

Aversión a los alimentos en la infancia: ¿fobia, obsesión o trastornos del comportamiento alimentario no especificado?

Juanita Gempeler Rueda¹
Maritza Rodríguez Guarín²
Francisco Muñoz³
Verónica Pérez Muñoz⁴

Resumen

Introducción: La aversión a los alimentos puede ser una manifestación del proceso normal de desarrollo o una expresión sintomática de varias entidades clínicas que generalmente aparecen durante la infancia. Su relación con la aparición temprana de trastornos de la conducta alimentaria no ha sido suficientemente estudiada. *Métodos:* Se describen 15 casos de pacientes (8 varones y 7 mujeres) entre 7 y 21 años, quienes consultaron al programa Equilibrio, de Bogotá, entre septiembre de 2003 y febrero de 2007, por aversión a ciertos alimentos y alta selectividad. *Resultados:* Todos presentaron aversión de tipo fóbico a ciertos alimentos, texturas, sabores o colores. Entre las motivaciones hubo quejas somáticas intestinales, temor a subir de peso y distorsión de la imagen corporal. La mayoría presentaba obsesiones o comportamientos ritualizados relacionados o no con la comida. Se identificaron 6 casos de anorexia nerviosa (AN) prepuberal y 4 con AN de aparición posterior a la menarquia. Un paciente tenía una disarmonía del desarrollo (síndrome de Asperger) y otro presentaba una psicosis infantil. *Conclusiones:* La aversión fóbica a los alimentos durante la infancia podría considerarse un síntoma temprano de AN, aunque la preocupación explícita por el peso o las alteraciones en la imagen corporal no aparezcan y predominen las quejas somáticas del funcionamiento digestivo o la fobia a la comida. El trasfondo obsesivo-compulsivo estuvo presente en la mayoría de casos de estos pacientes con trastornos alimentarios de la infancia.

Palabras clave: trastornos de la conducta alimentaria, trastornos de alimentación e ingestión en la infancia, trastornos fóbicos, trastorno obsesivo compulsivo, desarrollo infantil.

-
- ¹ Psicóloga clínica, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia. Diplomada en Terapia Cognoscitiva-Comportamental, Universidad de Londres, Inglaterra. Codirectora de la Clínica del Programa Trastornos de la Alimentación y Desórdenes Relacionados-Equilibrio, Bogotá, Colombia.
 - ² Médica psiquiatra, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia. Magíster en Epidemiología Clínica, Pontificia Universidad Javeriana. Profesora, Departamento de Psiquiatría y Salud Mental, PUJ. Codirectora de la Clínica de Trastornos de la Alimentación y Desórdenes Relacionados-Equilibrio, Bogotá, Colombia.
 - ³ Médico psiquiatra, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia.
 - ⁴ Médica psiquiatra, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia.

Title: Food Aversion during Childhood: Phobia, Obsessive or Non-Specified Eating Disorder?

Abstract

Introduction: Food aversion can be an expression of the normal developmental process or a symptomatic expression of several clinical entities that generally appear during childhood. Its relation with an early ED appearance has not been well studied yet. *Method:* 15 clinical cases of patients between 7 and 21 years of age are described. They consulted with the Equilibrio outpatient program in Bogotá, Colombia, between September 2003 and February 2007, presenting aversion towards certain food, and high selectivity since very early ages. The anxiety produced by eating and the secondary somatic manifestations were the main psychopathological characteristics. *Results:* They were 8 men and 7 women. They all presented with phobic aversion towards certain food, textures, tastes and/or colors from a very early age. In 6 of them those characteristics were associated with intestinal complaints, while in 10 of them fear of gaining weight and body image distortion were present. 13 out of the 15 patients presented with obsessions or ritualized behaviors either related with food or not. We identified 6 cases of prepuberal Anorexia Nervosa (AN) and 4 with AN that appeared after menarche. One patient had a developmental disharmony (Asperger syndrome), and another one had child psychosis. *Conclusions:* Food phobic aversion during childhood could be considered as an early AN symptom, even if the explicit worry over weight and body image is not present, and somatic worries about gastric functions and or food aversion dominate. The obsessive-compulsive background was present in most of these patients with childhood ED. These symptoms can be present in other developmental childhood pathologies.

