

Original

El niño mal comedor y la importancia de un buen comienzo

M.Á. SAN JOSÉ GONZÁLEZ¹, P. MÉNDEZ FERNÁNDEZ²

Pediatra. Atención Primaria. ¹Centro de Salud de Fingoi. Lugo. ²Centro de Salud Islas Canarias. Lugo.

RESUMEN

Durante los primeros años de vida, con frecuencia los padres o cuidadores están preocupados por si la cantidad y/o variedad de alimentos que ingieren sus hijos no es correcta y pudiera ocasionarles problemas de salud, de nutrición o de crecimiento. Se han propuesto diferentes términos como niño mal comedor, *picky eater*, aversión/rechazo alimentario infantil o neofobia alimentaria. Conocer los factores y los mecanismos implicados en el aprendizaje de la conducta alimentaria puede ayudarnos a comprender y manejar este problema. La diversificación alimentaria cumple un importante papel en el aprendizaje alimentario del niño. Establecer unas buenas pautas en estos primeros años puede ser la intervención más eficaz tanto para disminuir el número de niños con problemas de alimentación (rechazo, selectividad alimentaria) como para prevenir la actual epidemia de sobrepeso-obesidad en el mundo desarrollado. La llamada alimentación complementaria dirigida por el bebé (*baby led weaning*) puede favorecer el aprendizaje, pero también tiene riesgos y aún no cuenta con evidencias firmes. No obstante, adoptar algunos aspectos de este método en la rutina de la diversificación alimentaria tradicional (permitir la autorregulación del bebé, incorporar al niño a las comidas familiares y ofrecer alimentos con texturas que pueda manipular el lactante en cuanto este alcanza un desarrollo adecuado) puede ser beneficioso.

Palabras clave: Lactante; Rechazo alimentario; Selectividad alimentaria; Niño mal comedor; Alimentación complementaria.

ABSTRACT

During the first years of life parents or caregivers often are concerned about the amount and / or variety of food their children eat it's inaccurate and it could cause health, nutrition or growth problems. Different terms have been proposed as *picky / fussy eater*, infant's food aversion/rejection, or food neophobia. To know the factors and the mechanisms involved in learning eating behaviour can help us to understand and manage this problem. Complementary feeding plays an important role in child's learning eating behaviour. Establishing a good pattern in these early years can be the most effective intervention so much to reduce the number of children with feeding problems (rejection, food selectivity) as to prevent the current epidemic of overweight-obesity in the developed world. Baby led weaning can promote the learning, but it also has risks and still there is limited evidence about it. However adopting some aspects of this method in the routine of traditional food diversification (to allow self-regulation of the baby, incorporating the child to family meals and provide food with textures that infant can handle as soon as it reaches a suitable development) may be beneficial.

Key words: Infant; Food rejection; Food neophobia; "Picky / fussy" eating; Complementary feeding..

Correspondencia: Miguel Ángel San José González. Centro de Salud de Fingoi. Rúa Armórica, s/n. 27002 Lugo.
Correo electrónico: miguel.san.jose.gonzalez@sergas.es

© 2018 Sociedad de Pediatría de Asturias, Cantabria, Castilla y León
Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la licencia Reconocimiento-No Comercial de Creative Commons (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/2.5/es/>), la cual permite su uso, distribución y reproducción por cualquier medio para fines no comerciales, siempre que se cite el trabajo original.

Las dificultades para la alimentación son un motivo frecuente de consulta, sobre todo en menores de 4 años de edad. Habitualmente la queja se refiere a niños sanos con un adecuado desarrollo pondero-estatural y se expresa como una preocupación por el aporte total, o por el rechazo selectivo a determinados alimentos, o modos de alimentarse^(1,2). En la literatura, no hay una definición uniforme para estos casos y se emplean diferentes términos (anorexia funcional, niño selectivo para comer o *picky eater*); además, los trabajos publicados tienen diferentes orígenes, se refieren a poblaciones heterogéneas y apenas hay estudios de calidad (ensayos clínicos)^(1,3). Recientemente se ha propuesto el término de “trastornos de la conducta alimentaria en la infancia temprana” para englobar las referidas dificultades en la alimentación⁽³⁾. Conocer los factores y los mecanismos implicados en el aprendizaje de la conducta alimentaria, puede ayudarnos a manejar el mencionado problema en los primeros años de vida.

IMPORTANCIA DE LA ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA (AC)

Pasados los primeros 4-6 meses de vida, el aporte lácteo se conjuga con la introducción paulatina y cada vez más importante de los distintos grupos de alimentos⁽⁴⁾. El objetivo

de esta etapa de AC no solo es nutricional, también es importante para la adquisición de las habilidades oro-motoras y para acostumbrarse a los nuevos sabores, consistencias y modos de alimentarse⁽⁵⁾. Para decidir el momento adecuado para comenzar la AC, además de la edad, hay que tener en cuenta la capacidad funcional del niño (Tabla I), sus necesidades fisiológicas y su entorno (familiar y socio-cultural)^(4,5). A partir del año de edad el aprendizaje alimentario continúa y la alimentación va adquiriendo progresivamente las características de la dieta libre de la familia y del entorno en el que se desarrolla el niño^(4,6).

Varias publicaciones resaltan la importancia del periodo que abarca desde el momento de la concepción hasta los dos años de edad: los llamados “primeros 1.000 días de vida”. Esta etapa es fundamental para el crecimiento saludable, el desarrollo físico e intelectual, la maduración inmunológica y para la salud del futuro adulto (programación metabólica)⁽⁷⁾. Las costumbres nutricionales y las pautas de alimentación comienzan a establecerse muy pronto, con el inicio de la AC, y están consolidados antes de finalizar la primera década de la vida. Por ello, los dos primeros años de vida se consideran como el momento de intervención nutricional más eficaz para establecer unos hábitos dietéticos saludables y para la prevención de enfermedades en la edad adulta (por ejemplo obesidad, diabetes tipo 2, o enfermedad cardiovascular)⁽⁸⁾.

