

Alteraciones de la conducta alimentaria en lactantes chilenos, de acuerdo a estrato socioeconómico

Susana Sánchez, Carlos Castillo D.

Instituto de Nutrición y Tecnología de los Alimentos (INTA), Universidad de Chile y Departamento de Pediatría, Facultad de Medicina, Campus Centro, Universidad de Chile, Chile

RESUMEN. Las alteraciones de la conducta alimentaria son frecuentes en niños; pero se conocen poco sus características en niños/as Latinoamericanos y sus diferencias por estrato socioeconómico (ESE). El objetivo fue caracterizar las alteraciones de la conducta alimentaria (ACA) en lactantes chilenos según ESE bajo (ESEB) o medio alto (ESEMA). Se estudiaron prospectivamente 67 niños/as(as) (4-24 m) de Santiago, Chile; el grupo estudio (GE) lo constituyeron 34 niños/as(as) consultando por signos de ACA, de los cuales 18 fueron de ESEB y 16 de ESEMA; el grupo control (GC) se constituyó por 33 niños/as(as) sin ACA, pareados por edad, sexo y ESE con el GE, (15 niños/as de ESEB y 18 de ESEMA). Se aplicó una encuesta semiestructurada a la madre o cuidador. Como resultados, el GE tuvo menor puntaje z peso/edad (z P/E) en ambos ESE (GE: $-0,9 \pm 1,0$; GC: $+0,5 \pm 0,9$; $p=0,0001$); en el ESEB fue menor la talla/edad (z T/E) del GE (GE $-1,0 \pm 1,0$ vs GC $-0,3 \pm 0,8$; $p=0,01$) y el peso de nacimiento (PN) (GE= $3,1 \pm 0,5$ kg; GC= $3,6 \pm 0,4$ kg; $p=0,001$). En el ESEMA, en el GE hubo más niños/as con lactancia materna exclusiva (LME) ≤ 4 m y las madres trabajaban más horas diarias que en el GC ($7,6 \pm 4,1$ vs $5,4 \pm 1,8$ h/día; $p=0,007$). Como conclusiones: los lactantes con alteraciones de la conducta alimentaria tuvieron menor z P/E y z P/T (independiente del estrato socioeconómico). En el estrato socioeconómico bajo ellos presentaron menor peso de nacimiento y menor puntaje z T/E que los controles. En los estratos socioeconómicos medio-altos fueron más los niños/as con alteraciones de la conducta alimentaria que presentaban lactancia materna abreviada y sus madres trabajaban más horas fuera del hogar, que los controles.

Palabras clave: Conducta alimentaria, niños/as, estrato socioeconómico.

INTRODUCCION

Los múltiples aspectos relacionados con el desarrollo de la conducta alimentaria están fuertemente moldeados por el aprendizaje y las experiencias tempranas del niño/a. Durante los primeros años de vida, padres e hijos comparten el control de la alimentación y es el único período en el desarrollo del niño/a en que la ingestión de alimentos responde a un estado fisiológico de depleción: el hambre (1). La transición de la succión a la alimentación sólida requiere notables cambios en

SUMMARY. Eating behavior disorders in Chilean infants, according to socioeconomic level. The eating behavior disorders in infants (EDI) are frequently diagnosed in children; however, information about their characteristics or differences by socioeconomic level (SL) in Chile and Latin America, are missing. The objective was to characterize the urban Chilean infants with EDI, according to socioeconomic level. Sixty seven children were studied (4-24 months of age). The study group (SG) was constituted by 34 children attending clinics because of EDI: 18 belonged to low SL (LSL) and 16 to middle or high income groups (MHSL). Thirty three without EDI served as controls (CG), and were paired by age, gender and SL with SG (15 of them belonged to LSL and 18 to MHSL). A semi structured survey was applied to parents or caretakers. Children from LSL were studied at Primary Health Care Centers and those from MHSL at private clinics. The results showed: the mean weight/age z -score (W/A) was lower in the SG especially in LSL (SG: $-0,9 \pm 1,0$; CG: $0,5 \pm 0,9$; $p=0,0001$), the height/age z -score (z H/A) in SG was: $-1,0 \pm 1,0$ and in CG was: $-0,3 \pm 0,8$; $p=0,01$ and the birth weight was SG= $3,1 \pm 0,5$ kg; CG= $3,6 \pm 0,4$ kg; ($p=0,001$), were lower only for the SG of LSL. In the MHSL, exclusive breast feeding ≤ 4 m was more frequent in the SG than the CG and the mothers worked more hours daily outside of their homes ($7,6 \pm 4,1$ vs $5,4 \pm 1,8$ h/d; $p=0,007$). As conclusions, the Chilean infants with eating behavior disorders had lower z W/A and lower z W/L than those with no EDI, independent of socioeconomic level. The infants of LSL with EDI also had lower z H/A and also lower birth weight than controls. In the medium-high socioeconomic level, those with eating disorders presented shorter breast feeding (≤ 4 m) and their mothers worked more hours daily outside of their homes, than those without eating disorders.

