):e20153967. <https://doi.org/10.1542/peds.2015-3967>
4. Diamanti A, Di Ciommo VM, Tentolini A, Lezo A, Spagnuolo MI, Campanozzi A, *et al*. Home enteral nutrition in children: a 14-year multicenter survey. *Eur J Clin Nutr.* 2013;67(1):53-7. <https://doi.org/10.1038/ejcn.2012.184>
5. Mason SJ, Harris G, Blissett J. Tube feeding in infancy: implications for the development of normal eating and drinking skills. *Dysphagia.* 2005;20(1):46-61. <https://doi.org/10.1007/s00455-237004-0025-2>

6. Dunitz-Scheer M, Levine A, Roth Y, Kratky E, Beckenbach H, Braegger C, *et al.* Prevention and Treatment of Tube Dependency in Infancy and Early Childhood. *ICAN: Infant, Child, & Adolescent Nutrition.* 2009;1(2):73-82. <https://doi.org/10.1177/1941406409333988>
7. Dunitz-Scheer M, Marinschek S, Beckenbach H, Kratky E, Hauer A, Scheer P. Tube Dependence: A Reactive Eating Behavior Disorder. *ICAN: Infant, Child, & Adolescent Nutrition.* 2011;3(4):209-15. <https://doi.org/10.1177/1941406411416359>
8. Edwards S, Davis AM, Bruce A, Mousa H, Lyman B, Cocjin J, *et al.* Caring for Tube-Fed Children: A Review of Management, Tube Weaning, and Emotional Considerations. *JPEN J Parenter Enteral Nutr.* 2016;40(5):616-22. <https://doi.org/10.1177/0148607115577449>
9. Dovey TM, Wilken M, Martin CI, Meyer C. Definitions and Clinical Guidance on the Enteral Dependence Component of the Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder Diagnostic Criteria in Children. *JPEN J Parenter Enteral Nutr.* 2018;42(3):499-507. <https://doi.org/10.1177/0148607117718479>
10. Clouzeau H, Dipasquale V, Rivard L, Lecoeur K, Lecoufle A, Le Ru-Raguénès V, *et al.* Weaning children from prolonged enteral nutrition: A position paper. *Eur J Clin Nutr.* 2022;76(4):505. <https://doi.org/10.1038/s41430-021-00992-5>
11. Chatoor I. Feeding disorders in infants and toddlers: diagnosis and treatment. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am.* 2002;11(2):163-83. [https://doi.org/10.1016/s1056-4993\(01\)00002-5](https://doi.org/10.1016/s1056-4993(01)00002-5)
12. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders.* (5th Ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association, 2013. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
13. Goday PS, Huh SY, Silverman A, Lukens CT, Dodrill P, Cohen SS, *et al.* Pediatric Feeding Disorder- Consensus Definition and Conceptual Framework. *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 2019;68(1):124-9. <https://doi.org/10.1097/MPG.0000000000002188>

14. Harris G, Mason S. Are There Sensitive Periods for Food Acceptance in Infancy? *Curr Nutr Rep.* 2017;6(2):190-6. <https://doi.org/10.1007/s13668-017-0203-0>
15. Heuschkel RB, Gottrand F, Devarajan K, Poole H, Callan J, Dias JA, *et al*; European Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition. ESPGHAN position paper on management of percutaneous endoscopic gastrostomy in children and adolescents. *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 2015;60(1):131. <https://doi.org/10.1097/MPG.0000000000000501>
16. Romano C, van Wynckel M, Hulst J, Broekaert I, Bronsky J, Dall'Oglio L, *et al.* European Society for Paediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition Guidelines for the Evaluation and Treatment of Gastrointestinal and Nutritional Complications in Children With Neurological Impairment. *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 2017;65(2):242-64. <https://doi.org/10.1097/MPG.0000000000001646>
17. Davis AM, Bruce AS, Mangiaracina C, Schulz T, Hyman P. Moving from tube to oral feeding in medically fragile nonverbal toddlers. *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 2009;49(2):233-6. <https://doi.org/10.1097/MPG.0b013e31819b5db9>
18. O'Mara KL, Islam S, Taylor JA, Solomon D, Weiss MD. Gabapentin Improves Oral Feeding in Neurologically Intact Infants With Abdominal Disorders. *J Pediatr Pharmacol Ther.* 2018;23(1):59-63. <https://doi.org/10.5863/1551-6776-23.1.59>
19. Krasaelap A, Kovacic K, Goday PS. Nutrition Management in Pediatric Gastrointestinal Motility Disorders. *Nutr Clin Pract.* 2020;35(2):265-72. <https://doi.org/10.1002/ncp.10319>
20. Stratton RJ, Stubbs RJ, Elia M. Short-term continuous enteral tube feeding schedules did not suppress appetite and food intake in healthy men in a placebo-controlled trial. *J Nutr.* 2003;133(8):2570-6. <https://doi.org/10.1093/jn/133.8.2570>
21. Stenvers DJ, Jonkers CF, Fliers E, Bisschop PHLT, Kalsbeek A. Nutrition and the circadian timing system. *Prog Brain Res.* 2012;199:359-76. <https://10.1016/B978-0-444-59427-3.00020-4>

22. Harrison ME, Norris ML, Robinson A, Spettigue W, Morrissey M, Isserlin L. Use of cyproheptadine to stimulate appetite and body weight gain: A systematic review. *Appetite*. 2019;137:62-72. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2019.02.012>
23. Brown J, Kim C, Lim A, Brown S, Desai H, Volker L, Katz M. Successful gastrostomy tube weaning program using an intensive multidisciplinary team approach. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*. 2014;58(6):743-9. <https://doi.org/10.1097/MPG.0000000000000336>
24. Chinuck R, Dewar J, Baldwin DR, Hendron E. Appetite stimulants for people with cystic fibrosis. *Cochrane Database Syst Rev*. 2014;(7):CD008190. <https://doi.org/10.1002/14651858>
25. Cuvelier GD, Baker TJ, Peddie EF, Casey LM, Lambert PJ, Distefano DS, *et al*. A randomized, double-blind, placebo-controlled clinical trial of megestrol acetate as an appetite stimulant in children with weight loss due to cancer and/or cancer therapy. *Pediatr Blood Cancer*. 2014;61(4):672-9. <https://doi.org/10.1002/xbc.24828>
26. Celik G, Diler RS, Tahiroglu AY, Avci A. Fluoxetine in posttraumatic eating disorder in two-year-old twins. *J Child Adolesc Psychopharmacol*. 2007;17(2):233-6. <https://doi.org/10.1089/cap.2006.0057>
27. Gardiner AY, Vuillermin PJ, Fuller DG. A descriptive comparison of approaches to paediatric tube weaning across five countries. *Int J Speech Lang Pathol*. 2017;19(2):121-7. <https://doi.org/10.1080/17549507.2016.1193898>
28. Nederkoorn C, Jansen A, Havermans RC. Feel your food. The influence of tactile sensitivity on picky eating in children. *Appetite*. 2015;84:7-10. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2014.09.014>
29. Gibbons BG, Williams KE, Riegel KE. Reducing tube feeds and tongue thrust: combining an oral-motor and behavioral approach to feeding. *Am J Occup Ther*. 2007;61(4):384-91. <https://doi.org/10.5014/ajot.61.4.384>
30. Wilken M, Cremer V, Berry J, Bartmann P. Rapid home-based weaning of small children with feeding tube dependency: positive ef-

fects on feeding behaviour without deceleration of growth. Arch Dis Child. 2013;98(11):856-61. <https://doi.org/10.1136/archdis-child-2012-303558>

31. Kindermann A, Kneepkens CM, Stok A, van Dijk EM, Engels M, Douwes AC. Discontinuation of tube feeding in young children by hunger provocation. J Pediatr Gastroenterol Nutr. 2008;47(1):87-91. <https://doi.org/10.1097/MPG.0b013e3181615ccb>
32. Wright C. Helping children stop or avoid enteral feeding. BMJ Qual Improv Rep. 2013;2(1):u201097.w702. <https://doi.org/10.1136/bmjquality.u201097.w702>
33. Byars KC, Burklow KA, Ferguson K, O'Flaherty T, Santoro K, Kaul A. A multicomponent behavioral program for oral aversion in children dependent on gastrostomy feedings. J Pediatr Gastroenterol Nutr. 2003;37(4):473-80. <https://doi.org/10.1097/00005176-200310000-00014>
34. Trabi T, Dunitz-Scheer M, Kratky E, Beckenbach H, Scheer PJ. Inpatient tube weaning in children with long-term feeding tube dependency: A retrospective analysis. Infant Ment Health J. 2010;31(6):664-81. <https://doi.org/10.1002/imhj.20277>
35. Krom H, de Meij TGJ, Benninga MA, van Dijk-Lokkart EM, Engels M, Kneepkens CMF, *et al.* Long-term efficacy of clinical hunger provocation to wean feeding tube dependent children. Clin Nutr. 2020;39(9):2863-71. <https://doi.org/10.1016/j.clnu.2019.12.021>
36. Wright CM, Smith KH, Morrison J. Withdrawing feeds from children on long term enteral feeding: factors associated with success and failure. Arch Dis Child. 2011;96(5):433-9. <https://doi.org/10.1136/adc.2009.179861>
37. Pahsini K, Marinschek S, Reininghaus EZ, Dalkner N, Bengesser SA, Mörkl S, *et al.* The Association of Tube Weaning and Oral Skill Development in Infants With Tube Dependency: A Prospective Study. J Pediatr Gastroenterol Nutr. 2023;77(3):e54-e60. <https://doi.org/10.1097/MPG.0000000000003856> Erratum in: J Pediatr Gastroenterol Nutr. 2023;77(5):e74.

5. c. 2. De la sonda a la cuchara

**Beatriz Sanz Herrero, Francisca González González,
Consuelo Pedrón Giner**

INTRODUCCIÓN

La instauración de una alimentación por sonda^{1,2} es una decisión que tendrá repercusiones en el futuro ya que añade a lo cotidiano la presencia de los instrumentos médicos y la vivencia de la enfermedad. Es fundamental que se enmarque en una valoración global del paciente y su familia^{3,4}, que limite la vivencia del paciente como "incapacitado", permita una adecuada interacción entre ellos y frene la delegación de cuidados hacia el sistema hospitalario. Aparentemente algo tan sencillo como dar de comer a un niño se convierte en fuente de sufrimiento y hace sentirse a los padres incompetentes como tales. El niño y los padres van a necesitar la ayuda de los profesionales especializados tanto para adquirir las habilidades y los aprendizajes de la alimentación como para sentirse seguros y capaces de llevarlas a cabo. Este es un proceso largo que requiere un seguimiento muy estrecho y continuado.

Son pacientes complejos, a menudo con enfermedades graves y con dificultades de alimentación secundarios a su enfermedad (dolor en las esofagitis, anorexia en las neoplasias, etc.), al soporte (sensación de cuerpo extraño, de saciedad, falta de aprendizaje en periodos de edad críticos, etc.) o a ambos. En muchas ocasiones la alimentación por boca está gravemente afectada durante mucho tiempo.

El trabajo compartido y la valoración conjunta de los casos permite establecer prioridades y objetivos terapéuticos de forma individualizada.

LO QUE LA SONDA NOS PERMITE

Es muy importante que los padres entiendan la alimentación por sonda o gastrostomía como una intervención a favor del desarrollo del niño y que su indicación (en el momento adecuado) va a ayudar a una mejor situación clínica de su hijo.

La orientación del médico pediatra es fundamental para indicar el soporte en el momento adecuado y ayudar a los padres a tomar la decisión^{2,4}.

En muchas ocasiones, cuando a los padres les hablan de la necesidad de poner una sonda a su hijo suelen vivirlo como algo negativo, como un agravamiento de la enfermedad o como un fracaso por no haber conseguido alimentar a su hijo por boca. Les cuesta entender que la sonda es una ayuda y una herramienta muy útil.

La alimentación con soporte artificial va a permitir⁵:

Al niño, se lo pone más fácil, permite ir más despacio. Facilita que en el acercamiento a la comida podamos adaptarnos al ritmo que el niño necesita.

En lactantes, puede ayudar a mantener la lactancia materna, sin la exigencia de conseguir determinada cantidad de alimento. Permite una experiencia de encuentro y disfrute durante la toma, contribuyendo a disminuir la ansiedad materna.

Permite no forzar o insistir excesivamente y ayuda a sentar las bases de un acercamiento más activo del propio niño al alimento. Comenzamos por ofrecer una vez al día y adaptarnos poco a poco a su evolución. Iniciaremos por la cantidad que admita en cada toma y lo demás se completará por la sonda, e iremos aumentando progresivamente hasta llegar a la cantidad pautada.

Al profesional le permite un mayor control de la enfermedad de base y garantizar un nivel nutricional adecuado en el niño^{4,6}.

Es importante establecer una modalidad de soporte que permita al niño ir reconociendo su propia sensación de hambre y saciedad (paso de alimentación continua a fraccionada o soporte nocturno para permitir iniciar la alimentación por boca durante el día).

A los padres les permite que el cuidado del niño no se centre únicamente en la alimentación^{6,7}. Posibilita no estar tan pendientes del peso y, al controlar mejor la situación clínica del niño, evita la necesidad de ir a urgencias si el niño se salta tomas o está enfermo. Se acorta el tiempo de dedicación a las comidas y se alarga para disfrutar juntos, disminuyendo el aislamiento y los momentos de conflicto.

CRECER CON SONDA

En la alimentación por sonda se hace presente la enfermedad y los cuidados médicos.

La escena de un bebé sentado enfrente de una mamá, que “en espejo” le da de comer y le devuelve una imagen coherente y organizada de sí mismo, es un espacio privilegiado de intercambio a través de las miradas, gestos y palabras que establece las bases de la imitación y posibilita el desarrollo posterior de las capacidades del niño y del lenguaje. De forma opuesta, en la alimentación por sonda, la hora de las comidas se convierte en un momento especialmente complicado, que la madre anticipa de forma ansiosa y el niño no puede recibir con placer, o que se le oculta haciéndolo a escondidas y casi nunca mediado por la palabra. Es necesario situar al niño en su lugar de sujeto activo y crear un entorno que posibilite el desarrollo de todo su potencial⁷.

Su uso durante los períodos críticos del desarrollo de la alimentación interrumpe el funcionamiento de los procesos y estructuras que intervienen en ella. Esta se desarrolla con la práctica diaria a través de las percepciones, las sensaciones y los ajustes recíprocos entre la madre y el hijo.

Es importante tener en cuenta algunos hitos que acompañan la alimentación y no deberían perderse en un niño que necesita un soporte artificial para alimentarse. Crecer con sonda, no debe significar perderse las experiencias que viven los demás niños⁸.

0-6 meses. Es necesario lograr la succión y la sensibilidad oral en los primeros meses de vida. A veces está contraindicada la alimentación oral pero sí podemos preparar al lactante para que desarrolle las funciones y habilidades necesarias para conseguir una alimentación por boca, segura y eficaz más adelante. En estos casos la logopeda estimula la succión no nutritiva con técnicas específicas y enseña a los padres para que en casa puedan hacerlo mientras se le ofrece el alimento por la sonda.

6-12 meses. La alimentación es un momento de encuentro con el adulto y descubrimiento sensorial (sabores, olores, texturas...). Es importante favorecer el acercamiento del niño al alimento y el descubrimiento de sensaciones y olores; ayudar al niño a tocar, explorar, mancharse y jugar, disminuyendo la alerta sensorial.

A medida que el niño va creciendo la comida se convierte en un momento de encuentro y socialización. Es importante facilitar que se sienta seguro sentado en la mesa con otros, pueda participar y no se pierda las experien-

cias compartidas con su grupo de iguales alrededor de la comida (cumpleaños, excursiones, etc.).

INDICACIONES CONCRETAS PARA EL TRATAMIENTO

Succión: es importante mantener una postura recogida y facilitar el encuentro con el bebé a través de la mirada y la palabra del adulto que le cuida.

Tratar de establecer un horario regular. Ofrecer un tiempo corto por boca y si es posible coincidir con las tomas. Adaptarse inicialmente al bebé y poco a poco, marcarle un ritmo.

En los casos en los que el niño únicamente coma dormido, iniciar en alguna toma despierto, en estado de alerta tranquilo.

Paso a la cuchara: ofrecer de frente, anticipar al niño, empezar muy poco a poco en tiempo y en cantidad. Facilitar la toma con un juguete o un juego de acompañamiento (limitar la pasividad y la excitación excesiva).

Inicio del sólido: ofrecer inicialmente alimentos sólidos seguros y de fácil disolución. Empezar por las texturas y sabores que le gusten y acepte mejor el niño. Consolidar las experiencias compartidas y la capacidad de dejarse guiar por el adulto. Ofrecerle seguridad y favorecer su sensación de logro. En definitiva, escuchar al niño, dirigirse directamente a él y explicarle que sabemos que le va a costar pero que lo va a conseguir y sus padres están ahí para ayudarle.

PUNTOS CLAVE

- El médico pediatra determina la necesidad de una alimentación mediante soporte artificial y acompaña a los padres en la toma de esta decisión.
- La alimentación por soporte artificial es una herramienta muy útil y asegura un adecuado estado nutricional en el niño.
- Un tratamiento adecuado de las dificultades de alimentación en los niños con sonda facilita el logro de los hitos de desarrollo adecuados

a su edad y les permite no perderse las experiencias alrededor de las comidas.

- Los padres son una parte importante del tratamiento, van tomando un papel activo en la alimentación, perdiendo el miedo a las tomas y empezando a sentirse más capaces y competentes en la crianza de sus hijos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Braegger C, Decsi T, Dias JA, Hartman C, Kolacek S, Koletzko B, *et al*; ESPGHAN Committee on Nutrition: Practical approach to paediatric enteral nutrition: a comment by the ESPGHAN committee on nutrition. *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 2010;51:110-22. <https://doi.org/10.1097/MPG.0b013e3181d336d2>
2. J Ruiz Herrero, C Pedrón Giner. Nutrición enteral en el paciente pediátrico. En: Gil Hernández A (Dtor.). *Tratado de Nutrición 4.ª Ed. Tomo V Nutrición y enfermedad*; J Álvarez, L Bordeje, C Cuerda, J Maldonado, MA Martínez Olmos, P Matía (Coords.). Madrid: Médica Panamericana; 2024. p. 237-54. ISBN: 978-84-11061-65-0.
3. Mehta NM, Corkins MR, Lyman B, Malone A, Goday PS, Carney LN, *et al*. American Society for Parenteral and Enteral Nutrition Board of Directors. Defining pediatric malnutrition: a paradigm shift toward etiology-related definitions. *J Parenter Enteral Nutr.* 2013;37:460-81. <https://doi.org/10.1177/0148607113479972>
4. Pedrón C, Martínez AB. Evaluación y prescripción nutricional en el niño con enfermedad crónica. En: Salesa Barja Yañez (Ed.). *Nutrición en enfermedades crónicas de la niñez y adolescencia*. Santiago de Chile: Ediciones Universidad Católica de Chile; 2021. p. 45-56. ISBN: 978-956-14-2776-1.
5. Sanz Herrero B, González González F, Pedrón Giner C. Sostener la cuchara. La alimentación en niños con soporte artificial. Trabajo en grupo de padres. *Cuad Psiquiatr Psicoter Niño Adolesc.* 2016;62:105-8.

6. Pedrón Giner C, Martínez Zazo A. Diagnóstico y seguimiento nutricional en los trastornos de la alimentación de inicio en la infancia. En: Morandé Lavín G, Graell Berna M, Blanco Hernández A (Coords.). Trastornos de la conducta alimentaria y obesidad: un enfoque integral. Madrid: Médica Panamericana DL; 2014. p. 156-9. ISBN: 978-84-91108-67-2.
7. Sanz B, Pedrón C, González F. Dificultades de la alimentación en la primera infancia. La necesidad de poner palabras. Cuad Psiquiatr Psicoter Niño Adolesc 2011;(51-52):157-66.
8. Sanz Herrero B, de la Torre Gordo C, Miguel Martínez MT. Tratamiento psicológico y trabajo con padres en los trastornos de alimentación de la primera infancia. En: Morandé Lavín G, Graell Berna M, Blanco Hernández A (Coords.). Trastornos de la conducta alimentaria y obesidad: un enfoque integral. Madrid: Médica Panamericana DL; 2014. p. 159-67. ISBN: 978-84-983-5741-7.

5. d. Trastornos del espectro autista

5. d. 1. Conceptos básicos de los trastornos del espectro autista

Margarita Alcamí Pertejo

El niño con Trastorno del Espectro Autista (TEA) se caracteriza por la afectación en tres áreas: la interacción social, la comunicación y los intereses restringidos o respuestas inusuales al entorno. Aunque la última edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales de la Asociación Americana de Psiquiatría (DSM 5)¹ ha reducido a dos las áreas afectadas, ello se debe a la unificación de las alteraciones en la interacción social y la comunicación como un problema conjunto, pero en realidad, las alteraciones en esas áreas siguen constituyendo ítems requeridos para el diagnóstico.

La prevalencia de los TEA ha aumentado en los últimos años, convirtiendo la atención de estas personas en un tema asistencial prioritario. Las últimas estimaciones cifran la prevalencia de los TEA entre 1/66 a 1/150². Los niños con TEA pueden presentar asociadas patologías como diversas metabopatías, intoxicaciones, infecciones, epilepsia, así como problemas motores, alteraciones oculares y auditivas³. En un 15-25% no existe asociado un retraso cognitivo⁴. A pesar de los numerosos síntomas asociados serán las dificultades en interacción, comunicación y los intereses restringidos y estereotipados los problemas nucleares en estos niños.

Ya en el primer artículo de Kanner en 1943⁵ se podía leer la idea de que “La comida es la intrusión más temprana que llega al niño desde el exterior”. En ese sentido los niños con TEA “deseosos de mantener alejado el mundo exterior, indicaban esto rehusando la comida.” Varios de los 11 pacientes descritos en ese primer artículo sobre el autismo presentaron importantes problemas de alimentación desde su nacimiento. “La mayoría de ellos, después de una lucha sin éxito, constantemente obligados, al final se rendían y, de pronto, empezaban a comer con normalidad”.

Aunque los trastornos de la alimentación no constituyen criterios diagnósticos para el TEA, la 5ª edición de la DSM recoge que “el trastorno de la

ingesta de alimentos es una forma característica de presentación del TEA bastante frecuente. Las preferencias extremas y restringidas de alimentos pueden persistir en el tiempo.”¹.

Numerosos estudios muestran la mayor frecuencia en esta población de niños con dificultades y trastornos en la alimentación (muy lentos, malos comedores, con dificultad para introducir texturas y sabores, aceptan sólidos tardíamente, pica, selectividad en alimentos...) ⁶.

La frecuencia de trastornos gastrointestinales (TGI) en pacientes con TEA es alta (58%; rango, 27-83% según algunos autores)⁷. Respecto a su tratamiento, y aunque se han encontrado reducciones en la frecuencia y severidad de algunos TGI con intervenciones dietéticas o suplementos de prebióticos o probióticos, los estudios realizados en torno a ello no permiten conclusiones⁷.

Más allá de los TGI y los estudios que se precisan al respecto de esta comorbilidad médica, consideramos que abordar las dificultades de alimentación en los niños con TEA desde la consideración de sus características autísticas puede ayudarnos a comprender su dificultad y, consecuentemente, diseñar un abordaje más adecuado.

Autores como Goldschmidt se refieren a este estilo de patrones de alimentación con el término “alimentación desordenada” definiendo cuatro tipos expansivos de patrón de alimentación (rigidez conductual; anormalidades sensoriales; conductas con riesgo significativo para la salud (pica, rumiación y comportamientos disruptivos a la hora de comer) y comportamientos alimentarios rápidos)⁸.

Varios serían los factores en niños con TEA que propician el trastorno de alimentación y en nuestra experiencia resaltaríamos:

1. Alteraciones en la sensorialidad. Una hiper o hiporreactividad a estímulos sensoriales puede manifestarse con respuestas extremas a texturas, sabores, olores, apariencia y el consiguiente rechazo de alimentos. Este tipo de rechazo suele hacerse más manifiesto cuando es esperable por la edad la introducción y ampliación de la diversidad de alimentos.

2. La “insistencia en la igualdad” propia del autismo marca una obsesiva repetitividad que, en ocasiones, por sí sola, puede estar siendo determinante en los hábitos alimentarios. Las situaciones contextuales pueden ser determinantes en la actitud del niño (lugar, presentación, vajilla empleada, anagrama del envoltorio ...) exigiendo su permanencia. Este aspecto es difícil de considerar porque habitualmente nosotros no nos movemos con esa rigidez y no percibimos esos elementos que cambian y generan un intenso malestar del niño en la situación de alimentación.

3. Conductas con riesgo significativo para la salud: pica (comer sustancias no nutritivas). Las tasas más altas de comportamiento de pica en el espectro del autismo se han documentado en entornos institucionalizados y estas tasas se reducen significativamente en las residencias basadas en la comunidad, donde hay un mayor énfasis en la estimulación social. La supervisión y mantener el entorno “a prueba de pica” será la maniobra ambiental más importante⁸.

4. En un porcentaje alto de casos existen factores orgánicos en los niños con TEA. Algunos de estos trastornos por sí mismos ya favorecen dificultades en la alimentación por la afectación directa en el apetito o la digestión. En otros los retrasos madurativos (especialmente motores o de coordinación) limitan la adquisición de los patrones motores requeridos para realizar una adecuada ingestión de alimentos.

