

## LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA EN LA INFANCIA

Manuel Jiménez<sup>1</sup>  
*Universidad de Málaga (España)*

### Resumen

Se acepta que los trastornos de la conducta alimentaria se dan en la infancia, pero se han realizado muy pocas investigaciones específicas para esta edad. Se revisa el estado actual del diagnóstico y clasificación, evaluación, prevalencia y etiología de los trastornos de la conducta alimentaria en la infancia. Los criterios para adultos se han mostrado poco adecuados para esta etapa evolutiva. La definición, clasificación y diagnóstico debería hacerse en función de criterios específicos para la infancia. La prevalencia muestra una alta variabilidad dependiendo de diversos factores, entre otros de la utilización amplia o estricta de los criterios diagnósticos. Las actitudes y conductas alimentarias alteradas y síndromes parciales son frecuentes en estas edades, pero los síndromes completos son escasos. Los instrumentos de evaluación elaborados específicamente para la infancia son escasos. La mayoría son adaptaciones de los empleados con adultos, mostrando carencias importantes en proporcionar puntos de corte, sensibilidad, especificidad y poder predictivo. Los factores de riesgo están poco estudiados. La evidencia apunta a la existencia de una serie de actitudes y conductas alimentarias que desde muy pronto pueden estar influyendo en el desarrollo de posteriores trastorno alimentarios.

**PALABRAS CLAVE:** *Trastornos de la conducta alimentaria, problemas de la conducta alimentaria, infancia.*

### Abstract

It is generally accepted that eating disorders are already present in childhood, but very few research investigations have been conducted in this age. The current status of diagnosis, prevalence, assessment and etiology of eating disorders in childhood is reviewed. The diagnostic criteria for adults have been shown to be not very appropriate for that developmental stage. The definition, classification and diagnosis of eating disorders should be done on the basis of specific diagnostic criteria for childhood. The prevalence shows a high variability depending on several factors as the comprehensive or narrow use of the diagnostic criteria, among

---

<sup>1</sup> *Correspondencia:* Manuel Jiménez, Dpto. de Psicología de la Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico, Facultad de Psicología, Universidad de Málaga 29071 Málaga (España). E-mail: m\_jimenez@uma.es

others. The troubled eating attitudes and behaviors as also partial syndromes are frequent in this period of age, but complete syndromes are scarce. There are very few assessment instruments developed specifically for childhood. Most of them are adaptations of those used with adults, showing important deficits in providing cut-off scores, sensibility, specificity and predictive power. Few research has been conducted on risk factors. The evidence points out to the presence of several early attitudes and eating behaviors that could be influencing the development of a later eating disorder.

KEY WORDS: *Childhood eating disorders, childhood eating problems.*

## Introducción

Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) son un tema de máxima actualidad. Los medios de comunicación se hacen eco con frecuencia de esta problemática, incluso con determinada carga sensacionalista, asociándola a determinadas actividades profesionales (modelos, artistas, o prácticas como ballet, danza o gimnasia de elite) y enfatizando su pobre pronóstico. Suponen una seria amenaza a la salud y bienestar de muchas adolescentes y mujeres adultas, con posibilidad de morir. Ciertamente, los TCA han llegado a ser un tema de gran interés para el público general, de perplejidad para los investigadores y un reto para los clínicos (Fairburn y Harrison, 2003).

Se ha venido manteniendo que estos problemas, principalmente la anorexia nerviosa (AN) y la bulimia nerviosa (BN), surgen durante la adolescencia. No obstante, actualmente existe evidencia de que estos trastornos los presentan con frecuencia preadolescentes y estudios comunitarios sugieren que muchas de estas alteraciones ocurren primeramente en la infancia (p. ej., Edlund, Halvarsson y Sjöden, 1996; Edmunds y Hill, 1999; Halvarsson *et al.*, 2002; Rolland, Farnill y Griffiths, 1997; Kelly, Ricciardelli y Clarke, 1999; Schur, Sanders y Steiner, 2000). Sin embargo, la investigación sobre el inicio de los TCA durante la infancia es escasa si se compara con la investigación con adultos. Siempre se había sostenido que los problemas de la conducta alimentaria infantil eran problemas menores o de escasa gravedad (pica, rumiación y trastorno de la ingestión alimentaria en la infancia o la niñez). Posiblemente, esta convicción explica en buena medida el olvido de los investigadores de esta etapa evolutiva. No obstante, también existen datos de la gravedad del trastorno alimentario en la infancia. Neumärker y Bartsch (2003) refieren el caso de la muerte de una chica de 13,5 años, que cumplía los criterios clásicos para la AN y que había estado enferma durante los últimos seis meses. Estaba demacrada con un peso corporal de 28,2 kg, con una altura de 1,55 m (que corresponde a un índice de Quetelet de 11,75 kg/m<sup>2</sup>).

Varios hechos están haciendo que los investigadores vuelvan la mirada hacia estas edades: (a) los clínicos están atendiendo a chicas y chicos que presentan problemas de este tipo a edades cada vez más tempranas (p. ej.: Bryant-Waugh y Lask, 1995); (b) investigaciones recientes han puesto de manifiesto elevados niveles de conductas y actitudes problemáticas relacionadas con la alimentación a los 7-8 años (Edlund, Halvarsson y Sjöden, 1996; Rolland, Farnill y Griffiths, 1997), e incluso a

los cinco años (Stice, Agras y Hammer, 1999); (c) comienza a asentarse la idea de que, si bien los síndromes completos no suelen estar presentes a edades tempranas, el origen de estos problemas puede establecerse en la infancia e ir desarrollándose en función de determinadas características familiares, personales y socioculturales; (d) finalmente, hay un importante grupo de investigadores que consideran que los trastornos de la conducta alimentaria son mejor vistos desde la posición de la psicopatología del desarrollo, lo que está llevando a indagar sobre la existencia de factores de riesgo y factores de protección en edades tempranas.

En el presente trabajo se van a considerar problemas, actitudes y conductas relativas a la alimentación alterada durante el rango de edad, establecido algo arbitrariamente, por debajo de los 15 años. Los límites se han establecido en función de los trabajos de investigación disponibles (por debajo de los 10 años son muy escasos) y, en parte, porque es el rango con el que trabaja el grupo de B. D. Lask, R. J., Bryant-Waugh y sus colaboradores, que viene dedicándose específicamente al estudio de los TCA en la infancia. Se revisan aspectos relativos a la definición, clasificación, diagnóstico, prevalencia, evaluación y factores de riesgo, aunque debido al espacio disponible esta revisión no pueda ser exhaustiva.

### **Definición de los Trastornos de la conducta alimentaria**

Las características centrales, en la definición de los trastornos alimentarios, incluyen la perturbación de la alimentación y cualquier sobrevaloración asociada de la figura corporal y peso (Fairburn y Harrison, 2003). Las clasificaciones psiquiátricas actuales asumen estas características como aspectos esenciales a la hora de clasificar los TCA (véase Growers y Shore, 2001). Sin embargo, aplicar sin más estas características a la infancia resulta problemático (Nicholls, Chater y Lask, 2000). Según estos autores, esto supone excluir de un posible diagnóstico a la mayoría de los niños con problemas importantes de la conducta alimentaria. Proponen concebir los TCA en la infancia tal como los habían definido Bryant-Waugh y Lask (1995): «*un trastorno de la infancia en el que hay una excesiva preocupación con el peso o la figura corporal, y/o la ingestión de comida, y acompañado por ingestión de comida enormemente inadecuada, irregular o caótica*» (p. 191). Consideran que añadir «y/o ingestión de comida» amplía significativamente la definición. Estos autores habían propuesto que los problemas de la conducta alimentaria que se pueden dar en la infancia eran la anorexia nerviosa, evitación emocional de la comida, alimentación selectiva, disfgia funcional, bulimia nerviosa y el síndrome de rechazo generalizado.

### **Clasificación y criterios diagnósticos de los TCA en la infancia**

Ningún sistema de clasificación es completamente satisfactorio y el de los TCA no es una excepción. Beumont y Touyz (2003) afirman que aún con «la mejor voluntad del mundo, es difícil no llegar a desilusionarse con el sistema diagnós-

tico de los trastornos de la conducta alimentaria» (p. 20). Los criterios diagnósticos sobre los TCA han ido cambiando en las sucesivas ediciones, desde que la Asociación Psiquiátrica Americana los incluyó por primera vez en 1980 en el DSM-III. Continúan vigentes las críticas sobre el hecho de que las categorías no han sido derivadas empíricamente, o que sean excluyentes, cuando la investigación ha demostrado que la etiología de los TCA se solapa y hay casos en que las personas pasan de un diagnóstico a otro a lo largo de sucesivas etapas. Actualmente las críticas se centran en que los criterios son muy excluyente debido a los elevados niveles de gravedad exigidos. Por último, se critica que los límites entre los trastornos y los subtipos introducidos en el DSM-IV están muy pobremente definidos (Striegel-Moore y Cachelin, 2001).

A lo anterior se suman las críticas sobre los criterios diagnósticos de los TCA en la infancia (Lask y Bryant-Waugh, 1992; Bryant-Waugh y Lask, 1995; Gowers, Crisp, Joughin y Bhat, 1991; Nicholls *et al.*, 2000). Desde las primeras versiones del DSM, los criterios han ido cambiando en un intento de incorporar los resultados de las investigaciones en la infancia, pero la desilusión continúa. Según Bryant-Waugh y Lask (1995), a pesar de dicha adaptación de los criterios, un 25% de los niños y niñas (entre 7 y 15 años) referidos a su clínica presentaban alteraciones de la conducta alimentaria que no encajaban dentro de las actuales categorías de anorexia, bulimia o trastorno inespecífico de la conducta alimentaria. Estos autores, además de proponer una definición específica de los TCA infantiles, han propuesto unas líneas de orientación para su identificación, que denominaron los criterios *Great Ormond Street* (GOS) (véase Tabla 1).

Tanto el DSM-IV como la CIE-10, ésta de modo más explícito, admiten la posibilidad de diagnosticar los TCA en estas edades. No obstante, los criterios diagnósticos propuestos por ambas clasificaciones presentan graves problemas cuando se aplican al inicio de los TCA en la infancia. A continuación se revisan los criterios diagnósticos para los principales TCA (AN, BN y Trastorno por atracón) y los problemas que se derivan si se aplican a la infancia con su formulación actual.

