

## **TRATAMIENTO DE UN TRASTORNO DE INGESTIÓN ALIMENTARIA EN LA INFANCIA MEDIANTE ENTRENAMIENTO A PADRES: UN ESTUDIO DE CASO**

José Antonio Lora Muñoz, Dolores Montserrat Guerreiro Argüez  
e Inmaculada Moreno García  
*Universidad de Sevilla (España)*

### **Resumen**

En este artículo se describe el tratamiento llevado a cabo con un niño de seis años que presenta trastorno de ingestión alimentaria en la infancia. La intervención se ha basado en un programa de entrenamiento a padres apoyado en el hogar con una economía de fichas. Los padres han recibido entrenamiento específico para favorecer la adquisición de habilidades que modifiquen las conductas problema y consoliden los efectos de la intervención con el niño. Los resultados obtenidos muestran, respecto a los padres, que éstos han adquirido e integrado las habilidades aprendidas lo que conlleva un reconocimiento en el aumento de la capacidad de afrontamiento ante nuevas situaciones problema. Con respecto al niño se observó asimilación íntegra según criterios establecidos de los nuevos hábitos, es decir, comer solo e ingerir comida sin triturar, así como un aumento en cantidad y variedad de comida ingerida. Como conclusión destacar la eficacia del control ambiental usado en el tratamiento por los padres así como la importancia de la economía de fichas en todo el proceso.

*PALABRAS CLAVE: Trastorno de ingestión, entrenamiento a padres, economía de fichas.*

### **Abstract**

This article describes the treatment carried out with a six-year-old child who showed a childhood feeding disorder. Intervention has been based in a parents training program supported at home with a token economy. Parents have received specific training to favor the acquisition of abilities that modify the problematic behaviors and consolidate the effects of the intervention with the child. With regard to the parents, results revealed that they had acquired and integrated the learned abilities. This indicates an increased recognition of the understanding to

face new problematic situations. With regard to the child, a complete assimilation was observed, according to the established criteria about the new habits, namely, eating alone, grafting food without pounding and an increase in the amount and variety of the grafted food. As a conclusion we could remark the efficiency of the environmental control used by parents in the treatment, and the importance of the token economy in the whole process.

KEY WORDS: *Feeding disorder, parents training, token economy.*

## Introducción

Los problemas alimentarios y la nutrición en la infancia siempre han sido una de las principales preocupaciones para padres y profesionales de la salud. Actualmente están considerados como un tema de gran interés social que, a su vez, suscitan y representan un reto clínico importante. Son frecuentes las consultas referentes a la amplia gama de problemas relacionados con la ingestión y la alimentación (Hertzler, 1983 a,b), destacando aquellos en los cuales los hábitos extremos de rechazo a la comida ponen en peligro la vida del niño o adulto que lo sufre, por lo que, no sólo estaríamos hablando de problemas de desnutrición, sino de problemas de una índole mucho más grave (Wicks-Nelson & Israel, 1997).

Algunos autores concluyen que los trastornos que presentan los niños y adultos con respecto a los problemas alimentarios no son los mismos (Kerwin y Berkowitz, 1996). En relación a esta cuestión, el DSM-IV-TR (APA, 2000) realiza una distinción, según edades, en lo que a estos trastornos se refiere. Establece dos categorías diagnósticas: Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA en adelante), donde se encuentran la Anorexia Nerviosa, Bulimia Nerviosa y Trastorno de la conducta alimentaria no especificado y, una segunda categoría denominada Trastornos de la ingestión y de la conducta alimentaria de la infancia o la niñez, en el que se recogen los criterios diagnósticos de Pica, Trastorno de Rumiación y Trastorno de la Ingestión alimentaria de la infancia o la niñez.

Aunque si bien es cierto que los TCA suelen aparecer al inicio o al final de la adolescencia hay autores que hablan de distintos tipos de anorexia ya desde los primeros años de vida (Chevallier, 1996), y que cada vez son más frecuentes en niños de corta edad. Cabe resaltar, por tanto, en este punto, que las conductas inadecuadas tanto en infancia como en la adolescencia, relacionadas con los problemas y trastornos de la ingesta en conjunción con otros factores, pueden ser agentes de riesgo para un posterior desarrollo de un TCA (Mardomingo, 2001).

Indicar, en el ámbito de los trastornos alimentarios, el auge experimentado en España en cuanto a investigación epidemiológica se refiere; a pesar de ello hay poblaciones específicas, concretamente la infantil, donde son escasos los datos sistemáticos (Patel, Wheatcroft, Park y Stein, 2002).

Teniendo en cuenta este panorama y centrándonos específicamente en el Trastorno de la ingestión alimentaria de la infancia, señalar que la característica esencial del mismo es la dificultad persistente para comer adecuadamente que

deriva en una incapacidad significativa para ganar peso o, según el caso, en una pérdida de peso importante. Los niños que la presentan suelen ser especialmente irritables, en ocasiones parecen apáticos y retraídos, pudiendo experimentar retrasos en el desarrollo. Suele aparecer durante el primer año de vida aunque también puede hacerlo a los 2 ó 3 años de edad, siendo el porcentaje de aparición similar en ambos sexos. Como muestran los criterios diagnósticos del DSM-IV-TR (APA, 2000) (véase Tabla 1), es importante descartar enfermedades gastrointestinales que pudieran justificar la negativa a comer por parte del niño.

**Tabla 1**

Criterios diagnósticos para el Trastorno de la ingestión alimentaria de la infancia o la niñez

*Criterios para el diagnóstico de F98.2 Trastorno de la ingestión alimentaria de la infancia o la niñez [307.59]*

- A. Alteración de la alimentación manifestada por una dificultad persistente para comer adecuadamente, con incapacidad significativa para aumentar de peso o con pérdida significativa de peso durante por lo menos 1 mes.
- B. La alteración no se debe a una enfermedad gastrointestinal ni a otra enfermedad médica asociada (p.ej., reflujo esofágico).
- C. El trastorno no se explica mejor por la presencia de otro trastorno mental (p.ej.: trastorno de rumiación) o por la no disponibilidad de alimentos.
- D. El inicio es anterior a los 6 años de edad

DSM-IV-TR (APA, 2000).

