

CARACTERÍSTICAS MATERNALES Y TEMPERAMENTO DEL NIÑO EN LA ANOREXIA INFANTIL

Toddler = niño pequeño de hasta dos – tres años. Cues = indicios, señales. Picky eaters = menja miques, melindroso.

TEORIA/TESIS (ABSTRACTO)

Objetivo: Explorar la asociación entre características maternas específicas, percepciones maternas del temperamento del niño, y la anorexia infantil. **Metodología:** Tres grupos de niños (de edades comprendidas entre los 12 y 37 meses) participaron en este estudio: niños con anorexia infantil (n= 34), niños que comen «picoteando» (*picky eaters*) (n= 34) y niños que comían sanamente (n=34). Las madres cumplimentaron cuestionarios que valoraban sus propias actitudes de comer, satisfacción en el matrimonio, y el temperamento de sus niños, y una entrevista que exploraba sus representaciones del cariño. Madres e hijos fueron grabados en vídeo durante las horas de comida, y los niños fueron pesados y medidos. **Resultados:** La clasificación de los temperamentos diferenciaban entre los anoréxicos infantiles y los niños que comían sanamente ($p < .0001$), con los niños que padecían anorexia infantil recibiendo mayor dificultad, irregularidad, negatividad, dependencia y incontenibles valoraciones. Las madres de los niños anoréxicos mostraban una mayor inseguridad en el cariño que las madres de los niños que comían sanamente ($p < .05$), pero no demostraron ni una notoria patología en el comer ni una menor satisfacción en el matrimonio que los otros grupos. Un treinta y nueve por ciento de variación en el conflicto alimentario fue explicado por los diagnósticos de los niños, las valoraciones del temperamento, y las características de las

madres. Un veintiuno por ciento de variación en el peso de los niños fue explicado por las valoraciones de los temperamentos y por el conflicto nutricional. **Conclusión:** Las características maternas y las percepciones de las características del temperamento de sus hijos deberían ser tenidas en cuenta en el tratamiento de la anorexia infantil. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry, 2000. 39 (6): 743-751.* **Palabras clave:** anorexia infantil, temperamento, interacción madre—hijo, malnutrición, características maternas.

La anorexia infantil es un grave desorden alimentario que surge durante los primeros años (Chatoor, 1997 a). Los criterios específicos de diagnóstico para este desorden son (1) rechazo de la comida durante al menos un mes que puede implicar los primeros alimentos sólidos y que se inició o empeoró durante la transición del período de cuchara y autoalimentación; (2) malnutrición aguda o crónica según los criterios de Waterlow (1972); (3) interés de los padres en la alimentación del niño expresado por medio del entrenamiento del niño en comer más, permitiendo o introduciendo distracciones y juegos durante la comida, alimentando al niño con frecuencia y por la noche, ofreciéndole variados tipos de comida, expresando preocupación y frustración, y/o alimentando a la fuerza al niño (por lo menos 2 son requeridos); (4) intenso conflicto entre padres e hijos expresado por el rechazo de comida del niño y el afecto negativo de los padres y/o comentarios sobre el rechazo del niño a comer (el conflicto abierto puede ser evitado por medio de la conversación y distracción durante la comida); y (5) ninguna historia de acontecimientos traumáticos en la orofaringe o tracto gastrointestinal o rechazo de la comida por efecto secundario de una enfermedad. En un estudio previo, estos criterios fueron utilizados por los psiquiatras para un diagnóstico fiable de la anorexia infantil (Chatoor et al., 1998). En particular, el porcentaje de peso ideal y conflicto alimentario discriminaba eficazmente entre los niños con anorexia infantil y los niños melindrosos o los que comían saludablemente. En el presente informe, examinamos hasta que punto las características maternas y su percepción del temperamento del niño están asociadas a la anorexia infantil en general, y hasta qué punto estos factores pueden explicar el desacuerdo entre dos rasgos críticos de la anorexia infantil (conflicto alimentario y estado nutricional del niño).

Chatoor y sus colegas (1998) conceptualizaron la anorexia infantil como un desorden relacional que surge cuando interacciones alimentarias altamente conflictivas

desbaratan la transición hacia la autoalimentación. Un conflicto de estas características puede llevar a la anorexia infantil a través de diversos caminos. Por ejemplo, un conflicto grave durante la alimentación podría ser suficientemente estresante para movilizar el sistema nervioso simpático del niño y suprimir las sensaciones de hambre (Chatoor et al., 1994). Alternativamente, los niños pueden aprender a asociar las emociones intensas con la alimentación, enmascarando las sensaciones más apropiadas de hambre y satisfacción. Finalmente, respuestas no eventuales a las indicaciones del niño podrían socavar la habilidad del niño a diferenciar entre hambre y emociones. En cada caso, el conflicto «dyadic» interfiere con el éxito de la transición a la autoalimentación.

Dentro del modelo de Chatoor (1989) para la anorexia infantil, el conflicto puede originarse desde las características de temperamento del niño y desde las características de la madre. Con relación al temperamento, Chatoor propuso que los niños que son altamente retroactivos a la estimulación, fácilmente estimulados, y distraídos durante la comida son particularmente vulnerables a la anorexia infantil. Estas características hacen al niño más fácilmente resistir las restricciones de las sillas altas o trasladar la atención de la comida a la gente o los objetos de su entorno. Algunos padres pueden tener dificultades al limitar estos comportamientos, deslizar la comida en la boca de los niños cuando están distraídos, o alimentar a los niños cuando están angustiados (Chatoor et al., 1997; Sanders et al., 1993). Algunos padres pueden también percibir el desenfado de sus hijos como incumplimiento o intencionalidad, y pueden obligar a sus hijos a comer (Sanders et al., 1993). En cada caso, las incompatibilidades crónicas entre la conducta de los niños y la respuesta de los padres fomentan el intenso afecto negativo y el conflicto durante la alimentación.