Key words: Eating disorders, feeding and eating disorders of childhood, phobic disorders, obsessive-compulsive disorder, child development.

Introducción

Desde la niñez, la disposición a probar nuevos alimentos es influida por el ejemplo dado por los padres, los familiares y los compañeros (1-3). Adicionalmente, el número de exposiciones a comidas nuevas ejerce predominio en los gustos y las aversiones del niño, al igual que el contexto social y los refuerzos positivos o negativos luego de consumir cierto tipo de comidas (4-6).

Si bien la tendencia a rechazar alimentos nuevos se considera parte del proceso de desarrollo y una manifestación normal de los niños alrededor de los dos años de edad, su persistencia en la infancia, adolescencia y adultez es patológica y produce consecuencias sociales e incluso nutricionales graves (7).

Son varios los términos usados para describir ciertas conductas anómalas ligadas con el comportamiento alimentario en la infancia: el rechazo a probar alimentos nuevos ha sido señalado como *neofobia alimentaria*; el no ingerir alimentos por el temor a ahogarse, como *fagofobia o dipsofobia*; el dejar de comer por una causa afectiva subyacente, como *trastorno emocional de evitación a la comida*, y el rechazo a la comida como parte de una actitud negativista hacia todos los aspectos de la vida, *síndrome de rechazo generalizado*.

Adicionalmente, estos comportamientos no se encuentran tipificados como categorías específicas en la nosología psiquiátrica actual,

lo que induce a confusión en el momento de especificar si un síntoma asociado con el consumo de alimentos es o no parte de un trastorno de la alimentación o corresponde a un síndrome diferente. La expresión *pediatric feeding disorders* o *trastornos de la ingesta alimentaria de la infancia o la niñez* se ha definido como el rechazo parcial o total a comer o beber una cantidad suficiente y variada de alimentos para mantener una nutrición apropiada.

El DSM-IV lo incluye junto a la pica y la rumiación de alimentos, cuando no es secundaria a una enfermedad digestiva o a otra enfermedad médica o debida a la no disponibilidad de alimentos. Su inicio suele ser anterior a los seis años de edad y acompañarse de pérdida de peso o dificultad significativa para lograr aumentos de peso durante por lo menos un mes (8).

Al excluir a los niños que presentan limitaciones motoras para deglutir, reflujo gastrointestinal y otras patologías médicas, los trastornos alimentarios en los niños suelen presentarse con conductas como guardar sin deglutir la comida en la boca por largos periodos, escupir los alimentos, remasticar y regurgitar la comida (rumiación), ingerir sustancias no nutritivas (pica), estreñimiento, dolor abdominal recurrente sin aparente causa orgánica, alta selectividad o aversión fóbica a ciertos alimentos por su textura, color o sabor (9).

Se presentan en una amplia gama de patologías psiquiátricas y del desarrollo, dentro de las cuales

está el espectro del autismo, las disarmonías del desarrollo, las psicosis infantiles, así como la manifestación sintomática de un trastorno obsesivo, fóbico o del comportamiento alimentario de aparición temprana.

Si bien se ha descrito que las patologías de la alimentación en la niñez conducen a afectaciones serias del crecimiento y del desarrollo, ligados al deterioro de las condiciones nutricionales, muy poco se sabe acerca del comportamiento a largo plazo de estas alteraciones y su papel prodrómico en los trastornos de la conducta alimentaria (TCA).

En la literatura médica disponible tampoco se encuentra suficiente ilustración acerca de la fenomenología, en términos de semejanzas, diferencias, curso y significado del síntoma. En el presente artículo se presenta una serie de casos de 15 pacientes entre los 7 y los 21 años de edad que consultaron el Programa Trastornos de la Alimentación y Desórdenes Relacionados-Equilibrio, en quienes las alteraciones en el acto de comer parecían diferentes a las típicamente descritas en los pacientes con anorexia o bulimia nerviosa.