En cualquier caso, de acuerdo con Olivares, Alcázar y Méndez (2002) el Trastorno de ingestión en la niñez es el más frecuente en población normal infantil de cuantos trastornos de conducta alimentaria en la infancia se han especificado.

Por otro lado, con respecto a los tratamientos comúnmente administrados para abordar los trastornos alimentarios, la terapia cognitivo-conductual está ampliamente respaldada por su eficacia (Bowers, 2001 a,b; Godoy y Cobos, 1994; Saldaña, 2001). Cabe señalar además, que una alternativa consolidada a los enfoques tradicionales en el ámbito de la modificación de conducta infantil y con sustentada validez para diversos problemas, entre ellos, el trastorno que aquí nos ocupa, es el Entrenamiento a Padres (véase, Marinho y Silveiras, 2000; McMahon, 1993; Moreno, 2002).

Sin embargo, hay que destacar la alta mortandad a nivel experimental que sufren los estudios sobre eficacia terapéutica de estos trastornos que, en cierta manera, limitan las publicaciones realizadas hasta el momento (Nielsen, 2001).

En el caso que se describe a continuación se desarrolla un tratamiento en el que los padres, como coterapeutas principales y previo entrenamiento específico, son los encargados de llevarlo a cabo, siempre dirigidos por el terapeuta. Concretamente, se aplicó una adaptación del programa de Forehand y McMahon

(1981), consistente en la simultaneidad en el orden de habilidades a enseñar y en la reducción del número de sesiones. En términos generales, de acuerdo con Franco, Campbell, Tamburrino y Evans (1993), para la ganancia de peso resulta idóneo tener en cuenta los cambios que se puedan introducir en el medio ambiente, el uso de refuerzo y extinción.

Por último, se estableció como objetivo general de la intervención, *adquirir por parte del sujeto, un patrón de hábitos alimentarios adaptados para un adecuado desarrollo y modificar en los padres las actitudes y conductas inadaptadas hacia los comportamientos problema de su hijo*. Este objetivo general se dividió en otros más específicos y operacionales, como se verá en páginas posteriores, para facilitar su aplicación y consecución.

## Método

### *Sujeto*

R. es un niño de seis años, el menor de una familia compuesta por cuatro miembros.

Asiste a primer curso de Primaria en una escuela pública donde presenta un buen nivel académico y social. La petición de ayuda la realizan los padres por recomendación tanto de la profesora como del pediatra de R. que, tras descartar cualquier anomalía física, aconsejó una intervención psicológica.

Como antecedentes al problema, destacar que con la edad de dos años, el niño padeció una estomatitis con la consecuente aparición de un alto número de aftas bucales que impidió que comiese por un periodo de diez días. Después de su recuperación, los padres adoptaron, con el fin de facilitar la ingestión, una serie de comportamientos poco adaptados que se han mantenido durante un periodo prolongado de tiempo y se han instaurado como hábito a la hora de comer. Entre estas actuaciones y a modo de ejemplo mencionar: presentación de alimentos de forma inadecuada (trozos muy pequeños, machacados, etc.), darle de comer (pudiendo ejecutar él mismo esta acción), usar la cantidad de comida ingerida como método de control, etc.

En los dos últimos años la conducta de comer de R. ha experimentado grandes modificaciones hasta el extremo que la ingestión de alimentos ha ido paulatinamente disminuyendo al igual que la variedad de los mismos. Aunque no es frecuente, la exigencia por parte de los padres a la ingesta de determinados alimentos puede llevar a R. incluso a vomitar. Los alimentos que éste ingiere deben ser de determinadas marcas, negándose a aceptar otros similares.

Sus padres afirman que la obtención de premios por parte del niño, así como determinados privilegios, está totalmente mediatizada por las conductas de R. a la hora de comer. Por otro lado, los métodos de control empleados hasta el momento, apagarle la televisión, restringirle el uso del ordenador, etc., no parecen ejercer ningún efecto sobre la conducta del niño.

## Procedimiento

### EVALUACIÓN

Una vez recogidos los datos principales de la historia clínica los padres realizaron un primer registro, de una semana de duración, en el que se reflejó las comidas ingeridas por R., indicando tipo, cantidad y forma de ingesta, así como las conductas desempeñadas por él y por cada uno de los miembros que componen la unidad familiar. Para la elaboración de los mismos se siguieron las orientaciones de Herbert (1999).

Tomando como referente este primer registro, se decidió elaborar un nuevo sistema de registro, en el que solo se tuvo en cuenta lo ocurrido durante el almuerzo y la cena, debido a que el análisis de la información obtenida en los registros anteriores puso de manifiesto la escasez de problemas relevantes en el desayuno y la merienda. En dichos registros, usados para realizar la línea base del tratamiento así como para la evaluación del desarrollo de la intervención, se recogía la siguiente información:

- a) Alimentos que el niño come (tipo de carne, de pescado, etc.).
- b) Cantidad ingerida (en número de cucharadas).
- c) Forma de presentación del alimento (entero, machacado, triturado).
- d) Conducta de autonomía y otras respuestas de R. (come solo, con ayuda, otros comportamientos adicionales).
- e) Conducta de los padres (comentario sobre actitud, comportamientos, etc., realizados antes, durante y después de las comidas).

De los puntos anteriores, con respecto al segundo añadir que, para tener una medida común para todos los tipos de comida, se estableció un sistema de equivalencia, confeccionado por el terapeuta y los padres, en el que se equiparaban las cantidades ingeridas de las distintas comidas a un número determinado de cucharadas. Para la representación gráfica, se ha sumado el número de cucharadas totales diarias del almuerzo con las de la cena. Los días en los que no contábamos con ambos registros han sido descartados para evitar sesgos.

