

Trastornos de la conducta alimentaria en la infancia y adolescencia: papel de la pediatría en la prevención y la detección temprana

C. Valle

Departamento de Psicología. Universidad San Pablo CEU. Boadilla del Monte (Madrid)

Resumen

Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) son una de las psicopatologías que más están creciendo en incidencia y prevalencia en las últimas décadas. Además, este crecimiento se está expandiendo hacia segmentos de edad diferentes de los tradicionales. Concretamente, los TCA se están observando cada vez con más frecuencia en los adultos sin patologías previas y en los niños a partir de los 8-9 años. Este trabajo se centra en estos últimos, analizando las causas de aparición, el papel de la familia y las nuevas formas de conceptualización de los TCA, así como el modo de prevención, haciéndose especial hincapié en el papel fundamental del pediatra de cara a la detección temprana.

Palabras clave

Trastorno de la conducta alimentaria, anorexia, bulimia, infancia, adolescencia

Abstract

Title: Eating disorders during childhood and adolescence: the role of the pediatrician to be able to prevent and detect at an early stage

Eating disorders (ED) are one of the psychopathologies with more growing incidence and prevalence in recent decades. Moreover, this growth is expanding towards age segments different from the traditional ones. Specifically, ED is being found with more frequently, in adults with absence of prior pathology, and children beginning from 8-9 years. This work focuses on the latter, analyzing the causes of appearance, the role of the family and the new forms of conceptualization of ED, as well as prevention, making a special emphasis on the fundamental role of the pediatrician regarding early detection.

Keywords

Eating disorders, anorexia, bulimia, childhood, adolescence

Introducción

Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) son una de las psicopatologías de mayor aumento en las últimas décadas, así como uno de los trastornos psicológicos que más gravedad pueden entrañar, y es la enfermedad mental que presenta mayores índices de cronicidad (en torno al 20% de los casos) y mortalidad (desde un 3,3% a finales de los ochenta, hasta un 6% en la actualidad)¹⁻⁴. Además, es una de las psicopatologías que mayor número de recaídas presenta, habiéndose establecido cifras que muestran menos del 50% de recuperaciones completas⁵.

Pero quizá lo más alarmante de los TCA no sea únicamente su reciente prevalencia e incidencia, sino su extensión fuera del tradicional prototipo de personas que padecen dicho trastorno. Tradicionalmente, el perfil de personas que pueden presentar potencialmente un TCA corresponde a mujeres de 15-20 años de edad y estatus socioeconómico medio-alto. Sin embargo, los TCA se están extendiendo con pasmosa rapidez fuera de estos rangos, y se observa de manera creciente en los varones⁶⁻⁸ de todos los estratos socioeconómicos⁹ y, de manera especialmente relevante, entre los 7 y 40 años de edad. De hecho, en diver-

sos estudios se ha constatado que la preocupación por la imagen corporal y los comportamientos relacionados con la modificación del peso están presentes ya a edades muy tempranas^{10,11}. Es evidente lo alarmante de estos hallazgos, dada la importancia de estas conductas en el desarrollo de los TCA¹².

Los datos más recientes relativos a la infancia muestran, de hecho, que el porcentaje de niños en edad escolar que presentan un riesgo elevado de padecer algún tipo de TCA es superior al 8%⁹; precisamente, el aumento de casos en la infancia y la preadolescencia ha motivado el presente artículo, que pretende centrarse en la prevención y el tratamiento de los TCA en dicho grupo de edad, estableciendo, en un primer momento, una serie de evidencias empíricas acerca de los TCA en la infancia y proponiendo, posteriormente, una conceptualización diferente de éstos que permita además establecer una serie de conceptos que cabría tener en cuenta de cara a la detección temprana de los potenciales casos de TCA. Estas propuestas tendrán especial relevancia para los profesionales de la pediatría, que son, en la mayoría de los casos, los primeros a quienes acuden los padres ante algún problema relacionado con la alimentación de sus hijos.

El desarrollo de los TCA en la infancia

La preocupación por el peso y la insatisfacción con el cuerpo

Uno de los primeros problemas que se pueden encontrar en el establecimiento de un diagnóstico adecuado de los TCA son las creencias implícitas acerca de la infancia y la suposición de que no es hasta la adolescencia cuando se desarrolla una verdadera preocupación por estas cuestiones. Este tipo de creencias puede llevar a los padres y a los profesionales de la salud a considerar que ciertos comentarios negativos sobre el propio cuerpo, o ciertas conductas restrictivas, son poco importantes, simples comentarios de niños que imitan a los adultos en sus expresiones.