Metodología

Se seleccionaron para el estudio 15 pacientes de ambos sexos que consultaron al programa Equilibrio, cuyo motivo de consulta principal fuera la aversión a los alimentos nuevos y la ansiedad marcada al probarlos, junto con una restricción

marcada del número de alimentos incorporados en la dieta. Con las historias obtenidas se construyó una matriz con las siguientes variables: edad; sexo; presencia o no de un peso normal en el momento de la consulta; historia de síntomas obsesivo-compulsivos o puntaje de la Escala Yale-Brown para el Trastorno Obsesivo-Compulsivo (Y-BOCS, por su sigla en inglés); preocupación expresada por el contenido calórico de la comida, el peso o la imagen corporal; distorsión de la imagen corporal; historia de TCA en la familia; historia familiar de trastorno obsesivo compulsivo (TOC); presencia de otros diagnósticos psiquiátricos, y presencia o no de un trastorno alimentario comórbido (tablas 1 y 2).

Resultados

De los casos revisados, 8 fueron de sexo masculino, y 7, de sexo femenino. Para el momento de la consulta, 5 de los pacientes eran adultos jóvenes; 2, adolescentes, y 8, niños. El rango de edad estuvo entre los 7 y los 21 años. De los pacientes de la serie, 5 tuvieron dificultades desde antes de los 6 años para aceptar alimentos nuevos en la dieta; 3 presentaban un alto grado de evitación a los alimentos con un patrón restrictivo en su dieta, secundario a temores de corte obsesivo frente a la posibilidad de presentar reacciones somáticas desagradables, y un paciente disminuyó de una manera drástica el menú de alimentos por una distorsión de

Tabla 1

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
Sexo	M	F	M	M	F	M	F	F	F	F	M	M	M	F	M
Edad	18	11	18	21	10	19	8	20	12	7	10	8	16	11	11
Peso normal para la edad	+	-	+	-	-	-	-	-	-	-	+	+	+	-	-
Percentil					25				25	<5	25 a 50	90	50	10	<5
Aversión /hipersens. a alimentos nuevos	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Historia de síntomas obsesivo-compulsivos	+	+	+	+	-	+	-	+	+	+	+	+	+	-	+

Tabla 2

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
Preocupaciones por peso	-	-	-	-	+	-	-	+	+	-	+	+	+	+	+
Preocupaciones por sabor, color	+ textura, sabor, color	+	+ sonidos	+	+ color novedad	+	+ novedad	+ novedad	+	+	+	+	+ no los mezcla	+	+
Preocupaciones por imagen corporal	-	-	-	-	+	-	-	+	+	+	+	+	+	+	+
Síntomas somáticos	-	-	Enuresis, encopresis, Hirschprung	+ colon irritable	-	Temor a vomitar	Vomito, dolor abdominal	Estreñimiento, dolor abdominal		+ llenura, náuseas			+ intolerancia a dolor abdominal	+	+ náuseas, dolor abdominal
Distorsión de la imagen corporal	-	-	-	+	+	+	-	+	+	-	+	-	+	-	+
Trastorno alimentario comórbido	-	-	-	+	+	+	-	+	+	+	+	-	+	+	+
Trastorno alimentario en la familia	-	-	+ madre	-	+	-	-	-	+ prima papá	+ papá	-	+ papá	+	+	+
Trastorno obsesivo-compulsivo en la familia	+	+	+	+	+	+	-	-	+	+	+	+	+	+	+

su imagen corporal, secundaria a un trastorno dismórfico corporal.

En el momento de la consulta, 8 de los pacientes se presentaron con un peso bajo para su edad, estatura y talla. La presencia de sintomatología obsesivo-compulsiva pudo ser confirmada tanto por el interrogatorio clínico al paciente o su familiar como por la aplicación de la escala Y-BOCS. En 3 pacientes se encontraron puntajes entre 21 y 34, correspondientes a un TOC entre moderado y grave. En 10 de los pacientes restantes se obtuvo reporte de obsesiones y rituales relacionados con la comida, el orden, la simetría, la exactitud, el aseo y la limpieza, manifestados desde la infancia.

Las preocupaciones referentes a la comida estuvieron presentes en todos los pacientes evaluados. El contenido de estas preocupaciones tenía que ver con el potencial daño que pudiera causar el consumir una comida, su estado de descomposición, la reacción fisiológica que puede causar el consumir cierto tipo de alimentos (vómito, gases, estreñimiento, llenura, náuseas o dolor abdominal) y la necesidad en algunos pacientes de que el menú se ajuste a unas expectativas rígidas (lo planeado o lo esperado).