Por otro lado, se tuvieron en cuenta datos complementarios como el peso del niño y los resultados obtenidos de las analíticas realizadas por el pediatra de éste a lo largo de toda la intervención y posteriormente, en el período de seguimiento.

## Tratamiento

En primer lugar, se establecieron objetivos operacionales, basados en los resultados encontrados en la evaluación, con la finalidad de abarcar el propósito general establecido a priori. Son los siguientes: a. Ingerir la comida sin triturar en el 80% de las ocasiones; b. Aumentar el número de cucharadas ingeridas hasta una media diaria mínima de 30 cucharadas; c. Incrementar la variedad de los alimentos ingeridos

hasta ajustarse a los parámetros recomendados para la alimentación infantil (Muñoz y Martí, 2000) así como aceptarlos en dos formas de presentación distintas; *d*. Ejecución de la conducta de comer solo en el 95% de las ocasiones.

La intervención realizada en este caso se basó en un programa de entrenamiento a padres apoyado en un programa de economía de fichas.

Centrándonos en el *Programa de entrenamiento a padres*, añadir que se realizó una adaptación del programa desarrollado por Forehand y McMahon (1981) y McMahon (1993). Originalmente consta de 10 sesiones, cada una de ellas con carácter individualizado para cada familia y con una duración que oscila aproximadamente entre 60 y 90 minutos. La intervención es llevada a cabo directamente por los padres quienes trabajan con el niño siguiendo las instrucciones del terapeuta. La estructura del programa consta de dos fases: Atención diferencial, cuyo objetivo radica en la enseñanza de habilidades para la observación de las conductas de sus hijos, refuerzo y extinción de conductas y; Fase de entrenamiento en el seguimiento de instrucciones, que se centra en la enseñanza del correcto uso de las órdenes. Como se comentó anteriormente la adaptación del programa incluyó dar órdenes eficaces y realizar una observación adecuada trabajando con los padres desde la fase inicial; asimismo se mantuvo un seguimiento continuo de la aplicación del programa hasta el final del tratamiento.

Por otro lado, se estableció un *sistema de economía de fichas* que se mantendría a lo largo de toda la intervención. Para ello, en primer lugar, se le dieron a R. las indicaciones oportunas sobre el funcionamiento del programa. A su vez, comentar que la economía de puntos sufrió modificaciones conforme avanzaba el tratamiento, realizando cambios en los premios a obtener, en los puntos necesarios para obtenerlos, así como en la cantidad de puntos ganados o perdidos por las distintas conductas del niño. Por último, indicar que las fichas empleadas eran de formas y colores llamativos para proporcionar un mayor atractivo hacia las mismas y todas contaban con un bajo valor (sólo 1 y 2 puntos) para facilitar un elevado número de entregas.

Con lo planteado hasta ahora, las consideraciones que se tuvieron en cuenta para el establecimiento de un patrón alimentario fueron (Muñoz y Martí, 2000):

- Elaborar una dieta suficientemente variada, con el fin de evitar carencias nutricionales.
- Ser creativos en la planificación de los menús, cuidando su presentación.
- Introducir alimentos nuevos de forma gradual, y al principio de cada comida, cuando el niño tenga más apetito.
- Limitar el consumo de bollería, repostería, pastelería, etc.
- Ofrecer en el almuerzo y la merienda, frutas, productos lácteos y bocadillos preparados en casa. No abusar de embutidos.

Añadir que la intervención se prolongó durante 15 sesiones, con una frecuencia semanal, excepto las tres últimas, que se realizaron cada dos semanas. La duración media de cada sesión oscilaba entre 60 y 90 minutos, estructurados de la siguiente forma: a) repaso inicial de los registros y las situaciones difíciles durante la semana;

b) breve explicación sobre principios o técnicas a trabajar; c) aplicación de los nuevos conocimientos a posibles situaciones problemáticas y, d) por último, se intentaba enlazar esta sesión con las anteriores. El contenido de las sesiones se describe a continuación (Tabla 2).

**Tabla 2**  
Estructura y contenido de la intervención terapéutica.

Sesiones	Contenido
<i>1ª y 2ª sesión Entrenamiento a padres y economía de fichas</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>— Inicio del entrenamiento a padres: prestar atención a las conductas adecuadas de los niños y dar órdenes eficaces.</li> <li>— Orientaciones sobre actitudes a desempeñar con R. referentes a la comida.</li> <li>— Inicio trabajo objetivo: fomento de la autonomía del niño en las comidas.</li> <li>— Instauración del programa de economía de fichas.</li> </ul>
<i>3ª y 4ª sesión Refuerzo y extinción</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>— Énfasis en los refuerzos y extinción dentro del entrenamiento a padres.</li> <li>— Inicio trabajo objetivo: aumento de cantidad de comida ingerida.</li> <li>— R. acude a consulta para facilitar la implicación en su tratamiento.</li> </ul>
<i>5ª a 8ª sesión Fin del entrenamiento a padres</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>— Fin del entrenamiento a padres (sesión sexta).</li> <li>— Orientaciones para el primer contacto del objetivo aumento de la variedad.</li> <li>— Continuación del trabajo para el objetivo aumento de la cantidad de comida ingerida.</li> </ul>
<i>9ª a 11ª sesión Aumento de variedad y forma de ingesta</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>— Aplicación del objetivo: aumento de la variedad y formas de presentación de comidas</li> <li>— Implantación, a su vez, del objetivo forma de ingerir los alimentos.</li> <li>— El niño acude a consulta por segunda vez para valorar su motivación y estado con respecto al tratamiento.</li> <li>— Nota: a partir de la sesión 11ª, las sesiones se realizaron cada 15 días.</li> </ul>
<i>12ª a 15ª sesión Generalización del proceso</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>— Desvanecimiento progresivo de la economía de fichas.</li> <li>— Repaso de las técnicas y situaciones más complejas con los padres.</li> </ul>

### *1º y 2ª sesión. Entrenamiento a padres e implantación de la economía de ficha*

En estas sesiones se comenzó la aplicación del programa de entrenamiento a padres de Forehan y McMahon (1981) ya comentado; se trabajó específicamente las siguientes habilidades: 1. Atención Selectiva de Conductas Adecuadas, 2. Elaboración y confección de órdenes precisas. De forma general y tomando como referencia las conductas emitidas por R. se procedió a realizar una pequeña intro-

ducción en el adecuado uso de reforzadores, así como los beneficios y situaciones en las que serían propicias aplicar Extinción. Se hizo hincapié en el cambio de actitudes hacia la problemática del niño y la importancia de la colaboración de todos los miembros de la unidad familiar.

