

49



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

0296131

"RASGOS DE TEMPERAMENTO EN MADRES DE NIÑOS CON TRASTORNO DE LA INGESTIÓN ALIMENTARIA EN LA INFANCIA"

TESIS

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE: LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

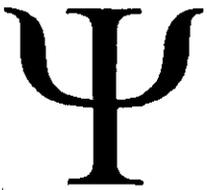
PRESENTA: CLINE HABERKORN LIORA

DIRECTOR: DRA. GILDA GÓMEZ PÉREZ MITRE

ASESOR ESTADÍSTICO: LIC. RUBÉN VARELA

REVISOR: MTRA. LUCY REDIL MARTÍNEZ

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO



MÉXICO, D.F.

2001



EXAMENES PROFESIONALES FAC. PSICOLOGIA.



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

A mis padres que siempre han creído en mí y me han impulsado y apoyado para lograr todas mis metas, que han estado conmigo en todo momento y que nunca esperaron nada a cambio.

A mis hermanos y amigos, que han recorrido conmigo el camino y que en ocasiones me tomaron de la mano para ayudarme cuando este parecía difícil de seguir.

También quiero agradecer a la Doctora Gilda Gómez Pérez-Mitré, al Maestro Rubén Varela y a la Psicoanalista Eugenia Bárcena Sobrino por su ayuda para la realización de este proyecto, ya que sin su apoyo y confianza no hubiera sido posible llevarlo a cabo.

INDICE

RESUMEN	1
INTRODUCCIÓN	2
CAPITULO 1: Trastornos de alimentación en niños	3
Antecedentes.....	7
Epidemiología de los problemas de alimentación.....	11
Causas de los problemas de alimentación.....	12
Tipos mas frecuentes de problemas en la alimentación.....	15
Alteraciones en la relación de alimentación.....	20
Curso clínico de los problemas de alimentación.....	23
Comorbilidad.....	24
Punto de vista psicoanalítico.....	25
CAPITULO 2: Temperamento	30
Definiciones del temperamento.....	31
Antecedentes históricos.....	32
Fisiología y Psicología del temperamento.....	32
Clasificaciones del temperamento.....	34
Cuadro 1.....	37
Bases fisiológicas del temperamento.....	40
CAPITULO 3: Vinculo materno-infantil	44
La relación madre-hijo desde la perspectiva psicoanalítica.....	45
La concepción de Ana Freud sobre la relación madre-hijo.....	48
La relación madre-hijo desde la perspectiva conductual.....	50
La relación madre-hijo desde la perspectiva social.....	51
Los hábitos alimentarios. Su establecimiento.....	53
Perturbaciones de la alimentación y la relación madre-hijo.....	57
Relación entre el comer y las etapas de amor al objeto.....	58
CAPITULO 4: Método y plan de estudio	60
Planteamiento del problema.....	61
Variables.....	61
Definición de variables.....	61
Control de variables.....	64
Tipo de estudio.....	64
Sujetos.....	64
Muestra.....	64
Instrumentos.....	65
Procedimiento.....	66
Validez y confiabilidad.....	66

Aplicación y calificación.....	68
Análisis estadístico.....	68
CAPITULO 5: Análisis de resultados.....	69
Introducción.....	70
Cuadro 2.....	71
Descripción del perfil general.....	72
Gráfica 1.....	78
CAPITULO 6: Discusión y conclusiones.....	79
ANEXO.....	83
REFERENCIAS.....	86

RASGOS DE TEMPERAMENTO EN MADRES DE NIÑOS CON TRASTORNO DE LA INGESTION ALIMENTARIA EN LA INFANCIA

RESUMEN

Este proyecto forma parte de una investigación mayor*. Trata sobre el trastorno de la ingestión alimentaria en la infancia, trastorno que se presenta en bebés, infantes y niños provocándoles detención del peso y de la talla como consecuencia del rechazo de alimento. Estando en relación con el vínculo materno-infantil que se establece desde el comienzo de la vida, esta investigación se llevó a cabo a través del estudio del temperamento de las madres de niños con este trastorno de alimentación, con edades entre los seis meses y siete años de la consulta externa del Instituto Nacional de Pediatría, con la intención de describir los perfiles de temperamento de estas madres y algunos rasgos que pueden estar influyendo o agravando el problema que presenta el menor.

El presente estudio fue descriptivo, de campo, de tipo correlacional, transversal con un diseño de una sola muestra. Utilizando el Inventario de Análisis del Temperamento de Taylor y Johnson y empleando la estadística descriptiva con el propósito de obtener un perfil.

Con base en los resultados obtenidos se observó que los rasgos de temperamento que más comúnmente se presentan son los siguientes: rasgo nervioso en un 81%, rasgo depresivo en un 62%, rasgo inhibido en un 69%, rasgo indiferente en un 56%, rasgo subjetivo en un 56%, rasgo hostil en un 75% y rasgo impulsivo en un 50%, contando todos ellos con un diagnóstico de "Es deseable un cambio" o "Es urgente un cambio".

En el perfil general que se obtuvo de todos los sujetos de la muestra se observó que son personas generalmente ansiosas o nerviosas, depresivas, indiferentes y hostiles. Tendiendo de manera aceptable hacia la pasividad o aislamiento social, la subjetividad, el dominio o control y la impulsividad.

* PAPIIT 2000, Prevención primaria, "Autodiagnóstico de factores de riesgo en trastornos de la alimentación y de la nutrición", IN305599. Bajo la responsabilidad de la Dra. Gilda Gómez Pérez-Mitré.

INTRODUCCION

Son pocos los estudios psicológicos que se han hecho al respecto, ya que generalmente se considera que existe una causa orgánica asociada con la inapetencia y siendo ésta descartada, es común que los profesionales de la salud piensen que los problemas de la alimentación son pasajeros y que mejoran por sí mismos.

Considerando el rechazo de alimento como una conducta y específicamente, como una conducta que está relacionada con el vínculo materno-infantil que se establece desde el comienzo de la vida, es de suma importancia incluirlo como tema concerniente a la Psicología, siendo trascendental el estudio de los factores psicológicos presentes tanto en el niño como en la madre.

Al determinar algunos de estos factores psicológicos presentes en la madre y el hijo, puede encauzarse correctamente el tratamiento estableciendo donde radica principalmente el problema en cada caso.

Es importante especificar en este punto el hecho de que no se está tratando de buscar culpables del trastorno del menor y que no porque existan ciertos factores en la madre que puedan afectarlo quiere esto decir que sean estas características, conductas y actitudes maternas la única causa del problema, podría decirse que existe un interjuego entre factores presentes en la madre o persona que ejerce el maternaje y factores presentes en el niño, agregando a esto factores externos que por el momento no podríamos abarcar. A pesar de que este estudio se centra únicamente en la madre, por ningún motivo se descartan los problemas existentes en los demás ámbitos. Se requieren nuevas investigaciones que tomen en cuenta los diferentes factores causales.

CAPITULO 1

TRASTORNOS DE ALIMENTACION EN NIÑOS

TRASTORNOS DE LA ALIMENTACION EN NIÑOS

Los trastornos de la alimentación del recién nacido, del infante y del niño en general tienen gran importancia por varias razones. Una es que si son graves, pueden dar lugar a fallo del crecimiento (FDC), detención del crecimiento, desnutrición grave y hasta la muerte. Otra es que la infancia temprana es un periodo de rápido crecimiento: solo hay que mencionar que el recién nacido duplica su peso al nacer hacia los cuatro meses de vida. Hay también un intenso crecimiento del cerebro- el cual en los dos primeros años de vida alcanza el 80% de su tamaño final- (Brown y Pollitt, 1996) y durante este periodo, el cuerpo está en constante crecimiento que requiere de nutrimentos para poder mantenerse. Para que este desarrollo prosiga adecuadamente el niño necesita suficiente energía. Además, los padres de casi todos los bebés se preocupan porque éstos tengan una dieta recomendable. Si notan que hay alteraciones en la alimentación, pedirán consejo y ayuda a profesionales y otras personas. Cuando sus intervenciones fallan, se sienten frustrados o aun ineficaces como padres pues está amenazada su función de proveedores de nutrimentos para su hijo.

Con el paso de los meses, el bebé tendrá que aprender nuevas habilidades y estrategias para alimentarse, y las dificultades en esta tarea pueden hacer que no obtenga nutrimentos suficientes. Durante los primeros años de la vida pueden ir apareciendo obstáculos distintos en la función alimentaria.

Las alteraciones en el proceso de alimentación, aunque son frecuentes, a menudo son dejadas a un lado por el personal de salud, entre otras razones, porque muchos profesionales piensan que siempre se trata de problemas menores, y sólo se alarman cuando hay fallo del crecimiento o desnutrición graves. La intervención antes de que esto suceda podría evitar muchos problemas para el niño y sus padres.

Es importante aclarar que en el presente estudio no se aborda el problema de la falta de alimento por pobreza. En este trabajo se describen situaciones en las que sí se puede adquirir alimento suficiente para el niño, pero éste no se nutre adecuadamente por otras causas.

La idea de que un recién nacido o un niño pequeño tengan dificultades en una función tan básica como el comer, es difícil de aceptar en principio. Entre el público y muchos profesionales prevalece la idea de que todo lo relacionado con la alimentación en esta etapa de la vida es automático o tan elemental que es difícil entender que un niño no logre alimentarse, mamar o procesar alimentos. Suele pensarse que todo esto se resuelve sin ninguna

intervención y por sí solo. La evidencia científica indica que esto no es así en la mayoría de los casos.

Otra situación común, es que al enfrentarse a un niño con dificultad para aumentar de peso o que lo ha perdido, que tiene bajo peso o fallo de crecimiento, el médico lo atribuya al hecho de que los mismos padres del niño son pequeños o de baja estatura y piensa que esto explica enteramente la situación del niño, pasándose por alto un problema que tendría remedio y que no es tratado adecuadamente.

Es necesario distinguir entre dificultades en la alimentación y fallo del crecimiento. Muchos niños, posiblemente hasta el 25% de ellos (Chatoor, Hirsch y Persinger, 1997) tendrán alteraciones en la alimentación. Otras revisiones sugieren que la cifra puede llegar hasta alrededor del 30% de niños (Minde y Minde, 1986). Estas alteraciones no siempre dan lugar a fallo del crecimiento, el cual es mucho menos frecuente. Es decir, que se puede tener alguna alteración del proceso de alimentación sin que esto llegue a causar fallo del crecimiento. Por el contrario, hay niños que tienen fallo del crecimiento y no tienen un trastorno de la alimentación *per se*, sobre todo cuando el problema es una enfermedad física, por ejemplo, en el síndrome de mala absorción intestinal.

Es preferible pensar en el fallo del crecimiento como un síndrome que es resultado final, común, de una gama de posibles trastornos de la alimentación o de la falta de nutrimentos o de aprovechamiento del alimento. Sus causas pueden ser una enfermedad física o bien una interacción entre factores físicos y psicológicos.

No existe todavía una clasificación diagnóstica de los trastornos de la alimentación que sea aceptada universalmente y por la mayoría de investigadores. El Manual de Diagnóstico y Estadístico de la Asociación Psiquiátrica Norteamericana (DSM-IV) solamente identifica tres trastornos: pica, rumiación y trastorno de la ingestión alimentaria en la infancia y la niñez, el cual, para diagnosticarse necesita acompañarse de fallo del crecimiento. La clasificación de la organización Cero a Tres (Zero to Three, 1994) contiene solamente una alteración llamada trastorno del comportamiento en la alimentación, sin incluir mayor detalle. La Clasificación Internacional de Enfermedades en su décima edición (CIE-10) describe solo dos trastornos: uno es la pica de la primera infancia o la niñez

y el otro es una categoría amplia llamada trastorno de la alimentación de la primera infancia o la niñez. Esta última categoría diagnóstica requiere que haya pérdida de peso o que exista un trastorno serio de la alimentación y que no haya una alteración psiquiátrica mayor en la persona que proporciona los cuidados primarios al niño(a).

Una forma de describir los problemas de alimentación de acuerdo con Lartigue Maldonado y Avila (1998), es el pensar en ellos como en un espectro continuo de dificultades. En un extremo están los problemas que puede tener el niño en su capacidad de mamar, de coordinar y organizar las conductas necesarias para comer. Es decir, los casos en los que hay una franca y marcada contribución del niño. En el otro extremo de este continuo, estaría la madre o el padre que son negligentes, y que tienen ideas distorsionadas sobre la alimentación, falta de información sobre las necesidades nutrimentales del niño o tienen muy poco interés e involucración psicológica con su hijo, por ejemplo olvidando darle de comer.

Entre estos dos extremos se encuentran una serie de situaciones en que hay un interjuego de conductas y actitudes, en el que los padres y el niño tienen cada uno una contribución parcial que determina que la alimentación no sea adecuada o satisfactoria. La mayoría de los problemas de alimentación ocurren como resultado de tal interjuego de factores en el niño(a), sus padres y su relación de alimentación (Lartigue, Maldonado y Avila, 1998).

ANTECEDENTES

- En una encuesta epidemiológica llevada a cabo por Leung y Robson (1994) en Alberta, Canadá, alrededor del 15% de 300 niños entre los 2 y los 5 años de edad, tenían alteraciones de la alimentación de algún tipo, según la información de los padres. Además, hubo un 24% de niños y 21% de niñas cuyos padres mencionaron que sus hijos tenían crónicamente mal apetito o falta de hambre.
- Un estudio de Douglas y Bryon (1996) en Inglaterra, revisó múltiples casos de niños que eran llevados a un hospital de atención terciaria debido a problemas de alimentación.

El estudio hizo énfasis en dos puntos centrales: las vulnerabilidades fisiológicas y/o anatómicas de estos niños, así como los tipos de dificultades de la alimentación que son más comunes en la clínica especializada.

Este grupo de pacientes consistió en 201 niños y niñas evaluados en una clínica de trastornos de la alimentación durante un periodo de 5 años, todos ellos de menos de 7 años de edad. Aproximadamente el 26% de los pacientes tenía algún problema médico concomitante al de alimentación. Esto incluyó algunos síndromes dismórficos y otras alteraciones anatómicas y funcionales. El 32% de todos los niños tenía algún problema otorrinolaringológico, y el 41% una historia temprana de reflujo gastroesofágico. En cuanto a su desarrollo psicomotor, muchos niños tenían retrasos en algunas áreas. Respecto a la presencia de problemas con los movimientos de la boca, o en la madurez de la capacidad de coordinar estos movimientos, en el 19% había alguna clase de retraso ligero y en otro 10% había un retraso mayor. Una tercera parte de los niños estudiados tenían hipersensibilidad táctil en la mucosa bucal: muchos de ellos nunca se metían nada a la boca, ni se la tocaban, y muchos por lo tanto nunca se dejaban lavar los dientes. Otro factor de riesgo fue la prematurez. El 33% de todos los pacientes tratados habían nacido pesando menos de 2,500 gramos.

Douglas y Bryon (1996) encontraron que muchos niños desde el inicio de la alimentación habían presentado alguna dificultad. El 62% de las madres había notado una alteración ya desde los tres primeros meses en la vida del niño. En la tercera parte de los niños, la alimentación desde el principio era un encuentro lleno de tensión, el niño o niña rehusaba tomar el alimento o aún había tenido que ser alimentado por sonda

nasogástrica. El 67% de las madres reportó que entre los 3 y 6 meses de edad, sus hijos ya estaban muy tensos y sufrían durante la alimentación.

También, las fases de maduración de la alimentación ulteriores a la de mamar habían sido muy difíciles: al ser destetados, estos niños presentaron nuevos retos. El 60%, habiendo aceptado con resistencia y dificultad la leche, después rehusaron las comidas en forma de puré. Un 24% de pacientes aún rehusaban el puré en el momento de su evaluación, queriendo solo comer comidas líquidas. Más tarde aún, el 39% de los niños rehusaron las comidas de mayor consistencia que el puré, o sea los semisólidos y sólidos. Muchos niños tenían una historia de casi- vomitar o vomitar, casi- ahogarse y náusea repetida durante las comidas, además de escupir los alimentos de mayor consistencia. El 70% de los niños evaluados habían vomitado regularmente y de modo frecuente. El vómito en promedio había empezado a los 5 meses, y el 45% tuvo vómitos hasta los 12 meses.

En este mismo estudio de Douglas y Bryon (1996), muchos padres indicaron que se sentían preocupados por la alimentación de su hijo o hija (el 90% de ellos lo estaba) y sentían que la alimentación del menor era un factor considerable de estrés. El 33% de las madres notaban en ellas mismas síntomas de depresión. Esta cifra es mayor que la tasa de depresión materna observada en la población general.

Una conclusión de este estudio fue que los problemas de alimentación entre el nacimiento y los 3 meses se correlacionan altamente con dificultades alimentarias años después. El riesgo relativo entre lo primero y lo segundo era de 30.95%.

Desde luego que estos datos no se pueden extrapolar automáticamente a una población de niños con problemas no tan graves. Sin embargo, la evidencia existente sí sugiere que en muchos lactantes las dificultades se han observado desde muy tempranamente y los retos para alimentar al niño persisten un tiempo largo si no hay intervención por un equipo especializado.

Douglas y Bryon concluyen que los factores intrínsecos del niño son de mayor importancia que las características de personalidad o estilo de crianza de los padres. Esto mismo lo sugiere Ramsay (1995) en sus estudios en la clínica de trastornos de la alimentación en el hospital infantil de Montreal, Canadá.

- Chatoor, Hirsch y Persinger (1997) en Estados Unidos describieron una serie de casos y fenómenos que fundamentalmente consisten en rechazo del alimento y que denominaron Anorexia infantil.
- En un estudio de seguimiento realizado por Dahl y Sundelin (1992) se observó el curso de niños que habían evaluado en un estudio, en su primer año de vida. Estos niños se reevaluaron a los 4 años de edad. Los resultados indicaron que de 24 niños que en el primer año de vida rehusaban sistemáticamente las comidas, a los 4 años de edad, el 70% de ellos aún tenía problemas en la alimentación. Sin embargo, estos niños no tenían alteraciones graves en su peso, aunque en general tenían menor peso que los niños normales. Lo mismo ocurría con la estatura.
- Otros estudios sugieren que alrededor del 60% de lactantes seguirán teniendo problemas, si no se tratan, años más tarde en la misma área del funcionamiento donde existían las alteraciones tempranas.
- En un estudio hecho por Bryan Lask y Rachel Bryant Waugh (1997) se definieron los trastornos de la alimentación vistos en niños prepuberales, incluyendo la anorexia nervosa, el trastorno emocional del rechazo de alimento, la alimentación selectiva y el síndrome de rehusamiento. Discutieron su manejo a través de psicoterapia principalmente. Los autores concluyeron que el manejo de los trastornos de la alimentación en niños prepuberales debe hacerse con base en psicoterapia tanto para los niños como para sus familias (citado por Lartigue, Maldonado y Avila, 1998).
- En una encuesta nacional levantada por la Secretaría de Salud en México (1988), la prevalencia de niños menores de cinco años con bajo peso para su edad fue de 22.9% (esta encuesta hecha solamente en zonas rurales del país). De acuerdo con un estudio realizado por Rivera en 1988 (citada en cuadernos de salud, 5. Secretaria de Salud, 1994), uno de cada 4 niños mexicanos tenía retardo severo en su crecimiento. Esta misma encuesta reporta que la prevalencia de retraso severo en el crecimiento en niños cuyas madres no tenían ningún grado de instrucción era de 41.4%, en niños cuyas madres cursaron únicamente la primaria era de 23.5%, y para aquellos cuyas madres alcanzaron un nivel de estudios mayor al de la primaria era de 8.3%. Con lo cual se puede observar que el nivel de

educación de la madre se relaciona directamente con la detención en el crecimiento del menor.

