

REVISIÓN

El rechazo a alimentarse y la selectividad alimentaria en el niño menor de 3 años: una compleja combinación de factores médicos, sensoriomotores y conductuales

I. Beaudry Bellefeuille

Clínica de Terapia Ocupacional Pediátrica Beaudry-Bellefeuille. Oviedo

Resumen

El rechazo de un niño a alimentarse se caracteriza por su negativa a comer todos o la mayoría de los alimentos. La selectividad alimentaria se caracteriza por la ingesta de una variedad limitada de alimentos y el rechazo a la mayoría de los nuevos nutrientes. Cuando los problemas de rechazo de alimentos y selectividad persisten, los niños corren el riesgo de tener deficiencias nutricionales. A pesar de que casi todos los niños con problemas de alimentación tienen alguna condición biológica, la mayoría de los programas de intervención se centran en los componentes conductuales. Los términos «rechazo a alimentarse» y «selectividad alimentaria» parecen implicar que se trata de comportamientos voluntarios cuando, en realidad, es muy probable que se deban a problemas médicos o sensoriomotores no identificados que transforman el proceso de alimentarse en algo difícil o doloroso. El presente trabajo tiene como objetivo ofrecer una revisión de los factores que deben tenerse en cuenta en la evaluación y el tratamiento del niño que rechaza alimentarse o que se muestra excesivamente selectivo en la aceptación de alimentos.

©2014 Ediciones Mayo, S.A. Todos los derechos reservados.

Palabras clave

Desarrollo infantil, trastornos alimentarios de la infancia, terapia ocupacional

Introducción

El rechazo de un niño a alimentarse se caracteriza por su negativa a comer todos o la mayoría de los alimentos, lo cual crea una dificultad para satisfacer las necesidades nutricionales¹. La selectividad alimentaria se caracteriza por la ingesta de una variedad limitada de alimentos y el rechazo a la mayoría de los nuevos nutrientes². Por ejemplo, un niño puede ser muy selectivo con la textura, el color y/o el olor de los alimentos, o desarrollar fuertes preferencias por ciertas marcas comerciales. Aunque muchos niños pequeños a la hora de comer muestran caprichos, éstos son, en su mayoría, transitorios y forman parte del desarrollo normal³. Por el contrario, cuando los problemas de rechazo de alimentos y selectividad persisten, los niños

Abstract

Title: Food refusal and food selectivity in toddlers: a complex combination of medical, sensorimotor and behavioral issues

Food refusal is characterized by refusal to eat all or most foods. Food selectivity is characterized by eating a limited variety of food and rejecting most new foods. When problems of food refusal and selectivity persist, children are at risk for nutritional deficiencies. Although most children with eating disorders have a biological condition, most intervention programs focus on behavioral components. The terms food refusal and food selectivity seem to imply that these are voluntary behaviors when in fact they are very likely due to unidentified medical or sensorimotor issues which transform the process of feeding into something difficult or painful. This paper aims to provide a review of the factors to consider in the evaluation and treatment of the child who refuses to eat or is overly selective in accepting food.

©2014 Ediciones Mayo, S.A. All rights reserved.

Keywords

Child development, feeding and eating disorders of childhood, occupational therapy

corren el riesgo de tener deficiencias nutricionales, y tanto su salud como su desarrollo general pueden verse afectados⁴⁻⁶.

Se ha demostrado que la mayoría de los niños con un rechazo a la alimentación o con extrema selectividad en su aceptación de alimentos tienen una afección clínica o algún problema de desarrollo^{1,7}. Los problemas sensoriales también han sido ampliamente reconocidos en los niños con rechazo y selectividad a los alimentos⁸⁻¹³. A pesar de que casi todos los niños con problemas de alimentación tienen alguna afección biológica, la mayoría de los programas de intervención se centran en los componentes conductuales^{1,7}. Los términos «rechazo a alimentarse» y «selectividad alimentaria» parecen implicar que se trata de comportamientos voluntarios cuando, en realidad, es muy probable que se

deban a problemas médicos o sensoriomotores no identificados que transforman el proceso de alimentarse en algo difícil o doloroso^{1,12}. De hecho, dicha conducta puede considerarse una respuesta adaptativa del niño para evitar una situación que le resulta desagradable. Analizar ese comportamiento en el niño nos ayuda a identificar las verdaderas causas del rechazo¹⁴. El presente trabajo tiene como objetivo ofrecer una revisión de los factores que deben tenerse en cuenta en la evaluación y el tratamiento del niño que rechaza alimentarse o que se muestra excesivamente selectivo en la aceptación de alimentos.