5. El componente interactivo. No podemos olvidar que culturalmente la alimentación tiene un componente relacional intrínseco. Inicialmente con el cuidador, que ofrece y da el alimento; posteriormente el entorno (escolar, familiar y social) ofrece reunirse en torno a la comida. La tendencia al aislamiento y la retracción que caracteriza a estos pacientes, la falta de reciprocidad emocional, la escasa capacidad de imitación, ... pueden también afectar la actitud hacia la alimentación.

La actitud terapéutica frente a las dificultades en la alimentación en los niños con TEA estará marcada (al igual que en otro tipo de trastornos de alimentación) por la repercusión en aspectos nutricionales.

Si esta repercusión no está presente el trabajo específico sobre la alimentación debe considerarse de forma integrada y desde una perspectiva multidimensional. La preponderancia de unos objetivos u otros variará según el caso, las circunstancias y el momento evolutivo del niño. Habitualmente, en las primeras etapas, es preciso abordar las dificultades de interacción y comunicación posponiendo el tema de alimentación a etapas más evolucionadas donde la interacción con el niño se sostiene con más herramientas comunicativas. La consecución de pautas de alimentación normalizadas, con aceptación de la diversidad de alimentos es una forma de trabajar no solo sobre los trastornos alimentarios, sino sobre la rigidez, la inflexibilidad y los intereses estereotipados que caracterizan a estos niños.

Es necesario hacer hincapié en el hecho de que la mayor parte de signos y síntomas referidos por los padres en bebés con TEA de entre 6 y 18 meses de edad tenían que ver con dificultades no específicas del TEA tales como problemas de sueño y alimentación, alteración en la actividad motora, atencional, falta de reactividad, etcétera⁹.

“Quizás por este motivo y dado que las dificultades específicas del TEA como las relacionadas con la interacción social no se hacen presentes hasta meses más tarde, hay que estar mucho más alerta ante las alteraciones en el desarrollo general del bebé referidas por los padres”¹⁰.

Los trastornos de alimentación pueden presentarse en los niños con TEA y su presencia constituye un signo de alarma más que puede orientar hacia este difícil diagnóstico¹¹.

BIBLIOGRAFÍA

1. American Psychiatric Association. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. 5.ª Ed. (DSM-5). Madrid: Médica Panamericana; 2014. ISBN: 978-84-911-0372-1.
2. Volkmar F, Siegel M, Woodbury-Smith M, King B, McCracken J, State M; American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (AACAP) Committee on Quality Issues (CQI). Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with autism spectrum disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2014;53(2):237-57. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2013.10.013> Erratum in: *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2014;53(8):931.
3. Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Trastornos del Espectro Autista en Atención Primaria. Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Trastornos del Espectro Autista en Atención Primaria. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social. Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. Agencia Laín Entralgo; 2009. Guías de Práctica Clínica en el SNS: UETS N° 2007/5-3. ISBN: 978-84-451-3244-9.
4. Martos-Pérez J, Freire-Prudencio S, González-Navarro A, Llorente-Comí M, Ayuda Pascual R. Evolución y seguimiento de los trastornos del espectro autista. *Rev Neurol*. 2013;56(1):S61-6. <https://doi.org/10.33588/rn.56S01.2012655>
5. Kanner L. Autistic disturbances of affective contact. *Nervous Child*. 1943;2:217-50.
6. Emond A, Emmett P, Steer C, Golding J. Feeding symptoms, dietary patterns, and growth in young children with autism spectrum disorders. *Pediatrics*. 2010;126(2):e337-42. <https://doi.org/10.1542/peds.2009-2391>
7. Herrera-Mejía J, Ramos-Jiménez, Jiménez-Vega F, Campos-Vega R, González-Córdova AF, Wall-Medrano A. Alimentación funcional para corregir desórdenes gastrointestinales asociados a trastornos del espectro autista: una revisión sistemática. *Nutr Hosp*. 2022. 24;39(3):663-77. <https://doi.org/10.20960/nh.03898>

8. Goldschmidt J. Una amplia visión: alimentación desordenada en el espectro del autismo. *Eating Disorders Review*. 2018;(29)3:1-8.
9. Guinchat V, Chamak B, Bonniau B, Bodeau N, Perisse D, Cohen D, *et al*. Very early signs of autism reported by parents include many concerns not specific to autism criteria. *Res Autism Spectr Disord*. 2012;6(2):589-601. <https://doi.org/10.1016/j.rasd.2011.10.005>
10. Alcamí Pertejo M y Serrano Villar M. Los bebés en riesgo de autismo. En: R Prego Dorca, M Alcamí Pertejo, E Mollejo Aparicio (Coords.). *Parentalidad, perinatalidad y salud mental en la primera infancia*. Madrid: AEN Digital; 2018. p. 339-55. ISBN: 978-84-95287-85-4.
11. Ferre Navarrete F, Palanca Maresca I, Crespo Hervás MD (Coord.). *Guía de diagnóstico y tratamiento de los Trastornos del Espectro Autista. La atención en la Red de Salud Mental*. Madrid: Cogesin. 2008 [en línea] [consultado el 07/04/2025]. Disponible en www.psie.cop.es/uploads/GUIA_TEA.pdf

5. d. 2. Trastornos gastrointestinales asociados al trastorno del espectro autista en la infancia

Jana Ruiz Herrero

INTRODUCCIÓN

Los niños con trastorno del espectro autista (TEA) suelen presentar conductas alimentarias alteradas debido a los rasgos típicos de esta patología (intereses restringidos, alteraciones sensoriales, etc.). Además, asocian con frecuencia trastornos gastrointestinales (TGI) que pueden dificultar aún más su interacción con la comida, e impactan en su calidad de vida y la de sus familias. El diagnóstico y tratamiento de los TGI en los niños con TEA suponen un reto por la complejidad de este tipo de pacientes, ya que con frecuencia muestran dificultades de comunicación y manifestaciones clínicas atípicas que retrasan el abordaje del TGI, y condicionan un empeoramiento del problema neurológico y frustración en sus cuidadores. Por otro lado, a menudo son sometidos a dietas restrictivas con el fin de mejorar tanto el TEA como los TGI asociados, lo que, unido a la ingesta selectiva de alimentos, conlleva un mayor riesgo de alteración nutricional. Por todo ello, es importante que el equipo multidisciplinar que atiende a este tipo de pacientes esté cualificado en el abordaje de los TGI y los problemas de alimentación que padecen, e instruyan a la familia en la identificación y manejo de ambos.

PREVALENCIA, TIPOS Y FISIOPATOLOGÍA DE LOS TRASTORNOS GASTROINTESTINALES EN LOS NIÑOS CON TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA

Los pacientes con TEA presentan múltiples condiciones que afectan a diferentes órganos y sistemas, siendo los TGI la más frecuente de sus comorbilidades. Los estudios muestran cifras de prevalencia de TGI en la población TEA muy dispares, pero en la actualidad parece bastante claro que ambos procesos están relacionados. Aunque existen publicaciones en las que se ha documentado una prevalencia baja de TGI en pacientes con TEA (en torno al 9%, similar a la estimada en niños sanos)¹, la mayoría reportan datos muy superiores, alcanzando en estudios epidemiológicos cifras del 21-77%²

y estimándose en las últimas revisiones que aproximadamente uno de cada tres niños y adolescentes con TEA padece algún TGI^{3,4}, con ligera mayor afectación del sexo femenino⁴.

Los problemas digestivos más frecuentes son: estreñimiento (50-88%), flatulencia (51-87%), distensión abdominal (33-87%) y diarrea (12-73%)^{2,5}. De hecho, se ha descrito que presentan cuatro veces más riesgo de presentar TGI que los grupos control, tres veces más riesgo de diarrea y estreñimiento y el doble de riesgo de dolor abdominal⁶.

Las causas de esta mayor incidencia de TGI no están claramente establecidas. Un aspecto bastante estudiado es la microbiota intestinal, especialmente desde la aparición de la teoría de la presencia del eje microbiota-intestino-cerebro^{7,8}. El microbioma de los niños TEA es menos abundante y diverso. Los casos que asocian TGI presentan aún menor diversidad bacteriana que los controles sanos e incluso que los pacientes TEA sin TGI. Se han observado concentraciones más bajas de Bifidobacterias y una relación bacteroidetes/firmicutes más baja⁹⁻¹¹. En los pacientes con sintomatología más grave esta relación es aún menor y presentan mayor abundancia de Clostridium en comparación con los que padecen síntomas leves-moderados¹¹.

Otras teorías sobre la asociación de los TGI con el TEA se basan en una alteración en la digestión y absorción de algunos alimentos. La digestión deficiente de caseína y gluten parece aumentar la formación y transferencia de exorfinas hacia el torrente sanguíneo que podrían acentuar los síntomas neurológicos¹². En el colon, estos péptidos pueden ser reconocidos por células presentadoras de antígenos de la mucosa capaces de desencadenar respuestas inmunológicas locales debido a la liberación de reactantes inflamatorios con efectos potencialmente nocivos para el intestino¹³. No obstante, la evidencia sobre la presencia de una permeabilidad intestinal anormal en los pacientes con TEA es limitada¹⁴ y no se ha demostrado un mayor riesgo de enfermedad celiaca¹⁵ ni patología alérgica¹⁴.

MANIFESTACIONES CLÍNICAS, DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LOS TRASTORNOS GASTROINTESTINALES EN EL PACIENTE CON TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA

La sintomatología de los TGI en los niños con TEA puede ser muy variada. En ocasiones los síntomas resultan evidentes, como ocurre cuando los fa-

miliares observan un menor número de deposiciones y de consistencia más dura en el estreñimiento, o un aumento del ritmo intestinal con deposiciones blandas o líquidas en la diarrea. Sin embargo, con frecuencia el problema es difícil de identificar debido a que se manifiesta de forma atípica. Esto ocurre especialmente con los cuadros de dolor abdominal y de reflujo gastroesofágico. En la tabla 1 se muestran algunas conductas del paciente con TEA que pueden hacer sospechar la presencia de un TGI. Es importante destacar que en muchas ocasiones el TGI puede debutar “solamente” con alteraciones del comportamiento¹⁴.

Tabla 1. Comportamientos que pueden ser marcadores de dolor o malestar abdominal en personas con trastorno del espectro autista (modificada de referencia 14).

Comportamientos vocales	Comportamientos motores	Cambios del estado general
Carraspeo frecuente.	Muecas faciales.	Alteraciones del sueño.
Movimientos deglutorios.	Rechinar de dientes.	Aumento de la irritabilidad.
Tics.	Comer/beber/tragar constantemente.	Comportamiento opositorista.
Gritos o gemidos.	Mordisqueo frecuente (por ejemplo, de la ropa –puños o cuello de camisa–).	Incumplimiento de demandas que normalmente provocan una respuesta apropiada.
Sollozos o suspiros.	Pica.	
Ecolalia.	Aplicar presión o señalar con el dedo la parte del cuerpo que le molesta.	
	Posturas anormales (torsión del cuello, arqueado de espalda...).	
	Agitación (caminar de un lado a otro, saltar...).	
	Aumento inexplicable de conductas repetitivas.	
	Aparición o empeoramiento de comportamientos autolesivos o agresivos.	

Es crucial la habilidad de los cuidadores en la identificación de los signos y síntomas de los TGI en los niños con incapacidad para comunicarse. Ante un cambio en la conducta habitual del niño, inexplicable y repentino, se debe considerar la posibilidad de que padezca un TGI. El síntoma, particularmente el dolor, es un factor que aumenta la probabilidad de que la alteración de la conducta sea grave (autolesión, agresión)¹⁴.

Ante la sospecha de un TGI en pacientes TEA será preciso el mismo estudio diagnóstico que en los pacientes no TEA, aunque simultáneamente se inicie un tratamiento conductual¹⁴. Al igual que en el niño sano, en ocasiones es difícil dilucidar entre la posibilidad de un origen funcional u orgánico del TGI, por lo que es complicado decidir qué paciente precisa realizar pruebas complementarias invasivas, teniendo en cuenta la dificultad añadida de realizar este tipo de exploraciones en niños con dificultades de comunicación y comportamiento. En general, si no existen datos de alarma (repercusión antropométrica, sangre en las deposiciones, alteraciones en pruebas básicas iniciales de sangre, orina o heces, entre otras), puede tratarse de un cuadro funcional. Dado que no existen guías para su abordaje en estos pacientes, el trabajo conjunto de los departamentos de psiquiatría, psicología, pediatría, neurología y gastroenterología mejorará la evaluación del TGI y su tratamiento¹⁴. En la tabla 2 se resumen las recomendaciones en el abordaje diagnóstico de los TGI en la población TEA.

El tratamiento de los TGI en los pacientes con TEA será el mismo que se indica en los niños sin TEA. No obstante, mención especial merecen las terapias dietéticas y de modificación de la microbiota. El manejo nutricional es un elemento importante para el abordaje terapéutico con posibles beneficios gastrointestinales y a nivel cognitivo¹⁶. Se ha descrito que hasta un 24% de los pacientes con TGI y TEA mejoran con dieta sin caseína y/o gluten o la toma de pre y probióticos⁵. Con frecuencia son los propios cuidadores quienes hacen pruebas con diferentes dietas, habiéndose descrito las siguientes: dietas de eliminación de varios alimentos o incluso elementales, dietas FODMAPS (bajas en oligosacáridos, disacáridos, monosacáridos y polioles fermentables), dietas de evitación de aditivos y colorantes, dietas sin gluten y/o caseína, o incluso terapias dietéticas cetogénicas¹⁶.

Tabla 2. Abordaje diagnóstico de los síntomas gastrointestinales en los pacientes con trastorno del espectro autista (modificada de referencia 14)

Síntoma	Posible TGI	Pruebas complementarias a considerar
Trastorno el sueño	ERGE	Prueba terapéutica con IBP pH-impedanciometría Tránsito digestivo superior Endoscopia digestiva
Agresividad, rabietas, autolesiones, comportamiento oposicionista	ERGE Estreñimiento Gastritis Inflamación intestinal	Prueba terapéutica con IBP o PEG Radiografía abdominal pH-impedanciometría Endoscopia digestiva
Esfuerzo defecatorio, heces duras, ≤ 2 deposiciones/semana	Estreñimiento	Prueba terapéutica con PEG Radiografía abdominal
Abdomen doloroso (llanto, presión sobre el abdomen, problema de comportamiento relacionado con las comidas)	Estreñimiento ERGE Inflamación intestinal Malabsorción Mal digestión Alergia	Prueba terapéutica con IBP o PEG Radiografía abdominal pH-impedanciometría Endoscopia digestiva Test de hidrógeno espirado tras sobrecarga oral de lactosa Despistaje de celiaquía y alergias
Distención abdominal y/o flatulencia	Estreñimiento Intolerancia a lactosa Sobrecrecimiento bacteriano Celiaquía Parasitosis	Prueba terapéutica con PEG o dieta sin lactosa Radiografía abdominal Análisis de heces Despistaje de celiaquía Test de hidrógeno espirado tras sobrecarga oral de lactosa
Diarrea crónica (≥ 3 deposiciones al día de menor consistencia > 2 semanas)	Malabsorción Mal digestión Parasitosis Celiaquía Sobrecrecimiento bacteriano Estreñimiento (diarrea por rebosamiento)	Endoscopia digestiva

ERGE: enfermedad por reflujo gastroesofágico; **IBP:** inhibidor de la bomba de protones; **PEG:** polietilenglicol; **TGI:** trastorno gastrointestinal.

No obstante, el uso de restricciones dietéticas no está recomendado a día de hoy como tratamiento de primera línea de forma generalizada, ya que no existen evidencias claras de que puedan mejorar la clínica de cualquier sujeto con TEA ni de cualquier TGI^{5,14}, debiendo individualizarse en cada caso y no sustituir al estudio diagnóstico pertinente. Además, la intervención nutricional puede ser compleja por la alta prevalencia de problemas de alimentación, lo que hace que en muchas ocasiones los cuidadores sean incapaces de implementar las recomendaciones dietéticas prescritas. Los pacientes TEA tienen hasta cinco veces más problemas del comportamiento alimentario y de alimentación que los niños sanos^{2,17}. Suelen tener tendencia a la ingesta de alimentos ricos en grasas y carbohidratos y a una menor ingesta de fibra, lo cual puede contribuir a la aparición de un TGI o a exacerbar uno subyacente. Además, estas preferencias se relacionan con la observación de tasas más elevadas de obesidad, habiéndose publicado una frecuencia de 17% de sobrepeso y de 20-30% de obesidad¹⁸⁻¹⁹. Las dietas restrictivas aumentan el riesgo de deficiencias nutricionales en una población ya de por sí en riesgo debido a sus problemas de alimentación y tendencia a las conductas restrictivas. Estas dietas pueden conllevar un aporte deficiente de nutrientes críticos como calcio, vitamina D y aminoácidos esenciales, desencadenantes de alteraciones en el crecimiento y la densidad mineral ósea^{5,14}, y de hierro, que puede agravar problemas de sueño¹⁴. Por todo ello, la prescripción de una dieta restrictiva debe realizarla cuidadosamente un profesional experto para reducir los riesgos nutricionales asociados y determinar la necesidad de suplementos⁵.

Respecto al uso de probióticos, varios estudios han evaluado la eficacia y seguridad del empleo de estos suplementos en población TEA. Parece que su administración normaliza la relación bacteroidetes/firmicutes e incrementa la cifra de Bifidobacterium, y se asocia a una mejora de los TGI y de los problemas neurológicos⁹⁻¹¹. Aunque se han analizado distintas cepas en estudios pequeños y de baja calidad metodológica, no está claramente establecida la cepa más indicada, la dosis ni la duración del tratamiento⁴.

En ocasiones el TGI se enfoca solo desde un punto de vista neurológico prescribiendo medicación psiquiátrica que mejore el comportamiento. Esto puede no solo no mejorar el cuadro, si no empeorarlo debido a posibles efectos adversos digestivos de la medicación. Si esto ocurre, no se debe demorar la evaluación médica del TGI¹⁴. Por otro lado, en ocasiones es preferi-

ble un abordaje terapéutico comportamental y no farmacológico, incidiendo en enseñar al niño TEA a establecer vías de comunicación alternativas que le permitan transmitir su disconfort¹⁴.

IMPACTO DE LA SINTOMATOLOGÍA GASTROINTESTINAL EN EL PACIENTE CON TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA Y SU ENTORNO

La presencia de síntomas gastrointestinales en los pacientes con TEA son un motivo de consulta frecuente, de consumo de fármacos, de repercusión en la calidad de vida y, aunque no existe coherencia en todos los estudios, de mayor gravedad de los síntomas neurológicos. Se han relacionado con la aparición de regresión y empeoramiento de la interacción social. Algunos autores han descrito una correlación de los síntomas gastrointestinales con la severidad del TEA, siendo posible que los síntomas del autismo se exacerben o incluso se desencadenen o deban parcialmente a los TGI subyacentes²⁰.

Los trastornos del sueño suelen coexistir con el TEA y pueden empeorar sus síntomas e interferir por sí mismos con la calidad de vida de los niños y de los padres. Esta situación empeora cuando además asocian un TGI. Los pacientes con TEA y TGI tienen casi el doble de riesgo de padecer problemas de sueño que los que no presentan problemas digestivos. De hecho, la detección temprana y el tratamiento adecuado del TGI contribuyen en la reducción de la prevalencia y la gravedad de los problemas del sueño y en la mejora de la calidad de vida y el desarrollo en esta población^{21,22}.

En ocasiones, los problemas digestivos pueden desencadenarse en el contexto de alguna rutina diaria del paciente TEA, como puede ser la comida. Esto puede hacer que el niño identifique el momento de la ingesta con dolor y su conducta ante la comida sea de aversión y rechazo¹⁴. Además, la aversión a un alimento como consecuencia de una reacción adversa a su ingesta puede extenderse hacia una aversión a alimentos con la misma forma, o el mismo color, etc., agravando las dificultades de alimentación¹⁴. Una vez resuelto el problema que desencadena el dolor, el niño aceptará mejor la rutina de la comida¹⁴. Conviene destacar que, tanto la conducta alimentaria selectiva debido al propio TEA o a los TGI desencadenados o no por la ingesta de ciertos alimentos, así como las dietas restrictivas con fines terapéuticos, pueden comprometer su estado de salud y nutricional.

Por todo ello, los TGI impactan en la calidad de vida del niño y sus cuidadores, en su actividad académica y extraescolar, y en la dinámica familiar. Se ha demostrado que los TGI se relacionan con sentimientos de angustia y frustración en los padres. En parte se deben a la interrupción de las rutinas y las interacciones sociales y laborales familiares, pero también a la sensación de impotencia al no poder resolver el problema de su hijo y al sentirse incomprendidos por los profesionales sanitarios que los atienden²².

PUNTOS CLAVE

- Los TGI son frecuentes en la población con TEA, pero su identificación y diagnóstico son difíciles debido a que, con frecuencia, presentan manifestaciones clínicas atípicas y al problema de comunicación de estos pacientes.
- Es importante concienciar a cuidadores y sanitarios en el debut atípico de los TGI en los pacientes TEA para lograr un manejo adecuado precoz y que no empeore su estado neurológico basal.
- Cualquier cambio del comportamiento habitual de un niño TEA, inexplicable y repentino, puede indicar la presencia de dolor o un TGI.
- Los TGI impactan negativamente en la calidad de vida del niño TEA y su familia, afectan al sueño, a su conducta alimentaria y al propio TEA.
- Con frecuencia se abordan los TEA y los TGI con restricciones dietéticas que, unidas a las conductas alimentarias selectivas del niño autista, aumentan el riesgo de deficiencias nutricionales por lo que cualquier dieta deber ser adecuadamente supervisada por profesionales expertos.
- En el manejo de los TGI del niño con TEA es preciso un abordaje multidisciplinar que implique a especialistas en neurología y gastroenterología, nutrición y dietética, psicología conductual, terapia ocupacional y logopedia.

BIBLIOGRAFÍA

1. Black C, Kaye JA, Jick H. Relation of childhood gastrointestinal disorders to autism: nested case-control study using data from the UK General Practice Research Database. *BMJ*. 2002;325(7361):419-21. <https://doi.org/10.1136/bmj.325.7361.419>
2. Ibrahim SH, Voigt RG, Katusic SK, Weaver AL, Barbaresi WJ. Incidence of gastrointestinal symptoms in children with autism: a population-based study. *Pediatrics*. 2009;124(2):680-6. <https://doi.org/10.1542/peds.2008-2933>
3. Lasheras I, Real-López M, Santabárbara J. Prevalencia de síntomas gastrointestinales en trastornos del espectro del autismo: un metaanálisis. *An Pediatr*. 2023;99:102-10. <https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2023.05.011>
4. Leader G, Abberton C, Cunningham S, Gilmartin K, Grudzien M, Higgins E, *et al*. Gastrointestinal Symptoms in Autism Spectrum Disorder: A Systematic Review. *Nutrients*. 2022;14(7):1471. <https://doi.org/10.3390/nu14071471>
5. Herrera Mejía J, Ramos-Jiménez A, Jiménez Vega F, Campos Vega R, González Córdova AF, Wall-Medrano A. Alimentación funcional para aliviar desórdenes gastrointestinales asociados a trastornos del espectro autista: Una revisión sistemática. *Nutr Hosp*. 2022;39(3):663-77. <https://doi.org/10.20960/nh.03898>
6. McElhanon BO, McCracken C, Karpen S, Sharp WG. Gastrointestinal symptoms in autism spectrum disorder: a meta-analysis. *Pediatrics*. 2014;133(5):872-83. <https://doi.org/10.1542/peds.2013-3995>
7. Gómez-Eguílaz M, Ramón-Trapero JL, Pérez-Martínez L, Blanco JR. El eje microbiota-intestino-cerebro y sus grandes proyecciones. *Rev Neurol*. 2019;68(03):111-7. <https://doi.org/10.33588/rn.6803.2018223>
8. Clarke G, O'Mahony S, Dinan T, Cryan J. Priming for health: gut microbiota acquired in early life regulates physiology, brain and be-

haviour. *Acta Paediatr.* 2014;103:812-9. <https://doi.org/10.1111/apa.12674>

9. Shaaban SY, El Gendy YG, Mehanna NS, El-Senousy WM, El-Feki HSA, Saad K, *et al.* The role of probiotics in children with autism spectrum disorder: A prospective, open-label study. *Nutr Neurosci.* 2018;21(9):676-81. <https://doi.org/10.1080/1028415X.2017.1347746>
10. Niu M, Li Q, Zhang J, Wen F, Dang W, Duan G. Characterization of Intestinal Microbiota and Probiotics Treatment in Children With Autism Spectrum Disorders in China. *Front Neurol.* 2019;10:1084. <https://doi.org/10.3389/fneur.2019.01084>
11. Tomova A, Reinhard R, van Waesberghe JHTM, van den Tol P, Bakker FC, van den Bos ICP. Gastrointestinal microbiota in children with autism in Slovakia. *Physiol Behav J.* 2015;138:179-87. <https://doi.org/10.1016/j.physbeh.2014.10.033>
12. Elder J, Kreider C, Schaefer N, DeLaosa M. A review of gluten- and casein-free diets for treatment of autism: 2005 - 2015. *Nutr Diet Suppl.* 2015;7:87-101. <https://doi.org/10.2147/NDS.S74718>
13. Cieslinska A, Kostyra E, Savelkoul HFJ. Treating Autism Spectrum Disorder with Gluten-Free and Casein-Free Diet: The Underlying Microbiota-Gut-Brain Axis Mechanisms. *Clin Immunol Immunother.* 2017;3(1):1-11. <https://doi.org/10.24966/CIIT-8844/100009>
14. Buie T, Campbell DB, Fuchs GJ 3rd, Furuta GT, Levy J, Vandewater J, *et al.* Evaluation, diagnosis, and treatment of gastrointestinal disorders in individuals with ASDs: a consensus report. *Pediatrics.* 2010;125(1):S1-18. <https://doi.org/10.1542/peds.2009-1878C>
15. Quan J, Panaccione N, Jeong J, Underwood FE, Coward S, Windsor JW, *et al.* Association Between Celiac Disease and Autism Spectrum Disorder: A Systematic Review. *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 2021;72(5):704-11. <https://doi.org/10.1097/MPG.0000000000003051>
16. Berry RC, Novak P, Withrow N, Schmidt B, Rarback S, Feucht S, *et*

- a/*. Nutrition Management of Gastrointestinal Symptoms in Children with Autism Spectrum Disorder: Guideline from an Expert Panel. *J Acad Nutr Diet*. 2015;115(12):1919-27. <https://doi.org/10.1016/j.jand.2015.05.016>
17. Sharp WG, Berry RC, McCracken C, Nuhu NN, Marvel E, Saulnier CA, *et al*. Feeding problems and nutrient intake in children with autism spectrum disorders: a meta-analysis and comprehensive review of the literature. *J Autism Dev Disord*. 2013;43(9):2159-73. <https://doi.org/10.1007/s10803-013-1771-5>
 18. Egan AM, Dreyer ML, Odar CC, Beckwith M, Garrison CB. Obesity in young children with autism spectrum disorders: prevalence and associated factors. *Child Obes*. 2013;9(2):125-31. <https://doi.org/10.1089/chi.2012.0028>
 19. Curtin C, Anderson SE, Must A, Bandini L. The prevalence of obesity in children with autism: a secondary data analysis using nationally representative data from the National Survey of Children's Health. *BMC Pediatr*. 2010;10:11. <https://doi.org/10.1186/1471-2431-10-11>
 20. Adams JB, Johansen LJ, Powell LD, Quig D, Rubin RA. Gastrointestinal flora and gastrointestinal status in children with autism—comparisons to typical children and correlation with autism severity. *BMC Gastroenterol*. 2011;11:22. <https://doi.org/10.1186/1471-230X-11-22>
 21. McCue LM, Flick LH, Twyman KA, Xian H. Gastrointestinal dysfunctions as a risk factor for sleep disorders in children with idiopathic autism spectrum disorder: A retrospective cohort study. *Autism*. 2017;21(8):1010-20. <https://doi.org/10.1177/1362361316667061>
 22. Holingue C, Poku O, Pfeiffer D, Murray S, Fallin MD. Gastrointestinal concerns in children with autism spectrum disorder: A qualitative study of family experiences. *Autism*. 2022;26(7):1698-711. <https://doi.org/10.1177/13623613211062667>

5. d. 3. Aspectos generales a tener en cuenta en el abordaje terapéutico de las dificultades de alimentación en niños/as con trastorno del espectro autista

Esther Juste Sánchez

Analizando las dificultades que pueden presentar los niños y niñas con Trastornos del Espectro Autista (TEA) respecto a la alimentación, es frecuente que nos encontremos¹:

- Intereses restringidos. En el área de alimentación esto se traduce en la limitación de la variedad de alimentos aceptados, rechazando cualquiera que se aleja de los mismos.
- Dificultad o alteración sensorial (hiper- o hiporreactividad a los estímulos sensoriales). Aspecto que limita o impide el moldeamiento o guía física durante la alimentación.

