

Trastornos de la alimentación en la infancia

Carlos Almenara Vargas

Los trastornos de la alimentación en la infancia (feeding disorders) tienen una historia relativamente reciente y creciente en la nosología psiquiátrica. En esta revisión se presentan algunos de los trastornos de la alimentación más representativos dentro de la clasificación del grupo de investigadores que lidera Irene Chatoor. Así mismo, se exponen algunos apuntes de lo que significa este campo del conocimiento para el psicoanálisis y, finalmente, se incluyen algunas consideraciones pronósticas a través de dos brevísimas viñetas clínicas.

Trastornos de la alimentación / infancia

Feeding disorders of childhood

The feeding disorders in the childhood have a relative short history in the psychiatry. This communication is a review of these disorders according the classification proposed by the group work directed by Irene Chatoor. Some remarks about the importance of these disorders for the psychoanalysis and a brief description of two clinical vignettes are included in this paper.

Feeding disorders / childhood

Dentro del estudio del desarrollo humano (entendiendo este como el proceso natural de cambios psíquicos, emocionales y del organismo producto del paso del tiempo) la infancia se denomina al periodo ubicado entre cero y seis años. En esta etapa el niño se encuentra ante un sinfín de situaciones diversas. Una de estas situaciones es la de la alimentación que se le da al pequeño.

Dadas las particularidades del desarrollo humano, el bebé depende en gran medida y durante un largo periodo de un sujeto-agente que vele por tal alimentación. Pero las dificultades en torno a la alimentación en esta etapa no son ajenas a su estudio; es más, son numerosos los estudios dedicados al tema e incluso han sido ya catalogados dentro de la nosología psiquiátrica. Es así como surge el término *feeding disorders* (FD), que da título al presente y que puede ser traducido al castellano como *trastornos de la alimentación en la infancia*. A diferencia de los llamados *eating disorders* (ED) o *trastornos de la conducta alimentaria*, los FD revelan más activamente la participación de un sujeto-agente, en general representado por la madre nutricia o su sustituto.

Es por ello que en este artículo daremos cuenta de las particularidades de los fenómenos que se ven involucrados como parte de la sintomatología del infante.

LA LÓGICA DEL ALIMENTO

Todos conocemos el papel que cumple el alimento para los seres vivos. Un ejemplo grosero pero ilustrativo podría ser el símil existente entre la gasolina para un automóvil y la comida o alimento para el ser vivo.

Para el caso del ser humano en particular, los alimentos proveen ciertos componentes que ayudan al buen funcionamiento del organismo. La ausencia de estos da como resultado cambios en el organismo, que en un primer momento son vivenciados como displacenteros. El ejemplo más vulgar es el del hambre, fenómeno que puede ser experimentado ante la ausencia de ingesta de alimento.

Para el caso de los bebés, la vivencia de hambre en tanto fenómeno displacentero promueve la demanda a un otro agente para que por medio de este se logre apaciguar el displacer. Sin duda la participación del bebé en su alimentación es menor que la de un adulto o incluso de un niño mayor, pero aún así existe cierto grado de esta en la demanda.

La diferencia cuantitativa y cualitativa en el interjuego actividad-pasividad, tanto del bebé como del adulto, puede verse incluso en los términos de la lengua inglesa utilizados en la nosología psiquiátrica. Para estos casos existen los términos *eating* y *feeding*. Aún tratándose de gerundios que indican la ejecución del verbo o la acción

en presente, esta recae, para el primer caso, en la primera persona (*eating*), mientras que en el segundo caso se trata más bien de la acción de un tercero ejercida sobre el primero (*feeding*). Así, hablar de *eating* implicaría una mayor acción del sujeto partícipe del verbo, mientras que *feeding* implicaría una mayor actuación de un tercero sobre el sujeto. Tal disquisición puede ser ampliada con la idea de la diferencia existente entre alimentarse y ser alimentado, en donde la participación de un sujeto-agente es más clara para el segundo caso.

En el idioma español se ha traducido como ‘trastornos de la alimentación en la infancia’ a los FD, y como ‘trastornos de la conducta alimentaria’ a los ED. Para el primer caso, se puede observar de una manera notoria cómo en tal traducción se diluye el énfasis que se espera se le dé al sujeto-agente, partícipe de la alimentación del infante. Para el segundo caso, también es interesante notar que con tal traducción, de una manera poco adecuada, se está englobando una sintomatología que va más allá de la conducta alimentaria. Aun así, esta terminología se utiliza de manera amplia. Debido a esto, anteriormente nos vimos en la obligación de utilizar tales términos para dar título a un artículo (Almenara, 2003), pero esta vez renunciaremos a tal tendencia por considerar que en este caso el anglicismo *feeding* resulta más útil para el esclarecimiento de la dinámica del trastorno.