- Estadísticas emitidas por el Instituto Nacional de Nutrición en México (1979-1989) hablan de cierta disminución en la prevalencia de retardo severo en el peso en niños de zonas rurales, pasando del 21.9% al 19%.

EPIDEMIOLOGIA DE LOS PROBLEMAS DE ALIMENTACION

Hay pocos estudios epidemiológicos de los problemas de alimentación (Rudolph, 1994; Skuse, 1993; Wittenberg, 1990). La información disponible es poca y no se pueden hacer conclusiones definitivas sobre su prevalencia. Hay mayor información sobre el fallo del crecimiento que es más fácilmente cuantificable (Nichols, 1992; Skuse, Wolke y Reilly, 1991; Wolke, Skuse y Mathisen, 1990).

Hay que distinguir claramente entre estudios que describen pacientes que son llevados a una clínica u hospital pediátricos debido a alteraciones en su alimentación y los estudios realizados con la población abierta. Los primeros sujetos podrían tener dificultades más graves, o bien, sus padres podrían tener más ansiedad respecto a la alimentación.

En varios hospitales pediátricos se ha encontrado que entre todos los niños que son llevados a atención médica y que requieren hospitalización, un 0.3% a 0.4% vienen a ser tratados debido a dificultades en la alimentación. En cambio, en las clínicas pediátricas de consulta externa, con niños de hasta 7 años de edad se ha encontrado que un 20% de los pacientes tienen dificultades en la alimentación para los cuales los padres piden ayuda.

Lindberg y su grupo en Uppsala, Suecia en la población abierta han encontrado una prevalencia de dificultades alimentarias en el lactante en un 25% (también incluyendo el cólico). El estudio incluyó dos grupos de niños, uno de 841 y el otro de 567. Los niños tenían entre los 7 meses y un año y medio. En el segundo semestre de la vida encontraron que los problemas más comunes eran el mal apetito, rehusamiento de los sólidos o de la comida en general. Entre los niños que rehusaban la comida, esto se asoció con problemas en la conducta durante las comidas, conflictos en la familia durante las mismas y problemas de salud en general en el niño. Una alta porción de hermanos del niño índice también habían tenido problemas similares con la comida (Lindberg, Bohlin y Hagekull, 1991).

CAUSAS DE LOS PROBLEMAS DE ALIMENTACION

En esta sección se abordan algunos de los principales factores de riesgo para que se produzca uno de estos problemas (Babbitt, Hoech y Coe, 1993; Mayes y Volkmar, 1993 y Skuse, 1993.). Para su descripción se dividen en 2 grupos:

- Factores que se relacionan fuertemente con dificultades en el niño mismo: Douglas y Bryon (1996), en el estudio anteriormente mencionado en el apartado de antecedentes, concluyen que los factores intrínsecos del niño son de mayor importancia que las características de personalidad o estilo de crianza de los padres. En muchos casos es obvio que el bebé desde muy temprano tiene algo diferente en su capacidad para succionar, procesar alimento, en su sensibilidad bucal, etc. Entonces los padres intentan modos diferentes de alimentar al niño y muchos tienen éxito en sus adaptaciones a las características únicas de su hijo. En otros casos, como cuando el niño tiene un reto muy grande para alimentarse o cuando hay además dificultades en los padres para resolver problemas o para relacionarse positivamente con su hijo, si se desarrollan ciclos de interacciones contraproducentes que perpetúan o agravan el problema original.
- Factores que se relacionan con los padres y la relación de alimentación: Dahl y Sundelin (1986) en su estudio epidemiológico encontraron que empíricamente se podía “predecir” que niño tenía mayor riesgo de presentar problemas de la alimentación. Esto por su alta correlación con ansiedad de la madre durante el embarazo, el que tuviera pobre salud física, y dificultades muy tempranas en la alimentación al seno materno. También hubo una correlación significativa con el hecho de que los padres mismos hubieran tenido en su infancia una historia de dificultades para comer.

Las actitudes de los padres hacia la comida y la alimentación del niño son multifactoriales: tienen determinantes culturales, de prácticas y tradiciones familiares sobre cómo debe ser alimentado el hijo o hija y también factores más personales: la historia de las relaciones paterno-filiales de los padres (y como fueron alimentados) y si éstos pudieron desarrollar una actitud tranquila y placentera respecto de la comida. Los padres con mayor riesgo de tener conductas contraproducentes son aquellos que han tenido experiencias negativas con los propios padres, sobre todo de indiferencia o de agresividad de los padres hacia los hijos.

Desde el punto de vista psicodinámico, Chatoor y cols. (Chatoor et al., 1997) en sus estudios de diadas materno- infantiles en que hay problemas de alimentación, han propuesto una serie de teorías sobre la alimentación y sus trastornos, así como una clasificación de estos últimos en la infancia temprana.

Chatoor (1997) sugiere que cuando estos problemas ocurren en los primeros meses de vida, se trata de un trastorno en la homeostasis y autorregulación del bebé, que de estar in útero tiene que ajustar su funcionamiento a tener que comer, aprender a pedir comida y a mantenerla una vez que se le da. Este es el primer grupo de su clasificación.

El segundo grupo es el que refleja alteraciones en el apego entre el niño y su madre en el que los conflictos internos en cuanto a seguridad en el niño se mezclan con la sensación de hambre y la necesidad de comer. Estas situaciones ocurrirían entre los tres y los ocho meses de edad aproximadamente. Más tarde, entre los ocho meses y los tres años de edad, pueden ocurrir problemas debido a conflictos en el proceso de separación e individuación del niño (conceptos propuestos por Margaret Mahler). Chatoor ha propuesto la anorexia infantil como una de las principales manifestaciones de estos conflictos. Otros autores han usado también ese término (Porte y Porte, 1982). Desde su punto de vista el problema central es psicológico, más que debido a peculiaridades físicas o funcionales primarias en el niño. Considera que el bebé puede desde el principio representar un problema para sus padres, debido a sus características de temperamento. Ve el temperamento de estos niños como difícil en general: el niño es más irritable, demandante y le es difícil aceptar cambios y transiciones.

En su formulación psicodinámica, Chatoor (1997) cree que lo que ocurre entre madre y bebé es una batalla de voluntades. El bebé rehúsa la comida como un intento de afirmar su autonomía y su autocontrol, en contraposición al control ejercido por la madre. Un efecto secundario de esta lucha por autonomía es una atención exagerada a la comida por parte de la madre, quien intenta controlar al niño aún más para que éste coma, formándose así un círculo vicioso.

Basándose en ideas pertenecientes a la anorexia nerviosa del adolescente y adulto, y en las teorías propuestas por Hilde Bruch a este respecto (Bruch, 1978), Chatoor (1997) encuentra que los niños son capaces de ignorar sus señales de hambre fisiológica, por un mecanismo psicológico, y así rehusar la comida. Sustituyen esta hambre por un hambre psicológica: interés y excesivo involucramiento con la madre (y el mismo fenómeno en el sentido recíproco, es decir de la madre hacia el

niño) dificultándose el proceso de individuación. Al no comer el niño, la madre se preocupa y se envuelve emocionalmente de modo excesivo con él.

Chatoor (1997) sugiere que las madres de estos niños tienen dificultades para percibir las señales del bebé, y tratan de imponer su voluntad al niño. Como se describió en la anorexia nerviosa del adulto, en el niño con esta alteración ocurre una confusión en las representaciones mentales y el niño no siente hambre: basa su autonomía por medio de comer y resistir los intentos de la madre de alimentarlo. El deseo de ser alimentado se confunde con una sensación de dependencia excesiva hacia la madre, la cual es rechazada por el niño.

Esta investigadora ha conducido varios estudios empíricos en grupos más bien pequeños de niños (diez a veinte pacientes) con rehusamiento de la comida, llamado por ella anorexia infantil. En estos se ha observado menor capacidad de la madre para dejar al niño ejercer su autonomía y mayor necesidad de control que en otras madres de grupos controles. Varios otros autores cuestionan la realidad de estas formulaciones y si de hecho los niños tan pequeños pueden sufrir de anorexia.

La formulación teórica sobre el proceso que tiene lugar en la mente del niño y que está en la raíz del rehusamiento de la comida no ha sido demostrada científicamente. No hay duda de que en muchas situaciones sí existe este conflicto de voluntades y este ignorar las señales del bebé. Sin embargo sería sorprendente que éste fuera el único o el principal mecanismo que ocurriera en todos los casos de rehusamiento de la comida o de dificultades con la alimentación en general, cuyas manifestaciones son múltiples y variadas. Otras explicaciones y mecanismos también son posibles.

TIPOS MAS FRECUENTES DE PROBLEMAS EN LA ALIMENTACION

Entre los tipos de problemas de alimentación por los que llevan a un niño a evaluación a una clínica especializada, Douglas y Bryon (1996) notaron las siguientes frecuencias en sus 201 pacientes (el porcentaje refleja el número de niños con un determinado problema, hay que notar que algunos niños podrían tener varios de estos problemas al mismo tiempo, por lo que la suma de los porcentajes no equivale a 100). El 50% de sus pacientes comían una dieta inadecuada, por su textura, para la edad: la textura era la apropiada para un niño más pequeño. El 78% comían en poca cantidad o no ingerían suficientes kilocalorías. El 63% mostraban desinterés por la comida. Un 67% tenía dificultades para la deglución o escupían la comida (muchos casi se ahogaban o la comida les provocaba el reflejo de vómito). El 34% tenían vómitos o regurgitaban diariamente, un 34% tenía excesiva selectividad para los alimentos. Un 56% de los niños comía muy lentamente y el 53% almacenaba la comida en la boca, entre los carrillos y los dientes. Por último, un 34 % no masticaba bien la comida. Como es obvio, muchos pacientes mostraban varios de estos problemas concomitantemente (Babbit, Hoech y Coe, 1993).

Para su descripción metódica, Lartigue (citado en Lartigue, Maldonado y Avila, 1998 pp. 143-152) dividió la presentación de los problemas de alimentación en varios subtipos:

- 1) Dificultades en el apetito o hambre: Desde el principio de la vida extrauterina y de la alimentación al seno materno o con biberón, se nota que el niño tarda más tiempo para despertarse entre una tetada y la siguiente, a veces más de 6 horas. El niño podría seguir dormido si no se lo despierta para comer, en algunas familias se connota a estos niños como "buenos". Con frecuencia, una vez que empieza a mamar, lo interrumpe, se distrae o llora y deja de mamar. No parece haber la sensación normal de hambre, que determina que un niño se despierte o siga mamando una vez que ha empezado a comer.

El hambre es un poderoso mecanismo regulador de la iniciación del comer y de la cantidad de comida ingerida. Se piensa que el hambre y el apetito son desencadenados por núcleos del hipotálamo, con la participación de hormonas del tubo digestivo y otros factores, como el estado de ánimo. Se sabe poco sobre los mecanismos que determinan el hambre en el lactante, pero se cree que la colecistocinina puede tener el efecto de aumentar el hambre en el lactante (Tolia, 1995). También es posible que el glucagon y péptidos semejantes a la bombesina tengan un papel en regular los mecanismos de saciedad y la cantidad de comida que

el niño ingiere. Podría ser que la alteración en la acción de la colecistocinina y los otros mediadores químicos dieran lugar a la falta de apetito del niño en algunos casos graves al fallo del crecimiento.

- 2) Dificultades en la habilidad para comer: Se incluyen aquí todas aquellas situaciones en que el niño tiene dificultad para alimentarse debido a una peculiaridad física leve, o en el área sensorial, o en la coordinación motriz. Sugiere el diagnóstico de problema en la habilidad para alimentarse cuando en un mismo niño ocurren al menos 2 situaciones problema como las descritas aquí.
- 3) Dificultad para mamar: Desde el principio de la vida, algunos niños no maman bien (Ramsay, 1995). Ramsay y su grupo (Ramsay y Gisel, 1996) y otros investigadores han estudiado la habilidad para mamar de varias maneras: con observación clínica directa y también usando el reporte de la madre. Otra forma es medir la fuerza de los movimientos del niño durante el amamantamiento. Existen mecanismos para medir la presión negativa intrabucal que el niño es capaz de lograr para extraer la leche del seno materno o de un biberón.
- 4) Dificultad con texturas, sólidos y masticación: El niño no tolera alimentos de texturas mayores que las líquidas o casi líquidas. Alrededor de los 5 o 6 meses de edad, al intentarse alimentar con comidas que tengan gránulos, o que el niño tendrá que masticar como ciertas compotas o purés, no las aceptará. Rechazará esas comidas y solo aceptará lo líquido.
- 5) Dificultad en la regulación de la actividad de alimentarse: En esta área hay una serie de posibilidades. A algunos niños les resulta difícil concentrarse el tiempo suficiente para estar sentados y comer. Más bien, comen un bocado y quieren correr, jugar, saltar y luego después de un rato, pedir otro bocado. El sentarse a comer es como una imposición excesiva y luchan con sus padres por mantener su alto nivel de actividad física.
- 6) Rehusamiento del alimento ("anorexia infantil"): Este es un problema grave que suele aparecer alrededor de los 7 u 8 meses de vida. El niño puede recurrir a múltiples maniobras para rechazar el alimento, como cerrar la boca, sellar los labios, voltear la cara, etc. Hoffmann (1992) ha descrito una codificación para calificar las maniobras aversivas del niño hacia la comida, desde simplemente voltearse, escupir la comida, hasta casi acostarse en la sillita donde se alimenta, rechazar con la mano la

cucharada que se acerca, llorar y hacer berrinches a la hora de la comida, etc. Chatoor y cols. (Chatoor, Hirsch y Persinger, 1997) han descrito una serie de casos fenómenos que fundamentalmente consisten en rechazo del alimento y que ella ha denominado anorexia infantil. Estos trastornos pueden ser muy difíciles de tratar y requieren hospitalización cuando el rehusamiento de la comida es grave y persistente. Esta autora sugiere que el niño que rehúsa la comida lo hace confundiendo el hambre con la dependencia respecto a su madre, como en la formulación de Bruch (Bruch, 1978) sobre la anorexia nerviosa.

- 7) Trastorno post-traumático de la alimentación: En el bebé y el niño pequeño, es relativamente fácil crear asociaciones adversas con la hora de la comida, la ingesta de alimentos y también hacia ciertas comidas en particular. Si el niño ha tenido una o varias experiencias negativas con el alimento, por ejemplo, que le cause vómito o casi-ahogarse con la comida, esto puede causar una reacción de miedo a ese alimento, el niño se rehusará a probarlo en el futuro. Chatoor fue la primera en caracterizar esta categoría diagnóstica para referirse a estos problemas (Chatoor et al., 1997).

El problema ocurre a menudo con los niños que tuvieron vómitos debido a experiencias negativas, con intubaciones, o bien debido a una enfermedad física que el niño asoció con cierta comida.

Es también posible que algunos trastornos de la alimentación sean secundarios a maniobras bien intencionadas pero inadecuadas para alimentar al niño: por ejemplo si lo fuerza a comer. Después de esto, podría rehusar la comida, abrir la boca o probar alimentos que le ofrece la persona que intentó forzarlo, a menudo en forma repetida. Los padres en su desesperación o por intentar controlar la ingesta pueden intentar cerrar la nariz del niño obligándolo a abrir la boca y en ese momento introducirle la comida. Pueden taponarle la boca para evitar que escupa el alimento. Pueden engañarlo o hasta golpearlo si vomita o escupe creando un círculo vicioso de interacciones negativas. En vez de asociar la comida con un momento agradable de intercambio social, la comida se vuelve una expresión más de las tensiones y conflictos de la familia, creando recuerdos negativos en el niño y una actitud de enojo hacia el alimento y los padres.

También puede ocurrir después de episodios de alimentación por sonda nasogástrica, cuya instalación puede ser dolorosa y dar lugar a rehusamiento crónico del alimento (Dellert, Hyams, Treem y Geerstma, 1993).

- 8) Dificultad en la conducta durante la comida: Este término puede ser el más útil para describir situaciones en que la conducta del bebé o el niño algo mayor es inadecuada a pesar de que éste sí tendría control sobre lo que hace, en términos de su desarrollo psicomotriz, pero prefiere comportarse de un modo menos adaptativo durante las comidas.

Es necesario diferenciar esto de las “crisis normales” que ocurren en la alimentación de todos los niños. Para un niño de 3 años puede ser una tragedia que lo haría rabiar, el que una rebanada de jamón o de pan no este exactamente íntegra o le falte un pedacito minúsculo. Desde el punto de vista del adulto no importa, pero desde el esquema mental del niño esto es una trasgresión inaceptable. También sucede así cuando un alimento que normalmente está entero se parte accidentalmente. El padre trata de convencer al niño de que “es lo mismo” pero para el niño ha ocurrido una violación del mundo físico al que está acostumbrado, una fruta no es lo mismo para él si está entera o si está partida. Estos son pasos normales en el desarrollo cognoscitivo, que se manifiestan en las interacciones padre-hijo durante las comidas y no un problema de la alimentación *per se*.

Los problemas de conducta durante la comida se observan en niños que parecen enojados y en los que la hora de la comida es una oportunidad para demostrar su ira. A pesar de saber que esto molesta a uno de los padres, pueden vaciar la leche sobre la alfombra a propósito como si retaran al progenitor a hacer algo al respecto. Otros niños, de una edad mucho mayor en la que esto es parte del desarrollo normal, se untan la comida en la cabeza o se vacían un plato de comida en la ropa (por ejemplo un niño de 3 años que esto altera los planes de los padres). Tal conducta exploratoria es normal al final del primer año de vida y posiblemente durante el segundo año también. En otras ocasiones el niño muestra su enojo tirando la comida hacia todos lados, o tirándole la taza o el plato a su madre o padre tratando de lastimarlos. Otras maniobras son esconder la comida dentro de su ropa o en un lugar inapropiado, en un mueble donde es encontrado varios días después por estar descompuesta.

- 9) Selectividad excesiva con la comida (rango restringido de alimentos): Algunos niños establecen un rango muy restringido de comidas preferidas. El niño tiene restricciones muy claras sobre lo que puede comer.

Muchos niños que tienen alteraciones en su desarrollo social y su capacidad de comunicación, por ejemplo el autismo y los llamados trastornos generalizados del desarrollo, muestran muchas de estas restricciones y preferencias por determinadas comidas y una clara aversión a muchas otras.

Hay que recordar que en algunas culturas, por ejemplo en algunos grupos étnicos en Latinoamérica y en varios de África, hay muchas personas que diariamente comen exactamente lo mismo y durante toda su vida. Es decir, hay la expectativa de que el niño o el adulto estarán adaptados a una variedad de comidas. Lo que es más importante es si este rango limitado de comidas proporciona todos los nutrientes esenciales para un crecimiento adecuado.

Se ha observado, un tanto anecdóticamente, que en la primera infancia suele aparecer una aversión a ciertas comidas y preferencia por otras, generalmente después del primer año de su vida (Skuse, 1993). Alrededor de esta edad aparecen otras ansiedades, por ejemplo la ansiedad ante extraños y la ansiedad de separación. Se ha especulado que sería útil evolutivamente que cuando el niño es más móvil y es más independiente, aparezcan mecanismos de protección como lo que Skuse ha llamado "neofobia" o la preferencia exclusiva por las comidas que le son familiares y aversión a comidas que desconoce. Esto sería un mecanismo de protección ante los posibles envenenamientos o intoxicaciones. Es muy posible que la mayoría de los padres hagan frente a esta "neofobia" con una actitud relativamente paciente pero firme y persistente en posteriores episodios de la alimentación y alienten al niño a intentar por lo menos algunos bocados del alimento nuevo. Sin embargo, algunos padres piensan que porque el niño no quiso una comida determinada un día, ya tiene una aversión definitiva a ese alimento, lo cual puede no ser cierto.

Es muy posible que el temperamento influya también al menos parcialmente en qué tanto un niño está dispuesto a intentar nuevos sabores y texturas, y qué tanto prefiere lo familiar y desconfía de lo desconocido.