Key words: Eating behavior, children, socioeconomic level.

la conducta alimentaria de los primeros años de vida (2). Los lactantes presentan a menudo neofobia” (temor a lo nuevo) (3), rechazando alimentos no conocidos, coincidente con la incorporación de alimentos diferentes a la leche. Sólo la preferencia por el sabor dulce y el rechazo del gusto amargo tendrían una base genética y no aprendida (4,5), pero otras preferencias o rechazos dependen de las experiencias iniciales con ellos.

Lo más frecuente es que los problemas de alimentación comiencen en el primer año de vida. Estos problemas

alimentarios frecuentemente se asocian a retraso del crecimiento (6-8) y se manifiestan como: rechazo al alimento, cólicos y vómitos. Además, estos problemas de rechazo de la alimentación que aparecen en etapas tempranas de la niñez pueden persistir en la infancia tardía (9,10).

El concepto usado hasta hace pocos años de «fracaso en el crecimiento» (failure to thrive), involucraba un rechazo a la alimentación y compromiso de parámetros de crecimiento y desarrollo (11,12); se sugería además que eventos perinatales que suponen un estrés para la madre predispondrían a su aparición por alteración de la relación madre e hijo (12). Parece más adecuado actualmente el término alteraciones de la conducta alimentaria en la infancia.

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, DSM-IV (13) distingue, junto a la pica y trastornos por rumiación, la entidad clínica “alteraciones de la ingestión alimentaria de la infancia o la niñez” y sus criterios diagnósticos son: manifestaciones de rechazo alimentario por más de 1 mes, ausencia de enfermedad que explique la conducta, inicio anterior a los 6 años de edad, trastorno no explicado por otro de tipo de enfermedad mental y eventualmente retraso en el crecimiento.

Chile, al igual que otros países Latinoamericanos, están teniendo cambios muy intensos en su organización, especialmente en ambientes urbanos. Esto incluye entre otros una mejoría en los niveles de educación de los adultos jóvenes (padres), una salida al mundo laboral de las madres, una disminución en el número de hijos en cada familia. Se manifiestan estos cambios además con diferencias por estratos socioeconómicos, donde las familias más pobres presentan mayor proporción de madres al cuidado de sus hijos, mayor duración de la lactancia materna, menor frecuencia de trabajo materno fuera del hogar (14).

Los trastornos tempranos de la conducta alimentaria han sido poco estudiados y los estudios existentes no han analizado posibles diferencias según estrato socioeconómico. Por ello este estudio tuvo el objetivo de caracterizar los desórdenes de la conducta alimentaria en lactantes chilenos según estrato socioeconómico.

MATERIAL Y METODOS

En un estudio observacional, descriptivo y analítico, se evaluó prospectivamente una muestra de 67 lactantes de 4 a 24 meses de edad. Se seleccionaron dos con la colaboración de médicos generales o pediatras no especializados en nutrición, de centros de salud del sistema público de Salud y de consultas médicas o clínicas pediátricas privadas en zonas urbanas de Santiago, Chile, en 2006. Basados en la asociación entre lactancia artificial y trastornos de la conducta alimentaria (15), el tamaño muestral se calculó previamente considerando un error alfa de 0,05 y un poder de 80%, como para encontrar

diferencias entre el grupo Estudio y Control, con una frecuencia de lactancia artificial a los 4 meses de al menos 70% en el grupo Estudio y de 30% en el Grupo Control. Se requerían al menos 28 niños/as por grupo.