TABLA I. ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA Y DESARROLLO DEL LACTANTE EN EL PRIMER AÑO: HABILIDADES Y FUNCIONES NECESARIAS PARA EL INICIO Y PROGRESIÓN EN LA DIVERSIFICACIÓN ALIMENTARIA.

Maduración digestiva	4-6 meses de edad	<ul style="list-style-type: none"> Eficacia suficiente de las secreciones gástrica y pancreática para digerir proteínas, almidones y grasas no lácteas.
	5-6 meses	<ul style="list-style-type: none"> Madurez de la barrera inmunológica y de la microbiota intestinal.
Maduración renal	6 meses	<ul style="list-style-type: none"> Capacidad suficiente (aunque inferior a la función completa) para manejar sobrecargas de proteínas y solutos.
Desarrollo psicomotor	4 meses	<ul style="list-style-type: none"> Desaparición del reflejo de extrusión o anteroposterior de la lengua. Reflejo de náusea desde la mitad al tercio posterior de la lengua.
	4-6 meses	<ul style="list-style-type: none"> Mejor actividad labial, es capaz de llevarse cosas a la boca. Traga si se pone el alimento en la parte anterior de la lengua.
	6 meses	<ul style="list-style-type: none"> Inicio de la masticación “precoz”. Es un morder inmaduro, con movimientos hacia arriba y abajo, parte trozos, pero no los desmenuza.
	7-9 meses	<ul style="list-style-type: none"> Barrido de la cuchara con los labios. Se sienta sin apoyo. Es capaz de comunicar a los padres el interés o desinterés por el alimento con los movimientos de la cabeza, del tronco y de la boca. Masticación más madura (movimientos diagonales) y movimientos laterales de la lengua y de la comida hacia los dientes.
	10-12 meses	<ul style="list-style-type: none"> Desarrollo de habilidades motoras finas que facilitan la autoalimentación: coger alimentos con los dedos, manejar una cuchara y beber solo de una taza.

Modificada de Phalen JA, 2013.

TABLA II. PRINCIPALES CARACTERÍSTICAS QUE DEFINEN AL “NIÑO MAL COMEDOR” (ANOREXIA FUNCIONAL DE LA INFANCIA, O PICKY EATER).

- Una o varias de las siguientes:
 - Escasa variedad de alimentos que se ingieren (fuertes preferencias alimentarias), con rechazo a los nuevos y también a nuevas texturas o formas de alimentarse.
 - La mayor parte de su aporte calórico se ingiere a través de líquidos.
 - Poco interés por la comida.
 - Comen con lentitud, se usan distracciones mientras se come, no disfrutan con la comida y muestran su disgusto con enfados.
 - Tienen una dieta diferente, o exclusiva, con respecto a su familia.
- Esta “selectividad” para los alimentos preocupa a la familia e interfiere con la dinámica familiar.

EL “NIÑO QUE COME MAL”: ¿ES TAN FRECUENTE COMO DICEN?

Los trastornos de la conducta alimentaria en la infancia constituyen un amplio espectro, que oscila desde alteraciones leves, sin repercusión nutricional, hasta problemas graves, con malnutrición e incluso necesidad de alimentación entera^(2,3,9,10). Para la mayoría de los autores el *picky eater* es el extremo más leve, y también el más frecuente, de los trastornos de la alimentación^(11,12,13). Aunque no hay consenso en su definición, los diferentes trabajos publicados coinciden en considerar una serie de características para describir a estos niños (Tabla II)^(11,12).

Los estudios de prevalencia para el “niño mal comedor” se realizan a través de cuestionarios estandarizados. Diferentes trabajos internacionales reportan cifras del 10 al 50%, según el tipo de pregunta utilizada⁽¹²⁾. Su pico de frecuencia se sitúa entre los 18-24 meses de edad y comienza a declinar a partir de los 3-4 años^(11,13). En nuestro país algunos estudios refieren que a los 1-3 años de edad, un 21 % de los niños son “malos comedores habituales” y a los 3-6 años un 18,4 %^(14,15). Desde un punto de vista epidemiológico, esta selectividad alimentaria se ha relacionado con factores predisponentes y también con factores protectores (Tabla III)^(12,13).

¿POR QUÉ NO COME SI USTED ME DICE QUE TODO ESTÁ BIEN? (APRENDIZAJE DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA)

En la conducta alimentaria participan tanto la esfera consciente como la inconsciente⁽¹⁶⁾. Sin embargo, su apren-

TABLA III. FACTORES EPIDEMIOLÓGICAMENTE RELACIONADOS CON LA SELECTIVIDAD ALIMENTARIA (PICKY EATER) EN LA INFANCIA.

Factores predisponentes

- Ausencia o exclusividad prolongada de la lactancia materna.
- Inicio de la alimentación complementaria antes de los 6 meses.
- Introducción tardía de los masticables.
- Factores psicológicos/educativos:
 - presión para comer,
 - personalidad del cuidador (rasgos de ansiedad e intranquilidad),
 - prácticas alimentarias y estilos de control de los padres (gustos alimentarios restrictivos, estilos permisivos y negligentes).
- Factores sociales: mejor nivel social y baja paridad.

Factores protectores

- Presencia de hermanos.
- El estado de salud alimentario materno.

dizaje, que se desarrolla desde los primeros meses de vida hasta la edad escolar, es en gran parte inconsciente, lo que explica que, una vez establecidos, los hábitos alimentarios sean resistentes al cambio^(16,17,18). Además, en la conducta alimentaria y en su aprendizaje intervienen múltiples elementos (Tabla IV)⁽¹⁷⁾:

Mecanismos biológicos

Balance energético. Se regula a través de señales fisiológicas complejas (neurológicas y neuroendocrinas) que pueden inducir o parar el acto de comer. Sin embargo, el ser humano es capaz de anular este control, de modo que factores “no calóricos” (características de la comida disponible, su presentación, medio ambiente, o factores sociales) pueden influir para comer sin hambre, o a la inversa, no comer a pesar de tener hambre⁽¹⁶⁾.