Las temáticas giraron alrededor de la textura de la comida, su color y sabor; la dificultad de mezclar los alimentos en el plato; el sonido que se produce al ingerir los alimentos, y el acercamiento a alimentos nuevos (novedad). En 8 pacientes se

encontraron preocupaciones asociadas con los efectos del contenido calórico de los alimentos en el peso o la forma corporal. En 10 pacientes se encontró distorsión de la imagen corporal.

Discusión

La serie que describimos consta de 15 pacientes, quienes presentaron una evidente dificultad para probar alimentos nuevos y aversión a la comida. En ellos, el acto de comer y el probar nuevos sabores y texturas se tornó patológico e interfería, en gran medida, con su funcionamiento global, sin que necesariamente la distorsión de la imagen corporal o el deseo de bajar de peso o verse delgado fueran su motivación principal para seleccionar el tipo de comida a ingerir.

En todos ellos se presentaban reacciones ansiosas extremas, relacionadas con las horas de comida, así como conductas evitativas, ritualísticas o síntomas psicósomáticos de tipo digestivo. Como puede verse, en los casos la selectividad aumentada para el consumo de alimentos puede ser tan crónica que afecta el estado nutricional y lleva a un peso por debajo de lo esperado para la edad y talla (Tabla 1).

El rango de edades en el cual se presentó el cuadro clínico es acorde con la literatura médica, que describe un inicio temprano de rechazo a los alimentos y de hiperselectividad y que tiende a prolongarse hasta la adolescencia y la edad adulta,

en cuanto tales procesos se hacen patológicos (7).

En la serie de casos aquí descrita encontramos, además, una historia de sintomatología obsesiva-compulsiva, entre moderada y muy grave, en 13 de los 15 pacientes. Como es esperado, la historia familiar para síntomas compatibles con TOC fue positiva para 11 de los 15 pacientes. Estos dos últimos hallazgos nos podrían permitir hablar de una *vulnerabilidad biológica* de carácter genético en estos pacientes, que puede expresarse en rasgos como pobre búsqueda de novedades y evitación de daños ante situaciones nuevas (entre ellas las comidas no probadas), según los factores de personalidad descritos por Cloninger, prevalentes en los pacientes con TOC (10).

Diversos estudios han establecido la relación del TOC con los trastornos de la alimentación. En particular, nos interesa el de Pigot y cols. (11), en el cual se describe que los pacientes con este trastorno desarrollan más actitudes disfuncionales hacia la comida y la imagen corporal que los controles sanos. Dentro de estas actitudes se encuentran el deseo de adelgazar y la insatisfacción con la figura corporal, lo que establece al TOC como un factor de riesgo para el desarrollo de conductas patológicas frente a la comida.

Junto con la predisposición biológica descrita, aparecería el *factor ambiental*. Uno de los factores ambientales que creemos fundamental

para el desarrollo de este comportamiento evitativo frente a la comida es la conducta alimentaria de los familiares. Al menos en la mitad de los pacientes había una historia familiar de conductas y actitudes patológicas frente a la comida. Con base en los datos revisados, podemos sugerir que un individuo con una predisposición biológica a la evitación al daño y a la búsqueda de novedad, y con familiares con actitudes patológicas frente al comer y a los alimentos, tiene un riesgo elevado de desarrollar también tales actitudes y conductas.

Esta afirmación se sustenta en la gran coincidencia de estos hallazgos con los encontrados en estudios de cohorte para comportamientos de riesgo en madres con TCA presentes o pasados: los hijos de madres con un TCA presente o pasado tienden a presentar dificultades en sus patrones de alimentación a partir de la lactancia, que contribuyen a crear ambientes más permisivos en los cuales una predisposición genética se puede expresar (12). Agras, Hammer y McNicholas (13) relacionan la problemática de estas madres con una mayor preocupación por el peso de sus hijas y la utilización de comida con fines no nutritivos.