Perfil clínico

Una gran mayoría de niños con dificultades de alimentación tienen un historial de dificultades del desarrollo, problemas de salud perinatales y/o enfermedades y malformaciones que afectan a la función digestiva^{1,15-17}. Algunas conductas, como el rechazo a alimentarse o el mostrar una extrema selectividad en relación con las propiedades sensoriales de los alimentos (sabor, olor, texturas, etc.), coexisten a menudo con los trastornos fisiológicos^{7,17}.

En algunas ocasiones las disfunciones fisiológicas son sutiles y el problema de alimentación puede atribuirse de modo erróneo exclusivamente a factores emocionales o conductuales, lo que dificulta una intervención terapéutica eficaz. Cabe recordar que el 90% de los niños que muestran problemas de alimentación padecen algún tipo de problema orgánico¹⁸. Valorar y tratar a los niños que rechazan alimentarse o que se muestran muy selectivos con los alimentos desde varios ámbitos profesionales (pediatría, gastroenterología, nutrición, terapia ocupacional, psicología, logopedia, etc.) es un modelo de intervención eficaz que aborda las múltiples facetas del proceso de alimentación^{15,19-21}.

Análisis del problema de alimentación

El análisis de las diferentes vertientes del proceso de alimentación resulta clave para poder establecer un plan de tratamiento adecuado. La estrecha colaboración y coordinación entre los diferentes profesionales y la familia es esencial para valorar el impacto de los diversos factores que afectan al proceso global de la alimentación^{14,21,22}.

Motivo de la consulta

Identificar y analizar la preocupación de los padres es la primera etapa del proceso de valoración. La descripción de las dificultades vividas en el día a día nos puede ofrecer las primeras pistas para guiar el resto de la investigación. Por ejemplo, los padres que nos hablan de niños que lloran nada más ver el biberón o que presentan fuertes reacciones de rechazo al intuir el momento de comer nos están alertando sobre lo desagradable que debe resultar el proceso de alimentación para ese niño. Por tanto, la problemática susceptible de provocar tales reacciones, como el reflujo gastroesofágico o la hipersensibilidad oral, debe ser explorada en primer lugar.

Problemas respiratorios

Las afectaciones cardiorrespiratorias están presentes en aproximadamente un tercio de los niños que rechazan alimentar-

se^{23,24}. La acumulación de secreciones, el tipo de respiración (nasal, bucal) y el esfuerzo respiratorio pueden afectar al proceso de alimentación. Por ejemplo, en el caso de un bebé, la actividad de alimentarse representa un esfuerzo cardiorrespiratorio significativo. Las dificultades para terminar los biberones debido al desgaste físico que implica alimentarse son frecuentes en los lactantes con cualquier tipo de alteración del proceso cardiorrespiratorio²⁵. Además del tratamiento para los síntomas cardiorrespiratorios, las consideraciones nutricionales (densidad calorífica del alimento, suplementos, etc.) y la recomendación de estrategias que faciliten la ingesta de los alimentos (tipo de tetina, textura del alimento, posicionamiento, técnicas de control de la mandíbula, etc.) serán factores clave a la hora de diseñar una intervención eficaz¹⁴.

Problemas del sistema digestivo

El reflujo gastroesofágico es uno de los trastornos más frecuentemente asociados a los problemas de alimentación^{1,23,24}. Otras afecciones, como las alergias o las malformaciones anatómicas, también deben considerarse en la valoración que se realiza al niño con rechazo a alimentarse^{1,26}. En muchos casos los problemas de alimentación perduran después de que el problema médico haya sido resuelto¹³. En la práctica clínica observamos que los niños que han experimentado dolor y malestar relacionados con el proceso de alimentación desarrollan una vinculación negativa con la comida y se muestran poco motivados a la hora de comer²⁷. Asimismo, muchos muestran signos de extrema sensibilidad a los estímulos táctiles orofaciales. La intervención debe incluir tanto el tratamiento del trastorno digestivo como una rehabilitación específica de los factores que contribuyen al rechazo a alimentarse o a aceptar una variedad de alimentos. La expectativa de que todo irá bien una vez que el problema médico se haya resuelto pocas veces se cumple¹³.

Para los miembros del equipo rehabilitador (terapeuta ocupacional, psicólogo, logopeda) suele ser más sencillo recuperar o desarrollar las habilidades y actitudes necesarias cuando el paciente es aún muy pequeño. Es erróneo pensar que es demasiado pronto para implicar al equipo rehabilitador por tratarse de un bebé. Por ejemplo, muchas técnicas y estrategias sensoriomotoras pueden aplicarse en bebés y así prevenir la aparición de problemas¹⁴. Es igualmente necesario educar a la familia acerca de la importancia de mantener una actitud tranquila y positiva alrededor de las comidas para evitar crear un vínculo emocional negativo con la alimentación^{14,19,28}.

