

## PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Titulo:

### **CREENCIAS Y ACTITUDES FRENTE AL COMPORTAMIENTO ALIMENTARIO Y LA CORPORALIDAD EN MADRES DE NIÑOS ENTRE CINCO A DOCE AÑOS CON ALTERACIONES DEL COMPORTAMIENTO ALIMENTARIO**

Palabras clave: trastornos de alimentación de la infancia, trastornos del comportamiento alimentario, autoimagen, relación madre-hijo.

#### **INTRODUCCIÓN**

Los trastornos mentales se han convertido en una prioridad en salud pública. Según los estudios realizados, 5 de las 10 primeras causas de discapacidad a nivel mundial son psiquiátricas; esto se traduce en grandes costos para los servicios de salud y para los sistemas de aseguramiento y cobertura, pero el mayor impacto, que además no se puede medir, se genera en términos de sufrimiento sobre los individuos, las familias, las comunidades y la sociedad. Se ha estimado que a nivel mundial, los trastornos de la alimentación afectan entre un 2 a 4% de mujeres en edades reproductivas, con una prevalencia entre un 0.5 y 1% para la anorexia nerviosa y el 1.1 y 4.4% para la bulimia nerviosa, las dos entidades de más visible diagnóstico. Con respecto a las alteraciones de la conducta alimentaria, los reportes en la literatura hablan que se pueden presentar entre un 25 a un 45 % en la población infantil normal, y un 80% de los niños con alteraciones en el desarrollo presentan algún tipo de problema en la alimentación. Estas cifras no se ven reflejadas en el estudio nacional de salud mental realizado en el 2003 donde la presencia de trastornos de alimentación en las mujeres alcanza apenas la cifra de 0.5% y en hombres no se reporta. Debido a la experiencia de demanda en consulta y a signos de presencia en el imaginario colombiano cada vez más frecuentes, podría señalarse que más que el reflejo de nuestra realidad, estamos ante la presencia de un fenómeno de subdiagnóstico en este estudio. (1,2, 14, 15, 32).

Además, llama la atención que en este estudio no se incluyó a la población infantil en los trastornos de la conducta alimentaria (TCA). Según este informe, la edad promedio de aparición de la bulimia nerviosa (BN) es 15 años y no incluyen edad de aparición de otros trastornos de la conducta alimentaria. Esta situación sugiere la importancia de explorar este tema en Colombia, porque además en diferentes estudios se ha señalado que en la infancia temprana es donde comienzan a presentarse las alteraciones de la conducta alimentaria. Además, la visibilidad de esta condición permitiría generar estrategias de prevención y atención temprana para evitar complicaciones y comorbilidades a mediano y largo plazo. (1)

La investigación en los TCA en Colombia es un tema de reciente interés por la comunidad científica. Esta se ha centrado principalmente en las alteraciones en adolescentes. Por lo tanto, además del problema epidemiológico del subregistro de los TCA en todos los niveles en el país, existe un enorme vacío de estudios de TCA en la población infantil colombiana. En diferentes estudios, al evaluar los factores que intervienen en el desarrollo de un TCA, se ha sugerido que la relación madre hijo puede desempeñar un papel muy importante.

Por estas razones, el objetivo de este estudio, además de caracterizar y evidenciar la presencia de diferentes TCA en niños colombianos, pretende describir en una primera etapa, la posible presencia de factores relacionados con las madres de niños que consultan por este tipo de trastornos, en términos de valores, creencias y actitudes.

#### CARACTERIZACIÓN DE LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTICIA TCA Y DEL ACTO DE COMER

Las alteraciones en el acto de comer ("Feeding disorders") suelen presentarse desde la infancia, siendo estos habitualmente subdiagnosticados, y no tratados ni explorados a fondo. Se sabe que para que se dé una alimentación normal, debe existir una adecuada integración de las funciones físicas y relaciones interpersonales. Cuando existe un problema en alguno de estos ámbitos o en los dos, se produce una alteración de la conducta alimentaria. Dentro de la dificultad en el diagnóstico se encuentra que en la infancia es frecuente observar alteraciones en la conducta alimentaria que son socialmente minimizadas, ignoradas o sublimadas mediante complejos mecanismos de adaptación. Algunas de ellas pueden ser la alta selectividad por la comida y los rechazos frecuentes a la hora de comer.

Debido a la ambigüedad social con la que se consideran estos trastornos o los signos iniciales de los mismos y al evidente subdiagnóstico en la sociedad colombiana, a pesar que en los medios se ventilan de alguna manera los trastornos entre adultos y adolescentes, este tipo de alteraciones sólo son sometidas a evaluación de manera muy tardía, cuando ya se ha configurado un TCA propiamente dicho. (2,21, 22 , 32, 34 , 36)

La rapidez con la que estos se resuelven depende de varios factores, entre los que se encuentran, el "estilo de crianza", que hace referencia a la forma en que los padres forman a sus hijos, como administran la disciplina y como les enseñan, este caso se trata de patrones culturales de educación y de actitudes frente a la comida y la salud mental de la madre. En diferentes estudios se ha señalado que la rapidez con la que se pueden resolver estos factores se encuentran lo que se

denomina “estilo de crianza” y por otro lado, la salud mental de la madre.

Aunque los trastornos de la conducta alimentaria como la anorexia y la bulimia nerviosa son de frecuente aparición en la adolescencia, se reportan casos de anorexia de aparición pre-puberal que constituyen motivo de consulta creciente en los centros especializados de tratamiento. El DSM IV TR en su apartado de Trastornos de la ingestión y de la conducta alimentaria de la infancia o de la niñez sólo reconoce tres trastornos de la conducta alimentaria: la pica, la rumiación y los trastornos tempranos de la alimentación y no se incluyen la AN y la BN como de aparición en la infancia. Actualmente esta categorización está cambiando en el grupo de trabajo en TCA para el DSM V en donde la propuesta es Incluir de una manera más completa las diferentes alteraciones de la conducta alimentaria en niños que pueden llevar a consultar. La propuesta actual incluye el diagnóstico de **trastorno de alimentación restrictivo/evitativo** con los siguientes criterios diagnósticos: (32)

- A. El trastorno en la alimentación o en el acto de comer se evidencia por una falta persistente de alcanzar las necesidades nutricionales o energéticas conduciendo a alguno de los siguientes:
  - 1. Pérdida significativa de peso (o no se gana el peso o enlentecimiento del crecimiento en niños).
  - 2. Deficiencia nutricional significativa.
  - 3. Dependencia de nutrición enteral.
  - 4. Interferencia marcada con el funcionamiento psicosocial.
- B. Esto no se debe a falta de comida disponible, practica social o cultural, una situación clínica médica o efecto secundario a alguna medicación
- C. La alteración en la alimentación no ocurre exclusivamente durante el curso de una AN o BN
- D. Si la alteración en la alimentación ocurre durante el curso de otra enfermedad mental (retardo mental, trastorno generalizado del desarrollo) es suficientemente severo para necesitar una atención clínica independiente.

Dentro de la discusión la propuesta es incluir la caracterización de los subtipos principales:

- Individuos que no comen suficiente/muestran poco interés en la

### alimentación

- Individuos que solo aceptan una dieta limitada en relación a las características sensoriales
- Individuos en quienes el rechazo a la comida existe en relación e una experiencia aversiva.

Actualmente dentro de las alteraciones de la conducta alimentaria de la infancia se incluyen la neofobia alimentaria y la alimentación altamente selectiva, principalmente, pero también pueden encontrarse alteraciones como la fagofobia, el trastorno emocional de evitación a la comida y el síndrome de rechazo generalizado. (12, 5, 32, 34). El diagnóstico de las alteraciones en la conducta alimentaria en niños es bastante complejo por sus pobres delimitaciones nosológicas y el hecho de que puede verse nublado por la presencia de síntomas que pueden ser confundidos con otras enfermedades orgánicas como son las gastrointestinales o de la deglución que enmascaran el componente psiquiátrico de los mismos. Por otra parte, los criterios diagnósticos para Anorexia Nerviosa contemplan la amenorrea por más de tres períodos consecutivos (criterio no aplicable a niñas ni a varones), y enfatizan las distorsiones cognoscitivas y preceptuales de la imagen corporal que podrían no ser explícitas en niños con escasa maduración cognoscitiva propia de su momento del desarrollo. Lo anterior, sumado a que las alteraciones en la conducta alimentaria suelen ser multifactoriales muestra que se requiere una atención especial a la hora de evaluar esta sintomatología en los niños y un interrogatorio completo en las madres y/o cuidadores que permita realizar un diagnóstico temprano y eficaz. Como estos niños dependen de los cuidadores para alimentarse, se ha conceptualizado que estos desordenes, en parte son reflejo de la interacción entre el niño y sus padres (2, 11, 15, 18,19,32).

Dauids y cols proponen en sus estudios que las alteraciones en la alimentación de niños debe ser considerado una enfermedad relacional, para su justificación se basan en que existen en la relación madre hijo factores mantenedores y perpetuadores de la alteración. Agendas parentales y comportamientos rígidos independientemente de la alimentación y crecimiento del hijos, fallas en reconocer señales de saciedad, comportamiento parental caótico o alteraciones en la salud mental, falta en entender como es una alimentación adecuada y exponer al niño a un adecuado rango de comidas, limitaciones en las habilidades parentales de resolución de problemas y una dificultad para proveer un contexto de alimentación adecuado es lo que han encontrado que tiene que ver con las habilidades psicosociales parentales. (38)

Dentro de la importancia que tiene evaluar y diagnosticar estas enfermedades de manera precoz se encuentra el desenlace que estas patologías pueden traer más adelante. Marchi y Cohen encontraron que los problemas digestivos y la alimentación altamente selectiva en los niños menores (6 años en promedio) se relacionaban con sintomatología anoréxica más adelante y estos se relacionaban con aparición posterior de una anorexia propiamente dicha. (16,18, 34) La pica, los problemas digestivos tempranos y esfuerzos de reducción en la alimentación se relacionaban con sintomatología bulímica a largo plazo (17). Finalmente en un estudio realizado por Agras y cols, se encontró que la alimentación altamente selectiva se relacionaba con aparición de trastorno por atracones y obesidad más adelante, aunque estos hallazgos son contradictorios, se encontró en otro estudio realizado por los mismos autores, una relación directa entre alimentación altamente selectiva en la infancia y AN (19, 22)

## **JUSTIFICACIÓN**

Dentro de los factores de riesgo para la aparición de alteraciones de la conducta alimentaria en niños, se encuentra el aprendizaje por modelación, que se basa en repetir patrones de alimentación de sus madres. El que los menores observen en casa la restricción de los padres en su alimentación, favorece que se presenten restricción, alta selectividad frente a los alimentos o periodos de excesiva ingestión de alimentos en horas diferentes, generalmente a escondidas, lo cual aumenta el riesgo de desarrollar un trastorno del comportamiento alimentario. También puede predisponer a alteraciones, el uso de alimentos para otros fines que no sean nutritivos como gratificación, castigo o como un método para calmar la ansiedad en un menor. Otros factores de riesgo en la madre son el estilo de la crianza sobre ansioso, historia familiar de trastornos de alimentación u obesidad, enfermedad afectiva o alcoholismo en primer grado de consanguinidad, características de perfeccionismo en la personalidad, baja autoestima, falta de satisfacción con la imagen corporal, historia de dietas excesivas con omisión frecuente de comidas y ejercicio compulsivo o el desempeño de algunas actividades de alta exigencia en la figura corporal y la apariencia física como el ballet la gimnasia o el modelaje (2, 11, 13,14,15,18, 29).

