

Predicción de las alteraciones alimentarias informadas a los 8 años de edad

Bielsa, A.

La relación entre la psicopatología paterna y las alteraciones en el niño han sido apoyadas por un gran cuerpo de investigación (Rutter, 1989). Los niños con padres esquizofrénicos tuvieron que ser primero examinados para el desarrollo de la psicopatología (Mednick et al., 1975), seguido por estudio en niños de padres depresivos o alcohólicos (Ledingham, 1990). Hasta la fecha, los niños de padres con desórdenes de la alimentación o alteraciones alimentarias han sido examinados en un número muy pequeño de estudios. Dos grupos de estudios han relacionado las alteraciones alimentarias paternas con las alteraciones alimentarias en el niño: (1) los que han dirigido indirectamente la influencia en alteraciones alimentarias paternas sobre las alteraciones alimentarias en niños, en un contexto de amplios factores de riesgo y (2) los que dirigen explícitamente la influencia de la psicopatología alimentaria paterna sobre la psicopatología alimentaria emergente en niños.

El primer grupo de estudios está formado por historias familiares o estudios familiares y estudios caso-control con muestras clínicas de pacientes con anorexia nerviosa, bulimia nerviosa y trastornos generalizados de la alimentación. La mayoría de los estudios de historiales familiares controlados mostraron niveles incrementados de anorexia y bulimia nerviosa en parientes de primer grado de, tanto pacientes con anorexia como con bulimia nerviosa, al aplicar un estudio familiar riguroso (Gershon et al., 1983; Kasset et al., 1989; Lilienfeld et al., 1998; Stein et al., 1999; Strober et al., 1985, 1990), sugiriendo una vulnerabilidad compartida y transmisible para ambos trastornos. La evidencia actual sugiere que ambos factores, genético y ambiente familiar explican el acumulo de trastornos alimentarios en parientes de pacientes anoréxicos o bulímicos (Fairburn et al., 1999; Lilienfeld y Kaye, 1998). Además, Fairburn et al. (1997, 1998) dirigieron un estudio caso-control para la bulimia nerviosa y otro para los trastornos generalizados de la alimentación. Para la bulimia nerviosa, los factores que específicamente discriminaron sujetos bulímicos y psiquiátricos incluyeron comentarios

críticos de la familia a cerca del peso y la forma y obesidad paterna. En el segundo estudio, en comparación con los sujetos psiquiátricos, los sujetos que comían en exceso también informaron de un nivel más elevado de exposición a comentarios críticos por sus familias a cerca del peso, la forma o la comida, e informaron de más obesidad en la infancia. Tanto los estudios familiares como los estudios caso-control son de sección transversal, examinan muestras clínicas de pacientes adolescentes y jóvenes adultos trastornados, y confían en la evaluación retrospectiva de los factores paternos como factores de riesgo putativos. Además, los estudios de familias, no especifican a qué edad los pacientes con trastornos de la alimentación fueron expuestos a los factores de riesgo familiares; en los estudios caso-control tal exposición podría haber ocurrido en cualquier momento antes de la aparición de los trastornos (medias 19.0 y 16.8 años).

El segundo grupo de estudios dirige explícitamente la influencia de los trastornos de la alimentación paternos o alteraciones en las alteraciones alimentarias y el temperamento en niños más jóvenes. Stein et al. (1994) observaron directamente un grupo de niños de 12 a 14 meses de edad de madres con tanto historiales de trastornos de la alimentación como con trastornos de la alimentación en proceso ($n = 34$) comparado con un grupo control sin trastornos de la alimentación ($n = 24$). Las observaciones en madres y niños se llevaron a cabo en casa durante situaciones de juego o durante las comidas. Diferencias significativas encontradas entre las madres indicadas y las control expresaron más frecuentemente emociones negativas durante las comidas, siendo las madres indicadas más intrusivas y menos facilitadoras, con más conflicto entre la madre y el niño tanto durante las comidas como durante el tiempo de juego. El grupo índice de niños fue también evaluado como menos feliz que los controles. Además, la extensión del conflicto entre madre y niño durante las comidas y el grado de preocupación de la madre a cerca de la forma de su propio cuerpo se relacionaron de forma inversa con el peso del niño.

