

PERSPECTIVAS EN NUTRICIÓN HUMANA
 ISSN 0124-4108 Separata. Octubre de 2004
 Universidad de Antioquia. Medellín. Colombia págs. 71-79

Olga Lucía Cardona H.

Nutricionista Dietista
 Mg Ciencias de la Nutrición
 Esp. en Nutrición Humana
 Profesora titular U de A

INTRODUCCIÓN

En la práctica clínica pediátrica, la inapetencia infantil o también referenciado en la bibliografía como rechazo infantil alimentario, constituye una de las causas más frecuentes de consulta al pediatra y una de las razones de las remisiones de los niños al profesional Nutricionista Dietista. El impacto de este problema alimentario puede representar un gran conflicto para la familia, dado el compromiso emocional que los padres tienen con la alimentación, como una de las tareas básicas y naturales que están bajo su responsabilidad y cuyo resultado se verá reflejado en el crecimiento y desarrollo óptimo del niño en sus primeros años de vida.

La prevalencia del problema puede variar significativamente de acuerdo con quien haga el diagnóstico: Aumenta cuando es identificado por los padres y disminuye cuando es realizado por el personal de salud, constituyéndose éste en uno de los puntos importantes a tener en cuenta, pues es posible que el médico sólo detecta aquellos niños que ya presentan algún compromiso en su estado nutricional y de salud y pasan desapercibidos aquellos que apenas estén iniciando algún tipo de deterioro.

Existen algunos factores que determinan las causas de *la inapetencia infantil* o rechazo alimentario;

éste es un proceso multifactorial en el que interactúan los niños, los padres y el medio ambiente. A largo plazo los problemas de inapetencia en el niño pueden traer como consecuencias conflictos familiares, alteración en la relación madre-hijo, alteraciones en el comportamiento del niño, riesgo de infección y en algunos casos déficit nutricional especialmente en el peso.

El manejo del problema se basa en un diagnóstico oportuno y acertado teniendo en cuenta la información aportada por los padres, además de todos los factores que pueden desencadenar dicho trastorno. Una vez identificada la existencia del problema, éste debe ser abordado por un equipo multidisciplinario que interactúe con los padres y el niño.

REGULACIÓN FISIOLÓGICA DE LA INGESTIÓN DE ALIMENTOS

Para mantenerse vivo, el niño necesita comer lo suficiente para cubrir sus demandas energéticas. La ingesta de alimentos tiene una regulación fisiológica que trata de mantener un equilibrio entre lo ingerido y lo gastado y que se da a través de dos manifestaciones, **el hambre y la saciedad**, las cuales son reguladas por una variedad de factores psicológicos, nutricionales, gastrointestinales, metabólicos y mecanismos neuroendocrinos, procesos complejos que buscan regular el equilibrio energético y que todavía son materia de investigación.

Desde el punto de vista fisiológico, **el hambre** es un complejo de sensaciones provocadas por disminución de los depósitos de nutrientes en el cuerpo, y generalmente, es una sensación desagradable y hasta dolorosa y que inicia una conducta de búsqueda de alimento; es decir, cuando el cuerpo necesita alimentos, las sensaciones características del hambre aumentan de intensidad hasta que esa necesidad es satisfecha.

El apetito está asociado con los aspectos más placenteros de la elección e ingestión de alimentos o al rechazo por asociación con experiencias desagradables. Está regulado por las señales que guían la elección y consumo de alimentos y nutrientes específicos que dependen de factores externos e internos los cuales pueden expresarse a través de distintas conductas alimentarias.

La saciedad es un estado afectivo que se alcanza cuando se ha satisfecho el hambre y el deseo de ingerir alimentos. Se manifiesta cuando el volumen, la composición y la velocidad de absorción y las respuestas metabólicas inducidas por los alimentos, producen las señales preabsortivas y postabsortivas de saciedad. La duración de ésta hasta la ingestión de la próxima comida va a depender de un sistema complejo de respuestas neuronales integradas por el sistema nervioso central. El organizador de todos estos procesos es el cerebro, que integra todas las señales y equilibra

el gasto y almacenamiento de energía con la ingesta de alimentos.

