

J. Mazaira
E. Rodríguez
P. García

Alteraciones de la alimentación en la infancia

Eating disorder sin childhood

U.S.M. Infanto-Juvenil. Servicio de Psiquiatría. Hospital Xeral de Galicia. Santiago de Compostela (La Coruña).

Correspondencia:

J. Mazaira Castro
U.S.M. Infanto-juvenil. Servicio de Psiquiatría
Hospital Xeral de Galicia
Galeras, s/n
15705 S. de Compostela (La Coruña)

RESUMEN

A pesar de la gran cantidad de investigaciones que en los últimos tiempos se han llevado a cabo sobre los trastornos de la alimentación, han sido pocos los estudios dirigidos a investigar estos trastornos en la población infantil. Sin embargo, los datos disponibles sugieren una alta prevalencia en este grupo de edad, que implica a distintas alteraciones. El objetivo de este artículo es presentar un cuadro general de las principales dificultades de la alimentación en los niños y revisar las presentaciones clínicas más frecuentes descritas en la literatura.

PALABRAS CLAVE

Trastornos de la alimentación; Población infantil.

ABSTRACT

Despite the great deal of research concerning eating disorders in recent times, few studies have been conducted on these disorders in child population. However, available data suggest a high prevalence in this age group, involving different diseases. The aim of this paper is to draw a global picture of the main eating difficulties in children and to review the most frequent clinical presentations of these disorders as informed in the literature.

KEY WORDS

Eating disorders; Children.

122 INTRODUCCIÓN

El desarrollo de capacidades en relación a la alimentación es una de las primeras y más básicas tareas evolutivas del ser humano. El recién nacido se presenta con unos cuantos reflejos esenciales, como el de búsqueda o el cierre de las cuerdas vocales cuando traga, y en el camino hasta poder alimentarse de forma autosuficiente deberá adquirir diversas habilidades motoras orales, como: mamar, morder o masticar, y desarrollar gradualmente el control voluntario sobre el proceso de la alimentación.

Las dificultades en la alimentación son uno de los problemas más habituales con que se enfrentan los padres de lactantes o niños pequeños, y son frecuentes incluso en niños descritos por lo demás como normales. En dos estudios en niños de población general entre 6 y 16 meses de edad, se encontró que alrededor de una cuarta parte de las familias en ambas muestras habían tenido en algún momento dificultades significativas con la alimentación, y alrededor de una de cada 10 seguían teniendo dificultades en el momento de la encuesta (Lindberg et al, 1991) ⁽¹⁾. Con todo, no se conoce la prevalencia real de trastornos de la alimentación severos en lactantes; existen pocos estudios sobre ella, y sus hallazgos oscilan en un rango muy amplio y son difícilmente comparables por las diferentes metodologías y criterios diagnósticos utilizados para definirlos (Skuse, 1994) ⁽²⁾.

Entre las perturbaciones más frecuentes en los niños más pequeños se encuentran el rechazo de la alimentación (ver Illingworth, 1993) ⁽³⁾, no mostrar hambre, aún a pesar de una alimentación insuficiente para garantizar una adecuada ganancia de peso, los vómitos o el cólico vespertino, que se estima es padecido en algún momento por el 15-30% de los lactantes (Hide & Guyer, 1982) ⁽⁴⁾. Otras alteraciones menos frecuentes incluyen la rumiación o la pica, cuyo inicio es algo más tardío, habitualmente entre el primer y el segundo año de vida.

RESULTADOS

Las causas de dificultades con la alimentación en estas edades son variadas. Alteraciones relativa-

mente menores en la maduración neurológica pueden afectar significativamente el desarrollo de las funciones motoras orales y, por tanto, a la capacidad del lactante para alimentarse. Así, es habitual que los niños prematuros presenten dificultades transitorias en mamar, la primera de las habilidades a conseguir. Estas dificultades en la alimentación consecuentes a trastornos o disfunciones del desarrollo motor oral se manifiestan con más claridad en situaciones de un mayor daño cerebral, y son frecuentes en diversas alteraciones neurológicas como por ejemplo en casos de parálisis cerebral.