Sin embargo, los profesionales dedicados al tratamiento de los TCA observamos de manera alarmante cada vez más casos en los adolescentes, cuyos padres ya habían detectado algún tipo de preocupación en la infancia subestimado en su momento.

Lejos de ser exclusiva de adultos y adolescentes, la preocupación por la imagen corporal y la búsqueda de la delgadez surge ya en épocas tempranas de la infancia y parece ser un fuerte factor predictor de las preocupaciones posteriores, del inicio de dietas adelgazantes y del desarrollo de TCA.

A este respecto, Davison et al.¹¹ llevaron a cabo un estudio longitudinal en el que examinaron los patrones de insatisfacción con el cuerpo, las preocupaciones por el peso, y el peso real durante la infancia temprana y media. Los autores encontraron que las preocupaciones que las niñas referían sobre su peso y su cuerpo a los 5 años predijeron sus preocupaciones por el cuerpo y la insatisfacción por el peso a los 7 y a los 9 años. En cuanto a las consecuencias para el desarrollo, los autores encontraron que los niveles elevados de preocupación por el peso y de insatisfacción con el cuerpo a la edad de 5-7 años estuvieron asociados con una mayor restricción en la dieta, unas actitudes desadaptativas hacia la alimentación y una mayor probabilidad de hacer dieta a los 9 años, independientemente de su peso real. Esta tendencia continuaría durante toda la vida, dado que sabemos que las adolescentes que experimentan recurrentemente una fuerte insatisfacción con su cuerpo presentan un riesgo mayor de establecer patrones de alimentación desadaptativos en la adolescencia tardía y en la juventud temprana¹³. La relevancia de estos hallazgos radica en el hecho de que trasladan a la infancia resultados previos establecidos para la adolescencia y la edad adulta. Por ejemplo, diversas investigaciones han detectado que las niñas aumentan su vulnerabilidad a las dietas y a las prácticas restrictivas de control del peso a medida que se aproximan a la adolescencia^{14,15}, mientras que otros estudios han establecido que las personas con un peso mayor tienden a mostrar una mayor preocupación hacia el peso y una mayor insatisfacción con el cuerpo^{16,17}, relación que se fortalece a medida que pasa el tiempo.

Todos estos resultados ponen de manifiesto que el peso y la afectividad asociada al cuerpo están ya relacionados en la in-

fancia, y sugieren que las niñas pequeñas ya son muy conscientes del estigma asociado al hecho de tener sobrepeso.

En definitiva, encontramos en la bibliografía múltiples datos que indican que la insatisfacción con el cuerpo y las preocupaciones por el peso y la figura en la infancia pueden tener importantes implicaciones para las actitudes y los comportamientos relacionados con la alimentación al inicio de la adolescencia, es decir, en el momento en que los comportamientos extremos de hacer dieta y restringir la comida comienzan a aparecer.

Conductas asociadas: posibles indicadores

Como hemos mencionado anteriormente, el profesional de la pediatría es siempre para los padres el principal referente a quien consultar las dudas y preocupaciones relativas a sus hijos. Por este motivo consideramos fundamental que los pediatras conozcan las relaciones que se establecen entre las conductas más comúnmente consultadas en relación con la alimentación y el desarrollo posterior de un TCA, lo que permitirá una mayor prevención y una detección precoz apropiada.

A este respecto, Marchi y Cohen¹⁸ encontraron que los niños que mostraban algún tipo de problema relacionado con la comida durante la primera infancia aumentaban significativamente su riesgo de tener problemas relacionados con la alimentación en etapas posteriores de la infancia y la adolescencia. Por ejemplo, la conducta de pica (ingestión de sustancias no nutritivas, como tierra o plásticos) en la primera infancia aparece relacionada con problemas severos de bulimia nerviosa en la adolescencia, lo que sugiere que la pica puede ser un síntoma de una tendencia más generalizada a las conductas alimentarias incontroladas¹⁸.