ALTERACIONES EN LA RELACION DE ALIMENTACION

A continuación se describen brevemente algunas de las situaciones clínicas observadas comúnmente, en que hay un interjuego entre las prácticas y expectativas de los padres, y las peculiaridades y preferencias del niño. Cuando estos factores entran en conflicto, puede haber alteración en la alimentación como resultado de estas transacciones.

Al tratar de entender estos problemas, es fácil cometer dos errores: ambos no hacen justicia a la multicausalidad y complejidad de estas alteraciones alimentarias. Por un lado se puede cometer el error de pensar que casi todas las dificultades de la alimentación se deben a que los padres están haciendo algo equivocado o mal.

Un error que el clínico puede cometer fácilmente es el observar a una madre excesivamente ansiosa y muy triste, cuyo hijo vomita repetidamente o rehúsa el alimento. El clínico tenderá a pensar que la ansiedad en la mamá causa el problema en el niño y que ésta le “transmite su ansiedad” al bebé. Aunque exista este mecanismo en algunos casos, en la mayoría la madre está justificablemente ansiosa como resultado de la dificultad de la alimentación del niño. Es comprensible que si éste no aumenta de peso o no quiere comer, la madre o el padre se preocupen y hasta se culpen a sí mismos. El clínico debe tener cuidado de no hacer una atribución de “culpa” a ningún miembro de la familia. El otro extremo es el pensar que todas las vulnerabilidades y alteraciones están en el niño y que los padres no tienen ningún papel que desempeñar en la alimentación o los problemas de sus hijos en esta área. Las posibilidades de conflicto e irritación en la relación de la alimentación son muy amplias. Aquí se describen muy brevemente algunas de las más comunes en la práctica clínica (Lartigue, Maldonado y Avila, 1998 pp. 154-157):

Dificultades en los padres o sus cuidados:

- Falta de información.
- Falta de experiencia.
- Aislamiento social.
- No tener comidas formales sino comer un poco cada vez a lo largo de todo el día.
- Depresión u otro trastorno mental en uno de los padres, incluyendo el uso de sustancias psicotrópicas (drogas) y distorsiones graves de personalidad, así como trastornos disociativos. Esto puede dar lugar a falta de cuidados para el niño.
- Dificultad para resolver problemas de alimentación y en general, de la vida cotidiana.
- Ideas distorsionadas sobre la alimentación, la gordura y la salud.
- Negligencia o maltrato del niño.

Interacción alterada durante la comida:

Algunas de las situaciones problemáticas más frecuentes son: lucha de voluntades, conflictos de autonomía, necesidad de controlar al niño en todo aspecto, impedir la exploración y los juegos durante la comida.

Algunos padres tienen un modelo interno de la alimentación, en que la diversión o los juegos están prohibidos. El adulto no presta atención a las señales del niño o sus preferencias y solamente ve el propio punto de vista. Entonces siente que debe controlar todos los aspectos de la alimentación del niño, si éste debe explorar la comida o no, y determinar cuánto comerá y qué comerá. En el niño que es más independiente o autónomo esto lleva a conflictos mayores que pueden dar lugar a maltrato al menor.

Falta de interacción social durante la comida:

Quien cuida al niño lo puede hacer en forma mecánica y poniéndolo en un lugar aparte para ser alimentado. Esto no causa trastornos en algunos niños pero sí en otros, que entonces no tendrán interés en alimentarse. La comida resulta ser un momento estéril en que el niño está solo y no hay personas a su alrededor que lo animen a comer o lo inviten a probar nuevas comidas, o que le modelen cómo se come, se regula el paso de la comida, etc. Esto es común en familias con un alto nivel de estrés en donde sus miembros están muy ocupados y la alimentación en vez de una situación de encuentro se vuelve una actividad mecánica que hay que realizar de cualquier manera.

No tener un sitio adecuado. Demasiada estimulación y distracción:

Esta situación se relaciona con las anteriores. En varios de los ejemplos clínicos ofrecidos, se observa que la alimentación puede ocurrir en cualquier lugar y no hay un "ritual" que conduzca a que ésta sea una experiencia agradable. El niño puede comer frente al televisor o en medio de un alto nivel de ruido o de confrontaciones. Para el niño más vulnerable esto puede hacer que no coma por estar envuelto en lo que sucede a su alrededor, sobreestimulado. En algunas familias no hay realmente hora de la comida, sino que cada uno come lo que desea, a menudo bocadillos y comida "chatarra" que se ingiere en pequeñas cantidades durante todo el día. Muchos de estos niños no aprenden a reconocer la sensación de hambre y saciedad, pues no tienen la oportunidad de sentir hambre en ningún momento del día.

No ofrecer comidas adecuadas para el desarrollo del niño. Forzar el alimento. Darse por vencido fácilmente:

Estas situaciones se comprenden como un aspecto de una dificultad más amplia de algunos padres para resolver problemas. La madre enfrentada a un niño que no pide comida, puede darse por vencida. En otros casos no hay preocupación porque un niño sólo toma líquidos y no ofrecen alternativas. Por último, pueden haber casos en los cuales las madres fuercen el alimento.

Tensión durante la alimentación, ansiedad excesiva:

En estas situaciones, los padres ven la dificultad del niño como un reflejo de su capacidad como padres. Si el niño tiene problemas para alimentarse, piensan que esto habla de su propia incapacidad o falta de habilidad para cuidar a su hijo o hija. Algunos padres con estas ansiedades no dan espacio al niño para experimentar o variar su ingestión o el tipo de comida que querrá. La comida se vuelve una situación tensa, en donde el progenitor cuenta cada cucharada y presiona intensamente al niño a comer un bocado más, sintiendo temor si éste ya está lleno. A menudo el padre con este patrón está también ansioso respecto a otros aspectos de la vida del niño y puede temer que muera, que lo va a perder, que se va a enfermar, etc. Algunos padres han tenido pérdidas anteriores (de hermanos o hijos) lo que los hace temer que esto suceda de nuevo.

CURSO CLINICO DE LOS PROBLEMAS DE ALIMENTACION

Se sabe en realidad muy poco respecto al curso clinico de los trastornos descritos arriba. Muchos clinicos e investigadores tienen la impresión clara de que no desaparecen espontáneamente en la mayoría de los casos, sino que persisten (Ramsay, 1995).

En un estudio de seguimiento realizado por Dahl y Sundelin (1992) se observó el curso de los niños que habían evaluado en su estudio, en el primer año de vida. Estos niños se reevaluaron a los 4 años de edad. Los resultados indicaron que de 24 niños que en el primer año de vida rehusaban sistemáticamente las comidas, a los 4 años de edad, el 70% de ellos aún tenían problemas en la alimentación. Estos problemas consistían en ser demasiado selectivos y dificultades con la conducta (demasiado irritables) durante la alimentación. Muchos de ellos se tardaban demasiado tiempo en comer y aún rehusaban muchas comidas. El 42% de estos niños fueron descritos por sus padres como hiperactivos. Sin embargo, estos niños no tenían alteraciones graves en su peso, aunque en general tenían menor peso que los niños normales, lo mismo ocurría con la estatura.

COMORBILIDAD

Es interesante preguntarse si los trastornos o problemas de alimentación ocurren por sí solos o bien son parte de una constelación mayor de problemas de conducta o de otra índole. Sería factible que estas vulnerabilidades biológicas se correlacionaran con otras dificultades en la conducta. Hay muy escasa información empírica para contestar esta pregunta. La mayoría de la información disponible es anecdótica. Sin embargo hay algunos datos interesantes.

En el estudio de Douglas y Bryon, en Londres (1996) el 42% de los niños con problemas de alimentación tenían también alguna otra dificultad conductual, aunque fuera leve. Este estudio también encontró que muchos niños tenían además problemas para dormir.

PUNTO DE VISTA PSICOANALITICO SOBRE PROBLEMAS DE ALIMENTACION

La inapetencia es uno de los síntomas más tempranos y más frecuentes de la patología oral. Puede presentarse como trastorno específico de la fase oral o como síntoma regresivo en las fases subsiguientes del desarrollo. No es una enfermedad, sino solo la manifestación dominante de un trastorno más profundo. Adquiere importancia por sus consecuencias directas sobre la nutrición, sobre el estado general y, por consiguiente, sobre el proceso del desarrollo mismo y sus consecuencias tardías en la estructuración de la personalidad. El contenido emocional de este síntoma es una protesta pasiva contra el rechazo materno. La expresión de esta protesta varía según el estado de maduración, la etapa evolutiva y la fuerza congénita del niño (Békei, 1984).

Comer es una necesidad indispensable para mantener la vida. La palabra inapetencia se aplica erróneamente a la incapacidad de comer o a la falta de deseos de hacerlo. El apetito no es el exacto equivalente del hambre. Uno y otros son sensaciones que regulan la ingestión de comida, pero en distintos niveles evolutivos. El hambre es la percepción de un impulso congénito que mueve a comer. Está regulado por un sistema neurológico y humoral complicado con el cual el bebé nace. El apetito es en cambio un deseo adquirido de ingerir alimentos. Depende de una serie de circunstancias que preceden o acompañan al acto de comer. En el adulto la simple vista de una mesa bien puesta puede despertar el apetito así como la visión de un plato mal presentado puede hacerlo desaparecer.

Estas ideas asociadas al comer no existen aún en el lactante. Siente hambre, no apetito. Percibe una tensión molesta que para él no difiere en nada de cualquier otro dolor abdominal. El dolor lo hace llorar y así alerta a la madre para que le dé de comer. Una vez satisfecha el hambre, se tranquiliza, tiene una sensación placentera. El impulso de autoconservación se refuerza así con el deseo de conseguir este placer.

Solo más tarde, con la acumulación de las experiencias visuales, olfativas y gustativas que acompañan el acto de comer, el apetito se vincula con el hambre y, en condiciones normales, termina por desplazarlo completamente. Niños mayores, con el régimen de comida usual de cuatro ingestiones diarias a intervalos regulares, solo raras veces sienten hambre; por lo general sienten únicamente apetito.

En circunstancias normales el apetito varía según los periodos de crecimiento más o menos intensos, según la actividad física, etc. Esta fluctuación del apetito, su disminución o aumento dentro de ciertos límites,

es fisiológica. Pero la pérdida casi total del apetito o su incremento hasta la voracidad son fenómenos patológicos.

Según Békei, las influencias o noxas que provocan inapetencia o que pueden llegar a suprimir la sensación de hambre son diversas. Los trastornos que la provocan se dividen en dos grandes grupos: orgánicos o funcionales.

Hay una serie de factores orgánicos que de manera directa o indirecta influyen sobre el apetito. El mal manejo de estas inapetencias orgánicas puede llegar a ocasionar inapetencias psíquicas. Por esta razón, Békei enumera en primer término las condiciones somáticas que pueden provocar inapetencia, cuyo diagnóstico incumbe al pediatra: un examen médico tiene que preceder siempre al estudio psicológico del problema (Békei, 1984 pp.142-146).

- ❖ Enfermedades infecciosas.
- ❖ Ingestión de ciertos medicamentos.
- ❖ Enfermedades crónicas (fiebre reumática, sinusitis, anemia leve, primoinfección tuberculosa, parasitosis intestinal, hipertrofia amigdalina, etc.)
- ❖ Cansancio.
- ❖ Falta de ejercicio.

Los trastornos funcionales se subdividen en psicossomáticos y neuróticos. En los trastornos neuróticos del comer, alimentarse adquiere un sentido simbólico; es la expresión de un conflicto edípico en el marco de una relación triangular. En los trastornos psicossomáticos se altera la calidad placentera del comer. Un impacto emocional incide en la relación diádica interfiriendo directamente la función instintiva de la ingestión y su mecanismo regulador: el hambre.

La satisfacción del hambre es una necesidad instintiva y al mismo tiempo el primer lazo que une al niño con la madre. Mientras la madre proceda intuitivamente y calme el hambre de su bebé, adaptando el ritmo de la alimentación y la cantidad de comida a los deseos y necesidades de éste, el amamantamiento será placentero para ambos. Este proceso biológico elemental no parece necesitar aprendizaje, no obstante en nuestra civilización tecnificada muchas veces se malogra. Se producen distintos trastornos del comer, entre ellos la anorexia.

El prototipo más temprano de la inapetencia es la anorexia del destete, llamada también anorexia del segundo semestre. El fenómeno, frecuentemente observado por los pediatras, puede presentarse en forma leve o grave, como anorexia simple o anorexia compleja. Se trata de dos grados del mismo trastorno, cuya intensidad depende del tono afectivo

condicionante de la relación madre- hijo, la que determina el tipo de pictograma que se graba.

En la anorexia simple la inapetencia es un síntoma único. El bebé conserva su buen humor y si bien se detiene el aumento de peso, no hay una disminución drástica. El proceso suele iniciarse a partir de un destete brusco o de la introducción torpe del primer alimento sólido. El rechazo resultante de la nueva comida es una reacción contra la inhabilidad materna. El niño cierra su boca, la madre trata de abrirsela a la fuerza y se establece una lucha entre la voluntad materna y el deseo del niño.

Si el pediatra detecta la situación a tiempo y ayuda a la madre a cambiar su actitud, el síntoma cede con rapidez. Al no encubrir la falla técnica materna una falta de amor, el rechazo de la comida no implica el de la madre.

Por el contrario, si la falta de destreza es producto de sentimientos hostiles de la madre, como en la anorexia compleja, un cambio de actitud materna impuesto desde afuera no resuelve la situación. El rechazo infantil persiste, y con el correr del tiempo adquiere otro matiz. El niño, embarcado en la lucha contra el alimento extraño, que ya equivale para él a una "madre mala", llega a perder todo interés en la comida. Se torna inquieto, huraño, duerme mal y disminuye rápidamente de peso poniendo en peligro su vida. Se anula la percepción del hambre que regula la ingesta y se desorganiza el proceso fisiológico del comer. La gravedad del trastorno atestigua una falla profunda en la relación madre- hijo, de la cual la comida resulta ser en este periodo el vehículo privilegiado.

La equiparación madre-comida es una equivalencia simbólica. Los representantes de la escuela francesa le conceden un valor simbólico total, lo que probaría, para ellos, la naturaleza no psicossomática sino neurótica del trastorno (Békei, 1984).

Soulé propone un posible bloqueo de la mentalización. Fain considera a la anorexia compleja una fobia, igual a la angustia del octavo mes, a la que califica de fobia primaria. El miedo al extraño atrapa y liga las emociones agresivas originalmente dirigidas a la madre. Si esto se intensifica, la agresión a la madre invade otros campos haciéndose entonces peligrosa la comida, la que es más fácil de evitar que a un extraño. El lactante puede negarse a comer, a ingerir lo temido, sin recurrir a mecanismos psíquicos complejos (citados en Kreisler, Fain y Soulé, 1974).

Tanto Soulé como Fain admiten la naturaleza psicossomática de la anorexia compleja y llaman al proceso que la desencadena afectivo-somático. Al acoplar en un mismo concepto lo afectivo con lo somático quieren indicar el impacto directo del afecto sobre el soma, y al probar la

ausencia de defensas yóicas, cumplen con las exigencias de la definición de enfermedad psicósomática a la que se atienden.

La anorexia temprana corresponde a un periodo de transición y en sus manifestaciones, aunque presimbólicas, se observan algunos mecanismos primitivos de defensa, como por ejemplo negación y proyección. Estos mecanismos son integrados a la organización defensiva contra la angustia de aniquilación y por ende contra la psicosis que la enfermedad psicósomática representa. Así lo atestigua el hallazgo frecuente de anorexia temprana entre los antecedentes de psicóticos juveniles.

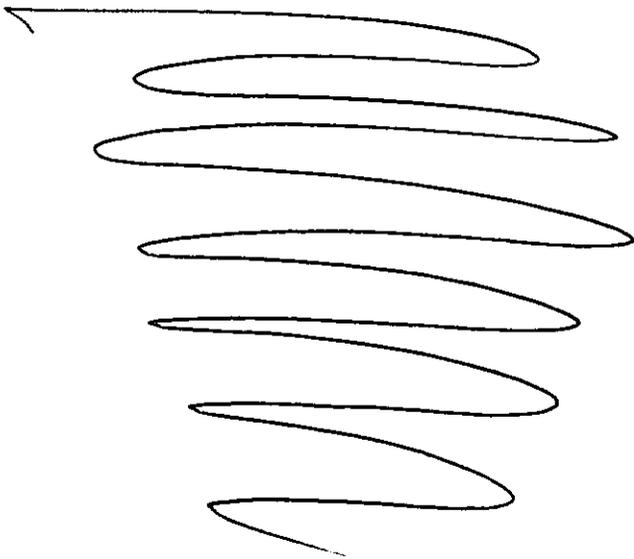
Entre las variedades simple y compleja de la anorexia del destete, que son trastornos extremos, existen transiciones, cuadros de gravedad diferente, condicionados por una mayor o menor perturbación de la relación diádica. La relación patológica que se expresa en un mal manejo de la alimentación no se limita a la época del destete, y también más tarde puede provocar anorexia, protesta pasiva del niño contra el maltrato que a su vez interfiere la evolución progresiva de la relación objetal (Békei,1984).

La agresividad se manifiesta normalmente durante el periodo oral sádico, cuando la erupción de los dientes completa la capacidad de morder. En este momento comienzan a aparecer nuevas actividades motoras –el gateo y más adelante el caminar y el hablar- que canalizan la agresión. Condiciones indispensables para que estas vías de canalización funcionen como tales es el buen manejo de esta fase evolutiva que coincide generalmente con la paulatina independización del niño. Es preciso favorecer su descarga motora general, dándole amplias posibilidades de gatear, golpear, patalear y morder. Si la agresión se canaliza y descarga en esta forma, la madre recibirá solo las manifestaciones de cariño, fortificando la confianza básica. Pero si la conducta de la madre es hostil –desteta al niño bruscamente, suprime repentina y coercitivamente la succión del pulgar, impide su movilidad -, si fomenta la agresión pero inhibe la descarga, la inhibición del sadismo oral acumulara agresión dirigida contra ella y se extenderá a todas las manifestaciones agresivas. El niño evitará morder en general y, como medida de defensa contra su propia agresión, evitará también masticar la comida sólida. El resultado de todo esto es la inapetencia. No acepta el alimento, rechazando a la madre mala disociada, pero se aferra a la buena que lo tiene que atender. Esta relación ambivalente es la manifestación más temprana de la relación psicósomática. Se origina en el periodo de diferenciación, previo al de acercamiento, y es de carácter oral, no anal. Más adelante, en el periodo anal, la maduración progresiva y el logro de la invención voluntaria ya permiten al niño manifestar su protesta de una manera más variada y se establecerán distintos cuadros de inapetencia. De todos modos, estos siempre serán expresión de una relación conflictiva, de la lucha por la independencia a la vez que del miedo a ella, como respuesta al amor condicional de la madre. Si en esta fase se inculcan en el niño hábitos de

higiene en forma rígida, podrá ocurrir que llegue a experimentar asco por todo lo sucio o lo que tenga algún parecido con la materia fecal. Es posible también que el niño termine por identificar con la materia fecal algunas comidas semejantes a ella en la forma o el color. El asco podrá extenderse a la comida en general y el niño dejará de comer a causa de esta repugnancia global. Las anorexias del periodo edípico, son la mayoría de las veces de estructura neurótica. La relación objetal se terminó de establecer, pasó de dual a triangular, y en ese marco la culpa por impulsos libidinales prohibidos puede llevar por desplazamiento a la erotización del acto de comer (Békei, 1984).

CAPITULO 2

TEMPERAMENTO



TEMPERAMENTO

DEFINICIONES DEL TEMPERAMENTO

Etimológicamente, temperamento proviene del latín temperamento temperare; regular el temperamento, llamándolo también genotipo. Ha sido definido como la suma de factores biológicos, hereditarios de un individuo, conjunto integrado por elementos biosomáticos, estructurales y funcionales del ser.