Sin embargo, de todos es sabido que cada caso es único. Por este motivo, es necesario conocer al niño/a y familia que tenemos delante para saber cómo realizar nuestra intervención. Para ello, de manera previa, debemos realizar una buena **recogida de información**. Hemos de tener en cuenta que, para conseguir una información exhaustiva y completa, precisaremos de la participación de profesionales de diferentes especialidades: Médico de pediatría general; Médico pediatra especializado en Gastroenterología y Nutrición; Psiquiatra y/o Psicólogo; Terapeuta ocupacional; Logopeda.

Así mismo, necesitaremos que la familia comparta con nosotros/as la evolución de la alimentación del niño/a, sus preocupaciones y sus experiencias previas.

Os dejamos en esta [Tabla 1](#), algunos datos principales que debemos conocer sobre el niño/a y que nos van a orientar sobre cómo realizar nuestra intervención:

Los primeros encuentros con el niño/a serán claves para guiar nuestra intervención. Debemos tener en cuenta que somos una persona ajena y desconocida, por lo que el primer paso es crear un clima y un espacio agradable para que las experiencias que vaya a vivir en las sesiones sean positivas desde el momento inicial.

Tabla 1. Datos para orientar nuestra intervención

Desarrollo psicomotor
Evolución de la alimentación y de funciones oromotoras
Hábitos familiares en torno a la alimentación
Tipo de comunicación: lenguaje verbal, uso de Sistema de Comunicación Aumentativa o Alternativa, uso de facilitadores de aprendizaje, etc.
Gustos, intereses, preferencias: juegos, juguetes; preferencias de alimentos

Algunas ideas a tener en cuenta²:

- Clima relajado.
- Espacio bien estructurado, con lugar de comida adaptado al momento del desarrollo del niño/a (trona, mesa y sillas pequeñas).
- Limitación al máximo de distracciones (juguetes, pantallas, ruidos, etc.) que puedan alejar su atención del momento de la comida.

Teniendo estos aspectos presentes, comenzaremos nuestra evaluación inicial. A continuación, os presentamos algunas ideas de herramientas de evaluación:

- Observación directa de la situación de la comida a través de una guía de observación. Os dejamos algunos datos que podemos obtener de dicha observación y nos serán de gran ayuda en la intervención terapéutica:
 - Interacción adulto cuidador-niño: lenguaje verbal, uso de pictogramas, signos, uso de tecnología para comunicación.
 - Nivel de autonomía y participación del niño en el momento de la comida. Respuesta del cuidador a las acciones del niño: ayuda física y/o verbal durante el ofrecimiento.
 - Actitud y comportamiento del niño ante el alimento: exploración, nivel de actividad, etc.
 - Observaciones clínicas sobre estructuras orofaciales y funciones oromotoras: perfil facial, dentición, sellado labial, masticación, etc.
 - Cualidades relacionadas con el alimento ofrecido: presentación, cantidad, cualidades del alimento (dureza, color, temperatura, etc.), velocidad de ingesta, etc.

- Escalas e inventarios de desarrollo.
- Cuestionarios sensoriales: deben ser pasadas y corregidas por un/a profesional formalmente cualificado (Terapeuta Ocupacional).
- Valoración de funciones oromotoras realizada por un/a profesional formalmente cualificado (Logopeda).
- Cuestionario de preferencias de alimentos a rellenar por la familia. Nos va a aportar información de las cualidades que prefieren en los alimentos: sabor, dureza, temperatura, etc.

Con toda la información que hemos recogido en nuestra evaluación inicial, ya podemos comenzar a **plantearnos objetivos.**

Tenemos claro cuál es nuestro último objetivo: que el niño/a tenga una alimentación variada y saludable. Ahora bien, vamos a hacer una pausa para responder a las siguientes preguntas:

- ¿Qué frecuencia tendrá nuestra intervención?
- ¿Coincide esta frecuencia con las veces que come el niño a lo largo del día?
- ¿Somos las personas encargadas de alimentarle?

La respuesta es fácil: NO. Ahora atendamos a la siguiente cuestión:

- ¿La intervención sobre las dificultades de alimentación de un niño/a con TEA debe hacerse de manera aislada del abordaje del resto de áreas del desarrollo?

Nuevamente, la respuesta debería ser NO.

Estas cuestiones nos llevan pues, a la siguiente afirmación:

Nuestra intervención debe ir incorporada dentro de una atención global del desarrollo. Así mismo, debe estar enfocada tanto a una actuación directa hacia el niño/a como a una atención hacia su familia y su entorno³. Solo así conseguiremos multiplicar al máximo las oportunidades de aprendizaje.

Ahora sí, pasemos a plantearnos los objetivos. Es fácil en el momento de su elaboración, abusar de generalidades y ambigüedades que dejan a merced de la subjetividad de quien los lee, el saber si se alcanzan o no. Un ejemplo de este tipo de objetivo podría ser:

- Favorecer el incremento de la variedad de alimentos aceptados.

Reflexionemos sobre este ejemplo: ¿este objetivo puede verse alcanzado en el momento en el que el niño/a prueba un solo alimento nuevo? y si ese alimento lo toma exclusivamente con el profesional terapeuta o en la escuela con su maestra, pero en casa no, ¿también se considera aceptado? Digamos que es cuestionable.

Una realidad que vivimos en nuestro día a día es que no podemos prever cómo va a ser la evolución del niño/a. Cada día vamos descubriéndolo y adaptándonos para que sea una evolución positiva y continua. Es por este motivo que los objetivos de nuestra intervención se van a ver en muchas ocasiones modificados. Teniendo en cuenta esto, debemos ser cuidadosos en plantearnos objetivos que sean funcionales. Para ello, podemos tener presente la metodología SMART⁴, que nos invita a establecer objetivos que sean:

- Específicos (Specific).
- Medibles (Measurable).
- Alcanzables (Achievable).
- Realistas (Realistic).
- De duración limitada (Time-bound).

Esta metodología para definir objetivos nos ayuda en la estructura de nuestra intervención, en la comprensión de los mismos por parte de la familia y en el enfoque hacia una atención en continua adaptación a las capacidades del niño/a. Así mismo, nos evitará frustraciones que, en muchas ocasiones, son consecuencia de unos objetivos mal planteados. De este modo, el objetivo que hemos puesto de ejemplo antes debería concretarse mucho más, por lo que podrían salir varios objetivos, como, por ejemplo:

- Introducirse en la boca (o tolerar que el cuidador principal se lo introduzca) un pedazo de - "alimento nuevo elegido"-en una de las comidas del día que realiza en casa, durante una semana, y mantenerlo en la boca durante más de 3 segundos sin escupirlo.

Esta manera de formular nuestros objetivos evita frustraciones por no alcanzar metas poco adaptadas al nivel del niño.

Ahora vamos a ver qué aspectos debemos tener en cuenta en nuestra intervención para facilitar el alcance de los objetivos planteados.

Presentación de alimentos nuevos

Uno de los aspectos más complicados en nuestra intervención como profesionales es buscar qué alimentos son los más adecuados para incorporar en la dieta del niño/a y cómo presentárselo. Pues bien, aquí como en otros aspectos del aprendizaje, no existe una fórmula única que nos valga para todos/as, pero sí podemos tener presente una serie de recomendaciones:

- Iniciar la incorporación de alimentos nuevos que compartan propiedades con los ya aceptados y conocidos. Por ejemplo, si sabemos que le gustan los alimentos crujientes y secos, podemos iniciar la incorporación de uno nuevo que tenga estas cualidades.
- Realizar una presentación sucesiva del alimento reforzando cada acercamiento: tenerlo delante, tocarlo, olerlo, chuparlo, metérselo en la boca, etc. Así mismo, la cantidad de alimento que se le presenta debe ser aumentada de manera gradual según lo acepte.
- Cuidar siempre que los alimentos presentados sean adecuados a sus capacidades, favorezcan una dieta completa y saludable y no exista riesgo de atragantamiento.

Guía física y moldeamiento

En nuestra intervención será de mayor ayuda nuestro moldeamiento físico que las instrucciones u órdenes verbales a las que estamos acostumbrados a usar como facilitador de aprendizaje. Este tipo de ayuda no precisa de una capacidad de imitación y nos permite hacer una retirada gradual favoreciendo la iniciativa y espontaneidad. Ejemplo de esto es ayudarle a coger el utensilio de comida cogiendo su mano con la nuestra y guiarle así hasta su boca. Esta ayuda se irá retirando de manera gradual, fomentando la autonomía en la actividad.

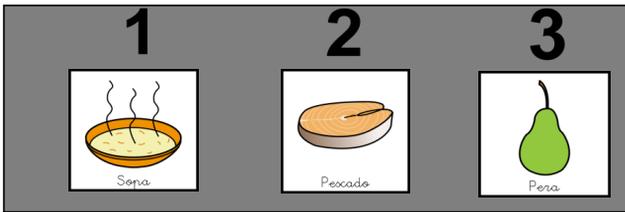
Facilitadores de aprendizaje en la intervención. Apoyos visuales

El uso de apoyos visuales, tales como paneles de anticipación con pictogramas y/o secuencias de imágenes para secuenciar la actividad, les permitirá saber qué van a hacer inmediatamente después, lo que rebaja el nivel de angustia que les puede provocar el cambio de tareas, actividades, lugares o personas, así como una mayor comprensión de las tareas y actividades que deben llevar a cabo. Aquí os mostramos algunos ejemplos de paneles con pictogramas. Figuras 1 y 2.

Figura 1. Ejemplo de panel visual de anticipación.



Figura 2. Ejemplo de panel visual de menú.



Los símbolos pictográficos utilizados son propiedad del Gobierno de Aragón y han sido creados por Sergio Palao para ARASAAC (www.arasaac.org), que los distribuye bajo Licencia Creative Commons BY-NC-SA.⁵

La familia y el entorno natural

Un foco fundamental al que debemos prestar atención en nuestra intervención es el entorno natural donde se desarrolla el niño/a, es decir su casa con su familia y el entorno educativo. Por este motivo, es importante reservar el tiempo que se crea necesario para realizar coordinaciones con todas las personas que rodean al niño, aunar objetivos y metodologías (un aspecto imprescindible que debe ser conocido y llevado a cabo de la misma manera en todos los entornos es la manera de comunicarse).

Se muestran a continuación nuevos métodos para la intervención terapéutica (Tabla 2).

Tabla 2. Nuevos métodos para la intervención terapéutica

En los últimos 10 años han ido apareciendo métodos para la intervención terapéutica con niños y niñas con TEA. Recordemos los más extendidos actualmente:

ABBA ⁶	TEACCH ⁷	DIRFloortime ^{8,9}	DENVER (ESDM) ¹⁰	DENVER SCERTS ¹¹
-------------------	---------------------	-----------------------------	-----------------------------	-----------------------------

PUNTOS CLAVE

- La recogida de información inicial exhaustiva y una valoración inicial completa es crucial para elaborar el plan de intervención.
- Los objetivos terapéuticos deben ser funcionales, realistas y adaptados al niño y su familia ^{12,13}.
- Una atención enfocada al entorno natural del niño multiplica las oportunidades de aprendizaje.
- El uso de apoyos visuales en nuestra intervención facilita el aprendizaje¹⁴.

BIBLIOGRAFÍA

1. Asociación Americana de Psiquiatría. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5®). 5.ª Ed. Arlington; 2014. ISBN: 978-84-9835-810-0.
2. Baratas M, Hernando N, Mata MJ, Villalba L. Guía de intervención ante los trastornos de la alimentación en niños y niñas con trastorno del espectro del autismo (TEA). Federación Autismo Madrid [en línea] [consultado el 07/04/2025]. Disponible en <https://infoautismo.usal.es/wp-content/uploads/2015/07/08.-Guia-de-alimentacion.pdf>
3. García Sánchez F, Escorcía C, López M, Hernández Pérez, E. Atención Temprana centrada en la familia. Siglo Cero: Revista Española Sobre Discapacidad Intelectual. 2014;45:6-27.
4. Haughey D. A Brief History of SMART Goals. Project Smart. 2014 [en línea] [consultado el 07/04/2025]. Disponible en www.projectsmart.co.uk/smart-goals/brief-history-of-smart-goals.php

5. Centro Aragón para la Comunicación Aumentativa y Alternativa [en línea] [consultado el 07/04/2025]. Disponible en <https://ara-saac.org>
6. Association for Behavior Analysis International (ABAI) [en línea] [consultado el 07/04/2025]. Disponible en www.abainternational.org/welcome.aspx
7. The University of North Carolina TEACCH Autism Program [en línea] [consultado el 07/04/2025]. Disponible en <https://teacch.com/>
8. The International Council on Development and Learning (ICDL) [en línea] [consultado el 07/04/2025]. Disponible en www.icdl.com/home
9. Greenspan SI, Wieder S. Comprender el Autismo. Barcelona. RBA Práctica; 2008. ISBN: 978-84-98670-81-3.
10. Rogers SJ and Dawson G. Early Start Denver Model for Young children with Autism: promoting language, learning, and engagement (ESDM). New York: Guilford Press, 2010.
11. The SCERTS® Model [en línea] [consultado el 07/04/2025]. Disponible en <https://scerts.com/>
12. Federación Estatal de Asociaciones de Profesionales de Atención Temprana (GAT). Libro Blanco de la Atención Temprana. 3.ª Ed. Documentos 55/2005. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Real Patronato sobre Discapacidad. NIPO: 214-05-012-9.
13. Castellanos Brazález P, Gómez Pérez L, Rico Mira MD, Mendieta García P, García Sánchez FA. Intervención sobre la familia desde la figura del terapeuta-tutor del niño con necesidades de atención temprana. Siglo Cero: Revista Española sobre Discapacidad Intelectual. 2003;34(3):5-18.
14. Equipo DELETREA. Martos Pérez J, Llorente Comí M, González Navarro A, Ayuda Pascual R, Freire, S. Los niños pequeños con Autismo. Soluciones prácticas para problemas cotidianos. 7.ª Ed. 2010. Madrid: Editorial CEPE. ISBN: 978-84-7869-673-4.

5. e. Disfagia

Ana Candás Estébanez

1. LA DEGLUCIÓN: concepto y fases de la deglución

1.1 Concepto de la deglución

La deglución es una función muscular compleja¹ en la que actúan músculos de los sistemas respiratorios y gastrointestinal, cuyo objetivo es el transporte del bolo alimenticio evitando el paso al tracto respiratorio, y la limpieza de este de secreciones con la deglución de saliva. Está presente desde la octava semana de la gestación, siendo una función vital pues es necesaria para garantizar la supervivencia del individuo.

El control neurológico es fundamental, debido a los posibles riesgos (confluencia aerodigestiva) y a la complejidad de la deglución (fases que van encadenándose con rapidez y cuyo funcionamiento es diferente).

La coordinación y el sincronismo en el transporte del bolo alimenticio por cada una de estas fases es regulada por un sistema de válvulas que se abren y cierran de forma precisa, lo que nos asegura la eficacia en la deglución. Estas válvulas son cinco: labios, velo lingual, velo faríngeo, cierre de vestíbulo laríngeo (descenso de epiglotis y cuerdas vocales) y esfínter esofágico superior (EES).

El mecanismo de defensa de la laringe es el descenso de la epiglotis, el cierre cordal y la presión subglótica. La epiglotis realiza una báscula de 145° debido al movimiento de ascenso del hueso hioides a través del ligamento hioepiglótico y el peso del bolo, y sella de esta forma el vestíbulo laríngeo. El cierre de las cuerdas vocales produce el cierre glótico a través de la contracción de la musculatura laríngea. Por debajo de la glotis se produce una presión denominada presión subglótica. Su valor durante la deglución es de 7 a 10 cm de H₂O al momento del trago previa inspiración a capacidad pulmonar total y un valor de 2 cm de H₂O tragando a capacidad residual funcional.

1.2 Fases de la deglución

En la tabla 1 se muestran las fases de la deglución y se detallan las características de cada una de ellas.

Tabla 1. Fases de la deglución

Fase preoral	Hambre	Esta sería una fase previa a todo el sistema de válvulas anteriormente mencionado; no se puede olvidar, ya que es la que marca el inicio de todo el entramado
	Saciedad	
	Aspecto del alimento	
	Factores socioemocionales	
Fase oral: voluntaria, control cortical	Fase oral preparatoria	Masticación y preparación del bolo Se mezcla con la saliva y es empujado hacia atrás La base de la lengua contacta con el paladar blando y evita el paso prematuro del bolo Se puede respirar por la nariz
	Fase oral de transporte	El bolo alcanza la parte más posterior de la cavidad oral La lengua y el velo del paladar se separan y permiten el paso del bolo a la faringe
Fase faríngea: refleja, centros bulbares	Disparo del reflejo deglutorio y transporte al EES Secuencia de menos de un segundo Asciende el paladar blando cerrando el paso del aire desde la nariz. Apnea Apertura del sello palatoglosa, ascenso laríngeo con descenso de la epiglotis, aproximación de las cuerdas vocales y cierre glótico EES abierto	
Fase esofágica: refleja, centros bulbares	Relajación sostenida del EEI y una onda peristáltica descendente en el cuerpo esofágico propulsa el bolo hacia el estómago. Es simultánea con la estimulación faríngea del bolo alimenticio	

EEI: esfínter esofágico inferior. **EES:** esfínter esofágico superior.

Cuando hablamos de la deglución normal entran en juego dos conceptos:

o **EFICACIA:** capacidad para mantener un adecuado estado de nutrición e hidratación.

o **SEGURIDAD:** capacidad para evitar el paso del alimento y/o saliva a la vía aérea.

Si alguna de estas fases está alterada, se presenta la Disfagia.

2. DISFAGIA: concepto, tipos y sintomatología

2.1 Concepto

La disfagia es una forma de trastorno de alimentación que no constituye una enfermedad en sí misma, sino un síntoma de una enfermedad neurológica y/o anatómica; implica la alteración de alguna de las fases de la deglución. Su incidencia está aumentando y se cifra en un 1% en pediatría.

2.2 Tipos de disfagia

La disfagia orofaríngea² (DOF) ocurre cuando existe afectación en la fase oral y/o en la fase faríngea y la disfagia esofágica cuando hay alteración en la fase esofágica. En la tabla 2 se muestran las causas más frecuentes.

2.3 Síntomas de disfagia

La sintomatología de la disfagia es variable, e incluso en algunos casos, en función de la sensibilidad del paciente, puede no aparecer. La dificultad para tragar puede ser explicada en adultos, pero en población pediátrica hay que estar atento a una serie de síntomas ya que no pueden expresarlo con claridad.

Los síntomas más frecuentes son tos, regurgitación nasal, vómitos, atragantamientos, desaturaciones de oxígeno, incoordinación succión-deglución-respiración, sialorrea, picos de fiebre intermitentes, infecciones respiratorias frecuentes, pérdida de la coloración de la piel (especialmente labios), incapacidad para hablar después del trago o voz húmeda y pérdida de peso.

3. EVALUACIÓN DE LA DISFAGIA

La evaluación de la disfagia infantil corre a cargo del Logopeda y del médico especialista (Gastroenterólogo, Otorrinolaringólogo, Rehabilitador).

No hay pruebas estandarizadas para población infantil, sino Test de Cribado que con una buena observación de la ingesta y recogida de datos pueden sugerir que alguna de las fases de la deglución esta alterada.

Tabla 2. Tipos de disfagia orofaríngea y esofágica.

Disfagia orofaríngea		Disfagia esofágica
Neurogénica	Estructural	Estudio y tratamiento específico por gastroenterólogo
Daño cerebral adquirido (ACV, TCE, infecciones SNC, otras encefalopatías)	Tumores y neoplasias de cabeza y cuello y secuelas de los tratamientos aplicados	
Enfermedades neurodegenerativas	Malformaciones congénitas craneofaciales	
Enfermedades neuromusculares	Estenosis por ingesta de cáusticos	
PCI	Traumatismos craneofaciales	
Otras (infecciones sistémicas)	Estenosis por osteofitosis de la columna vertebral cervical	
	Parálisis cordal	

ACV: accidente cerebrovascular. **PCI:** parálisis cerebral infantil. **SNC:** Sistema nervioso central. **TCE:** traumatismo craneo encefálico.

3.1 Test de cribado. PEDI-EAT-10³

El PEDI-EAT 10 es un instrumento validado, rápido y sencillo para el diagnóstico de sospecha de disfagia en edad pediátrica. Debe ser cumplimentado por los padres o (si fuera el caso) por la persona que da de comer al paciente. Consta de 10 ítems, que se valoran del 0 al 4, Ver Tabla 3. Una puntuación total mayor a 4 puntos indica un cribado positivo en disfagia, siendo necesaria una valoración en su caso por el médico especialista.

3.2 Método volumen-viscosidad (MECV-V)⁴

El MECV-V es una prueba muy utilizada en la actualidad en población adulta; sin embargo, en edad pediátrica hay algunas consignas que no pueden seguirse. Trata de valorar las alteraciones de la seguridad y la eficacia a través de una observación directa de ingesta del alimento en tres viscosidades: néctar (zumo de melocotón), líquido (agua) y pudín (túrmix).

Antes de comenzar se debe conocer la saturación basal del paciente y colocar un pulsioxímetro para saber si hay variaciones y en qué momento se producen; una desaturación del 5% se considera riesgo aspirativo alto y se debe concluir la prueba.

Tabla 3. PEDI-EAT-10³.

0 = ningún problema

1

2

3

4 = problema serio

1. Mi hijo no aumenta de peso debido a su problema al tragar	
2. El problema de deglución de mi hijo interfiere con nuestra capacidad para salir a comer fuera	
3. Tomar líquidos requiere un esfuerzo extra para mi hijo	
4. Tomar sólidos requiere un esfuerzo extra para mi hijo	
5. Mi hijo vomita durante las comidas	
6. Mi hijo actúa con dolor al tragar	
7. Mi hijo no quiere comer	
8. La comida se pega en la garganta de mi hijo y se atraganta mientras come	
9. Mi hijo tose mientras come	
10. Tragar es estresante para mi hijo	

PEDI-EAT-10 modificado

Se empieza valorando la viscosidad néctar, con cuchara, midiendo los ml con una jeringuilla; se inicia por 5 ml y si no hay alteraciones de la seguridad se continúa subiendo el volumen (siendo 20 ml el máximo). Si continua sin haber alteraciones de la seguridad, se pasa a líquido siguiendo los pasos anteriores. Si apareciera sintomatología no se administraría el líquido y se pasaría a pudín. Anotamos todas las alteraciones referidas a eficacia. Entre néctar y pudín, podríamos analizar otra viscosidad, que no está registrada en el MECV-V, que sería tipo crema.

