

Intervención conductual en un caso infantil de problemas de alimentación

Tatiana Ferri Díaz

Universidad Miguel Hernández

Resumen

Los problemas de alimentación son muy frecuentes en la infancia. A pesar de que en algunas circunstancias estos problemas mejoran por sí solos, en otros casos se necesita de intervención profesional. El presente trabajo tuvo como objetivo examinar la eficacia de un tratamiento conductual en el caso de un niño de siete años de edad con un problema alimenticio adquirido por malos hábitos. El caso fue tratado mediante técnicas de reforzamiento positivo, extinción, moldeamiento, modelado, coste de respuesta y la introducción gradual de nuevos alimentos. Los resultados muestran que el tratamiento resultó eficaz. Al finalizar la intervención el niño probaba todos los alimentos nuevos que se le exponían, disminuyó el tiempo en comer, se quedaba sentado durante el tiempo que duraba la comida y se consiguió que todos los días comiera al menos la mitad de comida del plato. Se discuten los aspectos generalizables de este caso para otras situaciones de problemas de la alimentación.

Palabras clave: Intervención, problema alimentación, hábitos inadecuados, terapia cognitivo-conductual, niño.

Abstract

Behavioral intervention in a case of a child with feeding problems. Feeding problems are common in childhood. Although in some instances these problems are solved by themselves, in other cases professional intervention is needed. The aim of this work is to study the efficacy of a behavioral treatment in a case of a seven-year-old child with an eating disorder, acquired by bad habits. The case was treated by reinforcement techniques, extinction, shaping, modeling, response cost and gradual exposure to new foods. At the end of the intervention the boy tried every new food that was exposed, the time to eat decreased, he kept seated during the lunch time and finally he almost ate half of food from the plate, every day. Applications from this case study to other similar problems are discussed.

Keywords: Intervention, feeding problems, inadequate habits, cognitive behavioral therapy, child.

Es común que durante la infancia se den periodos donde predomina el rechazo a la comida en general o a ciertos alimentos en particular. Esto es algo que preocupa mucho a los padres, que suelen probar todo tipo de estrategias para que el niño coma. En algunos casos el problema puede llegar a afectar a las relaciones materno/paterno-filiales, llegando la hora de la comida a convertirse en un momento desagradable para la familia (Gavino, 2002). Esta preocupación acusada por la alimentación viene influida en las últimas décadas por los avances en la medicina que ha confirmado que muchas enfermedades no infecciosas son debidas a factores ambientales y que, por tanto, pueden ser prevenidas mediante cambios en los hábitos de vida. El cambio en la dieta sería el factor más importante que influye en el estado de salud (Tojo, 2001). Así pues, no podemos considerar la alimentación sólo como una respuesta fisiológica, sino también como el resultado de unos hábitos tradicionales modulados por la moda, religión, etc. (Castells, 1995).

Sin embargo, los problemas con las comidas se consideran como algo normal en el desarrollo del niño. Además, hay estudios en los que

la mayoría de los padres relatan que sus hijos en algún momento de su crecimiento han presentado problemas relacionados con la ingesta de alimentos (Harris y Booth, 1992). De hecho, son frecuentes los problemas relacionados con los trastornos de la ingestión alimentaria de la infancia o la niñez y son motivo frecuente de consulta (Graham, 1991). Manikam y Perman (2000) afirman que más del 25 por 100 de los niños presentan algún problema de alimentación, llegando hasta el 80 por 100 en niños con diversas dificultades ambientales. Este problema alimenticio menor, en un principio, puede llegar a complicarse convirtiéndose en un trastorno más grave (Gavino, 2002). Por ello, es importante tratar desde un primer momento estos problemas en la alimentación, que son bastante comunes entre la población infantil.

Para poder hablar de Trastorno de la Ingestión Alimentaria Evitativo/Restringido deben aparecer alteraciones en la alimentación o la ingesta (que pueden incluir, pero no se limitan a ello, la disminución del interés hacia la comida o comer en general; evitación asociada a las características sensoriales de los alimentos; preocupación creciente hacia las diversas consecuencias o desventajas de comer),

Correspondencia:

Tatiana Ferri Díaz. Clínica Universitaria. Universidad Miguel Hernández.
Avda. de la Universidad, s/n. 03202. Elche (Alicante) - España.
Tfno. 96 665 87 94 . E.mail: tatiana.frrdiaz@gmail.com

manifestaciones que pueden incluir el fracaso o la incapacidad repetida para cubrir las demandas energética y nutricional ideales y las necesidades, que están relacionadas con uno o varios de los siguientes síntomas: (a) Considerable pérdida de peso (que puede también estar asociada con falta de aumento de peso, o un irregular crecimiento y peso en el caso de los niños), (b) Presencia de diferentes deficiencias nutricionales en el paciente, (c) Dependencia de alimentación enteral, y (d) Interferencia o perturbación en el funcionamiento psicológico adecuado. También tienen que ser tomados en consideración los siguientes factores: (a) No hay datos que apoyen la falta o escasez de alimentos disponibles, o cualquier otra creencia o práctica cultural que pueda explicarlo. En todo caso, estas creencias/prácticas no son responsables del desarrollo de la enfermedad, (b) Las alteraciones en los patrones de alimentación no sólo se producen durante los episodios de trastornos como la anorexia o bulimia nerviosa. Asimismo, no hay pruebas de otros trastornos por los que se vería afectada la forma del cuerpo o el peso, y (c) Las alteraciones en los patrones de alimentación no se asocian con otros trastornos mentales o médicos (DSM-V; APA, 2013).

