

# LA FAMILIA EN EL TRATAMIENTO DE LOS NIÑOS Y NIÑAS CON TRASTORNOS DE CONDUCTA ALIMENTARIA PREPUBERALES.

Olza, I\*; Graell, M\*\*; Villaseñor A. \*\*\* G. Morandé\*\*.

\*Psiquiatra Infantil. Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda, Madrid.

\*\*Psiquiatra Infantil. Hospital Universitario Niño Jesús, Madrid

\*\*\*Psicólogo clínico. Hospital Universitario Niño Jesús, Madrid

Publicado en: Trabajo Social y Salud, numero 67, paginas 75-86 2010

## ABSTRACT

Los trastorno de conducta alimentaria en edad escolar (nos referimos a niños y niñas de entre 6 y 12 años de edad) son un grupo heterogéneo de trastornos psiquiátricos infantiles que a menudo no llegan a ser diagnosticados ni tratados de manera adecuada, a pesar del impacto que producen en la salud del niño y en el medio familiar. Los criterios diagnósticos de la DSM-IV y la CIE-10 resultan inadecuados para la clasificación de estos trastornos lo que motiva que más de la mitad de estos casos sean etiquetados como "atípicos" o "no especificados". Los padres y madres de estos niños tienen que hacer frente a situaciones francamente complejas y estresantes. En la última década se ha producido un cambio importante en el papel de la familia en el tratamiento: de ser considerados como agentes causantes o desencadenantes de la enfermedad los padres han pasado a ser valorados como soporte central del tratamiento de sus hijos o hijas. En el presente trabajo revisamos las dificultades que encuentran habitualmente las familias que tienen niñas o niños con trastornos de conducta alimentaria así como las implicaciones del cambio en el modelo terapéutico.

Los trastornos de conducta alimentaria prepuberales (nos referimos a niños y niñas de entre 6 y 12 años de edad) han recibido menos atención que los trastornos de conducta alimentaria que aparecen en la adolescencia, probablemente debido a su menor prevalencia. Las familias de los niños o niñas afectados tienen que hacer frente a una serie de dificultades específicas y en algunos casos diferentes a las que se plantean las familias de los adolescentes que sufren trastornos de conducta alimentaria.

El diagnóstico de un trastorno de conducta alimentaria en un niño o niña tiene un serio impacto en la familia. Los trastornos de la conducta alimentaria afectan profundamente a las familias de los afectados, pero este efecto ha sido poco estudiado. Hay poco escrito sobre la experiencia de los padres que tienen un niño con un TCA. No hay que olvidar que una de las características más típicas de los TCA a menudo es la negación del problema por parte del afectado. Además todavía hay cierto desconocimiento entre los profesionales sanitarios sobre la posibilidad de que niños y niñas prepuberales padezcan trastornos de conducta alimentaria y la importancia de una intervención terapéutica precoz.

Cuando en los trabajos de investigación se habla de la familia a menudo se hace en términos más bien negativos y se centra la atención en su papel como causantes del trastorno. Sin embargo algunos autores han señalado que es frecuente que las familias sufran preocupación, desesperación, frustración, enfado, confusión y culpa.

En primer lugar es importante comprender las dificultades que conlleva el diagnóstico de los trastornos de conducta alimentaria en la edad escolar. Bajo la categoría de trastornos de conducta alimentaria en la infancia se agrupan síntomas y presentaciones muy variadas que no encajan bien con las categorías diagnósticas actuales.

Lask y Bryant-Waugh (1) definen los TCA en la infancia como un "trastorno de la infancia en el cual hay una preocupación excesiva por el peso, la forma y /o la ingesta alimentaria, acompañado por una ingesta muy inadecuada, irregular o caótica". Según varios autores, de los niños de 7 a 15 remitidos a una clínica de TCA solo el 50% cumplen los criterios de anorexia nerviosa o bulimia, el resto caen en la categoría de TCA no especificado. (2), (3,4) Este hallazgo también se repite en los estudios realizados en nuestro país (4)

Sin criterios diagnósticos claros y adecuados es posible que niños con conductas alimentaria significativamente anormales y con otras conductas relacionadas con el peso seguirán siendo infra detectados, infraestudiados e infratratados. (5)