Sistemas de recompensa. Son circuitos cerebrales que, en función de diferentes estímulos, influyen para que el individuo desarrolle conductas aprendidas como respuesta a hechos placenteros o de desagrado y como mecanismo de supervivencia. Las comidas energéticas y sabrosas mejoran el humor activando los citados circuitos. Aunque se esté alcanzando el nivel de saciedad, ante una oferta variada de alimentos, los sistemas de recompensa son capaces de mantener la ingesta. Esto puede ser una ventaja evolutiva para asegurar el consumo de nutrientes variados; pero en nuestros días podría estar relacionado con el riesgo de obesidad⁽¹⁶⁾. En relación con estos circuitos, las emociones

también pueden influir en la conducta alimentaria al condicionar patrones de respuesta frente a una emoción, o como respuesta a la ansiedad⁽¹⁷⁾. Es la “alimentación para calmar”, o “emocional”. Por ejemplo, ofrecer alimento como primera respuesta al llanto o a la inquietud, o como respuesta a un logro o conducta, puede crear una asociación del alimento con el consuelo, o con la alegría. Estos patrones de comer emocionalmente también se han relacionado con el riesgo de obesidad^(16,17).

Percepción de los alimentos (preferencias y aversiones). Ante una oferta dietética variada, las diferencias individuales al elegir los alimentos se originan principalmente en los primeros años de vida. Las aversiones se aprenden más rápidamente y desaparecen con más dificultad que los gustos, pudiendo persistir durante toda la vida. En general, se explican por variaciones personales (percepción, emoción y variantes culturales) frente a la experiencia con la comida⁽¹⁸⁾.

El reconocimiento de sabores y olores se inicia ya durante la etapa prenatal y durante los primeros meses de lactancia, tal como demuestran diferentes trabajos que comprueban una mayor aceptación de sabores en los bebés previamente expuestos a través de la dieta de la madre gestante, o que da el pecho⁽¹⁹⁾. La mayoría de los recién nacidos muestran agrado por el dulce y disgusto por lo amargo y lo ácido⁽²⁰⁾. También es frecuente el gusto por lo salado, que aparece también tempranamente (en torno a los 4 meses de edad)^(21,22). La capacidad para detectar el sabor amargo varía de unos individuos a otros⁽²²⁾. Esta variabilidad está marcada por cambios genéticos, de modo que algunos individuos (hasta un 30% de la población, según algunos estudios) son extremadamente sensibles al sabor amargo (“supercatadores”)⁽²¹⁾. Esta mayor sensibilidad puede influir en la aceptación de algunos alimentos, por ejemplo, menor consumo de vegetales de la familia de las crucíferas (coles, coliflor, brócoli, repollo); o por el contrario, mayor aceptación de otros alimentos como café, chocolate negro, té verde, o cítricos⁽²¹⁾.

La exposición temprana y repetida a un alimento favorece su aceptación. Los sabores amargo o picante a menudo se rechazan la primera vez. La aceptación aumenta con la reiteración, aunque puede no llegar a producirse. Hay experiencias en las que la exposición repetida mediante una técnica adecuada de un alimento previamente rechazado, favorece su aceptación^(18,21). La densidad energética del alimento es otro factor que influye en la tendencia a que una comida guste⁽²²⁾. Esta preferencia por sabores asociados con mayor densidad energética tiene un valor evolutivo para la supervivencia (en un medio ambiente determinado, ayuda a elegir los mejores alimentos)⁽²¹⁾. Incluso en grupos de alimentos que tienen baja densidad energética, como frutas y

vegetales, se prefieren aquellos que tienen más calorías por gramo; por ejemplo, las zanahorias y los guisantes sobre las espinacas y los calabacines⁽²³⁾.

Aunque hay una considerable variabilidad, también es típico evitar los alimentos que no has visto o probado antes (neofobia alimentaria). Esto es común en los omnívoros y se ha observado en diferentes especies y tiene una ventaja adaptativa (evitar los tóxicos de plantas o animales)⁽¹⁸⁾. Es normal que ante un alimento nuevo el niño muestre sorpresa inicialmente y apenas lo ingiera (que no hay que interpretar como rechazo o disgusto). Son necesarios pequeños contactos, reiterados, con un marco afectivo positivo, antes de aceptar una nueva comida⁽²⁴⁾. Esta neofobia es mínima durante el destete y rápidamente se incrementa a medida que el niño adquiere autonomía, alcanzando un pico entre los 2 y los 6 años de edad⁽¹⁸⁾. Se ha demostrado que los niños que estuvieron expuestos a más sabores durante la etapa lactante, aceptan mejor los nuevos alimentos, que aquellos que tuvieron menor contacto con distintos sabores^(17,22). La aceptación de un alimento nuevo se favorece si se presenta asociado con comida ya conocida (habitual) y previamente aceptada⁽¹⁷⁾. También influye el contexto social y cultural. Es frecuente que se acepte comida nueva si se ve consumirla a otras personas (facilitación social) sobre todo si son cercanos (familiares, o de la misma edad) y si la primera vez se ofrece en poca cantidad^(18,24). Las aversiones de los cuidadores también se pueden reflejar en los hijos, ya que esos alimentos se comprarán menos y se verán muestras de desagrado frente a ellos⁽¹⁸⁾. Los modos de condimentar, propios de cada gastronomía, influyen en la aceptación de nuevos alimentos, al modificar los sabores hacia gustos ya familiares (habituales)⁽¹⁷⁾. Incluso sabores que innatamente no gustan (p. ej., el chile) se aceptan si forman parte de la cocina de la cultura en la que crece el niño⁽¹⁸⁾.

