

ANOREXIA INFANTIL



L.N AGNES ANAID NEGRETE  
SÁNCHEZ

e-mail: [anaid.nesa@gmail.com](mailto:anaid.nesa@gmail.com)

Cel: 3123396250

22/02/2014

## **INTRODUCCIÓN:**

Para que un menor crezca y se desarrolle adecuadamente es fundamental que este cubra con sus requerimientos y necesidades diarias para mantenerse saludable. Lo cual se refiere a sostener un equilibrio en cuanto al bienestar físico, mental y social, (OMS, 2000); pero cuando alguno de estos aspectos se desequilibran, desgraciadamente se es más propenso a padecer alguna alteración o trastorno en la conducta alimentaria.

Dentro de los factores que pueden desencadenar estos trastornos o alteraciones en los hábitos de alimentación se encuentran los individuales, los cuales afectan las características de cada persona tales como la falta de autonomía, baja autoestima, tendencia al perfeccionismo, vivir muy pendientes de lo que los demás esperan de uno mismo o darles satisfacción y miedo a madurar, crecer y manejar la independencia.

Lamentablemente existen otros factores como los familiares, los cuales se refiere a la escasa comunicación entre los miembros de la familia, la incapacidad de resolver conflictos, sobreprotección, expectativas demasiado altas por parte de los padres, familias preocupadas por la imagen externa, historias familiares que presentan o presentaron depresión y alcoholismo, antecedentes de anorexia o bulimia en hermanos, haber sufrido abuso sexual o malos tratos, entre muchos más. (Majem, Román, & Bartrina, 2002), (Castillo, Martínez, Arévalo, Díaz, & Segué, 2013) .

Como podemos darnos cuenta, la convivencia familiar y todas las cuestiones relacionadas a la misma, son determinantes para la estabilidad del individuo. Anteriormente se creía que los medios masivos de comunicación era una de las principales causas desencadenantes para desarrollar estos trastornos, pero aunque si son una gran influencia, Cada vez esta más presente el estrés infantil, lo que hace más vulnerable a la población en general y ya no solo los adolescentes peligran, sino que también los escolares o prepuberales están expuestos (Olza, Graell, Villaseñor, & Morandé, 2010).

Por otra parte existen estudios donde se valora la relación que existe entre las alteraciones nutricionales y las psicológicas, por lo que profundizaremos el siguiente texto en la anorexia infantil (R. Fuillerat, 2004).

## **DESARROLLO**

Como definición según el DSM IV la ANOREXIA NERVIOSA (AN), es un Trastorno de la Conducta Alimentaria (TCA) el cual es caracterizado por la pérdida de peso auto-inducida con un miedo intenso a engordar. (Melissa & Silber, 2006) (Jurado et al., 2009)

Dentro de la clasificación de anorexia, existen dos subtipos:

- I. Tipo restrictivo: este describe cuadros clínicos en los que la pérdida de peso se consigue haciendo dieta, ayunando o realizando ejercicio intenso.
- II. Tipo compulsivo /purgativo: en este subtipo se recurre a atracones o purgas.

La edad promedio en que se presenta este trastorno es a los 17 años, aunque existen picos a los 14 y 18 años. El comienzo de la enfermedad se asocia en la mayoría de los casos a acontecimientos estresantes, (Andreasen et al., 1995) como el fallecimiento de algún familiar, separación de los padres, discusiones familiares, cambios de figura paterna o materna, entre otros. (Castillo et al., 2013) .

Por otra parte cabe mencionar que la Anorexia Nerviosa no solo se puede presentar entre la adolescencia o pubertad y que así mismo las condiciones o características del individuo sean absolutas, sino que también se presenta en la infancia.

La anorexia infantil puede ser consecuencia de problemas alimentarios que se han hecho presentes desde la primera infancia presentando retraso en el crecimiento y asociándose a estados depresivos que pueden desencadenarse por anomalías en cuanto al vínculo madre-hijo debido a que en esta primera etapa el universo lo constituyen solo las figuras de apego. (Cambroner, 2005)

Dentro del cuadro clínico que presenta la anorexia nerviosa en la pubertad o en la adolescencia es la ausencia de la menstruación y tienden a presentar mayor emaciación, mientras que en la infancia las niñas aún no han experimentado ciertos

cambios en el cuerpo, por lo que esta afecta directamente el crecimiento y desarrollo normal.