La mayoría de autores defienden el modelo biopsicosocial (Silverman, 2010). En base a éste, para poder hablar de trastorno de la ingestión alimentaria se tendrían que tener en cuenta factores relacionados con las características del niño, de los padres y del ambiente. Los factores asociados al niño incluyen las características de personalidad, su estado de salud y el proceso de aprendizaje alimentario que ha adquirido a lo largo de sus años de vida. En cuanto a los padres, se tendrían que incluir sus habilidades educativas, sus conocimientos sobre alimentación, su relación de pareja o su estado físico y emocional.

Actualmente hay pocos trabajos publicados que describan los comportamientos observables en niños con trastorno de la ingestión alimentaria. Por eso, autores como Dovey, Farrow y Martin (2009) recomiendan definirlo como un término general donde se abarque a niños con falta de motivación o desinterés para ingerir alimentos (Dovey y Martin, 2010). Esta propuesta tiene limitaciones puesto que se incluiría otro tipo de conductas sin categoría de trastorno. Gavino (2002) afirma que para determinar si hay un problema en la alimentación y para saber si el niño come bien o mal, se debe valorar el problema a través de dos parámetros: los parámetros temporales (frecuencia y duración de la situación) y la intensidad (cantidad y magnitud).

Respecto al tratamiento, la terapia conductual se considera la mejor opción. Kerwin (1999) establece como único tratamiento validado empíricamente la terapia de conducta en problemas severos de alimentación. Este autor recomienda para los problemas de severidad media o baja el mismo tipo de tratamiento. Se han utilizado varias técnicas conductuales empleadas con éxito. Así, se aplican con niños las aproximaciones sucesivas, exposición, programa de contingencias, control de estímulos, moldeamiento y modelado. En cuanto a las técnicas que más se han empleado destacan el refuerzo positivo y negativo (Godoy y Cobos, 1997). También son necesarias las intervenciones orientadas a los padres o personas que viven en el entorno del niño, puesto que serán los principales agentes del cambio de conducta. Este entrenamiento a los padres irá dirigido a modificar hábitos de alimentación del niño y a formar conocimientos nutricionales y evolutivos (Gavino y Berrocal, 1995). Además, es importante no dejar de lado en muchos casos las creencias de los padres respecto a la alimentación del niño, la autonomía y la conducta problema del mismo (Blisset, Meyer, Farrow, Bryant-Waugh y Nicholls, 2005).

El objetivo del presente trabajo es evaluar una intervención conductual dirigida a reeducar los hábitos alimenticios en un caso clínico infantil. El tratamiento se basó en modificar las conductas sobrepro-

ductoras y la actitud negativa de la madre y en intervenir con el niño en educación alimenticia y modificación de conducta.

Descripción del caso

Identificación del paciente

Andrés es un niño de 7 años de edad, hijo único, que se encuentra cursando 1º de primaria en un colegio público de una ciudad de la provincia de Alicante. Los padres están separados desde que el niño tenía un año. La madre trabaja en casa, en labores de calzado y tiene un nivel de estudios bajo. Cada 15 días el niño se va con el padre, que reside en otro pueblo cercano, a pasar los fines de semana. No existe buena relación entre ambos progenitores y la comunicación entre ellos es mínima.

Hasta hacía tres años vivían en casa de los abuelos maternos, pero se mudaron por los conflictos continuos. No obstante, madre e hijo refieren buena relación con los abuelos maternos. En la actualidad Andrés vive con su madre y la pareja de ésta desde hace un año. La madre afirma que se llevan muy bien y que este nuevo cambio no ha causado ningún problema para el niño. Refiere buena relación con todos los miembros de la familia materna, en especial, con un tío (marido de la hermana de la madre). Andrés también tiene buena relación con su padre, pero no existe conocimiento de si tiene buena relación con el resto de familiares paternos.

Motivo de consulta

La madre acude a consulta porque está muy preocupada por el comportamiento de Andrés respecto a la comida. El principal motivo de consulta es que, según la madre, cuando llega la hora de las comidas Andrés siempre quiere comer lo mismo, no come en un tiempo adecuado y el alimento que toma no es suficiente. Principalmente, tiene más problemas en la comida del mediodía. Se distrae con mucha facilidad, come muy lento, ingiere poca cantidad, prefiere los alimentos líquidos, no tiene variedad en la alimentación y es reacio a probar nuevos alimentos. Cuando la madre le prepara para comer un alimento que no le gusta, el niño verbaliza "qué asco". Este problema que tiene Andrés con la comida angustia mucho a la madre, sobre todo debido a que durante el curso escolar el niño tiene un periodo de tiempo determinado para comer, ya que posteriormente tiene que volver al colegio.