Por último, mencionar que la experiencia individual con un alimento es capaz de invalidar cualquier predisposición innata⁽²¹⁾. Del mismo modo que se aprende a “gustar” alimentos con efectos nutricionales positivos, también se aprende a “no gustar” aquellos que poco tiempo tras su ingesta se acompañan de síntomas negativos (por ejemplo diarrea). Y esta asociación (sobre todo con el sabor, más que con la apariencia) puede persistir, aunque después se sepa que el alimento no causó la enfermedad.

Desarrollo individual del niño y aprendizaje alimentario

Durante la AC el lactante ha de conseguir unos logros y capacidades sensorio-motoras en su desarrollo psicomotor (Tabla I) que le permitan adaptarse a los nuevos alimentos

y formas de alimentarse^(5,25). Y, a su vez, la exposición y el acostumbamiento facilitan y educan el desarrollo de esas capacidades⁽⁹⁾. Hay periodos especiales en la vida del lactante y del niño durante los que la adquisición de una nueva función se realiza con mayor facilidad, son las llamadas “ventanas de oportunidad”. Por tanto, la edad en la que se introducen determinados alimentos influye en el ritmo de desarrollo^(13,18). También influye la repetición, ya que la práctica mejora las habilidades. Además, permitir que el niño participe activamente genera confianza, mejora su destreza y facilita la aceptación de los nuevos hábitos y costumbres⁽¹⁸⁾.

En el desarrollo del aprendizaje alimentario y de la capacidad para auto-alimentarse hay una serie de hitos que se consideran fundamentales^(25,26). Son la alimentación con cuchara, la masticación e ingestión de sólidos, el manejo de los alimentos por el propio lactante (con los dedos, o con la cuchara) y la capacidad para coger un vaso y beber. Iniciar el aprendizaje con textura lisa (p. ej., cereales) mediante cuchara contribuye a facilitar la desaparición de los reflejos de extrusión y de náusea característicos del lactante pequeño y también contribuye a mejorar la función oro-motora, lo cual, además, parece que puede influir en el desarrollo del lenguaje⁽²⁶⁾. Por el contrario, el hábito de dar los cereales en biberón interfiere con el aprendizaje de las habilidades orales y además conlleva una mayor carga calórica, ya que no permite al bebé expresar saciedad^(25,26). El aprendizaje de la masticación y deglución requiere una exposición gradual a los alimentos y a sus diferentes texturas de modo progresivo (de puré liso, a puré más consistente y después sólidos, inicialmente blandos, de fácil masticación) pero evitando las texturas mixtas (p. ej., triturado con trocitos) ya que este tipo de mezclas suelen provocar rechazo si se presentan tempranamente (requieren habilidades motoras y sensoriales más complejas)⁽²⁶⁾. Para el manejo de nutrientes sólidos es importante fomentar la capacidad de lateralizar la lengua (lleva a los alimentos hasta los dientes para su masticación) permitiendo al lactante motoramente maduro que manipule y muerda objetos/alimentos romos, blandos y alargados⁽²⁶⁾.

La introducción tardía de alimentos con textura también puede ser la causa de dificultades orosensoriales⁽²⁶⁾. Algunos estudios señalan que el periodo ventana para los triturados se sitúa en torno a los 7 meses de edad, y que la introducción de alimentos grumosos más allá de los 9 meses de edad se asocia con una dieta más monótona y con más dificultades de alimentación^(5,27,28). También es conveniente, desde las primeras etapas de diversificación, presentar pequeñas muestras de alimentos por separado, permitiendo al niño saborearlos uno por uno^(25,26). Varios estudios muestran cómo permitir que el niño tome contacto directamente con la tex-

tura y apariencia de los alimentos, en lugar de presentarlos siempre como papillas elaboradas, favorece la aceptación y la predilección hacia los grupos de alimentos más saludables⁽²⁹⁾. Así, por ejemplo, influye el color (se prefieren los vegetales naranjas frente a los verdes) y la presentación (se aceptan mejor comidas en las que se identifiquen los diferentes alimentos que están en el plato, frente a presentárselos mezclados, o con salsa)^(13,29). Con respecto a las veces que hay que insistir con un nuevo alimento, señalar que en el primer año de vida es cuando menor número de exposiciones se necesitan para conseguir la aceptación⁽¹³⁾.

En la conducta alimentaria además de las habilidades oro-sensorio-motoras, intervienen las capacidades cognitivas sobre la comida (por ejemplo, representación mental y categorización de los alimentos)⁽¹³⁾. Estas capacidades se desarrollan principalmente a partir de los dos años de edad. Por debajo de los 2 años, el niño depende del adulto para su alimentación y no discrimina bien entre lo que es alimento y lo que no. Para saber lo que es comida actúan por observación de lo que hacen los otros, más que por las características perceptivas del objeto (siendo el color, más que la forma, la característica perceptiva más importante)⁽¹³⁾.

Interacción cuidadores/padres-niño

En los primeros meses, en general el bebé es alimentado “a demanda”. A partir del 6º mes de vida, con la diversificación alimentaria, aparecen nuevos alimentos y la madre, o cuidador, adquieren un papel más activo, ya que decide sobre los alimentos, el modo de presentarlos y la cantidad por toma. El cuidador debe saber interpretar las señales de hambre y saciedad del niño^(17,30). Las emociones de la madre se transmiten al lactante; la tranquilidad permite manejar mejor las situaciones, la ansiedad genera inquietud. El temperamento del niño también influye en las estrategias de alimentación de los padres⁽¹⁸⁾; es más probable, por ejemplo, que el niño “difícil” tenga problemas de alimentación (el que llora más es menos probable que tenga lactancia materna exclusiva y se le ofrece fórmula y alimentación complementaria antes). Algunos estudios han correlacionado la timidez del niño con un incremento de neofobia a la comida⁽¹⁸⁾.