*Anorexia Nerviosa.* Las críticas a los criterios diagnósticos de las dos grandes clasificaciones para la AN cada vez obtienen mayor aval empírico, cuando se aplican a la infancia. Según Bryant-Waugh y Lask (1995), las clasificaciones oficiales presentan problemas cuando se intentan aplicar los criterios relativos al peso. El DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2000) afirma que debe estar por debajo del 85% del peso esperable, teniendo en cuenta el aumento de peso que habría de aparecer debido al crecimiento. Las objeciones de estos autores son que el peso esperado es hallado en múltiples ocasiones en función de la edad, el sexo y la altura. Puesto que el crecimiento también puede verse afectado por la mala alimentación, habría que hacer después nuevos ajustes. Por su parte, la CIE-10 (Organización Mundial de la Salud, 1992) establece que el Índice de la Masa Corporal (IMC) de Quetelet (peso (Kg)/altura<sup>2</sup> (m)) debe ser de 17,5 o inferior. Según las tablas de estudios longitudinales de crecimiento (Rolland-Cachera *et al.*, 1984), por debajo de los 15 años, este índice cae en el rango normal. Por ejemplo, según estos autores el IMC para chicas de 9 años es 15,996 (DT = 1,10), para chicos 16,181 (DT = 1,09); para chicas de

**Tabla 1**

Clasificación de los trastornos de la alimentación en la infancia y guías para su identificación (según Bryant-Waugh y Lask, 1995; Lask y Bryant-Waugh, 1992; Marcus y Kalarchian, 2003 y Nicholls *et al.*, 2000)

Clasificación	Principales criterios diagnósticos
<b>Anorexia nerviosa</b> (Lask y Bryant-Waugh, 1992; Nicholls <i>et al.</i> , 2000)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pérdida determinada de peso (p. ej.: evitación de la comida, vómitos autoinducidos, excesivo ejercicio, abuso de laxantes).</li> <li>• Cogniciones anormales sobre el peso y/o la figura.</li> <li>• Preocupación patológica por el peso y/o la figura.</li> </ul>
<b>Bulimia nerviosa</b> (Lask y Bryant-Waugh, 1992; Nicholls <i>et al.</i> , 2000)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Atracones y purgas recurrentes.</li> <li>• Sentimiento de pérdida del control.</li> <li>• Preocupación patológica por el peso y/o la figura.</li> </ul>
<b>Trastorno por atracón</b> (Marcus y Kalarchian, 2003)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Episodios recurrentes de atracones: (a) búsqueda de comida en ausencia de hambre, por ej., después de una comida completa; (b) sentimiento de pérdida de control sobre el comer.</li> <li>• Los episodios de atracón están asociados a uno o más de lo siguiente: (a) buscar comida en respuesta a un afecto negativo; (b) buscar comida como recompensa; (c) robar a hurtadillas o esconder comida.</li> <li>• Los síntomas persisten durante tres meses.</li> <li>• No usar regularmente conductas compensatorias inadecuadas (purgas, ayuno, excesivo ejercicio) y no ocurre exclusivamente durante la anorexia o bulimia nerviosas.</li> </ul>
<b>Trastornos adicionales de origen en la infancia</b> (Lask y Bryant-Waugh, 1992; Bryant-Waugh y Lask, 1995; Nicholls <i>et al.</i> , 2000).	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Trastorno de evitación emocional de la comida</i> (Higgs, Goodyer y Birch, 1989)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Evitación de la comida no debido a un trastorno del estado del ánimo</li> <li>• Pérdida de peso.</li> <li>• Alteración del estado de ánimo que no cumple los criterios para el trastorno.</li> <li>• Ausencia de cogniciones anormales sobre el peso y figura.</li> <li>• No preocupación patológica sobre el peso y figura.</li> <li>• Ausencia de enfermedad orgánica cerebral o psicosis.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Comer selectivo</i> (Lask y Bryant-Waugh, 1992)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Estrecha gama de comidas, al menos durante los 2 últimos años.</li> <li>• Desgana por probar nuevas comidas.</li> <li>• Ausencia de cogniciones anormales sobre el peso y figura.</li> <li>• Ausencia de miedo a atragantarse o vomitar.</li> <li>• El peso puede ser bajo, normal o alto.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Disfagia funcional</i> (Nicholls <i>et al.</i>, 2000)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Evitación de la comida.</li> <li>• Miedo a tragar, atragantarse o vomitar.</li> <li>• Ausencia de cogniciones anormales sobre el peso y figura.</li> <li>• Ausencia de enfermedad orgánica cerebral o psicosis.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Síndrome de rechazo generalizado</i> (Last, Britten, Kroll; Magagna y Tranter, 1991)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rechazo profundo a comer, beber, caminar, hablar o autocuidarse.</li> <li>• Determinada resistencia ante los esfuerzos por ayudarle.</li> </ul>

10 años es 16,368 (DT = 1,11), para chicos 16,558 (DT = 1,10); o para chicas de 11 años, 16,904 (DT = 1,12) y para chicos 16,904 (DT = 1,10).

Un aspecto esencial en el diagnóstico de la AN es la presencia de una alteración endocrina, que implica al eje hipotálamo-hipofisario-gonadal. El DSM-IV-TR esto lo recoge en el criterio D. Este criterio está siendo muy cuestionado porque muchas mujeres post-menárquicas presentan el cuadro completo, pero o bien no presentan alteraciones en la menstruación, o bien, aun teniendo un periodo irregular, no llegan a presentar tres ausencias consecutivas. La aplicación de este criterio en el caso de la infancia presenta graves dificultades ya que en el caso de las chicas pre-menárquicas y de los chicos el criterio es del todo inaplicable. Algo semejante se puede decir respecto de la CIE-10. Aunque se hace explícito que el trastorno endocrino en el caso del varón se manifiesta por una pérdida del interés y de la potencia sexuales, también hay que cuestionar hasta qué punto esto es aplicable a este rango de edad.

La CIE-10 menciona expresamente que si la alteración es anterior a la pubertad, se retrasa la secuencia de manifestaciones de esta etapa, o incluso se detiene, especificando que si tiene lugar la recuperación, la pubertad suele completarse, pero la menarquia es tardía. No obstante, Bryant-Waugh y Lask (1995) afirman que eso no incluye el hecho de que muchos de estos niños quedan años fuera de lo que es el crecimiento acelerado propio de esta etapa. De hecho, la pérdida de peso es menos notoria que el fallo en ganar peso con la edad.

De todos modos, a la vista de lo expuesto, la AN no puede ser diagnosticada hasta que el cuadro está suficientemente instaurado y alcanza una gravedad al menos moderada. Según Beumont y Touyz (2003), en los criterios del DSM-IV hay un criterio intrínseco que es la duración, aunque no se haya hecho explícito. Para que la demacración alcance los niveles de criterio, la alteración comportamental debe haber estado presente durante un tiempo. Así pues, con los criterios actuales no hay modo de hacer un diagnóstico precoz. Los casos incipientes, como son los que se dan en la infancia, pueden no distinguirse fácilmente de compañeros que hacen dieta restrictiva, excesivo ejercicio e incluso vomitar o purgarse para controlar el peso. En el mejor de los casos, la anorexia incipiente, por tanto, recibirá el diagnóstico de Trastorno de la Conducta Alimentaria No Especificado (TCANE) (Beumont y Touyz, 2003).

Por estos motivos, Lask y Bryant-Waugh (1992) y Bryant-Waugh y Lask (1995) propusieron unos criterios diagnósticos para la anorexia de inicio en la infancia, que fueron los propuestos por Russell para adultos. Su última propuesta ((Nicholls *et al.*, 2000) queda recogida en la Tabla 1.

*Bulimia Nerviosa.* Las críticas actuales afectan a todos los criterios diagnósticos para la BN (Polivy y Herman; 2002). Las principales tienen que ver con el hecho de que (a) los atracones y las purgas son característicos de uno de los subtipos de la AN, lo que puede provocar confusión entre AN y BN. Se ha visto que la AN restrictiva es más diferente de la AN bulímica, que la AN bulímica lo es de la BN, proponiéndose, incluso, que la AN de tipo bulímico sea considerada implemente BN; (b) al mismo tiempo, existen pocas orientaciones precisas sobre cómo identificar un

atración (Beglin y Fairburn, 1992). No se acaba de establecer si lo determinante es la cantidad de comida (y qué cantidad es necesaria), si es la falta de control, o si han de ser ambas cosas, ni el modo de evaluar cada uno de estos aspectos; (c) la división de la BN en los subtipos purgativo y no-purgativo parece que no tiene ningún valor conceptual, simplemente indicarían preferencias en las tácticas compensatorias a emplear.

Cuando se aplica a la infancia, todo esto adquiere una mayor relevancia. Lo mismo que se decía para la AN, si bien hay trabajos que indican la presencia de BN en la infancia, lo normal es encontrar síntomas y conductas características definitorias de la misma, pero no es habitual encontrar el síndrome completo. Esto es más cierto cuanto menor es la edad del grupo estudiado. Bryant-Waugh y Lask (1995) informaban que en aquellas fechas no había informes sobre la existencia de BN prepuberal y muy pocos casos de inicio en edades inferiores a los 14 años. De todos los casos referidos a su clínica un 10% (unos cinco por año) podía considerarse BN. En edades inferiores, los pocos trabajos existentes se basan en criterios reformulados para estas edades o en conductas que se consideran manifestaciones de este trastorno. Por ejemplo, Stice *et al.* (1999) evaluaron en niños de 2 a 5 años, conductas relacionadas con la BN como las de *comer en secreto, sobrealimentación y sobrealimentación-vómito inducido*.

Una última complicación surge cuando la Asociación Psiquiátrica Americana propone para su estudio el *Trastorno por Atración*. Junto a la escasez de los trabajos existentes no es extraño encontrar resultados inconsistentes e incluso contradictorios (p. ej., escasa prevalencia de la BN y elevada prevalencia de atracones). Muchos de estos resultados podrían reconciliarse si se tuviera en cuenta todo cuanto se está encontrando sobre el Trastorno por Atración.

En definitiva, Nicholls *et al.* (2000) proponen como criterios de la BN en la infancia la presencia de atracones y purgas recurrentes, sentimiento de pérdida del control y preocupación patológica con el peso y/o la figura (véase Tabla 1).

*Trastorno por Atración.* El DSM-IV propuso para su estudio el denominado Trastorno por Atración, incluido como ejemplo de TCANE. Es el más común de los TCA y parece que con frecuencia remite espontáneamente (Beumont y Touyz, 2003).

En la misma dirección de lo que se viene exponiendo, aunque el Trastorno por Atración se puede identificar en niños (Johnson *et al.*, 2002; Morgan *et al.*, 2002), la evidencia sugiere que puede ser más apropiado utilizar criterios más amplios para caracterizar mejor los problemas por atracones en niños (Marcus y Kalarchian, 2003). Según la revisión de estos autores, los resultados sugieren que el *atración* alimentario clínicamente significativo ocurre en niños, pero que la conducta de *hacer dieta* puede no ser prominente en el inicio temprano del trastorno. La *pérdida de control* sobre el acto de comer se asocia consistentemente con malestar y otros aspectos patológicos, en tanto que la ingestión auto-referida de grandes cantidades no. Por último, pueden ser correlatos del atración en niños comer en ausencia de hambre, comer para regular afectos fuertes o negativos y comer en secreto o esconder comida (véase Tabla 1). Desde el punto de vista de estos autores, de las

conductas estudiadas por Stice *et al.* (1999), 'comer en secreto' y 'sobrealimentación', son de especial importancia para el estudio de este trastorno en la infancia.

