

# El papel de la madre en los trastornos de la conducta alimentaria: una perspectiva psicosocial

## *The role of the mother in eating disorders: A psychosocial perspective*

Verónica Vázquez Velázquez<sup>1</sup> y Lucy María Reidl Martínez<sup>2</sup>

### RESUMEN

Se presenta una revisión de la literatura publicada acerca del papel de la madre en los trastornos de la conducta alimentaria desde una perspectiva psicosocial. Los trastornos de la conducta alimentaria, como la anorexia y bulimia nerviosas y el trastorno por atracón, son patologías psiquiátricas influidas por factores genéticos, psicológicos, sociales y ambientales. En el contexto familiar, resulta necesario precisar el papel que juega la madre en relación con el desarrollo y mantenimiento de conductas alimentarias desadaptadas y de la insatisfacción corporal, características presentes en dichos trastornos. En el presente estudio se aborda la obesidad en las madres, sus dietas restrictivas, su insistencia para que sus hijas pierdan o controlen su peso, la importancia que conceden a la apariencia y a la figura corporal ideal de la sociedad, sus conductas alimentarias compulsivas y las restricciones que ejercen sobre la alimentación de los hijos, todo lo cual son factores de riesgo para el desarrollo de conductas alimentarias desadaptadas, insatisfacción corporal y alteraciones en las sensaciones de hambre-saciedad en los hijos.

**Palabras clave:** Madre; Anorexia; Bulimia; Conducta alimentaria; Psicopatología.

### ABSTRACT

*A review of published literature on the role of the mother in developing eating disorders is presented, from a psychosocial perspective. Eating disorders, such as anorexia nervosa, bulimia nervosa and binge eating disorder, are psychiatric pathologies influenced by genetic, psychological, social and environmental factors. Within the family context, it is necessary to clarify the role of the mother in relation to the development and maintenance of maladaptive eating behaviors and body dissatisfaction, frequently present in these disorders. Findings analyses suggest that the main risk factors for the development of maladaptive eating behaviors include: presence of obesity in the mother, restrictive dieting, persuading their daughters to lose or control their weight, excessive importance by mothers to body appearance and shape determined by society, compulsive eating, restrictions by mothers on their daughters eating behavior, psychopathology and the presence of an eating disorder in the mother. These factors also acted as likely predictors of dissatisfaction and altered hunger-satiety sensations in their children.*

**Key words:** Mother; Anorexia; Bulimia; Eating behavior; Psychopathology.

<sup>1</sup> Clínica de Obesidad y Trastornos de la Conducta Alimentaria, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán, Vasco de Quiroga 15, Col. Sección XVI, Del. Tlalpan, 06760 México, D.F., México, tel. (55)5487-09-00, ext. 5068, correo electrónico: verovelazquez@yahoo.com. Artículo recibido el 27 de noviembre de 2011 y aceptado el 23 de enero de 2012.

<sup>2</sup> Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México, Av. Universidad 3004, Col. Copilco Universidad, Del. Coyoacán, 04510 México, D.F., México, tel. (55)56-22-15-63, correo electrónico: lucym@unam.mx.

El objetivo del presente estudio fue llevar a cabo una revisión de la literatura publicada sobre el papel de la madre en el desarrollo o mantenimiento de los trastornos de la conducta alimentaria, o TCA, lo que es de suma importancia para comprender estas complejas patologías ya que la naturaleza de los cuidados proporcionados por las madres a sus hijos durante su crecimiento es fundamental en su salud mental futura. Desde una perspectiva psicosocial, se pretende con esta exploración comprender y establecer si las conductas o actitudes de las madres se relacionan con las alteraciones en la conducta alimentaria de los hijos.

Los TCA son patologías psiquiátricas que afectan principalmente a mujeres jóvenes (American Psychiatric Association [APA], 2002). Se manifiestan

como alteraciones específicas y severas en la ingesta de los alimentos, y se caracterizan porque quien las sufre deja de comer, come en exceso o utiliza conductas compensatorias inapropiadas acompañadas de insatisfacción corporal. Este grupo de enfermedades es complejo y engloba una serie de entidades patológicas que, aunque comparten ciertos atributos, varían enormemente en cuanto a sus expresiones físicas, psicológicas y conductuales (Fasino, Daga, Pierò y Delsedime, 2007).

Los TCA más conocidos son la anorexia nerviosa (AN), la bulimia nerviosa (BN) y el trastorno por atracón (TA). Los criterios definidos por el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV-TR) (APA, 2002) se muestran en la Tabla 1.