En cuanto a los aspectos más comportamentales, se ha encontrado que las peleas a la hora de la comida en la infancia también predijeron, aunque en menor medida, los síntomas de bulimia nerviosa. Por su parte, los problemas digestivos (p. ej., vómitos, diarreas, estreñimiento o dolor estomacal) fueron factores predictores de síntomas de anorexia en la adolescencia.

Finalmente, la medida en que los participantes fueron «delicados» con la comida en la infancia (p. ej., comer poco o despacio, mostrar poco interés por la comida, ser muy selectivo con los alimentos, etc.) resultó estar negativamente relacionada con la aparición de síntomas de bulimia en la adolescencia, pero altamente relacionada con síntomas de anorexia.

La relevancia de la familia

Precisamente por la relación tan importante que se establece entre los padres y el pediatra, es también fundamental que éste posea un conocimiento adecuado de los aspectos de la familia que puedan repercutir en el desarrollo de un TCA.

Los padres desempeñan un papel fundamental en el desarrollo de las conductas alimentarias y de la imagen corporal¹⁹. De hecho, las pautas alimentarias de los padres aparecen asociadas al peso y a problemas alimentarios en la infancia²⁰, y la restricción por parte de los padres de la ingesta de ciertos alimentos en los

niños puede aumentar su preferencia por dichos alimentos, llevar a una mayor ingesta de *snacks* y a comer más en ausencia de hambre^{21,22}; también parece estar relacionada, en estudios logitudinales^{23,24}, con la ganancia de peso de los hijos. Numerosos estudios han recalado la gran importancia que tienen las experiencias tempranas del niño con la comida, especialmente las prácticas alimentarias de los padres, en los hábitos de alimentación desarrollados por las personas en la edad adulta²⁵⁻²⁷.

Pero, si bien el papel de ambos progenitores resulta fundamental, más aún parece serlo el de la madre en particular, cuyas características han sido ampliamente estudiadas en relación con los TCA de los hijos.

A este respecto, los TCA y otras psicopatologías presentes en las madres se han relacionado con más prácticas de alimentación de carácter controlador y restrictivo, de manera que las madres con mayores preocupaciones sobre su propio peso, figura y alimentación tienen más probabilidades de extrapolar dichas preocupaciones a la manera de evaluar la alimentación de sus hijos y, así, ser más restrictivas en ello²⁸⁻³⁰.

Recientemente, se ha determinado que los procesos a través de los cuales la madre puede influir principalmente en la conducta alimentaria y la imagen corporal de sus hijos serían fundamentalmente dos: a) modelado (p. ej., imitación de comportamientos específicos realizados por otros³¹), y b) alentar a estar delgados. Basándose en estos procesos, Anschutz et al.⁶ han llevado a cabo una investigación en la cual demuestran, por una parte, que cuanto más perciben los niños que existe una preocupación materna por el peso, más conductas de restricción alimentaria llevan a cabo y, por otra, que cuanto más alentaban las madres a sus hijos o hijas a estar delgados, mayor insatisfacción con su imagen corporal y mayor restricción alimentaria mostraban éstos, independientemente de su peso real.

Jaffe y Worobey³² ya habían indicado que las madres que mostraban una mayor preocupación por llegar a desarrollar sobrepeso también mostraron una mayor preocupación por el peso de sus hijos; igualmente, en otros estudios se refiere que las madres que llevan a cabo dietas adelgazantes tienden a ejercer un mayor control sobre la ingesta de alimentos de sus hijos^{33,34}.

Esta serie de hallazgos puede ser de especial utilidad para los profesionales de la pediatría que, ante consultas sobre la negativa de los niños a comer, pueden recabar la información más pertinente acerca de los hábitos alimentarios de los padres, la preocupación de la madre por el peso y la imagen corporal, así como el tipo de concepto de belleza que se transmite en el seno de la familia.