Se introduce el alimento o la bebida en la boca del paciente, se le pide que espere unos segundos y luego degluta. El logopeda deberá colocar el dedo en el cricoides para objetivar la eficacia del trago.

En población pediátrica la orden de no tragar no se suele poder realizar, por lo que debemos observar si el alimento o líquido cae demasiado rápido, lo que evidenciaría que la lengua no cierra el paso contra el velo del paladar.

El MECV-V nos ayuda a valorar la sintomatología que presenta el niño y nos da información específica sobre:

- o Disminución de la eficacia: (oral y faríngea)
 - Residuos orales.
 - Incapacidad para mantener el bolo en la boca (el bolo cae prematuramente a orofaringe o derrama demasiado al exterior).
 - Residuos en orofaringe.
 - Bolo fraccionado.
- o Disminución de la seguridad:
 - Tos.
 - Cambios en la voz.
 - Cambios en la coloración.
 - Desaturación de oxígeno.

En la actualidad se utiliza otro tipo de nomenclatura, basada en **“The International Dysphagia Diet Standardisation Initiative”**⁵ (IDDSI por sus siglas en inglés) que fue creada en el 2013, con el objetivo de desarrollar nueva terminología y definiciones globales estandarizadas que describan los alimentos con textura modificada y bebidas espesas utilizadas para individuos disfágicos de todas las edades, entornos sanitarios y culturas. Figura 1.

Con esta nueva nomenclatura, podemos acceder a más viscosidades para poder adaptar la dieta del paciente de un modo más específico.

3.3 Clasificación de la disfagia⁶

Existen distintas escalas para valorar la gravedad de la disfagia y su repercusión funcional. A continuación, se presentan las más significativas, la Escala de Severidad de la Disfagia (DOSS)⁷ que se muestra en la tabla 4, junto a la actitud a tomar y la Escala Funcional para la Ingesta Oral (FOIS)⁸ que se muestra en la tabla 5.

Figura 1. Nomenclatura según "The International Dysphagia Diet Standardisation Initiative"⁵.



3.4 Observación y evaluación de estructuras orofaciales

Además de todo lo anterior, el Logopeda deberá examinar la anatomía y funcionalidad de todas las estructuras orofaciales, teniendo en cuenta los siguientes aspectos³:

1. Sialorrea anterior: cantidad y si recibe tratamiento (anticolinérgicos, toxina botulínica...).
2. Sialorrea posterior (ruido sin comida en vías superiores).
3. Valoración de pares craneales implicados en el proceso (V, VII, IX, XI, XII)
4. Anatomofuncionalidad: labios, dientes, tipo de mordida, encías, frenillo lingual/labial, paladar duro, velo del paladar, úvula (simetría), amígdalas (escala de Brodsky y Friedman), permeabilidad de la vía aérea (escala Mallampati).
5. Fuerza: lengua, labios, mandíbula y maxilar. Resaltando que la fuerza masticatoria solo es necesaria en alimentos duros⁹.
6. Reflejos primitivos: velo del paladar, búsqueda, succión, deglución, mordida, moro, tónico asimétrico, náusea.

Tabla 4. Escala de severidad de la disfagia (DOSS)⁷

Niveles	Disfagia
Vía oral suspendida – Necesidad de nutrición oral	
Nivel 1	<p>Disfagia grave: vía oral suspendida. El paciente puede presentar:</p> <p>Estancamiento severo en la faringe, siendo incapaz de despejar</p> <p>Estancamiento o pérdida de bolo en forma oral severa, siendo incapaz de limpiar</p> <p>Aspiración silenciosa con dos o más consistencias, tos voluntaria no funcional o imposibilidad de tragar</p>
Nivel 2	<p>Disfagia moderada/grave: máxima asistencia de uso de estrategias con vía oral parcial (tolerancia de al menos 1 consistencia con seguridad, con uso total de estrategias). El paciente puede presentar:</p> <p>Estancamiento grave en la faringe, incapacidad de despejar o con necesidad de varias ayudas</p> <p>Estancamiento grave o pérdida del bolo en fase oral, incapacidad de limpiar con necesidad de varias ayudas</p> <p>Aspiración con 2 o más consistencias, sin reflejo de tos o tos voluntaria débil</p>
Dieta por vía oral modificado y/o independiente	
Nivel 3	<p>Disfagia moderada: total asistencia, supervisión o estrategias, restricción de 2 o más consistencias. Puede presentar:</p> <p>Estancamiento moderado en la faringe, despeje con orientación</p> <p>Estancamiento moderado en la cavidad oral, despeje con orientación</p> <p>Nivel de penetración en los pliegues vocales sin tos con 2 o más consistencias</p> <p>Aspiración de 2 consistencias, con reflejo de tos débil o ausente</p> <p>Aspiración de 1 consistencia, sin tos ni penetración</p>
Nivel 4	<p>Disfagia leve/moderada: supervisión intermitente, restricción a una o 2 consistencias. El paciente puede presentar:</p> <p>Estancamiento en la faringe, despeja con orientación</p> <p>Aspiración con 1 consistencia, con reflejo de tos débil o ausente</p> <p>La penetración a nivel de los pliegues vocales con tos en 2 consistencias</p> <p>La penetración a nivel de los pliegues vocales sin tos con una consistencia</p>
Nivel 5	<p>Disfagia leve: supervisión a distancia, puede necesitar de restricciones de una consistencia. El paciente puede presentar:</p> <p>Aspiración solamente de líquidos, pero con un fuerte reflejo de tos para un completo despeje</p> <p>Penetración sobre los pliegues vocales con una o más consistencias, o sobre los pliegues vocales con una consistencia, pero con un despeje espontáneo</p> <p>Estancamiento en la faringe, y que despeja espontáneamente; leve disfagia oral con reducción de la masticación y/o estancamiento oral, y que despeja espontáneamente</p>

Niveles	Disfagia
Dieta normal por vía oral	
Nivel 6	Dentro de los límites funcionales/compensaciones espontáneas: Dieta normal, deglución funcional El paciente puede tener: leve atraso oral o faríngeo, estancamiento o restos cubriendo la epiglotis, pero consigue despejar espontáneamente Puede necesitar de tiempo extra para las comidas. No hay aspiraciones ni penetraciones en todas las consistencias
Nivel 7	Normal en todos los casos

3.5 Pruebas complementarias

Una vez completada la valoración, el Logopeda deberá tomar la decisión de acudir a pruebas complementarias que puedan objetivar lo observado; para ello deberá derivar al paciente a una Unidad de Disfagia.

Las pruebas complementarias más utilizadas¹⁰ son la videofluoroscopia y la fibroendoscopia de la deglución.

Tabla 5. Escala funcional para la ingesta oral (FOIS)⁸

Niveles de funcionalidad para la ingesta oral	Características
Dependiente de vía de alimentación alternativa	
Nivel 1	Nada por vía oral
Nivel 2	Dependiente de alguna vía alternativa y mínima vía oral de alimentos o líquidos
Nivel 3	Dependiente de vía alternativa con consistente vía oral de alimentos o líquidos
Ingesta por vía oral exclusiva	
Nivel 4	Vía oral total de una única consistencia
Nivel 5	Vía oral total con múltiples consistencias, pero con necesidades de preparación especial o compensaciones
Nivel 6	Vía oral con múltiples consistencias, sin necesidades de preparación especial o compensaciones, pero con restricciones alimentarias
Nivel 7	Vía oral total sin restricciones

- **Videofluoroscopia (VDF)**

Es la técnica más usada en la valoración de la disfagia, proporciona información sobre:

- Incapacidad o dificultad para iniciar la deglución faríngea.
- Aspiración o penetración.
- Regurgitación nasofaríngea.
- Permanencia del alimento en la cavidad faríngea tras la deglución.
- Eficacia de la fase oral.

Esta técnica utiliza los rayos X para evaluar todas las fases de la deglución, tanto a nivel anatómico como funcional (sellos palatoglosos, palatofaríngeo, aislamiento laríngeo y apertura del esfínter esofágico superior). Utiliza una base de contraste radiológico y objetiva las aspiraciones, incluso las silentes, valorando también la respuesta a maniobras específicas. Permite además la evaluación de la fase esofágica de la deglución cuando es preciso.

CONTRAS: implica radiar al paciente. Cuando existen alteraciones motoras severas, el control postural puede incidir en el riesgo aspirativo. El posicionamiento de este tipo de pacientes es fundamental para que la alimentación sea segura; en la VDF no se pueden usar modificaciones posturales ni sillas de ruedas porque limitarían la imagen, lo que altera el proceso de la deglución del paciente y en consecuencia el resultado de la prueba.

PROS: dinámica, permite visualizar todas las etapas y efectuar maniobras comprobando su efectividad.

- **Fibroendoscopia de la deglución (FEES)**

Se realiza introduciendo a través de las fosas nasales un fibroscopio flexible conectado a una fuente de luz y a un aparato de vídeo para grabar la secuencia de imágenes de la deglución.

Primero se lleva a cabo una exploración sin alimento para valorar la sensibilidad laríngea, el manejo de secreciones y la movilidad de las cuerdas vocales.

Al realizar la misma técnica con alimento, se utilizan distintas viscosidades teñidas con colorante alimentario, a distintos volúmenes y un alimento sólido (galleta). Se puede valorar la existencia de penetraciones, aspiraciones silentes y pre-deglutorias, así como los residuos en las paredes de la faringe y laringe que puedan desencadenar aspiraciones después de la deglución.

CONTRAS: más invasiva que la VDF por la introducción del fibroscopio a la vez que se da la comida. No se ve la fase oral.

PROS: visualiza aspiraciones basales.

4. TRATAMIENTO DE LA DISFAGIA

El tratamiento de la disfagia es un tratamiento global¹⁰ del paciente, implicando a los distintos profesionales y a la familia.

No hay que olvidar que “la función se trabaja trabajando la función” y es por esto por lo que todos los ejercicios de estimulación orofacial deberán realizarse con un único fin: comer.

4.1 Adaptaciones posturales

El control postural, es fundamental en el tratamiento de la disfagia. El Logopeda debe conocer las características motoras del paciente para poder elegir la postura y las maniobras que necesita. Como premisa, debemos incidir en colocar al paciente en línea media, con la mayor simetría posible, evitando los bloqueos en cintura escapular que dificulten la movilidad de la laringe para deglutir. El apoyo de miembros superiores proporciona más estabilidad y dotará de mayor sostén cefálico.

Se formará a la familia en el tratamiento postural más adecuado, teniendo en cuenta sus características y las posibilidades que ofrece el entorno familiar, para facilitar en todo momento la deglución.

4.2 Maniobras deglutorias

Son múltiples las maniobras deglutorias que pueden aplicarse en disfagia, sin embargo, en población infantil las más adecuadas y eficaces son las que se muestran en la tabla 6.

4.3 Estrategias durante la deglución

- Antes de empezar a comer hay que modelar la mano del paciente para que pueda tocar y así anticipar textura y movimiento, facilitando el inicio de la salivación y movimientos orofaciales.
- Ante la presencia de secreciones en vías altas, hay que asegurarse que el paciente esté limpio antes de comenzar. Podemos dar agua o realizar degluciones vacías con cuchara.
- Proporcionar masajes en buccinadores para activar la movilización del bolo.
- Dar toques profundos en la base de la lengua para facilitar su ascenso.
- Colocar la cuchara en lateral para favorecer la recogida del labio superior.
- Promover el movimiento hacia delante de tronco y cabeza para que sea el paciente quien vaya a por la cuchara, favoreciendo así la apertura bucal.
- Controles orales labiales o mandibulares. Poner el dedo debajo del mentón para ayudar en los movimientos linguales si fuera necesario.
- Si el paciente necesita toser durante la deglución, por la presencia de restos, y el reflejo de tos no es eficaz, se le ayuda con presión en el pecho, provocando el reflejo con el dedo en el lateral de la laringe, o con tracción en la lengua en la parte más posterior, asegurándonos de que no tiene nada en la cavidad oral.

Tabla 6. Maniobras deglutorias.

Maniobra	Indicación
Flexión anterior de cabeza	Facilita la elevación, cierre laríngeo y movimiento posterior de la base de la lengua, protegiendo la vía respiratoria. Recomendada cuando existe retraso en el disparo del reflejo deglutorio
Extensión cefálica	Facilita el cierre nasofaríngeo, tránsito oral y faríngeo. Requiere de una buena coordinación y cierre laríngeo para que no se produzca una aspiración. Se recomienda en déficit de propulsión lingual, cierre labial o nasofaríngeo
Maniobra de Mendelson	Sujeción manual de la laringe, elevándola y manteniendo para que se produzca deglución y apertura del EES. Mejora el tránsito y reduce el riesgo de aspiración. Muy útil cuando quedan restos postdeglución

4.4 Adaptaciones del entorno

- Ambiente tranquilo sin distracciones. El uso de pantallas puede ser útil al inicio, especialmente cuando hay rechazo, pero a la larga el paciente se distrae y olvida su tarea principal.
- El adulto debe colocarse a la misma altura para evitar hiperextensión cefálica.
- Evitar poner mucha comida en el plato, presentación atractiva.
- Duración máxima de 30-40 minutos (a partir de los 30 minutos el reflejo de deglución se enlentece).

4.5 Adaptaciones de la dieta

Los alimentos sólidos pueden adaptarse cuando hay dificultades para crear un bolo homogéneo o falta de fuerza para una buena trituración. Para esto, podemos hacer uso de una tijera de tres hojas o masticador (figura 2), hasta lograr la textura adecuada.

El sólido puede introducirse por las muelas cuando no hay lateralización lingual para favorecer su mascado y/o masticación.

Que un niño solo pueda tomar una viscosidad 3-4, no significa que no pueda saborear diferentes alimentos. Triturar las comidas que se hacen en casa (por ejemplo macarrones con tomate), con ayuda de caldos para conseguir la textura deseada, da una información sensorial al niño y permite realizar una comida con dos platos diferentes; además, el cambio de sabor favorece la movilidad en la fase oral.

Los líquidos pueden darse con espesante o agua gelificada si así lo requiere el paciente, pero se debería probar si un agua saborizada ayuda en la deglución impidiendo el atragantamiento o su aspiración. Los vasos de escotadura (figura 3) son útiles para impedir la hiperextensión cefálica.

Figura 2. Tijera de tres hojas o escotadura.



Imagen propia.

Figura 3. Vaso de masticador.



Imagen propia.

Los vasos de medela (figura 4) son recomendados para niños más pequeños que necesitan de la lengüeta para poder estabilizar mejor la mandíbula y así evitar el derrame al exterior.

4.6 Estrategias sensoriales

Hay determinadas estrategias sensoriales que pueden ser útiles a la hora de la alimentación usando técnicas de vibración, temperatura o propiocepción:

- La estimulación intra y extra-oral a través de vibración ayuda a activar la musculatura y prepararla antes de empezar a comer. Los alimentos fríos o calientes, combinados con sabores fuertes ayudan a que se provoque el reflejo de deglución y que los movimientos linguales sean más funcionales.

Figura 4. Vaso de medela.



- Ejercer presión con la cuchara sobre la lengua para evitar la protusión lingual.
- Las cucharas de metal favorecen a nivel sensorial la interpretación del alimento, se deben usar siempre y cuando no haya reflejo de mordida. Asimismo, las cucharas planas favorecen la recogida del alimento.

PUNTOS CLAVE

- Hay que conocer las fases de la deglución y entenderla como un sistema de válvulas para evaluar dónde se encuentran las dificultades del paciente.
- El Logopeda debe valorar la anatomo-funcionalidad de todas las estructuras implicadas.
- Es necesario derivar a una Unidad de Disfagia en caso de sospecha de aspiración o penetración, para realizar las pruebas complementarias oportunas.
- El tratamiento del paciente debe ser global y basado en adaptaciones a nivel postural, entorno y dieta.
- El seguimiento y el tratamiento de Logopedia incide en la disfagia y mejora la eficacia y funcionalidad de la deglución.

BIBLIOGRAFÍA

1. Marmouset F, Hammoudi K, Bobillier C, Morinière S. Fisiología de la deglución normal. EMC – Otorrinolaringología. 2015;44(3):1-12. [https://doi.org/10.1016/S1632-3475\(15\)72752-9](https://doi.org/10.1016/S1632-3475(15)72752-9)
2. Disfagia: causas, tipos y tratamientos. Instituto de Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello de Madrid (IOM) [en línea] [consultado el 07/04/2025]. Disponible en www.institutooorl-iom.com/disfagia/

3. Serel Arslan S, Kılınc HE, Yaşaroğlu ÖF, Demir N, Karaduman AA. The pediatric version of the eating assessment tool-10 has discriminant ability to detect aspiration in children with neurological impairments. *Neurogastroenterol Motil.* 2018;30(11):e13432. <https://doi.org/10.1111/nmo.13432>
4. Ferrero López MI, Castellano Vela E, Navarro Sanz R. Utilidad de implantar un programa de atención a la disfagia en un Hospital de Media y Larga Estancia. *Nutr Hosp.* 2009;24(5):588-95.
5. The International Dysphagia Diet Standardisation Initiative 2019 [en línea] [consultado el 07/04/2025]. Disponible en <https://iddsi.org/framework>
6. Pinillos Pisón S, De los Santos Mercedes MM, García Ezquerro R. Disfagia orofaríngea en la edad pediátrica. *Protoc diagn ter pediatr.* 2023;1:237-51.
7. O'Neil KH, Purdy M, Falk J, Gallo L. The Dysphagia Outcome and Severity Scale. *Dysphagia.* 1999;14(3):139-45. <https://doi.org/10.1007/PL00009595>
8. Crary MA, Mann GD, Groher ME. Initial psychometric assessment of a functional oral intake scale for dysphagia in stroke patients. *Arch Phys Med Rehabil.* 2005;86(8):1516-20. <https://doi.org/10.1016/j.apmr.2004.11.049>
9. Susanibar F, Paniagua J, Murciego P, Giménez P. Procesamiento oral del alimento. En: Paniagua J, Susanibar F, Giménez P, Murciego P, García R (Coords.). *Disfagia: de la evidencia científica a la práctica clínica.* 2.ª Ed. Madrid: GIUNTI EOS; 2019. p. 65-104.
10. Candás Estébanez, Ana. *Guía de Intervención Logopédica en Parálisis Cerebral.* Madrid: Editorial Síntesis SA; 2018. ISBN: 978-84-91712-10-7. ISBN Digital: 978-84-91717-46-1.

5. f. Aspectos psicológicos de la enfermedad crónica en el niño

Beatriz Sanz Herrero, Elena Pérez Llorente

El diagnóstico de una enfermedad en un niño supone un reto importante para sus padres y conlleva una reorganización de la dinámica familiar, tanto de los horarios, trabajos y atenciones del día a día, como de los planes y proyectos previos. En el cuidado de un niño, necesariamente debemos incluir a su familia y tener en cuenta lo que ambos necesitan.

Las respuestas y las circunstancias de este niño son diferentes de lo esperado. Los padres están confundidos y abrumados por tanta información, se enfrentan a algo nuevo y desconocido para ellos. En muchos momentos se sienten bloqueados y en la gran mayoría de los casos no saben cómo acercarse al niño, jugar o interactuar con él. Se pone a prueba la estabilidad de los padres y la posibilidad del encuentro con su hijo puede verse amenazada. Es prioritario ayudar a los padres a entender las respuestas del niño, ayudarles a sentir que son importantes para que puedan ejercer su propio papel de protección (lo que nadie puede hacer por ellos) y le puedan aportar el cuidado y la seguridad que el niño necesita¹.

Vamos a destacar algunos **elementos facilitadores del cuidado dentro de la dinámica familiar**.

1. Contar con redes de apoyo (familia y amigos) con suficiente cercanía, que les proporcionen un entorno de confianza, donde no se sientan cuestionados y puedan transmitir sus propias dudas y sentirse escuchados. Contar con otros adultos y recuperar otros aspectos de sí mismos (como hermanos, hijos o amigos...) sin que todo gire alrededor de los cuidados de los hijos.

Alba Payás² nos habla de la "dimensión relacional del duelo" y de la necesidad de compartirlo y plantea que "el duelo es una experiencia que sólo se puede curar dentro de otras relaciones".

2. Cuidar de sí mismos. Es importante que los padres intenten descansar, atiendan su propia salud y traten de mantener un ritmo de alimentación y sueño adecuado. En algunos casos hemos detectado padres con enferme-

dades crónicas que han dejado de acudir a sus propias revisiones o casos en los que el alto nivel de tensión hace que se abandonen físicamente. Si los padres se cuidan de forma adecuada, podrán ser más sensibles a las necesidades de sus hijos. Poco a poco acabarán sirviendo de modelo y les transmitirán la importancia de velar por sí mismos. En este sentido es especialmente importante limitar la autoexigencia, poder pedir ayuda de vez en cuando y ser capaces de delegar en otros³.

3. Evitar situaciones de aislamiento emocional en las que la enfermedad lo ocupa todo y no hay tiempo para ocuparse de nada más. Es importante que **los padres compartan con sus hijos tiempo de juego**. Si no es así, corren el riesgo de perderse aspectos muy importantes de la historia de sus hijos y la capacidad de disfrutar con ellos. Y los niños pierden los espacios de disfrute y placer compartido que les sirven de apoyo frente a la exigencia de los tratamientos o las intervenciones médicas.

4. Establecer algunas normas y límites, que pongan freno a las exigencias infantiles. De esta forma (estableciendo pequeños objetivos que el niño es capaz de conseguir) el niño va consolidando una adecuada autoestima y empieza a sentirse capaz y orgulloso de sí mismo. Cuando un adulto propone metas adecuadas a la edad del niño le devuelve una imagen de capacidad y le confirma su confianza en él.

Sabemos que lo que más nos angustia es de lo que menos hablamos y que el silencio suele ir acompañado de mucha impotencia y desesperanza. En este sentido, es importante ayudar a los padres a **encontrar las palabras** para explicar a sus hijos la enfermedad y evitar la sensación de secreto. Los padres irán encontrando la manera de hablar sobre la necesidad de las consultas médicas y la importancia de los tratamientos. Poco a poco van poniendo palabras y respondiendo preguntas... qué significa ser un niño con una enfermedad que cuidar (y no ser un enfermo).

El niño en muchos momentos se va a encontrar con limitaciones: un cuerpo que no funciona como le gustaría o que le limita mucho. Es importante que el adulto le acompañe reconociendo que hay cosas que no puede hacer, pero que también sea capaz de devolverle muchos aspectos en él que son valiosos. Invertir el cuerpo del niño, es decir, señalar, ensalzar y dar valor a lo que sí puede hacer su cuerpo y potenciar las experiencias de placer corporal y de conexión con los otros.

5. Prestar atención a los hermanos. Uno de los mayores retos que tienen los padres de un niño con una enfermedad es poder atender, escuchar, e ilusionarse en el cuidado de sus otros hijos.

En algunos hermanos encontramos niveles de irritabilidad muy altos, siempre están enfadados o reclamando, incluso pidiendo ir al médico o quejándose como una forma de solicitar una atención que sus padres no les pueden dar.

También hay hermanos más silenciosos, excesivamente buenos, que parecen muy maduros y que suelen hacer de cuidadores de sus propios hermanos, a veces exigiéndose demasiado a sí mismos y olvidando la edad que tienen; también necesitan mucha atención. Muchos de estos niños fuera del entorno familiar, pueden mostrarse excesivamente inhibidos o dejarse dirigir por los otros niños. No son capaces de decir que "No" o expresar el enfado de forma directa y no establecen una interacción adecuada con sus compañeros.

Una relación de reciprocidad entre hermanos permite rivalizar, competir de igual a igual, ganar y perder muchas veces; enfadarse, desenfadarse y sobrevivir al enfado. Proporciona un lugar donde defender los derechos y elaborar los conflictos, facilita un lugar donde ensayar para que cada niño pueda ocupar su propio lugar frente a su grupo de edad.

Uno de los mejores indicadores de una adecuada estabilidad emocional (y también una forma de reconocer su propia capacidad) es la posibilidad de escuchar las necesidades emocionales de los otros hijos e interesarse por ellos. Reconocer que los otros hijos también sienten malestar, se quejan, no entienden... es importante. Estar ahí, escucharlos, hacerse preguntas sobre cómo son, qué les gusta... qué necesitan; no implica tener respuestas.

La experiencia de tener un hermano enfermo va acompañada de muchas contradicciones, en algunos momentos se sienten responsables y quieren ocuparse de los cuidados de la enfermedad como si fuesen adultos, sin poder hacerlo. En otros se sienten contrariados y se desbordan por pequeñas molestias. A veces están apenados cuando sienten a sus padres agotados o enfadados y hay poco tiempo para otras cosas o no pueden estar juntos.

Seguramente para ellos también es un esfuerzo, quizás lo importante es reconocer que estas dificultades existen, no dar por sentado que no se en-

teran, que tienen suerte o aumentar su exigencia. Autorizar el malestar y los sentimientos negativos (tristeza, rabia...) sin tratar de borrarlos o que se sientan mal por ello. Posibilitar que sientan el interés y la cercanía del adulto y compartir experiencias juntos.

Para muchos padres es especialmente difícil **ilusionarse con algunos proyectos** o vivencias que su otro hijo no podrá tener igual y se pierden participar o disfrutar con los hermanos. Sería bueno no renunciar a ello y poder reconocer y aceptar sus diferencias. Los logros y alegrías de los hermanos aportan energía a toda la familia. Unos padres ilusionados y a la vez realistas, no dejarán de ser sensibles a los cuidados de la enfermedad y estarán más disponibles cuando sea necesario.