Ramón De la Fuente Muñiz define el temperamento como el modo habitual que tiene una persona de reaccionar emocionalmente y que esta condicionado por su constitución afectiva innata. Para él, la parte somática es influenciada tan tempranamente por el ambiente, que es difícil separar el temperamento del carácter. Para Peter Dempsey, el cuerpo, es decir, el temperamento es la materia que formará la personalidad (citados en De la Fuente y Dempsey, 1959).

Gustavo Pittaluga (1984) da las siguientes definiciones: “Parte nativa congénita de la personalidad que se manifiesta por medio de impulsos instintivos y espontáneos. Surge de las relaciones bioquímicas humorales que están sujetas a las células en su actividad glandular, las cuales forman parte de nuestros órganos de secreción interna: estos actúan directa e ininterrumpidamente con el sistema nervioso, tanto central como en la vida vegetativa”(Pittaluga, 1984 p.39).

“El temperamento viene a ser una gran parte de nuestra constitución naciente, nos da la reacción de la emoción visceral, es la expresión del funcionamiento interior del ser” (Pittaluga, 1984 p.39).

“El temperamento es un estado orgánico y neuropsíquico constitucional congénito en virtud del cual el ser humano se manifiesta en sus actitudes y actividades espontáneas y vivenciales, con reacciones típicas frente a los estímulos del mundo exterior” (Pittaluga, 1984 p.91).

Para Fuster, el temperamento es un conjunto de peculiaridades fisiológicas y morfológicas de las que dependen las diversas formas de reacción emocional de los individuos, y al ser determinado por la herencia, puede modificarse considerablemente a base de influencias ambientales, tratamientos médicos, regímenes alimenticios, etc. (Fuster, 1979 p.7).

ANTECEDENTES HISTORICOS

Desde tiempos remotos, se trató de formar grupos constitucionales reuniendo en ellos a las personas con características semejantes. Algunas de estas clasificaciones que en un principio fueron consideradas por sus autores como caracterológicas o de personalidad, en la actualidad solo nos sirven como tipologías temperamentales. Aún sabiendo esto , es casi imposible que tipologías temperamentales no tengan algunos rasgos de socialización, adaptación o adquisición, pues las líneas que dividen lo innato de lo adquirido, al temperamento del carácter o de la personalidad, son tan tenues que no es posible apreciarlas con precisión (Sheldon, 1979).

FISIOLOGÍA Y PSICOLOGIA DEL TEMPERAMENTO

La antigüedad médica aplicó la palabra latina al equilibrio entre los humores. Estos se templaban unos con otros y de esta templanza resultaba la salud. Cuando se daba una desproporción entre los humores, sin llegar aún a la enfermedad, se hablaba de un temperamento mixto. Cuando la desproporción humoral era excesiva se convertía en predisposición y según los humores predominantes surgían enfermedades constitucionales diversas. El humor caliente y seco o bilis daba el temperamento bilioso o colérico, el humor caliente y húmedo o atrabilis producía el temperamento melancólico o atrabiliario, el humor frío y húmedo o flema engendraba el temperamento flemático. Se señalaban un hábito exterior, un fisiologismo especial y unas predisposiciones morbosas típicas de cada temperamento. Así, entre la juventud y los climas templados predominaba el temperamento sanguíneo, lo mismo que en la edad adulta. En países tropicales reinaba el atrabiliario. La doctrina de los antiguos acerca de esto, iniciada por Hipócrates, fue desarrollada por Galeno. Este propugnó la idea de los temperamentos y la adoptó a sus principios. Hoffmann creía que la contracción de las fibras producía el temperamento colérico y su relajación el flemático. Después vino la creación de un temperamento nervioso, no sospechado siquiera por los antiguos. Se oponía aquel al temperamento muscular o atlético, que era otra innovación. Por otra parte, comenzaba a hablarse de la pureza de los temperamentos, inclinándose los autores a admitir tipos mixtos: linfáticos, nerviosos, belicosos, sanguíneos. Halle, por su parte, aceptaba temperamentos generales, parciales y adquiridos. Los primeros eran los ya conocidos, mientras que los segundos dependían de regiones y órganos (temperamento torácico, cefálico, abdominal). Esta idea fue adoptada por Rostan, que describió diversos temperamentos según el predominio de los grandes aparatos (digestivo, circulatorio, encéfalo, genitales). No faltaban autores como Luton que asignaban un temperamento a cada época crítica de la existencia (constituyente, paterna, materna, asexual). Por fin, algunos

como Hule y Wagner, negaban todo valor a los temperamentos que identificaban con la constitución y la complexión. Sin embargo, ha prevalecido el uso de conservar los temperamentos principales. Así se describe el linfático, el sanguíneo y el nervioso, habiéndose perdido el bilioso y el muscular (Fuster, 1979).

El temperamento es la expresión funcional de un organismo atribuida hipotéticamente al predominio de un aparato determinado. Es posible que el fondo de esta concepción sea meramente un juicio, pero siempre responderá a una necesidad práctica. Los trabajos sobre inmunología y toxicología enseñan, en efecto que el factor individual es muy potente y debe enlazarse con tipos citológicos y humorales definidos. La existencia de una gran diversidad de temperamentos es evidente y algo que todos conocen. Como entre los individuos no hay dos que tengan exactamente las mismas facciones, así tampoco entre todos los hombres no habrá dos que en su manera de ser y obrar sean absolutamente iguales (Fuster, 1979).

Las operaciones vitales son en todos sustancialmente las mismas; la evolución biológica, lo mismo que la Psicología o mentalidad de los individuos, pueden reducirse a determinados estadios que son estudiados y determinados por las diversas ciencias biológicas y la Psicología genética; pero no es menos cierto que la manera de verificarse las distintas funciones vitales, lo mismo las de orden vegetativo que las de orden mental, revisten caracteres propios en cada individuo. Estas diversidades, que son objeto aún de la apreciación vulgar, dependen en parte de la naturaleza misma modificada por la herencia y recibida por la generación, y en parte también la educación. De la multitud de factores de la formación del hombre, que pueden reducirse a los dos grandes grupos mencionados, los primeros solamente o sea los que pertenecen a la naturaleza misma modificada por la herencia y recibida por generación, constituyen el temperamento propiamente dicho. Los segundos, esto es, los adquiridos por la educación en el sentido amplio de la palabra, o, mejor dicho, las modificaciones de los primeros por la acción educativa, pueden más propiamente considerarse como el carácter del individuo. La noción de carácter está íntimamente relacionada con la del temperamento (Fuster, 1979 pp.99-107).

CLASIFICACIONES DEL TEMPERAMENTO

LOS CUATRO TIPOS DE TEMPERAMENTO

De acuerdo con Simon y Sellier (1977) existen cuatro grandes tipos de temperamento:

1. **EL INTROVERTIDO:** Su característica esencial es la inhibición. Está dominado por la voluntad de no rozarse con los demás, y se distingue por cierto afán de buena compostura. Puede inspirar cierta confianza y se le aplican habitualmente los siguientes calificativos: austero, discreto, sombrío, ahorrador, lleno de retención, cuidadoso, reflexivo, previsor, serio, preciso, estudioso, razonable, constante, delicado, pensativo, minucioso, prudente, introspectivo, así como ensimismado, distante, pesimista, impenetrable y desconfiado. Posee una vida interior intensa y cierta profundidad de pensamiento. Le gusta la vida bien reglamentada. Es reservado con los desconocidos, su sociabilidad es selectiva y evita a menudo las discusiones al tiempo que manifiesta un gran espíritu crítico, es subjetivo y juzga en relación a sí mismo.
2. **EL EXTRAVERTIDO:** Su característica esencial es la excitación. Está dominado por el deseo de participar y se distingue por el afán de conformidad. Es capaz de triunfar en la vida. Se le aplican habitualmente estos calificativos: vivo, espontáneo, jovial, de fácil convivencia, tolerante, abierto, alegre, hábil, generoso, entusiasta, animoso, emprendedor, animador, lleno de tacto, se acepta fácilmente, le gusta la vida y realiza plenamente sus deseos, así como charlatán, impulsivo, bromista, superficial, voluble, agresivo, influenciado, disipado, despreocupado, farsante. A veces es impetuoso, le gusta la agitación, busca sensaciones fuertes; a menudo le agrada el riesgo. Es objetivo en el sentido de que toma las cosas como vienen.
3. **EL ESTABLE:** Se le conoce por los siguientes rasgos fundamentales: es capaz de atenuar los golpes, está bien anclado en la realidad, hace exactamente lo que le conviene para triunfar, tiene una idea casi exacta de su valía. Se le atribuyen los siguientes calificativos: disponible, perseverante, maduro, igual a sí mismo, apacible, relajado, de fácil adaptación, de buen humor, confiado, realista, resistente y sereno. Está bien adaptado a la vida, sabe generalmente donde se encuentra, vive en el presente y actúa conforme a sus ideas; utiliza correctamente sus capacidades, tiene los pies en la tierra y no se sorprende de nada. A veces se le atribuyen los calificativos de: neutro, placido, apático, satisfecho, sin remordimientos, poco ambicioso, duro, indiferente, descuidado, sin pasión. No se plantea demasiadas cuestiones; es tranquilizador y banal, poco inclinado a la duda, partidario de las evidencias y es objetivo debido a que su juicio se basa en los hechos.

4. **EL INESTABLE:** Se reconoce por los siguientes rasgos fundamentales: es hipersensible, muy excitable, está lleno de contradicciones, es un eterno satisfecho, necesita probarse su valía. Se le atribuyen a menudo los siguientes calificativos: receptivo, capaz de reacción, tenso, emotivo, sensitivo, sensible a las emociones fugaces, intuitivo, así como susceptible, desabrido, distraído, crispado, propenso a la ansiedad, impulsivo, rígido, depresivo, sugestionable y soñador. Puede verse animado por una voluntad de superación o por el miedo a hacerlo mal. Se siente a veces desorientado, sufre decepciones, vive de añoranzas, trastornos psicósomáticos, se muestra inquieto por su salud. Algunas veces busca la compañía para evadirse y otras la soledad para recogerse. Teme ser incomprendido y la dificultad le atrae y le da miedo a la vez (Simon y Sellier, 1977 pp. 16-17).

CLASIFICACION DE KANT

Kant (citado por Sheldon, 1979) en su antropología, nos presentó una descripción formal de los 4 temperamentos, con base en los conceptos desarrollados en ese momento de la historia (conceptos desarrollados por Galeno e iniciados por Hipócrates):

A) TEMPERAMENTO SANGUÍNEO: Persona desaprensiva y llena de esperanza, atribuye gran importancia a aquello de lo que se ocupa en un momento dado; pero puede olvidarse de todo ello enseguida. Desea mantener sus promesas pero no lo hace porque nunca toma en consideración con anterioridad si es capaz de realizarlas. Posee una buena naturaleza que la impulsa a ayudar a otros. Es muy sociable, alegre, no toma nada muy en serio y cuenta con un gran número de amigos. No es viciosa pero le resulta difícil abandonar sus pecados. Se puede arrepentir, pero este arrepentimiento se le olvida muy pronto. Se cansa y se aburre fácilmente en el trabajo, dedicándose constantemente a los juegos, los cuales implican cambios constantes. La persistencia no es precisamente su punto fuerte.

B) TEMPERAMENTO MELANCÓLICO: Las personas que tienden a la melancolía, atribuyen una gran importancia a todo lo que les concierne. Descubren en todas partes causas para la ansiedad y ante todo, intuyen las dificultades de cualquier situación al contrario de lo que sucede con las personas sanguíneas. No hacen promesas con facilidad porque insisten en cumplir con su palabra y tienen que tomar en cuenta la posibilidad o no de cumplir con ella. Todo esto no se debe a consideraciones morales, sino a que la interacción con otras personas hace que se preocupen, se vuelvan suspicaces y reflexivas. Es por esta razón que no pueden alcanzar la felicidad.

C) **TEMPERAMENTO COLÉRICO:** Son impulsivos, se enojan con rapidez aunque se calman con facilidad cuando su oponente cede; se molestan sin resentimiento. Sus actividades son rápidas pero no persistentes. Se mantienen ocupadas pero no les agradan los negocios, precisamente por esa falta de perseverancia. Prefieren dar órdenes pero no quieren molestarse en ejecutarlas. Les agrada el reconocimiento abierto y desean alabanzas en público. Les cautivan las apariencias y la formalidad. Están llenos de orgullo y amor propio. Son tacaños, corteses pero ceremoniosamente; sufren sobre todo cuando otros se niegan a aceptar sus atenciones. En una palabra, el temperamento colérico es menos feliz porque tiene muchas probabilidades de enfrentarse a oposiciones.

D) **TEMPERAMENTO FLEMÁTICO:** La flema significa falta de emoción, no pereza; implica simplemente la tendencia a moverse en forma persistente aunque no rápida ni con facilidad: Estas personas se encienden con mayor lentitud pero retienen el enojo por más tiempo. Actúan siguiendo principios y no instintos; su temperamento feliz puede suplementar su falta de sagacidad e ingenio. Son razonables en sus tratos con otras personas y, por lo común, se salen con la suya persistiendo en sus objetivos mientras dan la impresión de ceder ante los demás.

Es evidente que no todas las personas pueden situarse con facilidad en una de las cuatro categorías que se excluyen mutuamente. Así, esta aproximación carece de una propiedad fundamental de la ciencia en general: la cuantificación o la medición de los atributos de las cosas (citado en Sheldon, 1979 pp. 18-19).

Wundt en 1903 trató de modificar el patrón tipológico anterior con el fin de obtener una mayor precisión. El autor propuso la superposición de las dimensiones de la fuerza de los sentimientos y la variabilidad de estos sobre los tipos de Kant. El sistema tipológico de Wundt se enfoca en la idea de que el pensar en los tipos no es necesariamente incompatible con el pensamiento de rasgos (citado en Sheldon, 1979).

En el cuadro 1 se muestran los rasgos que describen tradicionalmente los "cuatro temperamentos" de Galeno. Las descripciones actuales son adaptaciones de E. Kant y la disposición de los dos ejes principales está sugerida por W. Wundt.

CUADRO 1



Teoría de los cuatro temperamentos según Kant y Wundt (citado en Eysenck, H., 1982 p.46).

CLASIFICACION DE KRETSCHMER

Kretschmer (1967) basó su clasificación de tipos físicos en la configuración que determina la constitución, siendo los tipos principales los siguientes:

1. **PIGNICO:** Es una persona de estatura media, sólido esqueleto, cara redonda y ancha, cuello corto, tórax amplio, abdomen abultado, brazos y piernas cortas, hombros estrechos, músculos bofos, piel suave y con cierta tendencia a la calvicie en los hombres de este tipo.
2. **ASTÉNICO O LEPSOMÁTICO:** Son personas delgadas, altas, cara larga y estrecha, cuello y tórax largos, abdomen plano, hombros estrechos, extremidades largas y finas, piel seca y pálida.
3. **ATLÉTICO:** Son personas demasiado altas con la cabeza grande y larga, tórax y hombros anchos, son fuertes y musculosos, abdomen plano, extremidades grandes y largas, de huesos fuertes .
4. **DISPLÁSICO:** este tipo comprende a cualquier configuración que se deba a trastornos de las glándulas, las cuales son generalmente considerados anormales, como por ejemplo: el gigantismo originado por el hiperfuncionamiento de la hipófisis (Kretschmer, 1967 pp.30-45).

LA CONCEPCIÓN DE PAVLOV

El interés de los trabajos de Pavlov consiste en haber mostrado cómo se articulan, a nivel de la corteza cerebral, los dos mecanismos antagónicos de excitación y de inhibición.

Pavlov distingue ante todo dos grupos extremos: excitable y refrenable, y dos grupos centrales de animales equilibrados pero distintos: unos tranquilos y los otros muy vivos.

La clasificación antigua de los cuatro temperamentos, no podemos por menos de constatar una concordancia entre los resultados de la experiencia con perros y esta clasificación: el tipo excitable sería el colérico y el refrenable el melancólico. El flemático y el sanguíneo corresponderían a los dos aspectos del tipo central. El temperamento melancólico es un tipo de sistema nervioso claramente inhibible: para el melancólico cualquier fenómeno de la vida es un agente inhibidor, porque no cree en nada, no espera nada, no ve ni siquiera por doquier sino la lesión y el peligro. El tipo colérico es un tipo claramente belicioso, vivo, que se irrita rápida y fácilmente. El flemático es tranquilo, siempre ecuaníme, buen trabajador, testarudo y perseverante. El sanguíneo es activo, muy productivo, desbordante de dinamismo, pero solo cuando tiene muchas cosas interesantes que hacer, es decir, cuando se halla en estado de excitación constante. Cuando no tiene nada que hacer se aburre, es taciturno (Pavlov, 1993 pp.181, 224).

BASES FISIOLÓGICAS DEL TEMPERAMENTO

Pavlov apenas se preocupaba por lo que acontecía en la corteza cerebral; nunca se interesó por el conjunto del sistema nervioso y, en particular, por los centros responsables de la emoción. De todas formas, la tipología de Pavlov sólo representa una confirmación muy parcial de las investigaciones sobre la personalidad.

Sin embargo, es preciso advertir que la mayor parte de las tipologías existentes atestiguan las bases fisiológicas del temperamento. Eysenck (1982) considera que la introversión está vinculada al predominio del sistema nervioso central. Por eso el introvertido se muestra más vigilante que el extravertido. La inestabilidad provendría de un desequilibrio del sistema nervioso autónomo (simpático, parasimpático), que desempeña un papel importante en la regulación del humor.

Vigilancia y humor, estos son los dos criterios elegidos por Jean Delay para clasificar la acción de las drogas sobre el sistema nervioso. Ahora bien, los estudios psicofarmacológicos emprendidos sobre todo por Eysenck, muestran una relación estrecha entre los efectos de esas drogas y las dimensiones de la personalidad (citado en Simon, 1977).

De acuerdo con Pittaluga (1984), las bases biológicas del temperamento pueden reducirse a cuatro, nunca disociadas en el organismo humano sino unidas en un conjunto más o menos armónico de sinergias y antagonismos regulares. Son las siguientes:

- A) La constitución orgánica congénita, que se refleja en el tipo somático o corpóreo, morfológico y fisiológico.
- B) El sistema endocrino (glándulas de secreción interna).
- C) La sangre.
- D) La estructura del sistema nervioso central y el funcionamiento del sistema neuro-vegetativo.

Todas ellas obedecen en su formación, durante el desarrollo, intra-uterino (embrionario y fetal) y durante la primera infancia, a tres órdenes de factores:

- ❖ Factores propiamente hereditarios (paternos y maternos, y procedentes del linaje del padre y de la madre)

- ❖ Factores congénitos, pero no hereditarios en el sentido estrictamente biológico, y procedentes de la nutrición embrionaria y fetal por la sangre materna durante la gestación.
- ❖ Factores exógenos debidos, a partir del nacimiento, durante el desarrollo del niño recién nacido y su primera infancia, a la alimentación, el clima, el ambiente (Pittaluga, 1984 pp. 54-63).

Las dos últimas series de factores constituyen los signos paratípicos del ser, que injertados y fundidos con los signos genotípicos de la primera serie producen el fenotipo individual humano.

La fuente de mayor importancia, que ha dado un caudal incalculable de elementos de juicio comprobatorios de origen constitucional del temperamento, ha sido y es el estudio de la genética.

A) LA CONSTITUCIÓN ORGÁNICA CONGÉNITA. El aspecto corpóreo, la estructura somática, las facies del ser humano, son la expresión sintética de la constitución orgánica congénita, apenas modificada durante el crecimiento por los factores exógenos. Los signos que nos proporciona esta imagen externa de la persona, que el médico sabe apreciar aunque sea como impresión primera y superficial, corresponden a condiciones temperamentales dentro de ciertos límites de acierto en la interpretación, que no pueden permitirnos conclusiones exactas, salvo en casos excepcionales, linderos con la anormalidad.