El grupo estudio (GE) incluyó a 34 niños/as cuyos padres o cuidadores consultaron espontáneamente por uno o más signos de alteraciones de la conducta alimentaria (ACA), de acuerdo con el DSM-IV (13): arroja la comida, cierra la boca al alimentarlo, presenta vómitos con la alimentación, no se come todo lo ofrecido, demora más de 30 minutos en las alimentaciones sólidas; además con una evolución igual o mayor a 1 mes y sin patología orgánica conocida. Dieciocho lactantes pertenecían al estrato socioeconómico bajo (ESEB), diagnosticados en centros de atención primaria de Santiago, Chile y 16 al estrato socioeconómico medio-alto (ESEMA), diagnosticados en consultas privadas; tanto en el servicio público como en el privado fueron considerados los mismos criterios de inclusión antes descritos. Del total, 12 (35,3 %) fueron varones y 22 (64,7 %) niñas.

El grupo control (GC) estuvo constituido por 33 niños/as sanos sin trastornos de la conducta alimentaria que acudieron para control rutinario en los mismos servicios de salud o consultas privadas que los del GE, pareados con el GE por edad, sexo y ESE; 18 de ellos eran de ESEB y 15 de ESEMA. Diecinueve (57,6 %) fueron niños/as y 14 (42,4 %) niñas. No hubo diferencia significativa en cuanto al sexo (χ^2 , $p=0,06$).

Para la recolección de datos previo consentimiento escrito e informado, se aplicó a los padres o cuidadores tanto del GE como del GC, una encuesta semiestructurada (preguntas abiertas relacionadas con las alteraciones de conducta alimentaria y preguntas estructuradas para los restantes datos) elaborada por los autores en base a variables investigadas en los escasos estudios previos existentes.

Además de las ACA, se registró el peso (g) y la talla (cm) del niño/a medidos de manera estandarizadas principalmente por los autores y en algunos casos complementariamente por médicos personal previamente entrenados. La evaluación nutricional fue realizada con los estándares del CDC-NCHS (Center for Disease Control, National Center of Health Statistics) (16) por puntaje z Peso/Edad (zP/E), Peso/Talla (ZP/T) y Talla/Edad (zT/E). Se consideró como desnutridos a aquellos niños con un puntaje z P/E o z P/T < -2, como riesgo de desnutrir a aquellos con z P/E o z P/T entre -1 y -2, como eutróficos los con z P/E entre -1 y +1 y con sobrepeso a los con z P/E o P/T > +1. Los niños/as con peso de nacimiento (PN) < 2.500 g y nacidos pre-término fueron evaluados por edad corregida hasta el año de vida y aquellos con menos de 1.500 g hasta los dos años de vida.

También se registraron datos sobre lactancia materna, lactancia artificial y edad de introducción de sólidos, al igual que el tipo de familia, datos de los padres actitudes y prácticas con respecto a la alimentación.

El componente de la encuesta referente a las ACA, se aplicó únicamente a aquellos niños/as que cumplieron con los criterios antes mencionados para el GE e incluyó actitudes más frecuentes por parte de los niños/as al momento de la alimentación que los padres o cuidador debía señalar como más frecuentes, así como también la posibilidad abierta de otras opciones en cuanto a cómo ellos describían el problema durante la alimentación.

La categorización de los grupos por estrato socioeconómico (ESE) se realizó de acuerdo a la encuesta de Alvarez et al (17) y de la encuesta CASEN (18), considerando en especial ingreso mensual por cada miembro de la familia y años de educación de la madre.

Se efectuó prueba de Kolomogorov Smirnow para evaluar normalidad de las variables principales. Para analizar diferencias entre variables continuas y homogéneas fue utilizado t Student. Se utilizó el χ^2 y test de Fisher para variables categóricas. Fueron utilizados los programas Excel versión 5,0, Statistica 4,5, Epi Info 6.0 y el paquete estadístico S.A.S. 1916 (Statistical Analysis System).