La madre informa de que lo llevó al pediatra recientemente y estaba bien de peso. Además, no presentaba ningún problema médico importante. Sin embargo, le recetó un jarabe para abrir el apetito y dice que le funcionó. Actualmente no toma ningún medicamento.

Historia del problema

El problema existe desde siempre, según afirma la madre. Le ha estado dando de comer hasta los 5 años y se lo daba todo triturado. Estuvo un año comiendo en el comedor del colegio, pero la madre decidió que no iba a quedarse más porque allí tampoco comía. No salen a comer a restaurantes porque Andrés no come y en varias ocasiones se ha llevado la comida de casa cuando han salido a comer fuera. Cuando de forma ocasional come en casa de la abuela ocurre lo mismo; no obstante, ésta se comporta de forma más permisiva. Por otro lado, no tenemos datos objetivos de cómo es la alimentación del niño cuando está con el padre. En las conversaciones telefónicas que mantenía la madre con el padre del niño, éste afirmaba que "siempre

se lo come todo” pero no tenemos pruebas fiables que demuestren esta afirmación. La madre relata que cuando vuelve de estar con el padre Andrés se muestra más irascible.

La madre no refiere el cambio de hogar de casa de la abuela a otro sola con su hijo como un estresor para el niño; afirma que Andrés se ha adaptado muy bien. El divorcio de sus padres tampoco ha sido un problema, puesto que se separaron cuando Andrés era muy pequeño y no era consciente del problema que había en casa.

En el momento que se sientan a comer, Andrés se levanta poniendo alguna excusa, aprovecha para ir al baño o a veces para jugar con algún juguete. Además, cuando tiene que comer algún alimento que no le agrada, pierde el tiempo mirando al plato, jugando con los cubiertos y apenas come. Nunca demanda comida, siempre es la madre la que va detrás preguntándole si tiene hambre. Ante las reprimendas de la madre, Andrés emite un gruñido con la boca. La madre piensa que su hijo es así y no va a cambiar porque forma parte de su personalidad. Además la madre afirma que ella era igual cuando era pequeña.

Evaluación del caso

La evaluación se ha llevado a cabo a través de una entrevista ad hoc y de la observación conductual, tanto de las personas que interactúan a diario con el sujeto como del propio sujeto.

Se ha realizado un muestreo de tiempo y de situaciones mediante un registro de las distintas comidas (desayuno, almuerzo, comida, merienda y cena), controlando variables como son la duración de la comida, la posición del niño durante la misma, las características de la comida, cuánto come, dónde come, qué cantidad, etc.

Se realizó una entrevista inicial recogiendo el motivo de consulta y se cumplimentó junto con la madre un registro de alimentos. En este registro se situaban en un lado los alimentos que más solía comer porque le gustaba mucho y en el otro extremo los que menos le gustaban. Con esta información se estableció una jerarquía, incluyendo un listado de los alimentos que el niño no ingería, numerados por orden de preferencia (Anexo 1). En la siguiente sesión se administró una adaptación de una entrevista semiestructurada para la evaluación de los trastornos en la conducta de ingestión (Olivares y Rosa, 2000). Se preguntaron datos sociodemográficos, se analizó con detalle

la situación problema, se hizo un análisis motivacional, un análisis del desarrollo (cambios biológicos, sociales y conductuales), análisis de autocontrol, análisis de relaciones familiares, análisis de habilidades de crianza de los padres y finalmente se analizaron las relaciones sociales del niño. Para descartar que se tratara de un Trastorno de la Ingestión Alimentaria se administró la entrevista diagnóstica de los trastornos de la ingestión y conducta alimentaria según los criterios del DSM-IV-TR (Olivares, Rosa y Piqueras, 2002). En este caso no se cumplía el primer criterio, puesto que no había perdido peso en el último mes, por lo que no presenta un Trastorno de la Ingestión Alimentaria. Sin embargo cumple todos los demás, por lo que requiere de intervención. Esta entrevista se presenta en el Anexo 2.