En la comunidad científica, especialmente en el campo de la psiquiatría infantil, han sido un motivo de constante preocupación, los factores de riesgo relacionados con la aparición y en el mantenimiento de alteraciones en la conducta alimentaria y TCA propiamente dichos. Este ha sido un tema de creciente investigación en los últimos tiempos. Sin embargo, la mayoría de los estudios al respecto han utilizado cuestionarios de autoaplicación propensos a sesgos, en lugar de métodos

cualitativos. El valor de una metodología cualitativa, como la entrevista en profundidad y el análisis de narrativas, que propone este estudio puede ser inmensamente enriquecedor para entender los vínculos existentes entre las actitudes frente a la comida y la corporalidad de las madres y las repercusiones en hijos con alteraciones en la conducta alimentaria, así como el papel que dicho sistema de creencias puede jugar en el pronóstico de la problemática del niño.

El propósito de esta investigación es explorar, analizar y discutir las creencias y actitudes de las madres de niños entre cinco y doce años que son llevados a la consulta del programa Equilibrio por síntomas alimentarios compatibles con alimentación (“feeding disorders”) o con trastornos del comportamiento alimentario propiamente dichos, a través de entrevistas a profundidad para ampliar la comprensión de los síntomas del niño en el contexto de su vida familiar y del vínculo madre-hijo y aportar nuevas herramientas de intervención que puedan facilitar el tratamiento e impactar el pronóstico de manera favorable. (1, 20).

## **MARCO TEÓRICO**

### *Aspectos cognitivos maternos y su papel en la crianza*

La restricción alimenticia es un factor prominente de la psicopatología de los desordenes del comportamiento alimentario. Fenomenológicamente esto ha sido entendido como una necesidad de control. En las madres esta necesidad de controlarse a sí mismas se extiende hasta su estilo de crianza (18, 22, 26).

Existe evidencia de que existen factores cognoscitivos en las madres relacionados con la aparición de alteraciones en la conducta alimentaria en los hijos. Habitualmente estos factores se han centrado en la resolución de problemas de la madre y rechazo de alimentos por parte de los hijos. Lo que se ha encontrado en los diferentes estudios, es que además de esto, la calidad y cantidad de alimentos también son relevantes a la hora de observar esta relación. La madre puede interpretar el rechazo de comida por parte de los hijos como si fuera su culpa o como un cuestionamiento hacia su desempeño como madre. Esto influye en la percepción que ellas tienen de sus hijos y en consecuencia, las lleva a ejercer un estilo de crianza negativo en los mismos. En un estudio realizado por Blissett y cols se encontró que en los estilos cognoscitivos con contenidos de privación emocional, abandono, culpa, fracaso dependencia, incompetencia, amalgamiento y subyugación se asociaban con reportes maternos de alteraciones en la conducta alimentaria e interacciones a la hora de comer de madres de niñas pero no en las de niños. En contraste, las creencias de privación emocional y sensación de subyugación se correlacionaban con reportes de selectividad y

rechazo a la comida en niños pero no en niñas (21)

Dentro de la crianza en hábitos alimenticios también se deben evaluar por ejemplo los límites en la comida y en el acto de comer, incluyendo los esquemas horarios y el uso de alimentos con fines no alimenticios por ejemplo como premio castigo o para calmar a los niños (26, 30) En un estudio realizado por Evans y cols donde se buscaba evaluar las actitudes de las madres frente a sus hijos, se encontró que las madres con antecedentes de TCA diferían de los controles por el tipo y esquema de alimentación empleada para alimentar a sus hijos donde la lactancia se realizaba por horario mientras que los controles les permitían comer a demanda. En este estudio donde se evaluaba particularmente a las madres, se encontró que además de tener patrones de alimentación rígidos, se quejaban de sentir que no estaban alimentando lo suficiente a sus hijos, lo que les producía ansiedad y confusión cuando los hijos mostraban señales de hambre por fuera de los horarios y culpa cuando estos interpretaban la “no colaboración” de estos niños como una señal de que tenían un problema alimentario derivado del suyo propio. Otras madres lo interpretaban como pobres habilidades para la crianza de sus hijos. Esto también puede ser interpretado como poca confianza en poder diferenciar las señales de hambre de sus propios hijos y el intento de ofrecer una nutrición buena y regular, lo que muestra su propia necesidad de control. También se encontró que estas madres tendían más a señalar a sus hijos como altamente selectivos con los alimentos y muchas manifestaron problemas emocionales a la hora de alimentarlos. En este estudio se encontró que la percepción corporal de los hijos tenía una relación directa con la percepción de las madres sobre su propio cuerpo, lo que se puede interpretar como que las actitudes de las madres son observadas por el hijo e internalizadas por ellos como su propia imagen corporal. Este hallazgo también se ha encontrado en otros estudios. (3, 4, 13, 19, 30).

También se ha observado que madres con alteraciones del comportamiento alimentario son menos perceptivas para identificar los patrones de hambre-saciedad de sus hijos y tienden a reportar más conflictos emocionales con sus hijos. Estos comportamientos maternos de alimentar según un horario estricto, puede contribuir posteriormente a la aparición de un control excesivo o la pérdida de control sobre las funciones alimentarias en los pacientes con anorexia y bulimia. (3, 4, 5, 26, 30).

Varios estudios observacionales descriptivos y analíticos se han ocupado de explorar el impacto de las actitudes maternas en las funciones de nutrición y alimentación de sus hijas (4, 6, 7, 18, 19, 21, 36). Una madre ansiosa frente a sus

propios hábitos alimentarios, e insatisfecha frente a su corporalidad puede interferir con la alimentación de sus hijos que en presencia de otros factores de vulnerabilidad pueden incidir en la aparición de un trastorno de la conducta alimentaria como lo puede ser la presión social hace que se tienda a esperar que los hombres sean altos y fuertes y las mujeres a no tener sobrepeso. Cualquier imposición de control sobre la ingesta de alimentos de los niños, el horario, la calidad y el tipo de alimentos que se consumen tiende a exacerbar las interacciones negativas a la hora de comer lo que puede manifestarse en comportamientos alterados con la alimentación. Estos comportamientos pueden conducir a un deseo de prevenir sobrepeso en sus hijos o a que sean juzgados positivamente como padres. La percepción de fracaso en la crianza se exagera directamente con la dificultad de los hijos para comer. Una madre que cree que su fracaso es inevitable y que cree que no es capaz de actuar en una manera competente e independiente puede tener pobre capacidad de adaptación y resolución de problemas en esta área. Lo observado en estos estudios es que la creencia de dependencia incompetencia refleja el uso de medidas coercitivas y forcejeo a la hora de comer, mayor sensación de irritabilidad en sus niños con mayor percepción de afectos negativos hacia ellos. (22, 26, 28).

El comportamiento de un niño que está comenzando a ejercer su autonomía se puede ver particularmente a la hora de comer y esto puede ser más sentido en una madre con pensamientos de abandono o confusión. La asertividad y la autonomía son socialmente menos aceptables en las mujeres por lo que son vividas por la madre de una manera más amenazante si estos se presentan en una hija que en un hijo (21).

Con relación a los trastornos de alimentación y los efectos en los hijos, se ha encontrado que existe una relación directa en diferentes estudios. Un estudio realizado por Blissett y colaboradores muestra que el 70% de las mujeres bulímicas reportan problemas de alimentación en sus hijos (21). En una descripción de tres casos clínicos de hijos de madres con AN se encuentra que las tres madres presentan restricción en la alimentación. Existe evidencia de que desde muy temprana edad los niños aprenden las preferencias sobre la comida de los padres, así como las actitudes frente a la comida y también se ha encontrado que las madres tienden a minimizar y negar los problemas. Sin embargo se requieren más investigaciones en esta área. (27)



En un estudio de cohorte realizado por Nichols y Viner donde se buscaba examinar los diferentes factores de riesgo reportados para presentar AN desde el nacimiento hasta 30 años, se encontró que el riesgo era predicho independientemente por el sexo femenino, alteraciones alimenticias en la infancia, depresión en la madre e historia de pobre alimentación al final de la infancia. Tener una autoestima alta al final de la infancia era un factor protector así como un alto IMC (índice de masa corporal) de la madre (la cual si puede ser un factor de riesgo para BN). No se encontró una influencia para los factores perinatales como la edad gestacional, peso al nacer, separaciones de la madre, alteraciones emocionales de la infancia, estilo parental, problemas de sueño, problemas somáticos, habilidad académica o IMC en la infancia o en la pubertad. En este estudio el reporte sobre los estilos de crianza es negativo como un factor de riesgo para desarrollar AN, pero sí se enfatiza la importancia de la influencia familiar en el desarrollo de las preocupaciones sobre peso y forma y comportamientos alimentarios como ocurre en los hijos con madres con antecedentes de trastornos de alimentación. (14, 15, 18, 23, 25).

#### *Aspectos relevantes desde la teoría psicoanalítica*

Varias teorías del desarrollo infantil como las propuestas por Bowlby, Winnicott y Mahler han abordado el análisis del vínculo madre-hijo y sus repercusiones en el desarrollo. Esta última autora describe las fases autista, de simbiosis y finalmente la fase de separación individuación en el proceso de desarrollo normal. Las primeras formaciones del yo corporal se elaboran en relación con el cuerpo de la madre y los inicios de la diferenciación se realizan por extensión fuera de la esfera simbiótica. Al no existir este proceso, no hay formación de límites, ni tampoco una desvinculación de la madre, existiendo a la vez dificultades en el proceso mismo de la individuación. La función de alimentar y nutrir es crucial en la formación del vínculo entre madre e hijo y representa uno de los pilares sobre los que se construye la vida relacional, un aspecto fundamental para el desarrollo de un niño. Dicha función es realizada principalmente por la madre. Se ha descrito que el proceso temprano de separación individuación es más difícil en las niñas que en los niños, ya que ellas se deben individualizar e identificar con el cuidador del mismo sexo. Conflictos hostiles-dependientes y mensajes ambivalentes sobre la autonomía pueden permanecer a lo largo de la vida en estos hijos y estos pueden ser fácilmente actuados por el control en la comida y forma corporal. En los trastornos de alimentación, muchos hijos están excesivamente involucrados con sus madres, como si la vida de ambos dependiera de la existencia del otro. Esta construcción relacional altera el funcionamiento mental y predispone a los adolescentes a buscar soluciones -"salidas en falso"- de autonomía fisiológica,

como las observadas en muchos de los trastornos de alimentación. (3, 28)

Desde un punto de vista psicodinámico, el terror de una mujer adolescente a la grasa y a adquirir características sexuales secundarias con figuras redondas, parecerían reflejar los peligros y responsabilidades frente a la sexualidad adulta. Una madre poco empática, intrusiva y sobreprotectora puede producir en un niño con una estructura del ego inadecuada en las destrezas de autonomía y autorregulación, con pobre capacidad para monitorear las señales corporales internas como lo son el hambre y la saciedad con una tendencia a actuar los conflictos sobre la independencia y autocontrol vía un excesivo control del cuerpo y la alimentación. Es de anotar que la relación pre-edípica en niñas y niños es diferente siendo en las mujeres mucho más intensa y conflictiva. Esto se da ya que por el lado de las madres los límites son menos definidos en la identificación con una niña que con un niño. Las madres son menos capaces de ver a sus hijas de una manera diferente a ellas mismas y por ende tienden a ser más controladoras y cohesivas. Las madres también tienden a investir narcisísticamente a sus hijas de una manera más fuerte, proyectando en ellas sus propias esperanzas, miedos y fantasías sobre la feminidad. Al mismo tiempo se sienten más amenazadas, y tienen a ser más manipuladoras y controladoras con ellas.

En el segundo año de vida durante el periodo de formación de la identidad sexual, la niña debe poder separarse de la madre y desarrollar una identidad individual diferente de la de la madre. Al mismo tiempo debe aprender de la identidad de la madre lo que es la feminidad siendo en esencia lo mismo que ella. Esto es diferente con los hombres que pueden identificarse con la masculinidad del padre para ayudarlo a independizarse de la madre.