Examinando un grupo ($n = 10$) de hijos (edades 1-4 años) de mujeres con trastornos alimentarios en curso o pasados en comparación con niños control ($n = 10$), Waugh y Bulik (1999) no encontraron diferencias en la satisfacción de las madres con la apariencia de sus hijos así como ninguna diferencia en el temperamento de la infancia. Sin embargo, durante una interacción grabada en video en el momento de la comida, las

madres con trastornos alimentarios hicieron menos comentarios positivos a cerca de comer y la comida que las madres control. Finalmente, en un estudio publicado recientemente Whelan y Cooper (2000) compararon 3 grupos de niños de 4 años de edad: niños con problemas para ser alimentados ($n = 42$) confirmados por observación directa durante una comida familiar, niños sin problemas para ser alimentados ($n = 29$), y una muestra al azar de niños sin trastornos. Comparado con las madres de dos grupos de comparación de niños, las madres de niños con problemas para ser alimentados tuvieron marcadamente un elevado nivel de trastornos de la alimentación DSM-IV tanto en curso como en el pasado (odds ratio 11.1).

Stice et al. (1999) informaron un estudio prospectivo relacionando las características alimentarias de los padres con los trastornos de la alimentación en el niño. Una muestra de 216 recién nacidos y sus padres fueron monitorizados durante los primeros 5 años de vida de los niños. Los trastornos de la alimentación en la infancia definidos en este estudio fueron pronosticados por un número de variables maternas (no satisfacción del cuerpo materno, internalización de ideas de adelgazamiento, dietas y síntomas maternos de bulimia) y también por el índice de masa corporal (BMI)¹ e historia paterna de sobrepeso. Las actitudes alimentarias del padre y su efecto en el peso del niño y las preocupaciones de forma y los trastornos de la alimentación, no fueron analizados en este estudio. Examinando de forma más cercana un subgrupo de estos niños ($n = 41$) con madres que presentaban un desorden alimentario pasado o presente, Agras et al. (1999) encontraron que las hijas de madres con desórdenes de la alimentación demostraron mamar en un grado superior y más tarde lloriquear por el biberón comparado con los niños de mujeres sin desórdenes de la alimentación. Además, los primeros niños exhibieron mayor afecto negativo a los 5 años, sin diferencias entre niños y niñas.

Tomados de forma conjunta, estos estudios sugieren (1) que existe una transmisión familiar de trastornos alimenticios, (2) que los comentarios de crítica sobre el peso del niño y la forma y la obesidad paternal/ infancia pueden ser factores asociados con es desarrollo de desórdenes de la alimentación, (3) que las actitudes maternas hacia el peso y la forma y los desórdenes alimentarios maternos influyen tanto el estilo

alimentario de sus hijos como el afectivo, y (4) que la evidencia de influencias maternas en los trastornos alimentarios de la infancia se limita a los primeros 5 años de vida y se conoce poco acerca de estas influencias en la infancia más tardía.

Con la excepción del peso paterno, donde se ha encontrado tanto la obesidad materna como la paterna como factores de riesgo, la mayoría de los estudios no discriminaron entre influencias paternas y maternas en la conducta de alimentación del niño. Finalmente, solo 2 de los estudios mencionado incluyeron a niños (Agras et al., 1999; Stice et al., 1999). El resto de los estudio restringieron sus análisis a las niñas. De acuerdo con esto, un objetivo de este estudio fue examinar las influencias de los padres en las actitudes y las conductas de niños de 8 años de edad, los últimos siendo evaluados con una entrevista directa del niño, en una muestra comunitaria monitorizada desde el nacimiento. Debido a que los trastornos de la alimentación afectan más a mujeres que a hombres, estuvimos específicamente interesados en los efectos del sexo tanto en términos de influencias diferenciales de los padres como en las diferencias de sexo en la aparición de trastornos de la alimentación en el niño. Debido a que dos estudios sugirieron que los trastornos alimentarios maternos podrían también estar asociados con un estilo de afectividad negativa en el niño, un segundo objetivo del estudio fue examinar la especificidad de los trastornos alimentarios de los padres relacionándolos con emociones negativas en el niño como un criterio adicional de resultado.