El estilo, o modelo educativo de los padres es un determinante de la conducta alimentaria de sus hijos^(17,18). Se han definido cuatro estilos: responsable (o asertivo), autoritario, permisivo y negligente. El tipo responsable (alto nivel de control, fijan límites, pero son sensibles, afectivos y no usan castigos, o imposiciones) favorece el desarrollo del autocontrol alimentario del niño y es un factor protector para hábitos obesogénicos, por ejemplo, comer como consuelo emocional, o comer sin hambre (disciplinadamente,

TABLA IV. FACTORES, O ELEMENTOS QUE INTERVIENEN EN LA CONDUCTA ALIMENTARIA Y EN SU APRENDIZAJE.

1. Mecanismos biológicos	<ul style="list-style-type: none"> • Control del balance energético. • Circuitos de recompensa y emociones. • Percepción de los alimentos (preferencias y aversiones)
2. Desarrollo individual del niño	<ul style="list-style-type: none"> • Desarrollo psicomotor y capacidades sensorio-motoras. • Capacidades cognitivas.
3. Interacción padres-niño	<ul style="list-style-type: none"> • Temperamento y clima emocional. • Estilos educativos. • Oposicionismo.
4. Influencias culturales-sociales	<ul style="list-style-type: none"> • Facilitación social. • Pautas culturales. • Papel de la familia.
5. Dificultades oro-sensoriales	<ul style="list-style-type: none"> • Situaciones que originan una respuesta sensorial exagerada (por ejemplo, tras un evento traumático como un atragantamiento o la ingesta de leche caliente). • Circunstancias que afecten al neurodesarrollo (tono muscular, habilidades motoras, reflejos orales, habilidades comunicativas). • Por dolor y malestar relacionados con el proceso de alimentación, bien por motivos respiratorios (esfuerzo cardiorespiratorio), o digestivos (RGE, alergia alimentaria, malformaciones digestivas y orofaríngeas).

Modificado de Birch LL, Doub AE, 2014.

por “obligatoriedad”). Los otros estilos, bien por su control demasiado estricto, o por utilizar estrategias de alimentación intrusiva (inducción a comer, terminar el plato, alimentación forzada), o por lo contrario (poca exigencia, sin normas claras) interfieren con el aprendizaje, siendo menos probable que el niño adquiriera un comportamiento maduro y es más probable que siga una dieta más monótona e insana favorecedora de la adiposidad^(17,18,31).

Oposicionismo. Entre el año y los 3 años de edad el niño muestra una actitud global negativa, de desafío hacia la figura de autoridad y hacia las diferentes propuestas ofrecidas^(9,17). Coincide con el periodo en el que la velocidad de crecimiento disminuye, por lo que se reducen las necesidades nutricionales^(4,6). Es normal que en esta etapa se ingiera menos cantidad de alimento. También es habitual que, aunque la ingesta total diaria de energía sea más o menos estable para cada niño, se produzca una gran variabilidad en la cantidad de alimento que toman de una comida a otra. Si el niño recibe una oferta dietética variada, estructurada (horario, rutinas) sin presiones, ni obligaciones de cantidades a comer, aprenderá a autorregular su ingesta diaria e irá consolidando sus hábitos alimentarios⁽⁹⁾. Hay que evitar el conflicto (la presión para comer genera ansiedad y crea rechazo), los “miedos” (si no come no crecerá y enfermará) y las pautas “fáciles” (por ejemplo, distraer al niño para que coma, permitir que coma lo que quiera, o darle entre comidas) que no solucionan el problema y entorpecen la estructuración del autocontrol^(9,13).

Influencias culturales y sociales

El término “alimentar” hace referencia a la interacción entre el niño y la persona que le da de comer⁽⁹⁾. Aunque hay recomendaciones técnicas o científicas sobre alimentación, las madres basan sus decisiones sobre la comida de sus hijos en diferentes aspectos, que incluyen sus experiencias previas, la idea preconcebida sobre lo que el cuerpo de su hijo necesita, las demandas familiares, las circunstancias sociales y sus creencias culturales^(17,28,32).

Papel de la familia. Los niños aprenden por observación, imitación, exploración y repetición. Comer es uno de las actividades humanas más sociales. Hay estudios que muestran cómo la cantidad de alimentos que se ingiere y la rapidez con que se hace está influida por el grupo, de modo que se come menos y más despacio cuando se hace socialmente⁽³¹⁾. Los padres son quienes compran la comida, la cocinan, preparan la mesa y marcan unas rutinas (horario, lavarse las manos, sentarse a la mesa, uso de cubiertos, etc.). La familia es el principal modelo de dieta y conducta alimentaria⁽³³⁾.

Dificultades oro-sensoriales

Algunos casos de selectividad alimentaria pueden tener su origen en problemas sensorio-motores no identificados que transforman el proceso de alimentarse en algo difícil y doloroso (Tabla V)⁽²⁶⁾. Por tanto, en la valoración de los lactantes y niños pequeños con rechazo o selectividad alimentaria, además de los aspectos habituales (salud/enfermedad, repercusión nutricional) hay que considerar si el desarrollo

TABLA V. VENTAJAS E INCONVENIENTES DEL *BABY LEAD WEANING* (BLW) CON RESPECTO A LA ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA CONVENCIONAL.