Problemas nutritivos

El estado nutricional del niño que padece dificultades en el proceso de alimentación es a menudo una de las principales preocupaciones del equipo multidisciplinario^{8,21}. La restringida ingesta de calorías y/o la falta de variedad de alimentos aceptados pueden acarrear un estado nutricional inadecuado. El análisis de las necesidades nutricionales del niño, junto con la valoración de sus habilidades sensoriomotoras de la zona oral, permitiría configurar una dieta apropiada, es decir, una dieta que tenga en cuenta tanto las habilidades orales del niño como el valor nutritivo, la textura, el sabor y la presentación de los alimentos.

La alimentación enteral, aunque pueda resultar angustiosa para muchos padres, en ocasiones es la única manera de estabilizar el estado nutricional del niño²⁹. Para asegurar la normalización del proceso de alimentación tras la retirada de la sonda, el equipo rehabilitador debe trabajar con la familia durante el periodo de alimentación enteral sobre las dificultades que subyacen en el rechazo a alimentarse^{28,29}. La creación de experiencias positivas relacionadas con la exploración de alimentos y, por otro lado, la aplicación de programas individualizados de estimulación oral habitualmente forman parte de los programas terapéuticos^{14,19}.

Nivel de desarrollo

La revisión global del neurodesarrollo del niño que padece problemas de alimentación forma parte de la valoración del terapeuta ocupacional³⁰. El tono muscular, las habilidades motoras (especialmente el control del tronco y de la cabeza) y la presencia o ausencia de reflejos orales primarios afectan a la función de las estructuras orales necesarias para una adecuada alimentación^{14,30}. La reacción a los estímulos externos y las habilidades comunicativas también deben tenerse en cuenta en la evaluación global del desarrollo, dada su influencia en el proceso de alimentación^{14,30}. Comprender el desarrollo general del niño es necesario para establecer objetivos realistas en relación con el proceso de alimentación¹⁴.

Habilidades sensoriomotoras

A menudo los problemas de rechazo y selectividad están relacionados con una dificultad en el control y/o aceptación de determinados tipos de alimentos. Por ejemplo, desde un punto de vista motor es más fácil manejar un alimento sólido harinoso que se deshace con saliva (p. ej., una galleta o pan tostado) que un alimento sólido que requiere una masticación activa (p. ej., carne o fruta), con lo cual es frecuente que un problema oromotor sea la causa de que un niño rechace todo un grupo de alimentos. Asimismo, desde un punto de vista sensorial, resulta más fácil morder un sólido que aceptar encontrarse por sorpresa un tropezón en una papilla. Por tanto, es frecuente que los niños con hiperrespuesta sensorial sean capaces de comer ciertos alimentos sólidos, como trozos de pollo o plátano, pero que presenten fuertes arcadas y/o rechazo a los alimentos de texturas mixtas y blandas, como los potajes o los yogures con trozos de fruta. Es igualmente habitual observar que los niños con hiperrespuesta sensorial rechacen alimentarse cuando están despiertos, pero que lo toleren cuando están adormilados; la conciencia del dolor disminuye durante el sueño y, por tanto, el niño es menos consciente de las sensaciones desagradables asociadas al proceso de alimentación^{14,31}.

En la población con un desarrollo normal existe mucha variabilidad respecto a la edad de adquisición de las diferentes habilidades orales¹⁴. También influye en el ritmo del desarrollo oral la edad en que se introducen determinados alimentos³². Así pues, resulta más relevante conocer la secuencia del desarrollo normal que la edad habitual de adquisición de las diferentes etapas. Cuando surgen rechazos a la alimentación, conocer los componentes sensoriomotores de cada fase alimentaria ayuda a identificar las posibles causas de dicho rechazo:

Lactancia

La alimentación del lactante depende principalmente de la succión, una habilidad innata. Existen dos tipos de succión: nutritiva y no nutritiva. El bebé utiliza la succión no nutritiva para regular su estado de alerta. La succión no nutritiva implica la sujeción lingual de un objeto contra el paladar junto con movimientos cortos y rápidos de la mandíbula. En este tipo de succión los labios se encuentran relajados¹⁴. Fomentar la succión no nutritiva en bebés prematuros puede mejorar las habilidades necesarias para la alimentación oral³³. Asimismo, en el lactante alimentado por sonda es aconsejable estimular la succión no nutritiva durante el llenado gástrico para crear así una relación entre la sensación de saciedad y la succión³⁴.

