

**TRABAJO DE FIN DE GRADO
DE MAESTRO EN EDUCACIÓN INFANTIL**

LOS TRASTORNOS ALIMENTARIOS EN LA INFANCIA Y LA NIÑEZ

TRABAJO DE REVISIÓN TEÓRICA

**AUTORA: MIREIA VERA MARTÍN
TUTORA: CARMEN LUISA RAMOS ACOSTA**

**CURSO ACADÉMICO: 2022-2023
CONVOCATORIA: JUNIO**

RESUMEN

Los Trastornos Alimentarios son alteraciones en la conducta alimentaria especialmente relevantes en adolescentes y niños, siendo una de las principales consultas en Atención Primaria en Pediatría. En los últimos años, estos aparecen en menor edad por lo que la promoción del diagnóstico precoz y el tratamiento en edades tempranas es esencial.

En adolescentes estas enfermedades están caracterizadas por la preocupación excesiva de la imagen corporal, que intenta cumplir unos estándares de belleza de delgadez extrema, pero en la niñez no se dan de la misma forma. Es por ello que estudiar su contextualización, las diferentes categorizaciones de estos y cómo es la influencia de los factores desencadenantes de estos trastornos, para analizar por qué se perpetúan desde la infancia hasta la adolescencia mediante la revisión bibliografía de las publicaciones hasta la fecha es el objeto de este trabajo.

Palabras claves: trastorno alimentario, trastorno alimentario en la infancia, conducta alimentaria en la infancia, alimentación en la infancia.

ABSTRACT:

Feeding Disorders are variations in eating behavior especially relevant in adolescents and children, being one of the main consultations in paediatrics. In recent years, these appear at a younger age, so the promotion of early diagnosis and treatment at in early age is essential.

In adolescents, these diseases are characterized by excessive concern for body image, which tries to meet beauty standards of extreme thinness, but in childhood it appears differently. That is why studying their contextualization, the different categorizations of these and how is the influence of the triggering factors of these disorders, to analyze why they are perpetuated from childhood to adolescence through the literature review of the publications to date is the object of this work.

Keywords: eating disorder, eating disorder in childhood, eating behavior in childhood, eating in childhood.

ÍNDICE

RESUMEN	2
INTRODUCCIÓN	4
OBJETIVOS	4
OBJETIVO GENERAL	5
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	5
JUSTIFICACIÓN	5
MATERIAL Y METODOLOGÍA	6
MARCO TEÓRICO	9
RESULTADOS	11
DISCUSIÓN, CONCLUSIÓN Y VALORACIONES.....	35
GLOSARIO DE TÉRMINOS.....	40
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	41

INTRODUCCIÓN

Como conocemos, la alimentación es sumamente importante durante la infancia, pues es en esta etapa en la que el niño se encuentra en diversos procesos de cambio, evolución y desarrollo madurativo. Los nutrientes que nos aportan los alimentos son esenciales para que todos estos cambios se den de la forma correcta y que los niños de mayor edad puedan rendir correctamente dentro de la escuela.

Tras la pandemia del COVID-19, muchas personas vieron el alimento como elemento compensatorio y como *refugio* a las diversas medidas sanitarias impuestas por el gobierno, propagando y resurgiendo muchos trastornos y enfermedades que algunos padecían y que desencadenaría en otros. Los niños también salieron perjudicados en este aspecto, debido a que la comida estaba limitada y los recursos en ciertas familias eran ajustados, aumentando, de esta forma, los casos de obesidad infantil y los trastornos alimentarios en los niños de manera mundial.

Aunque los Trastornos Alimentarios ya existían en nuestra sociedad, el aumento de casos tras esta catástrofe fue culminante. La alimentación se vio perjudicada, pues este tipo de trastornos implican malos hábitos alimentarios, y el aumento de consultas en Pediatría debido a la preocupación por parte de los padres por si sus hijos padecían este tipo de enfermedades psiquiátricas se disparó.

Es por todo esto que esta revisión pretende indagar y averiguar cómo se han desarrollado estos trastornos hasta la actualidad y si los trastornos alimentarios son los mismos y se desarrollan de la misma forma en los niños más pequeños.

OBJETIVOS

Por todo lo comentado anteriormente, el presente trabajo de fin de grado tiene como objetivo general conocer y analizar cuáles son aquellos factores decisivos en el desarrollo de posibles trastornos alimentarios de los infantes. Asimismo, se pretende determinar cómo estos evolucionan dentro de la infancia.

Como objetivos específicos que se pretenden alcanzar, consideramos:

- Presentar los diferentes Trastornos Alimentarios que se desarrollan en la actualidad y cuáles son más frecuentes en la infancia.
- Conocer la evolución histórica de los Trastornos Alimentarios y cómo se mantienen en la actualidad.
- Cuáles son las diferentes clasificaciones dentro de estos trastornos.
- Descubrir qué conductas alimentarias pueden conllevar a un Trastorno Alimentario.
- Cómo es la influencia de la familia para padecer este tipo de trastornos.

Para cumplir todos estos objetivos se han analizado diferentes documentos de interés que han sido revisados, aceptados o rechazados según la utilidad de su información para el desarrollo de este. Previamente a la búsqueda de información, se ha interrogado y expuesto algunos testimonios de individuos afectados desde la infancia a este tipo de trastornos para conocer experiencias y visualizar una idea general de la cuál partir.

JUSTIFICACIÓN

Los problemas de salud siempre han estado presentes en la población, pero tras el COVID-19 se ha producido un aumento de la prevalencia de estos trastornos, entre ellos los relacionados con la alimentación, no solo en adolescentes, sino en niños y niñas, según se puso de manifiesto en el 18º Congreso de la Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria (AEPap).

Es por ello que este TFG pretende analizar cómo se presentan los Trastornos Alimentarios en los infantes, así como su diagnóstico, tratamiento y clasificación. De la misma manera se pretende desmontar mitos o falsas creencias alrededor de este tipo de trastornos en los niños y niñas.

MATERIAL Y METODOLOGÍA.

Diseño

El presente Trabajo de Fin de Grado se ha fundamentado en la búsqueda y revisión teórica de las diversas publicaciones con respecto a los Trastornos Alimentarios en la infancia, además de la indagación en el diagnóstico y desarrollo de estos en las edades comprendidas desde los 3 años hasta los 6. Para ello, se han utilizado diferentes bases de datos en las que se han tomado principalmente las publicaciones de los últimos 10 años, aunque se han utilizado referencias de años anteriores.

Asimismo, se ha indagado en los trastornos alimentarios en una edad adulta, para conocer cómo se han desarrollado en esta etapa debido a la escasez de información en la etapa infantil.

Estrategias de búsqueda

Las palabras claves utilizadas para la búsqueda de la información fueron las siguientes: trastorno alimentario, trastorno alimenticio en la infancia, alimentación en la infancia, trastorno de alimentación en la actualidad. Con ellas se obtuvieron todos los documentos que mencionaremos más adelante.

Para la indagación de este estudio se han utilizado diversos recursos web y herramientas digitales, que son los siguientes:

- Punto Q: es el portal de búsqueda de información de la Universidad de La Laguna, el cuál permite a cualquier persona realizar una búsqueda global de todos los recursos que dispone la universidad, tanto escritos como electrónicos. Este permite hacer búsquedas exactas utilizando los filtros disponibles como: autor, fecha de publicación, idioma... Este recurso web fue uno de los más empleados en la realización de esta investigación.
- Dialnet: es una base de datos de carácter científico de habla hispana, que ofrece distintos recursos y servicios documentales. Este fue fundado por la Universidad de La Rioja, y también ha sido uno de los recursos web más utilizados para la búsqueda de información debido a la cantidad de publicaciones científicas y del ámbito de la salud que ofrecía con respecto al tema.

- Eric: es la mayor base de datos del ámbito de la Educación y esta contiene diversos artículos de diferentes países. Debido a la complejidad de los resultados y la escasa información, de este recurso web no se obtuvieron resultados.
- Google Académico: es una base de datos de Google especializada en el contenido y bibliografía académica y científica. Esta base se utilizó al principio de mi investigación para generar una idea principal de lo que se estaba estudiando en el momento presente con respecto al tema.

Para recopilar la mayor cantidad de información posible, además se hicieron búsquedas en las plataformas ProQuest, Scopus y Web of Science, pero no se encontraron documentos de interés sobre el tema seleccionado.

De esta forma, el procedimiento para la búsqueda y planificación de la información comenzó con la búsqueda de una idea general de las publicaciones por medio de Google Académico, con el objetivo de entender, aclarar y reflexionar sobre la visión actual de los trastornos alimenticios tanto en la adolescencia y adultez como en la infancia.

Posteriormente se recopilaron los documentos desde los diferentes recursos web, de los 42 documentos encontrados, se desearon 29 estudios debido a la complejidad de la información, o por no centrarse en la etapa infantil o la repetición de datos. De estos documentos rechazados, 5 fueron analizados en profundidad sin conseguir resultados aparentes. Finalmente, se seleccionaron 13, de habla hispana e inglesa, debido a la importancia de una autora en concreto, Chatoor, la cuál está especializada en el tema.

Posteriormente, se procedió al análisis de estos 13 documentos en tres fases: la lectura de la información, comprender el texto y hacer un resumen de este en un documento aparte, y por último, aceptar o rechazar la información según la calidad de esta.