Las palabras de los padres actúan como una red de protección, en la medida en que ayudan a sus hijos a poner nombre a lo que les pasa, lo que piensan y lo que sienten. Es importante que también ellos puedan dejarse cuidar y sentirse acompañados. No siempre tienen respuestas y no deben acertar siempre. Pero es importante que puedan transmitir ilusión y confianza para que sus hijos se sientan capaces (tanto al hijo enfermo como a los demás).

6. Planes de futuro. Poco a poco, irán consolidando un proyecto familiar, podrán hacer **planes de futuro** (proyectos laborales, relación con amigos, espacio para la pareja...) ajustados a la propia realidad y contando con algunas limitaciones, pero conectando con los aspectos más vitales del niño, sus hermanos y de toda la familia en su conjunto.

Por otro lado, es necesario destacar la importancia de que **el niño con una enfermedad crónica pueda participar de forma activa en el cuidado de sí mismo** y de atender sus necesidades emocionales y no sólo las de su enfermedad.

1. El niño como sujeto. La importancia de dirigirse al niño y ayudarlo a dar un sentido a lo que le sucede. Hablar con el bebé o el niño supone siempre contar con él, reconocerle, darle autonomía y un espacio propio, teniendo en cuenta que lo que ocurre tiene que ver con él y con su cuerpo.

Estimular autoconfianza e independencia y evitar la sobreprotección será uno de los pilares sobre los que asentar la capacidad del niño de cuidar de sí mismo y le ayudará a manejar la enfermedad a lo largo de toda su vida.

2. Limitar las situaciones de pasividad y sometimiento. Los niños a veces necesitan protestar o quejarse, descargarse de la tensión, llorar u oponerse ante los tratamientos o la llegada al hospital; todo esto tiene que ver con la vitalidad y la defensa como algo protector y necesario. Nos preocupa especialmente el niño “excesivamente adaptado” que no expresa la protesta. En los momentos difíciles, será fundamental sentir que no está solo y que hay alguien disponible para escucharle y hacerse cargo de su malestar⁴.

3. Establecer rutinas de alimentación y sueño. Es importante contar con la realidad de cada enfermedad y cada familia; pero trataremos de establecer, de forma progresiva, un ritmo de alimentación adecuado (que permita el reconocimiento de la sensación de hambre) y unas rutinas de sueño (que posibiliten un proceso de separación progresivo).

4. Fomentar tiempo de juego. Es fundamental ofrecer una estimulación adecuada al niño: la importancia de las caricias, la comunicación visual, la imitación; que sus padres le hablen, le canten y se hagan presentes.

Reconocemos el valor de lo “lúdico compartido” en el acercamiento y el cuidado del bebé (caricias, canciones, juegos...) y la importancia de ofrecer una estimulación adecuada para su futuro desarrollo.

Es muy importante que los padres, en la medida de lo posible, dediquen tiempo a jugar con su hijo desde los primeros momentos. Destacamos el valor estructurante del juego y las experiencias compartidas en el desarrollo psíquico del niño⁵.

5. Mantener relaciones de continuidad con su grupo de edad. Para los niños la experiencia compartida de encuentro con sus compañeros es el mejor estimulante. En la interacción con sus iguales, va a aprender a resolver los conflictos y le va a permitir el establecimiento de la “conciencia de normalidad” y el desarrollo de su propia identidad.

6. Facilitar el acompañamiento emocional y la escucha de los aspectos emocionales del niño. Los niños necesitan que los padres les ayuden a entender lo que les sucede, que los acompañen durante las pruebas y los ingresos. También hablamos de la necesidad de que puedan expresar el malestar y el enfado de forma directa y de que sus figuras de referencia puedan escuchar sus protestas sin desbordarse demasiado⁶.

Es necesario que los cuidadores sean sensibles a las señales de los niños, tanto las somáticas como las emocionales, es decir, que puedan identificarlas y responder de manera adecuada y contingente. Esto no va a ser posible siempre, y tampoco es necesario. Lo importante es que el niño pueda contar con un adulto disponible que sea "suficientemente" sensible a lo que trata de comunicar.

Para escuchar los aspectos emocionales del niño es necesario, primero, contemplarlos. Cuando el adulto es capaz de reconocerlos, tener en cuenta que existen y que el niño los vive y expresa, empieza a hacerse cargo de ellos. Poco a poco le irá acompañando, tratando de poner orden a través de sus palabras y le ayudará a diferenciarlos de otras señales orgánicas; aspecto fundamental para el correcto desarrollo psicoevolutivo.

Una situación de enfermedad de un hijo es una experiencia estresante para los padres y emocionalmente muy demandante, lo que dificulta el sostén y la sensibilidad de estos. La apariencia de fragilidad del menor, el miedo en relación con la supervivencia del niño, la alteración de su rol parental o las separaciones tempranas madre-bebé, van a dificultar un adecuado funcionamiento interactivo que posibilite que estas funciones de sensibilidad y sostén se establezcan con seguridad. Los altos niveles de estrés y angustia familiar hacen que los padres tengan una menor disponibilidad psíquica para sus hijos. El malestar temprano de un bebé (enfermedad, discapacidad etc.,) descompensa el equilibrio emocional de quienes lo cuidan y facilita que se dé prioridad a lo funcional, a la supervivencia física, frente al acoplamiento y disfrute mutuo que implica atender a las señales de los niños⁷.

Los niños enfermos tienden a comunicar menos, están más adormilados, reaccionan de forma brusca..., y esto dificulta el establecimiento de la interacción inicial y que los padres puedan leer bien y entender de forma adecuada las respuestas de su hijo. En muchos momentos presentan una respuesta de rechazo o de alerta como forma de relacionarse debido a las intervenciones médicas, estresantes, muy tempranas, de mucho dolor, que se acompañan de experiencias corporales muy invasivas y vividas con mucha pasividad. Todo esto dificulta la diferenciación somato-psicológica.

Diferenciación somato-psicológica

Durante los primeros meses de vida se establece la regulación de los ritmos de alimentación y sueño del bebé. El área somática es la vía privilegiada de expresión del malestar del niño pequeño (debido a la inmadurez del aparato psíquico y del lenguaje). El niño emite sus señales y sus padres deben interpretarlas y dar una respuesta adecuada⁸. De ahí la importancia del papel de los padres a la hora de ir diferenciando y poniendo palabras a las distintas experiencias de sus hijos.

Uno de los grandes logros que se adquiere en esta etapa es la diferenciación somatopsicológica^{9,10}. El niño empieza a comprender y diferenciar una variedad de sensaciones somáticas, tales como el hambre, la saciedad o el cansancio, de sentimientos emocionales como el enfado, la frustración y la necesidad de afecto.

Esta diferenciación es el resultado de un proceso, en el que participan ambos integrantes de la diada (bebé/cuidadores) y no se establece de forma innata, sino que se va estableciendo poco a poco, a través de la interacción entre ellos. Por un lado, el bebé expresa correctamente sus necesidades somáticas frente a sus necesidades emocionales y, por otro lado, los cuidadores hacen una lectura cada vez más diferenciada de las señales del niño y responden de manera contingente¹¹. Un ejemplo en el caso de la alimentación sería: *cuando un bebé deja de comer, el cuidador podrá ir identificando si el bebé se siente saciado, está asustado, busca atención o expresa su enfado y rechaza la comida como protesta.*

En niños con enfermedades orgánicas es frecuente encontrarnos con la ausencia de esta diferenciación somato-psíquica y más especialmente en aquellos que presentan trastornos de la conducta alimentaria¹¹. Con frecuencia, las únicas señales que se atienden son las somáticas en detrimento de las afectivo-emocionales dada la angustia que genera tener un hijo con una enfermedad. Resulta más difícil para los padres ver más allá de lo orgánico, a lo que tienen que atender muchas veces de manera primordial cuando la vida de su hijo se ve amenazada.

Lo que ocurre es que cuando no se atienden las señales afectivo-emocionales del niño, éste puede confundirlas con las somáticas ya que ni siquiera es capaz de identificarlas. Si trasladamos esto al terreno de la alimenta-

ción nos encontramos muchas veces niños que confunden el hambre con experiencias emocionales (p.ej., *se niega a comer cuando está aburrido, frustrado, triste, enfadado...*)^{9,10}. No es que el niño no coma porque no tiene hambre, sino porque está enfadado, quiere mostrar su autonomía, está triste u otros motivos.

La alimentación es insuficiente a pesar de los esfuerzos de los padres por aumentar la ingesta de alimentos de sus hijos. Lo han intentado “todo” (engatusar, forzar, distraer...)^{9,10}. Los niños dejan de tener un papel activo en la alimentación, así como contacto con sus propias señales internas, especialmente las de hambre/saciedad.

Equipo médico

En el caso de un niño enfermo es necesario contar con un equipo que actúe como red, que sea capaz de sostener emocionalmente a los padres y les ayude a entender mejor las respuestas y las necesidades de sus hijos.

Los padres modifican la percepción de fragilidad de su hijo viéndose capaces de cuidar de él, sintiéndose parte más activa en su cuidado y favoreciendo el establecimiento de un vínculo afectivo con él⁵. La continuidad de su presencia y sus palabras sirven como barrera de protección, le prestan su aparato psíquico hasta que él pueda pensar por sí mismo. Le hacen partícipe y le colocan en una posición de sujeto frente a su malestar. A medio plazo, ayudarán a sus hijos a que entiendan mejor su enfermedad, se conozcan y sean capaces de cuidar de sí mismos y lograr un proyecto de vida propio.

PUNTOS CLAVE

- La llegada de un hijo con una enfermedad orgánica es un acontecimiento estresante y emocionalmente muy demandante, que supone una reorganización en la que es importante cuidar tanto del niño como de los padres.
- Es primordial ayudar a los padres a conocer y entender a su hijo en la enfermedad, su subjetividad, para facilitar el encuentro entre ambos.

- Es fundamental la función de protección de los padres en el cuidado de su hijo y para ello es necesario conocer los elementos facilitadores (redes de apoyo, cuidar de ellos mismos, evitar asilamiento social, normas y límites, tener en cuenta a los hermanos y los planes de futuro) de dicho cuidado.
- Es necesario entender al niño enfermo como un sujeto que necesita tener un papel activo en el cuidado de sí mismo.
- Un aspecto básico es atender las necesidades emocionales del niño y no solo los cuidados de la enfermedad.
- Importancia de la sensibilidad de los padres a la hora de identificar y entender los aspectos emocionales del niño de cara a facilitar que se establezca una adecuada diferenciación somato-psíquica.
- Importancia del equipo médico como red de protección del niño y de sus padres.

BIBLIOGRAFÍA

1. El niño enfermo en el periodo de 0 a 3 años. Documento Debate. Publicaciones Grupo Perinatalidad. Ed SEYPNA; 2022.
2. Payás Puigarnau A. El mensaje de las lágrimas: una guía para superar la pérdida de un ser querido. Barcelona: Paidós Ibérica; 2014. ISBN: 978-8449-330-278.
3. Sanz Herrero B, González González F, Pedrón Giner C. Sostener la cuchara. La alimentación en niños con soporte artificial, trabajo en grupo de padres. Cuad Psiquiatr Psicoter Niño Adolesc. 2016;62:105-8.
4. Alonso Gómez R, Morer Bamba B, Castro García G, Ortega López-Alvarado P. La interconsulta hospitalaria en Salud Mental infanto-juvenil: un modelo internacional. Cuad Psiquiatr Psicoter Niño Adolesc. 2016;62:27-31.

5. Tarragó-Riverola R, Mañosa-Mas M. Aplicaciones clínicas en el tratamiento de niños prematuros. *Cuad Psiquiatr Psicoter Niño Adolesc.* 2014;57:35-41.
6. Pitillas C. Ayudar al niño con cáncer en lo que necesita. Cuatro usos posibles de la terapia de juego en el campo de la Psicooncología pediátrica. *Clínica Contemporánea.* 2012;3(2);147-61. <https://doi.org/10.5093/cc2012a10>
7. Quesada Conde AB, Justicia Díaz MD, Romero López M, García Berbér MT. La enfermedad crónica infantil. Repercusiones emocionales en el paciente y en la familia. *Rev de Psicología.* 2014;1(4):569-76.
8. Ammaniti M, Lucarelli L, Cimino S, D'Olimpio F, Chatoor I. Maternal psychopathology and child risk factors in infantile anorexia. *Int J Eat Disord.* 2010;43(3):233-40. <https://doi.org/10.1002/eat.20688>
9. Bion A, Cascales T, Dubedout S, Bodeau N, Olives J, Raynaud JP. Troubles du comportement alimentaire restrictif du nourrisson et du jeune enfant: évaluation quantitative des interactions parent/nourison pendant le repas. *Éncephale.* 2016. <http://doi.org/10.1016/j.encep.2016.08.009>
10. Chatoor I, Egan J, Getson P, Menvielle E, O'Donnell R. Mother-infant interactions in infantile anorexia nervosa. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 1988;27(5):535-40. <https://doi.org/10.1097/00004583-198809000-00003>
11. Chatoor I. Feeding disorders in infants and toddlers: diagnosis and treatment. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am.* 2002;11(2):163-83. [https://doi.org/10.1016/s1056-4993\(01\)00002-5](https://doi.org/10.1016/s1056-4993(01)00002-5)

A decorative graphic consisting of several overlapping, curved bands in shades of blue and purple, sweeping from the bottom left towards the top right of the page.

Capítulo 6

GUÍA DE ACTUACIÓN. TRATAMIENTO MULTIDISCIPLINAR DE LOS TRASTORNOS DE ALIMENTACIÓN DEL NIÑO PEQUEÑO

Consuelo Pedrón Giner, Francisca González González, Beatriz Sanz Herrero

INTRODUCCIÓN: Un poco de historia

El Hospital Infantil Universitario Niño Jesús de Madrid presta, desde hace años, atención a los niños que presentan problemas alimentarios. La atención integral a los Trastornos de Alimentación en la Primera Infancia es un trabajo novedoso en el ámbito hospitalario, que iniciaron de forma pionera Inmaculada Azcorra (psicóloga clínica) y Consuelo Pedrón (pediatra especialista en nutrición). Este nuevo enfoque interdisciplinar contó con el apoyo y el interés de los Jefes de Servicio, Dra. García-Novo de Gastroenterología y Dr. Morandé de Psiquiatría y Psicología Clínica, así como el de todos los demás facultativos de estos servicios. Desde 2005 esta labor asistencial se realiza de forma integrada entre las consultas de Nutrición-Gastroenterología, Psicología Clínica y Atención Temprana-Logopedia.

Esta metodología de trabajo se ha ido desarrollando como consecuencia de la práctica individual que ha hecho ver que el abordaje no coordinado retrasaba y/o impedía la solución de los problemas graves de los pacientes y sus familias. En general, cuando los niños llegan a la consulta hospitalaria llevan un largo historial médico, han realizado varios intentos de solución a pesar de los cuales el cuadro sintomático se sigue manteniendo.

La atención va dirigida a dos grupos de pacientes: los que presentan una patología orgánica asociada que, en muchas ocasiones ha necesitado un soporte artificial (sonda nasogástrica y/o gastrostomía desde el inicio o en un largo periodo de tiempo), y aquellos que, sin tener patología orgánica asociada, presentan dificultades en la alimentación (alimentación selectiva, dificultades en la masticación o la introducción de sólidos, vómitos o rechazo al alimento) que pueden poner en grave riesgo la salud física y/o psíquica de los pacientes y el funcionamiento de su sistema familiar.

EL EQUIPO ASISTENCIAL. Composición y funciones

El pediatra. Su función de protección

El pediatra tiene un papel fundamental^{1,2} pues será quien valorará en primer lugar la existencia de una dificultad o de un trastorno de conducta alimentaria, de una enfermedad orgánica subyacente y de la repercusión nutricional de una o ambas condiciones. Para realizar este diagnóstico se valdrá de la realización de una anamnesis cuidadosa, de una exploración clínica y antropométrica completas y de las exploraciones complementarias adecuadas a cada caso concreto, sabiendo escuchar las demandas de los padres, pero conteniéndolas sin seguir investigando a cualquier precio (ver Capítulo 3. a. Diagnóstico médico). La mayoría de las veces el paciente será atendido y sus problemas resueltos en Atención Primaria^{3,4} gracias a una detección e intervención precoz que evitará que la situación se cronifique o se agrave⁵. Sin embargo, en algunos casos, por la gravedad del trastorno o de la patología será necesaria su derivación^{1,3,5,6} (Figura 1) (ver próximo apartado, Criterios de derivación).

En cualquiera de los ámbitos, Atención Primaria u hospitalaria, el pediatra ha de instaurar un tratamiento precoz que incluya al niño y su familia asegurando su seguimiento (ver Capítulo 4. a. Tratamiento médico). En el caso que exista una enfermedad orgánica tendrá que mantenerla estable y será también responsable de recuperar o conservar un adecuado estado nutricional proporcionando a los padres una serie de consejos para garantizar una alimentación adecuada. Cuando no sean suficientes y se instaure un soporte artificial o cuando el paciente ya siga este tratamiento, evitará las complicaciones que pudieran derivarse de su uso.

El papel del pediatra tranquilizando, disculpabilizando y dando a los padres las orientaciones precisas, es clave para abordar lo antes posible el manejo de estos problemas¹. Escucha a la familia y al niño, es capaz de contener y acompañar frente al impacto y sufrimiento de la enfermedad, ordena las prioridades, determina el riesgo del paciente, ayuda a la familia en la toma de decisiones devolviéndoles su capacidad de hacer frente a las dificultades. En suma, ejerce una función de protección que permite el mejor desarrollo del niño e impide que lo médico y la enfermedad si la tiene, lo invada y lo aisle.

Figura 1. Algoritmo de actuación.



Tomado de Hospital Niño Jesús. DAC – AX - 061

El logopeda. Comer acompañado

Inicialmente hace una valoración de las estructuras y funciones oromotoras y de la deglución, identificando las posibles dificultades para el establecimiento de conductas alimentarias adecuadas a su edad⁷ (ver Capítulo 3. b. Evaluación logopédica de la alimentación). Establece un programa terapéutico de intervención individualizada¹ acorde con las necesidades del niño y de su familia que se lleva a cabo de manera muy secuenciada, tanto en sesiones hospitalarias, como de aplicación en el hogar (ver Capítulo 4. b. Tratamiento logopédico). Aplica técnicas específicas (facilitación de la succión, normalización de la deglución, control del vómito, etc.) e introduce texturas y sabores nuevos facilitando el proceso de masticación y el paso a la alimentación sólida.

La regularidad de su consulta permite mantener la continuidad en el tratamiento, cambiar hábitos y evitar situaciones de mucha tensión durante las comidas. En ocasiones el tratamiento en pequeños grupos facilita la imitación y el aprendizaje entre los niños. El logopeda se dirige directamente al niño y se adapta inicialmente a él. Coge la cuchara y actúa como intermediario en el acercamiento al alimento, ofrece y el niño recibe, facilitando el encuentro, entre dos, que supone la alimentación⁸. El niño necesita confiar en el otro, dejarse guiar por él y sentirse acompañado. Además, valora cómo los padres ofrecen al niño el alimento y cómo ese momento es vivido por el niño y la familia; es capaz de "imaginarse al niño comiendo", ayuda a los padres a no tirar la toalla, a que le ofrezcan alimentos y sabores nuevos, a valorar los pequeños progresos y a enfrentarse con menos tensión al momento de la comida.

El psicólogo clínico. La necesidad de poner palabras

Realiza la historia clínica psicológica, valorando la dinámica familiar, detectando situaciones de riesgo emocional y contemplando de forma global el desarrollo del niño y la situación familiar¹ (ver Capítulo 3. c. El proceso de psicodiagnóstico). Realiza un seguimiento del paciente y su familia y facilita el establecimiento de rutinas adecuadas a la edad del niño. En algunas ocasiones detecta la necesidad de derivación a Salud Mental (riesgo de trastornos del espectro autista en el niño, cuadros depresivos o niveles de ansiedad elevada en los padres...) (ver Capítulo 4. c. Tratamiento psicológico).

Desde la consulta de psicología clínica será importante integrar los tres aspectos siguientes:

- Dar recursos al niño y dirigirnos directamente a él.
- Atender las dificultades de los padres y la familia en su conjunto y potenciar su capacidad de protección en el cuidado de sus hijos.
- Facilitar los cambios, el acercamiento a la comida y la regulación de la sensación de hambre del niño.

En el entorno del hospital, el psicólogo clínico realiza una observación de la toma; facilita que los padres sean capaces de mirar y hablar al niño, le ayuden a calmarse, que reconozcan el propio ritmo de su hijo y empiecen a hacer pequeños cambios.

El trabajo en un grupo de padres (diferenciando los dos grupos: por un lado, el grupo de niños con soporte artificial y por otro los casos de niños que no necesitan soporte), se ha consolidado como una herramienta muy útil para estos pacientes.

Es importante destacar el papel de la escucha y el tiempo como elementos terapéuticos⁹. La escucha del niño en presencia de los padres y la escucha de los padres en presencia del niño. Un modelo de consulta en el que se facilita el encuentro entre ambos y poco a poco, empiezan a relacionarse de un modo diferente.

CRITERIOS DE DERIVACIÓN

Están sustentados en la gravedad del trastorno de conducta o en el tipo y magnitud de la patología de base^{1,3,5,6} (Figura 1).

- Se remitirán a atención hospitalaria aquellos trastornos de conducta alimentaria que no mejoren tras un inicio precoz del tratamiento en Atención Primaria, sobre todo aquellos que precisen soporte enteral, tratamiento por Logopedia debido a la existencia de prácticas oromotoras alteradas, o tratamiento por Psicología ante la presencia de problemas graves de relación o ansiedad en el niño o su familia. También aquellos pacientes con sospecha de enfermedades orgánicas que precisen pruebas

complementarias específicas para su diagnóstico (como por ej. biopsias, endoscopias, estudios metabólicos o genéticos) o que estén mal controladas.

- Se derivarán a Atención Temprana los niños con sospecha o diagnóstico de trastorno generalizado del desarrollo. Este término, vigente desde 1980, incluye un amplio rango de trastornos con sintomatología de características autísticas (ver Capítulo 5. d. 1. Conceptos básicos de los trastornos del espectro autista) y ha sufrido revisiones recientemente¹⁰.
- Se enviarán a Salud Mental los pacientes en los que las dificultades de alimentación se acompañen de síntomas (ansiedad, depresión, trastornos de conducta, fobia, etc.) que precisen un tratamiento específico.

TRATAMIENTO INTEGRADO Y MULTIDISCIPLINAR

Es el que se aplica en las Unidades Interdisciplinarias^{11,12} especializadas a los casos más complejos¹⁻³.

En primer lugar, el paciente es valorado por el médico pediatra (especialista en gastroenterología y nutrición en nuestro caso) y más tarde, por el psicólogo clínico y el logopeda. La decisión de que fuera un médico el coordinador de la Unidad se sustenta en que el aspecto orgánico es determinante en estos pacientes menores de 6 años, bien porque los niños sufran enfermedades crónicas que precisen control médico o bien porque puedan desarrollar repercusiones orgánicas de su trastorno. El médico también realiza las interconsultas a los distintos profesionales en función de las necesidades particulares de cada uno. Sin embargo, la toma a cargo (en palabras del Dr. Morandé) de cada paciente podría ser del profesional más preocupado por la peculiaridad de cada paciente y podría cambiar en el tiempo.

Es fundamental que los profesionales compartan una misma epistemología sobre los problemas del proceso alimentario y el tipo de atención que precisan el niño y su familia, poniendo en común los criterios teóricos y prácticos de las distintas disciplinas intervinientes al incluir aspectos biológicos, psicológicos y sociales.

Método de trabajo

Las sesiones clínicas semanales (Figura 2) permiten, en primer lugar, identificar el riesgo orgánico en función del diagnóstico médico y sus implicaciones, para plantear una guía de intervención en la que se determinan los objetivos del tratamiento. Más adelante, podrán valorarse los cambios y tomar decisiones de forma conjunta. De este modo se consigue una coherencia clara en todas las consultas entre las indicaciones que se darán a la familia y al niño.

Figura 2. Equipo interdisciplinar.



Además, este enfoque permite crear un contexto de cuidados donde los niños y sus padres puedan ser entendidos y escuchados y así poder actuar más eficazmente sobre todos los factores que inciden en las dificultades para llevar a cabo una alimentación saludable y correcta.

La intervención se inicia, en general, de forma ambulatoria y sólo en ocasiones durante el ingreso hospitalario, y se mantiene posteriormente durante un tiempo variable, desde 3 o 4 sesiones hasta varios meses o años de seguimiento.

A continuación, se resumen las **funciones del equipo**.

- Evaluación general del estado y las necesidades del niño (estado clínico y nutricional, estructuras y habilidades de la alimentación, desarrollo psicoevolutivo).
- Desarrollo de un programa terapéutico adaptado a las necesidades de cada caso, consensuando los objetivos prioritarios ajustados al estado clínico de cada niño.
- Establecimiento de una comunicación cercana con las familias y los niños donde los padres puedan sentirse contenidos. Aceptar y entender sus sentimientos, frenar las interferencias y el exceso de información, tratando de recuperar en los padres su propia capacidad de cuidado. Ayudarles a conocer a su hijo y los recursos que tiene.
- Coordinación con los pediatras, hospitalarios o de Atención Primaria, los profesionales de Atención Temprana y las escuelas infantiles.