Este modelo es consistente con estudios que relacionan las percepciones maternas del temperamento con el comportamiento de los padres (Dix, 1991) y a la adaptación del comportamiento futuro del niño (Olson et al., 1989). Estudios empíricos también apoyan el enlace entre las percepciones maternas del temperamento y las dificultades en la alimentación entre los niños pequeños. Los niños valorados por los padres como difíciles en el Cuestionario del Temperamento Infantil de Carey a los seis meses fueron valorados por los observadores como de menor indicio de interés [*as less responsive*] mientras eran alimentados por sus madres (Zeanah et al., 1986). Lindberg y sus colegas (1994) informaron que los niños que desarrollan rechazo a la comida durante el primer año de vida estaban considerados como más problemáticos por sus madres que el resto [*normative populations*]. Hagekull y sus colegas (1997) también hallaron que los

problemas alimentarios en los dos primeros años de vida estaban predichos por la interacción entre las valoraciones maternas del temperamento del niño y la sensibilidad maternal. Por consiguiente, consistente con la presente investigación, partimos de la hipótesis que las valoraciones maternas de las características de temperamento de sus hijos están asociadas con la anorexia infantil.

Dentro del modelo de Chatoor (1997b), el conflicto «dyadic» puede también surgir si los padres poseen características que limitan sus capacidades para responder de forma sensible y eventual a los comportamientos alimentarios de sus hijos. Belsky y sus colegas (1996) argumentaron que la sensibilidad maternal está influida tanto por demandas medioambientales en curso como por factores más remotos, tales como las representaciones de las madres de relaciones pasadas y presentes y de historias de dificultades a la hora de comer. En consecuencia, para entender los determinantes de las interacciones alimentarias conflictivas asociadas a la anorexia infantil, la exploración de los factores que están relacionados de forma inmediata y distante a la sensibilidad de los cuidadores a las necesidades de sus hijos. Tales exploraciones son particularmente importantes desde una perspectiva de tratamiento porque aumentan la comprensión de las fuerzas potenciales en los comportamientos de los cuidadores.

Un factor alejado [*distal factor*] potencialmente importante es las actitudes alimentarias maternas. Una investigación llevada a cabo por Stein y sus colegas (1994) indicaba que comparado con sujetos control, las madres con desórdenes de alimentación invadían más el espacio de sus hijos tanto a la hora de comer como a la de jugar. Además, se encontró que el peso del niño estaba inversamente relacionado tanto a la cantidad de conflicto durante las comidas como a la magnitud de la preocupación de la madre sobre sus propias dimensiones corporales. Este último hallazgo sugiere que las madres que tienen una mayor preocupación sobre sus propios hábitos de comida también tienen dificultades a la hora de manejar las situaciones de la hora de comer y ayudar a sus hijos a regular sus hábitos alimentarios. La observación (constatación) de Russell y sus colegas (1998) de que las madres anoréxicas alimentaban insuficientemente a sus propios hijos apoyaba esta interpretación. Por consiguiente, planteamos la hipótesis que las actitudes mal adaptadas en la comida de las madres son positivamente asociadas con las interacciones alimentarias conflictivas entre madre e hijo y con la malnutrición de los niños.

Otro factor distal importante es la percepción de las madres de sus relaciones de dependencia anteriores. Los investigadores de las dependencias [*attachment researchers*]

hace tiempo establecieron la hipótesis que las relaciones de dependencia tempranas influyen en las esperanzas y comportamiento de las personas dentro de las relaciones, incluyendo las relaciones de padres e hijos (Bretherton, 1986). Un reciente meta análisis sugiere que los adultos con representaciones afectivas inseguras son menos sensibles a los indicios de sus propios hijos que los adultos con representaciones afectivas seguras (van Ijzendoorn, 1995). El impacto de las relaciones afectivas inseguras puede ser particularmente aparente durante las interacciones alimentarias porque los padres deben ser nutricios [*nurturant*] (p.e. reducir el hambre de sus hijos) y establecer límites (p.e. asegurarse que el niño está en una silla alta y no juega con o tira la comida y los cubiertos). Los padres que no tienen representaciones afectivas seguras pueden tener dificultad a la hora de comprender los comportamientos de sus pequeños y pueden no saber cuando iniciar o desistir de dar de comer o de establecer límites. Mientras que algunos padres pueden optar por una disciplina extrema y alimentar a la fuerza a sus hijos, otros pueden no establecer límites y llegar a frustrarse por la falta de alimentación de sus hijos. En ambos casos el conflicto va a aparecer. Por consiguiente, partimos de la hipótesis que las madres que mantenían representaciones inseguras de las relaciones afectivas tendrían mayores dificultades para manejar las situaciones de la alimentación y manifestarían mayor conflictividad durante las interacciones alimentarias.

Finalmente, exploramos la asociación entre las relaciones matrimoniales y las dificultades alimentarias. Gottman y Katz (1989) previamente encontraron que los matrimonios con dificultades están asociados con familias mal adaptadas; otros detectaron relaciones significativas entre la insatisfacción matrimonial y los problemas de comportamiento de los niños pequeños (Benzies et al., 1998; Harris y Ainslie, 1998; Klinnert et al., 1992). Propusimos que las dificultades matrimoniales tuvieran un impacto negativo en las capacidades de las madres para responder sensiblemente a las señales de los niños. Por consiguiente, establecimos la hipótesis que una menor satisfacción matrimonial estaría asociada a interacciones alimentarias más problemáticas y conflictivas.