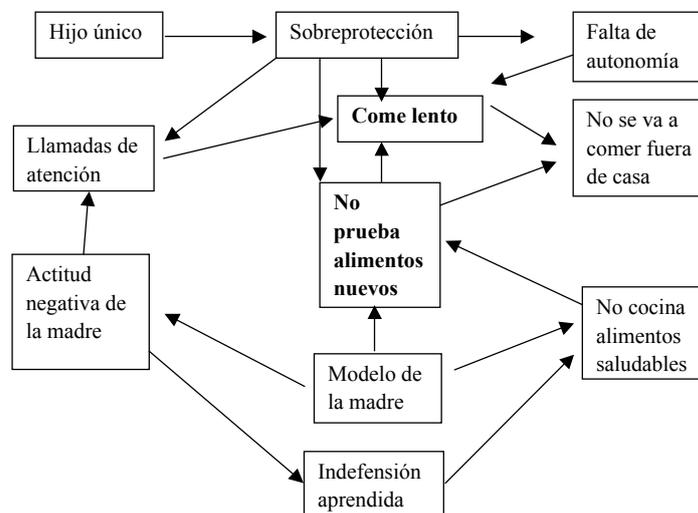
Análisis topográfico

Se le facilitaron a la madre registros para casa, en los cuales tenía que recoger datos sobre las comidas a lo largo de la semana. La observación sistemática de estos registros facilitó información de la conducta alimentaria de Andrés y del tipo de alimentos que ingería. Así pues, las características de los alimentos que suele tomar son las siguientes: (a) Los prefiere líquidos, (b) Prefiere el sabor dulce y lo toma en el desayuno, almuerzo, merienda y cena. El salado lo toma en la comida y en la cena. De color blanco, blanquecino y marrón, (c) Los alimentos que le gusta son la leche, las galletas, el queso, zumo de naranja envasado, yogurt, *actimel*, natillas, *petits*, ensaimadas, donut, bollos de leche, arroz, fideos, relleno de cocido, hamburguesa, pollo frito y huevo, y (d) Los alimentos que toma son leche con galletas, arroz caldoso y de paella, fideos, relleno de cocido, rustidera, hamburguesa, pollo frito, yogurt, *petits*, *actimel*, natillas y bollería industrial.

Análisis funcional

La conducta problema se presenta a las horas de las comidas. Al realizar el análisis funcional del caso (Figura 1) se encontraron diferentes variables que estaban influyendo en el mantenimiento del problema: Al ser hijo único, la madre ha ejercido sobre él una sobreprotección llevada a una falta de aprendizaje de hábitos alimenticios y de autonomía, puesto que le ha estado dando de comer hasta los 5-6 años. El tiempo de la comida suele durar en torno a dos horas por lo

Figura 1. Representación análisis funcional del caso



lento que come, Andrés se entretiene jugando con los cubiertos y en ocasiones se levanta de la mesa. Además, llama la atención constantemente de la madre durante la comida diciendo: “qué guapa eres”, “cuánto te quiero” e inicia conversaciones. Ante la actitud negativa de la madre durante la comida (se muestra irritable y desanimada), Andrés hace gruñidos cuando le dice “venga come” en un tono de voz elevado. Además, esta actitud ha desembocado en no saber cómo abordar el problema y no saber cómo enseñar a su hijo hábitos alimenticios. Todo esto le ha llevado a una indefensión aprendida, ya que no tiene muchas esperanzas de que su hijo vaya a cambiar porque, según palabras textuales, “forma parte de su personalidad”. La madre de Andrés no cocina alimentos saludables porque no le gustan las verduras, la fruta ni las legumbres.

Aplicación del tratamiento

La hipótesis que se planteó fue que los comportamientos sobreprotectores de la madre influían en las conductas inadecuadas del niño. La duración del tratamiento fue de 10 sesiones. Los objetivos generales iban dirigidos a modificar la conducta de la madre y del niño y fueron los siguientes: (a) Psicoeducación con la madre, (b) Reeducar el hábito alimentario, (c) Psicoeducación con el niño, y (d) Fomentar y generalizar las conductas y hábitos del niño. Como objetivos específicos se plantearon: (a) Modificar la conducta sobreprotectora de la madre, (b) Modificar las creencias de la madre respecto a la alimentación, (c) Explicar la alimentación que debe tomar acorde con la etapa de desarrollo que se encuentra el niño, (d) Educación en alimentación con el niño, (e) Comer en un tiempo adecuado, (f) Eliminar el rechazo a probar nuevos alimentos, (g) Comerse casi todo el plato de comida, y (h) Generalizar la conducta a otras situaciones, lugares, etc.

En cuanto a la colaboración del padre en el tratamiento no quiso participar porque no lo veía necesario. Además, la madre tampoco se mostraba muy receptiva a que participara.

Las sesiones de tratamiento se distribuyeron como se muestra en la Tabla 1.

El programa de tratamiento constó de dos fases. En la *primera fase*, que incluyó las sesiones 1, 2 y 3, se informó a la madre sobre el tratamiento que se iba a llevar a cabo con el niño y se mandó como tarea registrar diariamente lo que toma durante el desayuno, comida, merienda, cena y la cantidad ingerida. Esta tarea tenía como finalidad obtener información objetiva sobre la variedad de los alimentos y si se lo comía todo o no. Cada vez que la madre llegaba a la sesión después de haber cumplido con las indicaciones del terapeuta se le reforzaba. Además, en estas sesiones se trabajaron los pensamientos arraigados y creencias erróneas con la madre mediante reestructuración cognitiva. Cuando se le explicó que comer es una conducta y como tal todas las conductas se pueden modificar (Estivill y Domènech, 2011), su motivación aumentó y se mostraba más participativa. Era muy importante que la madre siguiese adecuadamente las instrucciones del terapeuta; para ello se le insistió en esta cuestión y en la sistematicidad para llevar a cabo dichas instrucciones. Para afianzar los progresos de Andrés y animarle, se entrenó a la madre en técnicas como *la extinción, coste de respuesta y refuerzo positivo*. En el Anexo 3 se muestran las pautas que se dieron a la madre por escrito.