En la Tabla 1 se muestran una serie de recomendaciones en función del problema que presente el paciente. Además, se exponen a continuación una serie de reflexiones, sugerencias y consejos que pueden resultar útiles para el abordaje de estos pacientes.

ORIENTACIONES CONSENSUADAS Y PROPUESTAS POR EL EQUIPO

- El proceso de crianza y el establecimiento de hábitos de alimentación y sueño se aprenden acompañados por los padres y necesitan que estos les dediquen tiempo. Es importante no esperar a que el niño sea quien, en solitario, regule sus dificultades o pueda hacer cambios.
- Establecer un orden de prioridades en la intervención teniendo en cuenta el punto de urgencia en cada caso individual (gravedad de la enfermedad de base, riesgo de desnutrición, cuadros depresivos en el niño o sus padres, enfrentamiento familiar, actitud desafiante del niño, hábitos inadecuados...).

- No introducir muchos cambios a la vez (retirada del biberón, ingreso en la guardería, nacimiento de un hermano) que van a dificultar un proceso de adaptación progresiva. Debemos adaptarnos a la situación concreta del niño en este momento y proponer los cambios que él pueda ir tolerando.

Interacción

- No dar de comer dormido pues dificulta una adecuada interacción y no favorece la regulación de los primeros ritmos del bebé.
- Para fomentar el sentimiento de seguridad en el niño es importante anticiparles la situación de la comida y dirigirnos directamente a ellos. En el caso de los lactantes o niños pequeños a los que hay que dar de comer, lo haremos siempre de frente a ellos estableciendo un buen contacto visual.

Ambiente y socialización

- El ambiente durante las comidas debe ser relajado. Es importante tratar de mantener una actitud serena durante las comidas, evitar situaciones de amenaza (si no comes te van a pinchar o a ingresar), de enfrentamiento o de enfado, utilizar la comida como castigo o como premio o actitudes de desesperación y abandono durante la comida por parte de los padres.
- Evitar que la comida sea el único tema de conversación cuando se habla del niño, pues le devuelve una imagen muy poco valorada de él mismo e impide que los padres tomen conciencia de otras áreas más sanas del funcionamiento de sus hijos (lenguaje, juego...). No se harán comentarios relacionados con la comida fuera de ellas.
- Facilitar que la comida forme parte de la interacción con los otros y favorezca el proceso de socialización, sobre todo en los niños con más dificultades hay que eludir situaciones de excesivo aislamiento.
- Favorecer situaciones de imitación comiendo en familia (toda la familia) y haciendo que el niño participe en su preparación. Además, es necesario que el niño vea en sus referentes un modelo a seguir: la dieta de las personas que le cuidan debe ser ordenada, variada y saludable.

Tabla 1. Problemas más frecuentes y recomendaciones para controlarlos.

Problema	Recomendación
Bebés que únicamente comen dormidos (los que los padres terminan por dormirles para lograr que se alimenten)	<p>Iniciar una toma despierto e ir aumentándolas de forma progresiva</p> <p>Potenciar la capacidad de cuidado de los padres y la interacción entre ellos fuera de la alimentación</p>
Bebés que no reconocen la sensación de hambre (nunca han pedido de comer, confunden hambre y sed... pueden pasar muchas horas sin tomar ningún alimento)	<p>Establecer un horario de alimentación</p> <p>Limitar los tiempos de las tomas</p> <p>Evitar siempre comidas en blanco (no dejarles sin comer)</p>
Dificultades de alimentación en lactantes cuando la madre presenta una clínica de tristeza o agotamiento marcado	<p>Plantear un horario de alimentación que permita regular el encuentro entre la madre y el bebé</p> <p>Valorar la existencia de una red de apoyo para la figura materna que evite el riesgo de aislamiento</p>
Lactantes que mantienen lactancia materna pero que a partir de los 6 meses no logran una adecuada diversificación y supone riesgo de desnutrición	<p>Establecer un horario adecuado y situar las tomas de pecho dentro de los momentos de la comida</p> <p>Tratar de encontrar otras formas de calmar al bebé en los momentos de tensión</p>
Niños con rechazo marcado durante la alimentación	<p>Diferenciar protesta activa (manotea, gira la cabeza, escupe...) y rechazo pasivo (no cierra la boca, no traga, se le cae por los lados)</p> <p>Establecer horario de alimentación y no saltarse comidas. Adecuar el tiempo de las tomas (tomas excesivamente largas tienen mayor riesgo de agotamiento del niño y de pérdida de control del adulto)</p> <p>Prestar atención a niños con inhibición excesiva, muy controlados o que evitan el conflicto y únicamente protestan frente a la comida</p> <p>Facilitar una conducta activa y proponer un juego como acompañamiento (no como distracción)</p> <p>Evitar muchos cambios a la vez en el entorno del niño</p> <p>Evitar situaciones de control por parte del niño, en las que el adulto pierde su función de protección</p>
Niños que presentan una alerta sensorial marcada y rechazo a los cambios de texturas (ej.: dificultad en la introducción de sólidos, solo aceptan puré de un color o de una marca)	<p>No retrasar la introducción de nuevas texturas más allá de los 9 meses</p> <p>Ofrecer alimentos de texturas diferentes y tratar de facilitar un acercamiento progresivo y guiado por el adulto</p> <p>Proponer los cambios de uno en uno (sabor, textura, lugar...)</p> <p>Valorar la adaptación a los cambios y el riesgo de dificultades de la comunicación (riesgo de trastorno del espectro autista)</p> <p>Entender la alimentación como una vía de encuentro con otros niños</p>
Niños que han logrado un buen desarrollo en algunas áreas, pero mantienen rutinas muy poco acordes a su edad cronológica (ej.: niños de 6 años que mantienen biberón y con rutinas de sueño muy inadecuadas)	<p>Establecer rutinas adecuadas a la edad del paciente</p> <p>Tratar de facilitar otras vías para la expresión emocional frente a los momentos de tensión o bloqueo</p> <p>Proponer la alimentación como una oportunidad para el desarrollo del niño y potenciar sus recursos de autocuidado</p>

Práctica de la alimentación

- De cara a la introducción de nuevos alimentos, se deben ofrecer alimentos nuevos de forma progresiva, en pequeñas cantidades, al principio de las comidas, acompañados de otros alimentos que el niño ya conoce y le gustan. Otra forma es mostrárselos a través de la comida que hacen los padres de forma que les resulte interesante y sean ellos quienes pidan probarlos.
- No ofrecer un alimento tras otro a medida que el niño los rechaza. No sustituir unos alimentos por otros y no hacer una sobreadaptación a los gustos del niño que lo mantengan en una actitud muy selectiva (puré de un solo color, yogures de un único sabor, potito de una marca).
- Es necesaria una adecuada regulación de la sensación de hambre. En ocasiones los niños confunden la sed con el hambre, por lo que hay que evitar que beban cantidades excesivas de líquidos entre horas y enseñarles a diferenciar una sensación de otra. Mantener un horario adecuado de alimentación en cuatro comidas al día (desayuno, comida, merienda y cena), sin dar de comer entre horas. El tiempo de las comidas debe ser prudencial, insistiendo durante un tiempo suficiente (aproximadamente treinta minutos) sin forzar. No dejar sin comer esperando que el niño sienta hambre o retirar el plato si no ha comido. Se deben evitar comidas “en blanco”.

Participación del niño

- Establecer una adecuada y activa participación del niño durante las comidas. La distracción o el juego pueden ser utilizados, únicamente, como forma de desbloquear el rechazo o la pasividad del niño. A medida que se normaliza la conducta se irá reduciendo de forma progresiva.
- Para limitar el sentimiento de frustración del niño se recomienda poner poca cantidad de alimento en plato grande. Esto es importante también para desbloquear una actitud fóbica donde el niño necesita controlar exactamente qué o cuánto tiene que comer.

- Favorecer la respuesta de exploración del niño en el proceso de acercamiento a la comida, permitiendo que el niño se familiarice con los alimentos, que juegue con ellos o se manche.
- Fomentar la autonomía global del niño para lograr que a medio plazo pueda comer solo. En niños con dificultades en la alimentación, durante algún tiempo necesitan el acompañamiento de sus padres en este terreno.
- Es fundamental que todas las personas que cuidan al niño mantengan la misma actitud en las comidas.

PUNTOS CLAVE

- El pediatra tiene un papel clave en el diagnóstico y tratamiento de las dificultades de alimentación del niño pequeño.
- Los casos más complejos precisan de un abordaje multidisciplinar hospitalario (pediatría, psicología clínica y logopedia) que tenga en cuenta los factores médicos y nutricionales, las habilidades implicadas en el proceso de la alimentación y nutrición y las circunstancias psicosociales que afectan al niño y la familia.
- El trabajo en equipo permite una intervención individualizada, estableciendo prioridades y dando coherencia a las indicaciones.
- El seguimiento cuidadoso permite la valoración continuada y el ajuste del tratamiento, potenciando el papel activo del niño y el de protección de los padres.

BIBLIOGRAFÍA

1. Pedrón Giner C, González González F, Sanz Herrero B. Tratamiento interdisciplinario de los trastornos de la alimentación de inicio en la infancia. En: Morandé Lavin G, Graell Berna M, Blanco Hernández A (Coords.). Trastornos de la conducta alimentaria y obesidad: un

enfoque integral. Madrid: Médica Panamericana DL; 2014. p.171-4. ISBN 978-84-9835-741-7.

2. Goday PS, Huh SY, Silverman A, Lukens CT, Dodrill P, Cohen SS, *et al.* Pediatric Feeding Disorder- Consensus Definition and Conceptual Framework. *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 2019;68(1):124-9. <https://doi.org/10.1097/MPG.0000000000002188>
3. Kerzner B, Milano K, MacLean WC Jr, Berall G, Stuart S, Chatoor I. A practical approach to classifying and managing feeding difficulties. *Pediatrics.* 2015;135(2):344-53. <https://doi.org/10.1542/peds.2014-1630>
4. Milano K, Chatoor I, Kerzner B. A Functional Approach to Feeding Difficulties in Children. *Curr Gastroenterol Rep.* 2019;21(10):51. <https://doi.org/10.1007/s11894-019-0719-0>
5. Bernard-Bonnin AC. Feeding problems of infants and toddlers. *Can Fam Physician.* 2006;52(10):1247-51.
6. Phalen JA. Managing feeding problems and feeding disorders. *Pediatr Rev.* 2013;34(12):549-57. <https://doi.org/10.1542/pir.34-12-549> Erratum in: *Pediatr Rev.* 2014;35(11):496.
7. Lartigue Becerra T, Maldonado-Durán M, Ávila Rosas H (Coords.). *La alimentación en la primera infancia y sus efectos en el desarrollo: una visión de profesionales de la salud.* México: Plaza y Valdés; 1998. ISBN: 978-96-8856-641-1.
8. Sanz Herrero B, González González F, Pedrón Giner C. Sostener la cuchara. La alimentación en niños con soporte artificial, trabajo en grupo de padres. *Cuad Psiquiatr Psicoter Niño Adolesc.* 2016;62:105-8.
9. Sanz B, Pedrón C, González F. Las dificultades de la alimentación en la primera infancia. Necesidad de poner palabras. *Cuad Psiquiatr Psicoter Niño Adolesc.* 2011;51/52:157-66.
10. Volkmar F, Siegel M, Woodbury-Smith M, King B, McCracken J, State M; American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (AACAP) Committee on Quality Issues (CQI). Practice parameter

for the assessment and treatment of children and adolescents with autism spectrum disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2014;53(2):237-57. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2013.10.013>
Erratum in: *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2014;53(8):931.

11. Sharp WG, Volkert VM, Scahill L, McCracken CE, McElhanon B. A Systematic Review and Meta-Analysis of Intensive Multidisciplinary Intervention for Pediatric Feeding Disorders: How Standard Is the Standard of Care? *J Pediatr*. 2017;181:116-24.e4. <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2016.10.002>
12. Cañedo Villarroya E, Martínez Zazo AB, Sanz Herrero B, Pérez Llorente E, González González E, Pedrón Giner C. Dificultades y trastornos de alimentación de la primera infancia y en otras edades pediátricas. En: Gómez Candela C, Campos del Portillo R, Palma Milla S. *Nutrición y trastornos de la conducta alimentaria*. 2024 [en línea] [consultado el 07/04/2025]. Disponible en <https://portal.uned.es/Publicaciones/htdocs/pdf.jsp?articulo=0103023CT01A01>

A decorative graphic consisting of several overlapping, curved bands in shades of blue and purple, sweeping from the bottom left towards the top right.

Capítulo 7

ASPECTOS PREVENTIVOS: DETECCION E INDICADORES DE ALARMA

7. a. Una mirada al grupo familiar: las funciones parentales y crianza

Carmen de la Torre Gordo

En marzo de 1967, D. Winnicott¹ en un Simposio organizado en la Real Sociedad de Medicina de Londres, se dirige a sus colegas pediatras con las siguientes palabras: *“es importante para el pediatra saber, cómo son las cosas en el comienzo de la vida de un nuevo individuo, ya que cuando hable con los padres, debe ser capaz de reconocer la importancia de la función de éstos. El médico interviene cuando aparece la enfermedad, pero los padres son importantes en todo momento y no solo, cuando los niños están enfermos”*

La alimentación y el sueño son dos necesidades fisiológicas imprescindibles de ser satisfechas para la supervivencia del recién nacido. El bebé nace preparado biológicamente para adaptarse a un mundo desconocido, pero solo no puede hacerlo, necesita de un otro sin el que no podría progresar en su evolución. Por eso, el bebé humano, a diferencia de otros mamíferos, nace inscrito en una organización familiar que, según Winnicott¹, debe ofrecer un ambiente facilitador que se adapte a sus necesidades cambiantes, acogiéndolo y ofreciéndole un lugar propio en el que pueda desarrollarse como sujeto.

El recién nacido, pierde la protección y el alimento incondicional vivido durante el proceso de gestación, y pone en marcha su propio equipo biológico. Para poder sobrevivir en el nuevo mundo, llora, reclama y consigue la aproximación del adulto. Los adultos, recién convertidos en padres, se ven colocados en el desempeño de dos nuevos roles: la función materna y paterna, y una tarea común: la crianza de un hijo y la construcción del grupo familiar, necesario para este desempeño. Es importante señalar que ser madre, ser padre es una experiencia subjetiva y única para cada adulto que la ejerce, y que la mera presencia física no garantiza un adecuado ejercicio de dichas funciones.

Vivimos en tiempos de cambios rápidos a diversos niveles, sociales, tecnológicos, científicos, que afectan al ser humano en su vida más cotidiana. Pese a los cambios, la familia permanece, porque ofrece los lazos sociales imprescindibles para el desarrollo humano. Es en la familia, donde se despliegan la función materna y paterna, también en continua transformación.

La función materna supone un alto grado de identificación con el bebé para poder comprenderle sin perder el estatuto adulto. Pese a los cambios, mayoritariamente, sigue siendo la madre quien sostiene dicha función, y supone un doble movimiento psicológico:

1. Acercamiento emocional, que implica sumergirse en el mundo desorganizado del bebé, identificar sus señales y traducirlas casi "mágicamente" para poder entender qué le está pasando y así satisfacer sus necesidades.
2. Separación emocional que supone activar las capacidades adultas de cuidado y ejecutar las conductas necesarias que atienden las necesidades del niño.

Este doble movimiento de acercamiento y distanciamiento emocional de la madre, (o de quien ejerce su función), ante el reclamo del bebé, supone el inicio de **un diálogo entre ambos que se construye sobre los ritmos biológicos** del bebé, comer, dormir, control de esfínteres, recuperando y dando continuidad a la sensación de bienestar. Para que se establezca un buen diálogo entre la madre y su hijo, la madre no tiene que estar siempre presente, y el hijo debe tener la experiencia de que los cuidados maternos no son continuos, de este modo la internalización de los cuidados da la posibilidad al niño de desarrollar **la capacidad de estar solo**. Es como si la madre le enviara el siguiente mensaje: *has comido, estas limpiito y tranquilo así que puedes estar solo un ratito, a gusto en tu cuarto, haciendo lo que quieras...mamá va a ocuparse de sí misma*, de este modo la separación no es vivida como desamparo sino como reconocimiento de los padres de la necesidad del bebé de estar consigo mismo. Es decir, el recién nacido, además de necesitar la presencia de los cuidados maternos, también necesita desde muy temprano, un tiempo y un espacio para estar solo. Ambos, presencia y ausencia son necesarios para un desarrollo saludable.

Winnicott² se refiere a la función materna como *la madre suficientemente buena* y dice *"...a través de la experiencia corriente de un sostén suficientemente bueno, la madre es capaz de suplir una función yoica auxiliar, de modo tal que el bebé tuvo un yo desde el principio, un yo personal muy débil, pero asistido por la adaptación personal de la madre y por la habilidad de esta para identificarse con él, en lo relativo a las necesidades básicas"*

La función paterna está ligada a establecer un orden que permita al niño poder estar con otro desde un lugar propio. En un primer momento, ante la llegada del recién nacido, el ejercicio de la función paterna se hace visible en sostener, proteger, dar seguridad y reforzar la díada madre-hijo. Es esencial, en ese movimiento de distanciamiento necesario, que mencionábamos anteriormente, para que la madre pueda realizar como adulto las conductas de cuidado. Es acompañar a la madre en la experiencia, aprendizaje y deseo de ser madre. El padre tiene que poder dar tiempo y calma, sobre todo en los primeros momentos, para que se instale ese clima emocional adecuado en el que se empieza a desarrollar la crianza. Mas que nunca, vela por la calidad de las relaciones familiares. Cuando la función paterna es ejercida con deseo y realiza el acompañamiento con verdadero deseo, las relaciones familiares se establecen de manera fácil y fluida.

Pero como venimos diciendo, hablar de la función paterna es hablar de hacer presente la realidad, de un orden simbólico que permite al bebé acceder a lo social, a la cultura. ¿Qué quiere decir esto?, la función paterna ayuda al niño a que progresivamente, vaya satisfaciendo sus deseos y necesidades dentro de los límites de lo familiar, lo social y cultural, es decir teniendo en cuenta al otro como diferente, de este modo se va constituyendo como sujeto, con seguridad en sí mismo.

Cuando el bebé reclama y le decimos *"ya te oigo...te estoy preparando el bibe..."* es como si quisiéramos decirle, que sabemos que nos necesita, pero que él tiene que comprender que, entre la satisfacción de una demanda inmediata y la posibilidad de satisfacer dicha demanda, transcurre un tiempo. Esa necesaria frustración ante la satisfacción urgente del deseo va introduciendo al bebé en el transcurso del tiempo humano, siendo este el resultado del ejercicio de ambas funciones parentales combinadas.

Es necesario ajustar la frustración a cada sujeto, circunstancia y condición. Una goma elástica que puede estirarse lo que puede, no más, en función de

si es nueva, si está deteriorada, si es pequeña, grande, delgada o gruesa, para que cumpla su función.

Caellas, Kahane y Sánchez^{3,4} nos explican cómo el ejercicio de la parentalidad, inevitablemente, se mezcla con las historias personales y de pareja de cada uno de los padres. Por eso, ser padre, ser madre, supone un trabajo psíquico en el que se ponen en juego las emociones propias de cada uno, es el mayor compromiso relacional que puede adquirir el ser humano, que se ve interpelado por los cambios sociales. Lo psíquico y lo social son indisolubles.

Máximo Recalcati⁵, en su análisis sobre los cambios en la función paterna, dice que no es cuestión de ideales, de jerarquías inmodificables, de autoridad, de disciplina, *“sino de actos, de decisiones, de pasiones capaces de testimoniar, precisamente, cómo se puede estar en el mundo con deseo y al mismo tiempo con responsabilidad”*. Habla de la importancia de que los padres puedan escuchar el deseo de los hijos, su propia subjetividad de la que dan cuenta desde muy pronto, y explicita *“El deseo no es un capricho, debe dar pruebas de constancia, de tenacidad, de insistencia. La ley del deseo no dura lo que un relámpago en la noche...el deseo, no solo debe ser atendido, sino que también debe ser cultivado en el curso del tiempo”*. Es el padre en el ejercicio de su función, quien sostiene el principio de realidad, es decir, los límites que la realidad impone a la realización del deseo.

Las nuevas estructuras familiares, familias monoparentales, homoparentales, reconstituidas, etcétera, fruto de los cambios sociales, tecnológicos, científicos, culturales, como no podría ser de otro modo, también se ven convocadas al ejercicio de dichas funciones parentales⁶. Recordemos que, como funciones, no están sujetas a ser hombre o mujer, sino que es necesario, que **ambas se articulen en el psiquismo de sus progenitores, padre, madre, para el buen ejercicio de la crianza.**

La familia, en su diversidad, es la primera instancia de socialización para el recién nacido. J.R. Ubieto⁷ considera que la familia es un *“lugar privilegiado donde los sujetos advienen al mundo del lenguaje, como seres hablantes. Para ello sigue siendo necesario **que un deseo no anónimo** los acoja y les dé la oportunidad de convertirse ellos mismos en sujetos deseantes”* (la negrita es mía).

La familia, se organiza estableciendo claramente las diferencias generacionales, ocupando cada uno, un lugar propio, es decir los padres, (sea cual sea, el tipo de familia) ocupan un lugar distinto, y contarán con tiempos y espacios diferenciados, así como los hijos con los suyos, y los abuelos si los hubiere. Desde esta diferenciación, se genera un espacio vincular, en el que se dan experiencias de gran intensidad emocional. Se gratifican y se frustran deseos de todos, cada uno siempre desde su lugar. Es importante la trasmisión del saber sobre la crianza, que tienen las abuelas/os experimentados, pero a su vez, es importante que permitan, legitimen a las madres en su nueva condición, y que puedan ir encontrando su buen hacer. En ocasiones ocurre, que el apoyo de los abuelos, con las mejores intenciones constituye, en la dinámica familiar, un estresor en lugar del apoyo que inicialmente se pretendía. Si no se permite este espacio de experiencia y aprendizaje de los padres, con las inseguridades y dudas propias de la situación, existe el riesgo de que se delegue el cuidado de los hijos excesivamente, que se conviertan en padres rígidos, dependientes, o buscadores de respuestas perfectas que nunca encuentran. Es decir, en padres que no pueden conectar con las necesidades y singularidades de su hijo, lo que conlleva el riesgo de que los hijos se conviertan en extraños, y ellos, en padres frustrados y profundamente insatisfechos.

Silvia Bleichmar⁸ escribe con relación a la familia: *"la redefino en términos de asimetría que determina la responsabilidad del adulto respecto del niño. En la medida que haya dos generaciones hay una familia con la asimetría correspondiente que orienta a la obligatoriedad de la trasmisión y de la producción de sujetos en el interior de algún tipo de comunidad humana"*.

Y continúa escribiendo: *"para que los adultos sean responsables tienen que ser ellos en primera instancia restituidos en su capacidad de sentirse en condiciones de responsabilizarse...el igualitarismo solo se puede establecer entre pares, vale decir, sobre seres que tienen la misma posibilidad. La relación entre el adulto y el niño es asimétrica en saber y en responsabilidad..."* pero el valor ético, moral, legal, y el respeto a poder ser, es el mismo para todos.

En las consultas, vemos cómo pesa hoy en día, el ser padre o madre. Recalcati⁵, plantea que los padres de hoy viven con dos grandes angustias:

1. Buscan a toda costa ser amados y reconocidos por los hijos.
2. Los fracasos de los hijos son peor tolerados por los padres que por los propios hijos.

Estas angustias, pueden ser favorecidas por el contexto social actual de exigencia, intolerancia a la frustración, búsqueda de placer inmediato, de felicidad plena. Si son muy intensas, dificultan a los padres el ocupar su lugar de responsabilidad frente a los hijos, instaurándose asimetrías generacionales invertidas en las que los hijos son el soporte de la autoestima de los padres. El niño de riesgo psicosocial crece en un contexto de estas características, de asimetrías entre padres e hijos invertidas cuyos cuidados parentales resultan desorganizados, invasivos y perturbadores, en los que la seguridad de los padres está sostenida por el hijo.

Las tecnologías están presentes cada vez más en la crianza de nuestros hijos. Hoy en día, en foros especializados, Congresos, Simposios, se habla con estupor, de que estamos asistiendo a una generación de niños que han aprendido más palabras de las máquinas que de los humanos. En las consultas encontramos cada vez con más frecuencia, cómo los padres incluyen la tecnología en la crianza de sus hijos. Hay cunas inteligentes que "acunan", más bien se mueven (acunar es otra cosa), ante el llanto del bebé, o sistemas que identifican qué necesita el bebé cuando llora o protesta, o te avisa ante un probable espasmo del sollozo, con la fantasía de que la tecnología "sin error" identifique los cuidados que los hijos precisan. Y nos podemos preguntar, ¿el error no será, precisamente, ese permitir que la tecnología sustituya la presencia humana? El (des)control parental es uno de los más utilizados, las pantallas se apagan a la hora exacta, podemos saber a través de conexiones webcam con las escuelas infantiles o nuestras propias casas, lo que los hijos están haciendo en cada momento, los localizadores GPS nos permiten exactamente saber dónde están. Tener toda esta información, pone en riesgo ese diálogo de acercamiento y distanciamiento con los hijos, pone en riesgo esa trasmisión de estar en el mundo con deseo y responsabilidad, la presencia del humano, dando lugar a soledades/aislamiento, dentro de la familia. Los diálogos, las conversaciones, a cualquier edad, son el instrumento que da paso a soluciones, nuevos proyectos, que permiten la espera, la duda, la calma, el conocer al otro como semejante pero también como diferente. La presencia humana, la disponibilidad de los padres con sus hijos, permite poner límites, pero también ofrecer una sa-

lida, construir lazos sociales diferentes en situaciones de crisis, sin quedar abandonados en la soledad, en la indefensión. Pero no se trata de demonizar la tecnología. Todos acudimos a ella para que nos facilite la vida y nos proporcione bienestar y satisfacciones, ¿no se trataría entonces, de que la tecnología esté a nuestro lado, y no en nuestro lugar?