En resumen, este estudio buscaba valorar la extensión a la que las características y percepciones maternas del temperamento de sus hijos están asociados con la anorexia infantil en general y con dos sintomas críticos de la anorexia infantil: conflicto alimentario y estado nutricional del niño. Postulamos que (1) los niños con anorexia infantil son percibidos por sus padres como más retroactivos [*reactive*], negativos de ánimo, buscadores de atención, y voluntariosos (caprichosos) [*willful*] que los niños sin

dificultades alimentarias; (2) las madres de los anoréxicos manifestaban unas representaciones más inseguras de las relaciones afectivas, unas relaciones matrimoniales más conflictivas y una mayor dificultad para regular su propia comida que las madres de los niños que comían picoteando (*picky eaters*) o que comían sanamente; (3) las percepciones maternas del temperamento del niño y las características maternas contribuyen al conflicto madre – hijo durante la alimentación y (4) la gravedad del conflicto durante la alimentación está relacionado con la gravedad de la malnutrición del niño.

MÉTODO

Participantes.

Niños con anorexia infantil ($n = 34$); comedores melindrosos [*picky eaters*] ($n = 34$), y comedores saludables [*healthy eaters*] ($n = 34$) participaron en este estudio. Los tres grupos eran similares en edad, sexo, etnia, y nivel socioeconómico. (Tabla 1). Los niños con anorexia infantil fueron remitidos al estudio por los pediatras y gastroenterólogos. El diagnóstico de anorexia infantil fue realizado de forma independiente por dos psiquiatras infantiles y estaba basado en los cinco criterios establecidos por Chatoor et al. (1998) y descritos en la introducción. Los padres de dos criaturas que conocían los criterios de diagnóstico de la anorexia declinaron participar.

Los «*picky eaters*» y los «*healthy eaters*» fueron reclutados en un ambulatorio urbano. Se pidió a los padres de los niños en el ámbito de edad objeto del estudio que valoraran si sus hijos eran melindrosos al comer o buenos comedores *siempre*, *a menudo*, *a veces* o *nunca*. Si los padres describían a sus hijos como melindrosos *a menudo* o *siempre*, se les incluía en el grupo de los «*picky eaters*». Si los padres describían a sus hijos como buenos comedores *siempre* o *a menudo*, se les incluía en el grupo de los «*healthy eaters*». Nueve padres de niños melindrosos y niños buenos comedores rechazaron participar en el estudio a causa de los horarios de trabajo o la localización del hospital.

Los siguientes criterios de diagnóstico fueron utilizados para determinar la clasificación final de los niños: los del grupo de los melindrosos demostraron un rechazo persistente a toda la comida o a ciertos tipos de comida durante por lo menos un mes y no mostraban deficiencias de crecimiento, como se indica en los criterios de malnutrición de Waterlow (1972). Para ser incluidos en el grupo de buenos comedores, un niño no había de tener ningún historial de rechazo de comida durante al menos un mes, no tener ninguna deficiencia de crecimiento; los padres no debían ser aprensivos con la comida del hijo. En base a sus observaciones de las madres y los hijos durante las horas de comida, el historial médico de los niños, y el estado nutricional de los niños, los dos psiquiatras utilizaron estos criterios para clasificar de forma independiente a los niños en los grupos de «anorexia infantil», «comedores melindrosos» y «buenos comedores» ($\kappa = 0.89$).

Procedimiento

Se pidió a las madres que cumplimentaran unos cuestionarios (descritos abajo) antes de las visitas al laboratorio. En la primera sesión de laboratorio, las madres y los hijos fueron grabados en vídeo durante las interacciones alimentarias (la hora de la comida). Un nutricionista midió también la altura y el peso de los niños. En la segunda sesión de laboratorio, se proporcionó a las madres el cuestionario Adult Attachment Interview (AAI) (Main y Goldwyn, 1991).

Medidas

Temperamento. El cuestionario de características del niño [The Infant Characteristics Questionnaire] (ICQ) (Bates et al., 1979) pide a los padres que juzguen hasta qué punto sus hijos son parecidos a 32 descripciones. Las respuestas de los padres pueden oscilar desde 1 (siempre) a 5 (nunca). El ICQ contiene seis subdivisiones: (1) Difícil [*Difficult*] (propensión a distraerse y dificultad de los padres a manejar al niño); (2) Adaptación Negativa al Cambio [*Negative Adaptation to Change*] (interés o sensibilidad a la novedad o a la interrupción en la rutina diaria); (3) Imparable [*Unstoppable*] (resistencia

de los niños a obedecer los ruegos de los padres); (4) Dependiente [*Dependent*] (tendencia de los niños a buscar o pedir la atención de los demás); (5) Irregular [*Irregular*] (variabilidad en las rutinas diarias); y (6) Sobrio [*Sober*] (propensión a las emociones negativas). Dos madres de anoréxicos infantiles, cuatro madres de «*picky eaters*» y cuatro madres de «*healthy eaters*» no completaron todo el cuestionario. Por consiguiente, sus datos fueron excluidos de los análisis que incluían el ICQ.