Se analizaron diferentes documentos como libros, artículos, revistas y documentos de diferentes campos como la medicina o la psicología. De esta manera, de los 5 documentos sobre los que se dudó su aceptación o rechazo y que se analizaron en profundidad, los criterios por los cuáles finalmente se descartaron fueron los siguientes:

- ***Proyecto Educativo: cultura nutricional y su influencia en los Trastornos Alimenticios en los niños de 5 a 6 años- Diseño y ejecución de seminario taller sobre la cultura nutricional para la Comunidad Educativa:*** a pesar de la cantidad de información recibida con respecto al tema, nos encontramos con un proyecto educativo el cuál no nos ofrece validez científica ni de estudio al que sujetarnos.
- ***Obesidad Infantil: análisis antropométricos, bioquímicos, alimenticios y de estilo de vida:*** documento rechazado debido a estar protagonizado por la obesidad sin establecer una relación con los Trastornos Alimentarios.
- ***Maternal Stress and Problem-Solving Skills in a Sample of Children with Nonorganic Feeding Disorders:*** documento en inglés con información compleja y que no aporta nueva información a lo ya investigado en otros documentos.
- ***Trauma, Disociación y Descontrol de los Impulsos en los Trastornos Alimentarios:*** este libro fue leído con el propósito de ofrecer una idea general al respecto de lo que se había estudiado al momento, por lo que fue rechazado debido a su aspecto generalizado.
- ***How to approach feeding difficulties in young children:*** este artículo ofrecía información sencilla con respecto a algunas clasificaciones de los trastornos que ya teníamos.
- ***Nutrición Saludable y Prevención de los Trastornos Alimentarios:*** libro que habla de los trastornos de forma generalizada, sin hacer énfasis en la infancia.

Por último, cabe destacar la fecha de las publicaciones seleccionadas, pues se encuentra especial interés por los trastornos alimentarios en las investigaciones publicadas desde 1990 hasta 2011-2012, apareciendo alguna investigación esporádica en 2014, y reanudándose el interés, en 2019, con la aparición del COVID-19 hasta el presente, en la que se le ofrece especial interés sobre la pandemia y la enfermedad.

MARCO TEÓRICO

Según el Decreto 2484/1967, de 21 de septiembre, por el que se aprueba el texto del Código Alimentario Español, el *alimento* es toda sustancia o producto de cualquier naturaleza, sólidos o líquidos, naturales o transformados, que por sus características, aplicaciones, componentes, preparación y estado de conservación sean susceptibles de ser habitual e idóneamente utilizados a alguno de los fines siguientes:

- a) Para la normal nutrición humana o como nutritivos.
- b) Como productos dietéticos, en casos especiales de la alimentación humana.

En la sociedad actual, el alimento tiene cierto carácter funcional que establece sociabilidad en las personas, además de representar valores o culturas, ya que, como decía Apollinaire ‘‘quién come no está solo’’, debido a que el alimento es el lazo social, al producir una especie de sinapsis psíquico-afectiva. En nuestra sociedad, la cultura del consumismo genera una necesidad en el individuo para que adecúe su organismo a los cánones de belleza, obviando el carácter nutritivo de las comidas y la verdadera función de este. Es aquí, dónde comienza el problema.

El Real Decreto 95/2022, de 1 de febrero, por el que se establece la ordenación y las enseñanzas mínimas de la Educación Infantil, establece dentro del Área de *Crecimiento en Armonía*, que la vida escolar se organiza en torno a rutinas estables, planificadas a partir de los ritmos biológicos y vinculadas a la adquisición progresiva de hábitos saludables de alimentación, higiene y descanso. Sin embargo, dentro de este no existe una mención específica y concreta a cómo se abordará la alimentación dentro del aula, y menos aún se hace mención a los posibles trastornos de los infantes.

Al citar los trastornos en los niños se nos viene a la cabeza trastornos como el TDAH, Trastorno por Conducta o incluso el Trastorno del Espectro Autista. Sin embargo, uno de los más frecuentes es el Trastorno Alimentario.

El Trastorno Alimentario o de la ingesta alimentaria es, (p. ej., falta de interés aparente por comer o alimentarse; evitación a causa de las características organolépticas de los alimentos; preocupación acerca de las consecuencias repulsivas de la acción de comer) que se

ponen de manifiesto por el fracaso persistente para cumplir las adecuadas necesidades nutritivas y/o energéticas asociadas a uno (o más) de los hechos siguientes:

1. Pérdida de peso significativa (o fracaso para alcanzar el aumento de peso esperado o crecimiento escaso en los niños).
2. Deficiencia nutritiva significativa.
3. Dependencia de la alimentación enteral o de suplementos nutritivos por vía oral.
4. Interferencia importante en el funcionamiento psicosocial (DSM-5, 2014).

En los últimos años, se ha producido un incremento de consultas en Pediatría debido a la preocupación de las familias para prevenir y detectar la presencia de diferentes trastornos alimentarios en los niños pequeños, según informa Campuzano Martín, (2020). Pero, ¿sabemos a qué se debe este incremento de casos?

Tras la pandemia del COVID 19 y según los datos de la Asociación Española de Pediatría (AEP), antes del 2020 entorno al 10% de los niños padecía algún tipo de trastorno mental, pero esto se incrementó con la llegada de la pandemia, pasando del 1,1% al 4% algunos trastornos como la depresión o la ansiedad, y los trastornos de conducta o déficit de atención e hiperactividad del 2,5% subiendo al 7% (El País, 2022).

Más allá de este incremento, un estudio de la Universidad de East Anglia y Sense de Reino Unido (2022), identificó por qué ha surgido un aumento en los trastornos alimenticios en los niños después de que contrajeron el Coronavirus, ya que la infección desarrolló una sensibilidad en el gusto y en el olfato que continuó después de que terminara este contagio. Esta alteración se conoce como parosmia y hace que la persona no perciba los olores ni los sabores de la forma correcta, incluso hasta llegar a resultarles desagradables o repugnantes.

Teniendo esto en cuenta, los Trastornos Alimentarios están recogidos y reconocidos en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales de la Asociación Psiquiátrica Americana (DSM). Según la clasificación más reciente por DSM-V los trastornos alimentarios de la primera infancia se denominan bajo el término “*Trastorno por evitación/restricción de la ingesta de alimentos*”, en los que se incluye, entre ellos la anorexia nerviosa.

Según informa Kerzner (2015), la clasificación de este tipo de trastornos data de 1980 y tienden a reflejar la disciplina del propio autor. La comunidad médica se enfoca en las condiciones orgánicas, mientras que los psiquiatras se centran en los problemas de comportamiento. Debido a este motivo, este aspecto será uno de los discutidos con posterioridad.

RESULTADOS

Los resultados hallados en la investigación serán mostrados en las siguientes tablas. Por un lado, en la primera tabla se presentan las bases de datos en los cuáles han sido hallados los diferentes documentos (Tabla 1). Por otro lado, encontraremos la bibliografía en la cuál se utilizó el criterio de inclusión y exclusión (Tabla 2). Y, por último, el resumen de los artículos seleccionados, con su autor, tipo de documento, fecha de publicación y las ideas principales de este (Tabla 3).

Tabla 1: artículos seleccionados y sus bases de datos.

BASES DE DATOS	ARTÍCULOS
<p style="text-align: center;">PUNTO Q</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Detección de Trastornos Alimentarios en niños: adaptación lingüística y conceptual del Children’s Eating Attitudes Test (CHEAT). ● Trastornos Alimentarios en menores de 5 años y su relación con la funcionalidad familiar. ● Rechazo del alimento en el niño pequeño. ● Trastornos de la conducta alimentaria en el niño pequeño.
	<ul style="list-style-type: none"> ● Trastornos de alimentación en la infancia.

<ul style="list-style-type: none"> ● Trastornos Alimentarios en menores de 5 años y su relación con la funcionalidad familiar. ● Rechazo del alimento en el niño pequeño. ● Trastornos de la conducta alimentaria en los niños pequeños. ● Trastornos de alimentación en la infancia. ● Trastornos alimentarios del lactante y preescolar. ● Trastornos alimentarios maternos y su influencia en la conducta alimentaria de sus hijas (os). ● Trastornos de la conducta alimentaria en la población infantil durante la pandemia de COVID-19. ● Nuevos Horizontes en los Trastornos Alimentarios: adicción a la comida. ● Manual Básico de Psiquiatría de la Infancia y de la Adolescencia (libro). ● Aspectos históricos en la medicina sobre los trastornos alimentarios. ● Diagnosis and treatment of feeding disorders. In infants, toddlers and young children. ● A practical approach to classifying and managing feeding difficulties. 	<p>nutricional para la Comunidad Educativa.</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Obesidad Infantil: análisis antropométricos, bioquímicos, alimenticios y de estilo de vida. ● Maternal Stress and Problem-Solving Skills in a Sample of Children with Nonorganic Feeding Disorders. ● Trauma, Disociación y Descontrol en de los Impulsos en los Trastornos Alimentarios (libro). ● How to approach feeding difficulties in young children. ● Nutrición Saludable y Prevención de los Trastornos Alimentarios.
---	--

Nota: elaboración propia.

Tabla 3: publicaciones seleccionadas.