Con el crecimiento de las hijas comienza la presión por la maduración física y psicosocial. La niña presiona hacia la independencia que puede desencadenar en la madre los conflictos no resueltos con la separación y pérdida resultado de la relación con su propia madre. Ella teme perder la relación simbiótica con su hija que es inconscientemente amenazada por el atractivo sexual de esta y al mismo tiempo su propio narcisismo está altamente investido en la apariencia de la hija y el éxito social que los deja en una doble unión. Estos conflictos son resueltos en la mayoría de las mujeres en la medida en que los aspectos positivos del lazo de identificación con la madre sobrepasen los ambivalentes y negativos. Cuando la relación madre hija es demasiado cercana y dependiente, cuando la madre inconscientemente se niega a dejar ir y la hija, ésta será incapaz de lograr la separación actual o psicológica o una identidad diferente, lo cual puede conllevar a varios tipos de psicopatología, dentro de los cuales la depresión y los TCA son los más comunes y muy frecuentemente van de la mano. (28)

La comida es el símbolo más concreto del amor materno. Por el control de la comida y la forma corporal, las mujeres pueden actuar casi todos los aspectos de la disputa ambivalente con la madre actual y la internalizada. Por un lado, es una forma de demandar y rechazar el amor materno, de negar sus propias pulsiones pasivo dependientes y de definir a la madre como ser un absoluto controlador de su propio cuerpo tanto de su apariencia como de su desarrollo hacia la adultez. Esto podría interpretarse como una manera de resistirse a la identificación con la madre (al evitar una figura corporal redonda y el tener relaciones heterosexuales efectivas), y por otro lado, también funcionaría como una manera de competencia con la madre al hacer dieta para tener una figura “perfecta”.

Dentro de estas relaciones se pueden observar algunas facetas comunes. La hija con un TCA invariablemente aparenta tener un vínculo especial con la madre: o es hija única o ha sido elegida como confidente o cuidadora frecuentemente con la exclusión del marido que es incapaz de tener un vínculo con la hija o darle soporte en el proceso de individuación.

También en la familia suele existir una preocupación especial por la apariencia física y la comida. Por ejemplo la madre puede tomar el rechazo a comer como un rechazo de su amor o experimentar imperfecciones físicas en la hija como una amenaza de su propia autoimagen. En muchas oportunidades se encuentra que la madre tuvo estas mismas dificultades con su propia madre. La dieta suele volverse un arma o un reproche contra la madre para resistir su control y rechazar la identificación con ella. Cuando la dieta se vuelve excesiva podría desencadenar comportamientos anoréxicos y la sobre ingesta podría expresarse en conductas bulímicas.

Una de las funciones inconscientes principales de un trastorno de la alimentación es mantener los viejos lazos conflictivos hostiles dependientes de la madre internalizada. Es así como una de las características más importantes de los trastornos alimentarios es la ambivalencia. (29)

### *El papel de la estructura familiar*

Dentro de las relaciones familiares se han observado patrones en la relación madre hijo de sobreprotección y restricción de la autonomía, con las que se estimulan y se dan respuestas de tipo protector entre los miembros de la familia. Una familia resistente al cambio, evitativa frente a los conflictos o con pobre capacidad de resolverlos, suele ser una familia con pobre tolerancia al conflicto y amalgamada (3). Las familias amalgamadas suelen ser frecuentes en los pacientes con trastornos de la conducta alimenticia. Existen grandes expectativas en los hijos y son incapaces de proveer ímpetu y soporte para la individuación y

separación del adolescente.

Por otra parte, el grado de satisfacción marital también se ha visto relacionado con la aparición de alteraciones en la conducta alimentaria en los hijos. Se ha visto que las madres con relaciones maritales poco satisfactorias tienden a sentirse con menos poder, sin soporte y con desconexión en su relación con otros. Esto predice menos capacidad en la solución de problemas. En general se sugiere que tener unos pensamientos sobre una autonomía y desempeño alterados crea una vulnerabilidad cognitiva en un padre ansioso que se manifiesta como una mayor percepción de una dificultad con la alimentación o la falla para resolver problemas cuando estos se presentan.

Para explorar estos factores, Ogden y Stewart realizaron un estudio donde se evaluaban creencias sobre la corporalidad y la relación de madres e hijas de 16 a 19 años, por medio de cuestionarios. Los autores no encontraron una correlación directa entre la preocupación corporal en términos de restricción de alimentos e insatisfacción corporal, pero si encontraron que había un aumento en las dietas cuando las madres no creían en la propia autonomía y cuando incluían la creencia de proyección en su relación. La insatisfacción corporal de las hijas tenía relación con una pobre creencia de la madre en la autonomía de su hija. Hay que anotar que la edad de evaluación de estas jóvenes se encontraba en un momento donde el aprendizaje por modelamiento ya no se da, influyendo mas otras formas de aprendizaje como la búsqueda de autonomía e independencia para reafirmarse a sí mismas (31).

El patrón de apego por su parte, puede incidir en la aparición posterior de un trastorno de alimentación en los niños, el cual está influenciado por la actitud de la madre frente al embarazo, la lactancia y la actitud frente a la comida tanto propia como frente a sus hijos. Se ha visto como la actitud frente a la forma de su cuerpo tanto antes como durante y después del embarazo puede afectar la relación con los hijos y esto también puede estar discriminado en el sexo del bebé. (3,19,25) Crown y Agras han señalado, que las alteraciones en el vínculo madre hijo son evidentes desde el puerperio en las madres con historia o síntomas actuales de TCA, ya que las preocupaciones de las madres sobre el peso, la imagen corporal y la alimentación propia y la de sus hijos pueden alterar en ellos por modelamiento, sus propios comportamientos alimentarios de manera temprana. (25)

#### *Aspectos genético-familiares*

Múltiples estudios han señalado, que el comportamiento de los padres influye en el desarrollo de los niños, no solo por aprendizaje por modelamiento y el estilo de

crianza impartido en los hijos sino como sucede en los TCA, por el aporte de vulnerabilidad genética que existe en estas patologías. (33).

Un padre con una enfermedad psiquiátrica puede influir notablemente en el desarrollo de los hijos e incidir negativamente en el pronóstico de una patología infantil. (7) En la AN y la BN se han encontrado asociaciones familiares entre la psicopatología y las alteraciones de la conducta alimenticia de los niños, dándose aumento de la frecuencia de TCA en familiares de primer grado de consanguinidad (18, 19, 21).

Los estudios realizados en pares de gemelas monocigóticos han reportado un mayor grado de concordancia del TCA comparado con lo observado en gemelas dicigóticas, lo que muestra que el grado de agregación familiar está influenciado por factores genéticos. Esto explicaría la vulnerabilidad de ciertas personas a las influencias al ambiente como lo son dietas restrictivas y la exposición a ideales de delgadez. En este aspecto, los investigadores han tratado de identificar las variables genéticas más vulnerables a los efectos ambientales como los ideales de delgadez presentados por el medio. Lo que muestran estos estudios es que familiares de personas con TCA tienen un 10% más de probabilidad de sufrir un TCA a lo largo de la vida que un familiar que no tiene dicha patología. Durante los últimos años se ha puesto especial atención en los endofenotipos, donde se ha encontrado que la AN pura puede tener una susceptibilidad pura del locus del cromosoma 1 y cuando se incluían otras variantes comportamentales como el deseo de delgadez y la obsesividad se encontraron varias regiones en los cromosomas 1, 2 y el 13. En esta revisión realizada por Bulik se encontró solo un estudio con BN donde se encontraba una asociación con el brazo del cromosoma 10p. (33, 35)

### *TCA y género*

Un estudio prospectivo realizado por Allen y cols donde se evalúan posibles predictores para desarrollar alteraciones en la conducta alimentaria en jóvenes, encontraron que el ser mujer y ser percibida en sobrepeso durante la infancia temprana por alguno de sus padres era uno de los mayores factores de riesgo para el desarrollo posterior de TCA, entrando en juego la percepción del propio peso por parte de la madre, el de los hijos y el aumento en el IMC. (13,26).

En un estudio realizado por Agras y cols donde se evaluaba la influencia de las madres con TCA sobre sus hijos se encontró que entre los dos y cinco años existía una interacción significativa entre el estado del TCA, el género y la preocupación por el peso, esta sobre-preocupación era evidente desde los dos años y continuaba en aumento hasta los cinco años cuando no existía ninguna

diferencia en el IMC entre estos niños y los controles realizados con madres sin TCA. Esto no fue observado en los hijos varones, sin embargo se han encontrado inconsistencias en varios de estos estudios (26,31).

También se han encontrado inconsistencias en la literatura sobre los niveles de preocupación corporal para madres e hijas. Al evaluarlo se asume que el rol de la madre en el desarrollo de su hija solo es un rol materno. Pero las influencias de modelamiento provenientes de la madre son lo suficientemente fuertes para que sean adoptadas por las hijas (31). Jacobi y cols encontraron en un estudio donde se evaluaban los predictores de las alteraciones de la conducta alimenticia en niños de ocho años, una asociación entre el aumento de IMC en las madres y un estilo de crianza negativo en los niños. Una explicación que encontraron era que las madres con mayor IMC y menor autoestima, tenían un mayor afecto negativo lo que influenciaba el estilo afectivo del niño. También, el mayor IMC se relacionaba con estilos de alimentación mas desinhibidos lo que predecía mayor insatisfacción y conductas restrictivas en las hijas pero no en sus hijos y el mayor IMC de las madres predecía la interpretación de las hijas de que ellas querían que fueran delgadas. (19). Este hallazgo sugiere la alta prevalencia de la sintomatología bulímica en niñas y esto puede tener que ver con las preocupaciones e intervenciones por parte de los padres.

Se ha observado que existe más preocupación por parte de los padres por el comer de las niñas que de los niños y la reacción de los padres frente al sobrepeso de sus hijos se refleja en forma de comentarios invalidantes durante las comidas. Inclusive aquellas madres sin alteraciones alimentarias ni enfermedades psiquiátricas también buscan la adaptación a ciertos estereotipos sociales ejerciendo más control sobre sus hijas en los hábitos alimentarios. Por lo general también esto se puede observar si alguno de los padres tiene algún conflicto con la salud, la delgadez o peso de sus hijos (19,21,24)

Estudios de cohorte realizados en hijos de madres con historia de trastornos alimentarios (Stein y cols) sugieren que las madres con desordenes del comportamiento alimentario pueden ser particularmente controladoras con sus hijos. Se ha encontrado que este estilo parental se da en horas de la comida, con excesivo control en la alimentación del niño especialmente en edades tempranas que le dificultan su habilidad para aprender a regular la cantidad de alimentos consumidos. En un trabajo de investigación realizado por estos autores se encontró que estas madres al interactuar con sus hijos de un año de edad durante la comida, expresaban mas emociones negativas hacia el niño eran menos flexibles y mas intrusivas comparadas con los controles, también encontró

que estaban más preocupadas por la forma y el peso de sus hijos menores de un año, observándose especialmente en las niñas. En un estudio prospectivo que estudiaba la influencia de las madres con trastornos de la alimentación en sus hijos (Stewart agras) reportaba que las madres bulímicas experimentaban una dificultad considerable para alimentar a sus hijos. Además reportaba que los hijos de madres con trastornos de la alimentación tenían menos peso por talla que las madres control.

En los estudios mencionados, se evaluaban las relaciones con niños menores de cinco años, sin embargo, es importante evaluar estas características en niños mayores a los cinco años y antes de la pubertad, edad en la cual los adolescentes comienzan a ser mucho más independientes en la toma de decisiones con la alimentación y su relación con la familia (4,21,23).

Adicionalmente, se ha encontrado que algunas de estas madres con historia de TCA perciben a sus hijos más ávidos durante la lactancia, con mayor presión en el chupeteo del seno, comparado con la fuerza de succión de los bebés de madres sin historia de alteraciones en la conducta alimentaria (26).