Recientemente, se están comenzando a establecer conexiones aún más complejas entre la salud mental de las madres y el desarrollo de TCA en los hijos. Así, Farrow y Blissett³⁵ han encontrado que los síntomas obsesivo-compulsivos, y en concreto las compulsiones y obsesiones con la limpieza, median la relación entre la tendencia a la delgadez de la madre y la restricción en la alimentación de los hijos. Los autores proponen dos mecanismos a través de los cuales se podría entender esta

mediación. En primer lugar, las madres que sufren altos niveles de ansiedad hacia la limpieza tienen más probabilidades de restringir el consumo de dulces y *snacks* que conlleve el uso de las manos que implique ensuciarse. En segundo lugar, los trastornos obsesivo-compulsivos se caracterizan por el miedo a contaminarse, motivado por sentimientos de asco. Estos sentimientos pueden provocar, según los autores, que las madres restrinjan y eviten que sus hijos coman alimentos que a ellas les parezcan desagradables por diferentes motivos. En estas condiciones, es probable que los niños reciban limpiezas intrusivas durante las comidas, una reducida autonomía durante la alimentación y pocas oportunidades de explorar la comida con las manos, y también es probable que reciban información, tanto explícita como implícita, de preocupaciones sobre contaminación o asco asociados a la comida.

En definitiva, el papel de la familia en general y de los padres en particular va a ser muy importante en el posible desarrollo de un TCA. Por ello, tal como establecen Birch y Davison³⁶, los programas de prevención eficaces deben centrarse en ofrecer a los padres la orientación adecuada para promover en sus hijos patrones de preferencia y selección de alimentos consistentes con dietas saludables, así como en promover la habilidad de los niños para autorregular la ingesta. Estos autores establecen que las orientaciones a los padres deberían incluir información acerca de cómo los niños desarrollan sus patrones de ingesta de comida en el contexto familiar. Los consejos de carácter práctico incluirían el modo de promover preferencias por los alimentos sanos y cómo lograr la aceptación de nuevos alimentos. Los padres deben comprender el coste de las prácticas alimentarias coercitivas, y se les debe dar alternativas a la restricción de alimentos y la presión hacia los niños para que coman. También es esencial proporcionar a los padres una información sencilla relacionada con el tamaño apropiado de las porciones, así como sugerencias sobre los tiempos y las frecuencias de las comidas.

Nueva conceptualización de los TCA: un camino hacia la detección temprana y la prevención

Conocidos pues los aspectos más relevantes que cabe tener en cuenta en cuanto a los TCA en la infancia, pasamos a resumir la conceptualización que la autora ha establecido recientemente de estos trastornos, que constituye la base para un tratamiento eficaz. Dado que el tratamiento en concreto no es el objeto de esta revisión, simplemente se comentan a continuación tres ideas que se consideran erróneas o imprecisas en la conceptualización que habitualmente se ha hecho de los TCA y, en función de ellas, se establece un modo alternativo de considerar estas patologías, especificando en cada punto los aspectos más relevantes en que el profesional de la pediatría tiene un papel clave, así como las indicaciones de actuación al respecto.

Fundamentalmente, se consideran desacertadas las siguientes afirmaciones:

1. «Las personas con un TCA están extremadamente delgadas y visiblemente enfermas.» En cuanto a la primera de estas afirmaciones, es fundamental comprender que, cuando hablamos de una persona con un TCA, no estamos necesariamente hablando de una persona con un peso realmente bajo y con aspecto que denota enfermedad. La mayoría de las personas que sufren un TCA llevan tiempo desarrollando su dolencia sin que su entorno haya llegado a considerar la existencia de un problema significativo.

Para expresar correctamente lo que se trata de exponer en este punto, en primer lugar debemos comprender lo que hemos denominado «patologización de la alimentación» que vive la sociedad actual. Empleamos este término para referirnos a la evolución que han seguido las pautas alimentarias en las últimas décadas, a lo largo de las cuales la alimentación ha experimentado una profunda transformación, dejado de ser un acto natural por el cual las personas ingieren los alimentos que son necesarios para mantenerse saludables, una conducta que tiene lugar cuando el organismo siente la necesidad de reponer los nutrientes que ha ido perdiendo en el transcurso de su actividad diaria, para pasar a ser un tipo de conducta que genera problemas, ya sea por exceso o bien por defecto de su aparición.

Paulatinamente, la sociedad se está polarizando en dos extremos: a) personas que abusan de todo tipo de comidas inadecuadas y perjudiciales para la salud, y se ven dominadas por este tipo de conducta, siendo incapaces de alimentarse simplemente de manera sana y racional, y b) personas que, por el contrario, han convertido el recuento de calorías, la preocupación por la comida sana y el consumo de una menor cantidad de comida de la que es necesaria en un modo de vida del que no pueden escapar.