El encéfalo regula la ingestión de alimentos no sólo por medio del hipotálamo ventromedial como centro de la saciedad y el lateral como centro del hambre, sino también que hoy se sabe que varias localizaciones anatómicas del encéfalo participan en la regulación de la ingesta alimentaria por medio de redes nerviosas complejas en las que están implicados muchos neurotransmisores.

Las principales señales que recibe y utiliza el encéfalo para iniciar y terminar la alimentación se pueden dividir en preabsortivas intestinales (oro faríngeas, gastrointestinales, hormonales y humorales) y las postabsortivas (glicemia, concentraciones de ácidos grasos libres y amino ácidos) y las señales que participan en el control a largo plazo (depósitos de grasa, leptina, insulina, hormona de crecimiento, hormonas sexuales, glucagón, tiroxina y glucocorticoides, hormona liberadora de corticotropina, CRH, el neuropéptido Y, bombesina, colecistoquinina, CCK, dinorfina y óxido nítrico). Todas estas señales se conjugan para lograr un estado nutricional adecuado en los seres humanos sin excesos ni déficit.

En la alimentación del niño juegan papel importante los factores sociales, culturales y psicológicos. El niño come no solo para suplir las necesidades de hambre y nutrición sino que la alimentación es para él un escenario de experiencias sociales

relacionadas con el apego, con la amistad y una forma de identificarse con su ambiente social.

Los mecanismos fisiológicos de la regulación del **apetito** empiezan en el período fetal y se complementan en los primeros meses de vida, asociado con el proceso de socialización. Los componentes culturales de este proceso se inician en los primeros meses de vida y en la edad preescolar se afirman los "juicios maestros" en los hábitos alimentarios, es decir a la edad de 7 años el niño adquiere prácticamente sus conductas frente a la alimentación y las elecciones o rechazos alimentarios están poderosamente moldeados por el aprendizaje y las experiencias tempranas; inclusive se dice que con excepción de la aparente innata preferencia por el sabor dulce y el rechazo por los sabores ácidos y amargos, todas las respuestas afectivas por la comida son adquiridas.

Los padres desempeñan un rol muy importante en el desarrollo de una conducta alimentaria adecuada y muchas veces ellos quieren ejercer total control de la alimentación de sus hijos por medio de halagos, ofrecimientos de premios o castigos, juegos, cantos para que el niño coma. Estas técnicas son muy empleadas cuando los padres ven que sus hijos no comen las cantidades de alimentos que ellos desearían. Estas conductas generan muchas veces rechazo por los alimentos que los niños están obligados a comer o por los que son recompensados y

se van convirtiendo en preferidos aquellos que se presentan como premio o recompensa; por lo tanto las conductas alimentarias desarrolladas en el niño, son la forma en que son influenciados por las experiencias y el aprendizaje tempranos.

DEFINICIÓN

La inapetencia infantil o el rechazo alimentario se puede definir como el fenómeno por el cual el niño se rehúsa a comer y asume un comportamiento particular, cerrando la boca o lanzando el alimento lejos de sí cuando éste es ofrecido. Esta situación no obedece a ninguna causa orgánica aparente y se puede caracterizar por náuseas, vómito, cólico, negación a comer, escupir la comida, falta de interés en los alimentos o disminución en la ingesta. El cólico incluye ataques severos de llanto recurrente de por lo menos dos horas de duración sin ninguna causa obvia o aparente. El vómito puede presentarse en episodios diarios y por un período de tiempo largo después de terminada la alimentación. Para ser considerado como un problema, algunos autores han definido su duración por un período de más de 4 semanas.

FACTORES QUE DETERMINAN LA INAPETENCIA O EL RECHAZO ALIMENTARIO INFANTIL

Los factores más importantes que pueden determinar la ocurrencia de los problemas alimentarios durante los primeros años de vida en niños

sin ningún problema clínico, han sido identificados en diversos estudios tanto de corte transversal como longitudinal. Los resultados de estos apuntan a factores que son comunes en poblaciones con diferentes características.