La labor preventiva en salud oscila desde actuaciones puramente informativas a otras que requieren mayor reflexión. Es decir, que la información, en la medida de lo posible, pueda ser transmitida a través de un diálogo con el paciente de la manera más ajustada posible a sus necesidades, estado y situación.

En la consulta, el intercambio entre médico-paciente con actitud de escucha mutua, aún con pocos minutos, evoca afectos positivos en el proceso terapéutico y favorece significativamente la capacidad de reflexión en el paciente y de comprensión en el médico.

El pediatra, en su labor preventiva, desempeña una función de contención y acompañamiento a los padres durante la crianza, en los que prima la comunicación y la escucha para poder hacer un buen diagnóstico. Ocupa un lugar privilegiado de apoyo para las familias, y de observación de situaciones de riesgo, en las que puede intervenir eficientemente, desde dicha prevención.

Como **aspectos clave**, a tener en cuenta por el sanitario en la consulta, en su tarea de acompañamiento a los padres, se podrían destacar:

PUNTOS CLAVE

- El manejo de la frustración en la dinámica familiar. La frustración saludable sería aquella que el niño puede tolerar y que, acompañado por los padres, juntos encuentran alguna salida ante el fracaso. La frustración excesiva deja al niño solo, perdido, en estado de indefensión y a los padres insatisfechos, rabiosos, ausentes y alejados del dolor de su hijo.
- La importancia de la asimetría en la relación con los hijos. Muchos padres, respaldados en ganarse la confianza de su hija/o, de permi-

tirles que tengan experiencias, abandonan su lugar de responsabilidad, desdibujándose como padres y siendo los hijos quienes se ven en el lugar de sostenerlos.

Los sanitarios, como observadores de esta situación nos preguntamos, ¿quién es quién en esta familia? Hacer mención, poner palabras que ayuden a caer en la cuenta de esta relación, puede ayudar a los padres a recolocarse en su lugar.

- La presencia en las relaciones familiares sigue siendo insustituible, aunque como se ha mencionado, solo la presencia no es suficiente. No pasar por alto en las consultas situaciones de reuniones familiares, en las que:
 - La presencia de la tecnología pueda ser un obstáculo para la comunicación familiar.
 - Cuando las tecnologías sustituyen al padre/madre a la hora de limitar el uso de un dispositivo electrónico.

Recordemos que las conversaciones alrededor de una situación conflictiva, puede permitir encontrar salidas alternativas. Aunque a veces el dolor no se puede evitar, acompañar, estar disponible para los hijos en situaciones difíciles, ajustar exigencias, y caminar más despacio, es un comienzo de una nueva posibilidad.

BIBLIOGRAFÍA

1. Winnicott DW. Los procesos de maduración y el ambiente facilitador: estudios para una teoría del desarrollo emocional. Buenos Aires: Paidós Ibérica; 1993. ISBN: 978-95-0124-174-7.
2. Winnicott DW. Los bebés y sus madres. Reedición. Barcelona: Ediciones Paidós; 2022. ISBN: 978-84-493-3904-2.
3. Caellas AM, Kahane S, Sánchez I. El Quehacer con los Padres: de la doble escucha a la construcción de enlaces. Madrid: HG Editores; 2010. ISBN: 978-84-613-7788-6.

4. Cabaleiro Fabeiro F. Algunas Consideraciones Preventivas en el desarrollo afectivo del niño y del adolescente. Cuad Psiquiatr Psicoter Niño Adolesc. 1993;(15-16):137-64.
5. Recalcati M. El Complejo de Telémaco: padres e hijos tras el ocaso del progenitor. Barcelona: Editorial Anagrama; 2014. ISBN:978-84-339-6371-0.
6. Betancourt ML, Rodríguez Guarín M, Gempeler Rueda J. Interacción madre-hijo, patrones de apego y su papel en los trastornos del comportamiento alimentario. Universitas Medica. 2007;48(3):261-76
7. Ubieto JR. Del Padre al iPad: Familias y redes en la era digital. Barcelona: Ned ediciones; 2019. ISBN: 978-84-167-3772-7.
8. Bleichmar S. Violencia social - Violencia escolar: de la puesta de límites a la construcción de legalidades. Buenos Aires: Noveduc Libros; 2008. ISBN: 978-98-7538-228-2

7. b. Aspectos preventivos desde la perspectiva del pediatra

Alberto Morlán Sala

1. DETECCIÓN E INDICADORES DE ALARMA

INTRODUCCIÓN

Alimentarse desempeña un papel primordial en la relación madre-hijo. El desarrollo psicoevolutivo y oromotor determinará la capacidad del niño para masticar, manipular y tragar la comida (Tabla 1). Una alimentación segura precisa de una buena coordinación sensoriomotora de respiración y deglución. La alimentación no sólo proporcionará la energía para mantener el crecimiento y las funciones vitales, sino que también va a cubrir unas necesidades más amplias relacionadas con el crecimiento y la maduración. No olvidemos que la alimentación nos facilitará espacios privilegiados para la comunicación pues permite el contacto físico, visual y auditivo con la madre o con quien lo alimente. Las comidas además de nutrir deben ser espacios de contacto, relación y afecto. Los padres/cuidadores son los responsables de “qué, cuándo y dónde” come el niño, y el niño de “cuánto y cómo” lo come. La alimentación^{1,2,3} va a depender de la correcta interacción de la salud del niño, su desarrollo psicomotor, su temperamento, su experiencia y su entorno.

Es necesaria una concienciación por parte de los profesionales del hecho que los niños deben ir cumpliendo todas las etapas en el desarrollo de la conducta alimentaria, y si hay fallos en el cumplimiento de alguna deben saltar las alarmas para tomar medidas antes de que el problema se agrave, pues no cuesta igual tratar a un niño de poco más de un año que no sabe masticar, que al niño de 4 años que sólo toma purés trituradísimos, yogures y que vomita ante cualquier “pequeño grumo”.

Actualmente en nuestro país no vemos ningún niño que tenga cerca de un año y que aún no se sienta sin que lo hayan estudiado pediatras, neuropediatras, etc..., por el contrario, aún llegan a la Unidad de Trastornos de la Conducta Alimentaria niños de un año o más alimentados sólo con el pecho o con leche y cereales, niños de 3 años que no mastican nada, niños con patologías severas alimentados largo tiempo con sondas por gastrostomía y a los que nadie ha estimulado orofacialmente. Con una intervención precoz, en muchas

ocasiones, se podrá evitar que simples dificultades de conducta alimentaria se conviertan en verdaderos trastornos, y así no se precisará un tratamiento mucho más prolongado en el tiempo y se podrán ahorrar recursos.

Tabla 1. Desarrollo normal de la conducta alimentaria.

Edad (meses)	Consistencia de la comida	Habilidades motoras	Habilidades orofaciales
0-4	Líquidos	Sostén cefálico	Reflejo succión Reflejo extrusión
4-6	Cereales Fruta y vegetales triturados	Mejoría del control cefálico Lleva las manos a línea media Agarra biberón pero necesita ayuda	Chupetea mejor que mordisquea Sorbe de una cuchara
6-9	Purés de carne muy triturados Purés variados muy triturados	Sedestación completa Come con los dedos Pinza grosera Sujeta botella de manera independiente Ayuda con la cuchara	Sorbe groseramente de una botella Inicio de acción lateral de la lengua Limpia cuchara con labio superior Inicia masticación Trocea sólidos maleables
9-12	Purés grumosos y con trocitos Sólidos blandos y solubles	Se sienta de diversas maneras Pinza fina Come con los dedos de manera refinada Coge cuchara con la mano entera	Cierre efectivo de labios para líquido y sólidos blandos Limpia bien la cuchara Sabe beber de vasos con "pitorro" Empieza a beber con pajita
12-18	Come trocitos pequeños Mastica comidas jugosas Muerde comidas crujientes (galletas, crackers)	Sujeta un vaso con asas Sabe comer a cucharadas Se lleva cosas a la boca Más independiente	Acción lateral de la lengua Masticación en diagonal Bebe bien con pajita
18-24	Sólidos más consistentes	Maneja la cuchara y el vaso de manera independiente Silla alta	Masticación rotatoria Sabe beber de un vaso con pitorro solo Se pierde poca comida en cada cucharada
24-36	Sólidos duros	Sabe comer con supervisión	Masticación madura para sólidos duros La lengua limpia sus labios de comida Vaso de adulto con ayuda Variedad de líquidos con pajita
>36	Texturas complejas (fritos, frutos enteros, carne)	Debe saber trocear su comida	Vaso de adulto solo

Simple Dificultades o Problemas de Alimentación y Trastornos de Conducta Alimentaria

Ya hemos visto que síntomas como rechazo de la comida, regurgitaciones, atragantamientos o dificultad para tragar son muy frecuentes. Según las fuentes del 25% al 40%^{4,5} en los niños sanos y hasta en un 75% en los pacientes con discapacidades físicas o intelectuales (Tabla 2). La mayoría serán leves y transitorios y no precisarán de gran seguimiento si se corrigen a tiempo.

Tabla 2. Dificultades (problemas de alimentación comunes).

Retraso en el desarrollo de las habilidades oromotoras o de autoalimentarse, en niños con problemas neurológicos, hipotonía o trastornos del espectro autista
Preferencias marcadas por algún tipo de comida debido a alergias alimentarias, reflujo gastroesofágico u otras enfermedades orgánicas
Resistencia o rechazo de la comida por el olor, la apariencia o la textura
Niños lentos al comer (casi siempre más de 30 minutos por ágape)
Niños que siempre hacen "bola" en la boca con la comida
Niños que no tienen ningún interés por la comida
Niños que utilizan la comida casi exclusivamente para estimularse o tranquilizarse

Los pediatras debemos tener en cuenta las diferencias étnicas, sociales, culturales y las características de cada niño (prematuridad, enfermedades) cuando abordemos la alimentación de nuestros pacientes. Hay unas normas generales que, aplicadas a lactantes y niños más mayores, nos ayudarán a prevenir y resolver en su caso la mayoría de las dificultades^{4,6-8} (Tabla 3). No olvidemos que, si el niño está sano y las curvas de peso y talla son normales, de entrada, debemos tranquilizar y reforzar a los cuidadores.

Cuando el problema se agrava y el niño ya tiene una incapacidad o una dificultad para ingerir la suficiente cantidad de comida que le permita un estado nutricional adecuado, o a pesar de tenerlo, en este momento hay unos trastornos muy llamativos en la cronología de la alimentación, o el momento de la comida es un verdadero infierno para los padres o cuidadores, ya estamos ante un verdadero Trastorno de la Conducta Alimentaria⁴.

Tabla 3. Normas para niños mayorcitos.

Rasgo	Norma	Ventaja
Planificación	Comidas regulares Misma habitación, mesa y utensilios para cada comida Limitar a 30 minutos No ofrecer líquidos entre las comidas excepto agua ocasionalmente	Previene "rumiación" Favorece la sensación de hambre y saciedad Los cuidadores mantienen el control de la alimentación El ambiente es más ordenado y menos caótico
Marco	Toda la familia sentada junta en la mesa Ambiente "neutro" (sin forzar ni comentarios sobre la ingesta) Fuera distracciones (no aparatos electrónicos, pantallas) Niño sentado en la mesa Permitir que el niño huela, toque y pruebe las comidas No utilizar la comida como premio, castigo o incentivo Permitir al menos entre 15 o 20 intentos para que se adapte a lo nuevo, evitando que lo rechace (neofobia) Felicitarle por logros nuevos	Evita conflictos Se centra más en la socialización que solo en la comida Permite que el niño se centre en su tiempo de comida La comida es más agradable
Método	Postura óptima para comer: pelvis estable, caderas, tobillos y rodillas a 90°, cabeza y cuello en posición neutra Porciones pequeñas Servir la comida a todos de la misma fuente Trocitos pequeños o finos al principio Ofrecer líquidos solo cuando se haya comido los sólidos La bebida principal es agua Desaconsejar bebidas azucaradas No dar zumos durante la comida y limitarlos a 100-150 ml/día Limitar la leche a 500 ml a los 2 años, máximo 750 ml a los 9 años, y nunca en medio de las comidas Fomentar la autonomía Ofrecer lo que menos les gusta al principio y emparejado con lo que les gusta Evitar amenazas, broncas o forcejeos Retirar la comida sin comentarios si el niño come poco o pierde interés Limpiar la cara y el resto solo al final de la comida	Amplía el repertorio de alimentos Promueve la independencia Previene el estreñimiento y la anemia en los que toman exceso de leche Previene la caries por exceso de zumos

La causa suele ser multifactorial e iniciarse en el paciente, los padres y/o el entorno. Sea cual sea la causa siempre está afectada la relación padres-hijo y puede convertirse en un problema de conducta, además a los niños mayores le genera problemas de autoestima y aislamiento social.

La evaluación inicial de las simples dificultades o problemas de la alimentación recae en los pediatras de Atención Primaria, y de ellos depende que la mayoría de las veces no se convierta en un verdadero Trastorno de la Conducta Alimentaria. Cuando empiezan los problemas en este aspecto la mayoría de los padres expone que se sienten frustrados y estresados a la hora de dar de comer a sus hijos. Por eso una intervención precoz a veces podrá solucionar que derive a un problema más severo. Cuando el problema se agrava hay que seguir muy de cerca las curvas antropométricas y ver si se empieza a afectar el peso para la talla (desnutrición aguda) o la talla para la edad (desnutrición crónica), así como el estado de la cronología de la alimentación, el estado psicológico de los padres y familia; ya que un niño de 3 años que solo tome purés y no mastique nada, aunque sus curvas sean normales debe derivarse para abordar esa conducta no adecuada a la edad, aunque el niño esté "rollizo" si la madre se muestra desbordada y no encuentra la forma de cambiar la conducta alimentaria de su hijo.

El proceso de alimentación se debe historiar detenidamente (ver Capítulo 4. Diagnóstico médico, sistemática diagnóstica y evaluación nutricional) haciendo hincapié en los siguientes aspectos:

- Antecedentes familiares.
- Edad gestacional, peso y longitud al nacer.
- Episodios de aspiración.
- Parálisis cerebral o déficits neurológicos.
- Reflujo gastroesofágico.
- Estreñimiento.
- Medicación que toma el niño.
- Inicio de rechazo del alimento.
- Número de comidas y si hay snacks (picoteos) entre las tomas.
- Si come dormido.
- Si tarda más de 30 minutos.
- Si se lleva las manos y la comida a la boca.
- Observar si tolera el contacto con el césped o la arena.

Además, hay que analizar si hay trastornos en otras áreas como el sueño, la dinámica familiar o la relación con los demás niños. Sin olvidarnos de investigar el entorno en el que come (Tabla 4) y los hábitos alimentarios del paciente (Tabla 5). Si se tiene tiempo y los recursos lo permiten habría que ver una comida del niño. Una exploración física completa incluyendo la neurológica y una oromotora en la que se examine la simetría facial, el paladar blando y duro y la dentición, junto con movimiento de labios y lengua, intensidad vocal y tono.

Tabla 4. Factores ambientales y familiares que se asocian a trastornos de la conducta alimentaria.

Factor	Resultado
Experiencias negativas	Asociar la comida a procedimientos o situaciones dolorosas o molestas (aspiración, intubación, vómitos, dolor abdominal...)
Falta de oportunidad	Retraso en la introducción de cualquier alimento (pecho, papillas, purés, trocitos), se asociará con retraso en la adquisición de habilidades propias de su etapa evolutiva
Refuerzos positivos	Persuadir, no forzar, firmes, pero sin gritos ni violencia, para evitar una aversión del niño a la comida y a la situación relacional negativa que se pudiera crear
Refuerzos negativos	Chillar, amenazar, acabar la comida al mínimo problema
Comidas forzadas	Provocan rechazo y generan conductas negativas que se pueden repetir en posteriores comidas
Padres muy rígidos	Desconciertan al niño y le impiden adquirir la habilidad de regular su ingesta, además de limitarlo en su desarrollo psicosocial
Padres caóticos	No proporcionan al niño el soporte adecuado, la cantidad de comida precisa ni la oportunidad de aprender y disfrutar con la variedad de alimentos y de empezar a aprender los patrones evolutivos y sociales adecuados

Cuando sospechemos un Trastorno de la Conducta alimentaria es el momento desde el primer nivel para derivar al paciente a un Servicio Especializado. Allí la experiencia nos indica que sea cual sea el trastorno asociado (trastorno del vínculo, trastorno de la reciprocidad, anorexia infantil, aversión alimentaria, asociado a otra enfermedad, postraumático, problemas con sondas), es imprescindible un Equipo Multidisciplinar formado por Pediatras expertos en Nutrición, Psicólogos y Logopedas que abordan al paciente de forma coordinada y conjunta y consiguen mejores resultados y en menos tiempo que cuando no existe un criterio común en el abordaje del problema.

A continuación, se muestran resumidos algunos SIGNOS DE ALARMA en distintas circunstancias, sin que estos listados alcancen a todas las posibles causas.

Tabla 5. Hábitos alimentarios.

Preguntas	Significado clínico
Cómo preparan la fórmula	Los niños sanos precisan fórmulas normales (0,6-0,7 kcal/ml), mientras que los desnutridos, cardiópatas, etc. pueden precisar las hipercalóricas (1-1,5 kcal/ml)
Cuando se han introducido cereales, purés, trocitos...	Explican posibles aversiones, rechazo de texturas
Preferencias de alimentos y consumo de vegetales, leche, zumos	Sugieren dificultades en la propuesta de variedad de alimentos y en el establecimiento de los límites
Excesivo picoteo o estar continuamente tomando el pecho en mayores de 6 meses	Aumentan el riesgo de caries y reducen la ingesta calórica y suelen sugerir dificultades de los padres para poner límites
Excesivo consumo de vitaminas, fórmulas especiales, estimulantes del apetito, etc.	Indican excesiva preocupación por la comida y suelen revelar prácticas alimentarias inadecuadas
Dificultades en la masticación, babeo excesivo o comida o líquidos rebosando en demasía	Sugieren retraso en habilidades orofaciales
Dificultad en todas las transiciones, líquido a purés, trocitos a sólidos	Pueden sugerir retraso en habilidades orofaciales o preferencias conductuales u falta de límites adecuados
Si hay ahogos, toses excesivas, cierre de boca llamativo, apneas o cianosis	¡Ojo! con disfgias orofaríngeas
Rechazo de alimentos, rumiación, poca, rabieta llamativas o evitar ciertas texturas	Indican adaptación disfuncional del comportamiento alimentario

Signos de alarma en el comportamiento de los lactantes

- Llanto casi siempre al comer.
- Niño "inadecuadamente recogido en el regazo" al darle de comer.
- Vómitos en casi todas las tomas.
- Comer siempre dormidos.
- No mirar a la cara del que da la toma.
- Estar siempre más de 30-40 minutos en cada toma.

Signos de alarma en el comportamiento de los niños

- Dificultades en otras áreas (sueño, lenguaje, escolarización).
- Rechazo a relacionarse con otros niños.

- Intolerancia extrema a mancharse.
- Rechazo reiterativo en la introducción de nuevos alimentos.
- No querer estar en parques infantiles con arena y césped.
- No masticar.
- Hacer siempre "bola" con la comida en la boca, sin tragarla o escupirla.
- No llevarse comida a la boca a partir de los 7-10 meses.
- Comidas siempre conflictivas y/o estresantes.
- Se le fuerza y persigue para comer.
- Comidas de más de 30-40 minutos.

Signos físicos de alarma en lactantes y niños

- Afectación de peso o talla.
- Ictericia, palidez o cianosis.
- Edemas y/o poco tejido adiposo.
- Masas musculares blandas o escasas.
- Hipotonía importante, decaimiento y/o retraso madurativo.
- Disfonía.

2. CONSEJOS PARA UNA CRIANZA SALUDABLE

Se listan a continuación una serie de recomendaciones tanto para profesionales como para padres y cuidadores, intentando explicar de forma somera su motivo.

LACTANCIA

Tipo de lactancia materna o artificial

- Recomendar y promocionar la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses.

Mantener la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses si la ganancia de peso es adecuada. A partir de los 6 meses la lactancia materna es insuficiente en ciertos nutrientes y precisa la introducción de alimentación complementaria.

- No menospreciar o descalificar a la madre si está con lactancia artificial. Los motivos para elegir un tipo de lactancia pueden ser múltiples y la lactancia materna no es el único modo en que una madre puede cuidar bien a su hijo.

- En general no usar el pecho como “un chupete” para el niño.
El pecho no es un chupete. Es posible calmar al bebé recogiéndolo en los brazos, hablándole... sin pensar que cualquier cosa que le ocurra se calma comiendo.
- Recordar a la pareja que la lactancia materna es responsabilidad de la madre,
con el apoyo facilitador de la pareja. La crianza es una responsabilidad compartida por la pareja, en la que cada uno tiene un papel que tiene que asumir y desarrollar.

Modo de llevarla a la práctica y transmitir seguridad

- Intentar ordenar la lactancia a partir del tercer mes, que no sea sólo a demanda del niño.
Sobre todo, la lactancia materna, una vez esté bien instaurada, empezando por alargar la pausa nocturna. De ese modo el niño va aprendiendo a reconocer sus sensaciones de hambre y saciedad y la madre puede descansar.
- Procurar que cada toma no dure más de 30 minutos.
La duración máxima aconsejada es de 30 minutos.
- Enseñar a padres y cuidadores la manera correcta de recoger y sostener al niño para darle de comer,
para que se sienta seguro y cómodo.
- Hablarle de manera sosegada y mantener un ritmo adecuado y constante durante las tomas.
para transmitirle tranquilidad.
- Intentar calmar el llanto con algún movimiento rítmico y sonidos suaves.

ALIMENTACION COMPLEMENTARIA

Cuándo

- No empezar la alimentación complementaria antes de los cuatro, ni después de los seis meses.
La inmadurez del lactante contraindica la introducción de la alimentación complementaria antes de los 4 meses. La lactancia exclusiva (materna o artificial) es insuficiente para cubrir las necesidades nutricionales del niño a partir de los 6 meses.

Cómo

- Sentarse frente al niño.
Para que la madre y el niño puedan atender y explorar de forma conjunta el alimento que se sitúa entre ambos.
- Elegir la cuchara adecuada en tamaño y forma (al principio pequeña, rígida y estrecha).
Permite una alimentación en pequeñas cantidades, sin que la cuchara se deforme en la boca y pueda introducirse con facilidad.
- Marcar un ritmo adecuado entre cucharadas (ni lento ni rápido).
- El adulto debe marcar siempre el principio y la última cucharada no por imposición ni con violencia.
El adulto regula la comunicación con el niño. La cuchara hace de intermedio.
- No estar más de 30 minutos por ágape.
- No picar entre horas.
Para poder desarrollar la capacidad de conocer la sensación de hambre-saciedad.
- No forzar, permitir tiempo de adaptación.
- Facilitar el acercamiento a la comida, explorar la comida, tocarla, mancharse.
Supone la participación espontánea y activa del niño.

Qué

- Las introducciones de nuevos alimentos despacio, de uno en uno, y dejando un intervalo de tiempo variable entre ellos.
- Lo nuevo al principio y en poca cantidad.
Para poder permitir la adaptación del niño y comprobar que tolera el nuevo alimento.
- Si la lactancia materna ha durado 6 meses, empezar por alimentos ricos en hierro (pollo, ternera).
Pues sus nutrientes son los que más necesita. Insistir, aunque el niño rechace el nuevo alimento y prefiera el pecho.

- Cuidar la consistencia de la comida.
- Ofrecer distintos sabores y texturas.
- Introducir trocitos pequeños y semisólidos a partir de los 8-10 meses, no retrasarlo más allá del décimo mes.
El lactante presenta la máxima receptividad para sabores y texturas en esta edad y adquiere unos hábitos dietéticos que conservará a lo largo de su vida.
- No mezclar texturas cuando se inicia la masticación (trocitos en yogures, sopas con tropezones).
Es posible que el niño no sepa aún cómo manejar las distintas texturas.
- Comer y cenar con agua, no zumos, bebidas azucaradas, etc...
El agua es el líquido de elección en la alimentación del niño.
- Intentar 4 comidas principales al día a partir de los 18 meses.
- Tomar cada día frutas y verduras y evitar exceso de proteínas.
Para que la alimentación sea saludable.

Otros

- Intentar retirar el chupete a los 12 meses durante el día, y a los 24 meses por la noche.
Para potenciar su autonomía y evitar deformaciones en la boca.
- No usar la comida como premio ni como castigo.
La comida está más allá de las conductas diarias y debe plantearse como un aprendizaje de hábitos alimentarios saludables.
- No comer viendo TV o pantallas.
Pues se pierde la relación social de la alimentación.
- Plantear la comida como un acto social.
- Enseñar a coger la cuchara al partir de los 2 años.
- Enseñar a beber en vaso de adulto a partir de los 2 años y medio.
- Intentar que coma sólo (con supervisión de un adulto) a partir de los 3 años, procurando no dar mucha importancia a que el niño se manche.
La comida es un acto social en la que el niño adquiere su papel en función de sus capacidades.