El tipo constitucional somático es el resultado de una correlación congénita entre los diversos sistemas orgánicos, en una síntesis morfológica-funcional que se constituye, sobre las bases hereditarias, durante el desarrollo del ser.

B) EL SISTEMA ENDOCRINO: Las llamadas "glándulas de secreción interna", que constituyen en su conjunto el "sistema endocrino", actúan sobre el equilibrio orgánico por medio de sustancias elaboradas por cada una de ellas. Son éstas las "hormonas". Se puede afirmar que ninguna parte del cuerpo, ningún órgano o tejido se sustrae a la influencia constante de las hormonas; y que esta influencia se ejerce ya desde los primeros periodos del crecimiento embrionario y del desarrollo del feto en el útero materno, por las hormonas que atraviesan la placenta y que proceden del plasma sanguíneo de la madre; y más tarde gracias al funcionamiento de las glándulas de secreción interna del propio organismo fetal durante los últimos periodos de la gestación, y del niño recién nacido hasta el término del ciclo vital del ser humano.

Aquí, como elemento de juicio que atañe al propio tiempo al tipo constitucional morfológico y a la situación del sistema endocrino, debe mencionarse la determinación del metabolismo basal. Dejando de un lado las técnicas, el metabolismo basal consiste en la cantidad de energía calórica (o de calorías) liberada por el organismo en la unidad de tiempo y en reposo absoluto. El metabolismo basal nos ofrece un dato de gran interés, sobre todo en cuanto a la actividad de la glándula tiroides, cuyas alteraciones dependen en gran parte de factores constitucionales congénitos que a veces se manifiestan tardíamente bajo la influencia de condiciones físicas o fisicoquímicas del ambiente exterior, y que en ambos casos ejercen una acción poderosa sobre el temperamento. Esta acción se manifiesta, sobre todo, en los casos de función excesiva de la glándula tiroides, por estados de exaltación pasional o de emotividad exagerada, siempre mucho más frecuentes y más intensos en la mujer que en el varón, y en los casos de funcionamiento apagado o deficiente, por estados depresivos, que pueden llegar hasta un cierto grado de apatía; estados, en ambos casos, suficientes para caracterizar un temperamento.

Las relaciones entre algunas glándulas de secreción interna y el sistema nervioso central acentúan los signos del predominio de este grupo de factores temperamentales sobre los factores caracterológicos que empiezan a intervenir al término de la primera infancia hasta moldear el carácter en sus manifestaciones iniciales a partir de la segunda infancia y durante la edad escolar.

- C) LA SANGRE: La tercera serie de las bases biológicas del temperamento consiste en la composición físico-química de la sangre; más exactamente del plasma sanguíneo. La sangre nutre al sistema nervioso, que es el soporte de nuestra actividad psíquica.

Ahora bien, la sangre ha sido estimada siempre como la sede de los signos temperamentales de la persona y como la depositaria y trasmisora de estos signos a través del linaje. Sangre y linaje han sido sinónimos.

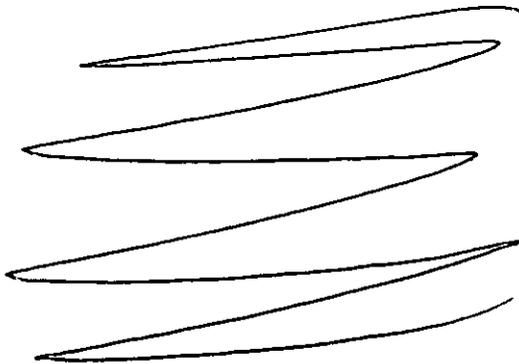
Un conjunto diverso de alteraciones de la composición de la sangre se reflejará, por tanto, en las reacciones temperamentales a través del sistema nervioso.

D) LA ESTRUCTURA DEL SISTEMA NERVIOSO Y LA SITUACIÓN NEUROPSÍQUICA: El sistema nervioso con que nacemos posee una estructura dotada de un potencial de desarrollo, que nos conducirá, durante la vida- mientras este potencial permanezca intacto y no agotado en su crecimiento y evolución- a una situación neuropsíquica determinada, substrato de nuestra vida espiritual y de nuestra personalidad. Ese potencial de desarrollo no es idéntico ni cuantitativa ni cualitativamente en los distintos seres humanos.

El potencial de desarrollo de nuestro sistema nervioso y muy en particular de nuestros centros cerebrales es una condición individual que, dentro de las leyes genéricas comunes, propias de la especie humana, nos acompaña desde el nacimiento con las limitaciones implícitas en su impulso primario, que obedecen a factores hereditarios. Esta condición individual señala en cierto modo un puesto a cada ser humano en la historia de su generación y de su comunidad; un puesto que, más tarde, durante la vida, hará resaltar a través del carácter, de la personalidad y de la conducta la jerarquía de este factor esencial del temperamento (Pittaluga, 1984 pp. 54-63).

CAPITULO 3

VINCULO MATERNO-INFANTIL



VINCULO MATERNO- INFANTIL

El presente estudio trata sobre el temperamento en madres de niños con Trastorno de la ingestión alimentaria en la infancia, por lo cual intenta determinar si existe alguna relación entre factores psicológicos presentes en la madre y la pérdida de apetito en el menor. Esto tiene que ver con el vínculo materno- infantil, ya que es la madre la primera persona con la que el bebé establece algún tipo de relación y por ende sería de esperarse que ciertos aspectos o conductas que presenta la madre influyeran de manera directa sobre el desarrollo del niño y los problemas que presenta en el transcurso de éste. Por lo anterior, es que se considera importante tratar algunos aspectos sobre la diada madre-hijo.

ANTECEDENTES TEÓRICOS

LA RELACION MADRE-HIJO DESDE LA PERSPECTIVA PSICOANALITICA.

Sigmund Freud fue el primero en dar una visión de la importancia que tiene la primera relación que hay con la madre para la vida y evolución psicológica del niño, principalmente con el pecho materno (objeto parcial) y la boca del bebé (fase oral): "la boca es desde el momento del nacimiento, el primer órgano que aparece como zona erógena y que plantea a la psique exigencias libidinales. Al principio toda la actividad psíquica (del bebé) está adaptada a la satisfacción (por parte de la madre) de las necesidades de esta zona. Naturalmente, la boca sirve en primer lugar a la auto conservación por nutrición, pero no se debe confundir la fisiología con la Psicología. El chupeteo del niño, actividad a la que éste se aferra tenazmente, presenta muy precozmente un impulso hacia la satisfacción que, si bien surgió de la ingestión alimentaria y estimulada por ésta, tiende a alcanzar el placer independientemente de la nutrición" (Freud, 1987 p.23).

Para Winnicott (1965) la experiencia alimenticia entre la madre y su bebé es particularmente intensa y compleja ya que durante la mamada, se incluye la excitación de la anticipación y la experiencia de gratificación de dicha actividad. La madre es el medio para la satisfacción de los instintos y la proveedora de seguridad física. Este autor considera que las madres que pueden dar el pecho a su bebé encuentran una experiencia mucho más rica para sí mismas en la lactancia natural y ello parece contribuir al temprano

establecimiento de una relación entre dos seres humanos. Argumenta con respecto al amamantamiento natural que "si la gratificación instintiva fuera la única clave, la lactancia natural no tendría ninguna ventaja sobre la artificial"(Winnicott, 1965 p.149).

Para Klein (1987) la relación del lactante con la madre pasa por dos posiciones, una con un objeto parcial (posición esquizo-paranoide), en donde el bebé tiene que relacionarse con dos objetos al dividirse el yo, es decir, el objeto primario (pecho) está disociado en dos partes, el pecho ideal y el pecho persecutorio, la prevalencia de éstos depende de la actitud y de la conducta de la madre hacia su hijo, ya que las fantasías que tiene el niño con el objeto ideal se asocian con experiencias gratificantes de ser amado por la madre externa real; así como las fantasías persecutorias se relacionan con experiencias reales de privación y dolor, atribuidas a los objetos persecutorios. La finalidad del bebé es guardar dentro de sí al objeto ideal e identificarse con éste y mantener fuera al objeto malo.

La segunda posición se refiere a la relación con un objeto total (posición depresiva). En esta etapa el niño empieza a reconocer a la madre como un objeto total, la cual puede ser a veces buena y a veces mala, puede estar presente y ausente, puede amarla y odiarla al mismo tiempo (ambivalencia). El bebé comienza a percatarse de que sus experiencias buenas y malas no proceden de un pecho o una madre buena y de un pecho o una madre mala, sino de la misma madre, que es a la vez fuente de lo bueno y de lo malo, reconoce a la madre como persona total, lo que significa también reconocerla como individuo con una vida propia y con sus propias relaciones con otras personas.

Para Spitz (1965), la relación madre-hijo es un estado de desconexión social, un lazo puramente biológico que se va transformando en lo que llega a ser la primera relación social del individuo, se efectúa una transición de lo fisiológico a lo psicológico y social. En la etapa biológica "in útero" las relaciones del feto son puramente parasitarias, pero en el transcurso del primer año de vida, la criatura pasará de una etapa de simbiosis psicológica con la madre, a otra donde se van a desarrollar las interacciones sociales.

Christiane Oliver (1987) considera que durante la lactancia y lo que implica ésta en la relación madre-hijo, toda la gestalt materna penetra en él, de ahí la importancia de la alimentación natural. El olor, la temperatura corporal, la tonalidad de la voz, se introyectan desde los primeros meses volviendo al hijo dependiente de la figura materna y del ambiente creado por ella. Es la época de la vida en la cual se da la base de la confianza en sí mismo y del impulso libidinal de vivir que tendrá el adulto futuro. El comportamiento de la madre, condicionado por sus propios sentimientos inconscientes con respecto a su bebé, será un elemento inductor o una orientación de la madre hacia el hijo, e inclusive, la autora considera que el sexo del niño influye en el comportamiento maternal.

Es poco frecuente que una madre manifieste actitudes maternas adecuadas (favorables) o actitudes maternas inadecuadas (desfavorables), ya que la madre no siempre rechaza al niño como una totalidad, sino ciertos rasgos y conductas que se apartan de la concepción que ella tiene. Miller (1985) sostiene que “las reacciones de desprecio maternas (o paternas) son introyectadas. El terror y la extrañeza, la repugnancia y el asco, la irritación y la indignación, el miedo y el pánico son muchas veces suscitadas en la madre por los impulsos más naturales del niño, tales como las actividades autoeróticas, la búsqueda y el descubrimiento del propio cuerpo, la avidez oral, la micción, la defecación, el hecho de jugar con los propios excrementos, la curiosidad o la rabia ante la desilusión y el fracaso. Mas tarde, todas esas experiencias quedan unidas a los ojos aterrados de la madre” (Miller, 1985 p.97).

Bowlby (1965) afirma que “la calidad del cuidado parental y materno que recibe el infante y el niño pequeño es de vital importancia para su futura salud mental” (Bowlby, 1965 p.71), por lo que debe experimentar una relación cariñosa, íntima y continua con su madre (o sustituto materno), en la que ambos encontrarán satisfacción y gozo. Un niño necesita sentir que es objeto de placer y orgullo para su madre. Una madre necesita sentir una prolongación de su propia personalidad en la de su hijo: cada uno tiene necesidad de identificarse íntimamente con el otro. El cuidado materno que se prodiga a un niño no es algo que pueda disponerse mediante una rutina; es una relación humana viva que altera los caracteres de ambas partes. El cuidado materno no puede considerarse en términos de horas por día, sino únicamente en relación al gozo de la mutua compañía que experimentan madre e hijo.

LA CONCEPCIÓN DE ANA FREUD SOBRE LA RELACIÓN MADRE-HIJO

En épocas recientes la crianza de niños ha estado marcadamente influenciada por una nueva tendencia dentro del campo psicoanalítico. Estas investigaciones se centran en el interjuego inicial del niño y la madre (o el sustituto materno) que cuida de él y asegura su supervivencia. De la relación que se establezca entre la pareja madre-hijo depende que las necesidades corporales e instintivas del niño sean frustradas o satisfechas y en que medida; que el placer o el displacer sean las experiencias centrales de su vida; que, a los fines de la gratificación, su atención pase paulatinamente de su cuerpo y su persona incipiente hacia el objeto que provee a sus necesidades y que al mismo tiempo es para él el primer representante del mundo externo; y finalmente, que los periodos iniciales de fusión con la madre y de amor por ella por razones puramente egoístas den lugar a la manera madura de amar al objeto como persona por derecho propio.

Los psicoanalistas han estudiado numerosos casos en que la capacidad de formar relaciones objetales normales no se ha desarrollado o ha sido destruida al comienzo de la vida debido a la carencia de una adecuada figura materna, a la falta de respuesta por parte de la madre, a sus periódicas ausencias, enfermedad, pérdida, etc. En lugar de desarrollarse normalmente, estos niños tienden a retraerse; su interés permanece centrado en ellos mismos sin desplazarse hacia el mundo que los rodea; sufren una depresión física o intelectual o de ambas a la vez.

La primitiva relación del niño con la madre es la base de su capacidad para establecer los vínculos ulteriores y a la vez sirve de prototipo para éstos. Pero a pesar de lo importante que es, esa relación por sí sola no garantiza la futura salud mental. Existen también diversas circunstancias, tales como sucesos traumáticos, pérdidas, seducciones, desarreglos en la estructura familiar, etc., que pueden afectar la vida del niño una vez superada la etapa de la primera infancia.

El papel de la madre respecto del lactante va mucho más allá de la misión de brindarle bienestar, satisfacer sus necesidades y ofrecerse como el primer objeto de sus tendencias emocionales. Su tarea debe recaer también sobre el yo en desarrollo del hijo. Es la madre quien debe actuar como una coraza protectora contra la excitación indebida hasta que el niño erija su propia barrera contra los estímulos. Es el manejo materno de los deseos del hijo y el equilibrio que ella establezca entre satisfacción, frustración y postergación lo que servirá de prototipo para el ulterior manejo de los instintos por parte del propio yo del niño. El niño recurre al sentido de realidad de su madre hasta que comienza a funcionar su propia prueba de realidad y su capacidad para discriminarla de la fantasía.

Es necesario brindar alguna orientación a las madres. Sin duda habrá algunas cuyo caudal natural de afecto, protección y posesividad hacia el hijo las capacita emocionalmente para asumir el papel de “yo auxiliar” del niño. Otras, en cambio pueden sentirse incapaces e insuficientemente preparadas para hacerlo y por consiguiente necesitan ayuda. Cuando las dificultades propias de la personalidad de la madre o sus carencias no son excesivas, bastará con esclarecer para ella los muy peculiares requerimientos de un yo en desarrollo.

La crianza de niños pequeños es una tarea de grandes exigencias, aun en las condiciones más favorables. De las madres, y en especial de las madres de niños de corta edad, se espera que combinen una multitud de destrezas y virtudes que no es frecuente encontrar juntas en ningún individuo. Tienen que ser limpias, prolijas, puntuales, silenciosas y precisas para satisfacer los requerimientos del amamantamiento del bebé; al mismo tiempo tienen que ser flexibles en sus acciones de modo tal de adaptarse a las variantes necesidades del niño, así como indulgentes frente al ruido, la suciedad y el desorden que constituyen los acompañantes inevitables de la vida de un bebé. Tienen que soportar las imposiciones de sus hijos sin resentirse y consagrarse a su tarea sin esperar beneficios inmediatos. Tienen que salvaguardar de los peligros a su niño sin interferir demasiado con el amor por la aventura que el pequeño tenga y ejercer autoridad sin dañar el sentido de independencia que va desarrollándose en él. Deben tener un corazón cálido para responder a los sentimientos del niño y mantener al mismo tiempo fría la cabeza y actuar con objetividad en las emergencias que constantemente surgen a lo largo del día de un infante (Freud, A., 1985).

LA RELACION MADRE-HIJO DESDE LA PERSPECTIVA CONDUCTUAL

Kaye (1986) señala que el comportamiento del niño influye en la conducta de la madre y de otras personas con las que tiene contacto, la conducta del bebé está organizada en ciertos aspectos por los aparatos visuales y auditivos del recién nacido que ponen cierto orden para relacionarse con el mundo de los estímulos.

Newton (1971) trata de examinar toda la gama de influencias que pueden incidir para producir diferencias de personalidad o de conducta, en el niño alimentado con seno materno y niño alimentado con biberón. Hace énfasis en que los datos empíricos recogidos del amplio aspecto de las ciencias de la conducta deben ser vistos con mucha cautela, ya que la relación entre amamantamiento y cualquier indicador psicosocial pueden no ser de causa-efecto o bien deberse a otras variables no controladas.

Según la teoría conductista, las conductas no son resultado de fuerzas internas no observables, sino que se aprenden a través de la interacción y la experiencia con el ambiente, incluidas las demás personas. En la etapa oral, los niños comen no con el fin de liberar energía de la libido, sino porque han aprendido que comer puede ser una experiencia agradable. Un hecho de lo más fascinante acerca de los niños es que aprenden. Su capacidad de aprendizaje se manifiesta desde el nacimiento, y uno de los tipos fundamentales o clásicos en que se observa esta facultad es en el condicionamiento clásico. Este tipo de aprendizaje implica establecer una asociación entre un estímulo y una respuesta. El condicionamiento clásico es un tipo muy simple de aprendizaje que continúa durante toda la vida del individuo, pero que no logra explicar todas las conductas humanas. En vez de aguardar a que en el ambiente se produzca el estímulo que origina la reacción, a veces el individuo obra sobre el ambiente o lo estimula con el fin de obtener lo que desea. Al estimular el ambiente, incluyendo a otras personas que están en él, es posible producir la reacción. Por lo general, los padres reaccionan cuando el niño llora por hambre. Las acciones que obran sobre el ambiente se denominan conductas operantes. Así como las conductas de estímulo-respuesta se aprenden por condicionamiento clásico, las conductas operantes se aprenden por condicionamiento operante (McCandles y Trotter, 1981).

LA RELACION MADRE-HIJO DESDE LA PERSPECTIVA SOCIAL

Desde el punto de vista psicológico, el embarazo es una crisis del desarrollo para la madre, ya que ésta tiene que adaptar su modo de vida a la del niño en camino, la cual tiene repercusiones en todos los aspectos. Las madres frecuentemente tienen dificultades para ajustarse especialmente con su primer hijo.

Langer (1978) refiere que el embarazo y parto, que constituye un episodio de la vida de la mujer, debería de transcurrir sin mayor problema, pero desafortunadamente no ocurre así, ya que generalmente se acompaña de trastornos, dificultades, dolores y angustia, que nuestra sociedad ha llegado a considerar como fenómenos normales y casi inevitables. El análisis de estos trastornos revela que son parte de conflictos psicológicos y que su aparición significa un rechazo al niño. Por otra parte, la idea que la madre se hace de lo que le gustaría que fuera el bebé, de las características físicas y mentales y la personalidad de éste, quedan ciertamente definidas en la madre conforme progresa el embarazo. Dichas fantasías se expresan luego en actitudes que se extienden a su relación con el niño.

Hurloch (1979) hace mención de las fantasías de las madres con respecto a sus hijos. En su estudio observó que muchas veces las madres no podían concebir a sus verdaderos hijos con la noción que se habían formado de ellos. Las madres con más de un hijo tendían a estar más satisfechas cuando mayor era la distancia entre los diferentes embarazos.

Zemlik y Watson (1953) refieren en su estudio la forma en que la madre reacciona después del nacimiento de su hijo, encontrando correlación negativa. Esto es, que las madres que subjetiva y objetivamente despliegan el grado más elevado de sintomatología, expresan su rechazo por caminos psicossomáticos durante su embarazo y muestran luego hiperindulgencia, hipersolicitud y conducta impulsiva (citado en Watson, 1953).