En este contexto, la proliferación de TCA es abrumadora, ya que el número de personas que se encuentran en riesgo de padecerlo es elevadísimo: son incapaces de mantener una relación normal con la comida, cada día cuentan y recuentan calorías, compensan el consumo de una comida con la ausencia de alimentación posterior, se obsesionan por una talla 38 o inferior, se sienten presionadas a tener una determinada imagen... A este respecto, el gran problema tiene que ver con la normalización que pretende la sociedad de dichos comportamientos y modos de vida. Hemos llegado a considerar tan habituales y comunes este tipo de razonamientos que puede pasarnos completamente desapercibida la presencia de un TCA, así como los primeros síntomas y señales en el caso de niños y adolescentes. En definitiva, esta situación puede llevar a las familias a menospreciar los problemas presentes en alguno de sus miembros. En no pocas ocasiones, las personas que sufren un TCA carecen del apoyo inicial de sus familias porque éstas sucumben a este primer mito al que estamos haciendo referencia. De este modo, los padres que ven a su hija con un peso perfectamente normal, o incluso con un pequeño sobrepeso, podrían pensar que su hija en absoluto tiene un trastorno alimentario, negando la necesidad de que ésta reciba terapia y su participación en la mejora de su salud.

La correcta orientación del pediatra a los padres respecto a los patrones de alimentación adecuados, a la necesidad de establecer comidas familiares diarias en las que se supervise la alimentación de los niños, y a los efectos que tienen en los niños las restricciones, las dietas y las obsesiones por el físico de los padres, va a ser de extrema importancia en la prevención de los TCA.

2. «Los TCA son un trastorno en sí mismo.» El segundo error conceptual mencionado tiene más que ver con la práctica terapéutica de los diferentes profesionales que tradicionalmente han tratado los TCA, y con el modo de comprender estos trastornos que ha presentado la psicología, aunque también afecta a los familiares y las personas del entorno de quienes padecen un TCA. Nos referimos a la confusión respecto a si los diferentes TCA son en sí mismos el trastorno que realmente padece la persona.

Desde nuestro punto de vista, los TCA no son tanto el trastorno como el síntoma de un trastorno subyacente. Dicho de otra manera, la persona que sufre el TCA en realidad está padeciendo otro tipo de problemas, trastornos y alteraciones psicológicas de muy diversa índole, que han terminado por manifestarse a través de la relación de la persona con la comida, de igual manera que podría haber derivado en alguna otra conducta más o menos problemática.

De cara a la familia, esta matización puede llegar a ser altamente esclarecedora. Por norma general, los TCA producen un gran desconcierto en las personas cercanas. Muchos padres, parejas y amigos comienzan pensando que la persona con un TCA está «encaprichada» con una determinada imagen, llegando incluso a considerarla algo materialista o superficial.

Si entendemos que ésta no es realmente la cuestión (aunque la propia persona con TCA no sea consciente de ello), que lo que está sufriendo la persona es quizás un trastorno de ansiedad o depresión (cuyos orígenes habría que detectar), un trastorno de personalidad o muchísimas otras opciones, podremos comprender que se llegue a convertir en un problema tan severo y que la persona se muestre tan afectada, con tantísimo sufrimiento y desesperación.

Por otra parte, este segundo mito nos permite comprender por qué los tratamientos de los TCA tienen un índice de recaídas tan elevado y por qué no son tan exitosos como el tratamiento psicológico de otros problemas. Sencillamente, no se están tratando estas patologías de base, sino directamente los TCA, enseñando pautas nutricionales, tratando de controlar los pensamientos que tienen las personas en relación con la comida, intentado hacerles ver su verdadera constitución y de qué manera su percepción de sí mismas es errónea. Pero no se indagan las razones, los orígenes, la psicopatología que han llevado a esa persona a desarrollar su problema. Mientras esas otras patologías no se localicen y reciban tratamiento, el problema no estará solucionado.