En otras ocasiones, los trastornos de la alimentación pueden estar relacionados con alteraciones anatómicas de la orofaringe (paladar hendido, macroglosia —como en el síndrome de Down—), o en la función del aparato digestivo, e incluso trastornos relativamente sutiles de su motilidad (a nivel del intestino delgado, retraso en el vaciamiento gástrico) pueden estar asociados con patrones anormales de alimentación, por ejemplo en forma de rechazo alimentario (Milla, 1986) ⁽⁵⁾. La presencia de vómitos, que en la mayoría de los casos no llega a constituir un verdadero problema clínico, se encuentra generalmente relacionada con la de reflujo gastroesofágico, y como consecuencia de una disfunción transitoria en la contracción del esfínter esofágico inferior (Paton et al, 1988; Milla, 1990) ⁽⁶⁾. En algunos casos, podrían determinar un rechazo de la alimentación mediante asociación de la ingesta con la sensación de pirosis consecuente al reflujo.

Aunque sigue sin haber un acuerdo unánime sobre la causa del cólico vespertino, habiéndose sugerido diversos factores (Illingworth, 1993), parece asimismo lo más probable que sean factores orgánicos los responsables de su aparición.

Por otro lado, el proceso de la alimentación conlleva un importante componente relacional, que es especialmente manifiesto en los niños, y es extensamente aceptado que las alteraciones en la interacción madre-hijo, reflejo de rechazo del hijo, ansiedad o psicopatología maternas, tensiones familiares o cualquier otra causa, pueden ser responsables de alteraciones de la conducta alimentaria en ellos, e incluso se ha sugerido que lo son con

mucha frecuencia. En un estudio realizado en lactantes entre 3 y 7 meses de edad, sólo un pequeño porcentaje de los niños afectados (14%) presentaban algún trastorno físico que se creyera pudiera contribuir a las dificultades en la alimentación (Dahl et al, 1986a, 1986b) ⁽⁸⁾. Y aun en los casos de origen claramente orgánico, con frecuencia se ha señalado que las repercusiones emocionales en los padres de las dificultades en la alimentación, y su reflejo en forma de tensión u otras alteraciones en la interacción, especialmente durante las comidas, pueden contribuir en forma importante a su persistencia o empeoramiento.

Las alteraciones relacionales se han asociado particularmente a la presencia de rechazo de la alimentación, una alteración bien conocida entre los profesionales que tratan problemas de la alimentación en la infancia en la que con cierta frecuencia no se encuentra ningún trastorno orgánico que la justifique. Suele iniciarse generalmente entre los 6 meses y los 3 años de edad, y en algunos casos es tan importante que se asocia a un retraso en el crecimiento, provocando frecuentemente en los padres ansiedad, frustración y sobreimplicación, y resultando en un fracaso para dar respuestas contingentes apropiadas a las necesidades del niño. Chatoor et al (1988) ⁽¹⁰⁾ han hipotetizado que puede ser la manifestación externa de un conflicto subyacente entre autonomía y dependencia, y basándose en diversas nociones sobre los orígenes de la anorexia nerviosa en adolescentes han llegado a sugerir que podría denominarse a tal rechazo alimentario anorexia nerviosa infantil, aunque otros autores han criticado sus argumentos y no aceptan el paralelismo que establecen con la condición de inicio más tardío (Sturm & Stancin, 1990) ⁽¹¹⁾.

Otras características psicológicas del niño se han sugerido asociadas a la aparición de estas dificultades. Así, se ha señalado que los niños con rechazo persistente de la alimentación, a menudo, tienen también temperamentos difíciles en otros aspectos de su conducta, en el sentido de que tienden a ser difíciles de controlar y a responder negativamente a los estímulos novedosos (Prior, 1992) ⁽¹²⁾.