Asimismo, estas sesiones se destinaron a ensayar con los padres la aplicación del proceso para la consecución del objetivo propuesto anteriormente: *fomentar la autonomía del niño a la hora de comer*. El procedimiento a seguir fue el siguiente: cada miembro de la familia debía colocar su servicio a la hora de comer. Una vez sentados a la mesa se llevaba a cabo la extinción en todas aquellas conductas emitidas por R. incompatibles a la de comer por sí mismo. Al mismo tiempo se reforzaba diferencialmente las conductas espontáneas de autonomía, tanto de forma verbal como con fichas. Si se producía una negativa a iniciar la comida por parte de R., se procedía a la utilización de órdenes directas, en su secuencia lógica, esto es, coge la cuchara, llévala a la boca, mastica, traga la comida, etc., dándole la oportunidad de obtener fichas extra si el niño realizaba la conducta sin ayuda, o si se adelantaba a la secuencia conductual previamente definida. Se consideró que habría un cambio clínicamente significativo cuando durante una semana, R. comiera solo el 95% de las ocasiones.

Por último, señalar que el programa de economía de fichas se instauró desde la primera sesión.

#### *Sesiones 3ª y 4ª. Refuerzo y extinción*

Durante estas sesiones continuó el entrenamiento a padres, centradas en la aplicación de refuerzo diferencial y técnica de extinción.

Hay que destacar el énfasis puesto en las orientaciones para el logro del siguiente objetivo, *aumentar el número de cucharadas ingeridas en un 50%*, es decir, pasar de una media de 20 a un mínimo de 30 cucharadas. Se partía de la idea de que habría que, de forma progresiva, reeducar la sensación de hambre en R., para que el propio niño fuera solicitando mayor cantidad de comida. Para ello, se prestó mucha atención a las conductas adaptadas y relacionadas con el objetivo durante el almuerzo y la cena, que eran reforzadas de manera inmediata. Se redujo la cantidad de comida que se le presentaba en el plato o bocadillos hasta lo mínimo que R. solía comer, según los registros, para así crear en el niño la idea de «acabar el plato». Todo lo anterior llevaba implícito el hecho de que R. tuviese la necesidad de repetir, o de solicitar algo más de comida, cosa que no ocurría anteriormente.

Conforme el niño fue aumentando su ingesta a lo largo de las sesiones la intervención se fue adaptando al mismo. A modo de ejemplo, cuando R. acababa cuatro días seguidos el plato o le quedaba sólo una cucharada, en la siguiente presentación de ese alimento se le aumentaba en varias cucharadas la cantidad que contenía. Igual ocurría con el tamaño de bocadillos, fruta, etc.

Añadir en este punto, que en la sesión cuarta, acudió el niño a consulta para conocer sus opiniones, sugerencias y motivaciones con el objetivo de implicarlo activamente en su tratamiento.



### *Sesiones 5ª a 8ª. Fin del entrenamiento a padres*

La finalización del entrenamiento a padres tuvo lugar concretamente en la 6ª sesión, aunque en las posteriores, siempre se hizo un pequeño seguimiento de las aplicaciones y principios del mismo para asegurar el control de su adecuada aplicación. Asimismo, indicar que esta sesión fue dedicada en gran medida a fomentar la motivación de los padres hacia la importancia de ser constantes en la aplicación de los procedimientos trabajados. Aunque éstos conocían las técnicas de control y su adecuada aplicación, no las ponían en práctica en situaciones reales problemáticas a la hora del almuerzo.

Añadir finalmente, la continuación en el trabajo para el objetivo *aumento de la cantidad ingerida*.

### *Sesiones 9ª a 11ª. Trabajo para el aumento de la variedad y la forma de ingesta*

Destacar la aplicación de los procedimientos para la consecución del objetivo: *aumentar la variedad de comida ingerida por el niño, así como la forma de presentación de la misma*. A saber, establecimiento como rutina de la presentación de dos platos, que toda la familia comiera la misma comida, y presentar las comidas nuevas con cierta distancia entre ellas, dos días mínimo. Señalar, que este segundo plato consistía en algún tipo de comida que R. aceptase e incluso le reforzara, como eran patatas fritas o lentejas. Algunas de las indicaciones concretas que se le dieron a los padres se pueden ver en la Tabla 3 (tabla 3).

En este momento el niño había aumentado su ingesta de forma considerable, lo que permitió incluir otro reforzador natural, satisfacción del hambre, en el nuevo objetivo.

En las sesiones anteriores se había dado la oportunidad al paciente de ingerir determinados alimentos que él ya consumía, con una presentación diferente, premiándole si lo probaba, y no ocurriendo nada si decidía no hacerlo.