Las implicaciones de este segundo mito para la labor del pediatra son importantes, en tanto en cuanto permiten guiar la

atención a los diversos problemas o complicaciones del niño, y establecer las conexiones con los problemas alimentarios que pueden estar presentando, de manera que, en el caso de existir un incipiente TCA, éste no pase inadvertido y se pueda derivar a los pacientes a los profesionales adecuados que inicien la atención temprana. Por ejemplo, una consulta relativa a la baja ingesta de un niño que, además y según comentan los padres, está teniendo problemas de adaptación en el colegio, es una situación en la que el pediatra debe orientar la atención a un posible desarrollo temprano de trastornos alimentarios.

3. «Existen diferentes trastornos claramente delimitados, como la anorexia y la bulimia.» Desde que fue reconocida la existencia de los TCA en el ámbito de la psicología y la psiquiatría, se fueron estableciendo fundamentalmente dos posibilidades diagnósticas: anorexia nerviosa y bulimia nerviosa. Posteriormente, según los profesionales fueron observando casos que mostraban rasgos de ambos trastornos, se generó una tercera etiqueta, la de trastorno de la conducta alimentaria no especificado (TCANE).

Sin embargo, varios autores consideran que los criterios seguidos por los manuales diagnósticos al uso, tanto por el DSM-IV como por la CIE-10, son insuficientes en el caso de los TCA, y de poca utilidad de cara al diseño adecuado de intervenciones y de planes de prevención, especialmente en el caso de los niños. Como establecen Nicholls et al.³⁷, la validez interevaluador (índice kappa) mostrada por ambos criterios diagnósticos es baja, especialmente en la infancia. Además, el comienzo de estas patologías suele ser sutil y muy progresivo, y puede pasar desapercibido a los familiares y el entorno cercano; sin embargo, para la obtención de un diagnóstico positivo en alguno de los TCA contemplados por el DSM-IV, se requiere un grado severo de desarrollo de la patología. Es decir, el manual diagnóstico detecta únicamente los casos más graves, pasando por alto los casos leves o tempranos.

Pero, además, a la hora de diagnosticar y tratar a las personas que sufren un TCA, resulta prácticamente imposible encontrar casos que encajen a la perfección en alguna de estas categorías. De esto se dio cuenta ya la psicología al añadir la categoría de TCANE, y, aun así, se siguen encontrando serios problemas para «etiquetar» cada caso concreto.

Por el contrario, puede resultar mucho más útil considerar los TCA —ya hemos comentado que son un «síntoma» de algún otro problema subyacente— como un continuo en cuyos extremos se encuentren las categorías más claras de anorexia y bulimia, y en el centro el mayor grado de coincidencia de ambos tipos de síntomas. A lo largo de este continuo, las personas que sufren un TCA van a ir desplazándose y desarrollando unos u otros síntomas en función de las circunstancias que las rodeen en un momento determinado, y del estado del trastorno o trastornos de base. Por ello, insistimos en hacer uso del término TCA, y no de los términos anorexia o bulimia. Empleamos esta denominación para evitar caer en una clasificación que resulta poco útil de cara al tratamiento y la recuperación de los pacientes.

El profesional de la salud que hace frente a un posible trastorno alimentario siempre debería tener en cuenta una serie de cuestiones muy relevantes que pasamos a establecer a continuación.

En el caso de los niños, y como hemos mencionado anteriormente, pueden ser varios los factores de base de un TCA, y no se debe considerar que, por el hecho de tener una menor edad, no pueda haber patologías, más o menos severas, que afecten a la vida de estas personas. Hay que estar siempre pendiente de los problemas psicológicos y psicosociales de los niños y adolescentes.

Por otra parte, esta conceptualización ha de servir a los profesionales de la salud para mantener una mayor flexibilidad en la detección temprana, en tanto permite establecer un posible diagnóstico de inicio de TCA aunque no se cumplan estrictamente los criterios del DSM-IV. En definitiva, permite la disminución de falsos negativos, al aceptar que solamente algunos síntomas aislados pueden ya ser un indicador suficiente de TCA o, al menos, de un inicio de TCA.

Además, la conceptualización en continuo es de especial utilidad en la evitación de la consideración de algún problema relacionado con la alimentación como un problema pasajero, alguna «época mala» que el niño ha tenido, pero que ya se ha resuelto por sí mismo. No perder de vista la posibilidad de que se haya producido un movimiento dentro del continuo, y no tanto una sanación, resulta clave de cara a la verdadera curación.