En algunos trastornos de la conducta alimentaria, se ha postulado que tanto factores orgánicos

como psicógenos pueden ser responsables de su aparición. Recientes investigaciones sugieren la existencia de dos formas clínicas en la rumiación: una psicógena, que se produce en niños, por otra parte normales en cuanto a su desarrollo, y se ha sugerido asociada con alteraciones significativas en la relación madre-hijo, como abandono, etc, y otra autoestimuladora, íntimamente asociada con la presencia de retraso mental y en la que es más dudoso el papel de los factores psicosociales (Mayes et al, 1988) ⁽¹³⁾. La presencia de alteraciones en la función esofágica pudiera ser además un factor importante en muchos casos (Illingworth, 1993) ⁽³⁾. Por su parte, la pica se asocia más habitualmente con retraso mental, con mayor riesgo en los casos de retraso severo, pero entre los niños que no tienen retraso mental parece existir una relación con situaciones de abandono y carencia de supervisión parental, asociándose a deprivación ambiental y psicopatología en los padres. También puede presentarse asociada a otros trastornos psiquiátricos como el autismo, el síndrome de Kleine-Levin o la esquizofrenia.

Por último, es necesario señalar otros factores relacionados con el desarrollo que podrían tener también importantes efectos en algunos casos. Así, en general, los niños pequeños muestran preferencia por las comidas conocidas sobre las nuevas, característica a la que se ha denominado neofobia. El rechazo de los alimentos nuevos es habitualmente un fenómeno transitorio que se reduce con la exposición repetida a los mismos. Aunque existe muy poca información sobre la emergencia y curso de las respuestas neofóbicas, parece que no suelen ocurrir antes de los 5-6 meses, y podrían no tener una influencia importante hasta después del primer año de vida (Birch, 1990) ⁽¹⁴⁾. Trabajos recientes sugieren que podría haber un período sensible entre aproximadamente los 4 y 6 meses de vida en que los pequeños habitualmente aceptan casi todos los sabores, y que la exposición repetida a cualquiera de ellos podría inducir una preferencia que se mantendría más adelante en la infancia (Harris et al, 1990; Harris & Booth, 1992) ⁽¹⁵⁻¹⁶⁾, mientras que el retraso en la introducción de una amplia variedad de sabores más allá de los 6-7 meses podría condicionar la aparición poste-

124 rior de un rechazo a muchos de ellos. En forma similar, se ha sugerido un periodo sensible a la introducción de alimentos sólidos durante la segunda mitad del primer año; si el niño no ha sido expuesto a alimentos que requieren masticar alrededor de los 6-7 meses de vida, tendería a resistirse a aceptar estas texturas más adelante y podrían resultar problemas con la alimentación (rechazo, vómitos...) (Illingworth, 1993) ⁽³⁾.

El conocimiento de los trastornos de la alimentación en niños algo mayores es limitado, pese a que hay datos sugerentes de que son bastante frecuentes. Investigaciones en preescolares han encontrado una proporción de afectados notablemente alta, siendo habituales estimaciones de entre un 12 y un 34% (ver revisión de Minde y Minde, 1986) ⁽¹⁷⁾. Es probable que muchos de ellos hayan tenido dificultades con la alimentación desde edades tempranas, aunque existen pocos estudios de población centrados específicamente en estas edades y son escasos los datos disponibles en relación a sus antecedentes, características clínicas y su curso. Fundamentalmente en preescolares, pero también en la mediana infancia, se ha señalado la existencia de un cierto número de niños que presentan síntomas asociados con la alimentación que se consideran enmarcados en un trastorno emocional más amplio, y a los que habitualmente se diagnostica de trastorno emocional de la infancia, ocasionalmente como depresión, o, en ausencia de otros criterios diagnósticos claros, como trastorno alimenticio neurótico (307.5 CIE-9) (Higgs et al, 1989) ⁽¹⁸⁾. Se desconoce si existe o no relación entre estas alteraciones y la aparición posterior de dificultades en la alimentación clínicamente significativas.

Conforme aumenta la edad, aparecen con mayor frecuencia trastornos de la alimentación más parecidos en sus características clínicas a los que se encuentran en adolescentes y adultos, junto a otros trastornos que parecen más característicos de la infancia y preadolescencia, todavía poco investigados y de validez nosológica incierta. Entre estos últimos se han descrito en los últimos años la alimentación selectiva (Bryant-Waugh y Kaminski, 1993) ⁽¹⁹⁾ y el síndrome de rechazo generalizado (Lask et al, 1991) ⁽²⁰⁾, y entre los primeros, el trastorno emocional con evitación de la

ingesta (FAED) (Higgs, Goodyear y Birch, 1989) ⁽¹⁸⁾.