Todo lo anterior se combinó con los procedimientos oportunos para conseguir que R. aceptara la comida entera, último objetivo específico por alcanzar en esta intervención. Con respecto a esta cuestión, indicar en primer lugar, que se inició en este momento porque era necesario conseguir previamente en el niño un cambio de actitud hacia la comida, especialmente hacia los alimentos enteros. Además, R. debía contar con las habilidades de autonomía necesarias así como cumplir los criterios establecidos para alcanzar el objetivo de aumento de la cantidad ingerida. Una vez conseguido esto se eliminaron los alimentos totalmente triturados, facilitando la ingesta de alimentos primero ligeramente machacados y luego enteros. El niño obtenía refuerzos verbales y de puntos, en función de si los alimentos que comía estuvieran triturados, machacados o enteros.

Añadir además, que en la sesión novena, el niño fue de nuevo invitado para conocer sus ideas, motivaciones, etc., sobre el desarrollo del tratamiento.

Por último indicar, que a partir de la sesión 11ª, se citaba a los padres cada dos semanas para comenzar así el período de generalización de las conductas aprendidas.

**Tabla 3**

Indicaciones propuestas a los padres para fomentar la variedad de los alimentos a ingerir por R.

**Normas para trabajar el aumento de variedad de alimentos en R.**

- Lo primero es intentar, en la medida de lo posible, aumentar la variedad de comida que R. consume durante una semana, preparando para cada uno de los días menús diferentes, dentro de las comidas que actualmente acepta, y procurando que coincidan con la comida que va a hacer el resto de la familia (AUNQUE NO SIEMPRE SEA ESTO POSIBLE).
- Intentar no hacer coincidir el almuerzo de patatas fritas, tomate y salchichas con la cena de perritos o bocadillos, fomentando nuevamente así el aumento de variedad en sus comidas.
- Tratar de introducir dos nuevos alimentos: carne (FILETE DE POLLO EMPANADO) y pescado (GUISADO).
- El día propuesto para presentar los alimentos nuevos toda la familia deberá comer lo mismo.
- Es importante dejar un mínimo de 2 días entre la presentación de un nuevo alimento y el siguiente.
- Una vez que los alimentos están en la mesa, la actitud de los adultos debe ser la misma que se ha llevado hasta ahora, ignorando cualquier tipo de comentarios, quejas, etc. Y dejándole claro que si quiere comer el segundo plato, deberá comer al menos un trocito de filete o pescado.
- Si el niño no come el trozo de carne o pescado, no comerá nada más hasta el postre, donde SÓLO podrá comer un yogur.
- En la cena, se introducirá también la rutina de dos platos, presentando primero una sopa, de fideos, con garbanzos, es decir, de cierta variedad, y después la opción de que coma algún alimento reforzador, a modo de ejemplo, fuet con pan.

*Sesiones 12ª a 15ª. Generalización del proceso*

Estas sesiones se centraron en la atenuación de la economía de fichas. De forma progresiva se fue eliminando las situaciones y conductas en las que R. podía conseguir puntos, a la vez que muchos de los premios que tenía para canjear por puntos pasaron a ser conseguidos de forma natural.

Por otro lado, se repasaron con los padres las conductas y técnicas más adecuadas para controlar las situaciones más difíciles para ellos así como los principios básicos generales en los que debían basar sus conductas.

**Resultados**

A continuación se exponen los resultados según objetivos específicos trabajados. En lo referente al objetivo: *autonomía del niño en las comidas*, se consideró un cambio clínicamente significativo cuando en el 95% de las ocasiones R. comiese solo.

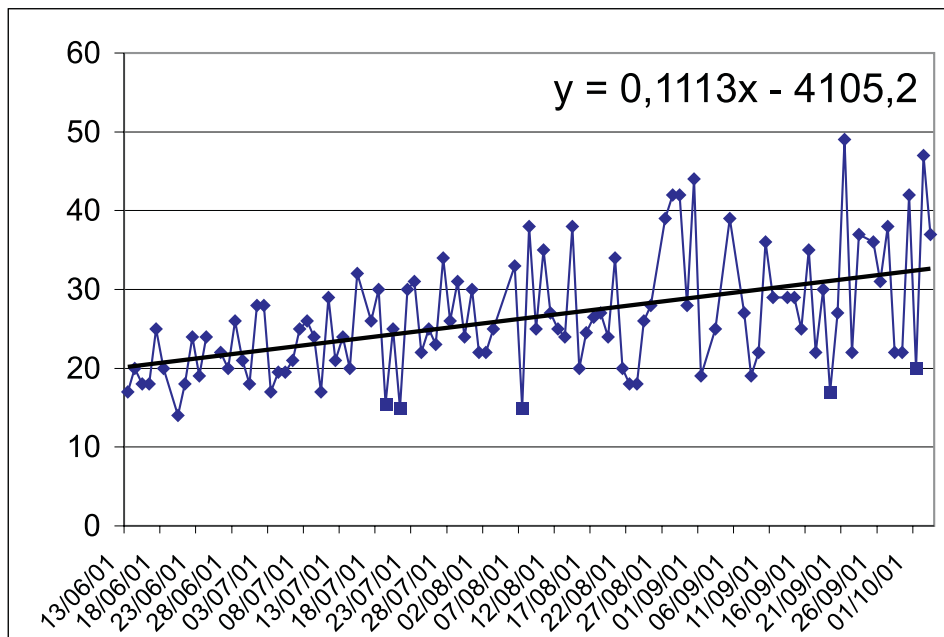
Hay que indicar que este objetivo sólo se trabajó en el almuerzo debido a que en la cena no presentaba esta falta de autonomía, lo que mostraba la enorme contextualización de la conducta problema. El objetivo se consiguió desde la primera semana, alcanzándose casi el 100% en las posteriores. Señalar que dicho logro se mantuvo a lo largo de todo el tratamiento, generalizándose después a la cena cuando se incluyeron nuevos alimentos.

Con respecto al objetivo: *cantidad de comida ingerida*, se puede comprobar (ver figura 1) como la media de cucharadas ingeridas diariamente por R. (recordamos que las cucharadas hacen referencia a la suma del almuerzo y la cena) pasa de una media de 20 a una media de 32 en la última semana de registro. Si realizamos un estudio más detallado de la Figura 1, observamos constantes altibajos. El análisis de estas bajadas, que rompen en cierta medida la tendencia ascendente de los resultados, resultaron ser días en los que el niño comió en casa de su abuela, además de contar con la presentación de un determinado plato que no solía aceptar.