Los seres humanos durante el transcurso de la vida, forjamos nuestra personalidad la cual se va determinando desde el momento de ser concebidos. Estudios sobre el origen y desarrollo de la personalidad, lo fundamentan, además de considerar positivo el hecho que los padres le hablen y creen un ambiente de armonía desde la etapa fetal.

Lo anterior se recomienda como parte de la estimulación temprana, lo que ayudará al feto a sentir un ambiente familiar seguro y por ende desarrollarse correctamente. Cuando existe algún tipo de rechazo durante el embarazo, preocupaciones, peleas, depresión, o algún evento estresante, el feto recibe todas las emociones y puede llegar a afectar su carácter y personalidad, presentando a futuro algún tipo de trastorno o afectar su conducta. (R. Fuillerat, 2004)

## **EPIDEMIOLOGÍA:**

Los trastornos de la conducta alimenticia pueden ser desencadenados por aspectos como la vulnerabilidad, emociones, influencia cultural, medios masivos de comunicación, presión social, estrés, falta de atención; así como por otros factores socioculturales, familiares y hasta genéticos o biológicos.

Estudios que se realizaron han demostrado que existe un mayor riesgo a padecer anorexia nerviosa entre los parientes de primer grado; los estudios que se han realizado en gemelos revelaron un mayor índice de concordancia en los gemelos monocigotos que en los dicigotos. La prevalencia que existe de la AN va de 0.5-1%. (Melissa & Silber, 2006).

Se realizó un estudio prospectivo longitudinal el cual reveló que los caprichos, conflictos al comer, luchas con los alimentos y comidas desagradables durante la primer infancia se correlaciona con el diagnóstico de anorexia nerviosa durante la adolescencia o adulto joven. De igual manera se realizó otro estudio longitudinal en un periodo corto

tiempo que evaluaba la edad preescolar y mediados de la infancia donde el 50-80% de los niños eran selectivos y rechazaban el alimento a edad temprana, lo que mencionaba que los niños con desordenes de alimentación temprana no solo estaban en riesgo con problemas de alimentación, sino también de padecer trastornos de ansiedad y comportamiento. (Ammaniti, Lucarelli, Cimino, D'Olimpio, & Chatoor, 2012).

### **FISIOPATOLOGÍA:**

1. Las concentraciones de ácidos grasos poliinsaturados son menores a las óptimas.
2. Concentraciones postprandiales altas de colecistocinina (Hormona inductora de saciedad).
3. Concentraciones altas de cortisol sérico relacionado con desnutrición grave.
4. Alteración de hormona de crecimiento.
5. Incremento en la actividad de serotonina en el hipotálamo.
6. Amenorrea con disminución de hormona luteinizante.
7. Sintomatología normal al hipotiroidismo con disminución T3 y T4 normal o ligeramente baja y sin respuesta compensadora de hormona tiroestimulante (TSH).
8. Niveles bajos de leptina sérica.
9. Incapacidad para concentrar y diluir la orina.
10. Baja concentración plasmática de aminoácidos (arginina).

(Escott-Stump, S., 2005), (Jáuregui-Lobera & Bolaños-Ríos, 2012).

### **DIAGNÓSTICO:**

Para poder confirmar un diagnóstico cuando se sospecha de alguna patología, se debe cumplir con una serie de requisitos que nos lleven a analizar más a fondo para descartar, evaluar y confirmar el estado de salud del paciente.

En relación a la anorexia infantil, se realiza una valoración nutricional de acuerdo al crecimiento y desarrollo del paciente, con ayuda de las gráficas estandarizadas P/T (peso para la talla), T/E (talla para edad) y P/E (peso para la edad) para determinar si existe fallo de medro. (Isabel, Ferrer, Severo, & Manuel, 2007) de acuerdo a las curvas de crecimiento.

