

José Luis Pérez Méndez.
Jesús Rodríguez Olalla.
José Ignacio Suárez Soto.

Unidad de Salud Mental Infantojuvenil. Hospital
Universitario Puerta del Mar. Cádiz.
28 de mayo de 2013

Correspondencia:

José Luis Pérez Méndez.
Calle Moral, nº 8. Villamartin.
Código Postal: 11650. Cádiz.
joseluisperez22@hotmail.com

Caso Clínico

Un caso de trastorno de la conducta alimentaria en la infancia.

A case of Eating behavior disorder in childhood.

37

INTRODUCCIÓN

El denominado Trastorno de la ingestión alimentaria de la infancia o niñez recogido en el DSM-IV-TR (1), se define como “Una alteración de la alimentación manifestada por una dificultad persistente para comer adecuadamente, con incapacidad para aumentar de peso o con pérdidas significativas de peso durante por lo menos un mes” además su inicio debe ser anterior a los seis años de edad. Abarca una serie de conductas disfuncionales relacionadas con la ingestión alimentaria como pueden ser: tragar sin masticar la comida, negarse a comer, vomitar la comida o masticar con excesiva lentitud. Estos tipos de problemas angustian a los padres de manera desmesurada en muchas ocasiones. Con cierta frecuencia no saben cómo abordarlo, con lo que intentan múltiples maneras de solucionarlo, entre las que se encuentran un peregrinaje por distintos especialistas y la consecuente realización de múltiples pruebas médicas así como una medicalización innecesaria, que en la mayoría de las ocasiones resultan infructuosas.

Esta problemática es bastante frecuente en la infancia. Manikam y Perman (2) afirman que más del 25 por ciento de los niños presentan conductas difíciles relacionadas con la alimentación, llegando hasta el 80 por ciento en niños con dificultades ambientales. En un estudio llevado a cabo en Londres (3) con niños de tres años de edad, se encontró que el 16 por ciento mostraba, poco apetito y

el 12 por ciento eran caprichosos con los alimentos. No se encontraron diferencias entre sexos. Los problemas se mantuvieron en dos tercios de los niños al año siguiente y en un tercio tres años después.

Normalmente este tipo de trastornos de la conducta alimentaria requiere de dos tipos de intervenciones específicas:

1. La instauración de hábitos alimentarios “adecuados” y su mantenimiento. Cambiando el patrón relacional que se establece entre el niño y el cuidador principal durante el acto de la alimentación.
2. Modificación de las creencias de los padres acerca de la alimentación del niño (4). En muchas ocasiones el problema se sitúa en creencias erróneas por parte de los padres acerca de lo que es adecuado o no comer o sobre la idea de delgadez.

Este tipo de patologías alimentarias normalmente no suponen un riesgo vital para el menor, pero sí pueden ocasionar diferentes desajustes en el desarrollo personal y en la propia configuración de la dinámica familiar. Así en muchos hogares son motivo de discusión entre los progenitores, de disputas entre padres e hijos y de desacuerdo entre distintos miembros del clan familiar configurando un ambiente propicio para la aparición de nuevos problemas de índole conductual, fisiológica o

emocional.

Chambless y Ollendick (5) recogen los tratamientos psicológicos empíricamente validados establecidos por los grupos de trabajo de la Task Force de la APA. Dentro de los problemas pediátricos, y más concretamente de los alimentarios, Kerwin (6) establece que el único tratamiento empíricamente validado para los trastornos severos de alimentación es la terapia de conducta.

CASO CLÍNICO

Raquel es una niña de tres años y 10 meses. Acude a la Unidad de Salud Mental Infanto juvenil, derivada por su pediatra, acompañada de ambos progenitores y de la abuela materna. El motivo de consulta consiste en que se niega a comer la mayor parte de las comidas y cuando se le obliga acaba vomitando, además aparecen miedos frecuentes y una importante ansiedad cuando desaparece la madre.

La negativa a comer y los vómitos aparecen desde que Raquel tenía aproximadamente un año de edad, y han ido empeorando con el transcurso del tiempo. En el momento de la consulta aparecen a diario en una o dos ocasiones, normalmente durante las comidas principales.

No cuenta con antecedentes familiares de patología digestiva ni de salud mental. Es hija única y muy deseada, perteneciente a una familia de clase media sin problemas relevantes. Ambos progenitores y parte de la familia extensa se encuentran muy preocupados por los problemas de alimentación de Raquel. Los padres muestran disparidad de criterios en cuanto a la definición y abordaje del problema de alimentación. Raquel se encuentra mucho más vinculada a su madre que a su padre.

Entre los antecedentes personales, cabe destacar, que ha estado en seguimiento por cuatro especialistas digestivos pediátricos además de por su pediatra de zona, no evidenciándose patología orgánica que justifique las alteraciones alimentarias. Sin otros antecedentes orgánicos de interés.

Respecto a su historia evolutiva no cabe señalar ningún tipo de incidencia. Embarazo fisiológico sin problemas durante el mismo. Parto eutócico a las 38 semanas. Apgar 9/10. Lactancia materna hasta los 5 meses, que abandona por iniciativa de la madre “creía que no se saciaba lo suficiente...”. Deambulación a los 12 meses. Primeras palabras a los 12 meses. Control de esfínter anal completado a los 36 meses, y control de esfínter vesical diurno a los 36 meses, aún con escapes nocturnos. Desarrollo social

sin incidencias en presencia de la madre, aunque alterado cuando ésta se marcha. Aún no se encuentran presentes conductas autónomas en la alimentación ni en el aseo personal. Cabe destacar apego excesivo a la madre con importante ansiedad de separación.