Añadir además, que el último mes de registro coincide con la aplicación del objetivo «incremento de la variedad de comida ingerida», donde el niño, aunque comía los nuevos alimentos, no lo hacía en igual cantidad que los ya aceptados, al menos, en la primera presentación de los mismos. El criterio establecido para el éxito terapéutico de este objetivo, obtener en una semana una media mayor a 30

**Figura 1**

Evolución de la cantidad de comida ingerida por R. a lo largo de toda la intervención junto con el análisis de tendencia efectuado.



cucharadas, se cumplió desde la sesión undécima, manteniéndose hasta el final del tratamiento

Asimismo, hemos realizado como prueba complementaria, un análisis de tendencia calculado en base a los mínimos cuadrados, en el que se puede comprobar (ver figura 1), según la ecuación  $y = 0,1113x - 4105,2$  (valor  $0,1113x$  = pendiente; valor  $4105,2$  = intersección), cómo existe una tendencia claramente ascendente, lo que nos podría permitir una predicción positiva sobre la evolución de la ingesta de R. Aún así, si se anularan los datos anteriormente comentados de bajo valor, por las razones ya citadas, la ecuación pasaría a ser  $y = 0,1316x - 4856,5$  lo que confirmaría de una manera más clara la tendencia ascendente de los registros.

En lo que respecta al objetivo *incrementar la variedad de alimentos aceptados* por R., así como su *forma de presentación*, indicar que desde la primera exposición de los nuevos alimentos, el niño se mostró muy motivado, destacando especialmente el importante cambio de actitud que mostraba ante los mismos. En la sesión 14, R. cumple las necesidades nutricionales básicas adecuadas para su edad (Muñoz y Martí, 2000). Del mismo modo, también cumple el criterio de ingerir los distintos alimentos en dos formas distintas de presentación. Para un mayor detalle de los nuevos alimentos y número de formas de presentación admitidas ver tabla 4.

**Tabla 4**

Tipos de alimentos y formas de presentación admitidos por R. en las fases pre- y postratamiento.

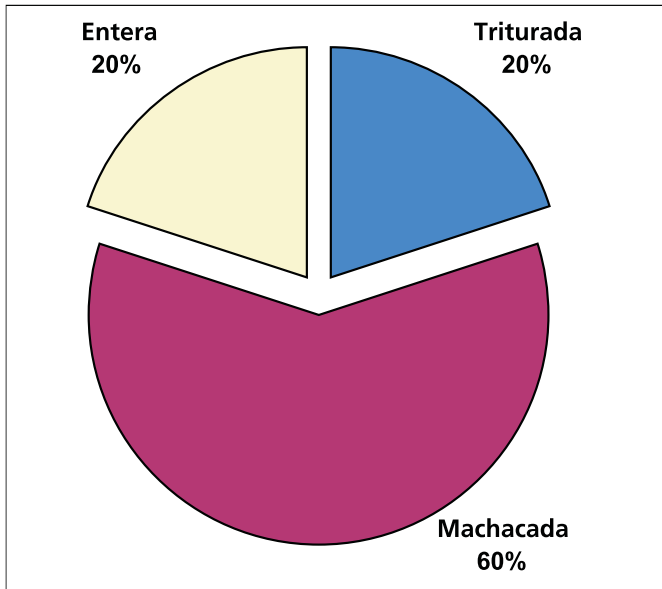
Tipo alimentos	Formas de presentación	
	Pretratamiento	Postratamiento
Lácteos y derivados	2	3
Cereales y féculas	7	14
Verduras y hortalizas	2	4
Frutas frescas	2	4
Carnes, aves, pescados, huevos y sustitutos	3	13

(Fuente: Muñoz y Martí, 2000).

Por último, con respecto al objetivo de *ingerir la comida sin triturar*, comentar que, como se puede observar en las figuras 2 y 3, se cumple el criterio clínicamente significativo de conseguir que en un 80% de las ocasiones el niño coma alimentos enteros, desapareciendo además, la ingesta de alimentos triturados. En estas figuras se aprecia la aceptable evolución de R., pasando de un 80% de ocasiones en las que el niño ingería la comida triturada o machacada (20% y 60% respectivamente) en el pre-tratamiento (ver figura 2), a un 20% exclusivo para la comida machacada, 0% para la triturada, y un importantísimo 80% de las comidas, como ya hemos mencionado, de forma entera, llegándose en el período de seguimiento de un mes casi al 100%.

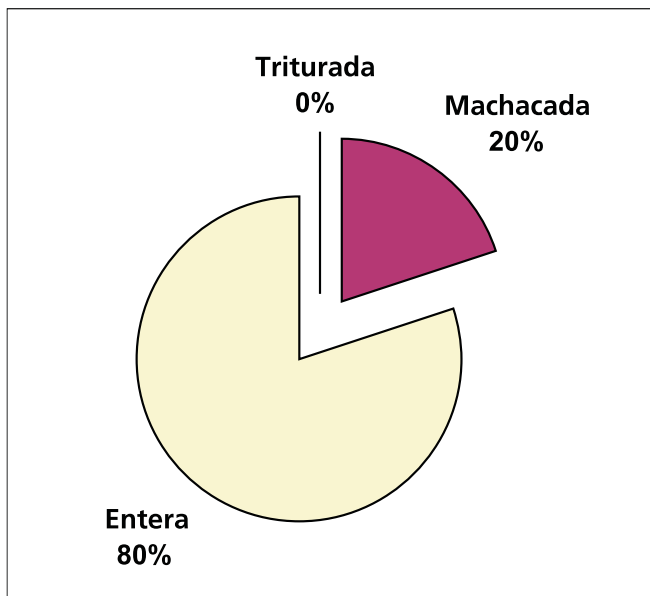
**Figura 2**

Porcentaje de los distintos modos de ingesta en el pretratamiento.



