

# TRASTORNOS DE LA ALIMENTACIÓN



Al Alba Empresa de  
Servicios Educativos, S.L.



## ÍNDICE

1. Trastorno de la conducta alimentaria del niño .....	3
2. Etiología .....	4
2.1. FACTORES DE RIESGO.....	4
2.2. OTROS ELEMENTOS INFLUENCIABLES .....	5
3. SÍNTOMAS DE TRASTORNOS ALIMENTICIOS .....	6
3.1. SÍNTOMAS FISIOLÓGICOS .....	6
3.2. SÍNTOMAS CONDUCTUALES .....	7
4. Patología.....	7
4.1. TRASTORNOS DE LA ALIMENTACIÓN INFANTIL (1-6 años).....	7
4.2. TRASTORNOS ALIMENTARIOS PREPUBERALES (6-12 años).....	8
4.3. TRASTORNOS ALIMENTARIOS ADOLESCENTE (12-18 años).....	8
4.4. ALARMA SOCIAL.....	8
4.5. NUEVO “BROTE EPIDÉMICO” .....	8
5. Familia y crianza .....	9
5.1. ESTILO RESPONSABLE O ASERTIVO .....	9
5.2. ESTILO CONTROLADOR O AUTORITARIO .....	9
5.3. ESTILO INDULGENTE O PERMISIVO.....	10
5.4. ESTILO NEGLIGENTE .....	10
6. Tipos de trastornos alimenticios.....	10
6.1. AVERSIÓN ALIMENTARIA .....	10
6.2. TRASTORNOS DE LA ALIMENTACIÓN.....	11
7. Sexo y género .....	11
8. Prevención y tratamiento .....	12
8.1. PREVENCIÓN .....	12
8.2. TRATAMIENTOS.....	13
9. Difusión de los tca .....	13
10. Referencias.....	14



## 1. TRASTORNO DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA DEL NIÑO

Problema relacionado con la conducta alimentaria, lo suficientemente importante para producir un trastorno nutricional o socioemocional en el niño (entre 0-6 años de edad) y en los cuidadores, lo que requerirá de un tratamiento específico.



Recientemente, se ha definido el **trastorno de alimentación** en la edad pediátrica, como. La existencia de una ingesta oral alterada no apropiada para la edad, asociada a problemas médicos, nutricionales, de habilidades de la alimentación y/o disfunción psicosocial.

Los **Trastornos de Conducta de Alimentación** (TCA) del niño pequeño aparecen habitualmente entre los 0 y 6 años, siendo mucho más frecuentes por debajo de los 3 años. Especialmente importantes y delicadas son las etapas de transición, de la lactancia materna o biberón a la cuchara, y de la comida triturada a la sólida.

Es difícil establecer su incidencia con claridad, debido a la heterogeneidad de las situaciones que engloban estos cuadros clínicos. Se estima en hasta un 20-30% de los niños sanos con desarrollo normal y en un 80% en niños con necesidades especiales o alteraciones del desarrollo, de los cuales, la gran mayoría se tratará de trastornos leves o percepciones erróneas por parte de los padres, y solo en un 1-5% de los niños estaremos ante un verdadero TCA.

En la mayoría de los casos, nos encontramos ante una falsa percepción de los cuidadores, pero hasta en un 5% de los niños puede existir un verdadero TCA.

Un punto muy destacado entre los trastornos de la alimentación en niños es su **variedad**. En función de la edad del niño y de su comportamiento, podemos **encontrar muchos tipos de desórdenes alimenticios** diferentes. Así, en cada etapa madurativa del menor serán más o menos comunes unos u otros trastornos.

**No existe un enfoque o tratamiento único para abordarlos.** Algunos de estos desordenes serán leves y de poca gravedad, mientras que otros pueden resultar realmente severos y alarmantes. Los comportamientos que los caracterizan, las señales que los ponen de manifiesto, sus consecuencias sobre la salud y la manera de prevenirlos o tratarlos serán, por lo tanto, muy diferentes en función de cada caso concreto. Por ello, el primer paso ante una señal de alarma será siempre asegurarnos de tener un buen diagnóstico.