RESULTADOS

Algunos niños/as presentaron más de un signo sugerente de ACA. En ambos ESE, las ACA más frecuentemente referidas por las madres fueron: que el niño/a “cierra la boca” cuando se lo alimenta (59%) y “no se come todo lo ofrecido” (53%), especialmente en el grupo ESEMA (Figura 1).

Los alimentos más rechazados en ambos ESE fueron la alimentación láctea artificial y los alimentos salados, pero un porcentaje importante de lactantes del ESE bajo según sus madres rechazaba cualquier tipo de alimento (44,4%).

Los promedios de edades, puntajes z (P/E, P/T, T/E) y peso de nacimiento (PN) se observan en la Tabla 1. Dentro del GE, hubo diferencias significativas entre ESE en el puntaje z T/E ($t, p=0,01$). Los niños/as del ESEMA presentaron algún signo de ACA antes de los 4 meses de edad con mayor frecuencia que los del ESEB bajo (ESEMA: 12 de 16; ESEB 5 de 18, $\chi^2 p=0,0059$).

FIGURA 1
Características de las Alteraciones de la Conducta Alimentaria (ACA) del Grupo Estudio, según estrato socioeconómico

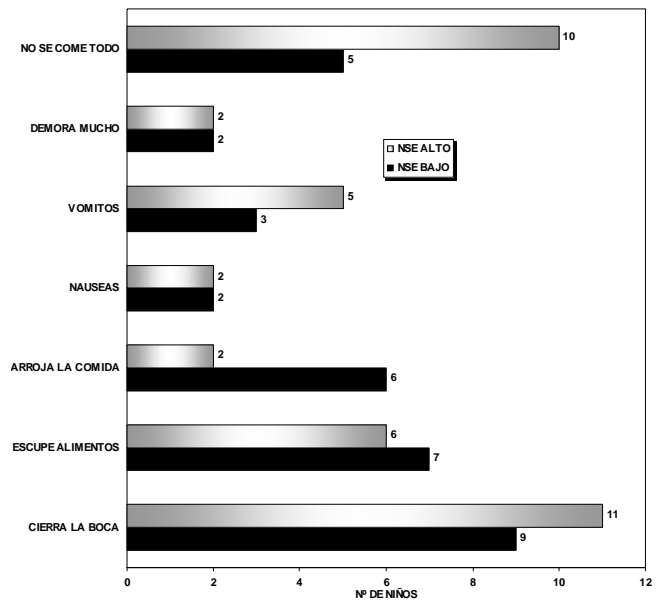


TABLA 1
Características de los grupos de Estudio y Control por estrato socioeconómico (ESE) ($x \pm DE$ y límites)

	ESE Bajo		p <	ESE Medio-alto		p <
	Estudio (n=18)	Control (n=18)		Estudio (n=16)	Control (n=15)	
Sexo (Masc/Fem)	11/7	8/10		11/5	6/9	
Edad (meses)	14,7 ± 5,4 (6 – 24)	13,1 ± 4,9 (4 – 23)	NS*	12,3 ± 6,2 (4 – 24)	13,1 ± 4,9 (4 – 23)	NS
Peso Nacimiento (kg)	3,1 ± 0,5 (2,0 – 3,6)	3,6 ± 0,4 (3 – 4,4)	0,001	3,0 ± 0,6 (1,3 – 3,9)	3,3 ± 0,6 (2,3 ± 4,45)	NS
Edad Gest. (semanas)	38,7 ± 1,6 (34 – 41)	39,3 ± 0,9 (38 – 41)	NS	38,2 ± 3,4 (27 – 42)	38,0 ± 1,6 (33 – 40)	NS
z Peso/Edad	-0,9 ± 1,0 (-2,3 – 1,3)	0,5 ± 0,9* (-0,9 ± 2,4)	0,0001	-0,5 ± 1,0 (-1,9 – 1,8)	0,5 ± 1,0 (-0,7 – 2,2)	0,001
z Peso/Talla	-0,4 ± 1,1 (-1,8 – 2,3)	0,9 ± 1,0* (-0,6 – 2,6)	0,0001	-0,4 ± 1,0 (-2 – 1)	0,7 ± 1,2 (-1 – 2,7)	0,007
z Talla/Edad	-1,0 ± 1,0 (-3 – 0,7)	-0,3 ± 0,7* (-1,6 – 0,8)	0,01	-0,3 ± 0,8 (-2,3 – 1,0)	0,1 ± 0,9 (-1,4 – 1,9)	NS