### **Definición y criterios diagnósticos de los TCA específicamente infantiles**

Entre los trastornos adicionales que se consideran específicamente infantiles, los más estudiados han sido el trastorno emocional de evitación de la comida, comer selectivo y el síndrome de rechazo generalizado de la comida. A continuación se describen estos trastornos, así como los criterios propuestos (criterios GOS) para su diagnóstico (véase Nicholls *et al.*, 2000).

*Trastorno emocional de evitación de la comida (TEEC)*. Fue descrito por primera vez por Higgs, Goodyer y Birch. (1980). Lo utilizaron para describir a aquellos niños que tienen un trastorno emocional en el que la evitación de la comida es un aspecto importante (véase Tabla 1). Entre otros síntomas están presentes la ansiedad, fobias, depresión, conducta obsesiva y dificultades en la asistencia al colegio. Existe una historia de conducta caprichosa ante la comida o restricción de alimento, pero no llega a cumplir los criterios para la AN. Los autores hicieron un seguimiento de los participantes de su estudio y encontraron que 3 de 15 chicas (2%) con TEEC tenían un mal resultado.

*Comer selectivo (CS)*. Este término lo aplicaron Lask y Bryant-Waugh (1992) a aquellos niños que durante muchos años su rango de alimentos era muy restringido (dos o tres alimentos), con frecuencia hidratos de carbono tales como galletas, patatas fritas crujientes y pan. Inicialmente se presenta como si fueran caprichos alimentarios, pero a diferencia de éstos el rango de alimentos no aumenta (véase Tabla 1). Suelen ser llevados al médico entre los 8 y 12 años por los padres, preocupados por la salud del niño. Paradójicamente estos niños tienden a ser tan sanos físicamente como sus compañeros. Su altura y peso suelen ser adecuados. Sin embargo, su funcionamiento social es problemático, sobre todo debido a la preocupación de los niños sobre tener que comer con los amigos o en fiestas típicas de la edad. Según Bryant-Waugh y Lask (1995), estos niños no muestran beneficios inmediatos o concretos tras el tratamiento dirigido a aumentar el rango de alimentos, aunque los consejos proporcionados a los padres parecen mejorar su funcionamiento social. Por lo general, estos niños no parecen presentar problemas en la pubertad y adolescencia, aumentando gradualmente su rango de comidas, siendo muy pocos los que entran en la vida adulta con el problema.

*Síndrome de rechazo generalizado (SRG)*. Este síndrome fue descrito por primera vez por Lask, Britten, Kroll, Magagna y Tranter (1991). Se ha informado su existencia en chicas entre 8 y 14 años. Se manifiesta por un rechazo rotundo y generalizado a comer, beber, caminar o cuidar de sí mismo. En los momentos iniciales del síndrome, los niños se presentan con las características típicas de la AN, pero la evitación de la comida gradualmente se va haciendo una evitación generalizada,

con una notoria respuesta de miedo. No existe una categoría diagnóstica satisfactoria para estos niños. Según Bryant-Waugh y Lask (1995) su intensa y temerosa conducta de evitación sugiere la posibilidad de ser una forma de trastorno de estrés postraumático. En algunos casos parece probable que estos niños hayan sido víctimas de maltrato físico y abuso sexual, obligados a guardar silencio bajo amenazas.

Nicholls *et al.* (2000) pusieron a prueba los criterios CIE-10, DSM-IV y GOS en el diagnóstico de los TCA en la infancia. Encontraron que los criterios de la CIE-10 fueron los que mostraron menor fiabilidad entre jueces, seguidos de los criterios DSM-IV. Con los criterios CIE-10, 75 participantes fueron diagnosticados, arrojando un valor Kappa de 0,357; 81 participantes fueron incluidos según los criterios DSM-IV, con un índice Kappa de 0,636, y 73 siguiendo los criterios GOS, con un índice de Kappa de 0,879. Los mayores problemas, con los criterios DSM-IV, tuvieron que ver con el TCANE (51,2% de los diagnósticos), de modo que hubiera sido preferible un diagnóstico de *Trastorno de la ingestión alimentaria en la infancia o la niñez* para un importante número de aquéllos. No obstante, este diagnóstico requiere un inicio anterior a los 6 años y es más un fracaso en ganar peso que un trastorno de la conducta alimentaria. Cuando un trastorno de la ingestión (*feeding disorder*) se convierte en un trastorno de la conducta alimentaria (*eating disorder*) no está nada claro (Nicholls *et al.*, 2000). Otro resultado importante de este estudio es que distinguir subsíndromes, en la población de los niños pequeños, en función de síntomas físicos y comportamentales puede ser más seguro que hacerlo en función de la psicopatología. En definitiva, Nicholls *et al.* (2000) concluyeron que los criterios para adultos tenían poco valor en la clasificación de los TCA en niños ya que eran muy poco sensibles al diagnóstico de estos problemas. Al contrario, los criterios GOS, elaborados para este rango de edad (de 7 a 16 años), fueron los más fiables y mejoraron los diagnósticos clínicos. En consecuencia, según Nicholls *et al.* (2000), los criterios tradicionales tienen que ser revisados puesto que su aplicación estricta deja fuera de los diagnósticos actuales a muchos niños que pueden estar presentando un trastorno de la conducta alimentaria, ya que la experiencia indica que los trastornos no incluidos en los sistemas de clasificación son escasamente reconocidos con las consecuencias potencialmente graves que de ello se derivan.

### **Epidemiología de los TCA en la infancia**

En general, existe una evidente confusión en todo lo relativo a la prevalencia de los TCA. Las cifras absolutas sobre la prevalencia de los trastornos dependen de diversos factores, entre los que cabe destacar el uso estricto o amplio que se hace de los criterios diagnósticos.

Lask y Bryant-Waugh (1992) afirmaban que la epidemiología de los TCA en la infancia era un aspecto prácticamente inexplorado, de modo que no era posible presentar el cuadro exacto de la incidencia de los TCA en niños. Sin embargo, era posible afirmar que las cifras de niños por debajo de los 14 años que se presentaban para el tratamiento de un TCA eran bajas en comparación con otros grupos de

más edad, aunque parecía que iban en aumento (p. 286). La situación ha cambiado poco desde entonces, no obstante se disponen de trabajos significativos (p. ej., Edlund, Halvarsson y Sjöden, 1996; Hoek y Van Hoeken, 2003; Rosenvinge, Borgen y Børresen, 1999; Stice *et al.*, 1999).

En España se han realizado varios trabajos epidemiológicos, destacando por su relación con el rango de edad que se está considerando en este trabajo el de Morandé, Celada y Casas (1999), llevado a cabo con una población de 15 años de edad de una zona urbana de Madrid, y el de Rojo *et al.* (2003) llevado a cabo con una población de 12-18 años de la provincia de Valencia.

Según Rojo *et al.* (2003), aplicando estrictamente los criterios DSM-IV, aparecieron 15 (5,08%) casos con TCA (de un total de 544 jóvenes): 1 caso de AN, 1 caso de BN y 13 casos de TCANE. Al usar los criterios de un modo amplio (incluyendo formas parciales y subclínicas) el número aumentó a 31 (12,33%): 2 casos de síndrome completo (AN y BN), 7 casos de AN parcial, 2 de BN parcial, 17 de AN subclínica, 2 casos de Trastorno por Atracón y 1 caso de Trastorno por Atracón subclínico. Atendiendo a las edades que aquí interesan, aplicando los criterios DSM-IV estrictamente, el cuarto grupo con una tasa de morbilidad más alta fue el de chicas de 14 años, en tanto que este grupo de edad en chicos fue el que ofreció la tasa más alta. Al aplicar los mismos criterios de forma amplia, en las chicas la tasa más alta apareció en el grupo de los 13 años; el tercer grupo fue el de los 14 años. En la población de varones, la tasa más alta apareció a los 14 años, seguido del grupo de 16 años y a continuación el de 13 años. Atendiendo a los diagnósticos, el grupo de edad de 14 años mostró una prevalencia de 5,08% para la AN en chicas. En AN subclínica, prácticamente todos los grupos de edad de interés presentaron importantes tasas de prevalencia en chicas, en tanto que en chicos fueron los grupos de 13 y 14 años. Sólo se detectaron casos con BN parcial y subclínica. Para el Trastorno por Atracón sólo aparecieron casos en mujeres, siendo la tasa de prevalencia para el grupo de edad de 14 años de 2,71%.

Morandé, Celada y Casas (1999) encontraron una tasa de prevalencia en chicas de 15 años de 0,69% para la AN (1,10% para el síndrome parcial), de 1,24% para la BN (1,66% para el síndrome parcial) y de 2,76% para el TCANE. En chicos no apareció ningún caso de AN (0,36% para el síndrome parcial), para la BN fue de 0,36% (0,18% para el síndrome parcial) y de 0,54% para el TCANE. La conclusión que se puede extraer de estos dos trabajos es que la aplicación estricta de los criterios diagnósticos, sean del DSM-IV o de la CIE-10, no es adecuada para este rango de edad.

Fuera de nuestro país, Rosenvinge, Borgen y Børresen (1999) encontraron que, de un total de 678 adolescentes de 15 años, 7 (1,0%) presentaban Trastorno por Atracón, 5 (0,7%) presentaban BN, 2 (0,3%) tenían AN subtipo bulímico, y 5 (0,7%) tenía BN subclínica (no satisfacían el criterio de la frecuencia del vómito). No apareció ningún caso de AN restrictiva. Todos los casos clínicos fueron chicas. Finalmente, Jones, Bennett, Olsmted, Lawson y Rodin (2001), en una muestra canadiense de 1739 chicas entre los 12 y 18 años de edad, encontraron que un gran número de chicas ya estaban realizando conductas alimentarias gravemente alteradas a las edades de 12, 13 y 14 años. El 12% de chicas entre los 12 y 14 años informaron

episodios de atracones en los meses previos y casi el 7% se inducían el vómito para perder peso. Las actitudes y conductas alimentarias alteradas eran tan frecuentes en el grupo de los 15 años, como las informadas por los grupos de riesgo de mayor edad.

Para el grupo de TCA descritos específicamente para la infancia, los datos disponibles en parte ya se han referido anteriormente. Nicholls *et al.* (2000), aplicando los criterios GOS en una población de 226 niños de 7 a 16 años, encontraron que 36 (49,6%) presentaban AN, 3 (4,1%) tenían BN, 19 (26%) TEEC, 10 (13,7%) CS, 3 (4,1%) SRG. En este estudio se pone de manifiesto lo que este grupo de trabajo había afirmado con anterioridad, que la BN es bastante rara por debajo de los 14 años (Lask y Bryant-Waugh, 1995). En un estudio posterior, Cooper *et al.* (2002), de 126 niños con un diagnóstico clínico, 38 (30,16%) recibieron el diagnóstico de AN, 25 (19,84%) el de TEEC, 17 (13,49 %) el de CS, y 6 (4,76)% el de BN. En una clasificación cercana a la de estos autores, Stice *et al.* (1999), siguieron una muestra de 216 niños hasta los cinco años. Durante los 5 años de seguimiento las madres informaron que 21 (9,75%) experimentó la aparición de *comer inhibido*, 39 (18,1%) *comer en secreto*, 73 (33,8%) *sobrealimentarse*, y 21 (9,7%) experimentó la aparición de *sobrealimentación-vómito inducido*.