Debido a la preocupación con el peso, la forma y la dieta, las madres con TCA pueden tener dificultades en alimentar a sus hijos modelando formas anómalas en el comportamiento alimentario. Las madres bulímicas manifestaban mucha dificultad al alimentar a sus hijos, frecuentemente no tenían comida en la casa y algunas encerraban a sus hijos mientras ellas tenían atracones o se purgaban. Las madres con TCA también eran más intrusivas en el juego y la comida, con mayores conflictos a la hora de la comida.

En la experiencia clínica y en la revisión de la literatura, se ha encontrado que las madres de hijos con alteraciones en la conducta alimentaria son más controladoras con su propia alimentación y la de sus hijos, siendo esto más marcado con sus hijas mujeres, por lo cual se evaluará dentro de este proyecto de investigación la historia de dietas de la madre y el grado de control sobre estas. También se ha encontrado que los trastornos de la conducta alimentaria en madres con esta patología mejoran durante el embarazo y empeoran durante el postparto (9,25). Esto da un margen de importancia para una intervención preventiva en estas pacientes antes de que esto se refleje en el postparto y en sus hijos.

Al evaluar este punto en especial lo que se pretende es verificar en las narrativas es si con los niños con alteraciones en la conducta alimentaria se puede observar estos factores de riesgo analizados como son, estilo de crianza, TCA o alteraciones en la relación madre-hijo. Otra de las conductas encontradas en las

madres y que se pretende revisar en este estudio, es que las madres son particularmente sensibles a la forma del cuerpo especialmente de sus hijas, evaluándolas de manera distorsionada desde el primer año de edad (4,26).

Por otra parte, en los niños con alteraciones de la conducta alimentaria es importante evaluar la alimentación a lo largo de la vida. En este caso sería desde el nacimiento hasta la edad del diagnóstico y evaluación de las alteraciones en la conducta alimentaria. Esto incluye inicio de la alimentación, la progresiva introducción y aceptación por parte del niño de los diferentes tipos de alimentos, si hay tolerancia o no, la relación con las texturas, olores y sabores por parte y si existe en algún momento algún problema médico como por ejemplo reflujo gastroesofágico o alteraciones en la deglución o la presencia de otras alteraciones como son la alimentación altamente selectiva o fobia a los nuevos alimentos. Esto se evaluara en las madres mediante preguntas sobre este tema durante la entrevista en profundidad.

Una creencia, radica en una afirmación a la que se le da completo crédito como si este fuera cierto. Las creencias afectan nuestra percepción sobre los acontecimientos y el mundo que nos rodea y dirigen nuestras actitudes. Las definiciones realizadas por la real academia de la lengua hablan de *“un firme asentimiento y conformidad con algo; completo crédito que se presta a un hecho o noticia como seguros o ciertos y finalmente como una religión o doctrina”* (8).

En el presente estudio nos referiremos a creencia como una afirmación a la que se le da completo crédito. Las actitudes hacen referencia a una disposición de ánimo manifestada de algún modo. Esto se ve reflejado tanto en la motivación como en el comportamiento que asume una persona con base a su sistema personal de creencias. Las actitudes pueden ser utilizadas para predecir conductas en un determinado contexto, por ejemplo en el contexto de los hábitos alimenticios de cada individuo o familia. (8).

Finalmente, la prevención en las enfermedades psiquiátricas depende de la identificación y modificación de los factores de riesgo. El diagnóstico temprano de alteraciones en la conducta alimentaria desde la infancia puede favorecer la prevención de aparición de trastornos del comportamiento alimentario más adelante. La identificación de los factores de riesgo tempranos, y las actitudes y creencias de las madres pueden dar luces frente a la promoción y prevención de la salud mental infantil en la conducta alimentaria contribuyendo con el diseño de programas psicoeducativos en programas de crianza y hábitos de alimentación saludables. El resultado esperado de este fortalecimiento de las prácticas de salud pública sería la reducción de los índices de morbimortalidad en esta área. (19)



## PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

**Cuáles son las creencias y actitudes frente al comportamiento alimentario y la corporalidad en madres de niños entre cinco a doce años con alteraciones del comportamiento alimentario?**

## OBJETIVO GENERAL

Describir y analizar las creencias y actitudes frente al comportamiento alimentario y la corporalidad en madres de niños entre cinco a doce años con alteraciones del comportamiento alimentario

## Objetivos Específicos

- Comprender el papel de las diferentes creencias, actitudes y vivencias de la madre con su propio cuerpo en el modelo de crianza de su hijo(a). Describir las características socio demográficas de la población de estudio.
- Describir y discutir las creencias y actitudes de la población a estudio según las características socio demográficas.
- Profundizar en los posibles factores de pronóstico y de mantenimiento de los síntomas alimentarios del niño(a) derivados de la relación con la madre y sus expectativas

## METODOLOGÍA

**Tipo estudio:** Se realizara un estudio cualitativo realizando entrevistas semiestructuradas a las madres de los pacientes y posterior análisis de contenidos usando trianguladamente diferentes perspectivas de observación y análisis en la discusión de los hallazgos.

**Población y muestreo:** Del total de los 255 pacientes consultantes al programa Equilibrio entre Junio de 2009 a Febrero de 2010, se seleccionarán por conveniencia una muestra de madres de niños entre 5 y 12 años y ambos géneros que consulten por síntomas alimentarios y que deseen participar en el estudio. La muestra será completada por saturación de contenidos.

## TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

**Fuentes de datos:** La información se tomara directamente de las madres entrevistadas, es decir, de la fuente primaria.

**Instrumento de recolección:** Para la recolección de la información se tendrán en cuenta dos métodos:

- **Entrevista en profundidad:** La entrevista que se realizara es semiestructurada realizada por el investigador y un integrante del equipo del Programa Equilibrio. Consta de aproximadamente 10 preguntas. Algunas de ellas serán preguntas cerradas que exploran datos socio-demográficos y otras serán preguntas abiertas.

La duración de cada entrevista oscilará entre 2 a 3 horas aproximadamente (ver anexo 1). Las entrevistas se grabarán y se transcribirán los contenidos. La evaluación de estos se realizará construyendo una matriz de análisis para definir y discutir las categorías halladas en el análisis de narrativas.

**El observador participante tomará notas durante cada entrevista de** las actitudes y comportamientos de las madres enriqueciendo así la discusión de los contenidos.

- **Recolección del datos:** El proceso de recolección de datos se llevará acabo de la siguiente manera:

Se contactaran de manera telefónica a las madres de los pacientes, se les explicarán los objetivos del estudio y se citaran para aclarar las dudas que se tengan sobre el trabajo y solicitar la firmar del consentimiento informado.

El investigador realizara las preguntas según la guía (ver anexo 1) y se estará observando la actitud y comportamiento por un experto en el tema quien será un psicólogo o psiquiatra del programa Equilibrio, con entrenamiento en alteraciones de la conducta alimentaria y con entrenamiento en entrevista a profundidad en salud mental. Se basara en el examen mental y todas las características que la persona observe en el entrevistado para posteriormente hacer el cruce de información. Después se citara nuevamente a la madre para compartir los resultados del estudio con ella (confirmabilidad) y solicitar nuevamente el consentimiento para la utilización de los contenidos transcritos.

- **Procesamiento de la información:** Al terminar todos las entrevistas se reunirá la información y se realizará la tabulación de datos, teniendo en cuenta la terminología más frecuente que se presenta en cada una de las

respuestas de la entrevista por los participantes y las anotaciones consignadas en los cuadernillos de los observadores.

**Plan de análisis:** En el estudio se realizará un análisis cualitativo, presentado como material narrativo. Éste análisis se ejecutará con base en las categorías de análisis que se deriven de la entrevista. Este proceso tiene como finalidad ordenar la información que se ha recolectado de modo que sea posible sintetizarla, interpretarla y discutirla.

Se empleará el estilo de análisis mediante plantilla, consiste en desarrollar una guía de análisis en la que se aplican los datos narrativos, donde se examinarán conductas o sucesos; dicha guía se revisará constantemente a medida que se recolectan los datos. Una vez obtenida la información con base en la plantilla procedemos al análisis interpretativo.

Los datos cualitativos se organizarán en archivos conceptuales donde se agrupará todo el material que se recolecta en la entrevista, relacionado con el tema correspondiente asignando un sistema de codificación.

## **RIGOR METODOLÓGICO**

**Credibilidad:** A través de observaciones y conversaciones desarrolladas en las sesiones de la entrevista, obtendremos información brindada por los participantes que han experimentado o han estado en contacto con el fenómeno investigado y se presentarán los resultados a la población de estudio una vez realizada en la segunda cita.

**Auditabilidad:** Un investigador externo al proyecto y con conocimientos del tema tratado tendrá la capacidad de examinar los datos y llegar a las mismas conclusiones de los investigadores internos; por esto se detallarán todos los procesos de recolección y análisis.

**Triangulación:** Esta investigación aplicará el principio de triangulación la recolección de datos, que se realizará con la implementación de la entrevista y la observación. Además se considerara en la discusión y análisis de contenidos incluyendo diferentes perspectivas teóricas, determinadas según los resultados preliminares (Triangulación de enfoques teóricos).

## **CONSIDERACIONES ETICAS**

Para la evaluación y la inclusión al estudio se procederá a informar a los interesados en participar en el estudio con la posterior firma del consentimiento informado que se presenta a continuación:

### **CONSENTIMIENTO INFORMADO**

**Título del proyecto:** CREENCIAS Y ACTITUDES FRENTE AL COMPORTAMIENTO ALIMENTARIO Y LA CORPORALIDAD EN MADRES DE NIÑOS CON TRASTORNOS DEL COMPORTAMIENTO ALIMENTARIO

El patrón de apego que caracteriza el vínculo madre-hijo y la función de nutrir tienen una gran importancia en el desarrollo físico y psico-afectivo del niño. Puede actuar como un factor de protección frente a la aparición de un trastorno del comportamiento alimentario posterior, o actuar como un potencial factor de riesgo para muchos tipos de alteraciones del desarrollo y el comportamiento entre los cuales se encuentran los trastornos alimentarios de la infancia. En este sentido, las creencias y actitudes maternas frente al embarazo, la crianza, la lactancia y demás funciones de nutrición del niño, así como la percepción de su propio cuerpo tienen una importancia crucial en este.

El propósito de esta investigación es explorar, analizar y discutir el papel de las creencias, actitudes y vivencias de las madres de niños de ambos sexos que consultan a nuestro programa por presentar problemas relacionados con la alimentación, con el objetivo de optimizar el manejo terapéutico de los niños y niñas afectados tempranamente por estos trastornos. Complementar la intervención habitual con una mejor asesoría y acompañamiento a la familia permitirá mejorar el pronóstico.

Dos investigadoras (Médica Psiquiatra y Psicóloga clínica) del equipo de EQUILIBRIO con experiencia clínica y terapéutica le realizarán una entrevista en profundidad para conocer sus puntos de vista. Las entrevistas tendrán una duración de una o dos horas y serán realizadas en nuestra sede o en su propia casa si así usted lo desea. Sus respuestas serán grabadas y posteriormente transcritas por las investigadoras. Una vez se tenga el manuscrito de la entrevista usted tendrá la opción de leerlo y podrá nuevamente consentir o no su análisis.

El análisis y manejo de los contenidos de su entrevista serán realizados de manera estrictamente confidencial y estará bajo la responsabilidad de las

investigadoras.

El estudio resultante será presentado en Congreso Internacional y Nacional de Psiquiatría y Salud Mental y será publicado en una revista científica omitiendo o enmascarando datos que pudieran permitir la identificación del paciente y/o sus familiares.

Como participante del estudio no recibirá ningún beneficio o retribución por su participación. Usted podrá abandonar el estudio cuando así lo considere y también podrá decidir no aceptar participar. Los resultados obtenidos serán confidenciales y sólo se utilizarán con fines científicos y de docencia de manera global para beneficiar a las personas que padecen trastornos alimentarios y sus respectivas familias.