La actitud de la madre hacia el nacimiento de su hijo es de gran importancia. El dar a luz esta considerado en cada cultura en forma distinta, como experiencia que puede ser peligrosa, interesante, satisfactoria o importante, pero acompañada de cierto riesgo. La mujer naturalmente se acerca dispuesta y feliz, pero al mismo tiempo siente que es un peligro, que tiene que ser evitado. Mead sostiene que estas actitudes deben considerarse como algo adquirido. La actitud tanto del padre como de la madre frente al parto contiene elementos complejos y contradictorios y cada sociedad puede tener como molde una y otra, a veces hasta una serie de actitudes opuestas entre sí (citado en Langer, 1978).

Jerssild (1954) ha declarado que las actitudes de los padres se revelan a través de la conducta y los impulsos al atender al niño cuando se inquieta o llora, o bien lo dejan seguir llorando por largo tiempo o lo tratan bruscamente sin dedicarle un poco de su tiempo o bien lo entretienen o permiten que se divierta, son rígidos y estrictos en las prácticas de crianza o tratan de adaptarse al ritmo y patrón de la personalidad infantil.

LOS HABITOS ALIMENTARIOS. SU ESTABLECIMIENTO

El establecimiento de hábitos alimentarios adecuados no se ve suficientemente garantizado ni por el conocimiento del funcionamiento del aparato digestivo del infante, ni por la información correcta sobre sus exigencias nutritivas: para tener buen éxito, un régimen alimentario debe hacer lugar a la cooperación voluntaria del infante para cuyo beneficio se lo establece. Cuando las personas que son responsables del régimen no se ganan la cooperación del niño, conspiran contra su propio objeto y en vez de beneficiar la actitud del infante ante el alimento, pueden dañarla; en esta fase temprana de la vida, la actitud ante el alimento tiene una importancia suprema en relación con el proceso del desarrollo físico y psicológico.

La ingestión de alimentos satisface la necesidad más temprana y más urgente del cuerpo del niño, su hambre, y por consiguiente constituye la primera gratificación del instinto que el niño experimenta. El adulto, al proporcionarle la nutrición necesaria, le proporciona placer. Es un hecho establecido en la moderna Psicología del niño que los infantes efectúan sus primeros contactos emocionales con las personas que lo alimentan, dado que los adultos constituyen los instrumentos que los introducen a su experiencia de satisfacción de deseo, contentamiento y felicidad (Freud, A., 1985).

El vehemente anhelo del niño de obtener alimento, satisfacer su hambre y de tal manera lograr placer coincide afortunadamente con el deseo de la madre de salvaguardar la supervivencia y el desarrollo del niño alimentándolo. En esa medida, niño y medio se hallan en perfecta armonía. El hambre del niño, o (como representante psicológico de su necesidad corporal) su apetito, constituye el fundamento más seguro y el más poderoso aliado de todo régimen alimentario.

Los primeros choques entre el niño y su ambiente ocurren por lo general en relación con los intervalos que median entre las comidas y las cantidades que se ingieren.

Si al niño se le hace esperar demasiado tiempo para darle su alimento, o si en tales ocasiones no se gratifica de ninguna manera el deseo de alimentos, experimenta dolor en vez de placer y aprende a asociar con el alimento sensaciones dolorosas. Lo mismo ocurre cuando a los infantes se los limita con excesiva estrictez en lo que concierne a la cantidad de sus mamadas, de modo tal que desaparece el elemento de contento, o cuando se los fuerza a comer en momentos en que no sienten hambre y rechazan el alimento. En todas estas ocasiones experimentan sensaciones de naturaleza desagradable y dolorosa que con el tiempo pueden pesar más que las

experiencias alimentarias placenteras y en última instancia arruinar la actitud del niño frente a todo el proceso de la ingestión.

De acuerdo con Ana Freud (1985), cuando la alimentación de los niños pequeños se regula sin tener en cuenta estos factores, el proceso del comer puede llegar a divorciarse por entero de la poderosa apetencia originaria de satisfacción que caracteriza a toda pulsión instintiva. Y una vez que esta conexión se pierde, la hora de las comidas en lugar de representar la satisfacción del deseo, se convierte en una tarea ingrata y aburrida para el niño, una especie de trabajo forzado. Pero la consideración de estos factores en sí mismos no bastará para excluir las perturbaciones de los hábitos alimentarios que surgen en todas aquellas ocasiones en que el deseo instintivo de comer del niño se complica por la interacción con otras tendencias instintivas. Estos puntos de peligro son: la relación del niño con la madre que lo alimenta; la actividad de los instintos componentes de la sexualidad infantil, y la actividad de las tendencias destructivas y agresivas del niño:

1.-INFLUENCIA DE LA RELACION CON LA MADRE SOBRE LA ALIMENTACIÓN:

De acuerdo con la misma autora (1985), durante el primer año el infante no tiene acceso directo al alimento y depende por entero de la madre (o de quién la substituya) para la satisfacción de su hambre. La madre es el eslabón que vincula al infante con su alimento mientras que, por otra parte, el deseo de alimento es la primera razón del vínculo emocional que liga al infante con su madre. El infante comienza su vida como un ser puramente egoísta y autocentrado. Halla el camino hacia un contacto emocional normal con el ambiente ligando sus primeros sentimientos de amor a las personas que le proporcionan el placer y la confortación que se conecta con las experiencias tempranas de alimentación. La unión entre alimentación y amor que se establece en este periodo se disolverá posteriormente en el periodo de la niñez tardía. Cuando los niños han adquirido ya la capacidad de amar a otras personas que no sean ellos mismos, constituyen sus vínculos sobre la base de otras necesidades y consideraciones. Esto no altera el hecho de que todo amor humano comienza como "amor estomacal" y de que la actitud posterior hacia el alimento continúa en cierto grado bajo la influencia del vínculo emocional con la madre, con el cual se hallaba inseparablemente unido en un comienzo.

Siguiendo con Ana Freud, la identidad temprana de amor por el alimento y el amor por la madre deja su impronta en la reacción ante el alimento y puede llegar a ser perturbadora para los hábitos alimenticios del niño. El niño se muestra enteramente inclinado a tratar el alimento que la madre le da del mismo modo como trata a la madre, cosa que significa que todas las perturbaciones posibles de la relación madre-hijo pueden trasladarse a la situación alimentaria. El niño experimentará en el curso de

su desarrollo muchos sentimientos negativos, de celos y resentimientos contra la madre. Siempre que esos sentimientos surgen, pueden desplazarse fácilmente al alimento. Cuando el niño lucha contra la madre y la rechaza puede luchar contra el alimento que ella le ofrece y que se ha transformado en un símbolo de sus atenciones. De tal modo, un niño puede hallarse en excelente estado de salud, tener mucha hambre, una digestión perfecta, un gusto bien desarrollado por el tipo correcto de alimento, y no obstante comer mal. Una mala relación con la madre puede poner fuera de acción a un buen apetito.

2.-INFLUENCIA DE LOS PLACERES ORALES SOBRE LA ALIMENTACIÓN:

Desde los comienzos del período del chupeteo el infante deriva de la corriente láctea dos géneros diferentes de satisfacción: una de ellas proviene del apaciguamiento del hambre, y la otra de la estimulación de la boca, que es la primera de las zonas corporales que le produce al niño sensaciones placenteras de naturaleza sexual. El infante experimenta esta satisfacción oral como algo que acompaña a la satisfacción del amamantamiento y la reproduce por sí mismo, en forma independiente de la situación de amamantamiento, bajo las diversas formas de succión de los dedos.

No se debe interferir con los placeres orales normales del niño: cuando la succión de los dedos o el deseo de cosas dulces se trata con rigor, el niño puede volverse contra su oralidad, reprimir sus manifestaciones y de tal manera dañar seriamente su actitud positiva hacia el comer, de la cual constituyen un elemento esencial.

3.-INFLUENCIA DEL INSTINTO AGRESIVO SOBRE LA ALIMENTACION:

Para el niño pequeño, el comer tiene otra significación que puede dar origen a serias perturbaciones del régimen alimenticio. Comer simboliza una acción agresiva contra el alimento que de este modo es atacado y consumido, o contra la persona a quien el alimento representa. Todo niño pasa entre la edad de uno a dos años por un estadio durante el cual el morder desempeña un gran papel como la expresión más importante de sus agresiones contra el mundo exterior. Esto ocurre en el período en que morder y masticar alimentos sólidos adquiere gran importancia en la alimentación del niño. Cuando estas fantasías orales se reprimen, las consecuencias se hacen sentir en la alimentación. El niño desarrolla inhibiciones contra el comer y puede negarse a morder, a masticar o a tragar su alimento.

4.- INFLUENCIA DE OTROS ELEMENTOS EMOCIONALES SOBRE LA ALIMENTACION:

La significación simbólica del comer desempeña un gran papel en la vida fantástica del niño mayor. En los momentos de la culminación del desarrollo sexual infantil todo niño trata de observar y de comprender la vida sexual de sus progenitores. Muchos niños se construyen la creencia de que lo que ocurre entre sus progenitores por la noche tiene algo que ver con la

boca. Algunos creen que los progenitores respiran uno en la boca del otro para dar origen a un bebé; otros, que el padre alimenta a la madre con algo, que el bebé crece de ese alimento. Algunos niños creen que los bebés nacen por la boca.

Las fantasías de este género son reprimidas y desaparecen de la conciencia del niño, pero desde el inconsciente dan origen a diversas inhibiciones del comer. Los niños pueden negarse a comer para no ponerse "gordos". Muchos niños tienen horror por las personas gordas quienes, para ellos, representan a la madre durante el embarazo.

La promesa corriente de que comer bien hará que el niño se ponga "grande y fuerte" tiene sobre algunos niños el efecto opuesto al deseado. Debido a sus sentimientos de culpa hacia sus progenitores, quieren seguir siendo "pequeños" y escapar de esa manera a muchos peligros imaginarios, entre ellos el peligro de morir. Rechazan el alimento y ponen en peligro su salud al servicio de esta angustia (Freud, A., 1985 pp.51-57).

PERTURBACIONES DE LA ALIMENTACION Y LA RELACION MADRE-HIJO

ANTECEDENTES

En el estudio psicoanalítico de los niños, el interés se ha concentrado con frecuencia en uno u otro de los problemas de la alimentación durante la primera infancia y la niñez.

Andrew Peto (1937) consagró un artículo a la actitud emocional de la madre, como factor importante en el éxito de la alimentación a pecho. Middlemore (1941) hizo un estudio sistemático de la "situación de succión" entre la madre y el infante recién nacido, e interpretó algunos de sus hallazgos a la luz de las teorías de Melanie Klein sobre los conflictos de la fase oral. Edith Jackson (1945) y Mohr (1928) acentuaron la importancia de los factores emocionales en el trabajo de nutrición con infantes y niños. Emmy Silvestre (1945), en un caso de anorexia psicógena, rastreó la influencia que la relación madre-hijo tenía sobre el origen y el curso de la perturbación (citado en Freud, A., 1985 pp.59-60).

Según Ana Freud (1985), existen tres modos principales en que la función de comer se halla abierta a perturbaciones:

1. Mediante cambios ocurridos en el organismo que directa o indirectamente afecten el impulso del organismo a sobrevivir, o la necesidad de alimento (perturbaciones orgánicas de la alimentación);
2. Mediante cambios que afecten el carácter placentero de la función (perturbaciones no orgánicas del proceso instintivo mismo);
3. Mediante la sexualización o el uso agresivo de la función, que envuelve a la actividad de comer en conflictos con las fuerzas yóicas y conduce a estados de ansiedad neurótica, inhibición y formación de síntomas (perturbaciones neuróticas) (Freud, A., 1985 pp.60-61).

RELACION ENTRE EL COMER Y LAS ETAPAS DEL AMOR AL OBJETO

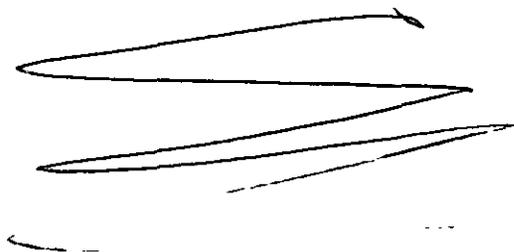
De acuerdo con Ana Freud, el niño recién nacido es un ser autocentrado y autosuficiente cuando no se halla en estado de tensión. Cuando se halla bajo la presión de necesidades corporales urgentes, como por ejemplo el hambre, establece periódicamente conexiones con el medio, las cuales interrumpe una vez que las necesidades han sido satisfechas y se ha aliviado la tensión. Estas ocasiones constituyen para el niño la primera introducción a experiencias de satisfacción de los deseos y placer. Establecen centros de interés con los cuales se liga la energía libidinal. En el infante que se alimenta con éxito "ama" la experiencia de la alimentación (amor narcisista). Cuando la conciencia del niño se desarrolla en grado suficiente como para discernir otras cualidades aparte de las de dolor y placer, la catexia de la libido pasa de la experiencia placentera de la alimentación a la comida que constituye la fuente de placer. En esta segunda fase el infante "ama" la leche, el pecho o el biberón (dado que, en este nivel de desarrollo, no pueden establecerse distinciones precisas entre el sí mismo del niño y el medio, esta depositación de la libido constituye una fase transicional entre el narcisismo y el amor al objeto). Cuando sus poderes de percepción le permiten al niño construir una concepción de la persona a través de cuya acción se lo alimenta, su "amor" se transfiere al proporcionador del alimento, esto es, a la madre o la persona que la substituye (amor al objeto). No es difícil seguir la línea de desarrollo que conduce desde estos comienzos elementales de apego al objeto hasta las formas posteriores del amor. El primer amor del infante por la madre se dirige hacia la satisfacción material (amor estomacal, amor de alacena, amor egoísta; "ser alimentado"). En la etapa siguiente, el amor al objeto sigue siendo egoísta pero se dirige hacia satisfacciones no materiales, esto es, a recibir amor, afecto, aprobación de la madre; "ser amado". A medida que el niño avanza desde los niveles oral y anal hacia el nivel fálico, la adhesión al objeto pierde su carácter egoísta; las cualidades del objeto adquieren mayor importancia libidinal, mientras que el beneficio que se recibe en forma inmediata como resultado de la relación se torna menos importante. La etapa siguiente, y la más alta del desarrollo, es la capacidad de amar al objeto independientemente del beneficio que reporta (amor altruista). Aunque el alimento y la madre se separan en la mente consciente de todos los niños a partir del segundo año en adelante, la identidad de las dos imágenes subsiste en lo que concierne al inconsciente del niño. Buena parte de la conducta conflictiva que el niño presenta hacia el alimento se origina no en una pérdida del apetito o en una disminución de su necesidad de comer, etc., sino en emociones conflictivas hacia la madre que se transfieren al alimento, que constituye un símbolo de aquélla. La ambivalencia hacia la madre puede expresarse como fluctuaciones entre una ingestión excesiva y el rechazo hacia el alimento; los sentimientos de culpa hacia la madre y la consiguiente incapacidad de gozar de su afecto, como

una incapacidad de gozar de la comida; la obstinación y la hostilidad hacia la madre, como una lucha contra el ser alimentado. Las perturbaciones de la alimentación de este tipo desaparecen normalmente durante la adolescencia, cuando se reconsideran las represiones de la relación infantil con los progenitores y resulta necesario encontrar soluciones para tales represiones, a un nivel diferente. Cuando los desórdenes de la alimentación que surgen de la relación madre-hijo han sido especialmente graves, pueden volver durante la vida adulta bajo la forma de trastornos psicósomáticos del estómago o el aparato digestivo (Freud, A., 1985).

Las madres, aun cuando no sean la causa de estas dificultades en la alimentación de sus hijos, pueden no obstante comportarse de manera tal que agraven los elementos patógenos de la situación. Bajo la influencia de sus propias fantasías inconscientes a menudo continúan durante un tiempo mucho más largo que el necesario actuando como vínculo entre el niño y el alimento, y tratando por su parte el alimento que ofrecen como si fuese una parte de ellas mismas; se sienten complacidas y son afectuosas cuando el niño acepta el alimento y se ofenden cuando lo rechaza, como si su amor por el hijo hubiese sufrido un desaire; al niño que come mal le piden que coma y que lo haga "por ellas", etc. Esta actitud de la madre coincide con la actitud inconsciente del niño, y por consiguiente fortalece las tendencias emocionales inconscientes que constituyen una amenaza para la alimentación. Las madres no pueden alterar las fantasías inconscientes de sus hijos. Pero pueden, mediante sus propias acciones, fortalecer los movimientos conscientes y saludables que los niños hacen hacia la etapa siguiente del desarrollo. Esto es, pueden proporcionarle al niño un acceso directo al alimento tan temprano como ello sea posible, confiar en las capacidades autorreguladoras de su apetito dentro de límites sensatos, retirarse así cada vez más de la situación de alimentación, en la medida en que el niño aprenda a manejarse independientemente con el alimento (Freud, A., 1985).

CAPITULO 4

METODO Y PLAN DE ESTUDIO



METODO Y PLAN DE ESTUDIO

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA: ¿Cuáles rasgos de temperamento presentan más comúnmente las madres de niños con Trastorno de la ingestión alimentaria en la infancia?

VARIABLES

VARIABLE DEPENDIENTE

Trastorno de la ingestión alimentaria en la infancia.

VARIABLE INDEPENDIENTE

Rasgos de temperamento en las madres.

DEFINICION DE VARIABLES

DEFINICIÓN CONCEPTUAL DE LA VARIABLE DEPENDIENTE

Trastorno de la ingestión alimentaria en la infancia (DSM- IV): Es la incapacidad persistente para comer adecuadamente, lo que se pone de manifiesto por una incapacidad significativa para ganar peso o por una pérdida de peso significativa durante por lo menos un mes. No se acompaña de enfermedad digestiva ni de otra enfermedad médica (por ejemplo reflujo gastroesofágico) suficientemente grave para explicar el Trastorno de la ingestión alimentaria. El trastorno alimentario no se explica mejor por la presencia de otro trastorno mental (por ejemplo trastorno de rumiación) o por simple no disponibilidad de alimentos. El inicio del trastorno ha de ser anterior a los 6 años de edad.

DEFINICION OPERACIONAL DE LA VARIABLE DEPENDIENTE

Niños con Trastorno de la ingestión alimentaria en la infancia: Pacientes diagnosticados por el equipo médico del Instituto Nacional de Pediatría con detención de peso – talla y que no presenten enfermedades orgánicas que provoquen directamente inapetencia y menos aún detención del peso y la talla, establecido en el expediente clínico como diagnóstico final.

DEFINICION CONCEPTUAL DE LA VARIABLE INDEPENDIENTE

Rasgos de temperamento: Constelación de tendencias y pautas conductuales lo suficientemente cohesivas como para considerarlas como una unidad (Taylor y Johnson, 1941), las cuales conforman una constitución o hábito mental que depende especialmente de la constitución física o que está relacionada con ella. Puede considerarse como una especie de material en bruto con el que se constituye la personalidad. Se basa en la determinación genética. Entre más esté anclada una disposición en lo constitucional, más se considera asociada al temperamento (citados en Villegas y Varela, 1996).

Los fenómenos característicos de la naturaleza emocional de un individuo, incluyendo su susceptibilidad a la estimulación emocional, la intensidad, profundidad y la velocidad con que acostumbra a producir las respuestas, su estado de humor preponderante y todas las peculiaridades de fluctuación e intensidad en el estado de humor, todos de origen hereditario.