**Figura 3**

Porcentaje de los distintos modos de ingesta en el postratamiento.



Resaltar en este punto, el importante cambio de actitud del niño hacia la comida, que pasó de ser algo que producía constantes riñas, quejas, etc., a ser un momento más de la convivencia familiar, en la que incluso, según los padres, «el niño parecía disfrutar comiendo».

Por último, resta comentar la evolución de dos datos complementarios, que consideramos de interés. Por un lado, mencionar que el peso de R. cuando llegó a consulta era de aproximadamente unos 26 kg. Al final del tratamiento, superaba los 30 Kgs. Qué duda cabe que éste es un buen síntoma de control externo para la evolución de la cantidad y tipo de comida que el niño ingiere.

De otro lado, el resultado de los análisis clínicos que se le realizaron a lo largo de todo el proceso. En la fase pre-tratamiento, se observaba que el valor de las proteínas totales (6,2 gr/dl) en la bioquímica general se encontraba por debajo de los valores normales. Y teniendo en cuenta los resultados del hemograma, se podía apreciar que el nivel de hemoglobina (Hb) y de hematocrito (Hto), 11,9 gr/dl y 34,8% respectivamente, se encontraban ligeramente por debajo de los niveles estándares. Todo esto indicaría que existía cierto grado de desnutrición, lo que sería además la causa de la anemia que presentaba.

Los resultados de los análisis realizados un mes antes del final del tratamiento, mostraban una apreciable mejora en el estado nutricional del paciente. Se había recuperado el valor de las proteínas totales (6,6gr/dl), dentro ya de los límites normalizados, así como los valores de Hb y Hto (13,5gr/dl y 40,5% respectivamente). A pesar de esto, aunque existía un nivel algo mejorado, seguía bajo de ferritina (27,7gr/ml), por lo que todavía mostraba un cierto déficit de hierro en sangre.

Con respecto al seguimiento del caso, añadir que una vez concluida la intervención se han llevado a cabo dos sesiones de seguimiento, al mes y a los ocho meses. En las mismas, destacar la buena evolución de R. y el adecuado mantenimiento por parte de los padres de los procedimientos de control aprendidos, especialmente de las técnicas de refuerzo y extinción. Sin embargo, nos gustaría comentar que R. seguía teniendo, de forma poco frecuente, algunas recaídas, entendiendo las mismas como períodos de varios días en los que ofrecía más resistencia a comer. En relación a esto, indicar que estos períodos estaban siendo perfectamente asimilados por los padres, que respondían con las técnicas apropiadas para su inmediata recuperación.

## Discusión

Los resultados obtenidos nos permiten establecer algunas cuestiones de interés. Inicialmente señalar que el cambio ambiental conseguido en el hogar de R. por parte de los padres como coterapeutas ha permitido un eficaz control, tanto en lo referente a la reestructuración de pautas alimentarias habituales en los ambientes inmediatos al niño como en la aplicación de las técnicas cognitivo – conductuales propuestas para la modificación de aquellas conductas inadecuadas que mostraba el niño al comienzo del tratamiento. Asimismo, con respecto a los objetivos planteados hemos de indicar que el aumento en cantidad y variedad de alimentos ingeridos por R. se ha visto favorecido por el aprendizaje y desarrollo de prácticas en hábitos ali-

mentarios adquiridas desde el inicio del programa así como por la adaptación ambiental llevada a cabo. A su vez, estos cambios tuvieron una repercusión esperada en el propio paciente a nivel físico mostrándose una importante evolución en los resultados de los análisis clínicos con respecto a los que se llevaron a cabo en la evaluación pre-tratamiento.

Otras cuestiones relevantes extraídas de éste trabajo se refieren a los factores asociados a la eficacia de la intervención. Al respecto conviene subrayar dos circunstancias: por un lado, la importancia de la implicación del niño en el programa de fichas, como método de control indirecto por parte de los padres; por otro lado, la necesidad de obtener un buen nivel de asimilación e integración de los procedimientos, actitudes y técnicas a aplicar por parte de los padres, circunstancia que contribuyó a una notable reducción de situaciones de tensión y conflictos entre ellos y el niño. En relación a esta cuestión, añadir que la técnica más eficaz según los informes facilitados por los propios padres fue la extinción, ya que su aplicación no solo ejercía los efectos esperados en R. dentro del hogar, sino que la disminución de sus conductas se veía reflejado en casa de otros familiares lo que trajo consigo, a su vez, una mejora del clima familiar y por lo tanto ayudó en la generalización de los resultados.

Destacar que la introducción de cambios e inclusión de nuevos alimentos así como las variaciones en el sistema de fichas se decidieron teniendo en cuenta no sólo los progresos observados, sino también las observaciones del propio paciente al respecto, cuestión que influyó notablemente en el incremento de la motivación del niño durante la intervención. Hay que resaltar, asimismo, la importancia de llevar a cabo una evaluación continuada de todos los aspectos esenciales de tratamiento, esto es, entrenamiento a padres, economía de fichas y conductas desadaptadas presentadas por el paciente. En esta línea, la eficacia del tratamiento se vio favorecida por una adecuada generalización de las conductas objeto de intervención. El niño evolucionó en este aspecto pasando de comer en su casa a hacerlo en el domicilio de familiares y, posteriormente en el de un vecino. Si bien es cierto que en un principio los padres encontraron este hecho como un factor que les proporcionaba inseguridad, el patrón de conducta llevado en el hogar lo utilizaron como modelo de referencia para R. en las distintas situaciones.