Directamente relacionado con lo anterior, esta conceptualización en forma de continuo permite que no se consideren resueltos algunos problemas que aún no han desaparecido, sino que han variado. El más común de estos casos es el de la persona que, habiendo estado en un extremo más cercano a la anorexia, pasa al de la bulimia. Para el entorno del paciente puede parecer que se ha producido una mejoría, dado que ha vuelto a comer con normalidad, incluso en cantidad generosa. Sin embargo, esta persona sigue profundamente enferma, aunque empleando otros métodos de adelgazamiento.

Conclusiones

Los TCA están aumentando su incidencia y prevalencia en los últimos años de manera alarmante, y las edades de inicio de estas patologías han disminuido hasta llegar a la infancia y la primera adolescencia. Por ello, el papel del pediatra, profesional al que recurren los padres en primer lugar ante cualquier preocupación relativa a la salud de sus hijos, se torna fundamental de cara a la detección temprana y la prevención de los TCA.

A continuación citamos algunas pautas de vital importancia para la correcta detección temprana, que impida que la llegada de la adolescencia venga marcada por un problema severo de TCA: considerar siempre la posibilidad de problemas de naturaleza psicológica, y no solamente médica, en lo relativo a las comidas, la alimentación y los problemas afrontados por los

padres al respecto; indagar en la preocupaciones de los niños que presentan alteraciones en la alimentación; ante indicios de algún tipo de problema alimentario, consultar a los profesionales de la psicología adecuados.

En definitiva, es siempre preferible ser previsor, y que el psicólogo descarte un problema de TCA si no existiera, que considerar que no sucede nada grave, dada la edad del paciente, y que posteriormente se desarrolle un problema severo de TCA. El trabajo conjunto y colaborador entre médicos y psicólogos es, en este sentido, la mejor de las herramientas para el bienestar de los niños y adolescentes. ■