El término de *alimentación selectiva* se ha aplicado a aquellos niños que durante años tienen un rango de alimentos muy restringido. Inicialmente se presentan como caprichosos con las comidas, pero a diferencia de la gran mayor parte de estos niños, su rango de alimentos no aumenta. Típicamente comen sólo 3 ó 4 comidas diferentes, habitualmente ricas en carbohidratos, como galletas, patatas o pan. A menudo consultan al pediatra entre los 7 y los 12 años por la preocupación de sus padres sobre su salud. Paradójicamente estos niños tienden a ser tan sanos físicamente como sus compañeros; en particular, su peso y altura suelen estar dentro del rango normal. Las principales dificultades se han referido a su funcionamiento social, con preocupaciones o evitación de comer fuera de su contexto habitual. En la experiencia del autor de la descripción original el tratamiento encaminado a incrementar el rango de alimentos de estos niños no suele obtener ningún resultado, pero la mayoría parecen incrementar gradualmente su rango de alimentos conforme pasan los años y muy pocos mantienen su problema en la vida adulta (Bryant-Waugh & Lask, 1995) ⁽²¹⁾.

El *síndrome de rechazo generalizado* se ha informado en niñas entre 8 y 14 años, y se manifiesta por un intenso rechazo a comer, beber, andar, hablar, o implicarse en cualquier forma de autocuidado. Inicialmente tales niñas se presentan con rasgos bastante típicos de anorexia nerviosa, pero a la evitación de la comida se añade progresivamente una evitación más generalizada, con una acusada respuesta de miedo, que ha sugerido la posibilidad de que se trate de una forma de trastorno de estrés postraumático (consecuente por ejemplo a violencia física y/o sexual, y silenciamiento mediante amenazas) (Bryant-Waugh & Lask, 1995) ⁽²¹⁾.

En un estudio retrospectivo, Higgs et al (1989) ⁽¹⁸⁾ identificaron un grupo de niños entre 8 y 14 años que presentaban un *trastorno emocional* en el que la *evitación de la ingesta* era un rasgo prominente del cuadro clínico, pero que no cumplían criterios diagnósticos de anorexia nerviosa. La media de edad era de 10 años e incluía preferente-

mente mujeres, en proporción de 4:1. Tres de las 15 chicas en que se pudo realizar un seguimiento longitudinal desarrollaron anorexia nerviosa. En base a diversas características analizadas, sugieren que podría representar un grupo intermedio entre la anorexia nerviosa y los trastornos emocionales de la infancia, con mejor pronóstico que la primera y peor que el esperado para los segundos. En cualquier caso, no se sabe con seguridad si es un trastorno verdaderamente independiente, y los propios autores apuntan la posibilidad de que algunos de los pacientes de dicho grupo pudiesen haber estado deprimidos, o representar un síndrome parcial de anorexia nerviosa con síntomas menos severos.

Los trastornos de la alimentación más conocidos son poco frecuentes en la población infantil. No hay estudios que informen de *anorexia nerviosa* en menores de 8 años (Higgs et al, 1989)⁽¹⁸⁾, y aunque se desconoce su verdadera incidencia en estas edades, el comienzo prepuberal es raro (Steinhausen, 1994)⁽²²⁾. Diversos estudios han encontrado una proporción de varones superior a

la que se encuentra en los casos de inicio más tardío, habiéndose informado de porcentajes de entre un 19 y un 30% del total de niños afectados (Bryant-Waugh & Lask, 1995)⁽²¹⁾. La influencia de la edad de inicio como factor pronóstico de la evolución de la anorexia nerviosa es objeto de controversia, y mientras para algunos autores el comienzo precoz es un signo de mal pronóstico, otros han señalado que su curso y pronóstico a largo plazo es similar al de trastornos de inicio más tardío (Higgs et al, 1989; Walford & McCure, 1991)^(18,23), y para otros el inicio temprano sería un factor de buen pronóstico (ver Steinhausen, 1994)⁽²²⁾. Con todo, es de reseñar que cuando se inicia en estas edades puede retrasar la aparición de la pubertad y limitar el desarrollo físico, a veces de forma permanente (Bryant-Waugh et al, 1988)⁽²⁴⁾.