Ventajas	Inconvenientes
<ul style="list-style-type: none"> • Defiende la lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses. • Favorece la autonomía del niño. • Se participa en la comida familiar. • Estimula la masticación. • Autorregulación de las cantidades que se ingieren (¿menor riesgo de sobrealimentación y de obesidad?). • ¿Fomenta una mayor aceptación de los alimentos (texturas y sabores) y favorece el consumo de alimentos más sanos? 	<ul style="list-style-type: none"> • Riesgo de atragantamiento. • Posibilidad de afectación nutricional: menor cantidad y variedad de comida (por ejemplo, riesgo de ferropenia).

de las capacidades oro-sensoriales es adecuado y también si hay dificultades oro-sensoriales^(2,10).

¿PODEMOS CONSEGUIR QUE LA MAYORÍA DE LOS NIÑOS COMAN BIEN? LA IMPORTANCIA DE UN BUEN COMIENZO

La diversificación alimentaria cumple un importante papel en el aprendizaje alimentario del niño. Es importante la edad de inicio, menos la secuencia concreta de alimentos a introducir. Son más trascendentales otros aspectos como el marco físico-afectivo, o las normas a establecer, permitiendo la autorregulación del bebé y el desarrollo de las habilidades relacionadas con la alimentación, o capacidad para autoalimentarse⁽¹⁷⁾. Estos aspectos que afectan al aprendizaje alimentario se deberían tener en cuenta para incorporarlos en las orientaciones que ofrecemos para la alimentación en los primeros años de vida (Anexos 1-3)^(1,3,7,10,34). La conducta alimentaria se forja en los primeros años de vida, siendo los dos primeros años de vida un periodo crítico para determinar los patrones de ingesta, los hábitos y las preferencias alimentarias⁽⁸⁾. Establecer unas buenas pautas en estos años puede ser la intervención más eficaz tanto para disminuir el número de niños con problemas de alimentación (rechazo, selectividad alimentaria) como para prevenir la actual epidemia de sobrepeso-obesidad en el mundo desarrollado⁽³⁰⁾.

En los últimos años, ha ganado popularidad una nueva práctica de diversificación alimentaria. Es la llamada alimentación complementaria dirigida por el bebé, o *baby led weaning* (BLW), en la literatura anglosajona⁽³⁵⁾. Con respecto a la alimentación complementaria tradicional, el BLW podría aportar algunas ventajas, pero también son posibles algunos inconvenientes (Tabla V)^(35,36). Aunque se han publicado múltiples trabajos para evaluar la idoneidad de este método, aún

no hay evidencias firmes al respecto, que permitan avalar su recomendación en diferentes poblaciones e independientemente de su contexto socio-cultural⁽³⁷⁾. Un dato importante es tener en cuenta el grado de desarrollo psicomotor, ya que estudios recientes apuntan que entre los 6-8 meses hasta un 20% de niños pueden aún no haber alcanzado la madurez suficiente como para comer por sí solos⁽³⁸⁾. También conviene vigilar la posibilidad de afectación nutricional. No obstante, algunos de los aspectos que forman parte de este nuevo modelo de diversificación alimentaria (permitir la autorregulación del bebé, incorporar al niño a las comidas familiares y ofrecer alimentos con texturas que pueda manipular el lactante en cuanto este alcanza un desarrollo adecuado) puede ser beneficiosos para el aprendizaje de la conducta alimentaria.

ANEXOS

Consejos y recomendaciones en alimentación infantil para los primeros años de vida. (Resumen de las diferentes orientaciones, o pautas, que se aconsejan en los trabajos de Fewtrell M et al, 2017; Phalen JA, 2013; Bras i Marquillas, 2015; Green RJ et al, 2015; Kerzner B et al, 2015 y Silverman AH, 2015).

BIBLIOGRAFÍA

1. Phalen JA. Managing feeding problems and feeding disorders. *Pediatr Rev.* 2013; 34: 549-57.
2. Rybak A. Organic and Nonorganic Feeding Disorders. *Ann Nutr Metab.* 2015; 66(suppl 5): 16-22.
3. Green RJ, Samy G, Miqdady MS, Salah M, Sleiman R, Abdelrahman HM, et al. How to improve eating behaviour during early childhood. *Pediatr Gastroenterol Hepatol Nutr.* 2015; 18: 1-9.

ANEXO 1. GUÍA GENERAL.

- Recomendar y fomentar la lactancia materna exclusiva los primeros 6 meses de vida.
- Para decidir el momento de inicio de la alimentación complementaria (AC) hay que tener en cuenta no solo datos nutricionales, también hay que respetar el entorno individual del niño y el ritmo de desarrollo de la capacidad para alimentarse. No iniciar la AC antes de los 4 meses. La edad más adecuada es a partir de los 6 meses de edad.
- El orden de introducción no es un dogma, pero es bueno orientar a la madre con una pauta concreta.
- Mantener un aporte equilibrado. Los alimentos deben prepararse y ofrecerse de forma adecuada a las necesidades y desarrollo del niño, sin un esquema único de introducción y preservando siempre el aporte de leche.
- Introducir los alimentos de cada grupo individualmente y con paciencia, permitiendo que el niño se adapte a nuevos sabores y texturas.
- Respetar el apetito del bebé y sus habilidades oro-motoras. La recomendación más habitual en nuestro medio es comenzar por triturados lisos primero, espesos después y más tarde trozos pequeños. El aprendizaje de la cuchara mejora la función oro-motora. Se pueden ofrecer alimentos sólidos adaptados a la edad y al ritmo de desarrollo del bebé entre los 6-8 meses de edad, inicialmente como aditamento de la dieta, después de un modo más importante, en función del desarrollo de las diferentes capacidades.
- Procurar una alimentación variada de acuerdo con las recomendaciones nutricionales de una dieta sana (aporte calórico equilibrado, limitar/mejorar el aporte de grasas, evitar el exceso de proteínas, consumir fruta, verdura, pescado y cereales, etc.).
- **Comer en familia siempre que sea posible.**