La succión nutritiva es más lenta que la succión no nutritiva. Los movimientos de la mandíbula son más amplios, lo cual permite crear una presión negativa dentro de la cavidad oral para extraer el alimento del pecho o del biberón. Inicialmente, la succión del lactante implica un movimiento anteroposterior rítmico de la lengua junto con un movimiento de la mandíbula y poca activación de los labios. Con la maduración, generalmente entre los 6 y los 9 meses de edad, el patrón de succión se modifica. Los movimientos de la lengua pasan a ser verticales, los movimientos de la mandíbula son más cortos y un fuerte cierre labial contribuye a crear una mayor presión intraoral y, por tanto, una succión más eficaz¹⁴.

Uno de los mayores retos del lactante es coordinar la succión con la respiración y la deglución. Cuanto más rápido sea el flujo del líquido, más difícil será la coordinación. Los lactantes parecen tener cierto control sobre el ritmo y la fuerza de succión para poder ajustarse al ritmo de flujo del líquido³⁵. Analizar tanto la fuerza de succión como el efecto del ritmo de flujo del líquido sobre la succión resulta fundamental a la hora de valorar las habilidades de alimentación del lactante¹⁴.

Alimentación con cuchara

La mayoría de niños empieza a tomar alimentos con cuchara entre los 4 y los 6 meses de edad¹⁴. Los primeros intentos de retirar alimentos de la cuchara suelen ser poco eficaces. El movimiento anteroposterior de la lengua y la poca actividad labial que caracteriza el movimiento oral del lactante menor de 6 meses provoca que la mayor parte del alimento sea expulsado de la boca³⁶. Aunque las primeras experiencias con la alimentación con cuchara no se caractericen por aportaciones calóricas significativas, sí resultan fundamentales para el desarrollo sensoriomotor de la zona oral. Por ejemplo, la progresiva exposición a la cuchara y la textura de las papillas ayuda a disminuir el fuerte reflejo de vómito característico del lactante^{14,36,37}. La retrocesión del reflejo de vómito es un requisito para la introducción de alimentos en trozos. Por otra parte, las habilidades motoras relacionadas con la alimentación se desarrollan con la práctica, al igual que cualquier otra habilidad, por lo que propiciar ocasiones para mejorar el control labial y lingual ayudará a establecer las bases para la transición hacia los alimentos sólidos^{14,32}. Por tanto, el hábito de dar los cereales en biberón no es la mejor manera de estimular el desarrollo sensoriomotor de la zona oral; en cambio, ofrecer los cereales en forma de papilla, con cuchara, ayuda a preparar al bebé para una alimentación más madura.

Algunos niños muestran fuertes rechazos a la introducción de la alimentación con cuchara y no quieren abandonar la lactancia. Incluso pueden mostrar rechazo a efectuar la transición del pecho al biberón. Esta conducta es típica del niño con hipersensibilidad oral¹⁴. Las causas de la hipersensibilidad oral son variadas. Los niños con historiales médicos complejos que no han experimentado las típicas sensaciones orofaciales del lactante y/o han sido sometidos a experiencias orofaciales adversas (intubación, aspiración, etc.) presentan a menudo hipersensibilidad oral y otras alteraciones sensoriales que afectan al proceso de alimentación³⁷⁻³⁹. La hipersensibilidad oral es igualmente frecuente en los niños con un historial de reflujo gastroesofágico³¹. La introducción tardía de alimentos con textura también puede ser la causa de dificultades orosensoriales. Northstone et al.⁴⁰ encontraron más dificultades de alimentación en los niños que comenzaron a ser expuestos a texturas después de los 10 meses de edad que en los que habían experimentado texturas antes de los 6 meses. La recomendación sería evitar dar a los niños durante un tiempo excesivo alimentos pasados por batidoras eléctricas, ya que éstos quedan demasiado finos. Conviene fomentar en el niño una rápida progresión hacia los alimentos triturados por el pasapurés tradicional, para después comenzar a darle alimentos aplastados, lo cual expone al bebé a una mayor variedad de texturas. El niño parece presentar el periodo de mayor aceptación de texturas entre los 6 y los 7 meses de edad. Esperar hasta después de ese periodo para introducir nuevas texturas puede dificultar la transición hacia la alimentación sólida^{14,41}. Presentar los alimentos por separado, permitiendo al niño saborearlos uno por uno, es otra manera de estimular el desarrollo orosensorial desde las primeras etapas de la alimentación con cuchara⁴².

En el caso de niños con retrasos en el ámbito motor es frecuente que perdure el movimiento anteroposterior de la lengua, característico del lactante menor de 6 meses¹⁴. Esta situación puede condicionar el desarrollo de patrones más maduros, como la masticación que depende del movimiento lateral de la lengua⁴³. Una intervención para estimular la lateralización de la lengua puede facilitar el desarrollo de las habilidades oromotoras en el caso de los niños que presentan dificultades para progresar; estimular el reflejo transversal de la lengua mediante ligeros toques en los laterales de la lengua favorece el desarrollo del movimiento lingual lateral¹⁴.