La lactancia materna, proceso mediante el cual el bebé es alimentado a través de la leche del seno de la madre, es quizás la relación más íntima que se establece con este sujeto agente y que se da desde los primeros días después del parto.

Algunos autores, como Sigmund Freud (1905), Melanie Klein (1936), entre otros, han llamado la atención sobre este proceso.

Freud en *La sexualidad infantil*, segundo de sus *Tres ensayos de una teoría sexual*, tiene una sección titulada *Manifestaciones de la sexualidad infantil*. En esta sección refiere, respecto al autoerotismo encontrado en el chupeteo, que:

... el acto de la succión es determinado en la niñez por la busca de un placer ya experimentado y recordado. (...) La primera actividad del niño y la de más importancia para él, la succión del pecho de la madre (o sus subrogados), le ha hecho conocer, apenas nacido, este placer.

Por su lado, Melanie Klein (1936) refiere que:

... la primera satisfacción que el niño tiene proviene del mundo externo y consiste en ser alimentado. El análisis ha demostrado que sólo una parte de la satisfacción deriva del hecho de aliviar su hambre; otra parte, no menos importante, proviene del placer que experimenta el bebé cuando su boca es estimulada al succionar el pecho de su madre. Este aspecto es una parte esencial de la sexualidad del niño.

Cabe recordar que Freud fue el precursor de los estudios de la sexualidad humana de una manera amplia más allá de la idea del coito y el fin reproductivo, por lo que su interés no se centró específicamente en este período temprano del desarrollo.

Para el caso de Klein, ella sí estuvo bastante interesada en los primeros años de vida del ser humano, pero su interés recayó más bien en una explicación del origen psíquico de las experiencias de placer-displacer.

Sin duda la díada placer-displacer es una de las más primitivas experiencias del ser humano, pero existe una dimensión simbólica y social no recogida en toda su magnitud desde estas perspectivas, por los motivos de teorización que existían detrás de estas obras.

En nuestro caso, podríamos decir que el alimento tiene otras funciones más allá de aquellas que permiten experimentar placer y displacer. Consideramos que el alimento, al mismo tiempo que produce una especie de efecto inoculatorio, produce una especie de *sinapsis psíquico-afectiva* y que viene a ser el arquetipo del lazo social subyacente a la alimentación.

Ya Apollinaire decía “quien come ya no esta solo” (Stevens, 1989) y la alimentación acaso puede dar cuenta de su función socializadora, ya que en un primer momento fue esta la que nos “inoculó” del otro al introducirnos a su mundo, de alguna manera.

Por lo tanto, al hablar de *feeding disorders* debemos tener en cuenta las partes involucradas. Sin duda, pues, no solo el bebé estaría involucrado, el sujeto-agente del cual hablamos también estaría involucrado. Veamos cómo sería esto a través de las clasificaciones nosológicas.

LA NOSOLOGÍA PSIQUIÁTRICA

En los datos epidemiológicos encontramos que los FD afectan a entre 6 por ciento y 25 por ciento de los niños que se desarrollan normalmente y en más del 35 por ciento de los niños con trastornos en el desarrollo (Lindberg et al., 1991). Un estimado de 24 por ciento de niños de dos años, 19 por ciento de niños de tres años y 18 por ciento de niños de cuatro años son señalados por sus padres como niños con problemas de alimentación (Beautrais et al., 1982). Cabe mencionar que en estos porcentajes se encuentra una serie de variantes de problemas de alimentación, algunos de los cuales son más comunes que otros (Stein, 2000).