TÍTULO DEL DOCUMENTO	AUTOR	AÑO	TIPO DE ESTUDIO	RESUMEN
ASPECTOS HISTÓRICOS EN LA MEDICINA SOBRE LOS TRASTORNOS ALIMENTICIOS.	San Sebastián, J.	1999	Artículo de revista.	Primeros hitos históricos referentes a la anorexia y la bulimia nerviosa.
TRASTORNOS DE LA ALIMENTACIÓN EN LA INFANCIA.	Almenara, C.	2005	Artículo de revista.	Diferencias entre <i>feeding disorders</i> y <i>eating disorders</i> y criterios diagnósticos para los Trastornos Alimentarios en los infantes según el DSM-IV-TR.
DIAGNOSIS AND TREATMENT OF FEEDING DISORDERS. IN INFANTS, TODDLERS, AND YOUNG CHILDREN.	Chatoor. I	2002 2009	Libro.	Clasificación diagnóstica de los Trastornos Alimentarios en niños y su tratamiento.
A PRACTICAL APPROACH TO CLASSIFYING AND	Kerzner. B [et al.]	2009	Artículo de revista.	Clasificación de los Trastornos Alimentarios según

MANAGING FEEDING DIFFICULTIES.				Kerzner.
RECHAZO DEL ALIMENTO EN EL NIÑO PEQUEÑO.	Pérez, I [et al.]	2010	Artículo de revista.	Clasificación, consecuencias, diagnóstico y tratamiento de la anorexia en los niños.
DETECCIÓN DE TRASTORNOS ALIMENTARIOS EN NIÑOS: ADAPTACIÓN LINGÜÍSTICA Y CONCEPTUAL DE CHILDREN'S EATING ATTITUDES TEST (CHEAT).	Elizathe, L [et. al]	2010	Artículo de revista.	Se describen las herramientas disponibles para el diagnóstico de los Trastornos Alimentarios en los infantes.
TRASTORNOS ALIMENTARIOS DEL LACTANTE Y PREESCOLAR.	Bravo, P. J y Hodgson, I. B.	2011	Artículo de revista.	Factores etiológicos involucrados en los trastornos alimentarios (factores genéticos, ambientales, conductuales,...) y categorización de los desórdenes alimentarios de los infantes según Chatoor.
TRASTORNOS ALIMENTARIOS MATERNO Y	Behar, R. A y		Artículo de	Influencia de las madres con TCA sobre las conductas

SU INFLUENCIA EN LA CONDUCTA ALIMENTARIA DE SUS HIJOS.	Arancibia, M. M	2014	revista.	alimentarias de sus hijos(as) y cómo se desarrollan estas en los infantes.
NUEVOS HORIZONTES EN LOS TRASTORNOS ALIMENTARIOS: ADICCIÓN A LA COMIDA.	Pinto Robayna, B. [et al.]	2019	Artículo de revista.	Se añade a la clasificación de los trastornos alimenticios la adicción a la comida, haciendo mención a la obesidad infantil debido al carácter adictivo de los ultraprocesados.
TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA EN LOS NIÑOS PEQUEÑOS.	Campuzcano Martín, S.H.	2020	Revista de Pediatría.	Clasificación de los Trastornos Alimentarios según Kerzner, diagnóstico y tratamiento.
MANUAL BÁSICO DE PSIQUIATRÍA DE LA INFANCIA Y DE LA ADOLESCENCIA.	Roncero, C. I y Martínez, B. A	2020	Libro.	Epidemiología, etiología, evaluación, diagnóstico y transcurso de los trastornos alimentarios en los infantes y los adolescentes.
TRASTORNOS	García-Galía,	2021	Artículo de	Los trastornos alimentarios en

ALIMENTARIOS EN MENORES DE 5 AÑOS Y SU RELACIÓN CON LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR.	A. [et al.]		revista.	los niños menores de 5 años se asocian a la adaptabilidad familiar caótica.
TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA EN LA POBLACIÓN INFANTIL DURANTE LA PANDEMIA DEL COVID-19.	García-Ríos, C. A y García-Ríos, V. E	2021	Artículo de revisión.	Investigación en la que se comprueba los efectos de la pandemia del COVID-19 en los trastornos alimentarios de los infantes y por qué estos se desarrollaron en este tiempo.

Nota: elaboración propia.

Contextualizando el nacimiento de los Trastornos Alimentarios, San Sebastián (1999) revisó los hitos históricos relativos a estos para conocer e indagar, sobre todo en la génesis de las anorexias antiguas y modernas.

La Anorexia en la antigüedad nace con connotación religiosa y mística. Una de las primeras evidencias de ello fue el caso del monje Monhein (s.IX), el cuál sometió a una milagrosa curación a Friderada por un atracón de comida. Este le sugirió que dejara de comer y vomitara todos los lácteos ingeridos para, más tarde, ser llevada al santuario. Otra evidencia de ello es Santa Catalina de Siena, que al ser visitada por Jesús, comienza a rechazar la comida y solo se alimenta de hierbas, las cuáles usa para producir el vómito. También se tienen

referencias del mundo árabe, en el que se habla del príncipe Hamadham, que murió por negarse a comer (s. XI).

En esta época, y el sentido por el que se hacían estas prácticas, era con un sentido religioso. Abandonar el cuerpo, que era fuente de placer, y alcanzar la máxima espiritualidad.

La Bulimia Nerviosa tiene una evolución menos conocida. Las primeras referencias nacen en 1708, aunque es conocido que la civilización romana usaba el vómito y otras formas de purga para vaciar el estómago y continuar con la ingesta masiva de alimentos. Este patrón ha seguido hasta nuestros días, y es por los que se establece que la Bulimia tiene entidad propia, con sus criterios de diagnóstico específicos establecidos en el DSM-IV y en el CIE 10.

Por todo lo expuesto, estos trastornos surgieron por conductas alimentarias desordenadas como el vómito después de los ágapes y el ayuno religioso.

Para Almenara (2005), los trastornos de la alimentación son muy recientes y están en continuo crecimiento en la nosología psiquiátrica. Dentro de este campo se desarrolla el término *feeding disorders* (FD) (en español, *trastornos alimentarios*, concretamente en la infancia), que a diferencia de los *eating disorders* (ED) (en español, trastornos de la conducta alimentaria) en este primer trastorno existe una participación más activa de la madre o sustituto nutricional.

Los FD afectan entre un 6% y un 25% a los niños que se desarrollan con normalidad y un más de un 35% a los niños con trastornos en el desarrollo (Lindberg et al., 1991), siendo así uno de los criterios diagnósticos del *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*, el DSM-IV-TR. Estos se diferencian de la siguiente manera:

Tabla 4: Criterios diagnósticos para el trastorno de alimentación en la infancia o niñez según el DSM-IV-TR

CRITERIO A	CRITERIO B	CRITERIO C	CRITERIO D
Falla persistente para comer de manera adecuada, la cual se traduce en	No existen problemas gastrointestinales o problemas médicos	El trastorno en la alimentación no se puede explicar mejor por cualquier otro	El inicio del trastorno debe darse antes de los 6 años.

<p>una dificultad significativa para ganar peso o en una pérdida significativa de peso, por el lapso de al menos un mes.</p>	<p>en general (por ejemplo, reflujo esofágico) suficientes como para explicar el trastorno en la alimentación.</p>	<p>trastorno mental (por ejemplo, Trastorno de Rumiación), o por la ausencia de alimento.</p>	
---	---	---	--

Nota: adaptada de Vargas, C. (2005). Trastornos de la alimentación en la infancia- Almenara, 8, 187-201.

Aunque esta clasificación es excluyente debido a que solo el primer criterio es el que más se acerca al trastorno, algunos autores consideran que estos criterios son la culminación de la investigación del trastorno tras los 50 años.

Chatoor, (2001) sostiene que el DSM-IV “no consideró la variedad de trastornos de alimentación que existen o la necesidad de tratamientos diferentes para estos trastornos” y es por ello que ella planteó su clasificación a partir del modelo de desarrollo de Stanley Greenspan (DeGangi, 2000).

A juzgar por Pérez et. al, (2010), la anorexia es definida como la disminución del deseo por comer tras un periodo de ayuno más o menos prolongado, lo que el rechazo al alimento es una reacción de oposición al alimento que, en menores de 2 años, se manifiesta con la ausencia de hambre o dar por finalizada la comida tras comer una pequeña cantidad.

La anorexia es clasificada según la presencia o no de patologías subyacentes, en orgánicas o no orgánicas (De Paz, 1997) y (Vitoria et. al, 2003):

- **Orgánicas:** son anorexias secundarias a distintas enfermedades, que según su duración pueden ser agudas y transitorias. En ellas el niño rechaza todo tipo de alimento que causa un estancamiento o variación en el desarrollo del ponderal.

En este grupo puede desarrollarse trastornos de la deglución que en los niños resulta difícil de diagnosticar debido a que su manifestación es a partir del rechazo del alimento.

Tabla 5: trastornos de la deglución.

TIPOS DE DISFAGIA	DESCRIPCIÓN
DISFAGIA ORAL	Rechazo al alimento o retención del bolo en la parte anterior de la boca, sin tragarlo.
DISFAGIA FARÍNGEA	Obstrucción del paso del alimento al esófago.
DISFAGIA ESOFÁGICA	Rechazo del alimento y adquisición de conductas inapropiadas durante las comidas.
DISFAGIA CONDICIONADA	Hipersensibilidad.