Representaciones Maternales de Afecto [Maternal Attachment Representations]. El AAI (Main y Goldwyn, 1991) valora las visiones de los adultos del pasado y las actuales relaciones de afecto. El AAI fue grabado en cassette y transcrito. Dos codificadores usaron el modelo AAI de Kobak (1989) (Q-sort) para valorar las representaciones de las madres de las relaciones de afecto. En este sistema de código los tasadores [*raters*] clasificaron 100 afirmaciones en 9 grupos que reflejaban sus similitudes a los comentarios de los encuestados. Por ejemplo, afirmaciones que son “más características” de un encuestado se agrupan y se les asignan valores de 9; afirmaciones que son “menos características” se les asignan valores de 1. Las correlaciones de Spearman entre el perfil Q-sort de un encuestado y los prototipos establecidos para las ataduras de Seguridad, Rechazo y Preocupación son utilizadas para generar variables continuas. Así pues, si la correlación entre el perfil de un encuestado y el perfil de seguridad era 0.34, entonces el valor de seguridad del encuestado sería 0.34.

Los encuestados también recibieron clasificaciones de cariño que reflejaban el grado al que sus perfiles estaban correlacionados con los perfiles establecidos. Las clasificaciones eran como sigue: (1) Seguro – Autónomo [*Secure – Autonomous*] (concepto realista e integrado de las figuras de cariño); (2) Inseguro – Despegado [*Insecure – Dismissive*] (la importancia de las relaciones afectivas está disminuida, las descripciones de las figuras de cariño están excesivamente idealizadas, o el encuestado

tiene dificultades para recuperar recuerdos de infancia específicos); (3) Inseguro – Preocupado [*Insecure – Preoccupied*] (preocupado por la ganancia o pérdida de aceptación desde las figuras de cariño dominantes); (4) Inclasificable [*Unclassifiable*] (el encuestado muestra elementos de cada una de las categorías descritas anteriormente). Siguiendo las recomendaciones de Kobak (1989), si una de las correlaciones observadas entre el perfil de los encuestados y el prototipo de Seguridad, Rechazo y Preocupación alcanzaba un valor de 0.20 o mayor, el sujeto era clasificado como tal. Sin embargo, si el perfil de un encuestado se correlacionaba con más de un perfil (p.e. ≥ 0.20 para más de un perfil), el encuestado era valorado como “inclasificable”.

Dos madres no fueron capaces de completar el AAI porque causa de enfermedad o dificultades con el inglés. Un fallo del equipo llevó a la pérdida de 5 entrevistas adicionales. El resto de las 95 entrevistas fue valorado por un mínimo de dos codificadores quienes estaban enmascarados entre el grupo asignado de las madres. El acuerdo de interrelación [*interrater*] calculado por las correlaciones de Spearman-Brown para valoraciones múltiples era $r = 0.77$ (SD=0.07)

Relaciones matrimoniales. El Test de Adaptación Matrimonial [Marital Adjustment Test] (MAT) (Locke y Wallace, 1959) consiste en 15 artículos que valoran la satisfacción en el matrimonio o en la relación actual. Las respuestas de los encuestados a cada una de las preguntas son sumadas para formar un índice de satisfacción matrimonial que varía de 2 a 158. Los valores más bajos denotan menores niveles de adaptación.

Actitudes maternas alimentarias. El Inventario de los Desórdenes en el Comer [Eating Disorder Inventory] (EDI) (Garner et al., 1983) es un auto informe inventariado [*self-report inventory*] que valora ocho actitudes típicas observadas en los adolescentes y jóvenes adultos con anorexia nerviosa y bulimia: (1) Campaña a favor de la delgadez [*Drive for Thinness*]; (2) Bulimia; (3) Insatisfacción del propio cuerpo [*Body*

Dissatisfaction]; (4) Ineficacia [*Ineffectiveness*]; (5) Perfeccionismo; (6) Desconfianza Interpersonal [*Interpersonal Distrust*]; (7) [*Interoceptive Awareness*], y (8) Temor a la Madurez [*Maturity Fears*].

Conflicto durante la comida. La subdivisión de Conflicto de la Escala Alimenticia de Chatoor [The Conflict subscale of the Chatoor's Feeding Scale] fue utilizada para valorar el grado de conflicto entre las madres y los hijos durante los 20 minutos de la interacción alimentaria. Los codificadores utilizaron la escala de 0 a 4 puntos de Likert para valorar las interacciones en 12 artículos. Dos observadores que ignoraban el uso de los sujetos del grupo, la valoración del temperamento y las valoraciones de las madres valoraron de forma independiente cada valoración ($\kappa=0.83$).

Estrategias de análisis de datos.

Los análisis se dirigieron a cuatro hipótesis negativas [*null hypothesis*]: (1) los niños con anorexia infantil no son percibidos como temperamentalmente diferentes de los niños sin dificultades alimentarias; (2) las madres de los niños anoréxicos no muestran representaciones afectivas, relaciones matrimoniales y actitudes alimentarias diferentes a las madres de los niños melindrosos con la comida o los que comían bien; (3) las características maternas y la percepción maternal de las características de sus hijos no están independientemente asociadas con el conflicto durante las interacciones alimentarias, y (4) la gravedad del conflicto durante la comida no está relacionado a la gravedad de la malnutrición del niño.

Para probar las hipótesis 1 y 2, realizamos de forma separada variados análisis de desacuerdo [*variance*] (MANOVA) para los cuestionarios del temperamento (ICQ), relaciones matrimoniales (MAT), y actitudes maternas alimenticias (EDI). Las subdivisiones para los cuestionarios específicos sirvieron como el factor interno del sujeto, y el grupo de diagnóstico (anorexia infantil, comedores melindrosos y buenos comedores)

servieron como el factor entre los sujetos [*between-subject factor*]. Finalmente, Ξ_2 fue utilizado para detectar asociaciones significativas entre las clasificaciones de afecto de la madre y el grupo diagnóstico.