Dentro de los criterios diagnósticos del *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (DSM-IV-TR, American Psychiatric Association, 2000), existe un acápite específico para la clasificación de los trastornos de la alimentación en la infancia. El mencionado acápite es el 307.59, donde se incluyen los “Trastornos de la alimentación en la infancia o niñez temprana”

Tabla 1
Criterios diagnósticos para el trastorno de la alimentación en la infancia o niñez temprana (DSM-IV-TR)

-
- Una falla persistente para comer de manera adecuada, la cual se traduce en una dificultad significativa para ganar peso o en una pérdida significativa de peso, por el lapso de al menos un mes (criterio A).
 - No existen problemas gastrointestinales o problemas médicos en general (por ejemplo, reflujo esofágico) suficientes como para explicar el trastorno en la alimentación (criterio B).
 - El trastorno en la alimentación no se puede explicar mejor por cualquier otro trastorno mental (por ejemplo, Trastorno de Rumiación), o por la ausencia de alimento (criterio C).
 - El inicio del trastorno debe darse antes de los 6 años (criterio D).
-

(“Feeding disorder of infancy or early childhood”). Dentro de ellos se incluye: Pica, trastorno de rumiación y Trastorno de la alimentación en la infancia o niñez temprana. Las principales características de este último las podemos encontrar en la tabla 1.

Una falla persistente para comer de manera adecuada, la cual se traduce en una dificultad significativa para ganar peso o en una pérdida significativa de peso, por el lapso de al menos un mes (criterio A). No existen problemas gastrointestinales o problemas médicos en general (por ejemplo, reflujo esofágico) suficientes como para explicar el trastorno en la alimentación (criterio B). El trastorno en la alimentación no se puede explicar mejor por cualquier otro trastorno mental (por ejemplo, trastorno de rumiación), o por la ausencia de alimento (criterio C). El inicio del trastorno debe darse antes de los seis años (criterio D).

Como podemos observar, el trastorno que aquí nos compete posee cuatro criterios diagnósticos para poder ser considerado como tal. Pero el único criterio que se acerca más a la fenomenología del trastorno es el primero, debido a que los restantes son excluyentes.

Estos criterios no distan de los anteriores criterios del DSM-IV (American Psychiatric Association, 1995) y esta categoría diagnóstica es considerada por algunos autores (Kerwin & Berkowitz, 1996) como la culminación de 50 años de investigación en el área del ‘trastorno en el crecimiento’ (*failure to thrive*).

Justamente, alrededor de estas investigaciones encontramos a Irene Chatoor, psiquiatra del Children’s National Medical Center (Washington, DC), una de las investigadoras más

renombradas en esta área del conocimiento. Pero casualmente, Chatoor et al., (2001) sostienen que en el DSM-IV ‘no se consideró la variedad de trastornos de la alimentación que existen o la necesidad de tratamientos diferentes para estos trastornos’.

Chatoor y sus colegas han planteado criterios operacionales para ocho tipos distintos de FD (Chatoor et al., 2000), así como los puntos más importantes que se deben seguir durante la labor de tratamiento.

Nosotros aquí solo vamos a plantear los más importantes trastornos de esta subclasificación de los *feeding disorders* (FD): 1) FD de la homeostasis, 2) FD del vínculo, 3) FD de separación (anorexia infantil). En adición a estos tres señalaremos un cuarto tipo: FD postraumático.

Hay que indicar, una vez más, que esta clasificación surge de las limitaciones de la clasificación realizada en los manuales diagnósticos pero también por el hecho de que los FD no están necesariamente asociados a un trastorno en el crecimiento (*failure to thrive*) (Chatoor et al., 1998).

Finalmente, es necesario considerar que detrás de esta teorización se encuentra el modelo de desarrollo emocional de Stanley Greenspan (DeGangi, 2000).

Veamos ahora cada uno de estos problemas y de qué se trata:

a) Feeding disorders de la homeostasis:

Este trastorno aparece alrededor del periodo del nacimiento. Es justamente alrededor de este periodo, entre los primeros dos y tres meses, en que el bebé comienza a establecer patrones regulares de sueño, hambre y eliminación. En este periodo la madre o sustituto ayuda al bebé a modular su estado fisiológico y afectivo, mediante la creación de un ambiente amoldado a las características particulares del niño. En este punto es de especial importancia la lectura que hace la madre de las señales emitidas por el niño, señales que revelan el estado fisiológico y emocional de este y que son íntegramente interpretadas por la madre. Por lo tanto, la interpretación que haga la madre de tales señales podrá o no ayudar al bebé a minimizar el displacer que mencionamos líneas arriba.

En este periodo tan temprano del desarrollo el temperamento se evidencia de una manera más clara y menos contaminada por la experiencia. Un temperamento “difícil” u otros factores en el niño, como pueden ser la inmadurez del sistema nervioso o alguna enfermedad o condición médica desfavorable (el bebé no sostiene la cabeza, tiene labio leporino, etcétera), resultan factores que predisponen a una situación de alimentación desventajosa y que puede dar lugar a un FD.