MÉTODO

Participantes

El grupo original de participantes fueron 216 recién nacidos y sus padres, reclutados de diferentes hospitales (un hospital universitario, un hospital público y una organización para el mantenimiento de la salud) en el área de la bahía de San Francisco. Cien niños fueron machos y 116 hembras. Los niños fueron incluidos en el estudio si (1) habían nacido a término (>37 semanas de gestación), (2) tuvieron puntuaciones de Apgar de al menos 7 al 1 y 5 minutos después del parto, (3) presentaban ausencia de

¹ N del T. BMI: Body Mass Index, en el artículo original.

anormalidades congénitas, y (4) no habían experimentado enfermedad durante la hospitalización del nacimiento. El reclutamiento se llevó a cabo por asistentes de investigación entrenados después de haber revisado los registros de hospitales para identificar a los sujetos elegibles. Se contactó con los padres interesados primero a través del teléfono y después fueron invitados al Infant Feeding Laboratory, dónde el estudio fue completamente explicado y se firmó el consentimiento para participar. El estudio fue aprobado por el Stamford University Comité for the Protection of Human Subjects.

En la primera parte del estudio, tanto los padres como los hijos habían sido monitorizados longitudinalmente desde el nacimiento hasta la edad de 6½. A los 8 años de edad, se contactó con los padres otra vez y se les pidió participar en evaluaciones adicionales. De la muestra original, 50% estuvieron de acuerdo en participar. La única diferencia entre los padres que no participaron y los que participaron fue la edad materna ($t_{196} = 2.16, p = .03$), siendo las madres que no participaron 1 año más jóvenes. El tamaño de la muestra incluido en este punto de la evaluación consistió en 108 niños (54 niños y 54 niñas).

Medidas

Medidas paternas de trastornos de la alimentación. Incluyeron tres subescalas más representativas de trastornos de la alimentación, del Eating Disorder Inventory (Garner et al., 1983) (insatisfacción con el cuerpo, preocupación por la delgadez y bulimia) conjuntamente con las subescalas de Restricción y Desinhibición del Three Factor Eating Questionnaire (TFEQ) (Stunkard y Messick, 1985). El TFEQ cubre tres dimensiones de la conducta alimentaria: (1) control cognitivo de la alimentación, como la restricción de comida; (2) desinhibición; y (3) hambre. La subescala de la Desinhibición refleja el grado al cual la conducta alimentaria de una persona se desinhibe por situaciones o estados emocionales. Puntuaciones altas en la subescala de la Restricción normalmente controlan la ingesta de comida de forma cognitiva más que seguir los signos internos de hambre.

Los cuestionarios fueron rellenados separadamente por los padres en el laboratorio, cuando los niños tenían de 2 a 4 años. Un análisis principal de componentes

fue llevado a cabo para reducir la redundancia en el establecimiento de medidas paternas de trastornos de la alimentación. El análisis reveló que en las madres dos factores midiendo el 74% de la varianza resultante. El primer factor tuvo las cargas más altas de insatisfacción con el cuerpo y desinhibición (0.80 y 0.85), pero también carga alta en la bulimia y la preocupación por la delgadez (0.70 y 0.72). El segundo factor cargo sobretodo la restricción (0.84) y en menor extensión en la bulimia y la preocupación por la delgadez (0.48 y 0.41). En los padres solo un factor explicó el 47% de la varianza resultante, con las cargas más altas en la desinhibición (0.79), pero también cargas altas de bulimia y preocupación por la delgadez (ambos 0.73).

Tanto para utilizar medidas no redundantes como para mantener las medidas para madres y padres simétricas, restringimos la inclusión de las medidas paternas de los trastornos de la alimentación a las subescalas de la Desinhibición y la Restricción. Para permitir el cálculo del BMI, el peso materno y la estatura fueron medidos 6 meses después del parto. La estatura fue medida hasta los milímetros con es estadiómetro. El peso del cuerpo fue evaluado has el 0.1 kg más próximo utilizando balanzas digitales, llevando las participantes ropa ligera. La estatura y el peso paterno fueron medidos en la primera visita.