Para probar la hipótesis 3, valoramos la asociación entre las características maternas, la valoración del temperamento del niño y el conflicto durante la hora de comer a través de la correlación computarizada de Pearson. Las variables que estaban significativamente asociadas con el conflicto alimentario fueron utilizadas en análisis de regresión para predecir los conflictos alimentarios. Para determinar hasta qué punto el grupo de diagnóstico estaba asociado al conflicto, creamos dos variables de contraste indicando los grupos de diagnóstico de los niños. La primera variable, “anorexia infantil”, contrastaba el grupo de los anoréxicos con los otros grupos. Para esta variable, los anoréxicos infantiles se les asignó el valor de 1 y a los restantes niños el valor de 0. La segunda variable, “comedores melindrosos”, contrastaba a los melindrosos con el resto de los niños. A los melindrosos se les asignaron valores de 1 y a los demás valores de 0. Estas variables fueron introducidas en los análisis de regresión y nos permitieron estimar la asociación entre el grupo de diagnóstico y el conflicto «dyadic».

El modelo de regresión final utilizaba cuatro variables para explicar el desacuerdo en el conflicto alimentario: anorexia infantil, comedores melindrosos, características maternas, y valoraciones del temperamento del niño. Utilizamos ese modelo para calcular la suma total de desacuerdo (R^2) que fue colectivamente explicado por los cuatro pronósticos predictores. Además, estimamos cuanto desacuerdo se explicaba sólo por cada variable. Para hacer esto procesamos coeficientes de regresión semiparciales (sr) para cada grupo de variables (Cohen y Cohen, 1983). Coeficientes de regresión semiparciales al cuadrado (sr^2) indican cuanto desacuerdo en una variable resultante se explica por un pronóstico variable cuanto los efectos de los otros pronósticos han sido

eliminados. Este análisis nos permitió determinar si el grupo de diagnóstico, las características maternas y las valoraciones de temperamento independientemente predecían el conflicto alimentario y si sus contribuciones colectivas predecían significativas cantidades de desacuerdo en el conflicto alimentario.

Utilizamos estrategias analíticas similares para explorar las asociaciones entre las características maternas, la valoración del temperamento del niño, el conflicto alimentario y el porcentaje de peso ideal del niño (hipótesis 4). Una investigación previa había demostrado que el conflicto y el peso estaban asociados negativamente en los anoréxicos infantiles (Chatoor et al., 1998). Por consiguiente, en el presente estudio exploramos si estas variables estaban asociadas a muestras no clínicas (p.e. comedores melindrosos y sanos) y excluía a los anoréxicos infantiles. Primero procesamos las correlaciones de Pearson para determinar hasta qué punto estaban asociados el AAI, el EDI, el ICQ, el conflicto alimentario y el porcentaje de peso ideal del niño. Las características maternas y las valoraciones del temperamento que estaban significativamente correlacionados ($\alpha = .05$) con el peso de los niños fueron introducidos en un modelo de regresión para predecir los pesos de los niños. Para diferenciar entre el impacto del comer melindroso en el peso de los niños, también creamos una nueva variable indicando la clasificación de los niños como melindrosos (1) o sanos (0) comedores y lo incluimos en el modelo de regresión.

En resumen, utilizamos tres grupos de variables para explicar la variación en el peso de los niños: “comer melindroso” (*picky eating*), conflicto alimentario y valoraciones de temperamento. A través del análisis de regresión determinamos cuanta variación en el peso ideal estaba explicada por esos grupos de variables (R^2). También procesamos coeficientes de regresión semiparcial (s^2) para valorar asociaciones independientes con los pesos de los niños.

RESULTADOS

Análisis Preliminares.

Dos síntomas de anorexia infantil son la malnutrición y el conflicto dyadic durante la alimentación. Los significados y los errores estándar para estas variables están presentados en la Tabla 1 por el grupo de diagnóstico. Utilizamos ANOVA con el grupo de diagnóstico como el factor inter-sujetos y el porcentaje de peso ideal (un índice de malnutrición) y el conflicto alimentario como variables dependientes. Debido a que el porcentaje de peso ideal fue desviado positivamente, utilizamos transformaciones de raíz cuadrada para esta variable en todos los análisis. Efectos de grupo significativos fueron encontrados para el porcentaje de peso ideal ($p < .0001$) para conflicto ($p < .0001$). Los tests de alcance múltiple de Duncan ($\alpha = .05$) fueron usados para comparar recursos de grupo. Los anoréxicos infantiles demostraron un porcentaje de peso ideal significativamente inferior y mayor conflicto durante la alimentación que los comedores sanos y melindrosos.

Análisis.

Valoraciones de Temperamento. MANOVA detectó un efecto significativo para el grupo en las valoraciones ICQ ($p < .0001$). ANOVAs separadas fueron gestionadas para cada subdivisión con grupo como el factor inter-sujetos. Los tests de alcance múltiple de Duncan ($\alpha = .05$) fueron usados para clasificar los 3 grupos. Efectos de grupo significativos fueron detectados para 4 de las 6 subdivisiones (Tabla 2). En conjunto, los anoréxicos infantiles y los comedores melindrosos recibieron valoraciones similares. Sin embargo, las madres valoraron a los anoréxicos infantiles como más difíciles, negativamente adaptables, dependientes, irregulares, imparables, y sobrios que los comedores sanos.