En conclusión, la prevalencia de los TCA en niños muestra una importante variabilidad, teniendo en cuenta que sólo se dispone de datos para los últimos años del rango de edad que se está considerando. La explicación puede residir en razones que son comunes al estudios de la epidemiología de los trastornos psicológicos (tamaño de la muestra, rango de edad, muestra de la población general o clínica, método de recogida de la información, etc.) y sobre todo por lo poco adecuado que resulta aplicar los criterios diagnósticos de los adultos. En consecuencia, son necesarios más estudios epidemiológicos en la infancia, basados en una definición precisa de los trastornos y con criterios elaborados específicamente para este período evolutivo. En comparación con los adultos, las diferencias de género en la prevalencia de los TCA son menos pronunciadas en estas edades.

### **Evaluación de los TCA en la infancia**

Existe un amplio abanico de métodos y técnicas de evaluación de los TCA. Entre estos se incluyen entrevistas, autoinformes, cuestionarios y observación de las conductas. Estas técnicas de evaluación se utilizan con determinados objetivos: identificación de «casos» para estudios epidemiológicos, para emitir un diagnóstico, para planificar tratamientos o para medir los cambios. La mayoría de los métodos pretenden registrar la presencia o ausencia de actitudes, conductas y síntomas patológicos relacionados con la alimentación, pero también con otras serie de características asociadas, que tienen que ver con la vulnerabilidad, gravedad y pronóstico (Lask y Bryant-Waugh, 1992).

En este apartado se abordarán aspectos generales de la evaluación de conductas y actitudes alimentarias alteradas en niños y se concretará en los cuestionarios más utilizados. Los cuestionarios y autoinformes ocupan un lugar prominente en

la evaluación de los TCA. Existen importantes beneficios en el empleo de estos instrumentos, como que suelen ser breves, económicos y fáciles de administrar y corregir. Suelen ser los instrumentos de elección cuando se hacen investigaciones con grandes muestras y están libres de los potenciales sesgos del entrevistador/participante al poderse administrar anónimamente (Tanofsky-Kraff *et al.* 2003). No obstante, son muy pocos los cuestionarios elaborados expresamente para ser aplicados en este rango de edad. Muchos de los principales cuestionarios empleados con adultos, se han adaptado a la infancia, pero no se han estandarizado para ser usados con niños pequeños. De hecho, pocos estudios han evaluado la validez de constructo de estos instrumentos en niños. Esto supone que su fiabilidad y validez están menos claras cuando se aplica a niños pequeños.

Uno de los cuestionarios más utilizado de todos es el «Test de actitudes hacia la comida» (*Eating Attitudes Test*, EAT) de D. M. Garner y P. E. Garfinkel. Existe una versión para niños, el «Test de actitudes hacia la comida para niños» (*Children's Eating Attitude Test*, ChEAT; Maloney, McGuire y Daniels, 1988). El ChEAT está formado por 26 preguntas relativas a conductas y actitudes sobre la alimentación, como hacer dietas, preocupación por la comida, bulimia y preocupaciones por el peso y la figura. Es una modificación de la versión EAT-26, llevada a cabo para hacer las preguntas más fáciles de comprender a niños de hasta 8 años. El ChEAT parece tener una buena fiabilidad interna y una buena fiabilidad test-retest (Smolak y Levine, 1994; Sasson, Lewin y Roth, 1995). El posible rango de puntuación va de 0 a 78. Según Maloney *et al.* (1988) una puntuación de 20 o superior sugiere un TCA, aunque no supone necesariamente un diagnóstico. Kelly *et al.* (1999) examinaron la estructura factorial del ChEAT, con niños de 2º y 4º de Educación Primaria. Encontraron 4 factores, tanto en chicas como en chicos, aunque la naturaleza de los factores era diferente. Para las chicas los factores fueron, *Hacer dieta, Preocupación por la comida, Presión social para comer y Restricción y Purga*. Para los chicos los factores fueron *Problemas globales, Hacer dieta vs. Purgas, Hacer dieta y Preocupación por la comida, y Comer emocional*. Es un cuestionario muy utilizado, pero son necesarias más estudios sobre su estructura factorial, sensibilidad, especificidad y poder predictivo.

Otro cuestionario elaborado para adultos, pero que se está aplicando en niños es el «Inventario de los trastornos de la conducta alimentaria» (*Eating Disorder Inventory*, EDI; Garner, Olmstead y Polivy, 1983). Los autores intentaban centrarse en las dimensiones cognitivas y comportamentales que pudieran diferenciar distintos subgrupos de pacientes con AN (restrictivos, con atracones o purgas) o para diferenciar entre pacientes con AN e individuos que hicieran dietas extremas. Consta de 64 cuestiones (con una escala de seis puntos para dar la respuesta) que constituyen 8 escalas, correlacionadas entre sí positivamente. Las tres primeras tienen que ver con conductas y actitudes hacia la alimentación, el peso y la figura, en tanto que las demás evalúan características psicológicas generales asociadas con los TCA. D. M. Garner introdujo en 1991 el «Inventario de los trastornos de la conducta alimentaria 2» (*Eating Disorder Inventory 2*, EDI-2), en el que al inventario original añadió 27 ítems. Se puede obtener una puntuación global sumando las puntuaciones de todas las subescalas, al mismo tiempo que disponer de la puntuación de

cada una individualmente. Se ha establecido como punto de corte una puntuación global de 42. Se disponen de datos normativos para niños de 14 años, y los autores afirman que se ha utilizado con niños de 12 años. Actualmente se está utilizando en edades inferiores en su totalidad, o sólo determinadas subescalas (Baile, Raich y Garrido, 2003). Así, por ejemplo, se ha utilizado con niños de 8 años (Cusumano y Thompson, 2001), o de 11 (Striegel-Moore *et al.*, 2000). Este instrumento, lo mismo que el ChEAT, se está empleando con fines de cribado, pero hay que tener en cuenta que su capacidad para distinguir distintos subtipos de TCA es cuestionable. Maloney *et al.* (1989) y Sasson *et al.* (1995) han expresado dudas sobre la validez del cuestionario cuando se usa con niños pequeños.

Un tercer instrumento, bastante utilizado, es el «Examen de los trastornos de la conducta alimentaria» (*Eating Disorder Examination*, EDE) de C. G. Fairburn y Z. Cooper. Es una entrevista clínica semiestructurada, diseñada para corregir los problemas encontrados en medidas de auto-informe, tales como la falta de una definición aceptada por la mayoría de la palabra *atración* o la dificultad para evaluar creencias complejas como el miedo patológico a engordar. La última versión de la EDE, la duodécima, está formada por cuatro subescalas. Se pregunta sobre actitudes y conductas durante los últimos 28 días. También se dispone de una versión en formato de autoinforme, el EDE-Q, con elementos paralelos a los de la EDE. El valor de esta entrevista, en relación con la infancia, es que fue construida para que se pudiera acomodar a una variedad de niveles educativos, de modo que el entrevistador puede hacer las preguntas en un lenguaje sencillo si fuera necesario. No obstante, existe una versión para niños, el «Examen de los trastornos de la conducta alimentaria para niños» (*Children Eating Disorder Examination*, ChEDE; adaptada por Bryant-Waugh, Cooper, Taylor y Lask, 1996). Fue propuesta para evaluar el rango completo de psicopatología relacionada con la alimentación trastornada entre niños de 8-14 años. Es similar a la versión de adultos con excepciones. Primera, el lenguaje fue modificado ligeramente para hacerla más comprensible para los niños. Segunda, dos ítems que evalúan la sobrevaloración crítica de la silueta y el peso fueron sustituidos por un tipo de tarea. Además, se puso especial cuidado y se propusieron ejemplos para explicar conceptos difíciles como «pérdida de control». Finalmente, se reformularon algunos ítems para evaluar más los intentos que la conducta de hecho. Está compuesta por cuatro subescalas: *Restricción*, *Preocupación por la comida*, *Preocupación por el peso* y *Preocupación por la figura*. La puntuación global consiste en la media de las cuatro subescalas. La ChEDE tiene una adecuada fiabilidad entre jueces, consistencia interna y validez discriminante entre población clínica y normal, según Bryant-Waugh *et al.* (1996). Sin embargo, según Tanofsky-Kraff *et al.* (2003), la ChEDE no llegó a detectar todos los episodios alimentarios de tipo bulímico, comparada con el QEWP-A (véase a continuación). Este último cuestionario detectó más episodios alimentarios y más episodios de pérdida de control que la ChEDE. La conclusión de estos autores es algo pesimista: «o el cuestionario no es adecuado para el uso entre niños o la entrevista ChEDE identifica mal muchos episodios alimentarios» (p. 221).

El «Cuestionario de patrones de comida y peso» (*Questionnaire of Eating and Weight Patterns*, QEWP), fue elaborado inicialmente por R. L. Spitzer, J. B. Williams,

M. Gibbson y M. B. First, revisado después en 1993 para incorporar al Trastorno por Atracón. Sus 28 ítems siguen los criterios DS-IV para evaluar BN, Trastorno por Atracón y formas subclínicas de éste. Jhonson, Grieve, Adams y Sandy (1999) desarrollaron una versión para adolescentes y padres (QWEP-A), que se está aplicando a edades inferiores a los 15 años. Esta versión se diferencia de la original en que se sustituyeron determinadas palabras por sinónimos más fáciles, o en que dos ítems (9 y 12) se agruparon en uno. Los autores informaron que tiene una adecuada validez concurrente cuando se correlacionaron con medidas de actitudes alimentarias anómalas y depresión. Tiene una buena fiabilidad test-retest, con tres meses de intervalo, aunque las respuestas de los varones son más estables comparadas con las de las chicas.

Existe una serie de cuestionarios relacionados con aspectos importantes de los TCA, como son principalmente la imagen corporal (p. ej., Truby y Paxton, 2002), restricción alimentaria y otras. Muchos de ellos suelen estar contenidos en alguno de los cuestionarios hasta ahora expuestos, otros están por elaborar.

En definitiva, es notorio el retraso en la elaboración y validación de cuestionarios específicos para la infancia, si se compara con el grado de avance en la investigación con adultos. Si bien el empleo de cuestionarios tiene una serie de ventajas, sus limitaciones son dignas de tener en cuenta, sobre todo cuanto menor sea la edad de los niños (por sus limitaciones lectoras, de comprensión, de reconocer y expresar experiencias complejas, entre otras). La mayoría de los cuestionarios que se utilizan actualmente han sido elaborados para adultos. Es necesario desarrollar cuestionarios adaptados a la edad escolar, con datos normativos igualmente específicos a dicha edad. En cualquier caso, la opinión actual es bastante unánime en que el uso de los cuestionarios no debe sustituir, en la medida de lo posible, a la entrevista (Tanofsky-Kraff *et al.*, 2003).