En la *segunda fase*, correspondiente a las sesiones 4 a la 10, se inició el tratamiento con el niño, empezando por la hora de la comida del mediodía puesto que era la que más preocupaba a la madre y dónde más problemas aparecían. Así pues, se realizó un contrato conductual y una economía de fichas. Cada vez que el niño hacía una de las

conductas objetivo se le entregaba una ficha, excepto en la conducta “como en el tiempo pactado” (si comía en 30 minutos se le daban dos fichas y si comía en 40 minutos una). Lo mismo ocurría con “me he comido todo el plato de comida” (si se comía la mitad del plato recibía una ficha y si se comía casi todo se le daban dos fichas) y con la conducta “he probado un nuevo alimento” dada la dificultad que suponía (si la realizaba se le entregaban dos fichas). Los reforzadores que podía conseguir eran sociales, materiales y de actividad según el número de fichas que conseguía al día y a la semana. En primer lugar se realizó un listado de reforzadores de tipo material y de actividades, ordenados por orden de preferencia, desde el que más le gustaba al que menos (Anexo 4). Al final del día, si conseguía de 5 a 7 fichas podía ver las series “Boing” y al final de la semana si llegaba al mínimo de puntos exigidos (25-30 fichas) el niño podía elegir actividad. Cada sábado se hacía el recuento de la semana y si conseguía el máximo de puntos establecidos por el terapeuta (30-35 fichas), Andrés elegía actividad más 1€ extra que podía conseguir para ahorrar y comprarse el juguete que quería. El niño también recibía refuerzo social por parte del terapeuta cada vez que los padres informaban de sus avances.

Cada semana el niño tenía que probar dos alimentos nuevos manteniendo los que hubiera probado la semana anterior. Por tanto, la primera semana de tratamiento empezó probando dos alimentos nuevos (macarrones y fresas); la segunda semana la madre no siguió las instrucciones del terapeuta y no se introdujo ningún alimento nuevo, pero se mantuvo los que había probado la primera semana. Esto fue debido a que los días previos a que el niño estuviera con su padre, la madre se mostraba más permisiva con su hijo, permitiéndole incluso que durmiera con ella en su cama. La tercera semana se introdujeron dos alimentos nuevos (habichuelas y pera). La cuarta semana se introdujo el plátano y se mantuvieron alimentos nuevos que se habían probado en las anteriores semanas. Esta semana fue difícil para la madre puesto que el niño se iba a pasar el fin de semana con el padre y ocurrió de nuevo lo mismo que la segunda semana. Por último, la quinta semana Andrés volvió a mejorar, probando dos alimentos nuevos (puré y merluza).

Para que tomara nuevos alimentos sin que le resultara demasiado aversivo se utilizó la exposición gradual. Se recomendó a la madre que empezara introduciéndole alimentos que creyera que le fueran a gustar más o que de pequeño los comiera pero haya dejado de hacerlo. Se utilizó la jerarquía de alimentos realizada, empezando por los alimentos que no comía pero que era más probable que le fueran a gustar. Además, se le aconsejó que los combinara con alimentos que le gustan en la actualidad (Jarque, 2013).

Por otro lado, se llevó a cabo Psicoeducación con Andrés. Se realizaron juegos en internet relacionados con la alimentación y cómo tener una dieta equilibrada y sana de las páginas web de Eroski Consumer, Fundación Pfizer y *The European Food Information Council*.

A partir de esta sesión se realizó otra para comprobar si los conocimientos aprendidos se habían integrado. Para ello se utilizó una pirámide alimenticia hecha de cartulina, en la que el niño tenía que ir colocando los alimentos en su sitio correspondiente.

Resultados

En la Figura 2 se compara cómo ha evolucionado el tiempo que tarda el niño en comer antes y después del tratamiento. Esta gráfica muestra cómo ha disminuido significativamente el tiempo que tarda el niño en comer, después de aplicar el tratamiento.

Por otro lado, en la Figura 3 podemos observar cómo, tras una línea base en la que el niño no probaba ningún alimento nuevo, el ini-