4. Perdomo Giraldo M, De Miguel Durán F. Alimentación complementaria en el lactante. *Pediatr Integral*. 2015; XIX: 260-7.
5. 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.
6. Moreno Villares JM, Galiano Segovia MJ. Alimentación del niño preescolar, escolar y del adolescente. *Pediatr Integral*. 2015; XIX: 268-76.
7. Cunha AJ, Leite ÁJ, Almeida IS. The pediatrician's role in the first thousand days of the child: the pursuit of healthy nutrition and development. *J Pediatr (Rio J)*. 2015; 91(6 Suppl 1): S44-51.
8. Vitoria JC. Alimentación en los primeros 1000 días de vida. Documentos de la Asociación Vasca de Pediatría de Atención Primaria. Octubre, 2014. Disponible en: <http://www.avpap.org/documentos/gipuzkoa14/alimentacion1000.pdf> [Consultado el 10/04/2016].
9. Bras i Marquillas J. El niño mal comedor. *Pediatr Integral*. 2015; XIX: 277-88.

ANEXO 2. PARA EL PEDIATRA: "VALORAR Y EDUCAR"

- Alimentación infantil: "tan importante es el árbol como el bosque".
- El término "alimentar" hace referencia a la interacción entre el niño y la persona que le da de comer. No solo hay que prestar atención a la nutrición, también al elemento relacional e interactivo de la alimentación.
- "Cuidar al cuidador" (en general, la madre). Conocer su medio socio-cultural y sus preocupaciones. Prestar atención a la ansiedad familiar por la alimentación.
- Dar pautas sencillas, no solo del orden de alimentos a introducir, también de los modos (es más importante el "cómo" que el "qué").
- Corregir posibles errores sin descalificar y fomentando la imprescindible confianza de madre y familia, que son las que alimentan.
- Ser flexible. Evitar rigideces (en horarios, en mililitros, en ganancia ponderal, etc.) y alarmismos ante las consultas por problemas de alimentación.
- Evitar fármacos (estimulantes del apetito) y sustitutivos (polivitamínicos) y centrarse en conseguir una buena educación alimentaria.

10. Kerzner B, Milano K, MacLean WC Jr, Berall G, Stuart S, Cha-
toor I. A practical approach to classifying and managing feeding
difficulties. *Pediatrics*. 2015; 135: 344-53.
11. Cardona Cano S, Tiemeier H, Van Hoeken D, Tharner A, Jaddoe
VW, Hofman A, et al. Trajectories of picky eating during child-
hood: a general population study. *Int J Eat Disord*. 2015; 48:
570-9.
12. Taylor CM, Wernimont SM, Northstone K, Emmett PM. Picky/
fussy eating in children: Review of definitions, assessment,
prevalence and dietary intakes. *Appetite*. 2015; 95: 349-59.
13. Lafratre J, Rioux C, Giboreau A, Picard D. Food rejections in
children: Cognitive and social/environmental factors involved
in food neophobia and picky/fussy eating behavior. *Appetite*.
2016; 96: 347e357.
14. I Estudio Pediasure sobre niños mal comedores y hábitos de
nutrición infantil desde la perspectiva de los padres, estudio
nacional. Octubre 2009. Observatorio de la Nutrición Infantil
Abbott. Disponible en: [http://es.slideshare.net/FACTUAL/
resultados-2009-observatorio-nutricin-infantil](http://es.slideshare.net/FACTUAL/resultados-2009-observatorio-nutricin-infantil) [Consultado el
12/04/2016].
15. Oliveros Leal L, Paúl Salto RR, Torres Cardona L, Williams JA,
Marriage BJ, Ruiz Debeza R, et al. Dietary habits and nutrient
intakes of a cohort of healthy children in Spain. *The Open
Nutrition Journal*. 2012; 6: 123-130.
16. Köster EP. Diversity in the determinants of food choice: A
psychological perspective. *Food Quality and Preference*. 2009;
20: 70-82.
17. Birch LL, Doub AE. Learning to eat: birth to age 2 y. *Am J Clin
Nutr*. 2014; 99: 723S-8S.
18. Gahagan S. The development of eating behavior-biology and
context. *J Dev Behav Pediatr*. 2012; 33: 261-271.

ANEXO 3. PARA LOS PADRES: "QUÉ, CÓMO, CUÁNDO".