Medidas infantiles de trastornos de la alimentación. Estas medidas fueron obtenidas de una entrevista infantil estructurada llevada a cabo a la edad de 8 años. La entrevista se basó en la McKnight Risk Factor Survey (Shisslak et al., 1999), un cuestionario diseñado para evaluar un número de riesgos potenciales y factores de protección para el desarrollo de alimentaciones desordenadas en chicas preadolescentes y adolescentes. La versión utilizada en este estudio fue adaptada a un formato de entrevista para ser apropiado para niños de 8 años de edad. Algunas de las preguntas para niñas adolescentes (relacionadas con la madurez sexual, citas, etc.) que no eran aplicables para este grupo fueron excluidas, y se incluyeron algunas preguntas adicionales para los chicos.

La selección de las medidas de resultados en le niño se basó tanto en consideraciones teóricas como metodológicas. Para los adolescentes, los síntomas

tempranos de trastornos alimentarios (p Ej. preocupaciones por el peso, dietas y síntomas de trastornos alimentarios) pronosticaron consistentemente trastornos y desórdenes tardíos (Attie y Brooks-Gunn, 1989; Calam y Waller, 1998; Killen et al., 1994, 1996; Leon et al., 1995). Debido a que casi no se sabe nada de la naturaleza de los trastornos de la alimentación en edades más tempranas y su estabilidad hacia la adolescencia y la edad joven adulta, escogimos estos síntomas tempranos como resultado de las variables para los niños en este estudio. Además, del número de variables evaluadas en el niño entrevistado, se eligieron aquellas con intercorrelaciones menores.

Las variables de sucesos primarios incluidos originalmente para los trastornos de la alimentación en el niño fueron conducta exagerada (“No podía parar de comer”, “Comer mucho de una sola vez”), conducta purgativa (“Comer tanto que se puso enfermo del estómago o vomitó”, “Tomar medicinas para perder peso”), conductas de control de peso (“Ha intentado perder peso”, “ha dejado de comer”, “Se ha saltado comidas”, “Hacer ejercicio para perder peso”, “Comer menos dulces o comidas grasas para perder peso”), y preocupaciones sobre la gordura, evaluadas por dos ítems relacionados con las preocupaciones acerca de la gordura (“Se sintió gordo”, “Es difícil pasárselo bien”, “Se sintió cansado sin razón”, “Sintió dificultad en prestar atención”).

Las variables de sucesos secundarios fueron las preocupaciones paternas percibidas y comentarios sobre los pesos de sus hijos y la forma fueron evaluadas por dos preguntas al niño acerca de si era importante para su padre/ madre que el niño estuviese delgado y si la madre/ padre había hecho comentarios sobre el peso del niño o la comida que hiciesen al niño sentirse mal. Todas las respuestas fueron codificadas en una escala Likert de 3 puntos (nunca, a veces, mucho).

Los análisis descriptivos encontraron que un 55.6% de los niños y un 38.9% de las niñas presentaban conductas de comida exagerada “a veces” y “mucho”, y el 24.1% de los niños y el 31.5% de las niñas presentaron conductas purgativas “a veces” y “mucho”. Dadas las altas frecuencias de estas conductas, parece probable que la sensibilidad de los conceptos de exageración y purgación a la edad de 8 años no es suficientemente alta para discriminar entre conducta clínicamente relevante y sobre-reacción y vómito en

relación a otros aspectos que no son las preocupaciones por el peso. Por ello, decidimos excluir estas dos variables de análisis posteriores. La consistencia interna fue calculada para diferentes subescalas de la entrevista a los 8 años. Los valores Cronbach α para las escalas respectivas fueron .78 para la dieta, .73 para las preocupaciones sobre la gordura y .61 para la subescala de afectividad negativa.