En la exploración se evidencia excesiva timidez. Establece el contacto visual, aunque con mirada evasiva. No responde a las preguntas realizadas y se niega a colaborar en tareas o juegos. Sin alteraciones en la motricidad fina ni gruesa. Ansiedad de separación ante la figura materna. Miedos múltiples destacando el miedo a los perros, a los insectos, a los médicos y a los payasos. Peso por debajo de la media, percentil 30.

Entre los objetivos terapéuticos se establecen: mejorar el patrón alimentario, la desaparición de los vómitos, trabajar sobre la pauta de vinculación y apego con las figuras de crianza significativas, propiciar una visión segura del entorno y eliminar los distintos miedos.

Como primer objetivo de tratamiento marcamos el problema alimentario. En la valoración observamos que la pauta está muy determinada por la interacción ansiosa que se produce entre la madre (que es la que normalmente se ocupa de la alimentación) y Raquel, por lo que diseñamos una intervención destinada a establecer un vínculo seguro. Para ello realizamos las siguientes prescripciones:

1. Prohibición explícita de hablar de los problemas de alimentación de Raquel.
2. Establecer un patrón adecuado de alimentación, que se caracteriza por cuatro comidas al día (desayuno, almuerzo, merienda y cena) no pudiendo ingerir ningún alimento el otro momento del día. No obligar a Raquel a comer cuando se niegue.
3. Organización en torno al horario de comidas y al tiempo dedicado a las mismas, acordamos 40 minutos para las comidas principales y unos 25 para el resto y fijamos un horario de comidas.
4. Potenciar la autonomía de Raquel durante las comidas, de tal forma que se tendrá que sentar y empezar a comer sola, sin ningún tipo de distracción ni comentario acerca de la forma o cantidad que come.
5. En el caso en que vomite durante las comidas no se le prestará atención, y de una forma tranquila se recogerá el vómito, y Raquel tendrá que seguir sentada en la silla, con opción a continuar comiendo, hasta que el tiempo destinado a la comida cese.

Las técnicas aplicadas durante esta intervención son: el refuerzo positivo de conductas adecuadas y sanas relacionadas con una alimentación sana, autónoma y variada (práctica positiva). La extinción de conductas inadecuadas, como puede ser el vómito que le servía a la paciente para evitar seguir comiendo. El control de estímulos: silla, hora, habitación y comida.

Se programaron tres sesiones semanales, para reforzar las intervenciones planteadas. En sesiones sucesivas fue aumentando la ingestión alimentaria a la par que disminuían los vómitos. En la tercera sesión desaparecieron las conductas de vómitos y se estableció un patrón alimentario "adecuado". Además, esto repercutió de manera positiva en el resto de problemas de Raquel: había disminución generalizada de los miedos, se relacionaba con mayor frecuencia de manera espontánea con extraños y se habían aminorado los episodios de ansiedad de separación. Todo esto coincide con una mejora de su problema alimentario y su patrón de apego con su cuidadora principal. Además se reestableció un clima familiar más sano, evidenciándose acuerdo parental y menos disputas. Se programaron dos sesiones mensuales para reforzar los cambios y para observar el seguimiento, en las que se mantuvieron la mejoría de las conductas problema.

En el seguimiento a los tres meses, se evidenció un aumento de peso ponderal, pasando del percentil 30 al 65 a lo largo de los tres meses siguientes y permaneciendo el resto de cambios. Al año se realizó un seguimiento telefónico que confirmó la mejoría, procediéndose al alta definitiva.

DISCUSIÓN

Los problemas de alimentación en la infancia, en muchas ocasiones se terminan complicando debido a la intervención de múltiples factores entre los que cabe destacar: los factores familiares (falta de acuerdo entre los padres, gran ansiedad del cuidador principal, expectativas negativas en torno a la alimentación del hijo o hija...), los factores relacionados con el propio infante

(factores temperamentales) y los factores relacionados con la respuesta que los profesionales damos a este tipo de problemática (intervencionismo excesivo y concepción de la alteración alimentaria como un problema físico versus relacional, emocional y/o conductual). Por ello, es necesario plantear nuevas alternativas a la hora de abordar esta problemática, alternativas que incidan más en la génesis del problema y que pueda aportar una visión integral bajo el paradigma biopsicosocial que predomina el enfoque sanitario asistencial actual. Este tipo de intervenciones a su vez suponen una estrategia preventiva para problemas futuros, ya que establecen la base de la relación del infante con la comida y actúan en la relación cuidador principal-niño, de ahí la importancia de llevarlas a cabo.

BIBLIOGRAFÍA

1. American Psychiatric Association (2000). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4^o edición texto revisado) (DSM-IV-TR). Washington, DC: Editorial Masson.
2. Manikam, R. y Perman, J.A. (2000). Pediatric feeding disorders. *Journal of Clinical Gastroenterology*, 30, 34-46.
3. Herbert. M. (2002). Padres e hijos. Problemas cotidianos en la infancia. Madrid: Pirámide.
4. Blisset, J., Meyer, C., Farrow, C., Bryant-Waugh, R. y Nicholls, D. (2005). Maternal core beliefs and children's feeding problems. *International Journal of Eating Disorders*, 37, 127-134.
5. Chambless, D. L. y Ollendick, T. H. (2001). Empirically supported psychological interventions: Controversies and evidence. *Annual Review of Psychology*, 52, 685-756.
6. Kerwin, M. E. (1999). Empirically supported treatments in pediatric psychology: Severe feeding problems. *Journal of Pediatric Psychology*, 24, 193-214.