

**COMENTARIOS PARA LA COMPRENSIÓN DE UN CASO  
CON ALTERACIONES EN LA CONDUCTA  
ALIMENTARIA**

Las dificultades en la alimentación -desde la anorexia a la bulimia- suelen estar presentes, asociadas junto con otros síntomas, en las consultas que los padres efectúan al profesional de la salud mental. En general, comer se asocia a crecer, estar sano, etc., es por ello que es una fuente importante de angustia en los padres todo lo relacionado con la alimentación. En este sentido, Winnicott<sup>(1)</sup>, ya resaltaba la frecuencia con que se dan alteraciones en el apetito en las enfermedades psiquiátricas, subrayando que el apetito desmesurado como síntoma resulta ser una defensa contra la angustia y la depresión.

Presentamos a continuación un caso clínico de un niño de ocho años de edad que presentaba una variedad de síntomas: bajo rendimiento escolar, torpeza motora, apetito desmesurado, conducta inestable, mal manejo de los celos y dificultades de relación tanto con adultos como con iguales. A través del análisis del caso, intentamos mostrar la existencia de un trasfondo depresivo y de fuertes ansiedades que son expresadas sintomáticamente mediante un comportamiento inestable y una conducta voraz. También se destaca la comprensión psicodinámica de la estructura familiar que incide en las perturbaciones del chico.

*Historia del paciente:* el niño de ocho años de edad, es el mayor de dos hermanos (su hermana tiene un año y medio en el momento de la consulta). Fue un hijo deseado. La madre le dio el pecho durante dos o tres meses. Al principio, se hizo cargo de él una tía, por padecer la madre una depresión postparto. Posteriormente, el niño fue llevado a una guardería todo el día, permaneciendo el resto del día con su abuela, hasta que su madre regresa de trabajar.

Los padres lo describen de pequeño como un niño normal que dormía todo el día. Destacan que es muy patoso y propenso a los accidentes, cortándose, etc. Remarcan que de siempre ha sido muy comilón, "come más que el padre" y nunca tiene bastante, "sólo piensa en comer, es su locura". El chico presenta una estatura superior a la de su edad y se le puede considerar obeso.

La relación actual con los padres no es buena, especialmente con la madre. Según ellos les toma el pelo. Siempre están regañándole, incluso han llegado a pegarle. La madre se siente desbordada, no funcionan los castigos, ni tampoco darle todos sus caprichos. La madre no trabaja desde el nacimiento de la hermana y el padre pasa muchas horas fuera de su domicilio familiar.

Es muy despistado, se equivoca de autocar escolar. En casa es desordenado y desobediente, tira juguetes a la calle desde el balcón. Dice mentiras. Con los abuelos se repite el mismo patrón de conducta. Su relación con la hermana tampoco es

bueno, tiene muchos celos de ella. Cursa 3º de E.G.B. Tendría que haber repetido pero la maestra pensó que como el chico es de constitución física grande, esto le acomplejaría ante los demás. Se esfuerza poco. Les han dicho que tiene dislexia. Las relaciones con niños de su edad tampoco son buenas, debido a su gran complexión, sólo lo quieren para que los defienda o pegue a otros. Le gusta ir a la suya. No sabe jugar solo, solamente le gusta ensuciarse, tirarse por el suelo, mancharse con la arena.

En la primera entrevista, la madre llora, dice estar muy deprimida, y pregunta sobre la posibilidad de tratarse ella. La madre muestra preocupación y desespero pero también muchas quejas, al parecer ha tratado a su hijo de todos los medios posibles que se le han ocurrido. El padre comenta que su hijo es normal, que lo que ocurre es que es muy nervioso y no tiene hábitos de orden y que su mujer tiene muy poca paciencia. La madre le reprocha que pasa pocas horas en casa y no puede saber lo insoportable que puede ser el niño. El padre remarca que se pasa el día trabajando porque "lo primero es comer".

**PRUEBAS DIAGNÓSTICAS**

En el servicio de Neurología se descartó una posible organicidad de la falta de control en el comportamiento y en la ingesta de comidas, por lo que se derivó el caso al psicólogo.

En la exploración psicológica se administró: Wisc, Bender, Patanegra, H.P.T., y Hora de juego.

Los resultados del Wisc indican una inteligencia normal media (C.I. total = 94; C.I. verbal = 96 y C.I. manipulativo = 93). Se observa que se esfuerza poco durante esta prueba y que podría haber obtenido mejores resultados. El rendimiento más bajo se da en las pruebas que requieren mayor atención y concentración. El test de Bender presenta alteraciones por conflictos emocionales. El test Patanegra detecta sentimientos de exclusión y celos muy mal manejados y miedo a ser constantemente castigado. En las situaciones en que se siente perseguido contesta siempre con agresión. El H.T.P. denota omnipotencia, necesidad de límites, imagen muy negativa de sí mismo y rasgos depresivos. En la Hora de juego muestra voracidad, agresividad oral, falta de contenido y necesidad de límites.

**COMENTARIO**

El caso que presentamos es el de un niño dominado por ansiedades muy intensas que son expresadas sintomáticamente a través de su comportamiento inestable y de su conducta voraz. A causa de su comportamiento provocativo

62 y de la respuesta inadecuada de su entorno, el niño se ha ido creando una imagen de sí mismo como "malo" y culpable, que nos haría pensar en un trastorno depresivo. Su bajo rendimiento en tareas de atención y concentración no son debidos a su déficit cognitivo sino a estímulos internos perturbadores que interfieren su ejecución intelectual.