## 2. ETIOLOGÍA

El acto de comer no solo es una necesidad primaria para el niño, sino que contribuye de manera esencial a la relación con su familia y entorno. El desarrollo de la alimentación se inicia desde el nacimiento, evolucionando a medida que las funciones psicomotoras y sensoriales van madurando. En este proceso intervienen **factores**: genéticos, biológicos, conductuales, emocionales y ambientales, que van evolucionando, y su interacción influye de manera directa en la regulación de la sensación de hambre y saciedad del niño, que se verá alterada si todos estos factores no funcionan de manera coordinada.

### 2.1. FACTORES DE RIESGO

La literatura recoge numerosos **factores de riesgo** que pueden predisponer a presentar un TCA en el niño, como pueden ser:

- Predisposición genética.
- Dificultad en la alimentación a edad temprana (cólicos frecuentes, vómitos, alimentación lenta o dificultades en la succión).
- Orden de nacimiento (más común en primogénitos).
- Bajo peso para edad de gestación.
- Ausencia de lactancia materna exclusiva en los primeros meses.
- Retraso en la introducción de sólidos más allá de los 9 meses.
- Prácticas inadecuadas de destete.

- Prácticas inadecuadas de alimentación temprana (poca variedad en la dieta, horarios y prácticas de comidas mal estructuradas).
- Historia previa de enfermedad significativa.
- Conflictos entre cuidadores y niño a la hora de comer.
- Historia parental de ansiedad, trastornos de alimentación y preocupación por la imagen corporal.

## 2.2. OTROS ELEMENTOS INFLUENCIABLES

Existen **otros elementos** a tener en cuenta a la hora de desarrollar estos desórdenes alimenticios como:

- Estilo educativo y relación con los padres: Existen múltiples estudios que demuestran la importancia del entorno familiar y su influencia sobre el desarrollo de los niños. En este desarrollo se incluyen diversos ámbitos, como el apego, las relaciones sociales o los patrones alimenticios.

Esto se debe a la correlación que existe, por ejemplo, entre factores emocionales y alimentarios. Así, los niños con baja autoestima, con ansiedad o con estrés, por ejemplo, tienen mayor probabilidad de desarrollar desórdenes alimenticios. Muchas veces el entorno familiar es el que propicia este tipo de sentimientos o emociones; esto explica que los trastornos alimenticios sean mucho más frecuentes en niños cuyo entorno familiar está desestructurado.

- Estilo de alimentación de los padres: Relacionado con el punto anterior, la infancia es una edad en la que los niños aprenden todo de sus padres. Por ello, es en los primeros años de vida cuando debe enseñarse al menor una relación sana con la comida. Disponer de unos horarios de comida fijos y constantes o consumir todo tipo de alimentos serían algunas de estas pautas. Del mismo modo, no se fuerza al niño a comer o se le coacciona, sino que se le guía.

Por el contrario, el problema surge cuando se ignoran las señales de hambre o de necesidad emocional del menor. Esto quiere decir que no se enseña bien al niño si tanto si no se le da de comer suficiente como si se le obliga cuando no tiene ganas, o si se le chantajea emocionalmente o se le proporcionan recompensas inadecuadas. Cualquiera de estas conductas puede dar lugar a una relación negativa del menor con la comida. Esto, más adelante, podría ser un factor de riesgo que propiciase la aparición de un desorden.

- Factores personales del niño: encontramos también los elementos inherentes a la *personalidad* del niño. Aquí hablaríamos por ejemplo del temperamento, las conductas y las *emociones* del propio menor.

Evidentemente, existen niños más propensos a desarrollar actitudes compulsivas que otros, o a ser más perfeccionistas o rígidos. Cualquiera de estos aspectos, inherentes a la forma de ser de cada individuo, pueden ser también un factor de riesgo. La timidez, la vergüenza o el aislamiento social son también rasgos relacionados con algunos trastornos alimenticios. El autocontrol, la impulsividad o el nivel de actividad serían otros, por citar solo unos pocos ejemplos.