Usted podrá solicitar a los investigadores (Dras. Pilar Arroyave, Maritza Rodríguez, Juanita Gempeler, Verónica Pérez o Camila Patiño) en cualquier momento información acerca del estudio y de los resultados obtenidos del estudio a los correos electrónicos señalados a continuación: pilararroyave@hotmail.com o a los teléfonos ext. 6007815

Acepto:

Firma \_\_\_\_\_  
CC.

Testigo 1  
Firma \_\_\_\_\_  
CC

Testigo 2  
Firma \_\_\_\_\_  
CC

Evaluador  
Firma \_\_\_\_\_  
CC

## RESULTADOS

### CASO 1

Diagnóstico de alimentación altamente selectiva.

Familia de origen rural, estudios universitarios y especialización. Estado civil, casada. Manifiesta que durante su infancia debía comer de todo sin intervenir en cuanto, cuando y que comer.”En una familia donde debía comer lo que se preparaba sin opción de elegir o decir no quiero a determinadas comidas”. Preocupación extrema por la alimentación de su hija y de sus horarios: “en las noches por las teorías que los niños tienen que comer un poco más temprano para que no se acuesten tan llenos por el tema del reflujo y toda la cosa pues entonces ellos comen mucho más temprano que uno”

Describe su embarazo como normal, con “antojos de comer piña” Me cuidaba en la comida, de ser muy saludable, comer lo que me tenía que comer, me daba antojo, sí comía, pero no pues me desbordaba, porque pues sabía que no era bueno, pues que si iba a comer, me iba a engordar más y no era una gordura saludable para mí, ni para el bebé”.

En esta entrevista se encuentra una tendencia a hablar de lo “saludable”, con la creencia continua de que el comer sano va a evitar el paso del tiempo y no envejecer, cosa para la cual tanto madre como hija son muy específicas, en un temor a envejecer, ya que la creencia en esta área es que envejecer es igual a morir y un temor en la madre a no estar mucho tiempo con su hija y en la hija a perder a su madre, ante lo que manifiesta “quiero ser un hada, porque las hadas no se mueren”.

Frente a las creencias y actitudes frente a la corporalidad, se encuentra que asociaba la nariz a un familiar no querido, y manifiesta sufrimiento hasta que se lo opero, relacionando esto en la creencia de que verse bien es tener una adecuada autoestima. “uno tiene que cuidarse, que estar bien, por uno y por lo que uno hace, cierto, por sentirse uno bien por estar bien en el medio en el que uno está, por sentirse uno bien para su pareja, para su familia, para el entorno... entonces estar bien qué es?, sentirse uno bien con uno mismo.. yo creo que los papás le inculcan eso a uno y mi mamá me lo inculcaba ...es el quererse como uno mismo, el estar uno, sentirse uno bien, cierto, para muchas cosas en la vida”

Considera la forma corporal como forma de autoestima equiparando el sentirse bien como sinónimo de delgadez, y el subirse de peso como sinónimo de depresión y baja autoestima. En el relato se muestra como este ha sido un aprendizaje por modelamiento, la percepción de sus hermanos es con sobrepeso y su preocupación con su esposo es basada mucho en el cuidarse, tanto que intenta estar controlando no solo lo que comen sus hijos si no lo que come él. En el área personal se observa que la forma como cuida es controlando principalmente lo que se come y la apariencia personal, relación que se observa con su hija, donde es altamente selectiva con los alimentos y es especialmente cuidadosa con como se viste. En el relato se encuentra un temor a la muerte y al envejecimiento donde los mecanismos de defensa frente a estos ha sido el sobre control en la forma y en la comida.

Frente a la relación con su hija, ha sido una niña que ha estado por encima del percentil 50 en la curva de talla, la sensación de la madre es que pide

constantemente alimento y que es difícil saciarla, inicialmente con la lactancia y posteriormente con otros alimentos. Esto no se ha presentado con su hijo hombre, la creencia de la madre es que hombre es diferente y con la mujer tiene que tener más cuidado con la alimentación y la corporalidad mientras que con el hombre no es tanto. Los rasgos controladores se observan incluso durante la entrevista en la que trata de controlar la información pese a que se advierte y se le explica el funcionamiento de las narrativas.

Frente a la negativa de comer ciertos alimentos de su hija, manifiesta “obviamente hay ciertas frustraciones pero más por el tema de la comida porque yo se que ella no tiene ningún desorden, porque eso lo vamos a modificar....”

Frente a la alimentación y el comienzo de la selectividad afirma que comienza a los tres años, sin antecedentes de alta selectividad y la familia. Se puede observar como la relación alimenticia entre madre hija esta influenciada por un modelamiento externo originado en la madre, en quien la hija busca continua aprobación y entendimiento. Con respecto a la manifestación de saciedad de los hijos, se muestra coercitiva y controladora.

Frente a los juegos, también se evidencia que esta más controladora que con su hijo, pero donde se enfoca principalmente es en la comida.

## **CASO 2**

Diagnóstico de Anorexia Prepuberal.

Mujer de madre extranjera y padre Colombiano, de origen urbano, con estudios profesionales y especialización, separada, el padre de sus hijas es extranjero y tienen sus hijos en el extranjero. La relación con su propia madre la define como distante, “Pues mi mamá también con su.. pues tiene un carácter también fuerte, ella es rusa y la historia de ella es también es un poco dramática porque ella vivió la guerra y le mataron al papá, al hermano, entonces ella sufrió como esas cosas de la guerra, vivió con la abuela, ella nació en Siberia, pero se enfermó y entonces a la abuela le tocó llevarla para el Caucaso, que fue en donde yo también nací allá en el Caucaso, porque tenía tuberculosis y le dijeron, si usted no se lleva esta niña este frío, pues se va a morir y ella vive también sufrió mucho esa guerra, el hambre, la posguerra, que es peor que la guerra, y para eso la otra más que te decía, las manías, mi mamá también pues guarda todo, tiene que tener la nevera llena de comida, guarda cosas con candado para que no se las quiten”,

## **CASO 3**

Madre de una niña con un diagnóstico de anorexia infantil resuelto, por lo cual la entrevista resulta más tranquila que en los otros casos. La entrevistada es producto del segundo matrimonio de su padre con hermanos medios anteriores, padres con relaciones distantes donde predominaba el respeto. El padre fallece y la madre saca adelante el hogar. Profesional, separada. Ex esposo de ascendencia extranjera y vive en el exterior.

Hermana con trastorno de la alimentación tipo bulímico no tratado.

Cuando se casa, no tenía como prioridad matrimonio ni maternidad, tenía como prioridad su éxito profesional, embarazo no planeado : “yo nunca quise ser mamá y entonces ahí viene mi gran culpa y todo esto de XX ..hay.. que mi culpa por no

querer..., yo nunca me veía siendo mamá.” pero bueno llegó una niña maravillosas, linda, preciosa, hermosa y todo, que yo gracias a dios era bonita”.

Luego consigue una nueva pareja y siente que le tuvo que pedir permiso a su hija para hacer una vida con esta persona.

La sintomatología de su hija comienza luego de que descubre que su padre tiene otra esposa y otros hijos y que su empleada de toda la vida se va de la casa. Comienza a reducir la comida en la casa y empiezan a darle gusto para que comiera... y posteriormente comienza a vomitar....dije: qué hice mal, qué estaba haciendo mal, qué hice mal, porque o sea llegar allá...” “Y entonces uno empieza como a mirar, la relación, el papá no está, yo cero la relación del papá con XX, se fue con ella con el compromiso de que ella iba a llegar mucho mejor, de hecho ella si engorda siempre que va a España y eso es otra cosa, no me soporto de la rabia, te lo digo, mierda por qué con el papá sí y conmigo no?”.

“Un día me dijo mami es que yo comería como los dioses si tu estuvieras con mi papá...me lo dijo, y eso me lo dijo hace un año, entonces le dije pues nunca comerás como los dioses porque es que eso nunca lo vas a lograr, eso no es el tema acá, tu papá y tu mamá nunca van volver a estar juntos”. “Sobre su imagen corporal afirma Yo era muy flaca siempre, pero siempre, era como la deportista, siempre hice deporte, siempre estaba como en el tema eh.. yo tuve a Isabel y yo hice click, o sea cambié completamente entonces ya me volví que si me como una papa, la papa se me ve, pues mejor dicho una sabe que la papita se le ve, no me estresa, pero no me gusta o sea el tema de comer y que se le vea a uno no me gusta, yo hago ejercicio, yo me cuido en las comidas aunque como bien, yo balanceo digamos me como..la verdad es que nunca me sentí atractiva o sea nunca creí que despertaba atracción de los seremos humanos hombres, En el hogar de origen el manejo de la alimentación era de manera conservadora, es decir no se podía elegir que ni cuanto comer, simplemente debían comerse lo que se servía en la mesa y no había posibilidades de Durante el embarazo se dedica a comer patilla, lactancia durante un mes

#### **CASO 4**

Madre con hija con diagnostico de Anorexia Prepuberal Activa

Madre de familia de origen urbano, profesional, separada. Madre docente, la ve como sumisa sobre esta afirma: “desde los 40 años le diagnosticaron que tenía los triglicéridos muy altos y el colesterol, pero eso no era producto de la mala alimentación, porque ella era medio vegetariana” describe a su familia como opresora con múltiples dificultades para la separación y lograr independencia por sus propios medios. El padre era violento físicamente con su primer hijo de un primer matrimonio y luego este hermano medio le pegaba y describe agresión física y psicológica por parte de este a lo largo de toda la adolescencia.

Con la relación con su ex marido en esta relación ella se sentía dependiente y agredida psicológicamente, sentía que repetía con su esposo lo que había vivido en su familia de origen.

#### **CASO 5**



Madre de un hijo con diagnóstico de anorexia prepuberal

Mujer, de origen urbano, profesional, madre de origen humilde, bipolar nivel de educación primaria. Describe en su infancia como rara por la sintomatología de la madre; asocia a la enfermedad de su hijo a que ella vio en su madre que no alimentaba a su padre. Esposo de origen rural y humilde, lo describe como muy tacaño y celoso.

## **ANALISIS Y DISCUSIÓN**

Se evaluaron las bases de datos del programa equilibrio y se encontraron 17 pacientes con diagnóstico de alteración en la conducta alimentaria con inicio de tratamiento dentro de la institución. De estos, 5 madres accedieron a firmar el consentimiento informado y constituyen la población estudiada. De esta una presentaba diagnóstico de alimentación altamente selectiva, y cuatro tenían diagnóstico de Anorexia Pre-puberal, todas en tratamiento dentro del programa equilibrio con psicoterapia de orientación cognitivo comportamental, evaluación por psiquiatría de niños y adolescentes y nutrición, una de estas se encontraba en el momento de la entrevista con Anorexia Pre-puberal en remisión y dos de los evaluados presentaban comorbilidad con Trastorno obsesivo compulsivo con tratamiento farmacológico. Del total de la muestra, cuatro hijos, eran mujeres y uno era un hombre. Todas las madres eran mujeres profesionales, tres de ellas con especializaciones. Cuatro eran de origen urbano y una de origen rural, el estrato socioeconómico era 6 de la totalidad de la muestra. Dos de las entrevistadas estaban casadas y tres separadas en el momento de la entrevista. Luego de otorgar el consentimiento informado, se realizó una entrevista con doble entrevistador, con grabación en medio magnético de los mismos y posterior transcripción de las entrevistas, con análisis posterior por contenido temático y frecuencia de las respuestas. Al finalizar las entrevistas se realizaron sesiones de psicoterapia en caso de que fuera necesario (dos de las entrevistadas) con posterior evaluación y aceptación de la transcripción para posterior publicación. La entrevista partió de preguntas abiertas (ver Anexo 1). La presencia de un entrevistador y un observador se hizo para mejorar la validez de las observaciones y mejorar la transcripción de las mismas así como el material de las historias clínicas de diagnóstico de sus hijos. Cada una de las categorías así como los contenidos de las entrevistas fue analizado por ambos investigadores y avalado por el equipo de equilibrio. Se utilizaron conceptualizaciones desde el punto de vista de psiquiatría, psiquiatría de niños y adolescentes y psicodinámicas y sociológicas para de esta manera enriquecer el análisis y controlar sesgos. Se identificaron otras categorías que aunque no habían sido tenidas en cuenta desde el diseño resultaron ser de gran relevancia.

