

## ¿ANOREXIA EN LA INFANCIA?

Francisco Miguel Fenollar Iváñez; Ana Belén Martí Martínez; María Paz Castillo Alarcón; Mehdi Ziadi Trives; Raquel García Bouza; Ruxandra G. Danis; Cristina García Núñez.

Hospital General Universitario de Elche. Alicante

[francisco.fenollar@hotmail.es](mailto:francisco.fenollar@hotmail.es)

### RESUMEN:

Nos planteamos realizar una revisión sobre si puede existir o no la Anorexia Nerviosa en la infancia, basándonos en el caso de una niña de 5 años que acude a la Unidad de Salud Mental infantil, remitida por su pediatra por sospecha de Anorexia nerviosa. Tras la exploración observamos una niña de peso normal en el rango bajo, con parto y desarrollo psicomotor normal, sin antecedentes médicos, psiquiátricos ni familiares de interés que presenta deseos de estar más delgada y así lo refiere, vómitos tras las comidas que son presenciados por la madre, gran interés por las revistas de moda, por maquillarse y estar más "guapa", y pérdida de peso desde la aparición de este cuadro hace 1 mes. En la entrevista con los padres objetivamos como agente estresor la figura del hermano menor, del que siente celos, y como probable inicio de los síntomas el comentario del padre al ver un video de la niña cuando era un bebé, sobre el que comentó "que gordita que estabas". A pesar de la sintomatología no diagnosticamos de Anorexia al considerar que a esta edad no se puede tener el pensamiento abstracto suficiente para concebir la verdadera distorsión de la imagen corporal que está presente en los pacientes con anorexia, y consideramos que podían ser conductas que la niña imitaba (aunque no se sabe de quien) con la finalidad de llamar la atención de los padres, por ello fue tratada con psicoterapia aplicando técnicas de extinción, desapareciendo la sintomatología tras dos meses.

## ¿ANOREXIA EN LA INFANCIA?

Los trastornos de la conducta alimentaria son una preocupación para los sistemas de salud a nivel mundial. La anorexia nerviosa es un trastorno importante y de difícil definición que suele afectar a mujeres adolescentes y adultas. A la vista del interés que suscita este tema en la sociedad y a partir de un caso que nos llegó a la consulta de la Unidad de Psiquiatría Infantojuvenil del Centro de Salud, nos planteamos hacer una revisión de la edad de inicio de dicho trastorno y de la posibilidad o no de aparición del mismo en la infancia.

Se ha estimado que hasta el 25% de los lactantes y niños pequeños por lo demás sanos, así como hasta el 80% de los que presentan alguna alteración del desarrollo presentan problemas con la alimentación (Lindberg et al., 1991; Reilly et al., 1999). Las dificultades más habituales con la alimentación son el consumo de cantidades insuficientes o excesivas de alimento, el rechazo de la comida, las preferencias alimentarias demasiado restrictivas, los comportamientos inadecuados a la hora de comer y los hábitos alimentarios de carácter extraño.

Hay que distinguir los conceptos de anorexia nerviosa al que nos vamos a referir en nuestro estudio al de anorexia infantil, la cual se inicia habitualmente durante el periodo de desarrollo descrito por Mahler et al. (1975) como el periodo de separación e individuación, cuando el lactante y las personas que lo cuidan deben negociar las distintas cuestiones de autonomía. La anorexia infantil se caracteriza por el conflicto y la lucha por el control entre el lactante y la persona que lo cuida en lo que se refiere al consumo de alimentos por parte del niño. Así en el primer estudio clínico realizado sobre la anorexia infantil, esta enfermedad se describió como un trastorno de la alimentación de separación (Chatoor y Egan, 1983). En este cuadro los padres hablan de falta de hambre en el niño, de su rechazo de los alimentos y de la escasez en la ingestión de comida a pesar de todos sus esfuerzos para que el lactante se alimente. Los criterios diagnósticos del mismo son los siguientes:

- A. El niño rechaza la ingestión de cantidades suficientes de alimento durante al menos 1 mes.
- B. El inicio del rechazo del alimento tiene lugar antes de los 3 años de edad, generalmente durante la fase de transición a la alimentación con cuchara y a la autoalimentación.
- C. El lactante no comunica señales de hambre y muestra falta de interés por el alimento, pero manifiesta un elevado interés por la exploración o la interacción con el cuidador.
- D. El lactante muestra un retraso significativo del crecimiento.
- E. El rechazo del alimento no aparece a continuación de un episodio traumático.
- F. El rechazo del alimento no se debe a ninguna enfermedad médica subyacente

Definido ya el concepto de anorexia infantil para distinguirlo del concepto de anorexia nerviosa que nos concierne, vamos a describir el caso en discusión:

La paciente es una niña de 5 años de edad que acude a la Unidad de Salud Mental infantojuvenil del Centro de Salud, remitida por su pediatra por sospecha de Anorexia Nerviosa.

Como antecedentes personales observamos un parto y desarrollo psicomotor normal, no objetivamos enfermedades médicas ni psiquiátricas de interés ni en la paciente ni en la familia. La unidad familiar está constituida por los padres (el padre desarrolla una actividad laboral poco cualificada y la madre está al cuidado de los hijos), la paciente y un hermano menor de 2 años de edad.

Como antecedentes familiares no existe nada que suscite interés.

En la exploración física observamos una niña de peso normal en el rango bajo, y talla adecuada para su edad.

En la exploración psicopatológica observamos que la paciente está consciente y orientada en las tres esferas, colaboradora, no presenta signos de timidez o introspección sino al contrario, se muestra extrovertida y "coqueta", refiere deseos de estar más delgada para estar más guapa, disminución de la cantidad de ingesta en las comidas, vómitos inducidos tras la ingesta que son presenciados por la madre, gran interés por las revistas de moda, por maquillarse y estar más "guapa", "miedo" a aumentar de peso (aunque el concepto de miedo no queda completamente claro al contrastarlo con

## ¿ANOREXIA EN LA INFANCIA?

la percepción que tiene la paciente del mismo) y pérdida de peso desde la aparición de este cuadro hace 1 mes. No se objetivan alteraciones en el humor, ni en el sueño, acude a la escuela con normalidad, mantiene su buena relación con sus compañeros, no está más irritable ni presenta más rabietas.

En la entrevista con los padres objetivamos como agente estresor la figura del hermano menor, del que siente celos, ya que según refieren la paciente intenta "llamar su atención porque atiendan más a su hermano". Como probable inicio de los síntomas el comentario del padre al ver un video de la niña cuando era un bebé, sobre el que comentó "que gordita que estabas", según refieren, este comentario no gustó a la niña.

Desde que la niña inició el cuadro la actitud de los padres ha consistido en una sobreprotección, mayor cuidado y mayor atención, presencia de comentarios como que "está muy guapa" cuando se arregla, gran preocupación de los mismos por el cuadro alimentario.

Ante este cuadro el pediatra la deriva a Psiquiatría planteándose el diagnóstico de Anorexia Nerviosa como ya hemos indicado en el motivo de consulta, según los criterios internacionales de diagnóstico de Anorexia Nerviosa acorde al DSM-IV TR:

- A. Rechazo a mantener el peso corporal igual o por encima del valor mínimo normal considerando la edad y talla (por ej. pérdida de peso que da lugar a un peso inferior al 85% del esperable o fracaso en conseguir el aumento de peso normal durante el período de crecimiento).
- B. Miedo intenso a ganar peso o a convertirse en obesa, incluso estando por debajo del peso normal.
- C. Alteración de la percepción del peso o la silueta corporal (alteración del esquema corporal), exageración de su importancia en la autoevaluación o negación del peligro que comporta el bajo peso corporal.
- D. En las mujeres postpuberales, presencia de amenorrea, por ejemplo, ausencia de al menos tres ciclos menstruales consecutivos. (Se considera la presencia de amenorrea cuando una mujer presenta ciclos menstruales únicamente inducidos por tratamiento hormonal).