Esta dificultad diagnóstica hace además que en la práctica clínica sea en ocasiones difícil decidir o diferenciar cuando un trastorno de la alimentación se convierte en un trastorno de la conducta alimentaria (3). Esta situación la encontramos en algunos de nuestros pacientes que ya desde la primera infancia tuvieron dificultades con la lactancia materna o artificial, anorexias del lactante, alergias o intolerancias alimenticias que motivaron un peregrinar por numerosas consultas médicas hasta que en la edad escolar lo que destaca es la alteración de la conducta alimentaria en si misma. Otro subgrupo que también parece estar incrementándose es el de los niños o niñas que han sido tratados con metilfenidato desde edades tempranas y con dosis en ocasiones yatrogénicamente elevadas lo que ha motivado una pérdida importante del apetito y una posterior alteración de la conducta alimentaria, que en estos casos podría ser calificada de secundaria. El punto en el que coinciden casi todos los autores revisados es que es inadecuado etiquetar a los niños que no encajan en las categorías de adultos como

“atípicos” (6) y en la necesidad de profundizar en la investigación de estos trastornos para desarrollar criterios de trastornos de conducta alimentaria adecuados a la edad infantil.

Así que las familias a menudo suelen atravesar un penoso recorrido hasta dar con el diagnóstico, y no es infrecuente observar de manera paralela las dificultades que algunas familias tienen para aceptar y comprender que se trata de una patología mental.

Otra de las dificultades que tienen que confrontar las familias de los niños y niñas afectadas es su papel como posibles causantes o favorecedores de los trastornos de sus hijas, algo que puede resultar culpabilizante y traumático. Existe numerosa bibliografía sobre los factores favorecedores y desencadenantes de los TCA en adolescentes. Menor atención ha recibido los factores que favorecen el desarrollo en preadolescentes aunque se reconoce el efecto de factores como la familia, los medios de comunicación, los amigos e Internet (7)

Por citar solo algunos ejemplos de estudios en este sentido mencionaremos los más relevantes. Los hábitos alimenticios de los padres y sus preocupaciones por el peso pueden afectar al hijo. Se ha señalado que los niños heredan las preocupaciones por el peso de sus padres (8,8) Un estudio en niñas prepuberales señaló que el ambiente familiar puede contribuir de manera significativa a la dieta y la alteración de la alimentación. Este estudio que siguió a niñas desde los cinco años de edad, a los siete y a los nueve años concluyó que las familias con conflictos familiares y emociones negativas expresadas así como con poco cariño podrían promover la alteración de la conducta alimentaria en niñas prepuberales (9). Otros autores concluyen que los niños que perciben a sus familias como inestables o disfuncionales por conductas como la pobre comunicación o la falta de cuidad parental o de interacción tienen un riesgo mayor de desarrollar un trastorno de conducta alimentaria (10)

Algunos estudios recientes han examinado la relación entre las conductas alimentarias de las madres y la de sus hijos o hijas (11). Esta relación se ha estudiado de dos formas. Por una parte hay estudios que se han centrado en analizar a pacientes adultas que tienen un TCA o están a dieta y observar como alimentan a sus hijos o hijas. Por otra parte algunos autores han investigado a los padres y madres de niños y niñas con trastornos tempranos de la alimentación, indagando en sus conductas alimentarias.

Patel (12) señaló que las madres que tienen un TCA suelen amamantar menos, alimentarles menos, cocinan o comen con sus hijos con menor frecuencia y suelen ser más intrusivas en las comidas; usan más la comida como castigo, y hacen más comentarios negativos a sus hijos durante las comidas. Sin embargo el efecto que los TCAs de los adultos tiene sobre sus descendientes no es consistente en los diferentes estudios y puede variar según la muestra seleccionada y el tipo de TCA.

En un estudio prospectivo en 216 niños de los 0 a los 5 años de edad la insatisfacción corporal materna, internalización del ideal de delgadez, la dieta, los síntomas bulímicos y el IMC materno y paterno predecían la aparición de síntomas de alteración de la conducta alimentaria (inhibición de la alimentación, comer en secreto, comer demasiado y vómitos) en la infancia precoz (13)

En niñas de 11 años, se observó que las madres de las niñas más restrictivas con su dieta no diferían de las madres del grupo control en su nivel de dieta, pero picaban más entre comidas y ayunaban con mayor frecuencia. Además puntuaban a sus hijas como menos atractivas que las otras madres. También pertenecían a familias menos cohesionadas, menos organizadas y con menos énfasis en valores morales (14).