BIBLIOGRAFÍA

1. Fewtrell M, Bronsky J, Campoy C, Domellöf M, Embleton N, Fidler Mis N, *et al.* Complementary feeding: a position paper by the European Society for Paediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition (ESPGHAN) Committee on Nutrition. *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 2017;64:119-32. <https://doi.org/10.1097/MPG.0000000000001454>
2. ESPGHAN Committee on Nutrition; Agostoni C, Braegger C, Decsi T, Kolacek S, Koletzko B, Michaelsen KF, *et al.* Breast-feeding: A commentary by the ESPGHAN Committee on Nutrition. *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 2009;49(1):112-25. <https://doi.org/10.1097/MPG.0b013e31819f1e05>
3. Meek JY, Noble L; Section on Breastfeeding. Policy Statement: Breastfeeding and the Use of Human Milk. *Pediatrics.* 2022;150(1):e2022057988. <https://doi.org/10.1542/peds.2022-057988>
4. Kerzner B, Milano K, MacLean WC Jr, Berall G, Stuart S, Chatoor I. A practical approach to classifying and managing feeding difficulties. *Pediatrics.* 2015;135(2):344-53. <https://doi.org/10.1542/peds.2014-1630>
5. Chatoor I. Feeding disorders in infants and toddlers: diagnosis and treatment. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am.* 2002;11(2):163-83. [https://doi.org/10.1016/s1056-4993\(01\)00002-5](https://doi.org/10.1016/s1056-4993(01)00002-5)
6. Organización Mundial de la Salud. Alimentación del lactante y del niño pequeño. Nota descriptiva. Junio 2021 [en línea] [consultado el 07/04/2025]. Disponible en www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/infant-and-young-child-feeding
7. Agencia de Salud Pública de Cataluña. Manera M, Salvador G. Recomendaciones para la alimentación en la primera infancia (de 0 a 3 años). Barcelona: Agencia de Salud Pública de Cataluña. 2016 [en línea] [consultado el 07/04/2025]. Disponible en www.observatoriodelainfancia.es/ficherosoia/documentos/5029_d_alimentacion_0_3_es.pdf

8. Organización Panamericana de la Salud. Principios de orientación para la alimentación del niño no amamantado entre los 6 y 24 meses de edad. Washington D.C: OPS. 2007 [en línea] [consultado el 07/04/2025]. Disponible en www.aeped.es/sites/default/files/2-ac_ninos_no_amamantados.pdf

A decorative graphic consisting of several overlapping, curved bands in shades of blue and purple, arching across the top and left side of the page.

Epílogo

Este texto del Dr. Morandé fue escrito en 2017 cuando se lo solicitamos para nuestro manual. El aplazamiento del trabajo y, más tarde, su muerte, hizo imposible que lo revisáramos juntos como habíamos proyectado. Hemos decidido que el testimonio único de su labor en este campo cierre nuestro libro: el camino pionero que recorrió en el conocimiento y tratamiento de los trastornos de conducta de la alimentación del niño, su compromiso y dedicación y su ejemplo.

Trastornos de la alimentación en la primera infancia. Definición y recorrido histórico

Gonzalo Morandé Lavín

NIÑOS DIFÍCILES DE ALIMENTAR

Hay niños que, por inmadurez, enfermedades médicas o por sus propias características temperamentales son difíciles de alimentar. Otros se niegan a comer tras una experiencia dolorosa, cambios en su alimentación o en su cuidador o entorno. Todo ello en los primeros años de vida. Su desarrollo físico y cognitivo puede retrasarse si se suma al aporte insuficiente la falta de estimulación¹.

- **Una tarea complicada:** exigen a su cuidador una difícil adaptación. Más aún si hay depresión, incompetencia o rasgos de carácter parental que hacen imposible ese ajuste. Son interacciones llenas de tensión, de contenida violencia y de manifiesta impotencia. Llevan a un vínculo inseguro que puede que los acompañe de por vida.
- **Temperamento familiar:** hay niños inapetentes, somnolientos, indolentes, que pueden esperar; también impacientes, ansiosos, voraces, insaciables, que tienen entre sus progenitores antecedentes de similares características.

- **La alimentación y su funcionalidad:** satisface y calma el hambre y la sed, permite la descarga tensional, satisface la oralidad (actividad de labios, lengua, paladar y faringe), facilita movimientos de búsqueda y contacto con el pecho, de succión y exploración. Un inicio de coordinación visomotriz, de diferenciación y autonomía y búsqueda de autoplacer².
- **Una herramienta necesaria para el vínculo. Temperamento y vínculo o apego:** hay dos conceptos que se entrelazan en una mirada evolutiva a los trastornos alimentarios, temperamento y vínculo. Con uno se nace y el otro empieza a construirse en el embarazo y se articula en el primer semestre de vida. El primero es un 50% hereditario y el vínculo se transmite como expresión epigenética a través de las generaciones. El temperamento es el armazón sobre el que se construye el carácter y la personalidad, el vínculo le aporta un estilo relacional³.

NUESTRO RECORRIDO

1. La Desnutrición Infantil como Tesis de Grado⁴

Buscando un tema para el examen de grado hace 50 años: "Retraso Psicomotor y del Aprendizaje de Niños con Desnutrición en Primera Infancia". Terminaba el internado de Pediatría en el Hospital Calvo Mackenna y la desnutrición y mortalidad infantil era un serio problema de Salud Pública; sirva de ejemplo que el programa del medio litro de leche estuvo entre las primeras medidas del gobierno de Allende. Pedí apoyo y dirección al doctor Fernando Mönckeberg, el principal gestor del milagro chileno de erradicación de la desnutrición... (Me enseñó a intentar alimentar desnutridos que contrariamente a lo esperado no mostraban el menor interés por comer). Su equipo trabajaba los aminoácidos esenciales y más tarde el papel de la estimulación prolongada en brazos de voluntarias para que dichos aminoácidos se absorbieran. Curación por amor anotó FM.

"La mortalidad infantil pasó a ser de 180 a 7 cada 1000 nacidos vivos; la cantidad de muertes en menores de 15 años bajó del 48 a menos del 1%, y la expectativa de vida pasó de los 36 a los 80 años", dice Mönckeberg. Afirma que la clave del éxito fue el desarrollo de una política de Estado (que implicó años de investigación previa).

2. Programa de Estimulación de Lactantes del Área Sur Oriente

Cuatro años después, al terminar la residencia, tuvimos la oportunidad de organizar un programa de estimulación para diez centros de salud. Las enfermeras llevaban el control mensual del lactante sano y el plan de leche. Nuestro equipo las preparó aportando estrategias de estimulación. El programa se suspendió al llegar Pinochet y servidor, como principal responsable, acusado de concienciación marxista.

3. El Hospital Central de la Cruz Roja de Madrid. 1974-1991. Observando y escuchando en el Nido. Diferentes temperamentos

- **Una gran enfermera.** Estaban 4 días con visitas a mamá, 16 niños y niñas. Algunos despertaban chillando, otros al meter la cabeza al agua para lavarles. Unos impacientes, a otros había que empujarles. A este le gusta el rock, a ella el vals, nos enseñaba la experta que parecía conocerlos de siempre. A la hora de comer, también exigentes y desinteresados. Poco apetentes y algunos insaciables. Al finalizar con los ojos abiertos o cerrados. La enfermera nos enseña que comen bien, algunos demasiado y hay que frenarlos y alguna, lo dice mirando a una niña de 3 días, será el castigo de su madre. No conozco a los padres, continúa, seguro que se parecen mucho en la forma de comer, en todo.
- **Daniel N Stern. Thomas Berry Brazelton:**
 - **Daniel N Stern**⁵⁻⁸. Su librito sobre La Primera Relación Madre-Hijo nos abrió una puerta insuperable. Nos ilustra sobre lo mucho que sabe el niño al nacer y cuan bien preparado viene para encontrar madre. Otro aporte de Stern: la Constelación maternal.
 - **Thomas B Brazelton**⁹⁻¹⁰. Brazelton fue un descubrimiento y con él el examen del niño en sus primeros días y sus características. Fuimos a adiestrarnos en la técnica de evaluación con una de sus alumnas.

Utilizando su escala de evaluación⁹, el Recién Nacido puede diferenciarse claramente “**en su forma de ser**” en las primeras 73 horas de vida. Para ello no sólo observa al niño en los seis estados descritos, también tiene en cuenta otros aspectos. También da una especial importancia a la etapa pre-vincular explorando las huellas que recuerda la madre.

La utilidad de esta evaluación no es solo comprender las diferencias entre bebés, es poder mostrar a los padres cómo se organiza su hijo, cómo ellos son organizadores con él, cómo es necesario respetar los estados organizativos del hijo, por ejemplo, los ciclos de vigilia/sueño o explorar-investigar los de hambre/saciedad. En definitiva, se trata de no forzar al niño, de aprender de él.

- **Ernesto Sáez y Juan García Aparicio. Pediatras neonatólogos, instructores y cómplices.**

- **En la UVI de Neonatos Intervenciones madre-hijo. El contacto:** Nos llamaban cuando un bebé no conectaba, con las enfermeras y con su madre. Habían sido todos niños de riesgo neurológico y vital. Más allá de nuestras intervenciones vinculares observábamos a las enfermeras y a las madres que venían a aprender. A cuidar y alimentar a su bebé. Buscaban contactar con ellos^{11,12}.

- **UDM y Grupos Parque: Seguimiento vincular:** Creamos con los neonatólogos una Unidad de Seguimiento y Maduración (UDM) que intervenía en la evolución de Niños de Riesgo con técnicas de estimulación vincular. La alimentación, el juego, el dormir, la comunicación, el movimiento, la caricia, el baño, las nanas, eran temas a tratar junto a los pediatras.

Hicimos al menos un grupo con madres y niños. Le llamamos grupo parque¹².

- **Grupo de juego de niños con problemas de comidas. Ya no son los padres.**

En 1987 hicimos un pequeño grupo de juego con niños de 5 años, dos varones y una niña. Sus padres consultaban por su dificultad para alimentarles e incapacidad para superar el percentil 5 de peso y 25 en estatura. Les explicamos en qué consistía una terapia de juego y parecieron entenderlo de inmediato. Entre otros juguetes eligieron cocinas, platos y cucharas. Durante las 5 sesiones jugaron exclusivamente a alimentarse y a proponer diferentes castigos para quienes no lo hicieran. La única niña fue elegida como madre sufridora y con poca paciencia. Entre todos

proponían reprimendas que parecían no servir para nada. Los esfuerzos de los terapeutas por cambiar el juego o proponerles encontrar otra solución fueron infructuosos. Parecían obsesionados como nuestras adolescentes. Sin embargo, venían muy contentos a su tratamiento y parecían menos negativos en sus comidas.

- **Hospital de Día de Autistas:** Los niños de 3 a 6 años y alguno menor con patologías psico-fisiológicas entre ellas las dificultades severas para alimentarles fueron el grupo más beneficiado con la creación y desarrollo del hospital de día¹³. Dedicado a niños autistas, la mayoría con enormes problemas alimentarios, aceptaba menores con cuadros afines. Hoy se diagnosticarían como Trastorno Selectivo y Evitativo de la Alimentación (DSM V¹⁴). El establecimiento de límites claros, y un personal entrenado hacían milagros más que con los autistas con los niños deprimidos y con trastornos de la conducta de alimentación. En 1991 este hospital de día se traslada al Hospital del Niño Jesús.

4. Nuestra experiencia en el Hospital del Niño Jesús

En los últimos 25 años se han atendido más de 300 niños menores de seis años con patología alimentaria moderada y grave. En 2006 se presentó un trabajo sobre 129 ellos en el XIII Congreso de Nutrición Pediátrica¹⁵. Ha sido el fruto de la colaboración del Servicio de Nutrición y el nuestro de Psiquiatría y Psicología y en especial de las doctoras Consuelo Pedrón y de Inmaculada Azcorra y al fallecimiento de esta última, Beatriz Sanz.

Cada semana acuden 2-3 niños menores de 6 años a nuestra consulta, una minoría, 2 cada mes vienen con sonda, una parte importante es derivada de la doctora Pedrón de Nutrición Infantil, el resto, y empiezan a ser mayoría, son enviados por los médicos pediatras de los Centros de Salud.

En el 2009 se ha creado un grupo de trabajo multidisciplinar para aquellos niños que acuden con alimentación enteral por sonda nasogástrica o gastrostomía. El desafío, enseñarles a comer, reinstaurar el ritmo de desarrollo y ayudar a los padres a recuperar su papel, habitualmente muy afectado.

En 1991 el hospital de día de autistas y su directora la doctora Peral se trasladan al Hospital del Niño Jesús. En estos años ha tratado a numerosos niños con trastornos alimentarios severos. La mayoría con una larga historia de inapetencia, negativa a alimentarse, malnutrición y numerosas intervenciones médicas entre las que se incluyen alimentación enteral, exploraciones varias y hospitalizaciones. Más allá de su abnegación, la historia ha condenado a los padres a la impotencia y resentido sus relaciones entre ellos y con el niño.

ITINERARIO HISTÓRICO

- **Antecedentes: el niño que no come, fallo de medro:** Uno de los motivos de consulta más frecuente en la práctica pediátrica es el del "niño que no come", popularmente, "el niño no me come"¹⁶. En la literatura pediátrica el campo de las alteraciones de la alimentación se complica por el uso del término fallo de medro (FM) como diagnóstico para los niños menores de 2-3 años que no ganan peso de forma adecuada. Frecuentemente ambos términos han sido usados como sinónimos. Clásicamente el FM se ha dividido en orgánico y no orgánico, incluyéndose en este último los trastornos alimentarios infantiles que históricamente han sido atribuidos a dificultades en la relación madre-hijo.
- **Datos Epidemiológicos:** Estos trastornos alimentarios afectan entre un 6 al 25 % de los niños con desarrollo normal y más del 35% de aquellos con retraso en el desarrollo. Según los padres un 24% de los niños de 2 años, 19% de los de 3 años y 18% de los de 4 años tienen problemas con la alimentación.

Un porcentaje similar, superior al 20% encuentra Pedreira en una consulta de Psiquiatría Infantil. En su muestra los problemas acompañantes eran muy frecuentes, destacando la inquietud, los trastornos de sueño, lenguaje y berrinches en los mayores. Causas somáticas se confirman en un tercio de los 40 niños¹⁷.

Los criterios epidemiológicos antes señalados son demasiado amplios y corresponden a estudios de población y consultas de Atención Primaria que tienen como motivo el niño que no come. De todas las admisiones

en hospitales pediátricos, el 1-5% lo son por incapacidad para ganar el peso adecuado, y alrededor de la mitad de estos casos manifiestan alteraciones alimentarias sin ninguna enfermedad médica predisponente.

- **Hacia una nosología psiquiátrica. DSM III 1994, ICD 10 1992:** Las alteraciones de la alimentación en la primera infancia, no se han contemplado como categoría diagnóstica hasta la década de los noventa... Aparece como Trastorno de la Ingestión Alimentaria de la Infancia y la Niñez (feeding disorder) en la ICD10, *Clasificación internacional de enfermedades* 1992¹⁸ y en la DSM IV de la Asociación Americana de Psiquiatría^{19,20} y Trastorno de Rumiación y Pica le acompañan, como cuadros de comienzo en la infancia. Una categoría, el inicio en la niñez, ignorada después en la DSM V 2013.
 - Criterios para el diagnóstico de Trastorno de la ingestión alimentaria de la infancia o la niñez [307.59]
 - A. 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 por lo menos 1 mes.
 - B. La alteración no se debe a una enfermedad gastrointestinal ni a otra enfermedad médica asociada (p. ej., reflujo esofágico).
 - C. El trastorno no se explica mejor por la presencia de otro trastorno mental (p. ej., trastorno de rumiación) o por la no disponibilidad de alimentos.
 - D. El inicio es anterior a los 6 años de edad.
- **La DSM IV-TR-2000:** En el 2000, seis años más tarde, en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM IV-TR-2000) se mantienen estos Trastornos de la Alimentación de la Infancia (TAI), la Pica y la Rumiación.

Se reservó para la Anorexia Nerviosa y la Bulimia los términos Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) o más frecuente hoy en día, Trastornos Alimentarios.

Para los TAI se hizo especial énfasis en los inapetentes por sus consecuencias a corto plazo y se olvidó a los glotones. Otros olvidados fueron los vomitadores, los de mal dormir, estreñidos y de tránsito acelerado, los psico-fisiológicos. También la malnutrición aguda, crónica y la obesidad temprana. Aparece como elemento para el diagnóstico la dificultad en la relación o apego madre hijo.

- **Debré 1950; Kreisler y Soule 1974. La Anorexia Nerviosa Infantil 1950:** Cuadro descrito en Francia por Debré en 1950 y desarrollado con una importante casuística por otros autores, Kreisler y Soulé en 1977²¹. Estos últimos, prefieren denominarle "Anorexia Nerviosa del Segundo Semestre". En clínica, un bebé de 5 o 6 meses, preferentemente de sexo femenino, cuya anorexia se instala rápidamente y queda como síntoma aislado. Ha sido derivado por su pediatra quien no encuentra patología de base. Destaca la aparente precocidad del niño o niña, así como la gran ansiedad familiar que le rodea.

En sus observaciones diferencian una forma clínica "simple o reactiva" en la que aparecen factores causales suficientemente explícitos y una segunda, denominada "compleja" con mayor sintomatología y en la que aparece no sólo el rechazo a la comida sino claramente una ausencia de apetito. Las intervenciones terapéuticas centradas en la interacción madre-hija son exitosas en las formas más leves y de enorme dificultad en los casos más graves donde es necesaria la participación de profesionales especializados. La detención o regresión del crecimiento pondo-estatural obliga a un trabajo conjunto con el pediatra y en algunas ocasiones, replantearse el diagnóstico. La evolución en las formas complejas puede ser hacia la cronicidad, aunque a diferencia de la Anorexia Nerviosa del Adolescente, no se describe mortalidad. Kreisler y Soulé señalan que una parte de estos niños/as harán el cuadro típico en la adolescencia²¹.

- **La expresión somática y el niño pequeño. Desordenes psico-fisiológicos:** Para los más pequeños se reservaba el concepto de Desordenes Psico-fisiológicos, en ellos junto a las dificultades de alimentación, se encontraban otras patologías digestivas, como vó-

mitos, regurgitaciones, cólicos y estreñimiento. Los problemas del sueño que muchas veces los acompañan y relacionadas con estos últimos, apneas y otras dificultades respiratorias. Todas ellas tenían en común la ausencia de una causa orgánica conocida y la incapacidad o dificultad de la madre para encausarlas. Se le asignaba a la madre o cuidador el papel de "organizador externo" y su fracaso se atribuía a "incapacidad materna primaria", por depresión, o "falta de instinto maternal". Los niños con problemas psico-fisiológicos eran difíciles de organizar en sus ritmos biológicos.

- **Formas clínicas:** Chatoor propone subtipos de trastornos de alimentación según criterios evolutivos precoces. Las cuatro primeras entidades se desarrollan cronológicamente durante las fases específicas del desarrollo del niño. Las dos últimas pueden presentarse a cualquier edad^{1,22}.
 - Alteración de la Homeostasis y ciclos básicos en bebés inmaduros. Alteración de estados de conciencia, ritmos biológicos de sueño, alimentación, evacuación. Poco interesados en interactuar, en buscar al otro. Cursan, aunque no siempre, con desnutrición y retraso psicomotor.
 - Alteración vincular, llamado inicialmente síndrome de privación materna cuando la madre está deprimida, incapacitada emocionalmente o ha abandonado al niño. El niño, también deprimido, rechaza el alimento, no gana peso ni desarrollo cognitivo. No busca contacto social ni emite sonrisas, no balbucea
 - Anorexia Infantil también llamada del segundo semestre. Cuando se inicia la individuación separación. Escenas de gran intensidad con sus padres durante las comidas. Desnutrición aguda o crónica.
 - Síndrome de Alimentación Selectiva. Se hace evidente en los cambios, de pecho a biberón, de líquido a sólido, diferentes sabores, texturas, incluso cuidadores. Es un rasgo de carácter que tiene expresiones en otras áreas y no es raro que lo comparta con algún familiar. La limitación puede ser muy se-

vera como infructuosos los esfuerzos por hacerlo cambiar. Es el único cuadro que se vuelve a dar en TCA de prepúberes y adolescentes.

- TAI consecuencia de enfermedades médicas (alergias, reflujos). Niños de 0 a 6 años que se resisten a comer, manifiestan disgusto, dolor o náusea espontánea. La primera posibilidad a plantearse es una enfermedad médica. De perdurar la sintomatología con pérdida de peso y decaimiento debe continuar la búsqueda de alergias, intolerancias, regurgitaciones, etc. Es el pediatra quien debe solicitar ayuda si lo necesita.
- Post traumática por patología y exploraciones orofaríngeas y digestivas. Las exploraciones médicas son molestas y más aún si se repiten. Dejan un mal recuerdo en el niño a veces temor a alimentarse. El uso prolongado de alimentación por sonda nasogástrica o gastrostomía son ventajosas, aunque hay niños que temen su retirada.

BIBLIOGRAFÍA

1. Chatoor I. Feeding disorders in infants and toddlers: diagnosis and treatment. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*. 2002;11(2):163-83. [https://doi.org/10.1016/S1056-4993\(01\)00002-5](https://doi.org/10.1016/S1056-4993(01)00002-5)
2. Bayo Fernández C. Temperamento y alimentación. Una mirada desde la primera infancia. VII Congreso Virtual de Psiquiatría, registro 3243. *Interpsiquis*. 2006; vol VII [en línea] [consultado el 07/04/2025]. Disponible en <https://psiquiatria.com/bibliopsiquis/temperamento-y-alimentacion-una-mirada-desde-la-primera-infancia/>
3. Siegel DJ, Hartzell M, Mora F (tr.). *Ser padres conscientes*. 2.ª edición. Barcelona: La Llave Ediciones; 2012. ISBN: 978-84-95496-84-3.
4. Fernando Mönckeberg Barros. Universidad de Chile, INTA [en línea] [consultado el 07/04/2025]. Disponible en <https://inta.cl/fernando-monckeberg-barros/>

5. Stern DN. *The First Relationship: Infant and Mother*. Cambridge: Harvard University Press; 1977. ISBN: 0-674-00783-2.
6. Stern DN. *The Interpersonal World of the Infant*. New York: Basic Books; 1985. ISBN-13: 978-0-465-09589-6.
7. Stern DN. *Diary of a Baby*. New York: Basic Books; 1990. ISBN: 978-0-465-01640-2.
8. Stern DN. *The Motherhood Constellation*. New York: Basic Books; 1995. ISBN: 978-18557-52016.
9. Brazelton TB. *Neonatal Behavior Assessment Scale*. *Clinics in Developmental Medicine*, N.º 50. London: William Heinemann Medical Books; 1973. ISBN: 0 433 04030 0.
10. Brazelton TB. *Joint Regulation of Neonate-Parent Behavior*. In: Tronick EZ, Ed. *Social Interchange in Infancy: Affect, Cognition, and Communication*. Baltimore: University Park Press; 1982. p. 7-22. ISBN: 978-08391-151-06.
11. Morandé G, Pedrón C, Azcorra I, Graell M. *Trastornos Alimentarios Infantiles (TAI) Feeding Disorders. El niño de 0 a 6 años difícil de alimentar*. Máster TCA PM; 2010. p. 2-10.
12. Morandé G, Bayo C, Anta C. "Grupos parque" Grupos de padres y bebés de alto riesgo. *Rev Asoc Esp Neuropsiquia*. 1984; Vol. IV, N.º11: 357-62.
13. Morandé G. *Las Unidades de Día en Psiquiatría Infantil*. En: Rodríguez Sacristán J (Ed.). *Psicopatología del niño y del adolescente*. Sevilla: Ed. Universidad Sevilla; 1995. p. 1525-35. ISBN: 978-84472-045-40.
14. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 5th Edition (DSM-5). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing; 2013. ISBN: 978-97465-226-87.
15. Alonso-Ojembarrena A, Pedrón Giner C, Cañedo Villarroya E, Ruiz Bermejo M, Cabrera Rodríguez R, Madruga Acerete D, *et al*. *Alteraciones en el desarrollo de la conducta alimentaria del niño pequeño: revisión de 129 casos*. *Pediatrika*. 2006; vol. 26, N.º 5, 17.

16. Pedrón Giner C, Díaz Buschmann C. Anorexia. En: Muñoz Calvo MT, Hidalgo Vicario MI, Rubio Roldán LA, Clemente Pollán J (Eds.). *Pediatría Extrahospitalaria. Aspectos básicos en atención primaria*. 3.ª Ed. Madrid: Ediciones Ergón SA; 2001. p. 83-7. ISBN: 978-84-8473-048-4.
17. Pedreira Massa JL. *Los trastornos de la conducta alimentaria: visión desde la psicopatología del desarrollo*. Barcelona: Olalla ediciones; 1999. ISBN: 849-51600-13.
18. *International Statistical Classification of Diseases Related Health Problems, 10th Revision*. Ginebra: WHO; 1992. ISBN: 92 75 31554 X.
19. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4th ed. (DSM-IV)*. Washington DC: American Psychiatric Association; 1994. ISBN: 978-08904-206-21.
20. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4th ed., text rev.* Washington DC: American Psychiatric Association; 2000. ISBN: 978-08904-233-49.
21. Kreisler L, Fain M, Soulé M. *El niño y su cuerpo*. Caba: Amorrortu Editores; 1977. ISBN: 978-95051-844-77.
22. Chatoor I, Hirsch R, Ganiban J, Persinger M, Hamburger E. Diagnosing infantile anorexia: the observation of mother-infant interactions. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1998;37:959-67. <https://doi.org/10.1097/00004583-199809000-00016>



ISBN: 978-84-09-70534-4