En las sesiones diagnósticas, se detectó además una gran voracidad (cuya traducción directa externa es su gran apetito, pero no la única) y también una fuerte agresividad. A partir de este síntoma y aproximándonos más al funcionamiento psicológico de este tipo de niño estamos de acuerdo con Kreisler y cols.<sup>(2)</sup> en que la psicología del niño obeso es inseparable de su entorno, ya que es en él donde el niño adquiere hábitos bulímicos. Generalmente, la causa de que una madre, o quien cumple las funciones maternas, siempre responde con comida ante las necesidades de su bebé la encontramos en su propia personalidad, en su patología. La alimentación es la primera forma de comunicación -y por tanto de relación- entre la madre y el recién nacido. Sería, por tanto, en esta relación donde se daría el fracaso que conllevaría a satisfacer inmediatamente cualquier deseo del niño mediante la alimentación. En esta misma línea se encuentra la hipótesis de Bruch<sup>(3)</sup>, según la cual el origen de algunas obesidades se halla en una falta de aprendizaje de la sensación del hambre en la primera infancia, y las hipótesis de los trabajos experimentalistas de Schachter<sup>(4)</sup>. Pensamos que una "madre" con estas características se sentirá seguramente demasiado identificada con el bebé que llora, siendo entonces sus propios aspectos infantiles los que han de ser inmediatamente satisfechos. En términos de Bion<sup>(5)</sup>, diríamos que esta madre no posee capacidad de "réverie", es decir de hacerse cargo de las diferentes necesidades y deseos de su bebé y poder obrar en consecuencia. En este sentido, nos parece fundamental el hecho de que la madre sufriera una depresión post-parto, ya que una madre deprimida sin duda no presenta la receptividad idónea hacia las necesidades de su bebé. Por lo tanto, un bebé con una madre de estas características, no sabrá cuándo tiene necesidad de comer o de afecto, etc. En estos casos, la necesidad afectiva, según señala Jeammet<sup>(6)</sup>, puede quedar ubicada en la comida y transformarse en deseo alimentario. El niño encon-

traré en la comida la solución -aparente- a todas sus necesidades pero, precisamente porque es sólo una solución aparente, se verá impulsado a comer sin que se sienta nunca saciado. A un nivel más inconsciente, Riviere<sup>(7)</sup> considera que las cosas que anhelamos nos sirven como garantía contra el temor de hallarnos internamente vacíos. También nos parece interesante la aportación de Winnicott<sup>(1)</sup> de la analogía que supone para el niño pequeño la palabra interior con el vientre.

En el caso expuesto vemos como cualquier demanda del niño es satisfecha por los padres dando comida o cosas materiales. Esto queda patente cuando el chico durante una sesión del tratamiento explica que con frecuencia se despierta lleno de miedo durante la noche, en estas ocasiones llama a los padres, éstos le dan agua y lo mandan otra vez a la cama, pero a él con el agua -nos cuenta- no se le va el miedo.

En cuanto a la estructura familiar, la figura del padre de niños obesos ha sido descrito por Brich<sup>(3)</sup>, como distante, que interviene poco. La madre, en cambio, suele ocuparse del hijo dejándose dominar por concepciones acerca de un niño perfecto y una educación perfecta, en detrimento de una atención dirigida al niño tal y como es. En nuestro caso, se cumplen ambas descripciones.

Jeammet<sup>(6)</sup> señala que la forma de relacionarse de estos sujetos con la comida se generaliza también a otras áreas. Para ilustrar esto transcribimos un fragmento de sesión de tratamiento: "el chico llega a la sesión, coge todos los folios en blanco que se le han ofrecido y en un momento los garabatea, de forma que a los cinco minutos ya se ha "comido" todos los folios y ya está pidiendo más. Observamos como este "devorar" sea comida, folios u otras cosas, está al servicio de apaciguar ansiedades y llenar vacíos. Pensamos que solamente si el psicoterapeuta es capaz de contener estas ansiedades y de devolverlas más elaboradas, haciendo uso de su propia capacidad de "réverie", es decir, ubicándolas en su auténtico significado emocional, podrá ayudar al niño.

G. Callicó Cantalejo  
E. Requena Varón

Universitat de Barcelona

Dept. de Personalitat, Avaluació i Tractament Psicològic

## BIBLIOGRAFÍA

- 1 Winnicott D. *Apetito y trastorno emocional. Escritos de Pediatría y Psicoanálisis*. Barcelona: Laia, 1979.
- 2 Kreisler L, Fain M, Soule M. *L'enfant et son corps: études sur la clinique psychosomatique du premier âge*. París: Press Universitaires, 1981.
- 3 Bruch H. *Les yeux et le ventre*. Payor. París, 1975.
- 4 Schachter S. Some extraordinary facts about obese human and rats. *Amer Psychol* 1971;126:129-144.
- 5 Bion W. *Aprendiendo de la experiencia*. Paidós. Buenos Aires, 1980.
- 6 Jeammet Ph. *Trastornos de la personalidad y conducta alimenticia en la adolescencia: Anorexia y bulimia. Cuadernos de Psiquiatría y psicoterapia infantil* 1989;8.
- 7 Riviere J. Amor, odio y reparación. En: Klein M: *Obras completas*. Buenos Aires: Paidós-Horme, 1980.