Tabla 1. Estructura de las sesiones de evaluación y tratamiento

Sesión	Contenido	Objetivo
1	Entrevista inicial y registro de alimentos agradables y desagradables para realizar la jerarquía de alimentos. Registros para casa.	Recoger información general de la conducta problema.
2	Entrevista semiestructurada y registros para casa. Reestructuración cognitiva con la madre sobre la alimentación. "A comer se aprende". Psicoeducación en alimentación.	Recogida de información y evaluación. Modificar creencias erróneas de la madre. Educar en nutrición y motivación.
3	Explicación del análisis funcional. Entrenamiento a la madre en pautas y normas. Se le proporcionó un listado de pautas por escrito y qué hacer ante problemas comunes que le pudieran surgir.	Devolución de la información y modificar conductas de la madre.
4	Inicio del tratamiento con el niño. Contrato conductual entre la madre, el niño y el terapeuta. Economía de fichas. Inventario de reforzadores con el niño. Introducción de dos alimentos nuevos a la semana. Reeducar el hábito alimentario.	Recoger reforzadores para aplicarlos en el tratamiento. Explicar cómo funciona la economía de fichas. Motivar al niño para el tratamiento.
5	Corrección economía de fichas. Seguimiento con la madre y resolución de problemas surgidos. Introducción de dos nuevos alimentos.	Eliminar el rechazo a probar nuevos alimentos y comer en tiempo adecuado.
6	Psicoeducación con el niño. Juegos en internet sobre la alimentación.	Enseñar cómo se logra una buena alimentación y por qué es importante.
7	Revisión de registros y economía de fichas. Pautas para la siguiente semana: Introducción de dos alimentos nuevos más manteniendo los nuevos que se introdujeron la semana anterior.	Eliminar el rechazo a probar nuevos alimentos y comer en tiempo adecuado.
8	Revisión registros y economía de fichas. Pautas: introducción de dos alimentos nuevos.	Eliminar el rechazo a probar nuevos alimentos y comer en tiempo adecuado.
9	Psicoeducación. Pirámide de los alimentos. Juegos en internet.	Educar en buenos hábitos de alimentación.
10	Revisión economía de fichas. Fin del tratamiento.	Revisar economía y orientación.

Figura 2. Representación gráfica de la evolución del tiempo que tarda en comer el niño antes y después del tratamiento

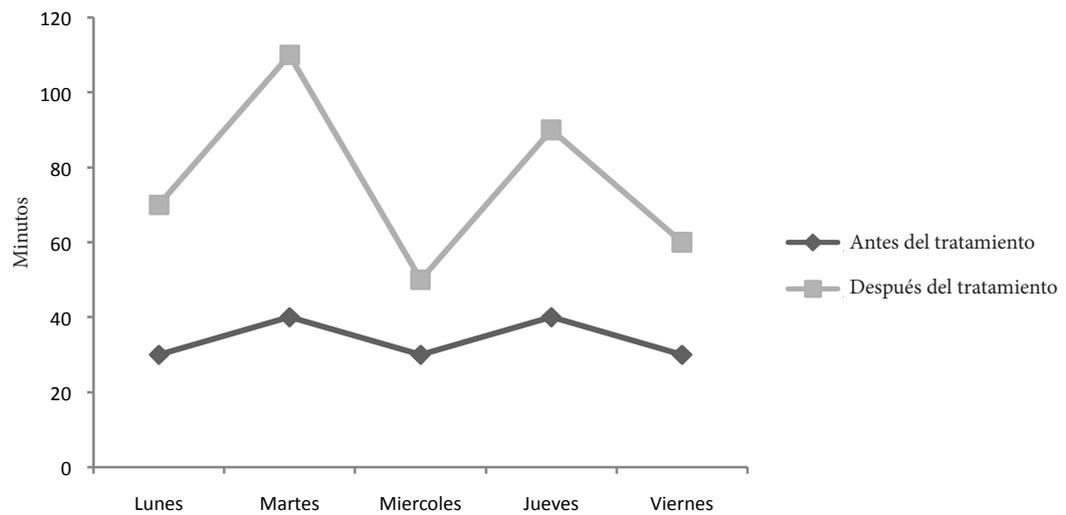
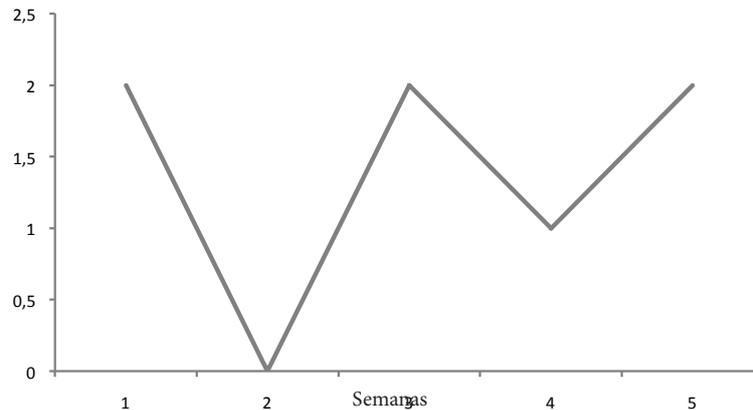


Figura 3. Representación gráfica del número de nuevos alimentos probados durante las semanas de tratamiento



cio del tratamiento produjo una mejora. Sin embargo, como se puede comprobar, existieron oscilaciones a lo largo del tratamiento.

Los dos picos más bajos ocurren en las semanas 2 y 4, que son las que el niño pasa el fin de semana con el padre. La madre se muestra más permisiva con él y más protectora, influyendo negativamente en la conducta problema de su hijo. Cuando se retoma el tratamiento y la madre sigue las pautas marcadas, el niño vuelve a mejorar.