La afectividad negativa fue la única variable infantil que fue distribuida normalmente. La mayoría de las otras medidas del niño (preocupaciones sobre la gordura, comentarios paternos negativos sobre el peso y la forma, e importancia de la delgadez del niño) fueron recodificados en medidas binarias con comentarios de las conductas o actitudes codificadas como 1. Para recodificar la conducta de control de peso en una variable binaria, decidimos utilizar el quintil más alto del total de conductas de control de peso (media de las cinco preguntas) como conducta clínicamente relevante en el niño. Esto resultó en un corte de 1.8. Los valores mayores o iguales a 1.8 fueron codificados como 1, y los valores por debajo como 0.

Análisis de los datos

Dada la escasez de conocimiento acerca de las influencias paternas en las actitudes y comportamientos alimentarios de los niños, y en la base de la suposición de que la psicopatología alimentaria en los padres y sus influencias en las conductas alimentarias de los niños pueden ser transmitidas de forma diferente, se llevaron a cabo análisis separados de madres y padres. Las medidas dependientes fueron los trastornos alimentarios del niño (preocupaciones a cerca de la gordura y conductas de control de peso) y escalas de afecto negativas. Las medidas independientes fueron el BMI de los padres, medidas de trastornos alimentarios en los padres (TFEQ Desinhibición y Restricción), el sexo del niño y las interacciones entre el sexo y las medidas de trastornos alimentarios. Para los trastornos alimentarios, que son variables binarias, se llevó a cabo una regresión logística. Para el afecto negativo, que es una medida de suceso continuado, un análisis de la regresión múltiple lineal fue llevado a cabo.

Un análisis secundario se realizó de la misma forma con la importancia paternal percibida acerca de delgadez y los comentarios del padre y de la madre sobre el peso niño y las comidas como variables resultantes.

RESULTADOS

La edad media fue de 8.02 (SD = 0.11) para las niñas y 8.6 (SD = 0.12) para los niños. El 83% de las niñas y el 81% de los niños fueron de raza blanca. La media de BMI para ambos, niños y niñas estuvo ligeramente por encima del percentil 50. La media de BMI para las madres evaluadas 6 meses después del parto fue 24.2 (SD = 4.4); el BMI medio para los padres evaluados en la primera visita fue 25.3 (SD = 3.34). Las correlaciones entre los BMI de los niños a la edad de 8 años y el BMI paternal fueron bajas (0.21 para las madres y 0.28 para los padres), como lo fueron las correlaciones entre el BMI del niño y los trastornos alimentarios paternos (0.00-0.04). El BMI del niño a la edad de 8 años no estuvo significativamente relacionado a la insatisfacción corporal del niño, la dieta y la afectividad negativa.

La Tabla 1² muestra las frecuencias para las variables primarias y secundarias resultantes separadamente para niños y niñas. Por conveniencia, las categorías “a veces” y “mucho” fueron colapsadas en la tabla pero no así en el análisis. Las frecuencias para cada uno de los ítems individuales constituyendo las variables resultantes para trastornos alimentarios y afecto negativo en el niño fueron examinadas para las diferencias de sexo por un análisis de χ^2 . No se encontraron diferencias significativas para el sexo de los niños.

Variables resultantes primarias

Los tres modelos que utilizan variables maternas como predictoras de los resultados primarios en el niño fueron estadísticamente significativas (Tabla 2)³. Hubo también una interacción significativa sexo x desinhibición, con desinhibición maternal más alta pronosticando el control de peso y las conductas de dieta en sus hijas pero no en sus

² N del T: Tabla 1, página 367 del artículo original.

³ N del T: Tabla 2, página 368 del artículo original.

hijos (fig 2)⁴. Finalmente, el afecto negativo en el niño fue pronosticado por el BMI de la madre, aunque la cantidad de varianza explicada en este modelo es pequeña (6.4%).

Ninguno de los modelos para los padres fue estadísticamente significativo, no indicando ninguna asociación entre predictores paternos de alimentación trastornada y las actitudes de alimentación trastornada en el niño, conducta y emocionalidad negativa.

Variables resultantes secundarias

Hubo una interacción significativa entre el sexo (niño) × desinhibición (materna) para la percepción del niño “Mi madre quiere que esté delgado” (Tabla 3)⁵. Puntuaciones más altas en desinhibición materna predijeron puntuaciones más altas en las hijas. Además, el BMI materno predijo significativamente percepciones de los niños como “Mi padre quiere que esté delgado”, esto es un efecto diferencial de sexo paternal (Tabla 3).