Diferentes autores han identificado como factores de riesgo de rechazo alimentario los siguientes:

- *Dalh y col.* definen los siguientes factores como los más importantes:
 - Problemas de alimentación presentados por los padres durante su primera infancia: se cree que ciertos síntomas y formas de comportamiento alimentario se manifiestan por varias generaciones, por ejemplo, dolor de estómago recurrente.
 - Problemas con la lactancia experimentados por la madre: relacionados con el destete del pecho materno o lactancia prolongada.
 - Ansiedad de la madre durante el embarazo.
 - Opinión de la madre frente a su propio estado de salud: las madres que reportaron "mala salud" por síntomas psicósomáticos sin ninguna causa orgánica, estos son el resultado del estrés y el estado mental durante el posparto, situación experimentada por muchas mujeres durante el período en cuestión.
 - Problemas psicosociales: experiencias severas de estrés

crónico en las familias de los niños aun antes de iniciado el problema alimentario, son importantes para su desarrollo y mantenimiento. Entre los problemas más frecuentes está el aislamiento de la familia por migración, condiciones económicas desfavorables como también en estados socioeconómicos altos y padres con alto nivel educacional, mala salud de uno de los miembros de la familia, la relación madre-hijo, problemas psicológicos de los padres como ansiedad, depresión, desórdenes de la personalidad y conflictos entre los padres.

– Actitud y comportamiento de los padres frente a la alimentación de los niños: los padres controlan la alimentación de los niños, distraen o fuerzan el niño a comer, actitud negativa de la madre a la hora de la comida, intercambio entre madre e hijo sin afecto, insatisfacción de la madre con el niño o padres muy permisivos que dejan que el niño haga lo que él quiera, en este caso es el niño quien controla la cantidad y el tipo de alimentos que consume. La presión y la cohesión ejercida por los padres para que los niños consuman determinados alimentos, pueden producir aversión hacia estos y por lo tanto un determinante de rechazo alimentario.

- Temperamento infantil definido por *Tomas, Chers y Birch* como mal humor, emocionalidad, retraimiento ante situaciones nuevas.

Es necesario hacer más investigaciones al respecto para determinar una posible asociación entre temperamento y rechazo alimentario, ya que las evidencias son muy escasas; lo que sí se puede decir es que las dificultades en el temperamento contribuyen a la inapetencia infantil.

- Según *Leann, Birch y Fischer*, la neofobia de los niños frente a los alimentos, refleja un proceso de adaptación que si no es bien manejado por los padres, puede llegar a ser un factor de riesgo para la inapetencia infantil. Los niños tienden a rechazar alimentos que no le son familiares, pero esta neofobia puede ser reducida a través del ofrecimiento reiterado de un alimento (8 a 10 veces) sin ejercer presiones de ninguna clase.

Según los estudios, más del 90% de los problemas relacionados con el apetito tienen causas orgánicas, efectos que son estimulados por la liberación de las citoquinas. Las patologías gastrointestinales, infecciosas, respiratorias, renales, genéticas, nutricionales, trastornos neurológicos, labio leporino, malformaciones congénitas, insuficiencia cardíaca y otras pueden llevar a trastornos alimentarios en los niños.

En conclusión el rechazo alimentario, es un proceso multifactorial en el que interactúan diferentes factores del niño, los padres y el ambiente.

DIAGNÓSTICO DE LA INAPETENCIA INFANTIL

El diagnóstico del niño con inapetencia debe ser hecho por el médico quien se apoyará en el nutricionista, enfermera o psicólogo si lo considera necesario.

Al evaluar un niño cuyos padres consultan por inapetencia infantil es necesario tener en cuenta lo siguiente:

- Descartar problemas orgánicos a través de un examen físico adecuado.
- Historia dietética completa que incluya anamnesis alimentaria, gustos, rechazos, intolerancias, conductas específicas adoptadas por el niño a la hora de la comida y de las personas que lo tienen a su cuidado.
- Evaluar la edad del niño y el tiempo transcurrido con el problema.
- Evaluación nutricional del niño para ver si está asociado con retraso en el crecimiento o con signos de desnutrición.
- Evaluar ingesta calórica, proteica y de micronutrientes.
- Evaluar las interacciones entre la madre y el niño a la hora de la alimentación como el contacto visual, vocalización recíproca, el tacto, los elogios o las interacciones negativas semejantes a forzar al niño a comer.
- Evaluar las destrezas del niño durante la alimentación (movi-

miento de la lengua, la mandíbula, el paso de los alimentos, el número de veces que el niño deglute, coordinación al chupar y tragar), así como su incursión en nuevas texturas y sabores.