### 3. SÍNTOMAS DE TRASTORNOS ALIMENTICIOS

Los indicios sobre un posible problema de alimentación son varios y éstos pueden darse juntos o por separado y podrán tener lugar de manera esporádica o continuada.

Los síntomas que pueden darse se engloban en dos aspectos principales, tales como el fisiológico y el conductual.

#### 3.1. SÍNTOMAS FISIOLÓGICOS

Con respecto a los síntomas fisiológicos podemos destacar los siguientes:

- Molestias o problemas del niño al tragar alimentos.
- A veces los alimentos se “van por otro lado”, a la tráquea o al sistema respiratorio.
- Señales de dolor a la hora de comer.
- Náuseas o dolor de barriga antes de comer.
- Vómitos, náuseas o diarrea después de haber comido.
- Pérdida o ganancia de peso rápida o injustificada.
- Actividad física excesiva.

### 3.2. SÍNTOMAS CONDUCTUALES

Los síntomas conductuales pueden ser variados, tales como:

- Limitación excesiva de la ingesta de alimentos.
- Limitación del tipo de alimentos que se consumen.
- El niño come habitualmente alimentos distintos al resto de la familia.
- Obsesión por la apariencia física en adolescentes, o comparaciones constantes con otros niños.
- Visitas frecuentes del niño al baño.
- Atracciones de comida, de dulces o de chucherías.

## 4. PATOLOGÍA

La psicopatología del niño y del adolescente tiene siempre una expresión vincular y una repercusión en el desarrollo evolutivo (detenciones, disarmonías, regresiones).

Hay trastornos de la alimentación infantil, niños difíciles de alimentar (1-6 años), desórdenes prepuberales (6-12 años) y trastornos del adolescente (12-18 años).

Tienen en común la repercusión fisiopatológica (pérdida o ganancia de peso), una mentalización parcial y un vínculo inseguro.

### 4.1. TRASTORNOS DE LA ALIMENTACIÓN INFANTIL (1-6 AÑOS)

Irene Chatoor fue la primera que describió la anorexia infantil desde el modelo anglosajón y éstas son las formas de trastorno: enfermedad orgánica, ingesta altamente selectiva, anorexia infantil, TCA post traumático, TCA y reciprocidad con el cuidador, y TCA y regulación de ciclos básicos.

Niños con una sonda nasogástrica, están alimentados enteramente y con una relación con sus padres desesperante.



#### **4.2. TRASTORNOS ALIMENTARIOS PREPUBERALES (6-12 AÑOS)**

En prepuberales se presentan como anorexia nerviosa, comedor selectivo, fobia a tragar, comedor emocional, vómitos cíclicos, bulimia, trastornos por sobre ingesta, TCA Alexi tímico o psicossomático.

#### **4.3. TRASTORNOS ALIMENTARIOS ADOLESCENTE (12-18 AÑOS)**

Se presentan como anorexia nerviosa, anorexia nerviosa purgo-bulímica, síndromes parciales, anorexias atípicas, bulimia nerviosa purgativa, trastorno por atracones.

Normalmente se dividen los cuadros alimentarios que cursan con infra peso de los que cursan con sobrepeso.

#### **4.4. ALARMA SOCIAL**

Los TCA se han convertido en una enfermedad con gran interés mediático, esto ha permitido que la alarma social haya llegado a la población y la detección ha sido mucho más temprana. Las madres, como grupo, se han “empoderado” y la sintomatología alimentaria de las hijas les han llevado a consultar rápidamente.

Esta alarma social llega a los pediatras y médicos de familia, y responden rápidamente. Hace 10 años tenían un porcentaje de acierto del 95 %, en cambio en el déficit atencional es de un 40-50%.