Nota: adaptada de Chatoor, I. (2009). Diagnosing Treating Feeding Disorders in Infants, Toddlers and Young Children. Washington : National Center for Clinical Infant Programs.

- **No orgánicas o anorexias conductuales:** la anorexia conductual es un proceso multicausal en el que intervienen sobre todo factores psicológicos y psicosociales, en el que el niño puede rechazar el alimento como respuesta a conflictos que le rodean, por ejemplo.

Entre los factores a tener en cuenta de que influyen en el desarrollo de la conducta alimentaria están:

- El reconocimiento de la madre a reconocer cuándo el bebé reclama su alimento. El niño aprenderá a asociar la lactancia con el fin con la sociedad del hambre.
- Los bebés tienen una predilección por los sabores dulces, que puede ser asimilado a través de la lactancia debido a los diferentes alimentos consumidos por la madre en su dieta. La familiaridad del sabor ayudará a que el niño prefiera un sabor frente a otro.
- Los lactantes alimentados por pecho se adaptan de forma más fácil a los alimentos, debido a que, como comentamos anteriormente, el niño saborea diferentes sabores a través de la leche.
- Los lactantes y niños pequeños pueden ajustar su aporte alimentario en función del contenido energético de los alimentos, por lo que es responsabilidad de los progenitores favorecer una alimentación variada y sana.

- Autonomía para que el niño aprenda a comer solo.
- El aspecto social de la comida. La alimentación ocurre en un contexto social, y si este choca con el carácter del niño, pueden surgir problemas o dificultades con su alimentación. El excesivo control influye de manera negativa en su autocontrol.
- La técnica de alimentación que es empleada: forzar a comer, usar horarios muy rígidos o un clima inadecuado puede influir de forma negativa en el desarrollo de la conducta alimentaria del niño, por lo que se debe crear un ambiente y una técnica que de confianza y seguridad al niño en este momento.

El *diagnóstico* de un niño con anorexia requiere la participación de varios profesionales como pediatras, enfermeros, psicólogos, nutricionistas, trabajadores sociales y gastroenterólogos. Este proceso consta de los siguientes aspectos:

- **Evaluación del desarrollo ponderoestatural y valoración nutricional:** para este análisis se usan gráficas adecuadas y se observa la evaluación del peso, talla y perímetro cefálico a lo largo del tiempo. Estas medidas nos indicarán si existe un fallo de medro.
- **Encuesta dietética cuantitativa y cualitativa e investigación del entorno que rodea al niño durante las comidas:** estas nos informarán si existen regresiones dietéticas o restricciones alimentarias por creencias familiares, los que nos avisarán de las técnicas empleadas por los padres en la hora de las comidas.
- **Investigación psicosocial:** se analizan las relaciones en la estructura familiar y la presencia de acontecimientos estresantes o dificultades en la familia.
- **Estudios complementarios:** estos estudios se amplían siempre que la historia clínica sugiera una anorexia orgánica de origen infeccioso, metabólico o por afectación de un órgano o aparato determinado.

El tratamiento y prevención de este trastorno, parte de las siguientes fases:

- **Tratamiento dietético:** se les ofrecerá a las familias una dieta equilibrada e ideas y trucos para que los platos sean atractivos para el niño. Además, no deben calificar ningún alimento como *bueno* o *mal*, solo debe consumirse con moderación.
- **Manejo del comportamiento y el establecimiento de normas de conducta alimentaria:** no debe usarse ninguna amenaza, castigo, ni soborno para que el niño

coma. Deben modificarse las conductas empleadas para que el momento de la comida sea un momento de placer y de disfrute para toda la familia.

- **Tratamiento farmacológico:** si el niño presenta deficiencia nutricional, se valorará la toma de suplementos vitamínicos.

Elizathe (2010) nos informa de las herramientas disponibles para el diagnóstico de estos trastornos en la población: *Eating Disorder Inventory-Child (EDI-C)* y el *Children's versions of Eating Attitudes Test (ChEAT)*. Ambas versiones están adaptadas para ser usadas en la población infantil, ya que estas fueron creadas para detectar casos en adultos.

El *EDI-C* es una versión más adaptada a los pacientes infantiles y permite evaluar actitudes y conductas relacionadas con la alimentación y la imagen corporal, al igual que rasgos psicológicos asociados a los TCA.

El *ChEAT* es una versión simplificada y adaptada a la población infantil del *EDI-C*, que permite evaluar la percepción de la imagen corporal, preocupaciones en relación a la comida y prácticas dietéticas o restrictivas. Este consta de 26 ítems que evalúan las conductas en niños de 8 a 13 años y que consta de tres subescalas:

- **Dieta:** evalúa el rechazo a las comidas ultra calóricas o la preocupación por el peso y la delgadez.
- **Control Oral:** evalúa el control tanto personal y social de la alimentación.
- **Bulimia:** valora la presencia o no de conductas bulímicas, como los atracones y los vómitos.

Bravo y Hodgson (2011), hablan de los factores etiológicos involucrados en los trastornos alimentarios (factores genéticos, ambientales, conductuales, ...). Entre los factores ambientales, estructurales y nutricionales, nos encontramos:

- **Las restricciones dietéticas de la madre durante la lactancia:** la leche materna tiene la capacidad de traspasar al feto una variedad de sabores derivados de los alimentos consumidos por la madre, que permitirá en el segundo semestre de vida, introducir una serie de alimentos nuevos. Si restringimos ciertos alimentos a nuestra dieta, el feto no mejorará la adaptabilidad a esos nuevos sabores.

- **Adecuada transición a la alimentación complementaria:** para el infante, la transición de la leche materna a alimentos es sumamente importante. La textura de ciertas comidas puede ser un gran problema debido al cambio de consistencia, por lo que la presentación individualizada de los alimentos en el plato mejorará la respuesta de ellos.
- **“*Finger foods*”:** este término proveniente del inglés da nombre a todo aquel plato que es comido con los dedos y las manos. Esta forma de alimentación permite que el niño manipule y explore el alimento, favoreciendo su aceptación y la autonomía, así como la autoalimentación de forma precoz. El uso temprano de utensilios frustra al niño, debido a la gran dificultad que este requiere, por lo que utilizar *finger foods* puede ser un método transitorio entre estas dos etapas.
- **Elección de texturas adecuadas:** la textura de los alimentos presentados a los infantes debe ser gradual debido al desarrollo motor oral, por lo que el niño, si se encuentra con alimentos difíciles de digerir, puede frustrarse, cansarse y rechazar estos nuevos alimentos.
- **La influencia de los padres, cuidadores y pares:** el rol modelador dentro de la familia es una figura clave, por lo que el niño debe tener la oportunidad de interactuar con sus familiares, hermanos, padres... en la mesa compartiendo y adquiriendo hábitos saludables.
- **Limitar calorías líquidas:** el consumo de la leche materna, debido a los múltiples nutrientes que este ofrece, es capaz de suprimir el apetito del infante y que una dieta sólida sea menos variada.
- **Fomentar la alimentación independiente:** debemos fomentar la autonomía de los niños ofreciéndoles comidas fáciles de manipular y explorar y permitiéndoles, a su vez, que coman solos.
- **Considerar aversión sensorial dentro del diagnóstico diferencial:** el trastorno alimentario Aversión Sensorial, dentro de la categorización realizada por Chatoor, debe

considerarse dentro del diagnóstico diferencial del niño con trastornos de alimentación, siempre y cuando aparezca un persistente rechazo a ciertos sabores, texturas y olores.

Teniendo en cuenta estos aspectos, las posibles estrategias propuestas para el manejo de estos trastornos en los lactantes y preescolares son las siguientes:

Tabla 6: estrategias desde los diferentes ámbitos para el manejo de los trastornos alimentarios en los lactantes y preescolares.

ÁMBITOS	ESTRATEGIAS
INTERACCIÓN	<ul style="list-style-type: none"> ● Ambiente positivo. ● No forzar la alimentación. ● Comer simultáneamente con el bebé. ● Evitar el exceso de atención.
ESTRUCTURAL	<ul style="list-style-type: none"> ● Establecer una rutina para comer: mismo lugar, mismo horario, mismo tiempo.
NUTRICIÓN/DESARROLLO	<ul style="list-style-type: none"> ● Favorecer la autoalimentación y la exploración de los alimentos. ● Ofrecer las proporciones y texturas apropiadas.

Nota: elaboración propia.

Por otro lado, según la clasificación de Chatoor (2002, 2009) y sus criterios de diagnóstico, los Trastornos Alimentarios en los infantes se clasifican de la siguiente forma:

Tabla 7: Categorización de los desórdenes alimentarios según Chatoor (2009).