Representaciones Maternales de Cariño. Las clasificaciones de cariño generadas por el AAI son presentadas en la Tabla 3. Debido al pequeño número de sujetos, usamos χ^2 para comparar las frecuencias de representaciones de cariño maternal seguro vs inseguro a través de los grupos de diagnóstico. Comparaciones indicaron que las madres de los niños con anorexia infantil era más probable que poseyeran representaciones de cariño inseguras que las madres de comedores sanos ($p < .05$). No fueron detectadas diferencias significativas entre los grupos de anorexia infantil y los comedores melindrosos, ni entre los grupos de comedores melindrosos y comedores sanos.

Actitudes Maternales en el Comer. MANOVA detectó un efecto de grupo marginal para las valoraciones de EDI ($p < .06$). Por consiguiente, no se llevaron a cabo análisis complementarios.

Satisfacción Matrimonial de las Madres. ANOVA no detectó diferencias en el grupo estadísticamente significativas en la satisfacción matrimonial. Los promedios de grupo eran como sigue: anoréxicos infantiles, promedio = 105 (SD = 25.7); comedores melindrosos, promedio = 97.7 (SD = 25.2); y comedores sanos, promedio = 107.7 (SD = 22.3). Cada valor cae dentro del ámbito manifestado por las parejas emocionalmente sanas. (Locke y Wallace, 1978).

Conflicto alimentario. En los siguientes análisis, asociaciones entre las características maternas, las valoraciones de temperamento y el conflicto alimentario fueron examinados por medio de las correlaciones de Pearson. Seis de las 17 posibles correlaciones fueron estadísticamente significativas ($\alpha = .05$) (Fig. 1). Tres subdivisiones del ICQ (Irregular, Difícil, Sobrio) fueron correlacionados positivamente con el conflicto alimentario. Las representaciones de cariño maternas (Secure, Dismissing) y una subdivisión EDI (Drive for Thinness) fueron significativamente correlacionadas con el conflicto alimentario. Estas variables fueron utilizadas en análisis de regresión para predecir el conflicto alimentario.

El conflicto alimentario fue simultáneamente retrocedido en 4 variables: anorexia infantil, el comer melindroso, características maternas (Dismissing, Secure, Drive for Thinness); y valoraciones de temperamento (Irregular, Difícil, Sobrio). Los coeficientes de regresión para este modelo están presentados en la Tabla 4. Colectivamente, estas variables explicaron el 39% de variación en el conflicto alimentario ($p < .001$). En particular, los diagnósticos de anorexia infantil y comer melindroso fueron significativamente asociados con el conflicto dyadic. Análisis de regresión semiparcial indicaron que en el control para las otras variables, la anorexia infantil era un 14% ($p < .0001$) de variación en el conflicto alimentario y el comer melindroso era un 4% ($p < .0001$) de variación en el conflicto alimentario. Cuando se consideraban juntas las características maternas y las temperamentales también sumaban el 14% ($p < .0001$) de variación en el conflicto alimentario que era independiente del grupo de diagnóstico. Sin embargo, cuando se consideraban separadamente a través de las regresiones semiparciales, las contribuciones independientes de las características maternas (6%) y las valoraciones de temperamento (5%) no eran estadísticamente significativas.

Porcentaje de Peso Ideal. En el grupo final de análisis, valoramos hasta qué punto las características maternas, las valoraciones de temperamento y el conflicto alimentario justificaba el porcentaje de peso ideal entre los comedores sanos y los melindrosos. Correlaciones significativas ($\alpha = .05$) están representadas en la Figura 1. Un conflicto alimentario mayor estaba asociado a un porcentaje menor de peso ideal, y las valoraciones de temperamento (Dependiente, Irregular) fueron correlacionados negativamente con el porcentaje de peso ideal. Cuando los anoréxicos infantiles fueron excluidos de los análisis correlacionales, el conflicto alimentario fue correlacionado negativamente con el porcentaje de peso ideal ($r = - 0.29, p < .05$). Dos subdivisiones de temperamento fueron asimismo negativamente correlacionados con el porcentaje de peso ideal: Dependientes ($r = - 0.33, p < .05$) e Irregular ($r = - 0.31, p < .05$).

Utilizando la regresión múltiple, valoramos entre los comedores melindrosos y los sanos las contribuciones del comer melindrosamente, el temperamento (Dependiente, Irregular), y el conflicto alimentario en el porcentaje de peso ideal de los niños (Tabla 5). Colectivamente, estas variables respondían de un 21% de variación en el porcentaje de peso ideal en los niños. ($p < .05$). Los coeficientes de regresión sugerían que la dependencia del niño estaba negativa y significativamente asociada con el conflicto alimentario. Los análisis de regresión semiparciales indicaban que juntos, el conflicto alimentario y el temperamento explicaban virtualmente todas las variaciones ($sr^2 = 0.21$), mientras que el comer melindrosamente no predecía una variación única ($sr^2 = 0.001$). Análisis posteriores indicaron que el conflicto alimentario explicaba de forma independiente un 4% ($p < .05$) de la variación en el porcentaje de peso ideal de los niños, mientras que las valoraciones de temperamento explicaban de forma independiente un 9% ($p < .05$) de variación en el porcentaje de peso ideal de los niños.

DISCUSIÓN

Este estudio exploró las asociaciones entre las características maternas, las percepciones del temperamento de sus hijos, y la anorexia infantil. Los resultados indicaban que los niños con anorexia infantil eran percibidos por sus madres como poseedores de carácter más difícil que el de la población sana. Específicamente, las madres de los anoréxicos infantiles informaron que sus hijos eran más arrítmicos en los modelos de comer y dormir y humor más negativo. Además, los anoréxicos infantiles eran percibidos por sus madres como más demandantes de atención (dependientes) y más voluntariosos (imparables) que los comedores sanos. Aunque los niños melindrosos y los

anoréxicos tenían caracteres similares, los anoréxicos eran más extremados en sus caprichos y su propensión al afecto negativo.