### **Etiología de los TCA en la infancia**

A pesar de la gran cantidad de investigaciones existentes, la etiología de los TCA es poco conocida. Existen numerosos modelos teóricos que intentan explicar la etiología de los TCA. Con el estado actual de conocimientos ninguno de ellos se presenta siendo superior a los demás. Es más, tal vez sea prematuro presentar a ninguno como el modelo que unifique dicha diversidad. No obstante, parece haber acuerdo en que la etiología de los TCA es multifactorial. Así, se habla diversos ámbitos como son el genético/biológico, personal y sociocultural. Dentro de cada ámbito se incluyen una diversidad de factores que ponen en riesgo a los niños de desarrollar un TCA.

La investigación actual sobre el tema está centrada muy especialmente en el esclarecimiento de estos factores de riesgo para los TCA. No obstante, los resultados obtenidos muestran una situación algo confusa, mostrando resultados aparentemente contradictorios. Algunos ven una posible explicación de estas contradicciones en que las investigaciones fallan desde su inicio, ya que no se distingue entre lo que es causa y lo que puede ser un efecto del trastorno, o entre los que son

**Tabla 2**  
Terminología relativa al riesgo para los trastornos de la alimentación (según Kashubeck-West y Mintz, 2001; Stice, 2002)

<b>Terminología</b>	<b>Descripción</b>	<b>Ejemplos</b>
Concomitante	Consecuencia paralela de un problema No antecede al problema	Pubertad/adiposidad. Bajo nivel de potasio en sangre en BN
Factor de riesgo	Una variable o factor que se visto que precede al problema	Afecto negativo, perfeccionismo, impulsividad, abuso de drogas.
Factor de riesgo fijo	Un factor de riesgo conocido, pero que es inalterable. No cambia espontáneamente ni se puede cambiar	Sexo (las chicas más susceptibles).
Factor de riesgo variable	Un factor de riesgo que cambia espontáneamente o susceptible de ser cambiado	Influencia de los iguales.
Factor causal de riesgo	Un factor de riesgo variable que se ha probado que es la causa de un resultado concreto	Presión percibida para estar delgado; interiorización de un ideal de delgadez para TCA en general.
Factor de potenciación	Un factor que aumenta los efectos adversos de un factor de riesgo	Presión percibida para estar delgado; interiorización de un ideal de delgadez e insatisfacción corporal.
Factor de mantenimiento	Un factor que predice la persistencia de síntomas, frente a su remisión, en personas inicialmente sintomáticas	Interiorización de un ideal de delgadez, perfeccionismo, insatisfacción corporal, para BN.
Factor causal de mantenimiento	Factor que se ha comprobado que su manipulación experimental resulta en el aumento o disminución de un síntoma	Afectividad negativa, para los atracones.
Factor de protección	Una variable que mitiga los efectos adversos de un factor de riesgo	Autoestima alta. Apoyo social.

factores que predisponen, los que contribuyen y los que mantienen el trastorno. Se impone, por tanto, esclarecer de partida la terminología relativa al riesgo (véase Tabla 2).

Pero tal vez, la razón principal de los aparentes resultados contradictorios viene del tipo de diseños empleado en la investigación. En el examen y exploración de los potenciales riesgos para desarrollar un TCA, la metodología adecuada para tal fin son los diseños prospectivos y la investigación experimental. Una revisión de estos estudios pone de manifiesto que muchos de los factores de riesgo ampliamente aceptados por los investigadores y clínicos no se basan en datos empíricos, en tanto que factores de riesgo menos aceptados han recibido apoyo empírico (Stice, 2002).

**Tabla 3**  
Principales factores riesgo para los TCA

<p><i>Factores socioculturales y ambientales</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ideal de belleza basado en la delgadez.</li> <li>• Presión social para estar delgado: familia, iguales y medios de comunicación.</li> <li>• Estigmatización de la gordura.</li> <li>• Modelado social (artistas, modelos).</li> <li>• Determinadas profesiones (moda, ballet, gimnasia rítmica, etc.).</li> </ul> <p><i>Factores familiares</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Familiar con TCA.</li> <li>• Malas relaciones con los padres.</li> <li>• Malas relaciones de los padres.</li> <li>• Estilo paterno inadecuado.</li> <li>• Estilo de alimentación, introducción temprana de sólidos.</li> <li>• Psicopatología familiar.</li> <li>• Abuso sexual y/o físico.</li> <li>• Elevadas expectativas de los padres.</li> <li>• Preocupación paterna por el peso, figura y la alimentación.</li> <li>• Crítica de los miembros familiares por el peso y figura.</li> <li>• Modelado de la madre o hermanas.</li> </ul> <p><i>Factores interpersonales</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Presiones de los iguales.</li> <li>• Ser objeto de crítica por el peso o silueta.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Maltrato por iguales.</li> <li>• Ausencia de amigos.</li> <li>• Habilidades sociales inadecuadas.</li> </ul> <p><i>Factores personales</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Interiorización de un ideal de delgadez.</li> <li>• Preocupación por la imagen corporal.</li> <li>• Insatisfacción corporal.</li> <li>• Hacer dietas o ayunos.</li> <li>• Afectividad negativa.</li> <li>• Baja autoestima.</li> <li>• Perfeccionismo.</li> <li>• Impulsividad.</li> <li>• Psicopatología.</li> <li>• Obesidad.</li> <li>• Menarquia temprana.</li> </ul> <p><i>Factores genéticos y biológicos</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sexo.</li> <li>• Edad.</li> <li>• Pubertad.</li> <li>• Masa corporal.</li> <li>• Fecha de nacimiento.</li> <li>• Concordancia entre gemelos.</li> <li>• Serotonina.</li> <li>• Hormonas implicadas en la sensación de hambre, saciedad, vaciado gástrico, etc.</li> </ul>
---	---

**Tabla 4**  
Estudios longitudinales sobre factores de riesgo en la infancia

Investigación	Muestra	Edad	Resultados
Smolak <i>et al.</i> (1993). Efectos de la pubertad temprana /sincrónica y citas sobre actitudes y conductas alimentarias.	79	11-12* 13-14	La menarquia temprana por sí sola no conlleva insatisfacción corporal, más hacer dietas, efectos a largo plazo sobre actitudes y conductas relativas al peso y silueta, ni sobre el control del peso. La menarquia temprana junto con citas con chicos sitúa a estas chicas en alto riesgo: mayor insatisfacción corporal, más actitudes y conductas anormales relativas al peso (puntuaciones en ChEAT las más altas).
Keel <i>et al.</i> (1997) Estudio sobre la contribución de la depresión, la imagen corporal, auto-estima y pubertad con prácticas alimentarias precursoras de TCA.	80	10-11** 11-12	En chicas, más insatisfacción corporal, depresión, alimentación trastornada, hacer dietas, deseo de estar delgada, sentirse presionadas para comer, culpabilidad después de comer dulces y menor autoestima (no aparecieron ni atracones, ni vomitar ni ayunar). El IMC y el desarrollo puberal fueron predictores longitudinales de patrones alimentarios patológicos. Mayor sobrepeso de partida predice conductas alimentarias alteradas. Ni IMC ni desarrollo puberal, en chicas, se asocia significativamente con imagen corporal o autoestima en la primera adolescencia. Autoestima y depresión no contribuyen longitudinalmente a los problemas alimentarios, ni en chicas ni en chicos; transversalmente sí. El predictor más poderoso de alimentación alterada (segundo año), fueron las actitudes y conductas alimentarias alteradas en el primero. En chicos, una pobre imagen corporal predijo trastornos alimentarios.
Gardner <i>et al.</i> (2000). Estudio sobre las variables que predicen las puntuaciones más altas en TCA.	86	6-14	Predictores para ambos sexos: altura, peso, percepción de los niños de la preocupación de los padres sobre el tamaño corporal, baja estima corporal y depresión. Para las chicas, mayor tamaño corporal percibido y un cuerpo idealizado más delgado. Para los chicos, ser objeto de bromas por el peso y apariencia. Baja estima corporal: un poderoso factor alrededor de los 9 años, la depresión a los 10 y los juicios sobre la talla corporal a los 11 y 12 años. Predictores de TCA, el segundo año: cambios en el peso, altura, ser objeto de bromas, insatisfacción corporal y puntuaciones en TCA.
Field <i>et al.</i> (2001). Estudio de la influencia de los iguales, los padres y los medios en el desarrollo de la preocupación por el peso y hacer dietas constantes	4,966	9-14	<i>Preocupación por el peso y aumento de las dietas:</i> (a) fue menos común en chicos, pero fuertemente relacionada con el IMC; (b) el IMC se relaciona con hacer dieta constantes (más en chicos). <i>Influencia de los padres:</i> (a) predijo (independiente de la edad y del IMC) la elevada preocupación por el peso y hacer dietas; (b) la percepción de los esfuerzos maternos por perder peso supone una mayor preocupación por el peso (chicos) o hacer dietas constantes (chicas); (c) la percepción de la importancia dada por el padre a la delgadez/ ausencia de gordura fue más importante que la de la madre. <i>Influencia de los iguales:</i> no fue predictora de preocupación por el peso. <i>Influencia de los medios de comunicación:</i> (a) chicas y chicos que hacen más esfuerzos por parecerse a las figuras del mismo sexo más alteración.
Byely <i>et al.</i> (2000). Examina las influencias sociales y familiares sobre la aparición de preocupación por la imagen corporal y hacer dietas	77	10-14	La percepción de las chicas de relaciones familiares negativas predijo hacer dietas, concurrente y longitudinalmente. Para la imagen corporal sólo hubo asociación concurrente. Hacer dietas y la imagen corporal previas predijeron insatisfacción corporal un año después. La imagen corporal mediaba entre relaciones familiares en el Tiempo 1 concurrentemente, pero no longitudinalmente. Las madres no fueron modelos para hacer dietas e insatisfacción corporal de sus hijas. Las influencias sociales jugaban un papel importante en hacer dietas.

\*Edad aproximada, corresponde a los cursos 6° y 8°; \*\* cursos 5° y 6°.

Muchos autores piensan que el punto de vista de la psicopatología del desarrollo es la mejor posición teórica para abordar el estudio y comprensión de los factores de riesgo y de protección de la patología alimentaria (p. ej., Steiner *et al.* (2003). Desde esta perspectiva se asume que es la confluencia de múltiples factores de riesgo, interactuando con los factores de protección a lo largo del tiempo, la que determina en última instancia por qué una persona puede desarrollar un TCA y otra no (Steiner *et al.*, 2003).

En la aludida revisión de Stice (2002), que incluye sólo las contribuciones de diseños prospectivos y experimentales, destaca la notoria escasez de trabajos realizados en la infancia, en edades inferiores a los 15 años (Byely, Archibal, Graber y Brooks-Gunn, 2000; Field *et al.*, 2001; Gardner, Stark, Friedman y Jackson, 2000; Keel, Fulkerson y Leon, 1997; y Smolak, Levine, y Gralen, 1993). Las principales contribuciones de estos trabajos longitudinales específicos en niños se recogen en la Tabla 4. En lo que sigue se revisan algunos de los factores de riesgo en la infancia más estudiados.