TIPO DE TRASTORNO	DESCRIPCIÓN
TRASTORNO DE LA ALIMENTACIÓN DE LA REGULACIÓN ESTATAL (PERIODO NEONATAL)	Existe dificultad para mantener el estado de calma o alerta mientras el bebé es alimentado, debido a la somnolencia o al

	<p>estado de angustia por ser alimentado. Debido a esto, el bebé no es capaz de ganar peso.</p>
<p>TRASTORNO DE RECIPROCIDAD DE LA ALIMENTACIÓN (DE 2 A 6 MESES DE EDAD)</p>	<p>El bebé se percata de la falta de estímulos sociales apropiados como el contacto visual, la sonrisa..., durante la alimentación por su cuidador.</p>
<p>ANOREXIA INFANTIL (ENTRE LOS 6 MESES Y LOS 3 AÑOS)</p>	<p>Surge entre los 6 meses y los 3 años, cuando el bebé avanza en el periodo de desarrollo <i>separación e individualización</i>. El niño comienza a ser consciente del hambre y la saciedad, y rechaza comer las cantidades adecuadas o no comunica el hambre y carece de interés por la comida.</p>
<p>AVERSIONES SENSORIALES A LOS ALIMENTOS (INTRODUCCIÓN DE ALIMENTOS)</p>	<p>Rechazo a ciertos alimentos debido a su textura, olor, temperatura. Neofobia (rechazo a alimentos nuevos).</p>
<p>TRASTORNO DE LA ALIMENTACIÓN ASOCIADO CON UNA AFECCIÓN MÉDICA RECURRENTE</p>	<p>El niño tiene una afección médica concurrente que causa la angustia (él comienza a alimentarse fácilmente pero en el transcurso muestra angustia y se niega a seguir alimentándose).</p>
<p>TRASTORNO DE ALIMENTACIÓN POSTRAUMÁTICA</p>	<p>El rechazo al alimento sigue a un evento traumático que desencadena angustia al bebé, por lo que el niño muestra resistencia al acercar la comida o al tragar.</p>

Nota: adaptada de Chatoor, I. (2009). Diagnosing Treating Feeding Disorders in Infants, Toddlers and Young Children. Washington : National Center for Clinical Infant Programs.

Para Behar y Arancibia (2014) es evidente que las patologías alimentarias de las madres ponen en riesgo a sus hijos para padecerlas, debido al establecimiento de patrones de apego inseguro y escasa elaboración psíquica conjunta de los eventos emocionales (Cordella y cols., 2009). Algunos de los parámetros investigados por estos autores dictan que las madres con historiales de TCA inculcan, de forma consciente o inconscientemente, conductas propias de este trastorno. Entre estos parámetros nos encontramos:

- **Conductas alimentarias:** según informaron Farrow y Blissett (2009), y Hoffman y cols. (2012), las madres con historial dentro de los Trastornos Alimentarios tienen comportamientos restrictivos hacia la comida y estas están asociadas a un temperamento infantil sensible, altos niveles de control maternal y bajo estímulo para una dieta balanceada y equilibrada (Powell y cols., 2011). Además, las madres que poseen rabia o frustración durante la alimentación, son las que más restringen.
- **Comorbilidades:** la co-ocurrencia de trastornos psicopatológicos en la madre es un factor de riesgo para el desarrollo de un TCA infantil. García de Amusquibar y de Simone (2003), encontraron en los infantes con madres con TCA más episodios de atracones, depresión y vínculo pobre con sus progenitoras. Estos niños con problemas alimentarios poseen una desorganización en los horarios de comida y fuerte control materno.
- **Percepción distorsionada del peso y de la imagen corporal:** la auto-percepción distorsionada no es específica de los TCA pero si es posible que aparezca, por lo que Cooley y cols., 2008, aseguró que dentro de las variables predictoras de esta auto-percepción se encuentra la retroalimentación negativa de la madre y la desaprobación de su figura. Con respecto a este factor, McCabe y cols., 2007, concretó que las actitudes negativas con respecto a la apariencia, dieta y ejercicios de las madres y también de las profesoras de los infantes fomentó la insatisfacción de la imagen corporal.
- **Sentimientos de culpa y de vergüenza:** las madres con TCA pueden llegar a sentir culpa y vergüenza por el deseo de ser una madre lo suficientemente buena y por no querer involucrar a los hijos en sus problemas alimentarios (Rortveit y cols., 2009).
- **Vínculo madre/hija (o):** el vínculo y apego establecido entre los padres y los hijos proporciona la seguridad indispensable para un buen desarrollo de su personalidad (Bowlby, 1995). Sin embargo, el apego establecido con las madres que presentan un Trastorno Alimentario es ambivalente, evitativo con la anorexia nerviosa y ansioso con

la bulimia nerviosa. Incluso Stein y cols., (2006), destaca la importancia que presenta el TCA materno en el desarrollo del mundo interno infantil.

- **Lactancia:** la lactancia materna favorece el apego positivo entre madre e hija(o). Un estudio noruego (2010, como se citó en Behar y Arancibia 2014) confirmó que las madres con TCA, después de los 6 meses, cesaron la lactancia, mientras que aquellas mujeres que no presentaban ningún trastorno siguieron con el proceso, favoreciendo así el vínculo con sus hijos(as).

Además de este factor, el embarazo con trastornos alimentarios se manifiesta en bajo peso al nacer en el feto, dificultades para la alimentación por pecho, distanciamiento afectivo y ausencia de interacción en los horarios, que como hemos visto anteriormente es esencial para el atractivo de la hora de la comida del bebé. Agras y cols. (1999), comprobaron incluso, que los bebés con madres con TCA eran alimentados en un horario menos regular y el alimento era usado con un propósito menos nutritivo.

Con todo lo mencionado anteriormente, Soest y Wichstrom (2008), precisan en la importancia que tiene la maternidad para la madre y el efecto positivo que ejerce sobre aquella que padecen un TCA, aunque la lactancia es un periodo crítico de adaptación para ellas.

Pinto Robayna et al. (2019) debate sobre si la obesidad forma parte de los Trastornos Alimentarios. En España, entre la edad de 6 a 9 años, existe un 23,2% de niños con sobrepeso y un 18,1% de niños con obesidad.

Algunos alimentos ultraprocesados contienen aditivos que favorecen el desarrollo de la adicción a la comida, y, por tanto, contribuyen a la obesidad. Aunque es cierto que las investigaciones están enfocadas en adultos, muchos de los alimentos diseñados para ser consumidos por los niños (galletas infantiles, golosinas...) contienen un alto potencial aditivo.

Para medir y evaluar esta adicción alimentaria, la única herramienta diseñada hasta el momento es la *escala YFAS (the Yale Food Addiction Scale)*, que valora a través de un cuestionario de preguntas adaptadas, un amplio rango de criterios relativos al consumo de alimentos grasos, con gran cantidad de calorías y azúcar. Actualmente, el equipo de investigación de la Universidad de La Laguna está validando esta escala en la población infantil, traduciendo y adaptando a la cultura este instrumento para hacer, en un futuro, una muestra en 800 niños y niñas de centros educativos privados y públicos, con el propósito de ayudar a diagnosticar la adicción a la comida y combatir la obesidad infantil.

Según informa Campuzcano (2020), la preocupación de las familias por la alimentación de sus hijos siempre ha sido una de las consultas más frecuentes, por lo que la labor del pediatra está en detectar y prevenir la presencia de trastornos alimentarios.

En muchas ocasiones, estas consultas no culminan en la detección de un Trastorno Alimentario, ya que solamente el 5% de los niños sí tienen un TCA.

La aparición de este tipo de trastornos es mucho más frecuente en menores de 3 años, puesto que en esta edad se dan muchas etapas transitorias con respecto a la alimentación (paso de la lactancia materna al biberón, del biberón a la cuchara y de la comida triturada a la comida sólida).

Como hemos comentado anteriormente, el acto de comer para el niño es esencial, pues es el momento de relacionarse con su familia y su entorno. Debido a esto los estilos educativos de sus progenitores influyen tanto de manera negativa como positiva en la aparición de este tipo de trastornos. Los estilos pueden diferenciarse mediante la observación directa de las comidas y estos son:

- **Estilo responsable o asertivo:** los padres guían al niño en la alimentación y fijan sus límites sin coacciones, amenazas ni castigos y hablan de forma positiva con respecto a los valores del alimento. En este estilo el niño es capaz de reconocer de forma adecuada cuando tiene hambre y cuando está saciado, lo que permite una dieta equilibrada y sana.
- **Estilo controlador o autoritario:** ejercen un control estricto, incluso empleando la fuerza el castigo. Esto hace que la percepción del niño con respecto a la hora de la comida sea negativa.
- **Estilo indulgente o permisivo:** el niño no tiene límites establecidos y maneja a sus padres y la comida como le place. Come lo que quiere y esto condiciona una dieta inadecuada.
- **Estilo negligente:** no se establecen pautas y se ignoran las necesidades afectivas y físicas de los niños, llegando a tener consecuencias graves.

Considerando este aspecto, la clasificación de estos trastornos comenzó en 1994, después de que se introdujera en el DSM-IV, siendo la clasificación de Chatoor la más completa y utilizada hasta el momento.

Kerzner unificó todas las clasificaciones hasta el momento y estableció, según Martín (2020), una clasificación muy útil para la detección de estos trastornos en la Atención Primaria. Esta se divide según el comportamiento y estilo de alimentación de los cuidadores.

Tabla 8: clasificación de Kerzner (2009) de los Trastornos Alimentarios (establecidos por el comportamiento del niño y el estilo de alimentación de sus cuidadores).