**Tabla 1.** Clasificación de los trastornos de la conducta alimentaria según el DSM-IV-TR.

<b>Anorexia nerviosa</b>
<p>a. Rechazo a mantener el peso corporal igual o por encima del valor mínimo normal considerando la edad y la talla (por ejemplo, pérdida de peso que da lugar a un peso inferior al 85% del esperable, o fracaso en conseguir al aumento de peso normal durante el periodo de crecimiento, dando como resultado un peso corporal inferior al 85% del peso esperable).</p> <p>b. Miedo intenso a ganar peso o a convertirse en obeso, incluso estando por debajo del peso normal.</p> <p>c. Alteración de la percepción del peso o la silueta corporales, exageración de su importancia en la autoevaluación o negación del peligro que comporta el bajo peso corporal.</p> <p>d. En las mujeres pospuberales, presencia de amenorrea; por ejemplo, ausencia de al menos tres ciclos menstruales consecutivos (se considera que una mujer presenta amenorrea cuando sus menstruaciones aparecen únicamente con tratamientos hormonales, por ejemplo, con la administración de estrógenos).</p> <p><i>Especificar el tipo:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tipo restrictivo: Durante el episodio de anorexia nerviosa, el individuo no recurre regularmente a atracones o a purgas (por ejemplo, provocación del vómito o uso excesivo de laxantes, diuréticos o enemas). La pérdida de peso se consigue haciendo dieta, ayunando o realizando ejercicio intenso.</li> <li>• Tipo compulsivo/purgativo: Durante el episodio de anorexia nerviosa, el individuo recurre regularmente a atracones o a purgas (por ejemplo, provocación del vómito o uso excesivo de laxantes, diuréticos o enemas). Existen algunos casos que no presentan atracones, pero que recurren a purgas, incluso después de ingerir pequeñas cantidades de comida.</li> </ul>
<b>Bulimia nerviosa</b>
<p>a. Presencia de atracones recurrentes. Un atracón se caracteriza por:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ingesta de alimento en un corto espacio de tiempo (por ejemplo, en un periodo de dos horas) en cantidad superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un periodo de tiempo similar y en las mismas circunstancias.</li> <li>2. Sensación de pérdida de control sobre la ingesta del alimento (por ejemplo, sensación de no poder parar de comer o no poder controlar el tipo o cantidad que se está ingiriendo).</li> </ol> <p>b. Conductas compensatorias inapropiadas de manera repetida con el fin de no ganar peso, como provocación del vómito, uso excesivo de laxantes, diuréticos, enemas u otros fármacos, ayuno o ejercicio excesivo.</p> <p>c. Los atracones y conductas compensatorias inapropiadas tienen lugar, como promedio, al menos dos veces a la semana y durante un periodo de tres meses.</p> <p>d. La autoevaluación está exageradamente influida por el peso y la silueta corporales.</p> <p>e. La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de la anorexia nerviosa.</p>

Continúa...

*Especificar el tipo:*

- Tipo purgativo: Durante el episodio de bulimia nerviosa, el individuo se provoca regularmente el vómito o usa laxantes, diuréticos o enemas en exceso.
- Tipo no purgativo: Durante el episodio de bulimia nerviosa, el individuo emplea otras conductas compensatorias inapropiadas, como el ayuno o el ejercicio intenso, pero no recurre regularmente a provocarse el vómito ni usa laxantes, diuréticos o enemas en exceso.

**Trastorno por atracón**

- a. Presencia de atracones recurrentes. Un atracón se caracteriza por:
1. Ingesta de alimento en un corto espacio de tiempo (por ejemplo, en un periodo de dos horas) en cantidad superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un periodo de tiempo similar y en las mismas circunstancias.
  2. Sensación de pérdida de control sobre la ingesta del alimento (por ejemplo, sensación de no poder parar de comer o no poder controlar el tipo o cantidad que se está ingiriendo).
- b. Los atracones se asocian con tres o más de estos síntomas: ingerir alimentos mucho más rápidamente de lo normal, comer hasta sentirse desagradablemente satisfecho, ingerir grandes cantidades de alimento a pesar de no tener hambre, comer a solas para esconder su voracidad, sentirse a disgusto con uno mismo, sentir depresión o gran culpa después del atracón, sentir un profundo malestar al recordar los atracones.
- c. Los atracones tienen lugar, como media, al menos dos días a la semana durante seis meses.
- Nota: El método para determinar la frecuencia difiere del empleado en el diagnóstico de la BN; futuros trabajos de investigación aclararán si el mejor método para establecer un umbral de frecuencia debe basarse en la cuantificación de los días en que hay atracones o en la cuantificación de su número.
- d. El atracón no se asocia con estrategias compensatorias inadecuadas (por ejemplo, purgas, ayuno, ejercicio físico excesivo) y no aparecen exclusivamente en el transcurso de AN o BN.

Fuente: American Psychiatric Association, 2002, pp. 659-660, 665 y 877-878.