Discusión y conclusiones

La terapia de conducta ha resultado efectiva, puesto que las técnicas que se utilizaron funcionaron desde el principio y se observaron cambios muy rápidos. Ha faltado, por parte de la madre, compromiso en la constancia del tratamiento. Los objetivos terapéuticos que se plantearon no se cumplieron todos, sin embargo, se consiguieron grandes avances. Andrés probaba todos los alimentos nuevos que le presentaba la madre, aunque algunas veces no lograba comerse todo el plato. Tampoco se ha conseguido generalizar los resultados a otras comidas por la interrupción del tratamiento. Se consiguió disminuir el tiempo que tardaba en comer, reduciéndose a 30-40 minutos.

Este caso es un ejemplo de la importancia de la colaboración de los padres en la terapia. La madre no cumplió con todas las instrucciones y pautas que se le indicaron, sobre todo, las semanas que el

niño pasaba el fin de semana con el padre. Cada vez que tenía que poner en práctica una pauta, decía sentirse mal porque pensaba que su hijo se enfadaba con ella y le preocupaba que cuando creciera se lo fuera a recriminar. Además, seguía teniendo pensamientos de que el niño le iba a querer menos y no iba a querer estar con ella. Por tanto, no se logró modificar por completo la conducta sobreprotectora de la madre. Asimismo, tenía dificultades para entender las recomendaciones del terapeuta debido a su nivel bajo de estudios, por lo que se le proporcionó toda la información por escrito y se le repetían las pautas en cada sesión para comprobar si las había entendido. Todo ello indicaba que el estado emocional de la madre y la actitud negativa de ésta estaba reforzando el problema alimenticio del niño (Godoy y Cobos, 1997; Kedesdy, y Budd, 1998), confirmándose la hipótesis de partida.

Los resultados muestran evidencia de eficacia, sin embargo deben analizarse con cautela, debido a que existen ciertas variables que no se han tenido en cuenta. Entre las limitaciones que se han encontrado en este caso destaca, en primer lugar, no haber analizado el aspecto sociocultural familiar, implicando a las personas más cercanas al niño en las ventajas de una dieta saludable y variada. En segundo lugar, hubiera sido conveniente estudiar el estilo de crianza para comprobar si la madre se relaciona con su hijo de manera permisiva. Por último, es recomendable en futuras investigaciones incluir otro método de evaluación que también podría ser útil, como

la observación directa, aunque éste sea mucho más costoso. El tratamiento no ha finalizado por completo ya que quedan objetivos por cumplir. Por ello, se continúa con los objetivos pendientes de lograr y con un seguimiento posterior para comprobar que se han afianzado las conductas modificadas.

Artículo recibido: 30/04/2014

Aceptado: 7/06/2014

Referencias

- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Recuperado de <http://www.dsm5.org/Pages/Default.aspx>
- Blisset, J., Meyer, C., Bryant-Waugh, R. y Nicholls, D. (2005). Maternal core beliefs and children's feeding problems, *International Journal of Eating Disorders*, 37, 127-134.
- Castells, M. (1995). *La ciudad informacional: tecnología de la información reestructuración económico y el proceso urbano regional*. Madrid: Alianza.
- Dovey, T. M., Farrow, C.V., y Martin, C. I. (2009). When does food refusal require professional intervention? *Current Nutrition Food Science*, 5, 160-171.
- Dovey, T. M. y Martin, C. I. (2010). Typology of feeding disorders based on a single assessment system: Formulation of a clinical decision-making model. *ICAN Infant, Child, & Adolescent Nutrition*, 2, 45-51.
- Estivill, E., y Domènech M. (2011). *¡A comer! Método Estivill para enseñar a comer*. Barcelona: Debolsillo.
- Gavino, A. (2002). *Problemas de alimentación en el niño*. Madrid: Pirámide.
- Gavino, A. y Berrocal, C. (1995). Problemas alimenticios menores en la infancia. En M. Jiménez (dir.), *Psicopatología infantil*. Málaga: Aljibe.
- Godoy, A. y Cobos, M.P. (1997). Tratamiento de un caso con problemas alimenticios. En F. X. Méndez y D. Macià (dirs.), *Modificación de conducta con niños y adolescentes* (5ª ed.). Madrid: Pirámide.
- Graham, P. (1991). *Child Psychiatry. A Developmental approach*. 2nd ed. Oxford, Oxford University Press.
- Harris, G. y Booth, I. W. (1992). The nature and management of eating problems in preschool children. En P. J. Cooper, & A. Stein (Eds.), *Feeding problems and eating disorders in children and adolescents* (pp. 61-81). London: Harwood Academic Publishers.
- Jarque, J. (2013). *Folleto de ayuda para padres y madres: para probar nuevos alimentos*. Recuperado de <http://jesusjarque.com/folleto-para-las-familias/>
- Kedesdy, J. H. y Budd, K. S. (1998). *Childhood feeding disorders. Biobehavioral Assessment and Intervention*. Paul H. Brookes Eds.
- Kerwin, M. E. (1999). Empirically supported treatments in pediatric psychology: Severe feeding problems. *Journal of Pediatric Psychology*, 24, 193-214.
- Manikam, R. y Perman, J. (2000). Pediatric feeding disorders. *Journal of Clinical Gastroenterology*, 30, 34-46.
- Olivares, J. y Rosa, A. I. (2000). Secciones del CD-ROM. Pautas de una entrevista clínica conductual para niños y adolescentes. En V.E. Caballo (dir.), *Manual para la evaluación clínica de trastornos psicológicos*. Madrid: Pirámide.
- Olivares, J., Rosa, A. I. y Piqueras, J. A. (2002). Secciones del CD-ROM. Evaluación de los trastornos de la ingestión y de la conducta alimentaria en la infancia. En V.E. Caballo (dir.), *Manual para la evaluación clínica de trastornos psicológicos*. Madrid: Pirámide.
- Silverman, A. H. (2010). Interdisciplinary Care for Feeding Problems in Children. *Nutrition in Clinical Practice*, 25, 160-165.
- Tojo, R. (2001). *Tratado de Nutrición Pediátrica*. Barcelona: Ediciones Doyma.