* NS: No significativo

Hubo diferencias significativas en relación Peso/edad y Peso/talla entre GE y GC en ambos ESE (Tabla 1). Entre los lactantes de ESEB del GE según puntaje z P/E hubo 2 desnutridos, 8 en riesgo de desnutrir, 7 eutróficos y 1 con sobrepeso. En el ESEMA, no hubo desnutridos, 5 con riesgo de desnutrir, 10 eutróficos y 1 con sobrepeso. En el ESEB, el GE presentó menor puntaje z T/E que el GC ($-1,0 \pm 1,0$ vs $-0,3 \pm 0,7$; $p < 0,01$).

En el GE, 5 de los 34 niños/as (15%) tenían antecedente de retardo del crecimiento intrauterino (RCIU) y 5 de prematuridad (15%), con una frecuencia semejante en ambos ESE. En el GC, presentaron retardo del crecimiento intrauterino 2 de 33 niños/as (7%) y 2 fueron prematuros (7%) todos pertenecientes al ESEB.

Dentro del grupo de ESEB hubo diferencia del GE comparados con sus pares del GC en cuanto al peso de nacimiento (GE 3.100 ± 500 g vs GC 3.600 ± 400 g, $p < 0,001$).

En la Tabla 2 se presentan la composición y características familiares de los grupos estudio y control. Hubo mayor porcentaje de familias biparentales en ambos subgrupos de ESEMA que en ESEB. La posición o número de orden que ocupaba el niño/a entre los hermanos fue semejante en ambos grupos. El promedio de horas de trabajo de las madres de niños/as del GE del ESEMA fue mayor que el del GC del mismo ESE (t , $p=0,007$), lo cual no ocurrió en el ESEB.

TABLA 2
Características familiares de los grupos de Estudio y Control por estrato socioeconómico (ESE) ($x \pm DE$ y límites)

	ESE Bajo		ESE Medio alto	
	Gr. Estudio (n= 18)	Gr. Control (n= 18)	Gr. Estudio (n= 16)	Gr. Control (n= 15)
Edad Materna (años)	27,3 \pm 6,7 (18 – 44)	25,2 \pm 5,6 (18 – 39)	29,1 \pm 5,4 (20 – 38)	29,7 \pm 5,9 (20 – 39)
Edad Paterna	28,7 \pm 6,0 (20 – 42)	27,9 \pm 6,1 (19 – 45)	32,5 \pm 5,5 (23 – 40)	32,4 \pm 6,7 (20 – 47)
Escolaridad Madre (años)	10,3 \pm 3,2 (5 – 16)	9,9 \pm 2,1 (7 – 15)	14,7 \pm 3,1 (12 – 20)	15,9 \pm 4,5 (8 – 24)
Escolaridad Padre	10,5 \pm 3,5 (4 – 18)	10,7 \pm 4,0 (3 – 22)	15,1 \pm 3,1 (12 – 22)	17,1 \pm 4,4 (10 – 25)
Trabajo paterno	33 %	26,3 %	56,2 %	60 %
Trabajo materno	72 %	73,7 %	100 %	93,3 %
Trabaja madre (h /día)	8,3 \pm 1 (5 – 12)	8,5 \pm 3,1 (4 – 11)	7,6 \pm 4,1* (5 a 10)	5,4 \pm 1,8* (2 – 8)
Familia Uniparental	27,8 %	26,3 %	6,2 %	-
Nuclear	50 %	22,2 %	68,8 %	73,3 %
Miembros/hogar	5,2 \pm 1,5 (3 – 9)	5,9 \pm 1,9 (3 – 9)	4,7 \pm 1,4 (3 – 8)	4,5 \pm 1,4 (3 – 8)

* t de student; $p= 0,007$

La escolaridad materna y paterna fueron mayores en el ESEMA que en el ESEB ($p < 0,001$). No hubo correlación entre edad o escolaridad materna o paterna y el puntaje z (P/E, T/E) en ninguno de los grupos.