- Evaluar si el niño presenta vómito, náuseas o cólico cuando ingiere los alimentos.
- Evaluar si existe algún problema psicológico en el entorno familiar.

CONSECUENCIAS DE LA INAPETENCIA INFANTIL

La inapetencia puede tener consecuencias tanto en el niño como en la familia. Salas y Pizarro identificaron como consecuencias las siguientes:

- El deterioro de la propia valoración de la madre.
- El conflicto familiar.
- La alteración de la relación madre-hijo.
- En algunos casos el déficit nutricional
- Problemas conductuales y otros problemas de comportamiento alimentario en la niñez y adolescencia.
- Desórdenes de la personalidad.

Dahl y Col. realizaron estudios de seguimiento en niños con inapetencia infantil hasta los dos años de vida, en los cual observaron el curso natural del problema, la condi-

ción de salud, el comportamiento y el desarrollo de estos niños. Se encontraron problemas en el sueño, el que tiene un inicio temprano y persiste por largo tiempo. También se presentó hiperactividad, rabieta cotidiana y dificultad en el manejo de los niños.

Los niños con rechazo alimentario presentan un exceso de riesgo relativo a las infecciones recurrentes especialmente del tracto respiratorio superior y del oído medio. Lo anterior se asocia con experiencias de estrés crónico el cual a su vez se ha relacionado con deterioro del estado inmunológico.

El peso y la talla en estos niños estuvo dentro de los límites normales aunque se presentaron dificultades para que el niño alcanzara su peso y esto fue más notorio en aquellos que vomitaban y se rehusaban a comer.

Este grupo de niños fue seguido hasta los 4 años y en el 70% de ellos se observó que el problema continuaba, se negaban a comer y prolongaban el tiempo de las comidas, mostraban un comportamiento irritable, sensible, eran hiperactivos y no disfrutaban del momento de la comida. Respecto a la condición de salud, no hubo diferencias significativas con el grupo control. En cuanto al crecimiento en peso, estuvo dentro de los rangos normales, pero más bajo que el de los controles.

En conclusión los niños con problemas de alimentación tuvieron un buen pronóstico respecto a su con-

dición de salud y su crecimiento y desarrollo, pero los problemas de alimentación y comportamiento fueron prevalentes.

TRATAMIENTO Y RECOMENDACIONES

La prevención de la aparición de la inapetencia en los niños debe ser la principal prioridad para los equipos de salud que asesoran a los padres y a los encargados del cuidado de los niños, en lo relacionado con el desarrollo de la conducta alimentaria en los primeros meses de vida. Si el problema está presente, éste debe ser diagnosticado en forma oportuna y su manejo abordado por un equipo interdisciplinario que interactúe con los padres y el niño, identificando los factores desencadenantes para darle el manejo más adecuado.

Los padres deberían tener información acerca de las etapas del desarrollo por las que pasan los niños en el proceso alimentario:

- Cómo realizar el destete del pecho materno.
- Inicio de la alimentación con sólidos, cantidades, frecuencia, consistencia, combinación de sabores. Por ejemplo, los padres deben tener conocimiento de que los niños suelen presentar neofobia a los alimentos como parte normal del desarrollo de su conducta alimentaria, lo que significa que los padres deben ofrecer el nuevo alimento hasta que sea aceptado por el niño.

- Conocimiento acerca del desarrollo del niño dentro del proceso alimentario: habilidades y destrezas que va adquiriendo el niño y que le van permitiendo independencia en el proceso de la alimentación.
- Cómo propiciar un ambiente agradable y adecuado a la hora de la comida que le permita al niño aprender que el acto de comer es natural y placentero.
- Las madres deben aprender a leer correctamente las señales de sus hijos durante el momento de la comida, como por ejemplo cuándo pueden hacerlo solos, cuándo están satisfechos, qué les gusta, qué rechazan y por cuál alimento se puede reemplazar.
- Los padres deben aprender a manejar la ansiedad y no emplear premios, castigos, juegos, bailes o cantos para tratar que el niño coma.

Birch y J. Fischer postulan que la lactancia materna juega un rol importante en la aceptación de los nuevos alimentos, como resultado de su mayor experiencia con los diversos sabores de los alimentos que consume la madre y que pasan a la leche materna.