Por otro lado, algunos problemas de la madre (o sujeto-agente), como la ansiedad o depresión, dificultan el proceso de interpretación de la expresión de las emociones de los niños, tendiendo estas a interpretarlas de una manera equivocada y con tendencia a confundir tales expresiones o señales.

De esta manera, es frecuente que la combinación de los factores de vulnerabilidad mencionados en el niño, más los problemas en las madres, produzcan severos problemas de alimentación en este periodo.

En un estudio realizado por Chatoor y sus colegas (Chatoor et al., 1990) con ocho niños que cumplían los criterios diagnósticos para FD de la homeostasis, se encontró que tales niños se mostraban menos reactivos y menos conectados con sus madres.

Los criterios diagnósticos para FD de la homeostasis se resumen en la tabla 2.

b) *Feeding disorders* del vínculo:

La distinción de este trastorno tanto con el anterior como con el posterior se debe también al periodo en

Tabla 2
Criterios diagnósticos para los *feeding disorders* de la homeostasis

Característica principal: Los momentos de alimentación están caracterizados por una pobre reciprocidad entre la madre y el bebé y por una inadecuada ingesta de alimento.

- El inicio se da entre el nacimiento y los tres meses de edad.
 - Existe un patrón irregular de alimentación y una pobre ingesta de alimento:
 - La ingesta varía en cantidad.
 - Los horarios de alimentación son variados.
 - El bebé muestra una pobre regulación de su estado:
 - Es irritable, fácilmente se fatiga.
 - Existe un pobre sueño o el niño está excesivamente somnoliento.
 - Ansiedad materna; depresión; psicopatología materna y/o estresores psicosociales que conllevan a una inhabilidad de esta para entender correctamente las señales o gestos del bebé.
 - Trastorno en el crecimiento.
 - Problemas orgánicos frecuentemente asociados:
 - Prematuridad, trastorno de la maduración.
 - Trastorno cardíaco o pulmonar.
 - Anormalidades funcionales o estructurales del tracto orofaríngeo o gastrointestinal.
-

que se ubica. Este periodo, que va desde los dos hasta los ocho meses, se caracteriza por un intercambio más marcado de conductas sociales entre la madre y el niño. Mencionamos en un comienzo el papel que cumple el alimento y su relación con el lazo social. Pues en este periodo el bebé llega a distinguir a la madre de otros adultos y tiende a involucrarse más activamente con ella. Pero si durante este estado del desarrollo la madre no está presen-

te, está deprimida, no es constante en respuesta a las demandas del niño o no le es posible proveer una experiencia social adecuada, el niño estaría en riesgo de ser alimentado de manera inadecuada y desarrollar un trastorno del crecimiento.

En un estudio bajo control mencionado por Chatoor, se encontró que 20 bebés que cumplían criterios diagnósticos para este trastorno mostraban menos reciprocidad en la

Tabla 3
Criterios diagnósticos para los feeding disorders del vínculo

Características principales: Los momentos de alimentación se caracterizan por una ausencia de compromiso mutuo o de placer en la relación.

- El inicio del trastorno se da entre los dos y ocho meses.
 - El bebé muestra una ausencia de reactividad social apropiada a la edad.
 - Ausencia de contacto visual:
 - a) Hipervigilancia cuando la gente está a distancia.
 - b) Evitación del contacto visual cuando hay cercanía.
 - No responde con una sonrisa.
 - Ausencia de reciprocidad vocal.
 - Ausencia de una respuesta anticipatoria cuando es cargado en brazos (para los bebés mayores de cinco meses).
 - No se acomoda o no abraza cuando es cargado.
 - Depresión materna o trastorno de la personalidad; alto estrés psicosocial; abuso de alcohol y drogas, que generan la ausencia de un cuidado y alimentación afectuosos para el niño.
 - Trastorno en el crecimiento.
 - Desarrollo:
 - Retardo en las extensiones motoras.
 - Pobre tono muscular que se evidencia a través de:
 - a) Hiperextensión cuando es alzado.
 - b) Postura de sumisión cuando es sostenido en brazos.
 - Retardo en el desarrollo cognitivo.
-

relación madre-bebé, lo cual se evidenciaba a través de un menor contacto visual y vocal, menor cercanía física y una ausencia de placer en sus interacciones. Además, se encontró que durante la alimentación del bebé las madres de estos niños respondieron menos a los gestos o señales de sus bebés y durante el juego estuvieron menos pendientes de las actividades de los bebés.