Con respecto a las limitaciones o dificultades encontradas en el tratamiento, indicar que la evolución del proceso terapéutico en su primera fase estuvo marcada por la discontinuidad en la aplicación de las técnicas, es decir, aunque en las sesiones los padres demostraban poseer estos conocimientos, no fue hasta la cuarta sesión cuando empezaron a aplicar de forma rigurosa y constante las técnicas y orientaciones que se le indicaban explícitamente. En este caso, la implicación de ambos progenitores y su mutua colaboración a lo largo de todo el proceso ha resultado trascendental para la obtención de los resultados del tratamiento. Tal y como expone Herbert (1999), utilizar el marco familiar como escenario para favorecer la eficacia y buenos resultados del entrenamiento ha quedado demostrado no sólo en los efectos de la intervención en sí misma, sino también en los informes de los propios padres hacia el cambio de actitud en ellos generado. En esta línea, añadir, entre otras limitaciones observadas en relación con el tratamiento de los trastornos alimentarios en la infancia, que suele ser una de las principales barreras a superar la

permanente resistencia que presentan los padres vinculadas a sus propias creencias sobre las necesidades alimentarias y físicas que presentan sus hijos. A ello se le añade la escasa especificidad bibliográfica existente para el trastorno de ingestión en la infancia que aquí nos ocupa.

Finalmente, a modo de conclusión, nos gustaría destacar la importancia de una adecuada implicación y motivación de los padres como un factor potenciador del tratamiento; suele ocurrir que estos muestran una alta disposición para intervenir en el procedimiento pero una baja implicación en el mismo. A su vez, otro factor favorecedor del buen curso de la intervención tiene que ver con la consideración de las propuestas facilitadas por el niño para el diseño del programa de fichas en aras a obtener una mayor colaboración por su parte. Asimismo, no cabe duda que la intervención se vería favorecida por un adecuado establecimiento de patrones de conducta alimentarios comunes para todos los miembros de la familia. Por otro lado, la mejora en el cumplimiento de las indicaciones del terapeuta, podría facilitar una mayor integración del tratamiento favoreciendo la adherencia al mismo y evitando una incorrecta aplicación. Es de esperar, por tanto, a tenor de estos resultados, que un buen desarrollo del entrenamiento a padres, conjuntamente con la aplicación de técnicas de modificación de conducta permitieran abordar con éxito estos trastornos.

## Referencias

- American Psychiatric Association (2000): *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4ª edición-Texto revisado) (DSM-IV-TR). Washington, D.C.: American Psychiatric Association.
- Forehand, R. y McMahon, R. J. (1981). *Helping the noncompliant child: a clinician's guide to parent training*. Nueva York: Guilford.
- Bowers, W. A. (2001a). Basic principles for applying cognitive-behavioural therapy in anorexia nervosa. *Psychiatric Clinics of North America*, 24, 293-303.
- Bowers, W. A. (2001b). Cognitive model of eating disorders. *Journal of cognitive Psychotherapy*, 15, 331-340.
- Chevallier, B. (1996). *Diététique infantile*. París: Masson.
- Franco, K., Campbell, N., Tamburrino, M. y Evans, C. (1993). Ruminación: the eating disorder of infancy. *Child Psychiatry and Human Development*, 24, 91-97.
- Godoy, A. y Cobos, M. P. (1994). Tratamiento de un caso con problemas alimenticios. En F. X. Méndez y D. Macía Antón (dirs.), *Modificación de conducta con niños y adolescentes. Libro de casos* (pp. 151- 164). Madrid: Pirámide.
- Herbert, M. (1999). *Padres e hijos. Mejorar los hábitos y las relaciones*. Madrid: Pirámide.
- Hertzler, A. A. (1983a). Children's food patterns- A review. I. Food preferences and feeding problems. *Journal of the American Dietetic Association*, 83, 551-554.
- Kerwin, M. L. y Berkowitz, R. (1996). Feeding and eating disorders: Ingestive problems of infancy, childhood and adolescence. *School Psychology Review*, 25, 316-328.
- Hertzler, A. A. (1983b). Children's food patterns- A review. II. Family and group behavior. *Journal of the American Dietetic Association*, 83, 555-560.
- Mardomingo, M. J. (2001). Trastornos de la conducta alimentaria en la infancia. En E. García-Camba y J. Sáiz (dirs.), *Avances en trastornos de la conducta alimentaria. Anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, obesidad* (pp. 109-115). Barcelona: Masson.



- Marinho, M. L. y Silves, E. F. M. (2000). Evaluación de la eficacia de un programa de entrenamiento de padres en grupo. *Psicología Conductual*, 8, 299-318.
- McMahon, R. J. (1993). Entrenamiento de padres. En V. Caballo (dir.), *Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta*, (2ª edición) (pp. 445- 471). Madrid: Siglo XXI.
- Moreno, I. (2002). *Terapia de conducta en la infancia. Guía de intervención*. Madrid: Pirámide.
- Muñoz, M. y Martí, A. (2000). Dieta durante la infancia y la adolescencia. En J. Salas-Salvadó, A. Bonada, R. Trallero y M. E. Saló (dirs.), *Nutrición y dietética clínica* (pp. 3-16). Barcelona: Masson.
- Nielsen, S. (2001). Epidemiology and mortality of eating disorders. *Psychiatric Clinics of North America*, 24, 201-214.
- Olivares, J., Alcázar, A. y Méndez, F. (2002). Características clínicas y tratamiento de los trastornos de la ingestión y de la conducta alimentaria en la infancia. En V. Caballo y M. A. Simón (dirs.), *Manual de psicología clínica infantil y del adolescente: Trastornos específicos* (pp. 79-98). Madrid: Pirámide.
- Patel, P., Wheatcroft, R., Park, R. y Stein, A. (2002). The children of mothers with eating disorders. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 5, 1-19.
- Saldaña, C. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para trastornos del comportamiento alimentario. *Psicothema*, 13, 381-392.
- Wicks, R. e Israel, A. (1997). *Psicopatología del niño y del adolescente*. Madrid: Prentice Hall.