Taylor y Johnson (citados por Villegas y Varela, 1996 pp. 10-12) clasifican y describen los rasgos de temperamento de la siguiente manera:

- **NERVIOSO:** Estado o condición frecuentemente caracterizado por alta tensión y actitud aprensiva. Su opuesto, el **TRANQUILO**, se caracteriza por una actitud apacible, relajada.
- **DEPRESIVO:** se le define como pesimista, desanimado o descorazonado. Su opuesto, el **ALEGRE**, se caracteriza por una actitud o disposición de felicidad.
- **ACTIVO SOCIAL:** Se le define al individuo que posee la energía, entusiasmo y es socialmente activo. El **PASIVO**, por el contrario, se caracteriza por la inactividad social, el letargo y actitudes de retraimiento.
- **EXPRESIVO:** Se le considera así al individuo espontáneo, afectuoso o cariñoso, abierto o franco. Su opuesto, el **INHIBIDO**, se caracteriza por la incapacidad para expresar sentimientos de ternura y por la tendencia a ser reservado, cohibido, reprimido.
- **EMPATIA:** Se le define como empática a la persona benévola, comprensiva y compasiva. Su opuesto, la **INDIFERENCIA**, se caracteriza por la insensibilidad y actitudes poco comprensivas hacia los sentimientos de los demás.
- **SUBJETIVO:** Se le define así a la persona emotiva, ilógica, ensimismada. A su opuesto, la **OBJETIVIDAD**, se le define como una persona de mente clara, razonable y de actitud lógica.

- **DOMINANTE:** Se le define así al individuo seguro de sí mismo, confiado, asertivo y competitivo. Su opuesto el **SUMISO**, se le define como dependiente, complaciente y pasivo.
- **HOSTIL:** Se le define así al individuo crítico, argumentativo, punitivo. Su opuesto el **TOLERANTE**, es aquel individuo paciente, aceptante, de actitudes humanas.
- **AUTODISCIPLINADO:** Se le define así a la cualidad de ser metódico, controlado y perseverante. Su opuesto **IMPULSIVO**, se define como la tendencia a ser desorganizado, con poco control y cambiante.

DEFINICION OPERACIONAL DE LA VARIABLE INDEPENDIENTE

Rasgos de temperamento: Tendencias y pautas conductuales agrupadas por Taylor y Johnson de la siguiente manera (es importante mencionar que un rasgo se considera predominante cuando la mayoría de los sujetos caen en el mismo rango percentilar):

- Nervioso vs. Tranquilo: Con un puntaje percentil de 0 a 25 se da un diagnóstico de excelente, de 26 a 50 es aceptable, de 51 a 85 es deseable un cambio y de 86 a 100 el cambio es urgente.
- Depresivo vs. Alegre: Con un puntaje percentil de 0 a 23 se da un diagnóstico de excelente, de 24 a 45 es aceptable, de 46 a 80 es deseable un cambio y de 81 a 100 el cambio es urgente.
- Activo social vs. Pasivo, Retraído: Con un puntaje percentil de 0 a 14 se da el diagnóstico de el cambio es urgente, de 15 a 35 es deseable un cambio, de 36 a 65 es aceptable y de 66 a 100 es excelente.
- Expresivo vs. Inhibido: Con un puntaje percentil de 0 a 20 se da el diagnóstico de el cambio es urgente, de 21 a 50 es deseable un cambio, de 51 a 75 es aceptable y de 76 a 100 es excelente.
- Empatía vs. Indiferencia: Con un puntaje percentil de 0 a 20 se da el diagnóstico de el cambio es urgente, de 21 a 50 es deseable un cambio, de 51 a 75 es aceptable y de 76 a 100 es excelente.
- Subjetivo vs. Objetivo: Con un puntaje percentil de 0 a 4 y de 63 a 80 se da un diagnóstico de es deseable un cambio, de 5 a 10 y de 35 a 62 es aceptable, de 11 a 34 es excelente y de 81 a 100 es urgente un cambio.
- Dominante vs. Sumiso: Con un puntaje percentil de 0 a 14 y de 97 a 100 se da un diagnóstico de el cambio es urgente, de 15 a 34 y de 94 a 96 es deseable un cambio, de 35 a 51 es aceptable y de 52 a 90 es excelente.
- Hostil vs. Tolerante: Con un puntaje percentil de 0 a 3 y de 51 a 74 se da un diagnóstico de es deseable un cambio, de 4 a 27 es excelente, de 28 a 50 es aceptable y de 75 a 100 el cambio es urgente.
- Autodisciplinado vs. Impulsivo: Con un puntaje percentil de 0 a 20 se da un diagnóstico de el cambio es urgente, de 21 a 37 y de 91 a 100 es deseable un cambio, de 38 a 61 y de 82 a 90 es aceptable y de 62 a 81 es excelente.

CONTROL DE VARIABLES

- ◆ Madres (o la persona que ejerce el maternaje) de pacientes de consulta externa del Instituto Nacional de Pediatría.
- ◆ Edad del niño: desde los 6 meses hasta los 7 años de edad.
- ◆ Que el nivel de ingresos garantice la proporción de alimento.
- ◆ Diagnóstico del menor: Trastorno de la ingestión alimentaria en la infancia (detención peso- talla), sin la presencia de ninguna enfermedad orgánica asociada que pueda provocar inapetencia y/o detención peso - talla (por ejemplo: problemas endocrinológicos o gastrointestinales).

TIPO DE ESTUDIO

Se trata de un estudio descriptivo (por lo que no se plantean hipótesis, ya que solo se esta describiendo lo que se observa en esta población sin compararla con un grupo control) prospectivo, de campo, de tipo correlacional, transversal, con un diseño de una sola muestra.

SUJETOS

Madres de niños que han acudido a consulta externa del INP de 7 años a la fecha y que cuentan con los siguientes indicadores:

- ◆ La edad del hijo diagnosticado con el trastorno fluctúa entre los 6 meses y los 7 años de edad.
- ◆ Sexo del menor: Masculino o femenino.
- ◆ Nivel de ingresos que garantice la proporción de alimento suficiente.

MUESTRA

Se trató de una muestra de tipo intencional, no probabilística. El tamaño de la misma se determinó posterior a la revisión de expedientes, (descartando aquellos que no cuentan con suficientes recursos económicos para tener suficiente alimento) extrayéndola del Instituto Nacional de Pediatría, trabajando con madres de pacientes que han acudido a la consulta externa durante los últimos 7 años.

INSTRUMENTOS

- Se utilizó en primera instancia un inventario de nivel socioeconómico, con el propósito de determinar si en cada caso podía garantizarse la proporción de alimento al menor, descartando aquellos casos en los que no se cumple este requisito. Los datos necesarios para llenar dicho inventario se obtuvieron del expediente y en caso de no encontrarlos todos se recaudó la información faltante directamente con las madres de los pacientes
- Se utilizó el Inventario de Análisis del Temperamento de Taylor y Johnson (T-JTA), con el propósito de obtener un perfil de temperamento con base a los diferentes rasgos que lo componen, siendo éstos los siguientes:
Nervioso-Calmado, Depresivo-Animoso, Activo social-Tranquilo, Expresivo-Inhibido, Empatía-Indiferencia, Subjetivo - Objetivo, Dominante - Sumiso, Hostil - Tolerante, Autodisciplinado - Impulsivo.

El inventario consta de 180 reactivos divididos proporcionalmente entre los 9 rasgos que mide la prueba. Se construyó de tal manera que el sujeto puede contestar a los reactivos al nivel de autodescripción o bien, describiendo a otra persona, hijo o hija.

La hoja de respuestas está diseñada con el fin de que el sujeto responda de acuerdo con 3 alternativas:

Una respuesta (+) más, significa "Definitivamente sí" o "Generalmente sí".

Una respuesta MID, significa "Indeciso".

Una respuesta (-) menos, significa "Definitivamente no" o "Generalmente no".

Se proporciona una valoración clínica de entre 4 zonas del perfil: Excelente, Aceptable, Es deseable un cambio y El cambio es urgente.

Existe adicionalmente una escala de actitud, la cual es una medida que determina las predisposiciones del sujeto. Está compuesta de reactivos seleccionados, destinados a mostrar el grado con el cual las actitudes del individuo pueden influir en los resultados de una prueba.

PROCEDIMIENTO

A través de una revisión de expedientes se descartaron aquellos pacientes que cuentan con alguna alteración orgánica que pueda provocar inapetencia, así como aquellos casos en los que no se cuenta con suficientes recursos económicos para alimentar adecuadamente al niño, obteniendo datos de tipo socio-económico para llenar el Inventario correspondiente (si no se encontraron todos los datos de este tipo en el expediente, se obtuvieron posteriormente preguntándolos directamente a la madre del paciente). Una vez seleccionada la muestra, se citó a las madres de los pacientes para explicarles el objetivo de la investigación y pedir su consentimiento para hacerlas partícipes de ella, pidiendo firmaran una carta en caso de acceder. A continuación, se procedió a la aplicación del instrumento seleccionado, informándoles los resultados cuando éstos se obtuvieron.

VALIDEZ Y CONFIABILIDAD

CONFIABILIDAD

La Confiabilidad de las 9 escalas se ha evaluado con los coeficientes de correlación por el método de test-retest y con la aproximación del análisis de varianza de Hoyt. El primer análisis de estabilidad temporal se basó en el puntaje de calificación de un grupo de 81 sujetos con un intervalo de tiempo de 2 semanas. En el segundo análisis se utilizó un grupo de 50 personas con un intervalo de aplicación de 3 semanas.

N = 81
A .82
B .85
C .79
D .83
E .71
F .75
G .84
H .79
I .87

N = 50
A .88
B .90
C .88
D .89
E .74
F .79
G .89
H .84
I .87

La consistencia interna de las 9 escalas se estimó por medio de la técnica de división por mitades por sexos:

HOMBRES = 477

MUJERES = 661

A .85
B .90
C .81
D .77
E .73
F .71
G .72
H .82
I .82

A .87
B .79
C .74
D .72
E .65
F .77
G .76
H .75
I .83

VALIDEZ

Se utilizó inicialmente empleando calificaciones profesionales en clínica como sustitutivos de las medidas de criterio puro. A los psicólogos se les solicitó que calificaran a los clientes que se encontraran bajo su cuidado. Pidiéndoles que seleccionaran a aquellos cuya dinámica de la personalidad les fuera completamente familiar. El T-JTA se les administró subsecuentemente a los clientes y las calificaciones se compararon enseguida con las calificaciones de psicólogos. En muchos casos las predicciones resultaron duplicadas por los test con bastante cercanía; en otros hubo solamente ligeras variaciones en pocos rasgos (validez concurrente).

Otro procedimiento clínico por medio del cual se estudió la validez de los resultados consistió en comparar la "auto-calificación" con otras "calificaciones", es decir, los resultados de los test cruzados. Se encontró una correlación positiva en casi todos los casos. Sólo se encontraron excepciones en aquellos casos que implicaban desavenencias maritales severas en donde la defensa era específicamente evidente y en donde era obvio el reproche y las acusaciones mutuas.

Para obtener la validez de constructo del T-JTA, se calcularon las correlaciones con otros test de personalidad. Las correlaciones entre un nuevo test y test similares a él, se podrían nombrar como evidencia de que el nuevo test mide aproximadamente la misma área general de conducta que los otros. Semejantes correlaciones deberían ser moderadas, puesto que las correlaciones altas indicarían algún grado de duplicación innecesaria (Anastasi 1965 p.146). Las pruebas de personalidad seleccionados para su comparación con el T-JTA fueron: el Programa de Preferencias Personales de Edwards (EPPS) y el Inventario Multifacético de la Personalidad de Minnesota (MMPI) (Villegas y Varela, 1996).

APLICACIÓN Y CALIFICACIÓN

APLICACIÓN: En la presente investigación, el instrumento se aplicó de manera individual. Proporcionándole al sujeto el cuadernillo de los reactivos para que una vez dadas las instrucciones, éste pudiera contestarlo directamente en la hoja de respuestas.

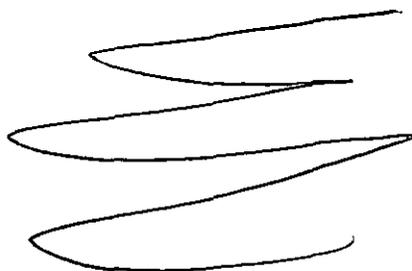
CALIFICACIÓN: Se utilizó una plantilla para cada uno de los rasgos. En la mitad izquierda de la plantilla se contó el número total de respuestas MID con valor de 1. Se registró el total en la hoja de respuesta en la columna A, posteriormente se añadieron todas las respuestas con valor de 1 y 2. Se registró el total del puntaje crudo sobre la hoja de respuestas en la columna A (el valor MID de 1 se incluyó en el puntaje crudo total). Se siguió el mismo procedimiento para la calificación de los rasgos subsiguientes. A continuación, se convirtieron los puntajes crudos a rangos percentilares (hay tablas normativas para convertir puntajes). Al finalizar, se procedió a registrar los resultados en la hoja del perfil, obteniendo también la valoración clínica dada al sujeto con base a la zona del perfil en la que éste fue trazado.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Se calificaron las hojas de respuesta de acuerdo con las plantillas que contiene la prueba, obteniendo así los puntajes crudos. A partir de estos puntajes crudos se sacaron los rangos percentilares a través de las tablas que contiene el manual, graficando posteriormente los datos. Se llevó a cabo el análisis estadístico con base en la estadística descriptiva, obteniendo las Medias de cada uno de los rasgos con el propósito de obtener un perfil general.

CAPITULO 5

ANÁLISIS DE RESULTADOS



ANÁLISIS DE RESULTADOS

El propósito de la presente investigación fue medir rasgos de temperamento de madres de niños con Trastorno de la ingestión alimentaria en la infancia con el objetivo de describir que rasgos están presentes y el comportamiento de los mismos. Por lo anterior, se procedió a aplicar el instrumento de manera individual y autodescriptiva calificando posteriormente las pruebas, obteniendo puntajes crudos de cada uno de los rasgos. Se juntaron de todas las pruebas los puntajes crudos del rasgo A y se sacó una Media o Promedio de dicho rasgo (llevando a cabo el mismo procedimiento para cada uno de los rasgos). Una vez que se obtuvieron las Medias de todos los rasgos, se procedió a convertirlos en puntajes percentilares, graficándolos posteriormente y obteniendo de esta manera un perfil general de los sujetos en cuestión viendo para cada uno de los rasgos el diagnóstico que le correspondía dependiendo de la zona de rango percentilar donde se ubicara, siendo este diagnóstico alguno entre los siguientes: “Excelente”, “Aceptable”, “Es deseable un cambio” y “El cambio es urgente”, observando también hacia que extremo del rasgo tendía.

Enseguida se exponen en el cuadro 2 en el que aparecen los puntajes crudos que cada una de las madres obtuvo en los diferentes rasgos (A, B, C, D, E, F, G, H, I y ACTITUD), así como las medias percentilares generales con el diagnóstico otorgado en cada caso, explicando posteriormente el perfil general obtenido:

**CUADRO 2. DISTRIBUCIÓN DE LOS PUNTAJES
CRUDOS PARA CADA UNO DE LOS RASGOS. MEDIAS
Y PERCENTILES**

RASGOS OBJETOS	A	B	C	D	E	F	G	H	I	ACTITUD
	19	2	16	23	29	22	19	12	19	22
	22	16	18	24	32	12	20	14	24	18
	19	9	25	38	33	11	31	19	26	24
	27	27	19	14	35	27	13	18	20	16
	11	7	31	22	27	6	21	10	16	25
	16	26	28	28	26	26	22	16	25	16
	17	14	25	34	26	14	27	23	34	23
	21	18	20	26	35	23	25	21	24	17
	26	28	18	24	24	24	22	16	14	10
0	26	20	24	18	27	20	25	22	21	10
1	27	30	14	27	37	27	20	33	8	10
2	14	4	29	35	34	12	27	11	20	29
3	20	32	32	18	30	24	24	22	18	8
4	17	10	20	30	21	16	23	14	28	27
5	2	5	29	38	32	14	25	10	28	30
6	10	16	24	26	34	14	18	8	30	26
n = 16										
MEDIA	18.375	16.5	23.25	26.5625	30.125	18.25	22.625	16.8125	22.1875	19.4375
PERCENTIL	60	51	38	51	49	56	58	74	43	19
Diagnóstico	Es deseable un cambio		Aceptable		Deseable un cambio	Aceptable	Excelente	Deseable un cambio	Aceptable	Neutro

RASGOS DEL EXTREMO SUPERIOR -RASGOS DEL EXTREMO INFERIOR

**A. NERVIOSO
B. DEPRESIVO
C. ACTIVO SOCIAL
D. EXPRESIVO, RESPONSIVO
E. EMPATICO
F. SUBJETIVO
G. DOMINANTE
H. HOSTIL
I. AUTODISCIPLINADO
ACTITUD ANTE LA PRUEBA**

**CALMADO
ANIMOSO
TRANQUILO
INHIBIDO
INDIFERENTE
OBJETIVO
SUMISO
TOLERANTE
IMPULSIVO**

RASGOS DEL PERFIL GENERAL DE TEMPERAMENTO EN MADRES DE NIÑOS CON TRASTORNO DE LA INGESTIÓN ALIMENTARIA EN LA INFANCIA:

A continuación se explican los rasgos mas comúnmente encontrados en los perfiles de temperamento de las madres de niños con Trastorno de la ingestión alimentaria en la infancia y en el perfil general obtenido de las mismas, mostrando este último posteriormente:

RASGO A: NERVIOSO VS. CALMADO:

Se observó que un 81% de las madres de niños con Trastorno de la ingestión alimentaria en la infancia tienden hacia el rasgo nervioso, contando con un diagnóstico de “Es deseable un cambio” ó “El cambio es urgente”. El puntaje crudo del perfil general fue de 18, siendo el puntaje percentilar de 60 y ubicándose en una zona del perfil en la que se otorgó un diagnóstico de “Es deseable un cambio” (A, Gráfica 1). Lo anterior nos habla de tendencia al nerviosismo o angustia lo cual se caracteriza por alta tensión y una actitud aprensiva, siendo algunas de sus mas comunes manifestaciones la excitabilidad excesiva, la pérdida fácil de la serenidad o compostura, el exceso en el fumar, en la ingestión de alimentos o de la bebida, indigestión o pérdida del apetito, el uso cotidiano de medicamentos relajantes y actitudes o conductas nerviosas como el comerse las uñas, golpecitos del pié (movimientos estereotipados), etc.

RASGO B: DEPRESIVO VS. ANIMOSO:

Se observó un 62% de madres de niños con Trastorno de la ingestión alimentaria en la infancia que tienden hacia el rasgo de depresión, contando con un diagnóstico de “es deseable un cambio” o “El cambio es urgente”. El puntaje crudo del perfil general fue de 17, siendo el puntaje percentilar de 51 y ubicándose en una zona del perfil en la que el diagnóstico es de “Es deseable un cambio” (B, Gráfica 1). Lo anterior nos habla de esta tendencia hacia la depresión, la cual se caracteriza por pesimismo, falta de ánimo, descorazonamiento, siendo sus manifestaciones más comunes la apatía, la desilusión, preocupación depresiva por la vida, problemas o mala fortuna, extenuación emocional, agotamiento emocional y la contemplación del suicidio.

RASGO C: ACIVO SOCIAL VS. TRANQUILO:

Se encontró un 43% de las madres que tienden hacia el rasgo de tranquilidad y un 57% con tendencia el rasgo de actividad social, obteniendo en el perfil general un puntaje crudo de 23 y un puntaje percentilar de 38, tendiendo en el mismo hacia el extremo de tranquilidad y otorgándosele el diagnóstico de "Aceptable" (C, Gráfica 1). Lo cual nos habla de un equilibrio entre la actividad social, energía, entusiasmo y la inactividad social, el letargo y el retraimiento.