NIÑOS CON POCO APETITO	NIÑOS CON INGESTA SELECTIVA	NIÑOS CON MIEDO A COMER
Falsa percepción de los padres:	Falsa percepción por los padres:	Percepción errónea:
<ul style="list-style-type: none"> • Niños que comen poco pero su ingesta es adecuada. • Excesiva preocupación por parte de los padres. 	<ul style="list-style-type: none"> • Neofobia: rechazo a alimentos nuevos o desconocidos para el niño. • Se resuelve exponiendo al niño a esos nuevos alimentos sin presión. 	<ul style="list-style-type: none"> • El llanto excesivo del lactante por cólicos es confundido con hambre, y son forzados a comer.
Niño activo con apetitivo limitado:	Selectividad breve:	Miedo a la alimentación:
<ul style="list-style-type: none"> • Caracterizados por Chatoor como <i>anorexia infantil</i>. • Niños activos e inquietos, que comen en pocas cantidades. • Estancamiento ponderal. 	<ul style="list-style-type: none"> • Comen menos alimentos. • “Caprichosos”. • Ingiere la suficiente cantidad de energía y nutrientes. 	<ul style="list-style-type: none"> • Una experiencia negativa o traumática condiciona el rechazo a la alimentación. • Ayuda con técnicas cognitivo-conductuales.

Niño apático y retraído:	Altamente selectivos:	Miedo a comer de causa orgánica:
<ul style="list-style-type: none"> ● No tiene interés por la alimentación ni por su entorno. ● Desnutrición. ● Necesitan interacción positiva con un alimentador experimentado. 	<ul style="list-style-type: none"> ● Caracterizados por Chatoor como <i>aversión alimentaria sensorial</i>. ● Solo ingieren en su dieta 10-15 alimentos. ● Rechazan los alimentos por su color, textura, olor o temperatura. ● Requieren de una terapia conductual profunda. 	<ul style="list-style-type: none"> ● El dolor es el condicionante del miedo a la alimentación.
Niño con poco apetito debido a una enfermedad orgánica:	Ingesta selectiva de origen orgánico:	
<ul style="list-style-type: none"> ● Enfermedades gastrointestinales, cardiorrespiratorias, neurológicas, metabólicas y estructurales disminuyen el apetito. ● Trato individualizado de la patología. 	<ul style="list-style-type: none"> ● Respuestas alteradas a las propiedades sensoriales de los alimentos y/o un retraso en las habilidades motoras orales. 	

Nota: adaptado de Kerzner, B. et al. (2015). A Practical Approach to Classifying and Managing Feeding Difficulties. PEDIATRICS, 135, 344-351.

El tratamiento de estos trastornos se sustenta en dos pilares: *tratamiento nutricional* (en el que se establecen unas pautas básicas de alimentación, se marcan horarios y se fomenta la alimentación variada y sana) y el *tratamiento conductual* (combinación de técnicas adaptadas al tipo de trastorno que se tenga, en el que se incluyen estrategias para mejorar la influencia del cuidador durante las comidas).

Según en *Manual Básico de Psiquiatría de la infancia y adolescencia* (2020), la menor atención a los trastornos de alimentación en las primeras etapas de desarrollo puede dictar la escasez de información y la dificultad para clasificarlas, ya que según el enfoque dado, existirá un diagnóstico u otro. Asimismo, este tipo de trastornos presentan muchas irregularidades con respecto a la ingestión de los alimentos y no tienen su origen en una patología médica.

Es por ello que existen diversas clasificaciones, que son las siguientes:

Tabla 9: Clasificación de los Trastornos Alimentarios en diferentes manuales.

CIE-10	CFTMEA-R-2012	DSM-5
<ul style="list-style-type: none"> ● Anorexia Nerviosa. ● Anorexia Nerviosa Atípica. ● Bulimia Nerviosa. ● Bulimia Nerviosa Atípica. ● Hiperfagia en otras alteraciones psicológicas. ● Vómitos en otras alteraciones psicológicas. ● Otros Tr. de la Conducta alimentaria: <ul style="list-style-type: none"> - Pica. - Pérdida 	<ul style="list-style-type: none"> ● Anorexia Nerviosa: <ul style="list-style-type: none"> - Restrictiva. - Bulímica. ● Anorexia nerviosa atípica. ● Bulimia. ● Bulimia atípica. ● Otros trastornos de las conductas alimentarias. <ul style="list-style-type: none"> ● Pica. ● Mericismo. ● Potomanía y otros. ● Tr. conductas alimentarias sin especificación. ● Tr. conductas 	<ul style="list-style-type: none"> ● Pica: <ul style="list-style-type: none"> - en niños. - en adultos. ● Trastorno de rumiación. ● Tr. de evitación/restricción de la ingesta de alimentos. ● Anorexia Nerviosa: <ul style="list-style-type: none"> - tipo restrictivo. - tipo por atracón/purgas. ● Bulimia Nerviosa. ● Trastorno por

<p style="text-align: center;">psicógena de apetito</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Tr. de la conducta alimentaria sin especificar. ● Tr. de la conducta alimentaria en la infancia. ● Pica en la infancia y en la niñez. 	<p style="text-align: center;">alimentarias - del lactante y del niño.</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Tr. Alimentarios del recién nacido. 	<p style="text-align: center;">atración.</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Otro Tr. alimentario de la ingesta de alimentos especificado. ● Tr. alimentario o de la ingestión de alimentos no especificado.
---	--	---

Nota: adaptado de Ediciones Universidad de Valladolid. (2020). Manual Básico de Psiquiatría de la Infancia y de la Adolescencia. Valladolid: Ediciones Universidad de Valladolid.

Los estudios con respecto a los trastornos propios de la infancia son escasos, pero conocemos que cerca del 25% de bebés en época de lactancia y niños pequeños tienen problemas con la alimentación, cifra que aumenta con niños con problemas de desarrollo como los niños autistas, los cuales tienen diversos problemas de ingesta de alimentos. De igual forma, la incidencia de los trastornos como la anorexia y la bulimia aumenta drásticamente en las sociedades occidentales, sobre todo en mujeres en edades comprendidas desde los 10 hasta los 19 años, siendo la anorexia la que tiene un nacimiento anticipado a la bulimia.

Los trastornos alimentarios en la infancia se refieren, de forma general, a la dificultad o falta de interés por la ingesta de alimentos, establecidos en el DSM-IV como trastornos de pica, rumiación y de la ingesta alimentaria de la infancia y niñez (desapareciendo en la última versión del DSM):

- **Pica:** ingestión involuntaria y persistente de sustancias no nutritivas en lactantes y niños pequeños, mínimo durante un mes. Dentro de estas sustancias pueden encontrarse papel, pintura, pelo, insectos...

- **Trastorno de rumiación:** presencia de regurgitaciones y masticaciones repetidas de alimentos ya ingeridos, sin náuseas ni afección gastrointestinal asociada, mínimo durante un mes (DSM-IV, 1994).

Para el tratamiento de estas, es necesario hacer una valoración general en aspectos fisiológicos, nutricionales de conducta y de interacción familiar para instaurar, más adelante, un procedimiento que combine la psicoeducación (para mejorar el entorno del niño) y modelos conductistas.

El **trastorno de evitación** aparece en el DSM-5 en sustitución del trastorno de ingestión alimentaria en la infancia o en la niñez del DSM-IV-TR, con el objetivo de ampliar este diagnóstico a cualquier edad. En él, como su nombre lo indica, el bebé o el adulto restringe o evita el alimento, provocando deficiencias nutritivas, bajo peso y afectaciones en el ámbito psicosocial. Si esta evitación es dada por características sensoriales, se denomina neofobia. Si este cuadro sucede en los primeros años de vida, se denomina anorexia nerviosa infantil.

La evaluación de la conducta alimentaria se da de dos formas:

- **Directa:** observaciones de las interacciones entre los cuidadores y el niño durante las comidas.
- **Indirecta:** información ofrecida por los padres o cuidadores.

Además de esto, se hará un análisis clínico completo para conocer su estado nutricional y se basará su tratamiento en las pautas que el niño necesite, de forma progresiva para restaurar el peso y estado nutricional.

Según el estudio realizado García-Galia, A. (2021), existe una leve relación entre las familias con una adaptabilidad caótica y los trastornos alimentarios, siendo los más recurrentes la Aversión Sensorial y la Anorexia Infantil (según la categorización de Chatoor, 2009) en niños menores a 5 años. De igual forma, el trastorno por Aversión Sensorial es el más recurrente en la población, y se conoce a los infantes con este tipo de trastorno como *picky eaters* o *choosy eaters* (en español, comensal quisquilloso o comensal selectivo).

Conforme a García-Ríos (2021), la pandemia del COVID-19 provocó un enorme impacto en la población mundial, afectando tanto en la salud física como psicológica de las personas. Para las personas con desórdenes psiquiátricos su respuesta ante la pandemia fue más aguda, provocando que los niveles de depresión y ansiedad aumentaran, y los grupos más vulnerables, como los niños y adolescentes, tuvieron un mayor número de ingresos debido al desencadenamiento de enfermedades graves como la anorexia nerviosa (Spettigue, et al., 2021). Estos son desencadenados, según Striegel-Moore y Bulik (2007), por eventos estresantes en el cual los niños responden abandonando la ingesta dietética (Yaffa, et al., 2021). En los servicios de Trastornos Alimentarios para niños y adolescentes del Servicio Nacional de Salud del Reino Unido se han duplicado el número de ingresos hospitalarios, aumentando así las listas de espera en los diferentes centros médicos (Solmi et al., 2021).