Beber de una taza

Después de los 6 meses de edad el niño adquiere suficiente control lingual y labial para poder beber de una taza³⁷. La estabilidad de la mandíbula aún es incompleta y, por tanto, es habitual observar a los más pequeños morder la taza o sacar la lengua por debajo del borde en un intento de estabilización para lograr el movimiento oral^{36,37}. Alrededor de los 2 años de edad el niño adquiere una estabilidad intrínseca de las estructuras orales que le permite beber de modo maduro³⁷. Una vez más, cabe recordar que adquirir una destreza oromotora requiere práctica, al igual que la adquisición de cualquier otra habilidad, por lo que conviene que el niño beba pequeñas cantidades de líquido mediante una taza desde edades tempranas para asegurar un desarrollo oromotor óptimo.

Morder

Entre los 5 y los 6 meses de edad los niños muestran un patrón de mordedura fásica cuando un sólido entra en contacto con sus encías o sus dientes³⁷. No se trata aún de masticación propiamente dicha, pero este patrón permite al niño partir alimentos blandos en trozos¹⁴. Algunos bebés disfrutaban mordiendo alimentos sólidos, pero sus cuidadores deben estar atentos a ello, puesto que los niños a esas edades aún no tienen las habilidades orales necesarias para desmenuzar los trozos una vez que han logrado partir el alimento. Durante esta etapa, ofrecerles alimentos muy duros que se deshacen progresivamente con la saliva a medida que los mordisquean es más aconsejable que darles alimentos blandos susceptibles de romperse en trozos grandes que no sabrían manejar adecuadamente.

Masticar

Alrededor de los 8 meses de edad, el niño es capaz de combinar la mordedura fásica con movimientos de allanamiento de la lengua, lo cual le permite deshacer alimentos sólidos que se disuelven fácilmente con la saliva¹⁴. La verdadera masticación se desarrollará hacia los 9 meses, con la aparición de movimientos laterales de la lengua y movimientos diagonales de la mandíbula, lo cual permitirá al niño deshacer alimentos que requieren la acción de los dientes¹⁴. Cabe destacar que la aparición de movimientos orales más complejos parece estar directamente relacionada con la exposición a diferentes texturas⁴⁴. El aprendizaje de la masticación requiere una exposición gradual a los alimentos que van fomentando el desarrollo de las habilidades orales: puré liso, puré más consistente, sólido que se deshace con la saliva (p. ej., aperitivos de harina de maíz), sólido que se deshace aplastándolo contra el paladar (p. ej., galleta), sólido que requiere poca masticación (p. ej., plátano maduro), etc. La costumbre de dar una papilla lisa que contiene tropezones como forma de fomentar el aprendizaje de la masticación no es muy adecuada. Este tipo de textura mixta requiere complejas habilidades motoras y sensoriales que serán adquiridas más tarde durante el desarrollo, y pueden provocar un rechazo si se presentan antes de tiempo.

Es frecuente observar a los niños rechazar alimentos sólidos porque son incapaces de lateralizar la lengua y transportarlos hasta los dientes para la masticación; en este caso, el rechazo es fundamentalmente un mecanismo de protección ante un posible atragantamiento. Otros no los rechazarán, pero intentarán tragarlos sin masticar, lo cual puede provocar que se atraganten¹⁴. Morder con las muelas objetos alargados (p. ej., cepillo de dientes) es una buena manera de fomentar la lateralización de la lengua y reforzar los movimientos de la mandíbula necesarios para la masticación.

Aspecto psicológico y conductual

El proceso de alimentación es impulsado por el hambre, y esta sensación motiva al niño a comunicar su necesidad de alimento a un cuidador³⁰. En condiciones ideales, el cuidador responde de un modo que se ajusta al nivel de desarrollo del niño, y el proceso de alimentación se transforma en una experiencia no solamente de sustento físico, sino también de cariño, placer y confortamiento³⁰. En presencia de dolor o en ausencia de cariño y confortamiento el

niño puede aprender a rechazar el alimento^{45,46}. Por tanto, el proceso de alimentación es una compleja asociación de factores físicos y socioemocionales, en la que la interacción entre el niño y el cuidador desempeña una función fundamental³⁰. Un contexto tranquilo y agradable en el que exista una comunicación fluida entre el niño y el cuidador es el punto de partida para fomentar un adecuado proceso de alimentación³⁰. En la cultura española a menudo se observa que los padres imponen su parecer en el proceso de alimentación. Este tipo de conducta por parte del cuidador no facilita el establecimiento de un contexto positivo para la alimentación. En cambio, un estilo de crianza más sensible y receptivo reparte las responsabilidades entre el cuidador y el niño; el adulto ofrece alimentos sanos, apropiados al nivel de desarrollo del niño, y el niño decide cuánto come⁴⁷.