Se realiza una encuesta dietética y se analiza el entorno del niño al momento de comer, así como las técnicas que la familia emplea desde la preparación de alimentos, hasta el momento de la comida.

Para complementar el diagnóstico, se realizan anamnesis, exploración física y estudios bioquímicos, como biometría hemática, examen general de orina, heces, etc. (Pérez-García, Alberola, & Cano, 2010).

#### CRITERIOS DIAGNÓSTICOS EN ANOREXIA NERVIOSA SEGÚN DSM-IV:

- ✚ Rehusarse a mantener el peso corporal en o por encima del peso mínimo normal para la talla y edad.
- ✚ Fracaso para aumentar de peso durante el crecimiento.
- ✚ Pérdida de peso <85%
- ✚ Temor al aumento de peso, aun cuando el peso es bajo.
- ✚ Trastorno en la manera de percepción de imagen corporal
- ✚ Amenorrea en mujeres.
- ✚ Ausencia de por lo menos 3 periodos menstruales.

(Andreasen et al., 1995),(Majem et al., 2002), (Ladino L., Velásquez O.,2010).

#### TRATAMIENTO MEDICO-NUTRIMENTAL:

Para llevar de manera adecuada el tratamiento en la anorexia nerviosa, es de vital importancia el hecho de trabajar de manera multidisciplinaria nutriólogo, psicólogo o

psiquiatra y a su vez el médico según sea el estado de salud del paciente, para que este pueda evolucionar satisfactoriamente.

Una vez diagnosticada esta patología, se debe valorar su estado nutricional, si este presenta deshidratación grave, deberá hospitalizarse y durante su estancia hospitalaria el paciente debe alcanzar un peso saludable.

Una de las claves del tratamiento en anorexia infantil es brindarle terapia a la familia. Por una parte los padres deben trabajar en conjunto y comprometerse a tomar la terapia en pareja, ya que en la mayoría de los casos se asocia con las relaciones problemáticas en familia. Así como estimular la socialización del niño.(Reiersen & Houlihan, 2008).

Se han realizado estudios donde se ha observado que el consumo de yogurt tiene grandes beneficios nutricionales (Jáuregui-Lobera & Bolaños-Ríos, 2012), ya que los pro-bióticos que este contiene son capaces de ejercer un impacto positivo en la salud por lo que se considera un alimento funcional, el cual ha demostrado mejorar la inmunidad natural y adquirida, por lo que se ha recomendado como parte de la alimentación en la anorexia (Solis et al., 2002).

#### **PLAN DE CUIDADO NUTRICIO:**

1. Vigilar si existen carencias de calcio, hierro, zinc, complejo B; y en su caso suplementar e incluir los alimentos en la dieta.
2. Se le debe establecer al paciente un plan de individualizado, donde se le indiquen comidas pequeñas y frecuentes, del mismo tamaño, atractivas y apetitosas.
3. Corregir la ingesta limitada de alimentos.
4. Para evitar la intolerancia gastrointestinal en etapa inicial es necesario limitar alimentos voluminosos.
5. Se debe asegurar al paciente que desaparecerá el estreñimiento.
6. Ayudar al paciente a reanudar hábitos normales de alimentación.

7. Evitar cafeína.
8. Hacerle la recomendación al paciente de evitar consumir agua antes de comer.
9. Dieta sin sal añadida para reducir la retención de líquidos.
10. No calificar alimentos como buenos y malos.
11. Ofrecer ideas y trucos para que los platillos sean atractivos visualmente.
12. Usar platos grandes para que parezca menor la porción de comida.
13. Hacer ejercicio con moderación.
14. Evitar pesar a diario.

(Escott-Stump,2005), (Pérez-García et al., 2010), (Jáuregui-Lobera & Bolaños-Ríos, 2012).