### 1. Factores genéticos y biológicos

Aunque se acepta la base genética de estos trastornos, queda por establecerla adecuadamente y cómo opera. En el ámbito biológico (véase Tabla 3) los estudios en la infancia se han centrado en variables como la masa corporal y el desarrollo y maduración tempranos. En estudios con adultos se han incluido, además, factores centrales y periféricos implicados en las sensaciones de hambre, saciación y vaciado gástrico que, aún asumiendo que son idénticos, en niños no han sido estudiados. No obstante, no está claro si estos factores biológicos son causa o efecto del trastorno, pareciendo más bien lo segundo.

Por lo que respecta a la masa corporal, es de esperar que la presión social para estar delgado sea mayor sobre quienes presentan una masa corporal mayor. Asimismo, cabe esperar que la insatisfacción corporal sea mayor, lo que potencialmente llevará a hacer dietas, al afecto negativo y consecuentemente al aumento de patología alimentaria (Stice, 2002). Diversos trabajos tanto correlacionales como longitudinales han encontrado que la masa corporal está relacionada con insatisfacción corporal y conductas o actitudes alimentarias problemáticas como hacer dietas. Davison, Markey y Birch (2000) encontraron que el Índice de Masa Corporal (IMC) en niños y niñas de cinco años estaba asociado con una mayor insatisfacción corporal y ésta estaba asociada con más preocupaciones por el peso. Griffiths y McCabe (2000) encontraron que el IMC contribuía a la predicción de restricción alimentaria, aunque no de la patología bulímica. Esto llevó a estos autores a pensar que, en tanto la restricción alimentaria se basa en el peso, la patología bulímica está influenciada por otras características psicológicas. Field *et al.* (2001) encontraron que el IMC estaba asociado con hacer constantemente dietas. En esta dirección, el IMC y pubertad fueron predictores longitudinales de patrones alimentarios problemáticos (Keel *et al.*, 1997). Sin embargo, también se ha encontrado que el IMC no fue un predictor significativo, en tanto que el peso acompañado por una baja estatura lo

fue para ambos sexos (Garner *et al.*, 2000). Los resultados generales de estudios experimentales y longitudinales (Stice, 2002), que incluyen a estos tres últimos trabajos, sugieren que la masa corporal puede ser un factor de riesgo para la presión percibida para estar delgado, la insatisfacción corporal y hacer dietas, pero la masa corporal no es factor de riesgo ni de mantenimiento de la patología alimentaria. Por tanto, parece que la masa corporal favorece la aparición de factores de riesgo pero no parece favorecer directamente ni mantener la patología alimentaria.

La maduración y aparición temprana de la menstruación, junto con su concomitante aumento de la grasa corporal, se han considerado variables de riesgo para los TCA o conductas asociadas. Los resultados de las investigaciones en la infancia son mixtos. En general, la mayoría de los estudios correlacionales encuentran esta asociación, aunque también hay trabajos en los que no aparece. Abraham y O'Dea (2001) encontraron que, en tanto las chicas pre-menárquicas no tenían un concepto claro de lo que era hacer dietas y su relación con perder peso, las menárquicas (que concomitantemente habían experimentado un aumento de masa corporal) tenían un concepto claro e informaron estar intentando perder peso por medio de dietas o ejercicio físico. Aunque Schur *et al.* (2000) encontraron que chicas entre 8 y 12 años estaban perfectamente informadas sobre lo que significaba hacer dietas. Griffiths y McCabe (2000) encontraron que la pubertad temprana no estaba relacionada con la insatisfacción corporal ni con problemas en la alimentación, de modo que estos problemas parece que son previos a la pubertad. Keel *et al.* (1997) encontraron que la pubertad no estaba significativamente asociada con la imagen corporal ni la autoestima de las chicas jóvenes. El trabajo longitudinal de Smolak *et al.* (1993) afrontó directamente esta cuestión. Encontraron que el simple hecho de la pubertad no predecía ni insatisfacción corporal ni problemas de la conducta alimentaria. Los resultados mostraron, no obstante, que cuando la pubertad ocurría al mismo tiempo que otros acontecimientos, como cambio de ciclo en la escuela o estar saliendo con un chico, aparecían mayores puntuaciones en problemas de la conducta alimentaria e insatisfacción corporal. Las puntuaciones más altas en insatisfacción y problemas alimentarios aparecieron cuando la pubertad había sido temprana y al mismo tiempo las chicas estaban saliendo con un chico.

En definitiva, según la revisión de Stice (2002), los trabajos experimentales y longitudinales encuentran que la menarquia temprana no es un factor de riesgo para la insatisfacción corporal, hacer dietas, afectividad negativa, ni patología alimentaria, pero sus efectos adversos sobre la imagen corporal y las alteraciones de la conducta alimentaria pueden aumentar cuando el desarrollo temprano ocurre al mismo tiempo que otros estresores.

## 2. Factores socioculturales

Se piensa que las *variables socioculturales* (véase Tabla 3) juegan un papel central en el desarrollo y mantenimiento de los trastornos alimentarios. En concreto, se sugieren el valor otorgado a la delgadez, la norma de tener que seguir un régimen dietético, el valor de la perfección, la influencia de la familia, los iguales y los

medios de comunicación, o la elección de determinadas profesiones (ballet, gimnasia rítmica, modelo), entre otras. El modelo sociocultural establece que la presión social para estar delgado propicia la interiorización de un ideal de belleza basado en la delgadez, la estigmatización de la gordura y la insatisfacción corporal. Esto, a su vez, coloca a las personas en riesgo para seguir dietas, afecto negativo y patología alimentaria. La presión para estar delgado viene, principalmente, a través de la familia, los iguales y los medios de comunicación. Los repetidos mensajes de que no se está lo suficientemente delgado fomentarían la insatisfacción corporal y la baja autoestima (Stice, 2002). En su aplicación a la infancia, varios estudios han puesto de manifiesto que la mayoría de las niñas, entre 7 y 9 años, están de acuerdo en que estar gordo es malo, la mitad de ellas expresan su deseo de estar más delgada y cerca de un tercio expresa tener miedo de engordar (p. ej., Rolland *et al.*, 1997).

El *contexto familiar* se presenta con especial relevancia ya que se asume que es determinante en la configuración de conductas problemáticas relacionadas con la comida que pueden ser precursores de TCA posteriores. Se piensa que los padres y los hermanos pueden ejercer influencias directamente relacionadas con la insatisfacción corporal, la preocupación por el peso u otras actitudes y conductas relacionadas con una alimentación alterada. Los niños pequeños dependen totalmente de lo que comen y cómo comen de sus padres. Son numerosos los trabajos que han puesto de manifiesto la estrecha relación existente entre el estilo de los padres a la hora de alimentar a sus hijos y la presencia de conductas y actitudes alimentarias alteradas (Birch y Fisher, 1998; Carper, Fisher y Birch, 2000). Los padres son agentes primarios de socialización, jugando un papel especial en la transmisión de los valores e ideales sociales sobre la belleza y el cuerpo. Las formas cómo la familia ejerce sus influencias en los niños son diversas: (a) a través del reforzamiento de actitudes y conductas alimentarias inadecuadas, o de castigo, aunque sea inadvertido, de conductas adecuadas; (b) expresando insatisfacción con el peso de sus hijos tanto implícita (controlando o restringiendo el acceso a la comida) (Birch y Fisher, 1998), como explícitamente (criticando o comparando desfavorablemente a los hijos con otros niños) (Pierce y Wardle, 1993); (c) los padres, especialmente las madres, son modelos que los niños imitan; varios trabajos han puesto de manifiesto que las madres actúan como reforzadores sociales, así como modelos en relación con las actitudes y conductas alimentarias (p. ej., Pike y Rodin, 1991), tanto para las hijas (Field *et al.*, 2001), como para los hijos (Field *et al.*, 2001; Ricciardelli, McCabe y Banfield, 2000). No obstante, Byely, Archibald, Graber y Brooks-Gunn (2000) encontraron que las hijas (entre 10 y 14 años) no imitaban a sus madres que mostraban preocupación por el peso o hacían dietas. Las hermanas pueden jugar un papel similar al de las madres. Igualmente, los padres y madres que están ellos mismos siguiendo dietas, bien a través del ejemplo o verbalmente, pueden inducir a sus hijas e hijos para que pierdan peso. Por último, los padres suelen reforzar o castigar actitudes y conductas alimentarias de forma diferencial, dependiendo si es chica o chico. Por ejemplo, los chicos reciben más mensajes positivos por su cuerpo que las chicas, y en tanto las madres animan a las chicas para perder peso, los padres animan a los chicos para que hagan ejercicio para ganar masa muscular (Ricciardelli *et al.* 2000).

También ha sido objeto de atención una serie de características familiares adversas que tienen un impacto significativo en los TCA. En general, se parte de que las relaciones familiares de las personas con TCA han de ser necesariamente negativas, caracterizadas por bajo afecto, escasa comunicación, poco tiempo compartido, etc. Byely *et al.* (2000) encontraron que las chicas que percibieron las relaciones familiares como negativas mostraban un año después más dietas de lo que cabría esperar. Agravas, Hammer y McNicholas (1999) encontraron que las madres con TCA demostraban más preocupación por los hábitos alimentarios de sus hijos, quienes ya desde los cinco años demostraron un afecto negativo mayor que los hijos de madres sin TCA. Schur *et al.* (2000) informaron que el 50% de los niños de Educación Primaria querían perder peso, el 16% informaron que había intentado perder peso y el 75% de estos niños citaron a la familia como la principal fuente de información relacionada con hacer dieta.

En definitiva, el contexto familiar desempeña una función principal en la transmisión a niños muy pequeños de actitudes y conductas relativas a la belleza valoradas socialmente, de especial importancia todas ellas como conductas y actitudes precursoras o directamente implicadas en el inicio de los TCA. Autores como Birch y Fisher (1998) enfatizan esta importancia de la familia. En tanto se considera que entre el 30% y el 50% de varianza en la adiposidad se atribuye a factores genéticos, estos autores sostienen que el rápido aumento de la obesidad en las últimas décadas no puede atribuirse sólo a dichos factores. De modo que centrarse en la interacción entre factores genéticos y ambientales, donde el hogar juega un papel esencial, aportará información sobre los factores conductuales que contribuyen a que aparezcan estos problemas.