Como etiología más frecuente de anorexia en el niño encontramos las siguientes:

- Enfermedades agudas y crónicas del aparato digestivo: gastritis y gastroenteritis, ulcus duodenal; celiacía; al contrario de ésta, la mucoviscidosis evoluciona con apetito conservado, hepatitis aguda y crónica, cirrosis hepática.
- Enfermedades infecciosas agudas y crónicas respiratorias, virales, bacterianas, micóticas, etc., tos ferina, aftas, bronquitis espasmódicas, neumonías, tuberculosis.
- Lesiones cerebrales difusas y crónicas: trastornos y anomalías del metabolismo y enfermedades heredodegenerativas del cerebro.
- Alergia respiratoria o digestiva.
- Enfermedades cardiovasculares congénitas y/o adquiridas que mantienen niveles de oxigenación bajos.
- Intoxicaciones crónicas endógenas o exógenas
- Abuso de medicamentos, uremia, diabetes, enfermedad tubular renal familiar, galactosemia, intoxicación por vitamina D, hipercalcemia idiopática, radioterapia, abuso de alcohol y drogas, tabaquismo.
- Trastornos endocrinos: enfermedad de Addison, panhipopituitarismo producido casi siempre por tumores de la base del cráneo. Muchos de estos niños llegan a la caquexia y otros a la obesidad hipotalámica y a la diabetes insípida.

## ¿ANOREXIA EN LA INFANCIA?

– Anorexia psíquica. El origen de este trastorno del apetito es endógeno o reside en un factor ambiental.

- Cuando la causa radica en el propio niño se describen:
  - Dolores.
  - Morderse las uñas, tartamudeo, enuresis.
  - Dificultad respiratoria, disnea de esfuerzo.
  - Depresión endógena.

En ocasiones el niño se alimenta inadvertidamente fuera de las comidas regulares, con leche, dulces, caramelos, así al llegar a la mesa se encuentra saciado.

Cuando la causa es alrededor del niño existen una serie de condicionamientos que transforman el normal instinto del niño a satisfacer su apetito con una alimentación suficiente en una actividad molesta y desagradable, que tolera de mala gana. Como por ejemplo: al imponer una alimentación excesiva; al intentar escapar de un ambiente sobreprotector en las edades de 2 a 5 años; al solicitar atención por parte de los mayores justo en el momento de la comida; cuando la silla de comer se convierte en banco del acusado donde se recrimina al niño por malas actitudes durante el día; al negarse a ingerir alimento alguno y crear enfrentamiento con la madre; cuando es testigo en ese momento de conflictos familiares; al estar mal servida, mal cocinada o mal atendido el niño, o como manifestación sintomática de depresión.

Descartada por pediatría la posibilidad de que la anorexia se deba a enfermedad médica, se plantea que en nuestro caso la causa es psíquica y que pueda deberse a un intento de la paciente de solicitar atención por parte de sus padres, al sentirse en cierto modo desatendida por su percepción de que sus padres se encargan más de su hermano que de ella. Pero la cuestión que nos surge es si este cuadro se puede catalogar de Anorexia Nerviosa ya que en cierto modo cumple criterios diagnósticos.

Según la bibliografía consultada la edad de inicio del cuadro la suelen orientar desde inicio de la adolescencia en los casos más tempranos hasta la edad adulta, en gran parte de artículos consultados no se precisa la edad, pero podríamos considerar que oscila entre los 8 y los 35 años de edad, con picos bimodales a los 13-14 y a los 17-18 años (Halmi et al. 1979). La preocupación por el peso y la imagen corporal en las niñas jóvenes son muy frecuentes. En un estudio efectuado en niñas de 3º a 6º de enseñanza primaria, el 45% quería estar más delgada, el 39% había intentado perder peso y el 6.9% mostraba una puntuación de riesgo elevado en el Test de actitudes alimentarias (Maloney et al 1989).