### **ESTILO DE CRIANZA**

En el caso 1 se observa un estilo controlador especialmente dentro de la comida de la niña, cosa que tiende a ser más flexible con el hijo varón.

Estilo de crianza permisividad y amoldamiento en lo que come el niño, hasta que se hace evidente en cuatro de los casos por parte del colegio o terceros de que la

ingesta esta siendo muy reducida con efectos claros como el bajo peso. En dos de los casos se observan madres controladoras continuas de la alimentación con tendencia a evaluar por los hijos lo que se quiere o no se quiere comer en uno de los casos existe un comportamiento rígido por parte de la madre de los horarios de comida sin flexibilización frente a la situación de hambre saciedad de los hijos, con pobre capacidad para entender la presencia de hambre por fuera del horario de comidas así como la de saciedad a la hora de comer, con sobre-exigencia e intrusividad para manejar estas situaciones. En uno de los casos se observa dificultad en observar los estados de hambre y saciedad de su hijo, con tendencia a interpretar el rechazo de la comida como un rechazo a ella como madre, demorándose para identificar las dificultades alimenticias del hijo hasta que luego de un tiempo fuera del hogar regresa y observa el estado de delgadez extremo de su hijo aumentándose aun mas la tendencia a sobreprotección que tenía desde antes. Del total de la muestra cuatro presentan un ambiente familiar caótico, con disfunción familiar en el momento de la entrevista, con limitaciones en las habilidades para la resolución de problemas y una dificultad para proveer un contexto de alimentación adecuado. En una de las evaluadas se encuentra en el momento de la entrevista un cuadro depresivo activo, que requiere remisión para tratamiento adicional, y una de las entrevistadas tiene una madre con antecedente de enfermedad bipolar. Lo encontrado en estas entrevistas, refleja lo revisado en la literatura a nivel de estilos de crianza y parentales (38). La ansiedad y el temor a enfrentar lo que esta sucediendo con los hijos, es un patrón común en los casos de anorexia pre-puberal, y en uno de los que se puede ver dificultades en la separación individuación, tanto en ella a lo largo de su historia con su familia de origen como en el momento actual con su hija, siendo esto un factor perpetuador de la sintomatología anoréxica (2, 11, 13,14,15,18, 29).

Dentro de los factores cognoscitivos se puede ver en estas entrevistas como la necesidad de control de la madre influye en la aparición de alimentación altamente selectiva o una anorexia pre-puberal propiamente dicha, en una de estas con selectividad alta por parte del hijo y en el segundo de los casos con una anorexia propiamente dicha de aparición en la infancia tardía. En ambos casos la madre hace de esto una creencia como una forma de ser buena madre y como una manera de medir este éxito. Distinto a lo revisado en la literatura el niño con anorexia pre-puberal, tiene una madre con antecedente de enfermedad mental en su madre y un estilo de crianza altamente controlador, y una mala relación marital con tendencia a amalgamarse con el hijo con tendencias sobreprotectoras claras y la interpretación de la negativa a comer como un rechazo a ella con aparición de interacciones negativas a la hora de comer posteriores, a diferencia de lo esperado con una niña frente a la corporalidad, en el caso de este hombre esta la sobrevaloración de las formas redondas en la infancia como muestra de sanidad y

el hecho de estar delgado como interpretación de la madre como pérdida de la perfección. Es llamativo el encontrar que la madre que tiende a ser más rígida con los horarios, según la entrevista tiene un TCA subclínico y dentro de la preocupación más grande de esta madre es que su hija no sea “como las demás” con pobre capacidad para identificar los patrones de hambre y saciedad de su hija, frente a sus propias creencias. Y una tendencia a sobrevalorar la alta selectividad de su hija, a nivel de crianza de sus dos hijos es clara la diferencia entre ambos siendo mucho más tranquila con su hijo varón que con su hija mujer, con tendencia a querer darle alimentos que sean especialmente de alto valor nutritivo. En el caso 3 se encuentra una culpa por parte de la madre por haber tenido una hija no deseada y tiene la creencia de que en parte por esto se debe la enfermedad, en el momento resuelta de su hija dándole alto valor a las características físicas.

En ninguna de las entrevistas se evidenció el uso de alimentos como premio o castigo o para disminuir la ansiedad.

En el caso dos y frente a la crianza trata de hacer lo contrario a lo que hacía su mamá, esto también se evidencia en el caso cinco con tendencia a la sobreprotección respecto a las propias carencias, en este caso, se observa la percepción de que la madre era sobre-exigente con ella y no con su hermano.

#### APRENDIZAJE POR MODELACIÓN

En el caso 1 se puede observar: “Desayunamos con huevito dos veces a la semana con las claras de huevo que me gustan, Alejandra las estuvo comiendo así, no porque le gustan a la mamá, porque le gustan así no le gusta...No le gusta todo el huevo completo- No pero no es porque vea a la mamá, porque yo con ella ese tema, pues soy muy cuidadosa cuando estoy comiendo por ejemplo las claras”. En la madre hay un temor continuo con la muerte en cuidarse y esto es aprendido por modelación por su hija, que manifiesta no querer crecer para no envejecer y morir, esta niña imita la forma de comer de su madre y también con la forma de percibir el cuerpo, aprendido a su vez por su madre sobre la apariencia física, para la madre la apariencia física es igual a autoestima y la hija, tiende a ser especialmente cuidadosa en como se ve, “solo sale si se ve bonita, solo le gusta elegir vestidos bonitos”.

En el caso 4, se encuentra que algunos de sus patrones restrictivos los imita de la madre, con disminución de la ingesta frente al conflicto y la ansiedad y un temor a vomitar vivido de manera traumática, cuando ve a su mamá enferma y con miedo a vomitar, esto se ve reforzado por su madre cuando prefiere que le tenga miedo a vomitar a que vomite como síntoma bulímica. Es así como el temor a vomitar se vuelve una razón para disminuir la ingesta y en la madre para permitirlo, siendo un factor perpetuador de enfermedad.

En el caso 3, se puede evidenciar como luego de la mejoría de la enfermedad hay un cambio en la relación madre-hija con mayor tranquilidad a la hora de evaluar

las muestras de independencia de su hija. A diferencia de una de las entrevistadas con su hija con sintomatología activa con aparición de síntomas desde la infancia temprana se observa un amalgamiento en la relación con restricción alimenticia en ambas, en el caso de la madre por la presencia de un cuadro depresivo ansioso, donde siente, como su hija que “no le pasa la comida”, con temor a vomitar y con pérdida de peso progresiva, a medida que los síntomas de la hija se van moviendo, la madre se siente mejor o peor según su hija con una dificultad en la diferenciación con una hija que en oportunidades ocupa el rol de adulta aconsejando a su madre en temas como el marital. Pero al mismo tiempo manifiesta abiertamente un temor a crecer y a adquirir caracteres sexuales secundarios como su madre en su momento, con mensajes ambivalentes en esta relación. La madre tiende a ser altamente controladora y cohesiva a la hora de manejar la separación, restringiéndose la una a la otra como si el bienestar de la una, dependiera de la otra, con dificultades para manejar el proceso de separación e individuación.

Desde el punto de vista de la satisfacción marital, en cuatro de los cinco casos evaluados se encuentra insatisfacción marital, siendo dos separadas, con dificultad para demarcar límites en la relación con el padre donde no quedan claras las separaciones y los espacios creados luego de la separación, inclusive una de las entrevistadas vive en casa de la madre de su ex esposo, una de ellas tiene una nueva relación de pareja la cual reporta como satisfactoria, siendo esta la madre de la niña en remisión. Lo que refleja lo evaluado en la literatura al respecto. Se encuentra que la madre del niño con anorexia, tiene una relación pasivo agresiva con su esposo, logrando marcar distancia al aumentar de peso desarrollando un trastorno por atracones, al abandonar su propia “feminidad”, encuentra seguridad frente a la intimidad y el trabajo en resolución de conflictos con su esposo, es así como la comida se convierte en un arma de doble filo para esta ya que lo que la protege de su esposo, la acerca a su hijo de una manera donde la forma como encuentra este para distanciarse es por medio de la restricción en una madre coercitiva con tendencia a ser intrusiva.

Dentro de la muestra estudiada no se encuentra una sobrevaloración de la forma del cuerpo de las hijas mujeres, en la madre del hijo hombre, lo que se observa es una tendencia de ella a valorar lo “redondo rollizo, gordito”, como modelo de belleza, perfección y adecuadas habilidades como madre.

#### ACEPTACION A LA INTRODUCCIÓN DE ALIMENTOS

En este aspecto se observa que el tiempo de lactancia fue variable sin encontrar una relación directa en la aparición de la alteración en el acto de comer, también se encontró que en cuatro de los cinco casos la aceptación de alimentos fue buena y como refiere una de las madres “en algún momento hizo un click”, uno de los casos de anorexia se encontró un patrón restrictivo en la alimentación desde los seis meses de edad, y llama la atención que en este caso en particular la madre da lactancia materna hasta los tres años, que se puede evaluar como parte de la relación amalgamada que tienen. Una de las niñas incluida tubo un antecedente de RGE que la llevo a la suspensión de la lactancia con inclusión de formula no tolerada, pero con posterior tolerancia a la inclusión de alimentos sin

restricción ni selectividad. En el caso 2 la madre dice que su hija tenía muy buen apetito, sin dificultades en la iniciación y aceptación de alimentos. En el caso 4 Lactancia materna durante tres años, inicia con fórmula complementaria a los tres meses. Siempre comía menos cantidad, con posterior comienzo a restringir alimentos y la madre a amoldarse y a preparar lo que a ella le gusta. “si desde chiquita ha sido así, no come la papilla, la compota, el tetero, el biberón lo escupía desde chiquita, la ahuyama no le ha gustado, ni todas esas cosas, la sopa...no el biberón no le gustó entonces tocaba, tomaba con cuchara se tomaba, pero ella ha sido ansiosa por el pecho, luego ya que se le podía dar huevito tibio, se comía medio, lo demás, empezaba ya a escupir, la compota, que la leche de tarro le producía estreñimiento, entonces la compota se comía un poquito, más de la mitad y después empezaba a escupir, no pues hagámosle en arco así y hagámosle carne molida y empezamos a darle ese tipo de cositas y ella la comía, no en cantidad, la abuelita le servía así, siempre dejaba, el tetero también, que ocho onzas y ella de ocho se tomaba seis..... No sé si en el colegio influyen cosas allá tienen una niña que es muy picadita y la chinita es así y se mueve así y tiene a todo hora es con leguis y se para así, que no come casi yo quiero hablar es con la mamá, la conocí que en una piñata, la chinita les dieron perro caliente y la chinita sacó el perro y le dijo mamá toma le dio la salchicha y ella se comió la mitad y es la mejor amiga de María José....a veces las oigo hablar por teléfono y oye Dayis y qué te preparó tu mamá de comida y hablan de comida ....Como mamá en este momento me siento frustrada, como frustrada, como desilusionada, de cómo que me digo, por qué tengo que vivir esto si yo he sido muy dedicada a mi niña”. En el caso 5 manifiesta no haber tenido ninguna dificultad en la inclusión de alimentos, leche materna durante dos años. “, cuando comienza a notar que su hijo deja de comer, comienza a compensar la comida y trata de hacerla balanceada y trata de que la comida de los dos sea igual “en proporción, mas pequeñita” “yo me quitaba el pan de la boca, o me ponía mas pan en la boca para que el se alimentara con calidad”.