Estos datos son consistentes con una investigación anterior que detectó asociaciones significativas entre las percepciones de las madres de sus hijos y los problemas alimentarios (Lindberg et al., 1997; Zenah et al., 1986). Sin embargo, el significado de estas asociaciones requiere más exploraciones. Varios autores se han preguntado si los informes de los cuidadores sobre el temperamento de los niños reflejan sus percepciones o describen características objetivas de los niños. El acuerdo entre los padres y entre padres y observadores ha sido de bajo a moderadamente alto (Bates et al., 1979; Frodi et al., 1978). Por consiguiente, se necesitan medidas de observación del temperamento para establecer si los niños con anorexia infantil se comportan de forma diferente a los otros niños o si sus cuidadores simplemente los perciben así.

Este estudio examinó también las asociaciones entre las características maternas y la anorexia infantil. Consistente con nuestra hipótesis, las representaciones de afecto inseguras prevalecían más entre las madres de los anoréxicos infantiles que entre las madres de los niños sanos. La seguridad afectiva también se asociaba negativamente con las interacciones alimentarias conflictivas, mientras los afectos de rechazo se correlacionaban positivamente con el conflicto alimentario. Asociaciones similares entre la inseguridad afectiva de las madres y la baja susceptibilidad hacia sus hijos han sido analizadas en una investigación anterior (van Ijzendoorn, 1995).

También examinamos las asociaciones entre las actitudes ante la comida de las madres, adaptación matrimonial, y la anorexia infantil. Contrariamente a nuestra hipótesis, las madres de los anoréxicos infantiles no reportaron actitudes ante las comidas más desordenadas ni más insatisfacción matrimonial que los otros grupos. Algunos estudios previos también fallaron en detectar asociaciones significativas entre el crecimiento del niño y la psicopatología materna (Hutcheson et al., 1993) y la adaptación matrimonial (Singer et al., 1990). Por consiguiente, la anorexia infantil puede estar presente en un contexto de matrimonios sanos y en presencia de actitudes ante la comida de las madres consideradas normativas.

En resumen, estos análisis sugieren que las valoraciones del temperamento maternas de los niños y las representaciones de afecto maternas están asociadas con la anorexia infantil. Aun fuimos más lejos con nuestra hipótesis considerando que ambos factores contribuían directamente a interacciones alimentarias conflictivas. Probamos esta proposición explorando las contribuciones de las características maternas y las

valoraciones del temperamento de los niños al conflicto durante la alimentación y al porcentaje de peso ideal de los niños. Los análisis correlacionales indicaban que las representaciones de afecto maternas y la campaña a favor de la delgadez estaban significativamente asociados con el conflicto alimentario y que características de temperamento específicas (irregular, sobrio, difícil) estaban correlacionadas positivamente con el conflicto alimentario. Cuando cada una de estas variables fue incluida en un análisis de regresión, la categoría de diagnóstico contaba para la mayor parte de variaciones en el conflicto e indicaban que la anorexia infantil exhibía el conflicto más intenso. Este último hallazgo era esperado dado que el conflicto alimentario agrandado es para de los criterios de diagnóstico para la anorexia infantil. Sin embargo, los análisis de regresión también indicaban que juntas, las representaciones de afecto maternas y las valoraciones de temperamento justificaban tanto la variación única en la variación del conflicto alimentario cuanto la categoría de diagnóstico del niño. Cuando se consideraban de forma independiente, las representaciones de afecto y las valoraciones de temperamento justificaban cantidades similares de variación del conflicto alimentario. Por consiguiente, nuestros datos sugieren que incluso cuando los efectos de la categoría de diagnóstico son justificados, las representaciones de afecto maternas y las valoraciones de temperamento del niño son indicios significativos de conflicto alimentario.

En un análisis de regresión final, exploramos las contribuciones relativas de las características maternas, valoraciones de temperamento y el conflicto alimentario en estado nutricional del niño entre los grupos sanos melindrosos. Este análisis sugería que el conflicto madre—hijo más las valoraciones del temperamento del niño explicaba un 21% de variación en el peso ideal de los niños. Análisis adicionales indicaron que el conflicto explicaba independientemente un 4% de variación en el estado nutricional del niño (porcentaje de peso ideal), mientras que las valoraciones de temperamento del niño explicaban un 9% adicional de la variación en el estado nutricional. El impacto de la forma de comer melindrosa en el peso era despreciable. Estos datos sugieren que a pesar de las manías en la comida de los niños, el conflicto dyadic durante la alimentación y las percepciones maternas del temperamento contribuyen de forma significativa al estado nutricional de los niños entre la población no clínica.

En resumen, estos datos apoyan los hipotéticos lazos entre las características maternas, las percepciones del temperamento de sus hijos y el conflicto dyadic, y el hipotético lazo entre el conflicto alimentario y el peso del niño. Además, las valoraciones de temperamento también estaban directamente relacionadas con el peso del niño.

Colectivamente, estos datos sugerían que cuando se consideraban en conjunto, las características maternas y las percepciones del temperamento de sus hijos explican porciones significativas de variación en el conflicto alimentario. Independientemente, estas dos variables se justifican de forma similar, pero pequeñas variaciones en el conflicto alimentario. Este último hallazgo sugiere que la influencia del temperamento (como estaba valorado por los cuidadores) y las vulnerabilidades maternas en el conflicto alimentario pueden ser aditivas.