Independencia funcional en la alimentación

Con 1 año de edad, la mayoría de los niños son capaces de ser independientes para manejar una cuchara y beber de una taza con boquilla de modo eficaz⁴⁸. Sin embargo, a menudo observamos que los padres limitan la independencia en el proceso de alimentación porque temen que el niño no coma lo suficiente. Carruth et al.⁴⁹ investigaron la ingesta de nutrientes en relación con la autoalimentación en niños de 4-24 meses de edad, y en su estudio concluyen que el desarrollo temprano de la autoalimentación se relaciona con una mayor ingesta nutricional. En el niño con problemas orosensoriales, fomentar la independencia funcional a la hora de comer disminuye a menudo el rechazo a alimentarse^{14,37}.

Fases de la deglución

El proceso de alimentación se desarrolla en varias etapas. La fase oral consiste en la formación del bolo alimenticio y su transporte hacia la faringe. La deglución propiamente dicha pertenece a la segunda fase, la de la faringe. Se trata de una compleja coordinación de las estructuras orofaríngeas que permiten el paso de alimentos al esófago, sin aspiración a las vías respiratorias. La tercera fase implica el transporte del alimento por el esófago hasta el estómago³⁰. Una dificultad en cualquiera de las fases de la alimentación puede condicionar todo el proceso. En algunos casos la videofluoroscopia será la única manera de valorar adecuadamente la eficacia y la seguridad de la deglución^{14,30}. Para obtener información relevante sobre la alimentación cotidiana, los posibles problemas y su tratamiento, el terapeuta ocupacional, basándose en la evaluación clínica previa, preparará diferentes texturas y posiciones que se utilizarán durante la prueba^{14,15}.

Tratamiento

A pesar de que casi todos los niños que rechazan alimentarse o que se muestran selectivos con ciertos alimentos poseen unas condiciones orgánicas causantes del problema, la mayoría de los programas de intervención documentados en la literatura científica se centran en los componentes de comportamiento^{1,7}. La alimentación forzada, la prevención de fuga o la reintroducción en la boca de los alimentos que han sido escupidos, así como el refuerzo negativo, han demostrado ser eficaces para incrementar la aceptación de alimentos^{1,7}. Sin embargo, los enfoques

conductuales no tienen en cuenta los factores fisiológicos subyacentes que causan el rechazo a la alimentación e ignoran las recomendaciones para la práctica ética dentro de las profesiones sanitarias que subrayan la importancia de la aceptabilidad del tratamiento por parte del paciente y la creación de una alianza terapéutica^{49,50}. Los efectos secundarios emocionales o los efectos de la activación de una respuesta de estrés sobre el apetito tampoco se toman en consideración. Aunque menos documentados, los programas terapéuticos multidisciplinares que tienen en cuenta tanto la aceptabilidad del tratamiento por parte del niño como los factores subyacentes al rechazo de alimentos han demostrado ser eficaces para mejorar el proceso de alimentación^{19,28,42,51}. Dichos programas, compatibles con el desarrollo normal de los diferentes componentes implicados en la alimentación^{14,37,52}, forman parte de los servicios habituales de un gran número de centros hospitalarios en todo el mundo^{14,15,19,21}.

Conclusión

En la población pediátrica los problemas de alimentación y deglución raramente se dan de manera aislada. En la gran mayoría de los casos se presentan en individuos con dificultades sensoriomotoras o en relación con trastornos del sistema cardiorrespiratorio o del sistema digestivo^{1,8,15}. Para poder atender adecuadamente al niño que presenta dificultades con la toma de alimentos es necesario un enfoque multidisciplinario que abarque todas las facetas de la deglución y del proceso de alimentación^{14,19,21,51}.

Agradecimientos

Al Dr. Venancio Martínez, pediatra, por su continuo apoyo.

A mis mentores, Marie-Josée Tessier, terapeuta ocupacional, y el Dr. Eduardo Ramos, pediatra, por sus innumerables lecciones magistrales impartidas durante muchos años.