La duración de lactancia materna exclusiva, inicio de lactancia artificial y de sólidos fue similar entre los grupos GE y GC, incluso comparado por ESE (Tabla 3). El porcentaje de niños/as con lactancia materna exclusiva = 4 meses fue significativamente menor en el GE del ESEMA comparado con su GC (25% vs 40 %; χ^2 , $p=0,01$). En el ESEMA, la

introducción de sólidos a los 4 meses o antes, fue más frecuente en el GE que en el GC (χ^2 , $p=0,003$).

En los grupos GC y GE y en ambos los ESE, los niños/as eran alimentados principalmente por la madre (Tabla 4) y la mayoría en ambos grupos lo hacían bajo un patrón horario.

Tanto los niños/as del GE y GC eran percibidos como “alegres”, “inquietos” y “sociables”, no hubo diferencias significativas aún comparándolos por ESE.

TABLA 3

Antecedentes de lactancia materna, inicio de lactancia artificial y de sólidos según grupos de Estudio y Control, por estrato socioeconómico (ESE) (mediana y límites)

	ESE Bajo		ESE Medio alto	
	Gr. Estudio (n= 18)	Gr. Control (n= 18)	Gr. Estudio (n= 16)	Gr. Control (n= 15)
Lactancia Materna	*6 (0 – 6)	5 (0 – 10)	3 (0 – 6)	5,5 (0 – 7)
Inicio de lactancia artificial	1,3 (0,1 – 9)	2,8 (0 – 12)	3 (0 – 8)	5 (0 – 14)
Inicio de alimentación sólida	6 (3 – 9)	6 (3 – 10)	4 (3,5 – 10)	6 (4 – 7)

*meses

DISCUSION

En este trabajo, en ambos ESE, las manifestaciones de ACA más frecuentes fueron que el niño/a “cierra la boca cuando se lo alimenta”, “no se come todo” y “escupe la comida”. La percepción de una menor cantidad de comida consumida como problema alimentario fue más frecuente en el ESEMA. Los alimentos más rechazados fueron la lactancia artificial, los alimentos salados en ambos estratos socioeconómicos.

Los niños/as con ACA tuvieron menor puntaje z P/E y P/T que los controles en ambos ESE. El puntaje z T/E fue significativamente menor sólo en el grupo Estudio que en el grupo control del estrato socioeconómico bajo, al igual que el peso de nacimiento. Esta fue la variable explicatoria que diferenció al grupo estudio del control junto con el antecedente materno de ACA en la infancia de ellas, comunicado anteriormente por nuestro grupo (19).

Las madres de niños/as con ACA de ESEMA trabajaban más horas por día que sus controles; nuestro estudio no permite discriminar si esta asociación pudiera tener relación con la ausencia de la madre en esas horas, o bien son los cuidados de otras personas las que estarían participando de ella.

Los lactantes del GE del ESEMA tuvieron una duración de lactancia materna exclusiva menor que sus controles e inicio precoz de sólidos.

Basado en los reportes sobre alteraciones de la conducta alimentaria de los niños/as, su prevalencia varía, aunque ésta siempre fue mayor cuando se les consultaba sobre el problema en sus hijos (20% a 30%) (15) que cuando el diagnóstico era efectuado en base a la consulta espontánea por el tema (prevalencias menores a 5%) (2,8). En este estudio fueron incluidos sólo aquellos niños/as cuyas madres refirieron espontáneamente su preocupación sobre la dificultad que presentaba el niño/a para alimentarse.

El término «rechazo alimentario» o ACA para este caso,

se usa comúnmente sin una clara definición y no involucra necesariamente un déficit nutricional. Los niños/as con ACA de este estudio presentaron manifestaciones semejantes a los citados en la literatura (8) y se encontró compromiso nutricional con mayor frecuencia en el ESEB.