#### **4.5. NUEVO “BROTE EPIDÉMICO”**

Sin embargo, estamos ante un nuevo “brote epidémico”. niñas en muy mal estado general y con graves complicaciones médicas.

Casi un 10% de madres y familiares que consultan tuvieron un T.A. Se habla de una segunda generación y probablemente habrá una tercera generación. En cada crisis económica y social aumenta el número de consultas en toda la psiquiatría.

Hace unos 20 años, cuando se hicieron estudios de población, el hecho de que la madre trabajara a tiempo completo era un factor de riesgo para las niñas, no para los varones. Había un 30 % de mamás trabajadoras, en cambio hoy hay un 70 %. Pero hay datos que establecen que la detección de los casos ha mejorado por parte de las madres.



Probablemente se pierde la capacidad de protección a nivel familiar cuando hay una crisis.

## 5. FAMILIA Y CRIANZA

La alimentación es el acto relacional por excelencia, por lo que es fundamental la interrelación que existe entre padre e hijos para condicionar una **adecuada conducta alimentaria**. De esta manera, los diferentes estilos educativos (influidos por las normas culturales, la preocupación de los padres y las características del niño) pueden influir de manera tanto positiva como negativa en la aparición de este tipo de trastornos. Estas prácticas se han clasificado en **4 tipos fundamentales**, y conocer ante cual nos encontramos nos ayudará a un mejor enfoque y manejo del caso.

### 5.1. ESTILO RESPONSABLE O ASERTIVO

Los padres **guían** al niño en la alimentación y **fijan límites** sin recurrir a técnicas de coacción, son sensibles y afectivos, hablan positivamente de los alimentos, siendo un modelo para sus hijos. Determinan claramente qué, dónde, cómo y cuándo debe comer el niño, dejándole decidir cuánto puede ingerir. Este estilo educativo es el más **adecuado**, consiguiendo que el niño reconozca adecuadamente los signos de hambre y saciedad, y realicen con más frecuencia una dieta equilibrada adecuada para su edad.

### 5.2. ESTILO CONTROLADOR O AUTORITARIO

Es aquel en el que los padres ejercen un **control estricto** sobre el niño, llegando a la fuerza, el castigo y la coacción, ignorando las señales de hambre y saciedad en el niño. Convierten las comidas en un infierno, siendo claramente **contraproducentes** a medio plazo.

### 5.3. ESTILO INDULGENTE O PERMISIVO

Es el caso diametralmente opuesto al anterior. El niño hace lo que le place, manejando a sus padres a voluntad, sin establecerse **ningún límite**. Come lo que le apetece, en el sitio que más le place y cuando le da la gana, lo que condiciona una **dieta inadecuada** y un mayor riesgo de obesidad.

### 5.4. ESTILO NEGLIGENTE

Son padres sin sentido de la responsabilidad y **desapegados**, pudiendo llegar a presentar problemas emocionales y psiquiátricos. No establecen **ninguna pauta**, ignoran las necesidades afectivas y físicas de sus hijos, pudiendo llegar a tener consecuencias graves.

Podremos diferenciar ante qué estilo nos encontramos mediante la observación directa de las comidas (grabación de vídeo) o realizando 3 preguntas sencillas: ¿está muy preocupado por la alimentación de su hijo?, ¿qué ocurre durante las comidas?, ¿qué hacen ustedes cuando su hijo no come?

10

## 6. TIPOS DE TRASTORNOS ALIMENTICIOS

Son muy variados los distintos trastornos de la alimentación en niños que podemos encontrar. Además, estos pueden ir desde pequeños desórdenes hasta auténticos trastornos con graves implicaciones para la salud. Por este motivo, vamos a diferenciar entre **dos grandes tipos** de problemas alimentarios en niños como pueden ser la aversión alimentaria y los trastornos de la alimentación:

### 6.1. AVERSIÓN ALIMENTARIA

En este primer grupo encontraríamos los casos tradicionalmente considerados **menos graves**, aunque algunos de ellos pueden llegar a ser serios. Se trata esencialmente de aquellas situaciones en las que el menor tiene ciertas “manías” relacionadas con la comida.