Según los trabajos de Andrew Hill (14,15) las actitudes y conductas de las madres puede tener un impacto significativo en las preocupaciones por la dieta de sus hijas y hay una correlación positiva entre la frecuencia con que niños de 8 años hacían dieta y la de su madre. Otros autores han señalado como a veces una conducta compensatoria de la dieta restrictiva de la madre parece ser el sobrealimentar a los hijos (16)(17)

Field 2001 (8) en un estudio longitudinal con niños de 9 a 14 años señaló la importancia de la figura paterna, la percepción de las actitudes del padre afecta más que la percepción de la madre.

La contribución de los factores parentales que contribuyen a la dieta infantil es difícil de valorar por problemas metodológicos, la alta prevalencia de la preocupación pro el peso en la cultura occidental, el trato diferente que reciben aun niños y niñas por sus padres, la edad de los niños, el genero de los padres y las diferencias potenciarles de tipo y forma de alimentar a los niños durante los episodios. (11)

En la última década se han extendido los abordajes terapéuticos que reconocen la importancia de la participación familiar en el tratamiento. Las necesidades y dificultades de estas familias todavía son poco conocidas, experimentan un alto estrés para el que a menudo no reciben un soporte adecuado (18).

La carga de la enfermedad mental en la vida familiar es uno de los impactos del TCA. Otro de los impactos es que los familiares se sienten aislados de sus amigos y parientes. A menudo sienten vergüenza, dolor y miedo de ser culpados, lo que no dejar de ser comprensible ya que muchos profesionales sanitarios todavía perciben a la familia como un problema. Los padres se sienten excluidos y desanimados de cuidar a sus hijos. Las interacciones negativas con los profesionales y una visión estereotipada de los padres todavía prevalecen (19).

Aunque las familias suelen ser vistas en términos negativos lo que incrementa su carga, juegan sin lugar a dudas un papel vital en el proceso de recuperación de sus hijos.

Un estudio australiano intentó profundizar la experiencia de los padres (20). Entrevistaron cualitativamente a 22 padres (19 madre y 3 padres) de niños y adolescentes de 10 a 19 años de edad. (Muchos de estos padres venían de grupos de apoyo y asociaciones, y la literatura sugiere que estos complimentan mejor los tratamientos) Se hallaron una serie de preocupaciones comunes a todos los padres y madres.

1. Unidad o desintegración familiar. En ocasiones la enfermedad había unido más a los miembros de la familia, aunque esto solía ser un proceso difícil y largo. Otras familias se habían desintegrado. La familia cambia como consecuencia del estrés tan grande que soporta. Para muchos la noción de familia desaparecía y se sustituía por algo que no sabían definir. La interacción social se fracturaba con el resto de familiares, lo que producía que los mecanismos de afrontamiento se afectaran y debilitaran.
2. Dificultad parental para afrontar la situación. Muchos describían la sensación recurrente de no poder más, de venirse abajo. La carga de la enfermedad minaba su capacidad de afrontamiento.
3. Sufrimiento por comentarios inadecuados por parte de otros seres queridos. Comentarios de otros familiares o amigos a menudo incrementan el sufrimiento y la presión sobre los padres

que día a día intentan ayudar a su hijo-a. A menudo esto conllevaba una tendencia a mantener el problema en la familia ya que nadie más lo entendía y a un progresivo aislamiento social

4. Aislamiento social. Los padres se sienten distanciados de sus amigos, familia extensa y profesionales sanitarios. La preocupación económica también favorece el aislamiento.
5. Impacto económico: alto coste de los cuidados. Los profesionales a menudo desconocen las dimensiones del impacto económico en las familias.

Este estudio concluye que el estrés crónico de los TCA causa estrés a la familia como unidad, afectando sus mecanismos de afrontamiento y la relación de la familia con otros significativos. Coincide con los hallazgos de otros autores que señalan que los padres sienten mucho dolor, vergüenza, miedo, ostracismo y exclusión.

La relación de los padres y madres con los profesionales sanitarios que tratan a sus hijos o hijas también puede ser una fuente de estrés. En la literatura publicada, los padres a menudo sienten que no han sido tomados en serio por los profesionales sanitarios, que no les hicieron caso en primer lugar. A menudo se les dicen que han sobre respondido a la pérdida de apetito de su hijo. En numerosos estudios los padres dicen que más información les sería de ayuda. En general los padres ven a los profesionales como poca ayuda y sienten que estos a menudo les acusan o les culpan de la enfermedad de sus hijas.