Los problemas alimentarios en la infancia o niñez temprana emergen como una nueva categoría diagnóstica que está reemplazando al de fracaso en el crecimiento de etiología no orgánica (12), siempre y cuando cumplan con los criterios del DSM-IV (13). Con los datos obtenidos en este trabajo no se pudo valorar o analizar la evolución de los canales de crecimiento desde que comenzaron las ACA, sin embargo aparte de este parámetro, nuestros niños/as reunían todos los demás criterios (edad de aparición, ausencia de enfermedad orgánica de base, trastorno no explicado por otro de tipo de enfermedad mental).

El retraso en el crecimiento en lactantes se debería a una combinación de múltiples factores, en que la deprivación nutricional y emocional son factores importantes, siendo más comunes en los estratos socioeconómicos bajos (7,20). Sin embargo, otros estudios que demuestran que influyen ciertos aspectos del hogar (capacidad de respuesta materna, aceptación materna, organización del ambiente físico), evaluadas por la escala específica de HOME (21).

Al igual que lo descrito por Lindberg et al. (8), en este estudio las ACA fueron percibidas más frecuentemente desde el primer semestre de la vida. Este período se corresponde con la etapa de “unión o apego” descrito por Chatoor et al (22). Pero en el presente estudio la percepción de problema de alimentación del hijo fue más precoz en el ESEMA, asociado a un tiempo de lactancia materna exclusiva menor e inicio más precoz de lactancia artificial y alimentación sólida que en el ESEB y a algunos modos diferenciales en que estaban organizadas las familias en relación con la alimentación del hijo. En la literatura, se describe que la mayoría de los problemas alimentarios del lactante se manifiestan o aparecen cuando se producen cambios en la dieta. Salas y Pizarro (15) en lactantes de estratos socioeconómicos bajos habían hallado una asociación del trastorno alimentario con la introducción de sólidos y de lactancia artificial.

Frente al binomio madre-hijo con alteraciones de la conducta alimentaria, hay evidencias que hay factores que pueden llevar al trastorno de conducta alimentaria propios del niño/a: características fisiológicas de su apetito, disfunciones oro-motoras; propios de la madre: depresión materna, ansiedad materna, trastornos de somatización (23) y también del ambiente en que se desenvuelven (trabajo materno fuera del hogar, uso de la sala cuna o personas que se hacen cargo del hijo, estrato socioeconómico) (24,25). Las implicaciones para el momento de aparición y para edades posteriores además de las tensiones del ambiente familiar, incluyen el posible mayor riesgo que sea una manifestación precoz de síndrome de déficit

de atención e hiperactividad, unido a otras manifestaciones de alteraciones regulatorias del desarrollo (9, 26) y la mayor probabilidad que se manifieste una obesidad (24). Es una potencial ayuda el disponer de test específicos propuestos recientemente para evaluar estas etapas del desarrollo de la conducta alimentaria del niño/a (27).

En resumen, los lactantes con alteraciones de la conducta alimentaria, presentan características que los diferencian de aquellos sin estos trastornos, en especial en: estado nutricional con mayor compromiso de peso (en ambos estratos socioeconómicos) y talla (en estratos socioeconómicos bajos); menor peso de nacimiento (en estratos socioeconómicos bajos); duración de la lactancia materna exclusiva e introducción de lactancia artificial y alimentación sólida (en estratos socioeconómicos medios). Además en el estrato socioeconómico medio-alto era mayor el número de horas que trabaja la madre fuera del hogar.