Para los padres hubo una interacción significativa sexo (niño) × desinhibición (paternal) para los comentarios críticos de la madre sobre el peso y la comida, indicando que las niñas que se sintieron criticadas por sus madres, tenían padres con niveles más altos de desinhibición. Como en el caso de las madres, el BMI paternal predijo significativamente la percepción del niño que “Mi madre quiere que esté delgado”.

DISCUSIÓN

Este estudio examinó prospectivamente, las influencias paternas en actitudes seleccionadas de alimentación y conductas informadas en los niños de 8 años con especial énfasis en las diferencias de sexo entre madres y padres, así como efectos diferenciales de acuerdo al sexo de sus hijos. Se encontraron diferencias de sexo tanto para los padres como para sus hijos. Las puntuaciones de restricción materna y desinhibición evaluados en el momento de ingreso en el estudio predijeron un cuerpo de insatisfacción y conducta dietética mayores en sus hijas pero no en sus hijos. También

⁴ N del T: Figura 2, página 369 del artículo original.

⁵ N del T: Tabla 3, página 370 del artículo original.

encontramos que, sólo para las chicas, las puntuaciones más altas de desinhibición materna predijeron la percepción de sus hijas de que sus madres querían que ellas estuviesen delgadas. Por otra parte, no hubo asociación entre los trastornos alimentarios paternos y los trastornos de sus hijos.

Aunque incluimos sólo las variables maternas evaluadas en el nacimiento en la predicción de trastornos alimentarios en el niño, sabemos por un estudio relacionado de la misma muestra (Rivzi et al., 1999) que la estabilidad de a desinhibición materna y la restricción por encima de los 6 años es relativamente alta (correlaciones 0.73 y 0.63, $p < .001$). Debería ser también puntuado que la desinhibición materna en este estudio estuvo relacionada con la bulimia y la preocupación por da delgadez. Parece probable, por ello, que estas madres demuestran un patrón de actitudes alimentarias trastornadas y conductas incluyendo desinhibición más alta, preocupación más alta por la delgadez, conductas bulímicas y comidas restringidas. Este es un patrón típico para mujeres con síntomas de bulimia que, en base a la alta preocupación por la delgadez, se comprometen a conductas alimentarias restringidas a menudo seguidas por alimentación desinhibida.

No se encontraron asociaciones entre el BMI paterno y conductas alimentarias trastornadas y actitudes en sus hijos. Sin embargo, se encontraron asociaciones entre un BMI más alto en un padre y la percepción de los niños (niñas y niños) de las otras creencias de los padres sobre la importancia de estar delgado. Aunque estos resultados reflejan percepciones subjetivas de los niños, pueden indicar que si un padre tenía sobrepeso, el otro padre podría expresar preocupaciones acerca del peso y la forma de su pareja, proporcionando un ambiente familiar en el que tales preocupaciones fueron frecuentemente expresadas, y de este modo afectando a los niños. Esto también es apoyado por el hallazgo de que las niñas que se sintieron muy criticadas por sus madres en relación a su peso y comida tuvieron padres con puntuaciones más altas de desinhibición, aunque el tamaño de la muestra para los resultados posteriores fue pequeño.

Sólo unos pocos estudios previos se han dirigido a los diferentes hábitos alimentarios relacionados con el peso en trastornos alimentarios de la infancia. Stice et al.

(1999) encontraron relación entre el BMI materno y la historia paterna de sobrepeso, en la aparición de alimentación inhibitoria y reservada a niños de 5 años. De los estudios dirigidos indirectamente a las influencias familiares evaluando la historia familiar de desórdenes de la alimentación en parientes masculinos (padres e hijos) fueron más bajos que los de los parientes femeninos (madres y hermanas) (Lilenfeld et al., 1998; Stein et al. 1999) o no pudieron ser detectados (Srober et al., 1990).

Conjuntamente con nuestros resultados, la evidencia sugiere que el impacto de desórdenes alimentarios maternos y los trastornos de la alimentación es más fuerte que el de las actitudes paternas y trastornos y se refugia en la primera infancia.