Couturier et al. (2021) elaboraron unas guías prácticas para el tratamiento virtual de niños, adolescentes y adultos canadienses emergentes con trastornos alimentarios, en la que cita que la atención presencial debe ser prioridad. Por otro lado, Grall et al. (2020) hizo un estudio en el confinamiento en Madrid, concretando así que algunos de los pabellones psiquiátricos para niños y adolescentes de los hospitales públicos cerraron o se convirtieron para atender a otros pacientes.

Teniendo esto en cuenta, los niños sufrieron muchas dificultades en la pandemia que influyeron en su salud mental, como la adaptación de la ingesta de alimentos concretos, alteración de la rutina y del sueño, aumento del estrés y ansiedad, y aumento de la obesidad.

DISCUSIÓN, CONCLUSIÓN Y VALORACIONES

En la exposición anterior de contenidos, se observa como la definición y clasificación de los Trastornos Alimenticios varía, siendo este objeto de discusión en la actualidad.

Esta problemática en la definición exacta de estos trastornos puede estar definida por la ambivalencia en su diagnóstico, pues estos pueden desarrollarse por causas adversas al niño(a) como el estilo de crianza o eventos traumáticos. Además de esto, según el campo en el que se diagnostique o se advierta de estas complicaciones con la alimentación, se enfocará de una forma u otra, ya que como comentaba Kerzner (2015) los médicos se enfocan en las condiciones orgánicas de este, mientras los psiquiatras toman un enfoque más conductual. Con la introducción en 1994 en el DSM-IV del término *Trastorno de la alimentación de la infancia y la niñez temprana* se ayudó a conseguir una definición nacional de ellos, pero no fue la decisiva, debido a que en los criterios de diagnóstico no se incluía la pérdida significativa del peso o la alteración no causada por una infección gastrointestinal (Chatoor, 2002).

En otro caso, la definición puede no estar clara debido a la dificultad existente para la medición de estos trastornos. Aunque existen algunos medidores como *Eating Disorder Inventory-Child (EDI-C)* o *Children's versions of Eating Attitudes Test (ChEAT)*, son herramientas focalizadas en valorar los trastornos en adultos, campo en el que las investigaciones son más extensas y específicas debido al alarmante aumento casos de estas tras la pandemia. Para calibrar el impacto y buscar solución en la etapa infantil, a pesar de aparecer estas herramientas, son versiones incompletas que aún están en fase de prueba.

Centrándonos en la clasificación de los Trastornos Alimentarios en los infantes, como hemos podido comprobar, existen diversas versiones de su clasificación, las cuáles serán expuestas de forma breve a continuación:

Tabla 10: clasificación de los Trastornos Alimentarios de diferentes fuentes.

DSM-IV (1994) y DSM-IV-TR (2000)	DSM-5 (2013)	CHATOOR (2002-2009)	KERZNER (2009)
<ul style="list-style-type: none"> ● Pica. ● Trastorno por rumiación. ● Trastorno de la ingestión alimentaria de la infancia o de la niñez. 	<p><i>“Trastorno de evitación/restricción de la ingestión de alimentos”:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ● Alteración de la alimentación que se pone de manifiesto y se asocian a: <ul style="list-style-type: none"> -Pérdida de peso. -Deficiencia nutritiva. -Dependencia de la alimentación enteral o de suplementos nutritivos. -Interferencia en el funcionamiento psicosocial. 	<ul style="list-style-type: none"> ● Trastorno de la alimentación por regulación estatal. ● Trastorno de reciprocidad de la alimentación. ● Anorexia infantil. ● Aversiones sensoriales a los alimentos. ● Trastorno de la alimentación asociado con una afección médica recurrente. ● Trastorno de alimentación postraumática. 	<ul style="list-style-type: none"> ● Niños con poco apetito. ● Niños con ingesta selectiva. ● Niños con miedo a comer.

Nota: elaboración propia.

En el DSM-IV y DSM-IV-TR, su versión posterior, calificaban estos trastornos en la infancia como *alteraciones graves en la conducta alimentaria* y se hacía especial énfasis a la clasificación de los trastornos divididos en: *pica*, *trastorno por rumiación* y *trastorno de la ingestión alimentaria de la infancia o de la niñez*. En 2013, con la publicación del DSM-V, se sintetizó y generalizó esta clasificación denominándola *trastornos de evitación/restricción de la ingestión de alimentos*, y especificando cuáles eran las evidencias del padecimiento de estas. Esto sucedió debido al reconocimiento de estos trastornos en edades más adultas.

Discutiendo esta generalización, España es uno de los pocos países europeos que sigue usando el DSM-IV-TR, debido a la fundamentación de sus nuevas clasificaciones. Y es evidente que esta nueva clasificación de los trastornos no es del todo acertada, ya que de esta forma se está generalizando algunos aspectos como la dependencia de suplementos nutritivos, los cuáles no son necesarios en todos los diagnósticos. Si nos replanteamos esta universalidad del término, seremos conscientes de que en la adolescencia, los trastornos alimentarios están fundamentados sobre *anorexia nerviosa*, *bulimia nerviosa*, *trastorno por atracón* y *otros trastornos alimentarios o de la ingestión de alimentos especificados*, los cuáles no concuerdan con los citados en el DSM-IV, por lo que esta nueva clasificación no tendría sentido. Incluso Chatoor sostenía que ni el DSM-IV había considerado la variedad de trastornos de alimentación existentes ni la necesidad de tratamiento diferentes para estos trastornos. Es por este motivo que Chatoor hizo su propia categorización.

Aunque en la mayoría de los casos se toma la categorización y criterios de diagnóstico de ella como referencia debido a su gran investigación en el problema, a lo largo de los años se han hecho nuevas categorizaciones en relación a estas como la de Wolfson, con un enfoque más práctico (rechazo persistente del alimento que dura más de un mes, ausencia de una enfermedad orgánica que provoque el rechazo del alimento o la falta de puesta al tratamiento médico de una enfermedad orgánica) o la Levine et al. (2011) en el que se hace énfasis en el diagnóstico con alimentación nocturna (el niño es alimentado cuando duerme), alimentación persecutoria (intentos constantes de alimentación al niño), alimentación forzada (se fuerza al niño a que abra la boca para comer), alimentación mecánica (alimentación en horas programadas) y distracción condicional (el niño no come sin distracción).

A pesar de estos intentos por categorizar los trastornos de diversas maneras, la categorización de Chatoor es la más completa y útil de ellas, ya que enfoca esta clasificación en las etapas en las que suceden y da un enfoque contextual a estas, teniendo en cuenta todos los factores determinantes en la alimentación de los infantes.

Otro aspecto a analizar es la obesidad como trastorno. Si tomamos la definición del DSM-5 de trastorno de alimentación “*alteración persistente en la alimentación o en el comportamiento relacionado con la alimentación que lleva a una alteración en el consumo o en la absorción de los alimentos y que causa un deterioro significativo de la salud física o del funcionamiento psicosocial*” (DSM-V, 2013) podríamos indicar que, efectivamente, la obesidad es un trastorno, pues estos se caracterizan por un concepto erróneo de la alimentación y el peso.

Uno de los Trastornos de la Conducta Alimentaria, *el trastorno por atracón* en el cual la persona ingiere una cantidad enorme de comida de golpe, es muy prevalente en la gente obesa, y este está asociado a factores emocionales y psicológicos, siendo este último una de las causas de no tomarlo con trastorno.

El origen de la obesidad es multicausal, y cuándo se diagnostica, muchas veces se evita el factor psicológico y emocional. La ingesta masiva de comida o la preocupación excesiva por el peso son algunos de los indicadores de los Trastornos Alimentarios, por lo que no deberíamos obviarlos. Padecer un trastorno no es sinónimo de delgadez extrema pues, es viable tener *bulimia o trastorno por atracón* sin tener una complexión delgada.

Como hemos visto en la mayoría de los documentos comentados anteriormente, la alimentación es un momento de interacción entre el niño y sus familiares, el cuál abarca numerosos factores que influyen en el desarrollo de los trastornos relacionados con la alimentación. Si bien es cierto que hemos visto que algunos de estos factores decisivos son por causas orgánicas, el papel del familiar o cuidador es esencial para adquirir, o no, dificultades o trastornos de alimentación. La lactancia para el bebé es un momento de conexión con su madre, en el que debe sentir el apego seguro y la tranquilidad justa para crear una experiencia positiva hacia su primer contacto con la alimentación. Asimismo, favorecer en la niñez que este instante sea adecuado ayudará en un futuro a crear pensamientos positivos al momento del desayuno, almuerzo y cena, de ahí que la mayoría de los testimonios escuchados al empezar esta investigación nos comentaran el pánico que les causaba los momentos de la comida en una niñez y que seguía manteniéndose en aquellos que a día de hoy padecían algún TCA.

¿Y por qué se mantienen los Trastornos Alimentarios hasta la actualidad? Comentábamos anteriormente que crear una imagen positiva en el momento de la comida era esencial para crear expectativas positivas futuras, pero el uso de las redes sociales cada vez en etapas más tempranas está afectando negativamente a los niños(as). Los infantes están

expuestos a estándares de belleza que cumplir en edades en las cuáles su principal interés debería ser el juego y aprender en la escuela.