A Tania Moriyón y Berta Gándara, terapeutas ocupacionales, por su ayuda en la revisión del presente artículo. ■■■

Bibliografía

1. Williams E, Field DG, Seiverling L. Food refusal in children: a review of the literature. *Res Dev Disabil*. 2010; 31: 625-633.
2. Jacobi C, Schmitz G, Agras S. Is picky eating an eating disorder? *Int J Eat Disord*. 2008; 41: 626-634.
3. Wright C, Parkinson KN, Shipton D, Drewett RF. How do toddler eating problems relate to their eating behavior, food preferences, and growth? *Pediatrics*. 2007; 120: 2.006-2.961.
4. Bachmeyer MH. Treatment of selective and inadequate food intake in children: a review and practical guide. *Behav Anal Pract*. 2009; 2: 43-50.
5. Bandini LG, Anderson SE, Curtin C, Cermak S, Evans W, Scampini R, et al. Selectivity in children with autism spectrum disorders and typically developing children. *J Pediatr*. 2010; 157: 259-264.
6. Luiselli, JK. Behavioral assessment and treatment of pediatric feeding disorders in developmental disabilities. *Progr Behav Modif*. 1989; 24: 91-131.
7. Sharp WG, Jaquess DL, Morton JF, Herzinger CV. Pediatric feeding disorders: a quantitative synthesis of treatment outcomes. *Clin Child Fam Psychol Rev*. 2010; 13: 348-365.