- La leche materna es el mejor alimento para el bebé. No necesita otros alimentos, en general, hasta cumplir los 6 meses de vida.
- A partir de los 6 meses, junto con el aporte lácteo, se irán introduciendo poco a poco nuevos alimentos y formas de administrarlos.
- El orden de introducción es una guía que ha de adaptarse a cada niño/a. Es importante que sea escalonado y dejando pasar varios días entre cada novedad y entre los diferentes grupos de alimentos nuevos.
- No interpretar como permanente un rechazo inicial a un nuevo alimento. Ser persistente y continuar sin presión, ofreciendo al niño los nuevos alimentos (pueden ser necesarias hasta 10-15 exposiciones para conseguir la aceptación). La exposición regular y gradual a los alimentos favorece su tolerancia y aceptación.
- No prefijar una cantidad de comida predeterminada como la que se tiene que tomar, pase lo que pase. La cantidad que necesita es variable de unos niños a otros y según las circunstancias. Respetar los signos de saciedad y permitir la autorregulación. Los padres deciden dónde, cuándo y qué come el niño. El niño decide cuánto come.
- El ritmo de crecimiento cambia con el tiempo y principalmente a partir del primer año es más pausado, por lo que se necesita menos cantidad de alimento. Son normales las variaciones de unos niños a otros. El mismo niño también es normal que tenga cambios de unos días a otros y sobre todo en el transcurso de las frecuentes infecciones banales de los primeros años.
- Esta etapa de introducción de nuevos alimentos es el momento apropiado para que el bebé aprenda las habilidades relacionadas con la alimentación. Hay que respetar su ritmo de desarrollo y permitir cierta autonomía para favorecer el desarrollo de esas habilidades que le permitirán alcanzar la capacidad para alimentarse de un modo independiente. Tolerar un cierto desorden apropiado para su edad (p. ej. no molestar al niño limpiándole después de cada bocado).
- Se recomienda ofrecer los alimentos en forma de purés o papillas e ir modificando poco a poco la consistencia de espesa a grumosa y finalmente sólida, para estimular la masticación. Ofrecer cereales con cuchara ayuda a mejorar las habilidades para la alimentación. No hay que añadirlos al biberón, excepto por razones médicas.
- Permitir manipular alimentos sólidos apropiados con sus propias manos a partir de los 6-8 meses (preferentemente 8 meses). Evitar los que pueden ocasionar atragantamiento (frutos secos, aceitunas, etc.).
- Comer en familia (sobre todo a partir del año). Se estimula la inquietud por la comida, se da ejemplo y el acto de comer es más agradable.
- Establecer rutinas:
 - Lugar: zona de la casa tranquila (cocina), sin distracciones ni ruidos. Utilizar una silla (trona) para aproximar al niño a la mesa. Mantener al niño sentado en la trona durante la comida.
 - Tiempo: establecer el horario de sus tomas, con cierta flexibilidad al inicio. Espaciar las comidas 3-4 horas. No ofrecer alimentos entre horas. Las comidas no deben durar más de 30-35 minutos.
 - Menú: seleccionar una dieta variada y sana. No permitir el capricho. No elije el niño. Servir raciones apropiadas a su edad y ritmo de crecimiento.
- Cuidar el "ambiente emocional":
 - Ser paciente con el ritmo de adquisición de los nuevos logros.
 - Ante las situaciones negativas (no come, no le gusta, se porta mal) mantener una actitud neutra. Evitar enfadarse, no mostrar el enfado.
 - Una conducta muy controladora o exigente de los padres impide que el niño aprenda a autorregularse.
 - Evitar distracciones (pantallas). No utilizar juguetes.
 - Aplaudir, felicitar la ingesta de nuevos alimentos con elogios. No utilizar los alimentos como premios por el buen comportamiento.

19. Cooke L, Fildes A. The impact of flavour exposure in utero and during milk feeding on food acceptance at weaning and beyond. *Appetite*. 2011; 57: 808-11.
20. Ventura AK, Mennella JA. Innate and learned preferences for sweet taste during childhood. *Curr Opin Clin Nutr Metab Care*. 2011; 14: 379-84.
21. Wardle J, Cooke LJ. One man's meat is another man's poison. *EMBO reports*. 2010; 11: 816-21.
22. Wardle J, Cooke L. Genetic and environmental determinants of children's food preferences. *Br J Nutr*. 2008; 99(Suppl 1): S15-21.
23. Gibson EL, Wardle J. Energy density predicts preferences for fruit and vegetables in 4-year-old children. *Appetite*. 2003; 41: 97-8.
24. Birch LL, Fisher JO. Development of eating behaviors among children and adolescents. *Pediatrics*. 1998; 101: 539-49.
25. Duryea TK. Introducing solid foods and vitamin and mineral supplementation during infancy. Topic 2855 Version 39.0. UpToDate. 2016. Disponible en: <http://www.uptodate.com>. Consultado el 17/04/2016.
26. Beaudry Bellefeuille I. El rechazo a alimentarse y la selectividad alimentaria en el niño menor de 3 años: una compleja combinación de factores médicos, sensoriomotores y conductuales. *Acta Pediatr Esp*. 2014; 72: 92-7.
27. Northstone K, Emmett P, Nethersole F; 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 Diet*. 2001; 14: 43-54.
28. 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: 75-85.
29. Townsend E, Pitchford NJ. Baby knows best? The impact of weaning style on food preferences and body mass index in early childhood in a case-controlled sample. *BMJ Open.* 2012; 2: e000298.
 30. Dattilo AM, Birch L, Krebs NF, Lake A, Taveras EM, Saavedra JM. Need for Early Interventions in the Prevention of Pediatric Overweight: A Review and Upcoming Directions. *J Obes.* 2012; 2012: 123023.
 31. Hubbs-Tait L, Dickin KL, Sigman-Grant M, Jahns L, Mobley AR. Relation of parenting styles, feeding styles and feeding practices to child overweight and obesity. Direct and moderated effects. *Appetite.* 2013; 71: 126-36.
 32. Pak-Gorstein S, Haq A, Graham E.A. Cultural Influences on infant feeding practices. *Pediatr Rev.* 2009; 30: e11-21.
 33. Moreno Villares JM, Galiano Segovia MJ. La comida en familia: algo más que comer juntos. *Acta Pediatr Esp.* 2006; 64: 554-8.
 34. Silverman AH. Behavioral management of feeding disorders of childhood. *Ann Nutr Metab.* 2015; 66(Suppl 5): 33-42.
 35. Espín Jaime B, Martínez Rubio A. El paso de la teta a la mesa sin guión escrito. Baby led weaning: ¿ventajas?, ¿riesgos? En: AEPap (ed.). *Curso de Actualización Pediatría 2016.* Madrid: Lúa Ediciones 3.0; 2016. p. 59-66.
 36. Moreno Villares JM, Galiano Segovia MJ, Dalmau Serra J. Alimentación complementaria dirigida por el bebé («baby-led weaning»). ¿Es una aproximación válida a la introducción de nuevos alimentos en el lactante? *Acta Pediatr Esp.* 2013; 71: 99-103.
 37. Brown A, Jones SW, Rowan H. Baby-Led Weaning: The Evidence to Date. *Curr Nutr Rep.* 2017; 6: 148-56.
 38. 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): 51-6.