## EMBARAZO

En los cinco casos se describen como normales, con un adecuado aumento de peso y un patrón de alimentación descrito como “sano” llama la atención que en tres de los cinco casos los antojos fueron por comer frutas en exceso, dato no encontrado en la literatura. Durante el postparto todas afirman haber estado dedicadas al cuidado de sus hijas sin preocupaciones sobre la forma corporal o la alimentación. En el caso 3 el embarazo no fue planeado, viviéndolo como una frustración frente a su lado profesional que pasa a un segundo plano y no ha podido nivelar. En el caso 5 manifiesta embarazo planeado, “mi esposo y yo comíamos los mismo, balanceado”, durante el embarazo describe un peso y una alimentación adecuada”, refiere haber bajado de peso durante la lactancia, “para mi esposo era la maravilla, a el si le ha importado la figura corporal”.

## DUELO

En el caso uno se observa que gran parte de estas creencias y actitudes se acentuaron luego de la muerte de sus padres, situación de duelo que no esta

totalmente elaborada. Se encuentra que este hecho la hizo tomar decisiones como tener un segundo hijo “para que la hija no se quedara sola”. En el caso 2 la perdida del padre, que era una presencia paterna en sus hijas ha dado en la entrevistada la creencia de que esto pudo ser una causa de enfermedad en su hija, con la sensación inesperada de muerte de la cual no se ha podido recuperar: “yo nunca la vi llorando ni nada y fue ahorita cuando estaba enferma que una vez le dije, por qué estás tan triste y se acordó de mi papá y se puso a llorar, pero ya estaba súper delgadita, ya estaba con la enfermedad mejor dicho de pronto también eso pudo haber sido”. En el caso 3 se observa que cuando fallece la madre de DM se entera que su entonces esposo tenía a otra persona, esta situación no se encuentra totalmente resuelta, actualmente con sintomatología depresiva activa, con miedo actual a la muerte.

### SENSACIÓN DE SOLEDAD

En el caso 2 se observa una sensación de soledad constante durante el embarazo y crianza de su hija, parte de la crianza se da en el extranjero. Ella misma vive a su madre como una persona fría, poco entregada, pero obsesionada por tener la nevera llena de comida, con la creencia de que esto era amor. En el caso 3 durante la crianza de su hija, se siente sola, toma la decisión de separarse cuando la hija tenía tres años, se siente culpable ya que su exmarido se queda en el exterior y ella regresa a Colombia. “La culpa viene de que piensa que cuando su hija noto el tema de la separación, fue cuando comenzó la sintomatología anoréxica”. En el caso 4 manifiesta sentirse sola durante el embarazo y crianza de su hija y abandonada por su en esos momentos pareja....

En el caso 5 se observa sensación de soledad tanto a través de su infancia por la enfermedad mental de la madre, como en su relación de pareja, embarazo y crianza de su hijo. La madre no daba comida de manera regular y ella trata de ejercerlo de manera protectora en su hijo.

### PERSEPCIÓN DE LOS HIJOS.

En el caso uno, la sensación es de carácter fuerte, la describe como una niña diferente, pero busca constantemente la aprobación de la madre en la comida, en que se va a comer, cuanto y durante el proceso de tratamiento busca el ser reconocida y aprobada por la madre. También la percibe en sus esquemas mentales los cuales describe como rígidos. Frente a la apariencia física no se encuentra distorsión, le preocupa más que la alimentación sea sana para evitar enfermedades. Y frente a la creencia de bonito igual buena autoestima, le preocupa que su hija se vea bien, para que se sienta bien. En el caso 2 describe la madre a la hija como una niña alegre, fresca, sintiéndola y viéndola más alegre en el extranjero que en Colombia, al parecer con un cambio de funcionamiento. Con respecto a lo relacional siente que tiene que hacer un esfuerzo para darle cariño a su hija y esto se lo mencionan personas cercanas a la familia. Con la enfermedad mantiene el temor frente a la muerte La dificultad para manejar la culpa frente al entendimiento de la enfermedad y el ser señalada por la familia como culpable, la dificultad el no ser capaz de “nutrir” a su propia hija. En el caso 3 . no se queda con el no y punto, haber, explícame porque no, yo no creo que tu

tengas la razón, y eso es súper desgastante, pero digamos que hemos ido construyendo una relación que no existía para nada, porque XX lo que hacía era ir muy en contra de las reglas, la ley, la norma, de la.. ella iba siempre muy en contra de los límites y a mí me tocaba poner los límites, pero digamos que tampoco era muy buena poniendo límites no. Se impone, sí ella es súper, es una vieja con un carácter, es una niña demasiado inteligente”. En el caso 4 hay un montón de culpas mías porque yo dejé, mira por no haber tomado esta decisión tiempo atrás, o sea si el otro no tiene donde meterse de malas, en algún lado, donde la mamá. Mis temores, esos, ese temor que se me muera mi niña, que le empiece vómito por ejemplo que toda la vida tenga uno que estar lidiando pues como es situación, me quedó marcado como ese programa que vi una vez en la televisión de una niña anoréxica que no logró superar y que se murió. En el caso 5 Ella trata de compensar eso con su propio hijo sobreprotegiéndolo “yo siempre quise que me dieran ese cariño, a mí siempre me toco todo sola” Frente a la enfermedad no entiende como su hijo le rechaza la comida, “como me va a rechazar la comida, como va a decir que es una bola de grasa, si es hermoso” “el era precioso, en mi casa le decían el bebe perfecto”. La socialización ha sido difícil para su hijo, “ahí yo decía, ahí le puedo armar un mundo muy agradable a el, en la casa no hay” Tendencia a tratar de controlar lo que come, lo que juega, con quien se relaciona, por medio de la sobreprotección el colegio que yo lo metí, era un ambiente cerrado donde no había comunicación de padres con colegio, con muchas restricciones y yo no sabía que pasaba allá en ese mundo entonces no le pude desarrollar las habilidades sociales, faltó mucha socialización” le decían gordo yo digo por envidia porque yo le preparaba unas onces muy deliciosas, de pronto les daba envidia para que les dejara las onces” Tiene que ser todo muy perfeccionista, yo le he dicho que se tranquilice”. Frente al problema de su hijo siente que no puede hacer otras cosas para ella sino estar pendiente de él.

#### PERSEPCIÓN DEL PADRE DE SUS HIJOS

El caso 1 lo describe como bien parecido, con una preocupación por ejercitarse y su propio cuerpo. El caso 2 es una persona europea, actor de televisión que aun ahora le da gran importancia a la apariencia física y la alimentación balanceada. En el caso 3 se observa que el padre es altamente selectivo. Es muy alto, muy alto y hace muchas pesas y mucho ejercicio el sí que es maniático de eso, hace tres horas diarias de gimnasia todos los días, todo lo ...hace pesas, el tipo es muy bien plantado, el tipo es muy churro y tiene un cuerpo pues muy organizado, con sus músculos, hace mucho ejercicio, el tipo es como muy cuidadoso de eso, muy cuidadoso de eso.

En el caso 4 y 5 también los describen como preocupados por la figura y la corporalidad. En este ultimo caso El conflicto marital se desenvuelve a través del dinero, con contenidos pasivo agresivos, con tendencia a volver sus afectos en su hijo, con sensación de frustración cuando observa que su hijo no recibe lo mejor que ella puede dar que es la comida.

### ESTABLECIMIENTO DE LÍMITES

En el caso 2 se observa como luego de la separación la madre no ha sabido poner límites con pérdida de las nociones familiares con tendencia al amalgamiento, la formación de doble vínculo y patrones de crianza ambivalentes, tal como lo describe la literatura. Describe al padre como ausente, haciéndose más presente con la enfermedad de la hija. En el caso 3 se describe como con una dificultad muy grande en poner límites, pero afirma que en el momento actual los ha logrado poner sin afectar la parte relacional. En el caso 4 Luego de la separación la hija comienza a hacer cosas para juntar a sus padres y ella a dejarse... También yo soy muy sobreprotectora, entonces sí pobrecita ella no quiere ir con el papá entonces yo me voy, como sacrificada, yo para que ella no sufra para que ella esté contenta porque va la mamá. La separación con su expareja y su familia nunca ha sido total, con dificultades para marcar las distancias no solo con su hija sino con los miembros de la familia de su expareja, con alteración de roles y funcionamientos poco claros, vivido por su hija de una manera ambivalente y en ciertas oportunidades como confusión. No ha manejado límites claros. En el caso 5 se observa dificultades en la separación y en el establecimiento de roles específicos con la aparición de un trastorno por atracones como medio de separarse de su esposo y marcar distancias.

### SATISFACCIÓN PERSONAL

En el caso 1 se encuentra que ha logrado equilibrar su trabajo y su rol de madre, sintiéndose más culpable en el segundo, pero con la sensación de que aun así es exitosa. El caso 2 Frente a su satisfacción personal y su autoestima, siente que podría pasar más rápido, donde se hace evidente la dificultad para combinar el rol de mamá con el rol de empresaria. El caso 3 se siente muy cansada, con dificultades para estabilizarse laboralmente, las metas las ve más como metas para cumplir y no como metas logradas. En el caso 4 se observa En su parte laboral, se siente exitosa y en el mejor momento de su carrera, pero de alguna manera se siente obstaculizada por su hija, ya que tiene que equilibrar su nivel de supervisión ya que su hija se encuentra altamente sintomática y continuar su crecimiento personal a nivel laboral. En el caso 5 A nivel profesional, refiere que tenía un buen rendimiento y éxito hasta casarse y hacerse madre. En el momento no se siente satisfecha con lo que ha logrado en su vida, predominando muchas frustraciones y sintiéndose poco valorada frente a los esfuerzos que hace. “yo siempre había querido mi especialización y eso es algo que está en pausa en este momento, mi profesión requiere salir mucho de la ciudad pero como voy a dejarlo” Se observa una mujer muy frustrada con una alta carga emocional asociada a la enfermedad de su hijo.



## CONCLUSIONES

Las alteraciones de la conducta alimentaria constituyen una entidad que va en aumento, con altas probabilidades de convertirse en TCA propiamente dichos. La relación madre-hijo, se ve alterada durante el transcurso de estas entidades haciéndose cada vez más evidente la necesidad de intervención a nivel temprano como modelo preventivo más que como un modelo de tratamiento. La investigación a este nivel ha ido en aumento, siendo subvalorada la población infantil, donde esta relación se ve más alterada y donde puede ser más sujeta a intervención.

Dentro de la literatura y los diferentes estudios y en la experiencia clínica se observa que las alteraciones se producen más en mujeres que en hombres y esto se reproduce en nuestro estudio, donde la relación es 4:1

Como caso llamativo tanto el caso uno como dos no volvieron a consulta después de la realización de la entrevista a profundidad. Y llama la atención que en los cinco casos se observa en los padres una tendencia a la sobrevaloración de la corporalidad y la alimentación por lo que se sugiere en próximos estudios la valoración de la relación paterno-filial.

Llama la atención que dentro de la relación familiar, una de las anorexias activas y la que se encuentra en remisión la disfunción marital es clara con temor hacia el padre viviendo esto como violencia psicológica más que física, y en los cuatro casos de anorexia la relación de pareja está rota con dificultad para establecer límites y con señales ambivalentes a sus hijos que genera amalgamiento y hostilidad sin un patrón claro que aumenta las dificultades en la separación e individuación.

Dentro de los hallazgos no esperados se encuentran los duelos no resueltos identificados en la mayoría de la muestra, la aparición de la sensación de un padre ausente es descrito en la literatura, más no la sensación de soledad durante el embarazo temprano y la crianza inicial de los hijos que se repite en la mayoría de la muestra tenida en cuenta.