ANEXO 1.

Alimentos que no le gusta comer

Alimentos ordenados de los que más me gustaría comer a los que menos	
1. Macarrones	9. Puré
2. Pera	10. Lomo adobado
3. Fresas	11. Jamón York
4. Plátano	12. Atún
5. Mandarina	13. Patés
6. Legumbres	14. Salmón
7. Merluza	15. Verduras
8. Manzana	

ANEXO 2.

Evaluación de los trastornos de la conducta de ingestión

Entrevista diagnóstica de los trastornos de la ingestión y conducta alimentaria según criterios dsm-iv-tr
(Olivares, Rosa Y Piqueras, 2002)

Trastorno de la ingestión alimentaria	Si	No	Observaciones
1. ¿Presenta dificultades persistentes para comer adecuadamente?	X		
2. ¿Presenta pérdida de peso o falta de aumentos ponderales significativos?		X	
3. Durante las comidas, ¿es difícil de consolar o fácilmente se irrita?		X	Hace algún gruñido pero no dice nada.
4. ¿Esta alteración alimentaria ocurre desde hace más de un mes?	X		
Si contesta <<si>> a todas las preguntas, marque con una señal el rectángulo y continúe. Si contesta <<no>> a alguna de ellas, finalice la entrevista			Criterio 1
5. ¿Presenta alguna enfermedad gastrointestinal o médica que explique este problema?			
Si contesta <<no>> a la pregunta 5, marque con una señal el rectángulo			Criterio 2
6. En el caso de padecer otro trastorno mental (por ejemplo, rumiación, retraso mental, trastorno generalizado del desarrollo, esquizofrenia), ¿es de suficiente gravedad como para merecer atención clínica independiente?			
7. ¿El trastorno se debe a la no disponibilidad de alimentos?			
Si contesta <<si>> a la pregunta 6 y <<no>> a la pregunta 7, marque con una señal el rectángulo			Criterio 3
8. ¿El inicio es anterior a los seis años de edad?			
Si contesta <<si>> a la pregunta 8, marque con una señal el rectángulo			Criterio 4
Si se cumplen todos los criterios señalados, considerar que se trata de trastorno de la ingestión alimentaria			Trastorno de la ingestión alimentaria

ANEXO 3.

Pautas a la hora de comer.

- . Antes de sentarnos a comer: ir al aseo y lavarnos las manos.
- . Hacer de la comida un momento agradable: Que Andrés participe a la hora de poner la mesa y sentarse toda la familia a la misma hora a comer.
- . No encender la televisión, ni tener juguetes a mano.
- . Siempre se comerá en el mismo lugar de la casa y sólo será una persona la que dirija.
- . Conversar en la mesa.
- . Actitud serena y positiva, no damos órdenes gritando.
- . Ante las llamadas de atención de Andrés (contar historias, distraer a mamá, si dice que no le gusta la comida...) lo ignoramos y no decimos nada.
- . Ponemos el temporizador y si vemos que no come, le podemos ir indicando el tiempo que le queda cada 10 minutos (3 avisos).
- . Si está comiendo y sigue las indicaciones le animaremos a seguir así: ¡Qué bien! ¡Qué mayor! ¡Eres un campeón!
- . Nunca le daremos comidas entre horas porque no llegará con hambre a la próxima comida.
- . No ofrecerle más a menudo el plato que más le gusta o prefiere sobre otros.
- . Cada vez que coma bien le felicitaremos (besos, abrazos...); cuando no coma extinguimos la conducta.

Situaciones más comunes que pueden surgir

1. ¿Qué pasa si se acaba el tiempo y Andrés sigue sin querer probar nada del plato?
En este caso le retiraremos el plato y no volverá a comer hasta la siguiente comida.

2. ¿Qué pasa si se acaba el tiempo pero Andrés sigue comiendo?
En ese caso le podemos dejar un par de minutos más, porque está haciendo el esfuerzo y eso se lo recompensaremos después.

ANEXO 4.

Inventario de reforzadores.

3. Ver películas
4. Coche de carreras
5. Playmobil
6. Juegos con piezas para construir
7. Series Boing y Clan (ver la tv)
8. Doraemon
9. Bob esponja
10. Spiderman
11. Ir al parque con mamá
12. Jugar con "Blanquita" (conejo)
13. Pintar
14. Hacer puzles