Las dificultades con la alimentación aparecen en la infancia y pueden estar relacionadas con ciertas características de los padres (insatisfacción corporal de la madre, interiorización del ideal delgado, dietas, síntomas bulímicos, índice de masa corporal materna y pater-

na) y de los hijos (comportamiento alimentario e índice de masa corporal en el primer mes de vida) (14).

En dos casos, los síntomas alimentarios empezaron luego de que se inició un tratamiento para una enfermedad médica (colon irritable y enfermedad de Hansen, respectivamente), lo que nos orienta a que ciertos factores estresantes, como el temor a enfermarse o a presentar reacciones somáticas desagradables, pueden desencadenar este tipo de conductas en un individuo predispuesto que no exhibía una alimentación selectiva.

Como ya se mencionó, son muchos los trastornos que se presentan con un rechazo selectivo a los alimentos. Dentro de estos se encuentran los trastornos generalizados del desarrollo, en los cuales el paciente presenta una intolerancia marcada a las texturas y sabores de los alimentos, al parecer por una falla en la integración sensorial (15,16).

Es llamativo que uno de los pacientes incluidos en la serie de casos haya presentado síntomas que sugerían la presencia de un trastorno generalizado del desarrollo y le fue diagnosticado un TOC; por lo que en este caso en particular hay que sospechar un mayor número de factores en interacción que fueron los responsables de su aproximación patológica a los alimentos.

En 10 casos de esta serie se encontró un diagnóstico de un trastorno alimentario, con patrones

tempranos de conducta evitativos hacia los alimentos. En 5 de estos pacientes encontramos la presencia de TCA en sus familiares cercanos.

El hecho de que los estudios hayan reportado insatisfacción con la imagen corporal después de los 8 años de edad (17) nos lleva a pensar que en los dos casos de menor edad (7 y 8 años) el trastorno de la imagen corporal no fue el responsable de su conducta alimentaria en la edad preescolar y que, tal vez, los factores biológicos-psicopatológicos descritos y los factores de crianza moldearon su conducta durante los primeros años, de la misma manera como sucedió con el resto de pacientes.

Las categorías diagnósticas de la actualidad no dan cuenta de esta configuración sintomática. Ello nos pone ante la pregunta de si los cuadros descritos pueden conceptuarse como *trastornos no especificados de la conducta alimentaria* o si son manifestaciones de un trastorno fóbico o un TOC subyacentes. En cualquiera de los casos, podrían acabar configurando un TCA completo, como ocurrió en 10 pacientes de la muestra presentada. ¿Podríamos hablar de pródromos de un TCA?

La identificación temprana de estos cuadros aumenta la posibilidad de recibir tratamiento y de mejorar el pronóstico. Tal vez, estemos frente a unos procesos de adaptación al medio en un individuo predispuesto a la evitación de situaciones nuevas y que considere

potencialmente peligrosas, pero tal predisposición no estaría delimitada únicamente al campo de la alimentación.

De hecho, los estudios realizados por Frank y Raudenbush (18) apuntan a que la neofobia alimentaria refleja una configuración de personalidad en la cual la búsqueda de novedad es mínima y generalizada a varios aspectos de la vida; describe individuos neofóbicos que se muestran renuentes a realizar un amplio rango de actividades que previamente no han realizado.

En este sentido, incluir este perfil psicopatológico dentro de los TCA no daría cuenta de su expresión en otras áreas de la vida; sin embargo, hace falta investigación en este campo para confirmar los hallazgos y para aclarar si los comportamientos y actitudes aquí descritos pueden encontrarse en pacientes sin un TOC comórbido.

Conclusión

Existen algunas personas en las cuales se presenta un rechazo al consumo de alimentos nuevos (aversión a los alimentos o neofobia alimentaria), frente a quienes caben las hipótesis de una dificultad obsesiva o una fóbica para explicar la adquisición y el mantenimiento de los síntomas:

En primer lugar, la conjunción de una predisposición biológica al TOC y al desarrollo de su cuadro clínico típico (y, por ende, a la evitación de lo novedoso y lo potencialmente

dañino), junto con un aprendizaje de actitudes patológicas ante la comida, desarrolla un comportamiento de evitación a los alimentos nuevos, restricción del menú de comidas y ansiedad marcada al consumirlas. Esto puede reflejar una actitud generalizada de evitación del daño y la novedad, más que una actitud de preocupación mórbida por engordarse o subir de peso (característica típica de los trastornos clásicos de la alimentación).