Los criterios diagnósticos para FD del vínculo se pueden apreciar en la tabla 3.

c) 'Feeding disorder' de separación (anorexia infantil):

En este periodo, que comprende entre los seis y los 36 meses de edad, encontramos una transición que va desde el uso de la cuchara para la alimentación del bebé hasta la alimentación realizada por él mismo. Los autores de esta clasificación ponen en relevancia el proceso de separación-individuación y en esta etapa se ve más claramente este proceso, en donde el niño adquiere más clara conciencia de su individualidad y tendrá que negociar junto a la madre quién pondrá finalmente la cuchara en su boca.

Este trastorno se caracteriza sobre todo por un rechazo al alimento o por una extrema selección de los alimentos, que da lugar a una menor cantidad de ingesta de ali-

mentos a pesar de todos los esfuerzos que hagan los padres por incrementarla. Por lo tanto, las dificultades alrededor de la alimentación surgen del conflicto que pueda existir entre las manifestaciones de autonomía del niño y el control que pueda ejercer la madre sobre este a la hora de la comida. Esto se convertiría en un encuentro de deseos o voluntades que se ejercen alrededor de la alimentación que deberá ingerir el niño.

Una de las dificultades más graves encontradas en este punto son aquellas relacionadas con el desarrollo de la diferenciación somatopsicológica, en donde el niño, conforme pasa el tiempo, aprende a distinguir las sensaciones somáticas como el hambre y la saciedad, de aquellas emociones o sentimientos como la aflicción, el enojo o la frustración. En estos casos se ha encontrado que estos niños no llegan a distinguir o confunden los estados somáticos con los psicógenos y tales estados son controlados por la experiencia que pueda tener con el sujeto-agente en vez de hacerlo a través de sus necesidades fisiológicas. Esto da lugar a una regulación principalmente externa de la ingesta.

Los criterios diagnósticos de la anorexia infantil se encuentran en la tabla 4.

Tabla 4
Criterios diagnósticos para la anorexia infantil

Características principales: La situación de alimentación se caracteriza por un rechazo del alimento por parte del niño y por una inapropiada delimitación de la situación de alimentación. Esto da lugar a un conflicto, a una lucha por el control o a una negociación entre las partes.

- El inicio de este trastorno se da entre los seis meses y los tres años de edad, durante el periodo de transición hacia la alimentación autónoma.
 - El bebé rechaza el alimento:
 - Varía de comida en comida.
 - Varía entre distintos cuidadores.
 - La ansiedad materna por el rechazo del alimento en el niño se expresa a través de:
 - Obligar al niño a comer más.
 - Distracer al niño con juguetes o juegos para inducirlo a comer.
 - Alimentar al niño alrededor de cierta hora, incluso en la noche.
 - Trata de alimentar al niño con diferentes clases de comida si este no come.
 - Hacer uso de una alimentación forzada sobre el niño.
 - Trastorno en el crecimiento:
 - Inicialmente pérdida de peso o no gana peso.
 - Gradualmente se impide el crecimiento o el crecimiento es lineal, dando lugar a enanismo.
 - Desarrollo:
 - Retardo en el desarrollo psicomotor, en casos graves es secundario a la malnutrición.
 - Retardo en el habla expresiva en algunos niños que parecen rechazar hablar tal como rechazan comer.
 - El desarrollo cognitivo mantiene un buen progreso.
-

Chatoor encontró en un estudio bajo control, que el grupo de estos niños demostraba una menor reciprocidad en la relación madre-niño, una menor respuesta por parte de la madre, más conflicto en la relación madre-niño y mayor lucha por el control.

Una de las características de las madres de estos niños es que parecían sentirse inseguras de su rol parental y medían tal competencia mediante el juicio de cuán bien comían sus niños.

Por su lado, los niños mostraron una intensa sensibilidad social y reactividad a los intercambios sociales con sus cuidadores. Parecían estar tan envueltos en el mundo externo que olvidaban sus señales internas de hambre.

Finalmente, en adición a estos tres trastornos, Chatoor ha definido, como se mencionó, un FD postraumático, el cual, como la anorexia infantil, se caracteriza por un rechazo al alimento, que se manifiesta como consecuencia

de una experiencia traumática relacionada con el tracto orofaríngeo o gastrointestinal, y aunque se inicia a cualquier edad, mayormente se observa en niños.