Un ejemplo típico sería el niño que no come verduras, o que solo quiere puré. En situaciones más acusadas, por ejemplo, la actitud característica sería la falta de apetito, no masticar o comer muy lento. A veces, la aversión puede llegar a toda una categoría de alimentos, por motivos como su sabor, color o textura.

En la mayor parte de los casos, este tipo de problemas no se relaciona únicamente con la alimentación; por el contrario, es frecuente que se trate de una manifestación secundaria respecto de un problema primario. Por ello, muchas veces aquí lo más importante es identificar y tratar estos problemas primarios.

## 6.2. TRASTORNOS DE LA ALIMENTACIÓN

En estos supuestos hablamos ya de los auténticos trastornos de la alimentación en niños. Se trata de enfermedades tales como anorexia, bulimia o el trastorno por atracones.

Estos son trastornos **altamente complejos** y con un grave riesgo para la salud del menor. Su tratamiento suele ser complejo, y requiere de la intervención de profesionales tanto médicos como de la psicología. Además, la intervención aquí se producirá tanto sobre le menor como sobre su familia; esta habrá de aprender técnicas y estrategias para ayudar al niño a gestionar y prevenir su enfermedad.

En la mayor parte de los casos, este tipo de trastornos se da a partir de la adolescencia, o poco antes. Por lo general, los niños de menor edad suelen limitarse casi siempre a las aversiones alimentarias, explicadas anteriormente. Sin embargo, muchas veces estos trastornos vienen precedidos por las aversiones alimentarias, motivo por el cual es tan importante abordarlos tan pronto como se sospeche de su existencia.

## 7. SEXO Y GÉNERO

En prepuberales, adolescentes y jóvenes, se continúa hablando en femenino ya que la prevalencia en mujeres es 8 o 9 veces mayor que en varones. Están más expuestas a la publicidad, a desarrollar conductas de riesgo y comparan sus cuerpos para luego sentir, a veces, profunda insatisfacción corporal. Además, presentan una vulnerabilidad fisiológica específica ante las dietas para adelgazar.

En los niños que comen mal la relación entre chicos y chicas es muy parecida. En prepúberes empieza a ser de 6-4 de niñas hacia niños y en adolescentes aumenta. En adultos va nivelándose después de la menopausia y en los anoréxicos viejos se igualan.

## 8. PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO

Cuando analizamos los trastornos de la alimentación en niños, existe una clara diferenciación entre la **prevención** y el **tratamiento**. En el primer supuesto, hablamos esencialmente de medidas educativas dirigidas a los padres, para que sepan guiar a su hijo; en el caso del tratamiento, la intervención se centra mayoritariamente en el menor, para que supere su problema.

### 8.1. PREVENCIÓN

Una buena **educación**, tanto dietética como afectiva, es la mejor manera de prevenir los trastornos de la alimentación en niños. Para ello, desarrollar ciertos **hábitos** resulta de gran efectividad. Algunos de estos son los siguientes: Establecer pautas de **comunicación** sanas y de **confianza** dentro de la familia.

- Enseñar a los niños la importancia de unos hábitos alimenticios saludables.
- Comer siempre en familia, aprovechando para comentar el transcurso del día y generar un punto de encuentro.
- Comer siempre en horarios regulares, facilitando la asimilación de hábitos y rutinas.
- Incluir en las comidas todo tipo de alimentos, alternándolos y variando frecuentemente.
- Prestar atención a las necesidades emocionales del niño, hablando con él y atendiendo a sus inquietudes.
- Reconocer los logros alcanzados por el niño, fortaleciendo su autoestima, y animándole a nuevas metas.
- Interesarse por las relaciones sociales del menor, averiguando con quién y cómo se relaciona y animándole a ello.
- Fomentar su actividad física, y participar en ella tanto como sea posible.
- Establecer pautas de comunicación sanas y de confianza dentro de la familia.