8. Cermak SA, Curtin C, Bandini LG. Food selectivity and sensory sensitivity in children with autism spectrum disorders. *J Am Diet Assoc.* 2010; 110: 238-246.
9. Chatoor I. Feeding disorders in infants and toddlers. *Child Adolesc Psychiatr Clin North Am.* 2002; 11: 163-183.
10. Ghanizadeh A. Parents reported oral sensory sensitivity processing and food preference in ADHD. *J Psychiatr Ment Health Nurs.* 2011 [doi: 10.1111/j.1365-2850.2011.01830.x].
11. Nadon G, Ehrmann-Feldman D, Dunn W, Gisel E. Association of sensory processing and eating problems in children with autism spectrum disorders. *Autism Res Treat.* 2001 [doi: 10.1155/2011/541926].
12. Thompson SD, Bruns DA, Rains KW. Picky eating habits or sensory processing issues? Exploring feeding difficulties in infants and toddlers. *Young Exceptional Children.* 2010; 13: 71-85.
13. Zangen T, Ciarla C, Zangen S, Di Lorenzo C, Flores AF, Cocjin J, et al. Gastrointestinal motility and sensory abnormalities may contribute to food refusal in medically fragile toddlers. *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 2003; 37: 287-293.
14. Marcus S, Breton S. *Infant and child feeding and swallowing: occupational therapy assessment and intervention.* Bethesda: American Occupational Therapy Association, 2013.
15. Tuchman DN, Walter RS. *Disorders of feeding and swallowing in infants and children: pathophysiology, diagnosis, and treatment.* San Diego: Singular Publishing Group, 1994.
16. Unlu G, Aras R, Eminagaoglu N, Buyukgebiz B, Bekem O. Developmental characteristics of children aged 1-6 years with food refusal. *Public Health Nurs.* 2008; 25: 2-9.
17. Burklow KA, Phelps AN, Schultz JR, McConnell K, Rudolph C. Classifying complex pediatric feeding disorders. *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 1998; 27: 143-147.
18. Budd KS, McGraw TE, Farbisz R, Murphy TB, Hawkins D, Heilman N, et al. Psychosocial concomitants of children's feeding disorders. *J Pediatr Psychol.* 1992; 17: 81-94.
19. 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: 664-681.
20. Williams S, Witherspoon K, Kavsak P, Patterson C, McBlain J. Pediatric feeding and swallowing problems: an interdisciplinary team approach. *Can J Dietetics Pract Res.* 2006; 67: 185-190.
21. Miller CK, Burklow KA, Santoro K, Kirby E, Mason M, Rudolph CD. An interdisciplinary team approach to the management of pediatric feeding and swallowing disorders. *Children's Health Care.* 2001; 30: 201-218.
22. Gisel E, Tessier MJ, Lapierre G, Seidman E, Drouin E, Filion G. Feeding management of children with severe cerebral palsy and eating impairment: an exploratory study. *Phys Occup Ther Pediatr.* 2003; 23: 19-44.
23. Field D, Garland M, Williams K. Correlates of specific childhood feeding problems. *J Paediatr Child Health.* 2003; 39: 299-304.
24. Williams KE, Riegel K, Kerwin ML. Feeding disorder in infancy and early childhood: how often is it seen? *Children's Health Care.* 2009; 38: 123-136.
25. Imms C. Feeding the infant with congenital heart disease: an occupational performance challenge. *Am J Occup Ther.* 2001; 55: 277-284.
26. Paddack A, Gibbons T, Smith C, Patil S, Richter GT. Food hypersensitivity and otolaryngologic conditions in young children. *Otolaryngol Head Neck Surg.* 2012; 147: 215-220.
27. Dellert SF, Hyams JS, Treem WR, Geertsma A. Feeding resistance and gastroesophageal reflux in infancy. *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 1993; 17: 66-71.
28. 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. *Infant Child Adolesc Nutr.* 2009; 1: 73-82.
29. Hannah E, John RM. Everything the nurse practitioner should know about pediatric feeding tubes. *J Am Assoc Nurse Pract.* 2013; 25: 567-577.
30. Lane SJ. Disorders of eating and feeding and disorders following prenatal substance exposure. En: Lane SJ, Bundy AC, eds. *Kids can be kids: a childhood occupations approach.* Filadelfia: F.A. Davis, 2012; 417-436.
31. Strudwick S. Gastroesophageal reflux and feeding: the speech and language therapist's perspective. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol.* 2003; 67 Supl 1: 101-102.
32. Sheppard JJ. Using motor learning approaches for treating swallowing and feeding disorders: a review. *Lang Speech Hear Serv Sch.* 2008; 39: 227-236.
33. Hill AS. The effects of non-nutritive sucking and oral support on the feeding efficiency of preterm infants. *Newborn Infant Nurs Rev.* 2005; 5: 133-141.
34. Mason SJ, Harris G, Blisset J. Tube feeding in infancy: implications for the development of normal eating and drinking skills. *Dysphagia.* 2005; 20: 46-61.
35. Scheel CE, Schanler RJ, Lau C. Does the choice of bottle nipple affect the oral feeding performance of very-low-birthweight infants? *Acta Paediatr.* 2005; 94: 1.266-1.272.
36. Alexander R, Boehme R, Cupps B. *Normal development of functional motor skills.* Austin: Pro-Ed, 1998.
37. Morris SE, Klein MD. *Pre-feeding skills, 2.^a ed.* Austin: Pro-Ed, 2000.
38. Palmer MM, Heyman MB. Assessment and treatment of sensory versus motor-based feeding problems in very young children. *Infants Young Children.* 1993; 6: 67-73.
39. Rudolph CD, Link DT. Feeding disorders in infants and children. *Pediatr Clin North Am.* 2002; 49: 97-112.
40. Northstone K, Emmet P, Nethersole F. The effect of age introduction to lumpy solids on foods eaten and reported feeding difficulties at 6 and 15 months. *J Human Nutr Diet.* 2001; 14: 43-54.
41. Illingsworth RS, Lister J. The critical or sensitive periods, with special reference to certain feeding problems in infants and children. *J Pediatr.* 1964; 65: 839-848.
42. Beaudry-Bellefeuille I, Ramos-Polo E. Alimentación selectiva: evaluación y tratamiento de un niño de 3 años. Ponencia presentada en las sesiones clínicas de la Revista Asturiana de Terapia Ocupacional. Oviedo, diciembre de 2010.
43. Gisel E. Chewing cycles in 2 to 8 year children: a developmental profile. *Am J Occup Ther.* 1988; 42: 40-46.
44. Gisel E. Effects of food texture on the development of chewing of children between six months and two years of age. *Dev Med Child Neurol.* 1991; 33: 69-79.
45. Bernstein IL. Learned taste aversions in children receiving chemotherapy. *Science.* 1978; 200: 1.302-1.303.
46. Gagan RJ, Cupoli JM, Watkins AH. The families of children who fail to thrive: preliminary investigations of parental deprivation among organic and non-organic cases. *Child Abuse Negl.* 1984; 8: 93-103.
47. Butte N, Cobb K, Dwyer J, Graney L, Heird W, Rickard K. The start healthy feeding guidelines for infants and toddlers. *J Am Diet Assoc.* 2004; 104: 442-454.
48. Carruth BR, Ziegler PJ, Gordon A, Hendricks K. Developmental milestones and self-feeding behaviors in infants and toddlers. *J Am Diet Assoc.* 2004; 104 Supl 1: 51-56.
49. Brazzelli M, Griffiths P. Behavioural and cognitive interventions with or without other treatments for the management of faecal incontinence in children. *Cochrane Datab Syst Rev.* 2009; 2.
50. Zaitsoff SL, Doyle AC, Hoste RR, Le Grange D. How do adolescents with bulimia nervosa rate the acceptability and therapeutic relationship in family-based treatment? *Int J Eat Disord.* 2008; 41: 390-398.
51. Tamura F, Kikutani T, Machida R, Takahashi N, Nishiwaki K, Yaegaki K. Feeding therapy for children with food refusal. *Int J Orofacial Myology.* 2011; 37: 57-68.
52. Birch LL. Development of food acceptance patterns in the first years of life. *Proc Nutr Soc.* 1998; 57: 617-624.