Además de la familia, otras vías de influencia especialmente relevantes en la infancia han sido los iguales y los medios de comunicación. Son múltiples los trabajos que ponen de manifiesto estas influencias, aunque no exentos de resultados contradictorios. La influencia de los *iguales* ha sido encontrada significativa por unos (p. ej., Ricciardelli *et al.*, 2000), pero no por otros (p. ej., Field *et al.*, 2001). En el trabajo de Schur *et al.* (2000) los iguales fueron la fuente de información para el 26% de los participantes. Wardle y Watters (2004) encontraron que estar en el colegio con alumnas mayores aparecía asociado a tener un ideal de un cuerpo más delgado, sentimientos de tener más sobrepeso, tener más amigos que hacían dietas, obtener puntuaciones más altas en el ChEAT y tener menor autoestima. En definitiva, estar con compañeras mayores en el colegio puede acelerar el desarrollo de actitudes negativas hacia el peso y la alimentación. La presión que supone los comentarios de los compañeros para estar delgado y ponerse a régimen ha sido un aspecto bastante estudiado, de modo que los comentarios críticos sobre el peso o la imagen corporal suelen provenir más frecuentemente de los iguales. En concreto, en el trabajo de Taylor *et al.* (1998) la importancia otorgada por los iguales al peso y al comer, en educación primaria, aparecía fuertemente relacionada con el desarrollo de una excesiva preocupación por el peso. También en educación secundaria la importancia dada por los iguales al peso y a la comida aparecía como factor de mayor riesgo para desarrollar un TCA, de modo que los efectos de ser objeto de burla o bromas por causa del peso corporal era uno de los aspectos más importantes en esta etapa.

Se viene afirmando, igualmente, que los medios de comunicación y los anuncios favorecen la idea de que las chicas delgadas son más atractivas y tienen más éxito. En el citado trabajo de Schur *et al.* (2000), la segunda fuente de información sobre los métodos para controlar el peso fueron los medios de comunicación, concretamente los anuncios de la televisión. Field *et al.* (1999) encontraron que los chicos y las chicas que hacían grandes esfuerzos por parecerse a las figuras de igual sexo de los medios de comunicación presentaban una mayor probabilidad de estar preocupados por el peso. Cusumano y Thompson (2001) encontraron que los medios predicen la insatisfacción corporal, pero que las chicas que interiorizan los mensajes de los medios están más en riesgo.

### 3. Factores personales

Entre los factores *personales o psicológicos* (véase Tabla 3), uno de los aspectos más estudiado ha sido la influencia de determinadas conductas como seguir dietas estrictas de adelgazamiento. Es extensamente admitido que seguir una dieta restrictiva es el factor inmediato más importante para los TCA, de modo que hoy día se puede afirmar que hacer dietas es con frecuencia un precursor de un TCA. Edmunds y Hills (1999), encontraron que restricción de alimentos, dietas y ayunos estaban todas asociadas unas con otras. La dieta y el ayuno eran conductas más propias de las chicas que de los chicos. Asimismo, la imagen corporal ha sido investigada por una enorme cantidad de trabajos, que viene a coincidir en que existe una estrecha asociación entre alteraciones de la imagen corporal y una serie de actitudes y conductas problemáticas de alimentación. Asimismo, los principales modelos explicativos de los TCA implican también a determinadas *variables de personalidad* en su origen o mantenimiento. Además de la excesiva preocupación por la talla y el peso, se han encontrado relaciones con perfeccionismo, excesiva obediencia o sumisión, baja autoestima y psicopatología (como ansiedad, depresión, trastorno obsesivo-compulsivo y abuso de sustancias). Además de la comorbilidad psiquiátrica en los TCA, se suelen citar igualmente variables como la exposición a un mayor número de acontecimientos adversos, principalmente los que implican una alteración de las relaciones familiares o sociales y los que implican amenaza a la integridad física como maltrato físico o abuso sexual. Sin embargo, estos aspectos apenas han sido evaluados en niños pequeños.

Un aspecto al que siempre se le ha otorgado una especial importancia, y que existe al menos un estudio que cae dentro del rango de edad que se está considerando aquí, es la autoestima. En una serie de trabajos de E. J. Button se ha argumentado que la baja autoestima es un importante factor a la hora de determinar si una persona acabará teniendo un TCA. También se ha mantenido que la diferencia entre tantas mujeres que siguen los ideales de belleza sociales basados en la delgadez y aquellas que traspasan la línea, de modo que las conductas de control del peso dejan de ser adaptativas y se tornan claramente trastornadas, viene establecida por la autoestima. Previamente, E. J. Button había llevado a cabo un trabajo con 594 niñas entre 11-12 años en el que apareció que la baja autoestima estaba

asociada con una gran cantidad de problemas psicológicos, incluyendo una mayor preocupación por la gordura. A partir de aquel trabajo, en un trabajo prospectivo posterior (Button, Sonuga-Barke y Thompson, 1996), las chicas con baja autoestima a la edad de 11-12 años se encontraban en un riesgo significativamente mayor de desarrollar problemas de la conducta alimentaria y signos más graves de trastornos de la conducta alimentaria a la edad de 15-16 años. También el trabajo de Griffiths y McCabe (2000) la autoestima fue el predictor más importante de la insatisfacción corporal, de modo que las chicas con baja autoestima fueron las que experimentaban mayor insatisfacción corporal.

Como resumen, según Stice (2002) los factores de riesgo que obtuvieron apoyo empírico fueron la masa corporal, la insatisfacción corporal, la presión percibida para estar delgado, la interiorización de un ideal de delgadez y el modelado de la imagen corporal. La afectividad negativa, interiorización de un ideal delgado, la insatisfacción corporal y el perfeccionismo aparecieron como factores de mantenimiento para la patología bulímica. El afecto negativo apareció como un factor causal de mantenimiento para el atracón. Sin embargo, los resultados no apoyan que el abuso sexual infantil, el estrés, aspectos relacionados con el control, las disfunciones familiares y la falta de afecto de los padres sean factores de riesgo. Hacer dietas no apareció como factor de riesgo para los TCA, sino que más bien parece atenuar las tendencias a la sobrealimentación. Según este autor, es posible que estos factores, tomados aisladamente, no tengan relación con los TCA, pero pueden interactuar con otros factores para favorecer las alteraciones de la conducta alimentaria. También es posible que estos factores ejerzan su influencia a corto plazo y por ese motivo no aparecen relaciones con el inicio de los TCA, que tiene lugar más tarde en el tiempo.

Una importante conclusión de esta revisión es que ningún factor aisladamente puede dar cuenta de una proporción grande de varianza de la patología de la conducta alimentaria. Por tanto, los modelos multivariados deben tener un mayor poder de explicación. Según Stice (2002), hay cierta evidencia para el modelo de la *Acumulación de estrés*, el modelo de *Perfeccionismo X Insatisfacción corporal y Baja autoestima*; para el modelo la doble vía de la etiología de la patología bulímica; y para el modelo cognitivo del mantenimiento de la sintomatología bulímica. Además, quedan otros factores de riesgo importantes por descubrir, entre los que se han de incluir los procesos biológicos. Aunque existe evidencia para algunos de estos factores en la infancia, estos resultados pueden servir como orientaciones para la investigación futura.

## Conclusiones

El objetivo de este trabajo era revisar el estado actual de los TCA en la infancia (por debajo de los 14/15 años), en relación con la definición, criterios diagnósticos y clasificación, epidemiología, evaluación y etiología. La mayoría de las publicaciones parten de que los TCA aparecen en la adolescencia, existiendo un notable retraso en la investigación en la infancia en comparación con el desarrollo experimentado

con adultos. Desde un punto de vista teórico, la psicopatología del desarrollo se presenta como la mejor aproximación al estudio de los TCA, destacando la importancia de la infancia en el estudio de los factores de riesgo y de protección en interacción con determinados aspectos ambientales y socioculturales. Desde un punto de vista empírico, diversos trabajos han puesto de manifiesto que los TCA existen en la infancia, pero principalmente lo que existe es una serie de actitudes y conductas de especial relevancia para el posterior desarrollo de un TCA, y esto en edades tan tempranas como los 5 años.

La mayoría de los autores revisados están de acuerdo en que los criterios diagnósticos formulados para adultos no son aplicables sin adaptación a esta etapa evolutiva. Se propone un uso abierto de dichos criterios o, mejor, la elaboración de criterios específicos para la infancia. Aplicando los criterios actuales, por debajo de los 14 años se detectan muy pocos síndromes completos, siendo lo habitual la presencia de síntomas aislados o síndromes parciales. De este modo, posibles 'casos' no son diagnosticados al no satisfacer todos y cada uno de los criterios.

La epidemiología está muy determinada por los criterios diagnósticos. Las cifras de prevalencia e incidencia hay que observarlas como provisionales y aproximaciones a las cifras reales de estos problemas en la infancia. Además de la aplicación estricta o amplia de los criterios, otros aspectos como el rango de edad, tipo y tamaño de la muestra o instrumentos de evaluación están determinando dichas cifras.

La evaluación de los TCA en la infancia muestra un claro retraso en su desarrollo. Uno de los métodos más utilizados son los cuestionarios, aunque su uso presenta grandes problemas en su aplicación a la infancia y los TCA, aconsejándose el uso de entrevistas cuando se haya de proporcionar un diagnóstico. Prácticamente todos los cuestionarios son adaptaciones de los adultos, mostrando carencias en el estudio de sus propiedades psicométricas, principalmente su sensibilidad, especificidad y poder predictivo. Estos aspectos requieren mayor investigación específica.

Por último, la investigación sobre los factores de riesgo y de protección es de suma importancia para esclarecer la etiología de los TCA. La infancia se presenta como la etapa idónea para esta investigación, ya que muchas actitudes y conductas alimentarias tienen su inicio en esta etapa. En general, en tanto se conoce bastante sobre factores de riesgo, es muy poco lo conocido sobre factores de protección. El conocimiento de ambos tipos de factores en la infancia tiene una notoria utilidad preventiva para detener los problemas en su inicio. Se ha destacado principalmente el papel de la familia, que se presenta en estas edades especialmente determinante en la configuración de actitudes y establecimiento de conductas alimentarias socialmente muy difundidas y que tienen que ver con una sobrevaloración de la delgadez y una estigmatización de la gordura.

En definitiva, si bien se ha comenzado a investigar la presencia de actitudes y conductas alimentarias anómalas en la infancia, es mucho lo que queda por hacer si se desea alcanzar una posición semejante al nivel de desarrollo del estudio de los TCA en adultos.