Pocos estudios hasta la fecha, se han centrado en la aparición de actitudes y conductas alimentarias trastornadas dependiendo del sexo. Stice et al. (1999) encontraron diferencias de sexo sólo para los vómitos, informando las madres de vómitos más a menudo para niños. No se encontraron diferencias para la alimentación inhibida, comida reservada o sobrealimentación. Agras et al. (1999) encontraron que las hijas de madres con desórdenes alimentarios pasados o presentes mamaban significativamente más rápido y fueron destetadas alrededor de 9 meses más tarde que sus hijos o los niños de madres sin desórdenes alimentarios. Se desconoce el mecanismo de este efecto. En nuestro estudio, no se encontraron diferencias de sexo para ninguno de los trastornos alimentarios referidos. Las diferencias de sexo aparecieron, de forma similar a la información de Agras et al. (1999), sólo en interacciones con las variables maternas de los trastornos alimentarios. Esto sugiere que aunque los niños y niñas pueden estar afectados de forma diferente por las actitudes y conductas alimentarias de sus padres, estos procesos no han conducido todavía a diferencias en trastornos alimentarios por el sexo. En muestras de adolescentes, el sexo femenino se considera un potente factor de riesgo en la aparición de desórdenes alimentarios (Connors, 1996; Striegel-Moore, 1997). Las explicaciones para las diferencias de sexo normalmente se relacionan con cambios en la forma del cuerpo y el peso que ocurren durante la pubertad y las presiones socioculturales y de compañeros para ser delgados, que son mucho más fuerte para chicas adolescentes que para los chicos (Smolak y Levine, 1996; Striegel-Moore et al., 1986). El presente estudio sugiere que a la edad de 8 años, sólo las niñas que tienen

madres con psicopatología alimentaria tienen más probabilidad de mostrar conductas y actitudes alimentarias trastornadas, que los niños, aunque esto no excluye otras influencias como las presiones sociales y de los compañeros, que no fueron evaluados en este estudio.

El segundo objetivo del estudio fue evaluar la especificidad de trastornos alimentarios paternos en relación con la alimentación y/ o trastornos afectivos en el niño. No se encontró tal asociación, aunque hubo una débil asociación entre un BMI más alto en la madre y un estilo afectivo negativo en el niño. Una explicación para este resultado sería que las madres con BMI mayor (y menor autoestima) mostraron más afecto negativo, influenciando así el estilo afectivo de sus hijos. Desafortunadamente, no fuimos capaces de evaluar la afectividad negativa en las madres.

Los pilares de este estudio residen en su perspectiva longitudinal, siendo evaluadas las variables paternas brevemente después del nacimiento y relacionadas con los trastornos del niño de 8 años. En este estudio, las actitudes y trastornos de la alimentación infantil se evaluaron entrevistando al niño más que siendo obtenidos de informes maternos.

Limitaciones

Una limitación del estudio es que no fuimos capaces de evaluar el exceso y la purga, que representan variables importantes en las conductas alimentarias trastornadas en adolescentes, sin validez suficiente en esta muestra de niños. Tampoco sabemos si las conductas dietéticas informadas por los niños reflejan realmente ingestas alimentarias limitadas. Otra limitación es que en evaluaciones más recientes, fuimos capaces de incluir sólo el 50% de la muestra original para participación en el estudio. De acuerdo con esto, los tamaños de muestra para niños que exhiben trastornos relacionados con la alimentación como los definidos en este estudio, son relativamente pequeños.

Implicaciones clínicas

Aunque fuimos capaces de observar predictores interesantes de trastornos alimentarios de la infancia, la importancia clínica de tales trastornos es desconocida en la actualidad. Es posible que tales trastornos pronostiquen psicopatologías futuras de desórdenes de la alimentación. Para desórdenes idénticos como la depresión mayor y las fobias, las diferencias de sexo parecen surgir una vez los niños entran en la pubertad (Burke et al., 1990). Si ambos trastornos encontrados, así como las diferencias de sexo, son precursores de desórdenes pueden ser dirigidos sólo monitorizando una muestra de niños desde los 8 años hasta la adolescencia.