Entre las experiencias displacenteras relacionadas con el desencadenamiento de este trastorno podemos incluir la inserción de sondas nasogástricas, succión endotraqueal e intubación (Benoit et al., 1997; Chatoor et al., 2001).

Los criterios para el diagnóstico de este trastorno los encontramos en la tabla 5.

LA LÓGICA DE LA DEMANDA

Dando una mirada más o menos profunda a los seminarios de Jacques Lacan, psicoanalista francés, encontra-

mos repetidas alusiones a la anorexia mental y justo dentro del contexto de la demanda oral (de alimento).

En uno de los seminarios (Lacan, 1995) encontramos lo siguiente:

... es por el sólo hecho de que se trata del significante que hay esos dos horizontes de la demanda... la del seno y el objeto que representa. Es este desdoblamiento creado en la demanda, puesto que la demanda es demanda de amor y es absoluta y simboliza al otro como tal distinguiéndolo como objeto real capaz de dar satisfacción, del otro en tanto objeto simbólico que da o rechaza, lo que se llama presencia o ausencia y que es la matriz en que van a cristalizarse esas relaciones oscuras que están en el horizonte de toda demanda y que se llamaron el amor, el odio y la ignorancia. Es porque la primera relación de dependencia está ligada a esta amenaza que se llama pérdida de amor y no simplemente a la amenaza que se llama fin o privación de los cuidados maternos, que

Tabla 5
Criterios diagnósticos para *feeding disorder* postraumático

-
- El niño presenta un rechazo al alimento luego de un evento traumático o luego de repetidos eventos traumáticos relacionados con el esófago u orofaringe (por ejemplo, sofocamiento, atoro severo, vómito, náuseas, introducción de tubos nasogástricos o endotraqueales, succionamiento, alimentación forzada).
 - El evento (o los eventos) conllevaron un intenso estrés en el niño.
 - El niño experimenta un estrés anticipado frente a la alimentación (por ejemplo, cuando se le acomoda para comer, cuando se le muestran los envases o utensilios de comida, y/o cuando se le aproxima la comida).
 - El niño se resiste a ser alimentado y el estrés que experimenta se acentúa cuando se le fuerza a hacerlo.
-

hay algo que ya en sí es homogéneo en lo que se organizará a continuación en la perspectiva del mandamiento, de las leyes de la palabra. De aquí en más ellas son instantes virtuales, preformadas desde la primera demanda. Ellas no están completadas ni articuladas y por eso un lactante no comienza a ser un obsesivo desde su primer mamada, pero desde ahí puede comenzar a crear en esa apertura que hará en el rechazo de alimentarse el testimonio exigido del amor de su pareja maternal.

Es allí donde se ven aparecer con precocidad las manifestaciones de la anorexia mental.”

Esto es algo similar a lo que postulamos en un principio. Para el autor existe un desdoblamiento de la demanda oral (demanda de alimento): por un lado sería representante de los cuidados maternos y por otro semblante de la presencia o ausencia de amor que sería finalmente la “matriz donde van a cristalizarse estas relaciones obscuras...”. Nosotros, de manera similar, consideramos que esta relación será en adelante el arquetipo de las relaciones venideras. Pero esto no es todo.

En otro texto (Lacan, 1991), manifiesta lo siguiente:

¿Qué es una demanda oral? Es la demanda de ser alimentado. ¿A quién se dirige? ¿A qué? Se dirige a ese Otro que espera, y que en este nivel primario de la enunciación de la demanda puede verdaderamente ser designado como lo que llamemos el lugar del Otro. (...) A la demanda de ser nutrido responde, a través de la estructura signifiante, en el lugar del Otro, de una manera que se puede decir lógicamente contemporánea a esta demanda,... la demanda de

dejarse nutrir... Sabemos perfectamente que es de esto de lo que se trata entre el niño y la madre cada vez que estalla el menor conflicto en esa relación que parece estar hecha para encontrarse, cerrarse de una forma estrictamente complementaria. ¿Qué, en apariencia, responde mejor a la demanda de ser nutrido que aquella de dejarse nutrir? Sabemos, sin embargo, que es en este modo mismo de confrontación de las dos demandas que yace esta íntima hendidura, esta hiancia, este desgarrar donde puede insinuarse, donde se insinúa de una manera normal la discordancia, el fracaso preformado de este encuentro que consiste en esto mismo, que justamente no es el encuentro de tendencias sino el encuentro de demandas.