Muscari señala la necesidad que tienen las familias de expresar sus frustración concerniendo la alteración que los TCAs causan en sus familias sin tener por ello que sentirse culpables (21).

Otro estudio cualitativo indagó en las características de la interacción de estos padres con los profesionales sanitarios (19) Los temas recurrentes para los padres fueron:

1. La dificultad para encontrar ayuda. La mayoría han acudido a todo tipo de profesionales y recursos para encontrar alguien que sepa ayudar a sus hijas, esto es una constante. Los profesionales no solemos reconocer la cantidad de tiempo que han dedicado estos padres a buscar ayuda, a menudo fuera del sistema. Los padres de este estudio eran gente de nivel cultural alto y aún y todo tuvieron muchas dificultades para encontrar ayuda. Cuando por fin encuentran un terapeuta experto sienten un gran alivio, pero incluso entonces a veces se encuentran excluidos del tratamiento.
2. Sentirse excluidos del tratamiento. Muchas historias reflejaban como a menudo a los padres se les excluye del tratamiento y en ocasiones esto se acompaña de cierta culpabilización
3. Relación con los profesionales marcada por muchas interacciones negativas y algunas positivas
4. Imágenes negativas que los profesionales tenían sobre los niños y sus padres, el concepto de manipulación.
5. Llenos de recursos: buscaban alternativas cuando todo fallaba. Destacaba el apoyo crucial que encontraban en grupos de familiares y de autoayuda.
6. Nunca estaban preparados para rendirse, a diferencia de los profesionales.

Los autores creen que muchos padres se sentirían muy aliviados si fueran reconocidos como una parte integral de la recuperación de sus hijos y se les incluyera en el proceso de tratamiento. Esto lo haría más fácil. Entender que las familias son un recurso, en vez de un obstáculo, es necesario para todos. Mantener un diálogo continuo con los padres y madres, facilitarles toda la información que necesiten o deseen, y reconocer sus sentimientos de soledad o agotamiento son claves para el tratamiento de los menores con TCA.

En la misma dirección se está produciendo un cambio gradual en la actitud de los profesionales hacia los padres que tienen un niño con TCA. La necesidad de la participación de los padres en el tratamiento cada vez es más reconocida. En la última década se está cambiando hacia un abordaje basado en las fortalezas de las familias, pero por el contrario todavía son muchos los profesionales que siguen utilizando un abordaje basado en el déficit.

Los nuevos modelos terapéuticos ven a la familia como un recurso en el tratamiento de los TCA en niños y adolescentes. Afirman que el camino es activar a los padres y a la familia, y una de las primeras fases en este tratamiento es desarrollar una alianza terapéutica fuerte con los padres. La segunda fase se centra en la terapia de la familia que ayude a los padres a sostener al hijo. La tercera fase conlleva a normalización del peso. Se centra en la relación padre hijo y se fortalece, y el síntoma de la alimentación deja de ser central (22)(23)

Parece lógico pensar que la progresiva implicación de las familias en los tratamientos de los TCA en niños prepuberales conllevará una disminución del sufrimiento que atraviesan estas familias y una mejora de las relaciones con los profesionales que tratan a sus hijos e hijas. El camino en dicha dirección debe ser recorrido paralela y conjuntamente por profesionales y padres y madres, intentando dejar atrás antiguos modelos culpabilizadores y excluyentes y sobre todo menos resolutivos y eficaces.

## BIBLIOGRAFIA

(1) Lask B, Bryant-Waugh R. *Prepubertal eating disorders*. In: Garner, Garfinkel, editors. *Handbook of treatment for eating disorders*. second ed.: Guilford Press; 1997.

(2) Bryant-Waugh R, Lask B. *Eating disorders in children*. *J Child Psychol. Psychiatry* 1995 Feb;36(2):191-202.

(3) Nicholls D, Chater R, Lask B. *Children into DSM don't go: a comparison of classification systems for eating disorders in childhood and early adolescence*. *Int.J.Eat.Disord.* 2000 Nov;28(3):317-324.