## 8.2. TRATAMIENTOS

Una vez que los desórdenes alimenticios ya se han desarrollado, la prevención pierde importancia y se requiere un tratamiento. Este, por lo general, suele ser mucho más complejo y prolongado que las medidas preventivas. Sin embargo, el tratamiento no tiene por única finalidad poner fin al desorden, sino también evitar que vuelva a producirse en el futuro, por lo que la finalidad de prevención sigue igualmente vigente.

Respecto a aquellas medidas dirigidas específicamente para terminar con el desorden, dos son especialmente útiles, la **psicoterapia** y los **fármacos**. Mediante la intervención psicológica, se persigue que el menor consiga controlar y evitar sus comportamientos alimentarios nocivos. Así, se identifican los **pensamientos distorsionados** que dan lugar al trastorno, para poder eliminarlos y corregir esa conducta. Otras veces, se emplea también la **terapia familiar**, en la que se involucra a los padres en la solución del trastorno de su hijo.

El uso de **farmacología**, por su parte, suele reservarse para **casos más severos** y estará siempre sujeta a prescripción médica. Con estos medicamentos se suelen evitar muchos de los síntomas del trastorno, como por ejemplo la **ansiedad** o la **depresión**. Otras veces, se emplean como forma de atacar la raíz del desorden. Esto sería, por ejemplo, cuando se usa para estimular el apetito del paciente, o para evitar las náuseas.

## 9. DIFUSIÓN DE LOS TCA

Durante la edad escolar, el niño accede progresivamente al reconocimiento de la corporalidad y a saber el efecto de la comida en su organismo. Aún no tiene la capacidad de abstracción y regulación emocional que le permita la expresión verbal plena de la sintomatología cognitiva propia de los trastornos de alimentación; la mayoría de síntomas y signos de los trastornos de alimentación a estas edades son conductuales y físicos. Destaca la rapidez con que aparece y se desarrolla el trastorno de alimentación en esta edad, que, a veces desborda la capacidad de respuesta de la familia y sanitarios.

A partir de los 9 años las niñas consumen más televisión, buscan figuras de identificación de adultas jóvenes y aumenta la publicidad de riesgo -aumenta también la penetración de publicidad de tipo adictivo: tabaco, alcohol-.

La mayoría de las familias cumplen un papel de protección. Pero la difusión que más preocupa es entre los propios adolescentes. Hay cuatro mecanismos: presión, imitación, competencia e identificación entre las chicas. La presencia de varones ha mejorado la situación porque cortan la difusión de la comunicación. Los colegios femeninos tienen una mayor casuística que los mixtos.

Se ha avanzado mucho, se han creado unidades de referencia en todas las comunidades autónomas y se ha sensibilizado suficientemente al personal.

## 10. REFERENCIAS

Campuzano, S. H. (2020). Trastornos de la conducta alimentaria en el niño pequeño. *Pediatría Integral*; XXIV(2): 108-114. Recuperado de:

<https://www.pediatriaintegral.es/publicacion-2020-03/trastornos-de-la-conducta-alimentaria-en-el-nino-pequeno/>

Graell, M., Faya, M. y Villaseñor, A. (2015). Signos de alerta en los trastornos de la conducta alimentaria en Atención Primaria. Del nacimiento a la adolescencia. *Pediatría*, 2015. 423-430. Recuperado de:

<https://www.aepap.org/sites/default/files/cursoaepap2015p423-430.pdf>

Morandé, G. (2012). Situación actual de los TCA en la infancia y adolescencia. Recuperado de:

<https://www.institutotomas Pascualsanz.com/situacion-actual-de-los-tca-en-la-infancia-y-adolescencia/>

Psicología y Formación (2022). *Trastornos de la alimentación en niños*. Recuperado de:

<https://www.somospsicologos.es/blog/trastornos-de-la-alimentacion-en-ninos/#:~:text=Limitaci%C3%B3n%20excesiva%20de%20la%20ingesta,al%20resto%20de%20la%20familia.>