En relación con los exámenes de laboratorio que deben ser solicitados a estos niños, no existe justificación a no ser que el niño tenga alguna

enfermedad o se sospeche deficiencia de un nutriente específico.

En cuanto al uso de medicamentos que estimulen el apetito, estos tienen poco fundamento científico y sólo se deben utilizar en casos extremos y más como placebos. Las vitaminas también han sido utilizadas como estimulantes del apetito, pero los estudios no muestran ninguna evidencia al respecto con las vitaminas A, D, E, K, C. Folatos, B2, B6 y B12. Existe alguna asociación con el déficit severo de B1 (beriberi) y de Niacina (pelagra) y la asociación de anorexia. En cuanto a los minerales, los estudios de Ca, P, y magnesio, no tienen ningún efecto sobre el apetito. Entre los oligoelementos, el zinc está relacionado con alteración en la ingesta siempre y cuando existan deficiencias y no tiene ningún efecto sobre el apetito en niños bien nutridos.

La inapetencia infantil es un problema de salud del niño que debe ser muy bien diagnosticado y abordado por el personal de salud con mucha responsabilidad para que pueda ser tratado en forma oportuna y precoz antes de que se convierta en un verdadero problema. Se requieren más investigaciones que permitan valorar el comportamiento social y las verdaderas interacciones que se dan entre padres y niños, qué tienen éstas que ver con el comportamiento alimentario del niño, y sobre todo, con la inapetencia infantil.

Bibliografía consultada

- SALAS I. Y PIZARRO F. Problemas de Rechazo Alimentario en lactantes. Revista Chilena. Vol 25, N° 9, Diciembre 1998. P. 45.
- CASTILLO D C, MARIN B V. El niño que no quiere comer. INTA. Universidad de Chile. 1999.
- CASTILLO C C, ACHARAN G X, ALVAREZ P P, BUSTOS M P. Apetito y nutrición. Rev. Chil. Pediatr. 61(6); 346-353 1990.
- ANDERSON G H. Hambre y apetito e ingesta alimentaria en: conocimientos actuales en nutrición. ILSI. Publicación científica No. 565 OPS/OMS Washington 1997.
- BIRCH L. Psychological influences on the childhood diet. The journal of nutrition supplement. Vol. 128 No. 2 feb 1998.
- RUDOLPH C. Feeding disorders in infants and children. The journal of pediatrics supplement vol. 125 Dec. 1994.
- DAHL M and SUDELIN C. Early Feeding Problems in an Affluent Society. I. Categories and Clinical Signs. Acta Pediatr. Scand 75: 370-379, 1986.
- DAHL M, SUDELIN C. And EKLUND G. Early Feeding Problems in an Affluent Society. II. Determinants. Acta Pediatr. Scand 75: 380-387, 1986.
- DAHL M. Early Feeding Problems in an Affluent Society. III. Follow-up at two years: Natural Course, Health, Behavior and Development. Acta Pediatr. Scand 76: 872-880, 1987.
- DAHL M and KRISTIANSSON B. Early Feeding Problems in an Affluent Society. IV. Impact on Growth up to Two Years of age. Acta Pediatr. Scand 76: 881-887, 1987.
- DAHL M and SUDELIN C. Feeding Problems in an Affluent Society. Follow-up at four years of age in children with early refusal to eat. Acta Pediatr. Scand 81: 575-9, 1992.
- LINDBERG L., BOHLIN G and HAGEKULL B. Early Food Refusal: Infant and Family Characteristics. Infant Mental Health Journal, Vol. 15, N° 3, fall 1994. P. 262-77.
- LINDBERG L., BOHLIN G and HAGEKULL B. Early Food Problems in a Normal Population. International Journal of Eating Disorders, Vol. 10, N° 4, 395-405, 1991.
- BUDD K., MCGRAW T., FARBISZ R., MURPHY T., HAWKINS D., HEILMAN N and WERLE M. Psychosocial Concomitants of Children's Feeding Disorders. Journal of Pediatric Psychology. Vol. 17, N° 1, 1992, pp. 81-94.
- Gómez U. L F Inapetencia infantil En: Temas sobre alimentación del niño. Ed. U de A. Medellín Colombia 2001.