REFERENCIAS

- Birch L, Fisher J. Apetito y conducta alimentaria. *Clin Pediatr North Am* 1995; 4:869-90.
- Pridham KF. Feeding behavior of 6- to 12-month-old infants: Assessment and sources of parental information. *J Pediatr* 1990; 117: S174-S176.
- Sullivan SA, Birch LL. Infant dietary experience and acceptance of solid foods. *Pediatrics* 1994; 93: 271-7.
- Anliker JA, Bartoshuk, Ferris AM, Hooks LD. Children's food preferences and genetic sensitivity to the bitter taste of 6- propylthiouracil. *Am J Clin Nutr* 1991; 54:316-20.
- Drewnowski A, Rock CL. The influence of genetic taste markers on food acceptance. *Am J Clin Nutr* 1995; 62:506-11.
- Castillo C, Acharan X, Alvarez P, Bustos P. Apetito y Nutrición. *Rev Chil Pediatr* 1990; 61: 346-53.
- Dahl M, Sundelin C. Early feeding problems in an affluent society. *Acta Paediatr Scand* 1986; 75: 370-5.
- Lindberg L, Bohlin G, Hagekull B. Early feeding problems in a normal population. *Int J Eat Behav Disord* 1991; 10:395-405.
- Dahl M, Sundelin C. Feeding problems in an affluent society. Follow-up at four years of age in children with early refusal to eat. *Acta Paediatr* 1992; 81: 575-9.
- Dahl M, Rydell AM, Sundelin C. Children with early refusal to eat: follow-up during primary school. *Acta Paediatr* 1994; 83:54-8.
- Dahl M. Early feeding problems in an affluent society III. *Acta Paediatr Scand* 1987; 76: 872-6.
- Alteimer WA, O'Connor SM, Sherrod KB, Vietze PM. Prospective study of antecedents for non-organic failure to thrive. *J Pediatr* 1985; 106:360-5.
- Asociación Americana de Psiquiatría: Trastornos de la ingestión y de la conducta alimentaria de la infancia o la niñez. En: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, 5ta. Ed. Washington DC: American Psychiatric Association; 1995; p 99-105.
- Ministerio de Planificación de Chile (MIDEPLAN). División Social. VIII Encuesta CASEN, Santiago, 2000.
- Salas I, Pizarro F. Rechazo alimentario en lactantes. *Rev Chil Nutr* 1998; 25: 45-50.
- Hamill P. NCHS growth curves for children birth – 18 years. Washington. D.C.: National Center for Health Statistic, 1977. Developed by the National Center for Health Statistics in collaboration with the National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion (2000). <http://www.cdc.gov/growthcharts>
- Alvarez M, Muzzo S, Ivanovic D. Escala para medición del nivel socioeconómico en el area de la Salud. *Rev Med Chile* 1985; 113:243-9.
- Ministerio de Planificación y Cooperación, Chile. Evolución de Indicadores Sociales y de Pobreza por Región. CASEN 1987–1996. Santiago: Mideplan Serie Regional, 1998.
- Sánchez S, Castillo CD. Eating behavior disorders in Chilean infants. *Int J Eat Behav Disord* 2004; 36: 348-55.
- Lei DLM, Chaves SP, Paes AT, Escuder MML, Ribeiro AB, Freire RD, Lerner BR. Risk of linear retardation during the first two years of life: a new approach. *Eur J Clin Nutr* 1999; 53: 456-60.
- Caldwell BM, Bradley RH. Home observation for measurement of the environment. Little Rock (AR): University of Arkansas, 1979.
- Chatoor I, Schaefer S, Dickson L, Egan J. Non-organic failure to thrive. *Pediatr Ann* 1984; 13: 829-42.
- Bialas I, Craig TK. Needs expressed and offers of care: an observational study of mothers with somatisation disorder and their children. *J Child Psychol Psychiatry* 2007; 48: 97-104.
- Farrow CV, Blissett JM. Is maternal psychopathology related to obesigenic feeding practices at 1 year? *Obes Res* 2005; 13: 1999-2005.
- Wright CM, Parkinson KN, Drewett RF. How does maternal and child feeding behavior relate to weight gain and failure to thrive? Data from a prospective birth cohort. *Pediatrics* 2006; 117: 1262-9.
- Becker K, Holtmann M, Laucht M, Schmidt MH. Are regulatory problems precursors of later hyperkinetic symptoms? *Acta Paediatr* 2004; 93: 1463-9.
- Faith MS, Storey M, Kral TVE, Pietrobelli A. The feedings demands questionnaire: assessment of parental demand cognitions concerning parent-child feeding relations. *J Am Diet Assoc* 2008; 108:624-30.