### **MANEJO NUTRICIONAL ANOREXIA:**

Para la alimentación durante el tratamiento nutricional es necesario valorar como primera opción si el paciente puede ingerir mediante la Vía Oral, si no es el caso, se puede establecer una nutrición enteral continua ó intermitente por Sonda; o a su vez alternar la vía oral mediante el día y por la noche recurrir a la enteral. La cantidad de energía y ritmo de administración dependerá de la tolerancia gastrointestinal y cooperación del Paciente.

Por lo que se recomienda una dieta fraccionada en 5-6 tiempos y ofrecer alimentos de poco volumen pero hipercalóricos: la cual puede ser calculada agregando de 200- 300kcal por encima de la ingesta habitual; ó manejar de 30-40 kcal/kg/día, y posteriormente incrementar entre 70 y 100 kcal/día, según la tolerancia gastrointestinal del paciente.

La distribución de macronutrientes se puede establecer de la siguiente manera:

- i. Proteínas: 12-15%
- ii. Lípidos: 33-35%



iii. HC: 50-55%

(Miranda-Sánchez, 2010), (Jáuregui-Lobera & Bolaños-Ríos, 2012).

## **RECOMENDACIONES PARA PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO TRASTORNOS DE CONDUCTA ALIMENTARIA:**

Cuando se presenta una situación donde el niño no quiere comer, la hora de la comida es el momento más estresante y difícil del día; debido a que ambas partes, tanto el niño como el resto de la familia saben que será un momento incomodo, donde posiblemente existan gritos, regaños, amenazas e incluso el comer por la fuerza, por lo que en lugar de disfrutar del alimento como familia, el niño lo ve como tortura y los padres se agobian al no poder hacer que este coma, su platillo. Esta serie de conductas pueden influir de manera negativa para la alimentación del niño. La importancia del entorno familiar es vital, ya que así como existen familias donde el niño no quiere comer; existen otras donde los padres acostumbran discutir entre ellos, dar quejas de los hijos, etc. Que fastidian ese momento de convivencia familiar.

Es importante que los padres sean consientes de la situación por lo que deben entender que el obligar a comer a un niño, usar chantajes, sobornos, castigos, premios o forzarlos; solo empeora la conducta y no soluciona el problema. Por este motivo se recomienda a los padres que la preparación de alimentos sea atractiva, jugando con texturas o colores, que puedan atraer la atención del niño; al momento de servir se pueden ofrecer raciones pequeñas en platos grandes, para que los niños tengan la percepción de que solo comerán un poco. Se debe evitar cualquier tipo de distracción, ya que la hora de la comida es un momento de convivencia familiar, el cual debe ser agradable para todos, evitando hacer comentarios fuera de lugar, bromear o jugar con la comida, así como el ver televisión o dar quejas.

Si una vez servido el platillo, el niño no come en un tiempo aproximado de 30 minutos, o rechaza el alimento, se recoge el platillo, sin mostrar ningún tipo de ansiedad o regaño, y se vuelve a servir alimento hasta la siguiente hora de comida.

El niño debe aprender a respetar horarios e identificar que existen reglas que hay que acatar (Pérez-García et al., 2010).

## **DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN:**

Existen muchos factores que propician este padecimiento, pero ¿Existe alguna razón sobre el porqué hay cada vez más niñas dejando de comer, hablando de dietas, preocupándose por su imagen corporal a muy temprana edad?

Vivimos en una sociedad llena de estereotipos, donde muchas veces suele ser cruel, incluso la misma familia, donde en algunos casos se les obliga madurar a los niños sin estar preparados aún, donde cuesta trabajo expresar sentimientos y la mejor manera pueda ser controlando alimentos. Donde las muñecas “Barbie” son parte de un ideal de belleza.

Hoy en día las niñas son mas vanidosas desde pequeñas, muchas veces por imitación o por el entorno donde se desenvuelven. Por ejemplo sí son bailarinas, hacen gimnasia o forman parte del modelaje, el ambiente que conocen es “estético”, y si este no se sabe abordar de manera adecuada, puede hacerse un concepto erróneo.

Desgraciadamente los niños tienen acceso a mucha información y no siempre es seguro, mientras que el trabajo de los padres cada vez es más demandante, por lo que puede complicarse un poco el estar más pendientes con sus hijos. Por lo que la comunicación y la unión familiar son la base para evitar caer en este tipo de trastornos.