Bibliografía

1. Sullivan PF. Mortality in anorexia nervosa. *Am J Psychiatry*. 1995; 152(7): 1.073-1.074.
2. Patton A. Mortality in eating disorders. *Psychol Med*. 1988; 18(4): 947-951.
3. Herzog DB, Greenwood DN, Dorer DJ, Flores AT, Ekeblad ER, Richards A, et al. Mortality in eating disorders: a descriptive study. *Int J Eat Disord*. 2000; 28(1): 20-26.
4. Hoek HW. Incidence, prevalence and mortality of anorexia nervosa and other eating disorders. *Curr Opin Psychiatry*. 2006; 19(4): 389-394.
5. Steinhausen HC. The outcome anorexia nervosa in the 20th century. *Am J Psychiatry*. 2002; 159: 1.284-1.293.
6. Anschutz DJ, Kanters L, Van Strien T, Vermulst AA, Engels R. Maternal behaviors and restrained eating and body dissatisfaction in young children. *Int J Eat Disord*. 2009; 42(1): 54-61.
7. Jones DC, Crawford JK. Adolescent boys and body image: weight and muscularity concerns as dual pathways to body dissatisfaction. *J Youth Adolesc*. 2005; 34: 629-636.
8. Humphreys P, Paxton SJ. Impact of exposure to idealized male images on adolescent boys' body image. *Body Image*. 2004; 1: 253-266.
9. Correa ML, Zabarew T, Silva P, Romero MI. Prevalencia de riesgo de trastornos alimentarios en adolescentes escolares en la región metropolitana. *Rev Chil Pediatr*. 2006; 77: 2.
10. Schur EA, Sanders M, Stein H. Body dissatisfaction and dieting in young children. *Int J Eat Disord*. 2000; 27: 74-82.
11. Davison KK, Markey CN, Birch LL. A longitudinal examination of patterns in girls' weight concerns and body dissatisfaction from ages 5 to 9 years. *Int J Eat Disord*. 2003; 33: 320-332.
12. Garfinkel PE. Eating disorders. *Can J Psychiatry*. 2002; 47: 225-226.
13. Ohring R, Graber JA, Brooks-Gunn J. Girls' recurrent and concurrent body dissatisfaction: correlates and consequences over 8 years. *Int J Eat Disord*. 2002; 31: 404-415.
14. Field AE, Camargo CA Jr, Taylor CB, Berkey CS, Frazier L, Gillman MW, Colditz GA. Overweight, weight concerns, and bulimic behaviors among girls and boys. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1999; 38: 754-760.
15. Smolak L, Levine MP. Body image in children. En: Thompson JK, Smolak L, eds. *Body image, eating disorders, and obesity in youth: assessment, prevention, and treatment*. Washington, DC: American Psychological Association, 2001; 41-66.
16. Rolland K, Farnhill D, Griffiths RA. Children's perceptions of their current and ideal body sizes and body mass index. *Percept Motor Skills*. 1996; 82: 651-656.
17. Stice E, Agras WS, Hammer LD. Risk factors for the emergence of childhood eating disturbances: a five-year prospective study. *Int J Eat Disord*. 1999; 25: 375-387.
18. Marchi M, Cohen P. Early childhood behaviors and adolescent eating disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1990; 29: 112-117.
19. Golan M, Crow S. Parents are key players in the prevention and treatment of weight-related problems. *Nutr Rev*. 2004; 62: 39-50.
20. Faith MS, Kerns J. Infant and child feeding practices and childhood overweight: the role of restriction. *Matern Child Nutr*. 2005; 1: 164-168.
21. Birch L, Fisher JO, Davison KK. Learning to overeat: maternal use of restrictive feeding practices promotes girls' eating in the absence of hunger. *Am J Clin Nutr*. 2003; 78: 215-220.
22. Fisher J, Birch LL. Restricting access to palatable foods affects children's behavioral response, food selection, and intake. *Am J Clin Nutr*. 1999; 69: 1.264-1.272.
23. Farrow C, Blissett J. Does maternal control during feeding moderate early infant weight gain? *Pediatrics*. 2006; 118: 294-298.
24. Faith MS, Berkowitz RI, Stallings VA, Kerns J, Stroey M, Stunkard AJ. Parental feeding attitudes and styles and child body mass index: prospective analysis of a gene-environment interaction. *Pediatrics*. 2004; 114: 429-423.
25. Olivares S, Albala C, García F, Jofré I. Publicidad televisiva y preferencias alimentarias en escolares de la región metropolitana. *Rev Med Chile*. 1999; 127: 791-799.
26. McCann JB, Stein A, Fairburn CG, Dunger DB. Eating habits and attitudes of mothers of children with non organic failure to thrive. *Arch Dis Child*. 1994; 70: 234-236.
27. Hoddinott P, Pill R. Qualitative study of decisions about infant feeding among women on east end of London. *BMJ*. 1999; 318: 30-34.
28. Cooper PJ, Whelan E, Woolgar M, Morrell J, Murray L. Association between childhood feeding problems and maternal eating disorder: role of the family environment. *Br J Psychiatry*. 2004; 184: 210-215.
29. Duke RE, Bryson S, Hammer LD, Agras WS. The relationship between parental factors at infancy and parent-reported control over children's eating at age 7. *Appetite*. 2004; 43: 247-252.
30. Farrow CV, Blissett JM. Is maternal psychopathology related to obesigenic feeding practices at 1 year? *Obes Res*. 2005; 13: 1.999-2.005.
31. Bandura A. Social learning theory of identification processes. En: Goslin DA, ed. *Handbook of socialization theory and research*. Chicago: Rand McNally, 1969; 213-269.
32. Jaffe K, Worobey J. Mothers' attitudes toward fat, weight, and dieting in themselves and their children. *Body Image*. 2006; 3: 113-120.
33. Birch LL, Fisher JO. Mothers' child-feeding practices influence daughters' eating and weight. *Am J Clin Nutr*. 2000; 71: 1.054-1.061.
34. Tiggermann M, Lowes J. Predictors of maternal control over children's eating behavior. *Appetite*. 2002; 39: 1-7.
35. Farrow CV, Blissett JB. Do obsessive compulsive symptoms mediate the relationship between maternal eating psychopathology and restrictive feeding practices? *Int J Eat Disord*. 2009; 42: 76-80.
36. Birch LL, Davison KK. Family environmental factors influencing the developing behavioral controls of food intake and childhood overweight. *Pediatr Clin North Am*. 2001; 48: 893-907.
37. Nicholls D, Chater R, Lask, B. Children into DSM don't go: a comparison of classification system for eating disorders in childhood and early adolescence. *Int J Eat Disord*. 2000; 28: 317-324.