Por su parte la *bulimia nerviosa* suele aparecer más avanzada la adolescencia, con un pico de inicio alrededor de los 19 años (Steinhausen, 1994)⁽²²⁾, sin que hayamos encontrado ningún informe de bulimia nerviosa prepuberal en nuestra revisión de la literatura.

BIBLIOGRAFÍA

1. Linberg L, Bohun G, Hagekull B. Early feeding problems in a normal population. *Int J Eating Dis* 1991;10:395-405.
2. Skuse D. Feeding and Sleeping Disorders. En: *Child and Adolescent Psychiatry. Modern Approaches*. 3ª edición. London: Blackwell Scientific Publications; 1994. p. 467-89.
3. Illingworth RS. El niño normal. Londres: Churchill Livingstone; 1993.
4. Hide DW, Guyer BM. Prevalence of infant colic. *Arch Dis Childhood* 1982;57:559-60.
5. Milla PJ. Intestinal motility and its disorders. *Clin Gastroenterol* 1986;15:121-136.
6. Paton JY, Nanayakkhara CS, Simpson H. Vomiting and gastro-oesophageal reflux. *Arch Dis Childhood* 1988;63:837-56.
7. Milla PJ. Reflux vomiting. *Arch Dis Childhood* 1990;65:996-9.
8. Dahl M, Sundelin C. Early feeding problems in an affluent society: I) categories and clinical signs. *Acta Paediatr Scand* 1986a;75:370-9.
9. Dahl M, Eklund G, Sundelin C. Early feeding problems in an affluent society: II) determinants. *Acta Paediatr Scand* 1986b;75:380-7.
10. Chatoor I, Egan J, Getson P, Menvielle E, O'Donnell R. Mother-infant interactions in infantile anorexia nervosa. *J Am Acad Child Adolescent Psychiatry* 1988;27:535-40.
11. Sturm L, Stancin T. Do babies get anorexia? *J Am Acad Child Adolescent Psychiatry* 1990;29:316-8.
12. Prior M. Childhood temperament. *J Child Psychol Psychiatry* 1992;33:249-79.
13. Mayes SD, Humphrey FJ, Handford HA, Mitchell JF. Rumination disorder: differential diagnosis. *J Am Acad Child Adolescent Psychiatry* 1988;27:300-2.
14. Birch LL. The control of food intake by young children: the role of learning. En: Taste, editor. *Experience and Feeding*. Washington: APA; 1990. p. 116-38.
15. Harris G, Thomas A, Booth DA. Development of salt taste in infancy. *Dev Psychol* 1990;26:534-8.
16. Harris G, Booth IW. The nature and management of eating problems in preschool children. En: *The Nature and Management of Feeding Problems and Eating Disorders in Young People*. New York: Harwood Academic; 1992.
17. Minde K, Minde R. *Infant Psychiatry. An Introductory Text*. London: Sage Publications; 1986.
18. Higgs JF, Goodyer IM, Birch J. Anorexia nervosa and food avoidance emotional disorder. *Arch Dis Childhood* 1989;64:346-51.
19. Bryant-Waugh R, Kaminski Z. Overview. En: *Childhood onset anorexia nervosa and related eating disorders*. Sussex: Lawrence Erlbaum Associates; 1993.

- 126
20. Lask B, Britten C, Kroll L, Magagna J, Tranter M. Pervasive refusal in children. *Arch Dis Childhood* 1991;66:866-9.
 21. Bryant-Waugh R, Lask B. Annotation: Eating disorders in children. *J Child Psychol Psychiatry* 1995;36:191-202.
 22. Steinhausen, HC. Anorexia and Bulimia Nerviosa. En: *Child and Adolescent Psychiatry. Modern Approaches*. 3^a edición. London: Blackwell Scientific Publications; 1994. p. 425-40.
 23. Walford G, McCure N. Long-term outcome in early-onset anorexia nervosa. *Br J Psychiatry* 1991;159:383-9.
 24. Bryant-Waugh R, Knibbs J, Fosson A, Kaminski Z, Lask B. Long-term follow-up of patients with early-onset anorexia nervosa. *Arch Dis Childhood* 1988;63:5-9.