Es fundamental, que el niño se sienta en un ambiente seguro, amado y reciba la atención adecuada, sin llegar a la sobreprotección, respetando reglas y conociendo límites para llevar a cabo su desarrollo de manera normal; ya que unos minutos de atención, pueden marcar la diferencia.

## BIBLIOGRAFÍA

- Ammaniti, M., Lucarelli, L., Cimino, S., D'Olimpio, F., & Chatoor, I. (2012). Feeding disorders of infancy: a longitudinal study to middle childhood. *The International journal of eating disorders*, 45(2), 272–80. doi:10.1002/eat.20925
- Andreasen, N. C., Barlow, D., Campbell, M., Cantwell, D., Frank, E., Gold, J., Gunderson, J., et al. (1995). *DSM-IV Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (MASSON, S., p. 897). Barcelona, Madrid, Milano, Asunción, Bogota, Buenos Aires, Caracas, Lima, Lisboa, México, Montevideo, Rio de Janeiro, San Juan de Puerto Rico, Santiago Chile.
- Cambronero, R. (2005). Redalyc. Anorexia infantil: La hipótesis etiológica, XXV, 19–28.
- Castillo, M. E. H., Martínez, A. O. R., Arévalo, R. V., Díaz, J. M. M., & Segués, C. V. i. (2013). Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios Mexican Journal of Eating Disorders, 4, 45–57.
- Escott-Stump, S. (2005). *Nutricion, Diagnostico y Tratamiento*. MCGRAW-HILL / INTERAMERICANA DE MEXICO, 5ta Edición.
- Isabel, A., Ferrer, C., Severo, H., & Manuel, J. (2007). Anorexia infantil / fallo de medro Introducción.
- Jáuregui-Lobera, I., & Bolaños-Ríos, P. (2012). Revisión del tratamiento dietético-nutricional de la anorexia nerviosa. *Revista médica de Chile*, 98–107. Retrieved from [http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0034-98872012000100015&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0034-98872012000100015&script=sci_arttext)
- Jurado, Li. P. S., Gómez, J. M. C., Ruiz, J. F. C., Beltran, A. M. D., Jerez, D. A. O., & Sánchez, M. E. (2009). Trastornos de la conducta alimentaria en niños y adolescentes.
- Majem, L., Román, B., & Bartrina, J. (2002). Alimentación y nutrición. *Invertir para la salud: prioridades en ...*, 1–42. Retrieved from <http://sespas.es/informe2002/cap08.pdf>
- Melissa, D., & Silber, T. J. (2006). Anorexia nerviosa en niños y adolescentes ( Parte 1 ), 104(3), 253–260.
- Olza, I., Graell, M., Villaseñor, A., & Morandé, G. (2010). LA FAMILIA EN EL TRATAMIENTO DE LOS NIÑOS Y NIÑAS CON TRASTORNOS DE CONDUCTA ALIMENTARIA PREPUBERALES., 1–8.

Pérez-García, I., Alberola, S., & Cano, A. (2010). Rechazo del alimento en el niño pequeño. *Anales de Pediatría Continuada*, 8(1), 10–16. doi:10.1016/S1696-2818(10)70002-0

R. Fuillerat, A. (2004). Psicología y nutrición en el desarrollo ontogenético en la edad infanto-juvenil, 209–224.

Reierson, A., & Houlihan, D. (2008). Childhood Onset of Anorexia Nervosa. *GUNDERSEN LUTHERAN*, 9–12. Retrieved from <http://medlinkair.com/upload/docs/Research/MedJournalVol5No1.pdf#page=12>

Solis, B., Nova, E., Gómez, S., Samartín, S., Mouane, N., Lemtouni, a, Belaoui, H., et al. (2002). The effect of fermented milk on interferon production in malnourished children and in anorexia nervosa patients undergoing nutritional care. *European journal of clinical nutrition*, 56 Suppl 4, S27–33. doi:10.1038/sj.ejcn.1601659