(4) Olza I, Vellilla M, Garcés E, Andrés M. **Trastornos de la conducta alimentaria de inicio temprano (menores de 14 años)** . . Congreso Virtual de Psiquiatría 1 de Febrero - 15 de Marzo 2000 24-CI-D 2000; Disponible en: [http://www.psiquiatria.com/congreso/mesas/mesa24/conferencias/24\\_ci\\_d.htm](http://www.psiquiatria.com/congreso/mesas/mesa24/conferencias/24_ci_d.htm).

(5) Bravender T, Bryant-Waugh R, Herzog D, Katzman D, Kreipe RD, Lask B, et al. *Classification of child and adolescent eating disturbances*. *Workgroup for Classification of Eating Disorders in Children and Adolescents (WCEDCA)*. *Int.J.Eat.Disord.* 2007 Nov;40 Suppl:S117-22.

- (6) DiNicola VF, Roberts N, Oke L. Eating and mood disorders in young children. *Psychiatr.Clin.North Am.* 1989 Dec;12(4):873-893.
- (7) Cave KE. Influences of disordered eating in prepubescent children. *J.Psychosoc.Nurs.Ment.Health Serv.* 2009 Feb;47(2):21-24.
- (8) Field AE, Camargo CA, Jr, Taylor CB, Berkey CS, Roberts SB, Colditz GA. Peer, parent, and media influences on the development of weight concerns and frequent dieting among preadolescent and adolescent girls and boys. *Pediatrics* 2001 Jan;107(1):54-60.
- (9) Sinton MM, Birch LL. Weight status and psychosocial factors predict the emergence of dieting in preadolescent girls. *Int.J.Eat.Disord.* 2005 Dec;38(4):346-354.
- (10) Polivy J, Herman CP. Causes of eating disorders. *Annu.Rev.Psychol.* 2002;53:187-213.
- (11) Coulthard H, Blissett J, Harris G. The relationship between parental eating problems and children's feeding behavior: a selective review of the literature. *Eat.Behav.* 2004 May;5(2):103-115.
- (12) Patel P, Wheatcroft R, Park RJ, Stein A. The children of mothers with eating disorders. *Clin.Child Fam.Psychol.Rev.* 2002 Mar;5(1):1-19.
- (13) 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 May;25(4):375-387.
- (14) Hill AJ, Franklin JA. Mothers, daughters and dieting: investigating the transmission of weight control. *Br.J.Clin.Psychol.* 1998 Feb;37 ( Pt 1)(Pt 1):3-13.
- (15) Hill AJ, Pallin V. Dieting awareness and low self-worth: related issues in 8-year-old girls. *Int.J.Eat.Disord.* 1998 Dec;24(4):405-413.
- (16) Smolak L, Levine MP, Schermer F. Parental input and weight concerns among elementary school children. *Int.J.Eat.Disord.* 1999 Apr;25(3):263-271.
- (17) St John Alderson T, Ogden J. What do mothers feed their children and why? *Health Educ.Res.* 1999 Dec;14(6):717-727.
- (18) Treasure J, Murphy T, Szmukler G, Todd G, Gavan K, Joyce J. The experience of caregiving for severe mental illness: a comparison between anorexia nervosa and psychosis. *Soc.Psychiatry Psychiatr.Epidemiol.* 2001 Jul;36(7):343-347.
- (19) McMaster R, Beale B, Hillege S, Nagy S. The parent experience of eating disorders: interactions with health professionals. *Int.J.Ment.Health.Nurs.* 2004 Mar;13(1):67-73.
- (20) Hillege S, Beale B, McMaster R. Impact of eating disorders on family life: individual parents' stories. *J.Clin.Nurs.* 2006 Aug;15(8):1016-1022.

(21) Muscari ME. *Thin line: managing care for adolescents with anorexia and bulimia. MCN Am.J.Matern.Child Nurs.* 1998 May-Jun;23(3):130-40; quiz 141.

(22) le Grange D, Eisler I. *Family Interventions in Adolescent Anorexia Nervosa. Child Adolesc.Psychiatr.Clin.N.Am.* 2009 1;18(1):159-173.

(23) Lock J, le Grange D, Forsberg S, Hewell K. *Is family therapy useful for treating children with anorexia nervosa? Results of a case series. J.Am.Acad.Child Adolesc.Psychiatry* 2006 Nov;45(11):1323-1328.