## Referencias

- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (DSM-IV-TR) (4ª ed.-Texto revisado). Washington, DC: Autor.
- Abraham, S. y O'Dea, J. A. (2001). Body mass index, menarche, and perception of dieting among peripuberal adolescent females. *International Journal of Eating Disorders*, 29, 23-28.
- Agras, S., Hammer, L. y McNicholas, F. (1999). A prospective study of the influence of eating-disordered mothers and their children. *International Journal of Eating Disorders*, 25, 253-262.
- Beglin, S. J. y Fairburn, C. G. (1992). What is meant by the term «binge»? *American Journal of Psychiatry*, 149, 123-124.
- Beumont, P. J. V. y Touyz, S. W. (2003). What kind of illness is anorexia nervosa? *European Child and Adolescent Psychiatry*, 12, 20-24.
- Birch, L. L. y Fisher, J. O. (1998). Development of eating behavior among children and adolescents. *Pediatrics*, 1001, 539-549.
- Bryant-Waugh, R. J. y Lask, B. D. (1995). Annotation: Eating disorders in children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 36, 191-202.
- Bryant-Waugh, R. J., Cooper, P. J., Taylor, C. L. Lask, B. D. (1996). The use of the eating disorder examination with children: a pilot study. *International Journal of Eating Disorders*, 19, 391-397.
- Button, E. J., Sonuga-Barke, E. J. S., Davies, J. y Thompson, M. (1996). A prospective study of self-esteem in the prediction of eating problems in adolescent schoolgirls: Questionnaire findings. *British Journal of Clinical Psychology*, 35, 193-203.
- Byely, L., Archibal, A. B., Graber, J. y Brooks-Gunn, J. (2000). A prospective study of familial and social influences on girls' body image and dieting. *International Journal of Eating Disorders*, 28, 155-164.
- Carper, J. L., Fisher, J. O. y Birch, L. L. (2000). Young girls' emerging dietary restraint and disinhibition are related to parental control in child feeding. *Appetite*, 35, 121-129.
- Cooper, P. J., Watkins, B., Bryant-Waugh, R. y Lask, B. (2002). The nosological status of early onset anorexia nervosa. *Psychological Medicine*, 32 873-880.
- Cusumano, D. L. y Thompson J. K. (2000). Media influence and body image in 8-11 year-old boys and girls: a preliminary report on the Multidimensional Media Influence Scale. *International Journal of Eating Disorders*, 29, 37-44.
- Davison, K.K., Markey, C.N. y Birch, L.L. (2000). Etiology of body dissatisfaction and weight concerns among 5-year-old-girls. *Appetite*, 35, 143-151.
- Edlund, B., Halvarsson, K. y Sjöden, P.-O. (1996). Eating behaviors , and attitudes to eating, dieting and body image in 7-year-old Swedish girls. *European Eating Disorders Review*, 4, 40-53,
- Edmunds, H. y Hill, A. J. (1999). Dieting and the family context of eating in young adolescent children. *International Journal of Eating Disorders*, 25, 435-440.
- Fairburn, C. G. y Harrison, P. (2003). Eating Disorders. *The Lancet*, 361, 4007-416.
- Field, A. E., Camargo, C. A., Taylor, C. B., Berkey, C. S., Roberts, S. B. y Colditz, G. A. (2001). Peer, parent, and media influences on the development of weight concerns and frequent dieting among preadolescent and adolescent girls and boys. *Pediatrics*, 107, 54-60.
- Gardner, R. M., Stark, K., Friedman, B. N. y Jackson, N. A. (2000). Predictors of eating disorders scores in children ages 6 through 14. A longitudinal study. *Journal of Psychosomatic Research*, 49, 199-205.

- Garner, D.M., Olmsted, M.P. y Polivy, J. (1983). Development and validation of a multidimensional Eating Disorder Inventory for anorexia nervosa and bulimia. *International Journal of Eating Disorders*, 2, 15-34.
- Gowers, S., Crisp, A., Joughin, N. y Bhat, A. (1991). Pre-menarchal anorexia nervosa. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 32, 315-524.
- Gowers, S. G. y Shore, A. (2001). Development of weight and shape concerns in the aetiology of eating disorders. *British Journal of Psychiatry*, 179, 236-242.
- Griffiths, J. A. y McCabe, M. P. (2000). The influence of significant others on disordered eating and body dissatisfaction among early adolescent girls. *European Eating Disorders review*, 8, 301-314.
- Halvarsson, K., Lunner, K., Westerberg, J., Anteson, F. y Sjöden, P-O. (2002). A longitudinal study of the development of dieting among 7-17 years-old Swedish girls. *International Review of Psychiatry*, 5, 61-74.
- Higgs, J., Goodyer, I. y Birch, J. (1989). Anorexia nervosa and food avoidance emotional disorder. *Archives of Disease in Childhood*, 64, 346-351.
- Hoek, H. W. y Van Hoeken, D. (2003). Review of the prevalence and incidence of eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 34, 383-396.
- Jones, J. M., Bennett, M. S., Olmsted, M. P., Lawson, M. L. y Rodin, G. (2001). Disordered eating attitudes and behaviours in teenaged girls: a school-based study. *Canadian Medical Association Journal*, 165, 547-552.
- Johnson, W. G., Grieve, F. G., Adams, C. D. y Sandy, J. (1999). Measuring binge eating in adolescents: adolescent and parent versions of the Questionnaire of Eating and Weight Patterns. *International Journal of Eating Disorders*, 26, 301-314.
- Kashubeck-West, S. Mintz, L. B. y Saunders, K. J. (2001). Assessment of eating disorders in women. *The Counseling Psychologist*, 29, 662-694.
- Keel, P. K., Fulkerson, J. A. y Leon, G. R. (1997). Disordered eating precursors in pre- and early adolescent girls and boys. *Journal of Youth and Adolescence*, 26, 203-216.
- Kelly, C., Ricciardelli, L. A. y Clarke, J. D. (1999). Problem eating attitudes and behaviors in young children. *International Journal of Eating Disorders*, 25, 281-286.
- Lask, B. y Bryant-Waugh, R. (1992). Early-onset anorexia nervosa and related eating disorders. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 33, 281-300.
- Lask, B., Britten, C., Kroll, L., Magagna, J. y Tranter, M (1991). Pervasive refusal in children. *Archives of Disease in Childhood*, 66, 866-869.
- Maloney, M. J., McGuire, J. y Daniels. S. R. (1988). Reliability testing of a children's version of the Eating Attitude Test. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 27, 541-543.
- Maloney, M. J., McGuire, J., Daniels. S. R. y Specker, B. (1989). Dieting behavior and eating attitudes in children. *Pediatrics*, 84, 482-489.
- Marcus, M. D. y Kalarchian M. A. (2003). Binge eating in children and adolescents. *International Journal of Eating Disorders*, 34, 547-557.
- Morandé, G., Celada, J. y Casas, J. J. (1999). Prevalence of eating disorders in a Spanish school-age population. *Journal of Adolescent Health*, 24, 212-219.
- Morgan, C. M., Yanovski, S. Z., Nguyen, T. T., McDuffie, J., Sebring, N. G., Jorge, M. R., Keil, M. y Yanovski, J. A. (2002). Loss of control over eating, adiposity, and psychopathology in overweight children. *International Journal of Eating Disorders*, 31, 430-441.
- Neumärker, K-J. y Bartsch, A. J. (2003). Perspectives of eating disorders from the Charité Hospital in Berlin. *European Child and Adolescents Psychiatry*, 12, 4-19.
- Nicholls, D., Chater, R. y Lask, B. (2000). Children into DSM don't go: a comparison of classification systems for eating disorders in childhood and early adolescence. *International Journal of Eating Disorders*, 28, 317-324.

- Organización Mundial de la Salud (1992). *Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico* (10ª ed.). Madrid: Meditor.
- Pierce, J. W. y Wardle, J. (1993). Self-esteem, parental appraisal and body size in children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 7, 1125-1136.
- Pike, K. M. y Rodin, J. (1991). Mothers, daughters, and disordered eating. *Journal of Abnormal Psychology*, 100, 198-204.
- Polivy, J. y Herman, C. P. (2002). Causes of eating disorders. *Annual Review of Psychology*, 53, 187-213.
- Ricchiardelli, L. A., McCabe, M. P. y Banfield, S. (2000). Body image and body change methods in adolescent boys. Role of parents, friends, and the media. *Journal of Psychosomatic Research*, 49, 189-197.
- Rojo, L., Livianos, L., Conesa, I., García, A., Domínguez, A., Rodrigo, G., Sanjuán, I. y Vila, M. (2003). Epidemiology and risk factors of eating disorders: a two-stage epidemiological study in a Spanish population aged 12-18 years. *International Journal of Eating Disorders*, 34, 281-291.
- Rolland, K., Farnill, D. y Griffiths, R. A. (1997). Body figure perceptions and eating attitudes among Australian schoolchildren aged 8 to 12 years. *International Journal of Eating Disorders*, 21, 273-278.
- Rolland-Cachera, M. F., Deheeger, M., Bellisle, F., Sempe, M., Guillaud-Bataille, M., Patois, E. y Sempé, M. (1984). Adiposity rebound in children: a simple indicator for predicting obesity. *American Journal of Clinical Nutrition*, 39, 129-135.
- Rosenvinge, J. H., Bergen, J. S. y Børresen, R. (1999). The prevalence and psychological correlates of anorexia nervosa, bulimia nervosa and binge eating among 15-year-old students: a controlled epidemiological study. *European Eating Disorders Review*, 7, 382-391.
- Sasson, A., Lewin, C. y Roth, D. (1995). Dieting behavior and eating attitudes in Israeli Children. *Pediatrics*, 84, 482-489.
- Schur, E. A., Sanders, M. y Steiner, H. (2000). Body dissatisfaction and dieting in young children. *International Journal of Eating Disorders*, 27, 74-82.
- Smolak, L. y Levine, M. P. (1994). Psychometric properties of the children's Eating Attitude Test. *International Journal of Eating Disorders*, 16, 275-282.
- Smolak, L., Levine, M. P. y Gralen, S. (1993). The impact of puberty and dating on eating problems among middle school girls. *Journal of Youth and Adolescence*, 22, 355-368.
- Steiner, H., Kwan, W., Shaffer, T. G., Walker, S., Miller, S., Sagar, A. y Lock, J. (2003). Risk and protective factors for juvenile eating disorders. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 12, 38-46.
- Stice, E. (2002). Risk and maintenance factors for eating pathology: a meta-analytic review. *Psychological Bulletin*, 128, 825-848.
- Stice, E., Agras, W. S. y Hammer, L. D. (1999). Risk Factors for the emergence of childhood eating disturbances: a five-year prospective study. *International Journal of Eating Disorders*, 25, 375-287.
- Striegel-Moore, R. H. y Cachelin, F. M. (2001). Etiology of eating disorders in women. *The Counseling Psychologist*, 29, 635-661.
- Striegel-Moore, R. H., Schreiber, G. B., Lo, A., Crawford, P., Obarzanek, E. y Rodin, J. (2000). Eating disorder symptom in a cohort of 11 to 16 year-old black and white girls: the NHLBI growth and health study. *International Journal of Eating Disorders*, 27, 49-66.
- Tanofsky-Kraff, M., Morgan, C. M., Yanovski, S. Z., Marmarosh, C., Wilfley, D. E. y Yanovski, J. A. (2003). Comparison of assessments of children's eating-disordered behaviors by interview and questionnaire. *International Journal of Eating Disorders*, 33, 213-224.

- Taylor, C. B. Sharpe, T., Shisslak, C., Bryson, S., Estes, L. S., Gray, N., McNight, K., Grago, M., Kraemer, H. C. y Killen, J. D. (1998). Factors associated with weight concerns in adolescent girls. *International Journal of Eating Disorders*, 24, 31-42.
- Truby, H. y Paxton, S. J. (2002). Development of the Children's Body Image Scale. *British Journal of Clinical Psychology*, 41, 185-203.
- Wardle, J. y Watters, R. (2004), Sociocultural influences on attitudes to weight and eating: results of a natural experiment. *International Journal of Eating Disorders*, 35, 589-596.