En nuestro caso, la edad de la paciente es de 5 años como ya hemos indicado, por consiguiente según la bibliografía consultada, estaría en una edad previa a la de comienzo, y por otra parte, por el grado de madurez en el pensamiento abstracto de una niña de 5 años, no podría cumplir el criterio de alteración de la imagen corporal que es fundamental en el diagnóstico, ya que la anorexia nerviosa no solo se basa en una escasa ingesta y un miedo a engordar, sino que existe una distorsión grave de la imagen corporal, alteraciones interoceptivas y una sensación profunda de inutilidad (Brunch, 1973) como síntomas predominantes, que se suelen acompañar de unas características de personalidad con rasgos obsesivos, inseguridad en las relaciones interpersonales, minimización de la expresión emocional, perfeccionismo, confusión de la identidad, excesivo conformismo, tendencia a la culpa, control rígido de los impulsos, sentido subyacente de baja autoestima, competitividad, envidia, elevada laboriosidad y elevado sentido de la responsabilidad, que no se pueden desarrollar aún a edades tan tempranas.

Por la argumentación anterior y basándonos en la bibliografía concluimos que el diagnóstico de la paciente no correspondía a Anorexia Nerviosa, sino a una alteración en la conducta y en los hábitos de vida en búsqueda de una mayor atención por parte de los padres y con un ganancia secundaria de mayor preocupación de sus padres por ella. El porqué de estas alteraciones alimentarias con presencia de restricciones y vómitos se atribuyó a una conducta imitativa, aunque en el contexto

## ¿ANOREXIA EN LA INFANCIA?

familiar no se pudo averiguar donde había podido aprender la paciente dichas conductas, a pesar de que se volvió a entrevistar a los padres que no adjuntaron mayor información de relevancia.

El tratamiento que se aplicó fue puramente conductual con técnicas de extinción, informando a los padres de que no reforzaran el mantenimiento de las conductas de la niña, dejando de mantener sus ganancias secundarias de mayor atención, mayores alagos, y mayor preocupación paternal. No se aplicó farmacoterapia por la temprana edad de la paciente y por no objetivar síntomas de ansiedad o hipotimia (irritabilidad, insomnio, rabietas, agresividad, enfado) en la misma.

Tras dos meses de seguimiento en la Unidad de Salud Mental, las conductas de restricción de la alimentación y de vómitos tras las comidas se extinguieron, y aunque no hubo una ganancia de peso, cedió la pérdida. En la consulta tras reexplorar a la paciente esta hacía negación de lo sucedido restándole importancia a sus conductas y buscando justificaciones diversas a las mismas, muy distintas a las que expuso previa intervención.

### BIBLIOGRAFIA

1. Lean LB. Nutrición y alimentación del niño en los primeros años de vida. Washington DC: OPS, OMS, 1997:34-6.
2. Wiener JM, Dulcan MK. Tratado de Psiquiatría de la infancia y la adolescencia. Masson 2006.
3. Palomo T, Jiménez-Arriero MA. Manual de Psiquiatría. Grupo ENE S.A. 2009
4. American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4 th Edition, Text Revision. Washington, DC, APA, 2000
5. Casas López MJ, Ayllón Valdés L. Anorexia en la infancia. Rev. Cubana de Pediatría. 74(3): 213-221, 2002
6. Kaplan and Sadock's Synopsis of Psychiatry, 9º edition. Lippincott Williams & Wilkins Press, 2003
7. Becker AE, Grinpoon SK, et al. Eating Disorders. N Engl J Med 340:1092-1098, 1999