Sometemos a los niños de edades cada vez más tempranas a cumplir estándares de belleza sujetos a la delgadez extrema y a la sintomatología relacionada con desórdenes alimentarios. A esto se suma las interacciones con otros niños(as), familiares o personas externas, que si hacen un gran uso de estas redes, pueden ser receptores de evaluaciones negativas hacia su cuerpo.

Incluso, uno de los factores que pueden estar favoreciendo esta sobreexposición es el control parental. Muchos padres y cuidadores entregan a sus hijos(as) el *teléfono móvil* o las *tablets* como medio de entretenimiento, sin ningún tipo de filtro ni control. El acceso a cualquier tipo de información en estos medios es inmenso, y con una simple búsqueda, se pueden encontrar millones de resultados relacionados.

En los últimos años se han hecho muy virales blogs sobre los trastornos alimenticios con el nombre de *Ana* (haciendo referencia a la anorexia) y *Mía* (haciendo referencia a la bulimia), en el que se ofrecen recursos y *tips* para bajar de peso, hacer purgas o vomitar, e incluso fomentando la autolesión. Si no ofrecemos a los niños(as) un buen control en las redes, pueden llegar a este tipo de información perjudicial que puede iniciar el proceso de un trastorno o empeorarlo si ya se es parte de él.

Y aunque es evidente que el COVID-19 ha afectado en la salud de todas las personas, y también de los más pequeños, no defiendo que este sea el único motivo para el aumento de casos en población cada vez más joven. Solo creo que este es un agravante.

Por último, veo necesario mencionar la importancia que tiene la alimentación en edades tan tempranas, pues gracias a la investigación para este trabajo de revisión bibliográfica, he podido ser más consciente de esta.

GLOSARIO DE TÉRMINOS

Eating disorders (ED): término anglosajón referido a los trastornos de conducta alimentaria.

Feeding disorders (FD): término anglosajón referido a los trastornos alimentarios, concretamente a la etapa infantil.

“Finger foods”: término proveniente del inglés da nombre a todo aquel plato que es comido con los dedos y las manos.

Neofobia alimentaria: miedo y rechazo a probar nuevos alimentos o que sean desconocidos.

Parosmia: afección que causa en la persona dificultades para percibir los olores y los sabores de la forma correcta, incluso hasta llegar a resultarles desagradables o repugnantes.

Picky eaters o choosy eaters: término en inglés que significa *comensal quisquilloso o comensal selectivo*.

Trastorno Alimentario (TA): son alteraciones en la conducta alimentaria especialmente relevantes en adolescentes y niños.

Trastorno de la Conducta Alimentaria (TCA): según la OMS (2022), son patologías mentales graves biológicamente influenciadas, que se presentan con comportamientos alimentarios anormales, acompañados por una distorsión en la percepción de la imagen corporal, una preocupación excesiva por el peso y por la comida.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Almenara, C. (2005). *Trastornos de la alimentación en la infancia*. *Almenara*, 8, (pp. 187-201).
- Asociación Estadounidense de Psiquiatría. (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition*. Arlington, Estados Unidos: Editorial Médica Panamericana.
- Asociación Estadounidense de Psiquiatría. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition*. Arlington, Estados Unidos: Editorial Médica Panamericana.
- Behar, R. y Arancibia, M. (2014). *Trastornos alimentarios maternos y su influencia en la conducta alimentaria de sus hijas(os)*. *Revista Chilena de Pediatría*, 85, (pp. 731-739).
- Bravo, P. y Hodgson, I. (2011). *Trastornos alimentarios del lactante y preescolar*. *Revista Chilena de Pediatría*, 82, (pp. 87-92).
- Campuzcano Martín, S. H. (2020). *Trastornos de la conducta alimentaria en el niño pequeño*. *Pediatría Integral*, 24, (pp. 108-114).
- Chatoor, I. (2009). *Diagnosing Treating Feeding Disorders in Infants, Toddlers and Young Children*. Washington : National Center for Clinical Infant Programs
- Clasificación Internacional de Enfermedades, undécima revisión (CIE-11)*, Organización Mundial de la Salud (OMS) 2019/2021, <https://icd.who.int/browse11>.
- Consejo General de la Psicología en España. (2021). *La necesidad de prevenir y abordar de forma temprana los trastornos de la alimentación*.
<https://www.infocop.es/viewarticle/?articleid=18486>
- Decreto 2484/ 1967, de 21 de septiembre, por el que se aprueba el texto del Código Alimentario Español. *Boletín Oficial del Estado*, 248, de 17 de noviembre de 1967.
- Ediciones Universidad de Valladolid. (2020). *Manual Básico de Psiquiatría de la Infancia y de la Adolescencia*. Valladolid: Ediciones Universidad de Valladolid.
- El Cronista. (2022). *Ómicron: advierten por el trastorno alimenticio que afecta a los niños después del contagio por COVID*. El Cronista.
<https://www.cronista.com/informacion-gral/omicron-advierten-por-el-trastorno-alimenticio-que-afecta-a-los-ninos-despues-del-contagio-por-covid/>
- Elizathe, L., Murawski, B., Arana, F. G., Diez, M., Miracco, M. y Rutzstein, G. (1999). *Detección de Trastornos Alimentarios en niños: adaptación lingüística y conceptual de Children's eating attitudes test (CHEAT)*. *Anuario de investigaciones*, 17, (pp. 33-40).

- García-Galia, A., Montiel-Jarquién, A. J., Rivera-Zúñiga, B. P., Torres Santiago, D., Aréchiga Santamaría, A., González López, A. M. y López Bernal, C. A. (2021). *Trastornos alimentarios en menores de años y su relación con la funcionalidad familiar. Facultad de Medicina Humana URP*, 4, (pp. 494-501).
- García, D. (2003). *Cultura Alimentaria. Revista de Salud Pública y Nutrición*, 4, (pp. 1-5).
- García Ríos, C. y García Ríos, V. (2021). *Trastornos de la conducta alimentaria en población infantil durante la pandemia de COVID-19. Dominio de Las Ciencias*, 7, (pp. 1353-1363).
- Kerzner, B. (2009). *Clinical Investigation of Feeding Difficulties in Young Children: A Practical Approach. Clinical Pediatrics*, 48, (pp. 960-965).
- Kerzner, B. (2015). *A Practical Approach to Classifying and Managing Feeding Difficulties. PEDIATRICS*, 135, (pp. 344-351).
- León-Sanromà, M., Mínguez, J., Cerecedo, M. J. y Téllez, J. (2014). *¿Nos pasamos al DSM-5? Un debate con implicaciones clínicas, sociales y económicas. Atención Primaria*, 46, (pp. 4-5).
- Levy, Y., Levy, A., Zangen, T., Kornfeld, L., Dalal, I., Samuel, E., Boaz, M., Ben David, N., Dunitz, M. y Levine, A. (2009). *Diagnostic clues for identification of nonorganic vs organic causes of food refusal and poor feeding. Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition*, 48, (pp. 355-362).
- Lucio, C. (2022). *La huella de la pandemia sobre la salud mental de los niños. El Mundo*. <https://www.elmundo.es/ciencia-y-salud/salud/2022/10/10/63402e22fdddfff3988b457e.html>
- Mateo, J. (2018). *El lugar de la Obesidad en los Trastornos de la Conducta Alimentaria. Clínica Obésitas*. <https://www.clinicasobesitas.com/actualidad/obesidad-trastornos-de-la-conducta-alimentaria/>
- Ostalé, P. (2022, Marzo 28). *La pandemia ha provocado un aumento de casos de trastornos alimentarios, según pediatras de Atención Primaria. Heraldo*. <https://www.heraldo.es/noticias/salud/2022/03/28/pandemia-provoca-aumento-tca-1563181.html>
- Pérez García, I., Alberola, S. y Cano, A. (2010). *Rechazo del alimento en el niño pequeño. Anales de Pediatría Continuada*, 8, (pp. 10-16).
- Pinto Robayna, B., Benítez Brito, N., Moreno Redondo, F. J., Ramallo Fariña, Y. y Díaz Flores, C. (2019). *Nuevos horizontes en los Trastornos Alimentarios: adicción a la comida. Revista Española de Nutrición Humana y Dietética*, 23, (p. 132-133).

- Real Decreto 95/2022, de 1 de febrero, por el que se establece la ordenación y las enseñanzas mínimas de la Educación Infantil. *Boletín Oficial del Estado*, 28, 2 de febrero de 2022.
- San Sebastián Cabasés, J. (1999). *Aspectos históricos en la medicina sobre los trastornos alimentarios*. *Revista de Estudios de Juventud*, 47, (pp. 17-22).
- Vázquez Arévalo, R., López Aguilar, X., Ocampo Tellez- Girón, M. y Mancilla- Díaz, J. (2015). *El diagnóstico de los trastornos alimentarios del DSM-IV-TR al DSM-5*. *Revista Mexicana de trastornos alimentarios*, 6(2), (pp. 108-120).
- Watson, K. y Cherney, K. (2021). *Lo que debes saber sobre la parosmia*. Healthine. <https://www.healthline.com/health/es/parosmia>
- Winstock, A. (2005). *Eating and Drinking Difficulties in Children*. Londres: Routledge.
- Yang, H. (2017). *How to approach feeding difficulties in young children*. *Clinical and Experimental Pediatrics*, 60, (pp. 379-384).