RASGO D: EXPRESIVO, RESPONSIVO VS. INHIBIDO:

Se encontró que un 69% de las madres de niños con trastorno de la ingestión alimentaria en la infancia tienden hacia el rasgo de inhibición, contando con un diagnóstico de "Es deseable un cambio" ó "El cambio es urgente". El puntaje crudo del perfil general fue de 27, siendo el puntaje percentilar de 51 y ubicándose en una zona del perfil en la que el diagnóstico general es el de "Aceptable" (D, Gráfica 1). Lo anterior nos indica un equilibrio entre lo espontáneo, cariñoso, abierto, franco y la incapacidad para expresar sentimientos de ternura, reservado, cohibido, reprimido.

RASGO E: EMPÁTICO VS. INDIFERENTE:

Se encontró que un 56% de las madres de niños con Trastorno de la ingestión alimentaria en la infancia tienden hacia el rasgo de indiferencia, contando con el diagnóstico de "Es deseable un cambio" ó "El cambio es urgente". El puntaje crudo del perfil general en este rasgo fue de 30, siendo el puntaje percentilar de 49 y ubicándose en una zona del perfil en la que el diagnóstico general es el de "Es deseable un cambio"(E, Gráfica 1). Lo anterior nos habla de una tendencia hacia la indiferencia, la cual se caracteriza por la insensibilidad y actitudes poco comprensivas hacia los sentimientos de los demás. Indica una ausencia de interés empático, la tendencia a ser estricto o irreflexivamente poco considerado, así como la incapacidad para reconocer las necesidades de familiares, compañeros de trabajo, escuela y amigos.

RASGO F: SUBJETIVO VS. OBJETIVO:

Se encontró que un 56% de las madres de niños con Trastorno de la ingestión alimentaria en la infancia tienden hacia el rasgo de Subjetividad, contando con el diagnóstico de “Es deseable un cambio” ó “El cambio es urgente”. El puntaje crudo del perfil general en este rasgo fue de 18, siendo el puntaje percentilar de 56 y ubicándose en una zona del perfil en la que se otorga el diagnóstico de “Aceptable” (F, Gráfica 1), presentando un equilibrio entre lo emotivo, ilógico, ensimismado y el tener una mente clara, el ser razonable y de actitud lógica.

RASGO G: DOMINANTE VS. SUMISO:

Se encontró que un 62% de las madres de niños con Trastorno de la ingestión alimentaria en la infancia tienden hacia el rasgo de Dominio o Control, contando con el diagnóstico de “Excelente” o “Aceptable”. El puntaje crudo del perfil general en este rasgo fue de 23, siendo el puntaje percentilar de 58 y ubicándose en una zona del perfil general en la que se otorga el diagnóstico de “Excelente” (G, Gráfica 1), ya que presentan un perfecto equilibrio entre lo seguro, confiado, asertivo, competitivo y lo dependiente, complaciente, pasivo. Tendiendo un poco hacia el extremo de lo dominante.

RASGO H: HOSTIL VS. TOLERANTE:

Se encontró que un 75% de las madres de niños con Trastorno de la ingestión alimentaria en la infancia tienden hacia el rasgo de Hostilidad, contando con el diagnóstico de “es deseable un cambio” ó “El cambio es urgente”. El puntaje crudo del perfil general en este rasgo fue de 17, siendo el puntaje percentilar de 74 y ubicándose en una zona del perfil en la que se otorga el diagnóstico de “Es deseable un cambio” (H, Gráfica 1). Lo anterior nos habla de que existe una tendencia hacia la hostilidad, la cual se caracteriza por ser crítico, argumentativo, punitivo, irreflexivo, con actitudes y modales demasiado desconsiderados, también por una tendencia a sentirse superior, ser arrogante, impaciente, sarcástico, irrazonable, así como el sentir desdén por la debilidad de otros.

CAPITULO 6

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Con base en los resultados obtenidos, se observa un perfil de temperamento cuyos rasgos generales fueron la ansiedad o nerviosismo, la tendencia a la depresión, la inhibición la indiferencia y la hostilidad. Con cierta inclinación en medida aceptable al dominio o control, a la subjetividad e impulsividad.

Esto concuerda en gran medida con lo que mencionan algunos autores acerca de estas madres de niños que rehúsan el alimento, tales como Dahl (1986) quien dice que son generalmente muy ansiosas. Lartigue, Maldonado y Avila (1998), quienes dicen que pueden ser madres depresivas. Chatoor (1997) que menciona la indiferencia y la excesiva necesidad de ejercer dominio o control como características muy notables en estas madres, así como Békei (1984) que habla de niños con trastornos de alimentación que cuentan con madres hostiles.

Se concluye que las madres de niños con Trastorno de la ingestión alimentaria en la infancia cuentan en general con una alta tensión, una actitud aprensiva, excitabilidad excesiva, pérdida fácil de la serenidad o compostura, excesos en el fumar, comer o beber, indigestión o pérdida del apetito, el uso cotidiano de medicamentos relajantes y actitudes o conductas nerviosas o estereotipadas tales como morderse las uñas o ligeros movimientos del pié. Son en general, pesimistas, con estados de apatía, de falta de ánimo y desilusión. Existe en ellas cierta preocupación depresiva por la vida, extenuación y agotamiento emocional, así como la contemplación ocasional del suicidio.

Presentan insensibilidad, ausencia de interés empático por los demás, tendencia a ser estrictas, siendo incapaces de reconocer las necesidades de familiares, compañeros de trabajo y amigos. Son emotivas, ilógicas, con deseos de influir y controlar a los demás, muestran la tendencia a ser críticas, irreflexivas y con actitudes y modales demasiado desconsiderados, así como punitivas e irrazonables en ocasiones.

Por otro lado, son personas aceptablemente espontáneas, afectuosas o cariñosas, abiertas o francas, tienen la habilidad de ser amigables y amistosas, confiadas y competitivas. Pueden llegar a mostrar iniciativa y sostienen sus convicciones o derechos. Son también aceptablemente metódicas y perseverantes, con habilidad para planear e inclinación a establecer objetivos.

Se puede observar que, en general, existen rasgos tanto positivos como negativos, pero sería de suma importancia tratar los factores negativos, ya que estos tienen influencia indeseable sobre las actitudes y conductas que presentan los hijos, en ocasiones llevándolos al extremo de desarrollar un trastorno serio como lo es este trastorno de alimentación, claro está, cuando estos factores que presenta la madre se combinan con factores en el niño mismo y con ciertos factores externos. Sería un grave error el suponer que todos los niños cuyas madres tienen estas características, presenten el trastorno de alimentación, sólo atribuyéndole a ellos importancia y dejando de lado los muchos otros detonadores que entran en este interjuego.

Los resultados de la presente investigación son interesantes, ya que con una muestra reducida revisten interés teórico-práctico, considerando que en México no existen estudios acerca de este trastorno y siendo éste el primero en el país en el que se explora la relación entre los rasgos de temperamento en la madre y un trastorno de alimentación (específicamente de rechazo de alimento) en el menor. Pero sería importante realizar en un futuro estudios confirmatorios en los cuales se comparen grupos de madres de niños que presentan este trastorno con grupos de madres de niños que no lo presentan con la intención de confirmar si existen diferencias significativas en cuanto a rasgos de temperamento en ambos grupos y de esa manera, poder intervenir en instituciones de salud donde se tratan tanto médica como psicológicamente, dándole a estos pacientes la atención que requieren, proporcionando de igual manera un tratamiento psicológico a las madres y dejando de lado la idea de que se debe llegar a una desnutrición grave o a una detención del peso y la talla para que el caso amerite ser tratado.

Sería trascendental que en estas instituciones u hospitales se lleve a cabo un trabajo interdisciplinario, en el cual exista una verdadera y efectiva comunicación entre Médicos, Enfermeras, Trabajadores sociales, Psicólogos, Psiquiatras, etc., con el fin de proporcionar un tratamiento integral a los pacientes, ya que en ocasiones, cuando es descartada alguna alteración orgánica, se deja ir al paciente con la convicción de que el síntoma es normal o que desaparece por sí solo, sin pensar en la posibilidad de que una intervención de otra índole, por ejemplo, una intervención psicológica, puede ser de gran ayuda y de esta manera prevenir que se exacerben o compliquen los síntomas hasta llegar al punto de poner en riesgo la vida.

Con los resultados obtenidos, no se puede asegurar, tal como lo hacen Dahl y Sundelin (1986), que se puede "predecir" que niño tiene mayor riesgo de presentar un Trastorno de alimentación, ya que no se puede decir que se trate de algo tan lineal de causa-efecto, pero los datos que revela pueden darnos una idea bastante clara acerca de factores que pueden ser detonadores (no únicos) del problema.

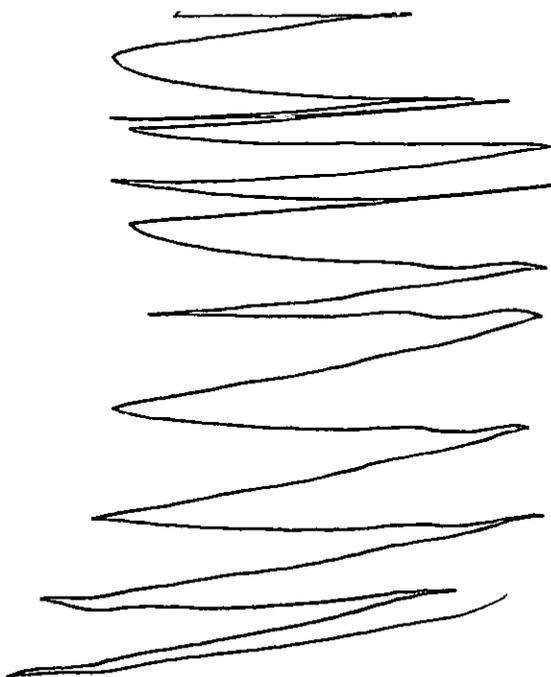
En cuanto al tratamiento de estos casos, se habla de que no es posible cambiar el temperamento de una persona, ya que es parte de la constitución innata del ser humano, pero tomando en cuenta lo que dice De la Fuente Muñiz (1959), acerca de que esta parte somática es tan tempranamente influenciada por el ambiente, y que es difícil separar el temperamento del carácter, es decir, lo innato de lo aprendido, sería posible incidir sobre ciertas conductas y actitudes aprendidas que en combinación con los factores innatos (temperamento), llegan a ser destructivas o patológicas tanto para la persona misma, como para la gente que la rodea.

En general, sería importante intervenir sobre el interjuego que se genera entre las prácticas de los padres en las que pueden incluirse la falta de información, falta de experiencia, algún trastorno mental como lo sería la depresión, la dificultad que tienen para resolver problemas, las ideas distorsionadas sobre la alimentación, la negligencia, etc. y las peculiaridades que presenta el niño, teniendo muy en cuenta también, los factores externos que pudieron haberlo llevado a rechazar el alimento, tales como pérdidas, alguna experiencia negativa con la comida, o alguna situación traumática que haya pasado (una hospitalización por ejemplo). Claro está también la importancia en ahondar sobre el vínculo materno-infantil existente, ya que como menciona muy acertadamente Chatoor (1997), puede haber alguna distorsión en cuanto al apego entre el niño y su madre o algún conflicto en cuanto al proceso de separación-individuación en el que existe una lucha de voluntades, de la cual ninguna de las dos partes obtiene nada positivo.

Siguiendo adelante con la cuestión del vínculo, tal como lo expresa Bowlby (1965), hay que tomar en cuenta que la calidad del cuidado paternal que recibe el niño pequeño es de vital importancia para su futura salud mental, ya que al ser la primera relación que establece el niño, será el determinante de su capacidad para establecer vínculos ulteriores, a la vez que servirá como prototipo para éstos y por supuesto, que la relación de alimentación es el primer contacto madre-hijo, por lo tanto, si esta relación ya se ve distorsionada, es muy posible que se genere una cadena de factores patológicos durante las siguientes etapas de la vida. Es por lo anterior, que se considera acertado detectar estos conflictos en fases muy tempranas para lograr interrumpir esta cadena que puede llegar a causar muchos problemas y que pudieron haber sido evitados con una intervención psicológica adecuada.

Por último, se debe hacer un llamado a los Psicólogos y en general a los profesionales de la salud, a que no minimicen los problemas que pueden presentar los bebés, infantes y niños, ya que es bien sabido por todos que las experiencias sucedidas durante estas etapas tan tempranas de la vida son determinantes para todas las circunstancias futuras, y si son dejadas de lado, pueden marcar al niño de por vida.

ANEXO



- Ingreso dirigido a la alimentación:
- Zona habitacional (rural o urbana):
- Numero de habitaciones en la vivienda:
- Numero de personas que duermen por habitación:
- Servicios con que cuenta la vivienda:

REFERENCIAS

American Psychiatric Association (1994). Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV. Barcelona: Masson.

Babbitt, R., Hoeh, T. y Coe, D. (1993). Disorders of feeding and swallowing in infants and children. Pathophysiology, diagnosis and treatment. Washington D.C.: Singular Publishing Group.

Békei, M. (1984). Trastornos psicossomáticos en la niñez y la adolescencia. Buenos Aires: Nueva Visión.

Bowlby, J. (1965). Cuidado materno y amor. México: Fondo de Cultura Económica.

Brown, J. y Pollitt, E. (1996). Malnutrition, poverty and intellectual development. Boston, TX.: Scientific American.

Bruch, H. (1978). The golden cage. The enigma of anorexia nervosa. Cambridge Mass.: Harvard University Press.

Chatoor, I. (1997). Feeding and eating disorders of infancy and early childhood. Textbook of child and adolescent Psychiatry. Washington D.C.: American Psychiatric Press.

Chatoor, E., Hirsch, R. y Persinger, M. (1997). Facilitating internal regulation of eating. A treatment model for infantile anorexia. Infants and young children 9 (4), 12-22.

Dahl, M. y Sundelin, C. (1986). Early feeding problems in an affluent society. Categories and clinical signs. Acta paediatrica scandinavica 75, 370-379.

Dahl, M. y Sundelin, C. (1992). Feeding problems in an affluent society. Categories and clinical signs. Acta paediatrica scandinavica 81, 575-579.

De La Fuente, R. y Dempsey, P. (1959). Psicología Médica. Barcelona: Herder.

Dellert, S., Hyams, J., Treem, W. y Geerstma, M. (1993). Feeding resistance and gastroesophageal reflux in infancy. Journal of pediatric gastroenterology and nutrition 17 (1), 66-71.

Douglas, J. y Bryon, M. (1996). Interview data on severe behavioral eating difficulties in young children. Archives of disease in childhood 75, 304-308.

Eysenck, H. (1982). Fundamentos biológicos de la personalidad. Barcelona: Fontanella.

Freud, A. (1985). El Psicoanálisis y la crianza del niño. Barcelona: Paidós.

Freud, S. (1987). Esquema del Psicoanálisis. Buenos Aires: Paidós.

Fuster, R. (1979). Temperamento y carácter. Barcelona: Daimon.

Hoffmann, J. (1992). A proposed scheme for coding infant initiatives during feeding. Infant mental health journal 13 (3), 199-205.

Hurloch, E. (1979). Desarrollo psicológico del niño. Cambridge Mass.: Mc. Graw - Hill.

Instituto Nacional de Nutrición (1988). Segunda encuesta nacional de alimentación. 1979. Publicación L-39. División de la nutrición. México: INN

Jerssild, A. (1954). Psicología del niño. México: Eudeba.

Kaye, K. (1986). La vida mental y social del bebé. Buenos Aires: Paidós.

Klein, M. (1987). Psicología infantil y Psicoanálisis de hoy. Buenos Aires: Paidós.

Kreisler, L., Fain,, M. y Soulé, M. (1974). El niño y su cuerpo. Francia: Amorrortu.

Kretschmer, E. (1967). Constitución y carácter. Barcelona: Labor.

Langer, M. (1978). Maternidad y sexo. Buenos Aires: Paidós.

Lartigue, T., Maldonado, M. y Avila, H., (1998). La alimentación en la primera infancia y sus efectos en el desarrollo. México: Plaza y Valdez editores.

Leung, A. y Robson, W. (1994). The toddler who does not eat. American family physician 49 (8), 1789-1792.

Lindberg, L., Bohlin, G. y Hagekull, B. (1991). Early feeding problema in a normal population. International journal of eating disorders 10 (4), 395-405.

Mayes, L. y Volkmar, F. (1993). Nosology of eating and growth disorders in early childhood. Child and adolescent psychiatric clinics of North America 2 (1), 15-35.

McCandles, B. y Trotter, R. (1981). Conducta y desarrollo del niño. México: Interamericana.

Miller, A. (1985). El drama del niño dotado. Barcelona: Tosquets Editores.

Minde, K. y Minde, R. (1986). Infant psychiatry. An introductory text. Londres: London Sage.

Newton, N. (1971). Psychological differences between breast and bottle feeding. The American Journal of clinic nutrition 2, 56-62.

Nichols, B. (1992). Failure to thrive in the infant. Pediatric rounds 1 (3), 3-8.

Oliver, C. (1987). Los hijos de Yocasta. México: Fondo de Cultura Económica.

Pavlov, I. (1993). Reflejos condicionados e inhibiciones. Barcelona: Planeta-Agostini.

Pittaluga, G. (1984). Temperamento, carácter y personalidad. México: Fondo de cultura económica.

Potre, M. y Potre, J. (1982). L' anorexia neo-natale. Psychiatrie de l' enfant 25, 261-294.

Ramsay, M. (1995). Feeding disorder and failure to thrive. Child and adolescent psychiatric clinics of North America 4 (3), 605-616.

Ramsay, M. y Gisel, E. (1996). Neonatal sucking and maternal feeding practices. Developmental medicine and child neurology 38, 34-37.

Rudolph, C. (1994). Feeding disorder in infants and children. The journal of pediatrics 125, 116-124.

Secretaría de Salud (1994). Nutrición y salud. Un menú para la familia. Serie problemas pretransicionales. Cuadernos de Salud, 5.

Sheldon, W. H. (1979). Las variedades del temperamento. Buenos Aires: Paidós.

Simon, S. y Sellier, J. (1977). El descubrimiento de la personalidad. Madrid: Mensajero.

Skuse, D., Wolke, D. y Reilly, S. (1991). Failure to thrive. Clinical and developmental aspects. Developmental psychopathology, child and youth psychiatry. European perspectives 2, 46-71.

Skuse, D. (1993). Identification and management of problem eaters. Archives of disease in childhood 69, 604-608.

Spitz, R. (1965). El primer año de vida del niño. México: Fondo de Cultura Económica.

Tolia, V. (1995). Very early onset nonorganic failure to thrive in infants. Journal of pediatric gastroenterology and nutrition 20, 73-80.

Villegas, E. y Varela, R. (1996). Compilación del inventario de personalidad. Análisis del Temperamento de Taylor y Johnson (T-JTA). México: Publicaciones de la facultad de Psicología. Material didáctico.

Villegas, E. y Varela, R. (2000). Compilación del inventario de personalidad. Análisis del Temperamento de Taylor y Johnson (T-JTA). México: Instituto Mexicano de Evaluación y Consejería, S.C.

Watson, I. (1953). Psicología infantil. México: Aguilar.

Winnicott, D.W. (1965). El niño y el mundo externo. Buenos Aires: Hermer.

Wittenberg, J. (1990). Feeding disorders in infancy: classification and treatment considerations. Canadian journal of psychiatry 35, 529-533.

Wolke, D. Skuse, D. y Mathisen, B. (1990). Behavioral style in failure to thrive infants: A preliminary communication. Journal of pediatric psychology 15 (2), 237-254.

World Health Organization (1992). The ICD-10 classification of mental and behavioral disorders. Clinical descriptions and diagnostic guidelines. Suiza: World Health Organization.

Zero to three (1994). Classification of mental health and developmental disorders of infancy and early childhood. Washington D.C.: National Center for Clinical Infant Programs.