Que es en este encuentro entre la demanda de ser nutrido y la otra demanda la de dejarse nutrir, que se desliza el hecho manifestado en el primer conflicto que estalla en la relación de nutrición, que a esta demanda la desborda un deseo, y que no podría ser satisfecha sin que el deseo allí se extinguiera; que es para que ese deseo que desborda a esa demanda no se extinga que el propio sujeto, que tiene hambre de lo que a su demanda de ser nutrido responde la demanda de dejarse nutrir, no se deja nutrir, se niega de alguna manera a desaparecer como deseo por el hecho de ser satisfecho como de la demanda que la extinción o el aplastamiento en la satisfacción no podría producirse sin matar el deseo, es de allí que parten estas discordancias entre las cuales la más graficada es la negativa a dejarse nutrir, la anorexia, la llamada más o menos acertadamente, mental.”

Vemos, pues, que Lacan plantea aquí la idea del encuentro de dos demandas y que tienen que ver con lo que mencionamos en la primera parte de

este documento en tanto está en complicidad el interjuego actividad-pasividad.

Mientras una demanda es del orden de la actividad del otro (el niño demanda al sujeto-agente el seno, el amor, etcétera), la otra, por el contrario, suscita en la misma cierta pasividad (dejarse nutrir). Por lo tanto, en este juego de demandas puede y debe surgir un conflicto, que de no ser resuelto pondría en juego la muerte subjetiva, es decir el aplastamiento del deseo, que va más allá de una muerte orgánica, ya que aquí lo que compete está en el plano psíquico-afectivo y no en el plano del organismo.

Se desprende de ello que en la demanda del niño se encuentran las vertientes del objeto en tanto real y el objeto en tanto simbólico, baluarte del amor. El sujeto-agente interpreta aquellos signos y gestos de demanda del bebé y responde ante estos de una manera particular. Las vivencias personales sin duda determinarán en gran medida tal interpretación.

Se sabe, por ejemplo, que muchas madres tienen dificultades para sintonizar con el bebé, tendiendo por ejemplo a interpretar los gestos y señales de temor o fatiga por la necesidad de ser alimentado (Bruch, 1973, citada por Lyon et al., 1997). Estos errores de interpretación ocasionan dificultades no solo en la relación sino también en cada uno de los participantes. En el niño pueden surgir dificultades como aquellas de la expresión facial de las emo-

ciones (menor expresividad, mayor dificultad para percibir la expresión facial de las emociones en otros), mientras que en la madre la intolerancia, frustración y otros factores negativos se pueden ir acrecentando, deteriorándose así cada vez más la relación con el bebé y con su entorno.

CONCLUSIONES

Como se puede observar, los estudios alrededor del desarrollo y las dificultades presentes en este han permitido una mayor especificación de la nosología psiquiátrica. Aún así, los criterios diagnósticos del DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2000), no satisfacen los requerimientos de la práctica clínica, por lo que siempre es necesaria una profundización mayor de la temática.

A través de este documento hemos querido, justamente, delinear un poco más tales detalles encontrados en los llamados FD. Gracias a esta exploración hemos podido rescatar aspectos importantes que se deben tener en cuenta dentro de la práctica clínica, como son algunos aspectos tanto del niño como de la madre y de la relación entre ambos.

Al tomar en cuenta estos factores involucrados, incluimos aspectos temperamentales, orgánicos, psíquicos y emocionales, sean estos del niño solamente, de la madre o de ambos.

Por otro lado, hay que mencionar que los FD podrían considerarse, den-

tro de la línea cronológica, especialmente para el grupo etéreo que va de cero a seis años, mientras que los ED se describen para el grupo etéreo que le sucede. Haciendo una ligera exploración, encontramos que los FD se encuentran dentro de la historia de pacientes con ED. Así, por ejemplo, algunos autores (Lyon et al., 1997) consideran que la dificultad para diferenciar las señales fisiológicas de hambre y saciedad de los estados de ánimo, pueden ser un déficit del desarrollo predisponente para la anorexia nerviosa.

Tales consideraciones no serían las únicas. En la casuística hemos encontrado, a través de la historia relatada por las madres de niños, dos casos bastante particulares.

En uno de ellos, la madre relata que debía alimentar a su bebé mientras este dormía. La angustia de la madre era marcada, además de padecer una depresión mayor.