Y, en segundo lugar, bien sea por un modelamiento familiar claro o por la indicación de una dieta restrictiva como parte de un tratamiento médico, la evitación de ciertos alimentos se instaaura en el repertorio del individuo y tiende a mantenerse al obtener un reforzamiento negativo de la ansiedad.

Esta interacción de factores puede sentar las bases para un TCA típico, el cual, de hecho, aparece en 10 de los 15 pacientes analizados. Concluimos con el planteamiento de la hipótesis en la que la neofobia a los alimentos o la aversión a estos se constituye en un problema en sí y que podría facilitar la aparición de un TCA.

Referencias

1. Koivisto UK, Sjoden PO. Food and general neophobia in Swedish families: parent-child comparisons and relationships with serving specific foods. *Appetite*. 1996;26:107-18.
2. Pliner P, Pelchat ML. Similarities in food preferences between children and their siblings and parents. *Appetite*. 1986;7:333-42.

3. Birch LL. Effects of peer models' food choices and eating behaviors on preschoolers' food preferences. *Child Develop.* 1980;51:489-96.
4. Sullivan SA, Birch LL. Infant dietary experience and acceptance of solid foods. *Pediatrics.* 1993;93:271-8.
5. Sanders MR, Patel RK, Le Grice B, Shepherd RW. Children with persistent feeding difficulties: an observational analysis of the feeding interactions of problem and non-problem eaters. *Health Psychol.* 1993;12:64-73.
6. Birch LL, Johnston SL, Fisher JA. Children's eating: the development of food-acceptance patterns. *Young Child.* 1995;50:71-78.
7. Galloway AT, Lee Y, Birch LL. Predictors and consequences of food neophobia and pickiness in young girls. *J Am Diet Assoc.* 2003;103(6):692-8.
8. American Psychiatric Association. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM IV). Barcelona: Masson; 1994.
9. Chaskel R. Psychosomatic medicine view of eating disorders in children and adolescents. *Rev Colomb Psiquiat.* 2006;35 Supl 1:176-86.
10. Cloninger CR. A unified biosocial theory of personality and its role in the development of anxiety states. *Psychiatr Dev.* 1986;3:167-226.
11. Pigot TA, Altemus M, Rubenstein C, Hill J, Bihari K, Hereux F, et al. Symptoms of eating disorders in patients with obsessive-compulsive disorder. *Am J Psychiatry.* 1991;148(11): 1552-7.
12. Waugh E, Bulik C. Offspring of women with eating disorders. *Int J Eat Disord.* 1999;25:123-33.
13. Agras S, Hammer L, McNicholas F. A prospective study of the influence of eating disordered women on their children. *Int J Eat Disord.* 1999;25:253-62.
14. Stice E, Agras S, Hammer L. Risk factors for the emergence of childhood eating disturbances: a five year prospective study. *Int J Eat Disord.* 1999;25:375-87.
15. Ahearn W, Castine T, Nault K, Green G. An assessment of food acceptance in children with autism or pervasive developmental disorder-not otherwise specified. *J Autism Dev Disord.* 2001;31(5):505-11.
16. Frith U, Baron-Cohen S. Perception in autistic children. In: Cohen DJ, Donnellan AM, Paul R, editors. *Handbook of autism and pervasive developmental disorders.* New York: Wiley; 1987. p. 85-102.
17. Kostanski M, Gullone E. Dieting and body image in the child's world: conceptualization and behavior. *J Genet Psychol.* 1999;160(4):488-99.
18. Frank RA, Raudenbush B. Individual differences in approach to novelty: the case of human food neophobia. In: Hoffman RR, Sherrick MF, Warm JS, editors. *Viewing Psychology as a whole: the integrative science of William Dember.* Washington: APA Press; 1998. p. 227-46.

Recibido para evaluación: 20 de marzo de 2008

Aceptado para publicación: 26 de julio de 2008

Correspondencia
Juanita Gempeler Rueda
Programa Equilibrio
Calle 108 No. 14-22
Bogotá, Colombia
jgempeler@cable.net.co