Estos análisis también sugieren que los comedores melindrosos representan una forma subclínica de anorexia infantil. Como se ha descrito previamente, los comedores melindrosos y los anoréxicos infantiles reciben valoraciones de temperamento similares de sus madres, pero los comedores melindrosos demostraron de forma significativa un conflicto alimentario menor que los anoréxicos infantiles y no exhibían malnutrición aguda o crónica. Este nivel de conflicto menor puede “proteger” a los comedores melindrosos que son percibidos como temperamentalmente difíciles para desarrollar una anorexia infantil hecha y derecha.

Limitaciones

Este estudio representa un primer intento para explorar las asociaciones entre las características maternas y las percepciones del temperamento del niño entre los anoréxicos infantiles y la población no clínica. Sin embargo, el perfil de diseño de este estudio limita nuestra habilidad para hacer afirmaciones rotundas con relación a los orígenes de la anorexia infantil. Además, se necesitan medidas de observación del temperamento para clarificar si las valoraciones maternas del temperamento de los niños reflejan características objetivas de los niños o percepciones maternas.

Implicaciones clínicas

El tratamiento para la anorexia infantil debería centrarse en reducir el conflicto alimentario. Esto puede conseguirse dirigiendo las percepciones de los padres del temperamento de sus hijos y explorando posibles vulnerabilidades de los padres (Chatoor et al., 1997b). La reestructuración del temperamento del niño con frecuencia permite a los padres reformar las características negativas en características que pueden ser toleradas y manejadas. Ayudar a los padres vulnerables a estar más cómodos con la puesta a límite [limit-setting] puede reducir también el conflicto alimentario y facilitar la regulación interna del niño con relación a la comida.

TABLA 1

Características Demográficas, Peso y Conflicto Alimentario por Grupos de Diagnostico.

	Grupo de Diagnostico			
	Anorexia Infantil (n = 34)		Picky Eater (n = 34)	
Mujeres	20		14	
Raza				
Americanos Blancos	18		18	
Afro-Americanos	9		9	
Asiáticos	5		4	
Latinos	1		2	
	Promedio	SE	Promedio	SE
SES	2.2	0.2	2.0	0.2
Educación de la madre (años)	16.2	0.6	16.4	0.4
Edad de la madre (años)	33.5	101	33.7	0.9
Edad del niño (meses)	21.4	1.1	24.1	1.2
Porcentaje de peso ideal	84.2 ^a	0.8	102.4 ^b	1.1
Conflicto durante la comida	11.9 ^a	0.9	8.8 ^b	0.9

Nota: promedio con diferentes letras de superíndice son significativamente diferentes ($\alpha = .05$). SES = estado socioeconómico, basado en el Índice de los Cuatro Factores del Estado Social de Hollingshead (1975)

TABLA 2

Valoraciones del Temperamento del Niño

	Grupo					
	Anorexia Infantil		Picky Eater		Healthy Eater	
Valoraciones de temperamento	Promedio	SE	Promedio	SE	Promedio	SE
Difícil	28.3 ^a	1.6	24.9 ^a	1.2	19.8 ^b	1.0

Adaptación Negativa	al 16.0 ^a	0.8	16.6 ^a	1.0	12.9 ^b	0.8
Cambio						
Imparable	12.5 ^a	0.5	11.8 ^{ab}	0.6	10.6 ^b	0.7
Dependiente	8.6 ^a	0.5	7.5 ^a	0.4	6.1 ^b	0.4
Irregular	8.1 ^a	0.6	7.9 ^a	0.4	5.0 ^b	0.5
Sobrio	4.8 ^a	0.4	4.4 ^{ab}	0.3	3.6 ^b	0.4

Nota: Promedios con diferentes letras en superíndice son significativamente diferentes ($\alpha = .05$).

† $p < .10$; ** $p < .01$; *** $p < .0001$.

TABLA 3

Frecuencia y Porcentaje (%) de las Clasificaciones del Afecto de los Adultos por Grupo de Diagnóstico

Clasificaciones de Afecto	Grupo de Diagnóstico	
	Healthy Eater (<i>n</i> = 32)	Picky Eater (<i>n</i> = 31)
Seguro	19 (59)	15 (48)
Despegado (Dismissing)	6 (19)	7 (23)
Preocupado	2 (6)	8 (26)
Inclasificable	5 (16)	1 (3)

TABLA 4

Modelo de Regresión para Predecir el Conflicto Durante las Interacciones Alimentarias

	β	<i>B</i>	SE
Anorexia Infantil	0.54	6.37	1.58
Picky Eating	0.27	3.21	1.43
Despegados	0.22	3.27	2.07
Seguro	0.06	0.67	1.74
Drive for Thinness	0.13	0.20	0.15
Irregular	0.06	0.10	0.20
Sobrio	0.25	0.68	0.28
Difícil	- 0.06	- 0.04	0.08

Nota: β = coeficiente de regresión estandarizado; *B* = coeficiente de regresión no estandarizado; SE = error estándar asociado con *B*

* $p < .05$; *** $p < .0001$.

TABLA 5

Modelo de Regresión para Predecir el Peso

	β	<i>B</i>	SE
Picky Eating	- 0.06	- 0.04	0.12
Conflicto alimentario	- 0.24	- 0.02	0.01

Dependiente	- 0.29	- 0.05	0.02
Irregular	- 0.10	- 0.02	0.02

Nota: β = coeficiente de regresión estandarizado; B = coeficiente de regresión no estandarizado; SE = error estándar asociado con B

† $p < .10$; * $p < .05$