En el otro caso, la niña rechazaba abiertamente el alimento producto del cambio continuo de sus cuidadores, el cual se dio hasta en dos oportunidades, incluyendo la separación de la madre biológica.

En ninguno de estos casos se encontraba un ED actual, pero se encontraba definitivamente una perturbación emocional, caracterizada en el primer caso (niño de 11 años) como una depresión, mientras que en el segundo caso (niña de seis años y ocho meses), además de

la perturbación emocional padecía retardo psicomotor.

Las consideraciones pronósticas son necesarias tanto en el momento de la detección de FD como en la revisión de la historia clínica. Tales experiencias tempranas, consideramos nosotros, resultan ser el arquetipo de las relaciones ulteriores, en tanto tienen todo lazo social.

REFERENCIAS

- Almenara, V. C. La articulación compulsión-impulsión en los trastornos de la conducta alimentaria. *Revista de Psicología*, 2003; 6(1), 245-253. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos.
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual-text revision (DSM-IV-TR)*. Washington, DC: Michael B. First.
- American Psychiatric Association (1995). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV)*. Barcelona: Masson.
- Beautrais, A. L.; Fergusson, D. M. & Shannon, F. T. (1982). Family life events and behavioral problems in preschool-aged children. *Pediatrics*, 70, 774-779.
- Benoit, D.; Green, D.; Arts-Rodas, D. (1997). Posttraumatic feeding disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*; 36(5), 577-578.
- Chatoor, I. (1997). Feeding disorders of infants and toddlers. En: Noshpitz, J. D. *Handbook of Child and Adolescent*

- Psychiatry*. Vol. 1. New Jersey: John Wiley & Sons.
- Chatoor, I. (1998). Diagnosing infantile anorexia: The observation of mother-infant interactions. *J. Am. Acad. Child Adolesc Psychiatry*, 37(9), 959-967.
- Chatoor, I.; Getson, P.; O'Donnell, R.; Menvielle, E. & Egan, J. (1990). The development of observational scales for mother-infant interactions. *Scientific proceedings of the annual meeting of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 56.
- Chatoor, I.; Harrison, J.; Ganiban, J. & Hirsch, R. (2000). *A diagnostic classification of feeding disorders of infancy and early childhood*. Ponencia en la Annual Conference of the Society for Research on Eating Disorders. Prien, Alemania, 9-12 de noviembre.
- Chatoor, I.; Ganiban, J.; Harrison, J. & Hirsch, R. (2001). Observation of feeding in the diagnosis of posttraumatic feeding disorder of infancy. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 40(5), 595-602.
- DeGangi, G. (2000). *Pediatric disorders of regulation in affect and behavior: a therapist's guide to assessment and treatment*. California: American Press.
- Freud, S. (1905). *Tres ensayos para una teoría sexual*. En: Freud, S. *Obras completas*. Vol. 6. Buenos Aires: Hyspamérica (1972).
- Kerwin, M. L. E. & Berkowitz, R. I. (1996). Feeding and eating disorders: Ingestive problems of infancy, childhood, and adolescence. *The School Psychology Review*, 25(3), 316-328.
- Klein, M. (1976). *El destete*. En: *Obras completas*. Vol. 6. Buenos Aires: Paidós-Hormé.
- Lacan, J. (1995). *Seminario 5. Las formaciones del inconsciente. Clase 29, del 2 de Julio de 1958*. Buenos Aires: Escuela Freudiana de Psicoanálisis (inédito).
- Lacan, J. (1991). *Seminario 8: La transferencia. Clase 14, del 15 de marzo de 1961: Demande et désir aux stades oral et anal*. Seuil, París: Le Transfert Editorial.
- Lindberg, I.; Bohlin, G. & Hagekull, B. (1991). Early feeding problems in a normal population. *Int J. Eating Disorders*, 10, 395-405.
- Lyon, M., Chatoor, I., Atkins, D., Silber, T., Mosimann, J. & Gray, J. (1997). Testing the hypothesis of the multidimensional model of anorexia nervosa in adolescents. *Adolescence*, 32(125), 101-111.
- Stein, K. (2000). Children with feeding disorders: An emerging issue. *Journal of the American Dietetic Association*, 100(09), 1000-1002.
- Stevens, A. (1989). *Anorexia mental y estructura subjetiva*. En: Stevens et al. *La envoltura formal del sintoma*. Buenos Aires: Manantial.