Llama la atención la presencia de un hombre restrictivo con una madre con un trastorno por atracones más la enfermedad bipolar en el lado materno, este niño tiene una comorbilidad con trastorno obsesivo compulsivo el cual ha sido poco descrito y estudiado en la literatura en general, convendría evaluar otros niños con estos diagnósticos para evaluar si es posible generalizar lo encontrado o si corresponde a un hallazgo ocasional.

A lo largo de estas entrevistas se encuentra que estas madres tienen una relación "especial" con sus hijos donde las creencias sobre la alimentación y la corporalidad se ven expuestas con tendencia a la sobreprotección y al sobre

control de la alimentación mas que en hijos hombres y la creencia de las madres de que esto es éxito como madres con dificultades para amoldarse a las necesidades individuales de los hijos (2,21,22,32,34,36).

Otros factores para ser tenidos en cuenta fue la tendencia durante al embarazo de comer gran cantidad de una fruta específica, a pesar de que todos tuvieron un adecuado curso en aumento de peso y alimentación sana para la gestación puede que esto tenga que ver con la preocupación de alimentación “sana” para la gestación. (9,25). Es de anotar que cuatro de los cinco entrevistados ya tenían una patología alimenticia claramente establecida, por lo cual también se recomienda que se incluyan mas niños con alteraciones en la conducta alimentaria propiamente dicha para la correcta identificación de factores de riesgo propiamente dichos.

Para finalizar, concluimos que con esta muestra de entrevistas a profundidad se pueden reafirmar muchos de los hallazgos de la literatura a nivel internacional, a pesar de que las características de la comunidad Colombiana es diferente, por lo cual se pueden generalizar algunos de los factores de riesgo.

Este estudio podría presentar algunos sesgos como son el sesgo de selección debido a que el sitio de consulta es un sitio altamente especializado en alteraciones de la conducta alimentaria y por el nivel socioeconómico que es seis en el total de la muestra lo cual hace que no sea generalizable a la población colombiana, también puede haber un sesgo debido a que toda la entrevista se hizo con personal altamente especializado en estas patologías que labora en dicha institución.

En la mayoría de los criterios evaluados se correlaciona lo evaluado en la clínica y en la literatura, sin embargo la muestra es pequeña y se recomienda continuar realizando entrevistas a profundidad con el fin de lograr saturación de la muestra y generar nuevas conclusiones sobre la intervención temprana y prevención de este tipo de alteraciones.

## BIBLIOGRAFIA

1. Posada-Villa, José A., Aguilar-Gaxiola, Sergio A, Magana, Cristina G *et al.* Prevalence of Mental Disorders and use of Services: Preliminary Results from of the National Study of Mental Health, Colombia, 2003. *rev.colomb.psiquiater.*, July/Sept. 2004, vol.33, no.3, p.241-262. ISSN 0034-7450
2. Andrés Martin MD, MPH, Fred R. Volkmar MD, Melvin Lewis, MB, BS. Lewis' Child and Adolescent Psychiatry: A Comprehensive Textbook. Fourth ed. Lippincott Williams & Wilkins (LWW) 2007. P 583-592.
3. Betancourt L., Rodríguez M., Gempeler J., Interacción madre-hijo y su papel en los trastornos del comportamiento alimentario. *Universitas Médica* 2007 VOL. 48 Nº 3 p 261-273.
4. Agras S, Hammer L, McNicholas F. A prospective study of the influence of eating-disordered mothers on their children *Int J Eat Disord.* 1999 Apr; 25(3):253-62.
5. Stice E, Agras WS, Hammer LD. Risk factors for the emergence of childhood eating disturbances: a five-year prospective study *Int J Eat Disord.* 1999 May; 25(4):375-87.
6. Stein A, Woolley H, Senior R, Hertzmann L, Lovel M, Lee J, Cooper S, Wheatcroft R, Challacombe F, Patel P, Nicol-Harper R, Menzes P, Schmidt A, Juszczak E, Fairburn CG. Treating disturbances in the relationship between mothers with bulimic eating disorders and their infants: a randomized, controlled trial of video feedback. *Am J Psychiatry.* 2006 May;163(5):899-906.
7. Alan Stein, Helen Woolley, Lynne Murray, Peter Cooper, Sandra Cooper, Fiona Noble, Nicky Affonso, and Christopher g. Fairburn. Influence of psychiatric disorder on the controlling behaviour of mothers with 1-year-old infants: A study of women with maternal eating disorder, postnatal depression and a healthy comparison group *The British Journal of Psychiatry* 2001 v. 179, p. 157-162
8. Real academia de la lengua española
9. Crow SJ, Agras WS, Crosby R, Halmi K, Mitchell JE. Eating disorder symptoms in pregnancy: a prospective study *Int J Eat Disord* 2008; 41:277–279
10. A. Basdevant, M. Le Barzic, B. Guy-Grand. Determinantes del comportamiento alimentario.
11. Kaplan y Sadock, sinopsis de psiquiatria novena ed.

- 12 American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 4th ed. Text Revision. Washington, DC: American Psychiatric Association, 2000.
13. Allen KL, Byrne SM, Forbes D, Oddy WH. Risk Factors for full and partial syndrome Early adolescent eating disorders: a population based pregnancy cohort study. *J a. child and adolesc psychiatry*. 2009 48. 8 800-809.
14. Nichols DE, Viner RM. Childhood risk factors for lifetime anorexia nervosa by age age 30 years in a national birth cohort. *J am acad child adolesc psiquiatry* 2009;48: 8:791-799.
15. David B, Herzog, MD eating disorders what are the risks? Editorial. *J am acad child adolesc psiquiatry* 2009;48: 8:791-799.
16. Marchi M, Cohen P, Early Childhood eating behaviors and adolescent eating disorders. *J Am Acad child adolesc psychiatry*. 1990; 29: 112-117.
17. Kotler LA, Cohen P Davies M, Pine DS, Walsh BT. Longitudinal relationships between childhood, adolescent and adult eating disorders. *J am Acad Child adolesc psychiatry* 2001;40: 1424-144
18. Jacobi C, Shmitz G, Stewart W, Agras. Interactions between eating and weight in children and their mothers. *J dev beh pediatrics*. 2008 29;5: 360-365.19.
19. Agras, W. Stewart m.d.; Bryson, Susan M.A., m.s.; Hammer, Lawrence d. m.d., and; Kraemer, Helena c. ph.d. Childhood Risk Factors for Thin Body Preoccupation and Social Pressure to Be Thin. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 46(2):171-178, February 2007.
20. Bolívar, A. (2002). "¿De nobis ipsis silemus?": Epistemología de la investigación biográfico-narrativa en educación. *Revista Electrónica de Investigación Educativa* 4 (1). Consultado el día de mes de año en: <http://redie.uabc.mx/vol4no1/contenido-bolivar.html>
21. Blissett J, Meyer C, Farrow C, Bryant-Waugh R, Nicholls D. Maternal core beliefs and children's feeding problems. *Int J Eat Disord*. 2005 Mar;37(2):127-34.
22. Jacobi C, Agras WS, Bryson S, Hammer LD. Behavioral validation, precursors, and concomitants of picky eating in childhood. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2003 Jan;42(1):76-84.
23. Jacobi C, Agras WS, Hammer L. Predicting children's reported eating disturbances at 8 years of age. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2001 Mar;40(3):364-72.

24. Duke RE, Bryson S, Hammer LD, Agras WS. The relationship between parental factors at infancy and parent-reported control over children's eating at age 7. *Appetite*. 2004 Dec;43(3):247-52.
25. Crow SJ, Agras WS, Crosby R, Halmi K, Mitchell JE. . Eating disorder symptoms in pregnancy: a prospective study. *Int J Eat Disord*. 2008 Apr;41(3):277-9.
26. Von Soest T, Wichstrøm L The impact of becoming a mother on eating problems. *Int J Eat Disord*. 2008 Apr;41(3):215-23.
27. Agras S, Hammer L, McNicholas F . A prospective study of the influence of eating-disordered mothers on their children.. *Int J Eat Disord*. 1999 Apr;25(3):253-62
28. HilaryJ.Beattie Eating disorders and the mother - Daughter relationship *International Journal of Eating Disorders* Volume 7, Issue 4, Pages453 – 460
29. Jane Scourfield Anorexia by proxy: Are the children of anorexic mothers an at-risk group? *International Journal of Eating Disorders* Volume 18, Issue 4, Pages371 – 374
30. JustineEvans,DanielleGrange Body size and parenting in eating disorders: A comparative study of the attitudes of mothers towards their children *International Journal of Eating Disorders* Volume 18, Issue 1 , Pages39 – 48
31. Jane Ogden, Jo Steward The role of the mother-daughter relationship in explaining weight concern. *International Journal of Eating Disorders* Volume 28, Issue 1, Pages78 - 83Copyright © 2000 John Wiley & Sons, Inc.
32. Bryant-Waugh R; Markham L; Kreipe RE; Walsh BT, Feeding and eating disorders in childhood. *The International Journal Of Eating Disorders* 2010 Mar; Vol. 43 (2), pp. 98-111.
33. Bulik CM. Exploring the gene-environment nexus in eating disorders. *J Psychiatry Neurosci*. 2005 Sep;30(5):335-9. Review.
34. Gempeler J, Rodríguez M, Muñoz F, Pérez V. Aversión a los alimentos en la infancia: ¿fobia, obsesión o trastornos del comportamiento alimentario no especificado?. *rev.colomb.psiquiat*. Set 2008, vol.37, no.3, p.355-364.
35. Mazzeo SE, Mitchell KS, Bulik CM, Reichborn-Kjennerud T, Kendler KS, Neale MC Assessing the Heritability of Anorexia Nervosa Symptoms Using a Marginal Maximal Likelihood Approach *Psychol Med*. 2009 March ; 39(3): 463–473. doi:10.1017/S0033291708003310.

36. Feldman R, Keren M, Gross-Rozval O, Tyano S. Mother-Child touch patterns in infant feeding disorders: relation to maternal, child, and environmental factors. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2004 Sep;43(9):1089-97.
37. Twin Studies of Eating Disorders: A Review. Cynthia M. Bulik, Patrick F. Sullivan, Tracey D. Wade, and Kenneth S. Kendler. *Int J Eat Disord* 27: 1–20, 2000.
38. Davies WH, Satter E, Berlin KS, Sato AF, Silverman AH, Fischer. EA, et al. Reconceptualizing feeding and feeding disorders in interpersonal context: The case for a relational disorder. *J Fam Psychol* 2006;20:409–417

## ANEXO 1

### FORMATO DE ENTREVISTA

1. Hábleme de usted. Familia de origen y familia actual
2. Hábleme de cómo han sido sus características físicas a lo largo de su vida.
  - a. Como te has sentido con estas?
  - b. Historia de peso
  - c. Se ha sentido y se siente atractiva?
3. Hábleme de las características físicas de su esposo
4. Hábleme de las características físicas de la familia de ambos
5. Qué significado considera usted que ha tenido el peso y la figura en su familia?
  - a. Y en usted?
6. Cuál ha sido su experiencia con dietas o tratamientos adelgazantes o estéticos a lo largo de su vida?
7. Como son actualmente sus hábitos alimenticio?
8. Cómo fue su peso y alimentación durante su embarazo y post-parto?
  - a. Que temores tenía?
9. Cómo se ha sentido usted frente a las características físicas de su hija (o)?
10. Para usted es importante que sus hijos sean atractivos?
11. Cómo fue su experiencia con la alimentación de su hija (o) desde que nació hasta la actualidad
  - a. Lactancia, productos adicionales
  - b. Forma de introducción de nuevos alimentos a lo largo del crecimiento
  - c. Como siente que se ha comportado con respecto a esto
  - d. Como se siente usted frente a estos comportamientos?
12. Cómo se ha sentido usted durante la crianza de ...(fulanita) ha sido fácil, difícil siente que le ha costado ejercer sus funciones maternas?
13. Como se siente con respecto a su vida tanto emocional como laboral?
14. Siente que ha logrado las metas que se ha planteado? (autoestima)