La etiología es multifactorial, y dentro de los factores de riesgo que se deben considerar se encuentran la historia familiar de TCA y obesidad, la presencia de alguna enfermedad afectiva o de alcoholismo en primer grado de consanguinidad, los rasgos de perfeccionismo en la personalidad, una baja autoestima, la falta de satisfacción con la imagen corporal, una historia de dietas excesivas, con omisión frecuente de comidas, y el ejercicio compulsivo o el desempeño de algunas actividades de alta exigencia en la figura corporal y la apariencia física (Gómez-Peresmitré, Saucedo y Unikel, 2001; Rome, Amuerman, Rosen y cols., 2003).

Específicamente, muchos estudios familiares han demostrado que son patologías influidas por factores genéticos, psicológicos y ambientales (Bulik, 2005; Field, Javaras, Aneja y cols., 2008). En el contexto familiar, los intentos de los padres por controlar su propia conducta alimentaria y la de sus hijos interactúan recíprocamente con las predisposiciones genéticas que determinan las diferencias individuales. Debido a que en la familia la conducta de cada individuo está relacionada con la de los otros, los cambios favorables o desfavorables

en el miembro de la familia identificado como “enfermo” ejercen efectos sobre la salud psicológica y física de la familia completa (Birch y Davison, 2001).

Minuchin (1989) demostró que cierto tipo de organización y funcionamiento familiar conduce en concreto a la aparición y mantenimiento de los TCA. Los miembros de este tipo de familias están atrapados en patrones de interacción familiar en los que los síntomas de la hija con TCA desempeñan un papel central que evita tener que abordar el verdadero conflicto subyacente, y así el TCA mantiene en cierta forma el precario equilibrio familiar. Esta familia “psicosomática” se caracteriza por una estructura de elevada implicación interpersonal, sobreprotectora, rígida y que evita conflictos (Minuchin, 1989). Bruch (1982) afirma que aunque se manifieste de muy diferentes modos, el defecto reside en la interacción íntima de la relación temprana entre el niño y sus padres.

Algunos estudios de los aspectos familiares se centran en el análisis del vínculo y el papel materno. Las madres son descritas de un modo que puede ser contradictorio. Por un lado, aparecen

como personajes fuertes, rígidos, dominantes, pero al mismo tiempo poco cálidos. Por otro lado, se revela la importancia de manifestaciones de tipo depresivas en un alto porcentaje de ellas, donde las amenazas y tentativas de suicidio aparecen en más de 60%. Asimismo, Campbell (1986) indica que en los primeros años de desarrollo evolutivo —específicamente en el periodo de lactancia— este estado depresivo materno impide la empatía necesaria entre la niña y su madre.

Según Gómez (1996), existen tres puntos que resultan fundamentales en la génesis de los TCA. En primer lugar, el rechazo por parte de la adolescente a su propia sexualidad y a los cambios que acontecen en su cuerpo durante la pubertad, muy especialmente a la aparición de la menstruación; en segundo término, el rechazo hacia la figura materna (“Por nada del mundo quisiera ser como ella”), y por último el rechazo al papel nutricional de la mujer, esto es, rechazo de la madre como dispensadora de alimento y de lo que esto simboliza.

Las dificultades que surjan tempranamente en el vínculo materno-filial pueden contribuir a generar serias alteraciones en el desarrollo, esto aunado al hecho de que diversos autores han demostrado que la psicopatología de la madre se asocia con el desarrollo de conductas alimentarias anormales en sus hijos (Birch y Davison, 2001; Bulik, Reba, Siega-Riz y Reichborn-Kiennerud, 2005; Field, 2001; Fulkerson, 2002; McCabe y Ricciardelli, 2005), lo que podría desencadenar TCA.

La influencia de las madres sobre la conducta alimentaria de sus hijas puede provenir del modelamiento, de la importancia que dan a la apariencia y a la conducta alimentaria, o bien de la persuasión que estas llevan a cabo para que sus hijas pierdan o controlen su peso (Rodgers y Chabrol, 2009).

### **La obesidad en la madre**

Rome, Amuerman, Rosen y cols. (2003) reconocen que la obesidad en la madre es uno de los principales factores de riesgo para que alguno de los hijos desarrolle TCA. Asimismo, Strauss y Knight (1999) encuentran que la obesidad en la madre es el predictor más significativo de la obesidad de los niños. No solo la obesidad determina las conductas en la madre, sino también el miedo de ser o de

convertirse en obesas hace que se encuentren más preocupadas por el peso de sus hijos, lo cual puede condicionar la restricción en su alimentación (Jaffe y Worobey, 2006).

### **La madre que hace dieta**

Pike y Rodin (1991), en un estudio ya clásico, hallaron que las madres de hijas con TCA llevaban preocupadas más tiempo por las dietas y tenían más conductas alimentarias anormales que las demás madres, a pesar de que no eran diferentes en el promedio de índice de masa corporal (IMC) y de que no querían perder más peso.

Algunos autores han encontrado una relación entre la dieta por parte de las madres y su restricción en el niño (Field, Camargo, Taylor y cols., 2001; Hill y Pallin, 1998; Hill, Weaver y Blundell, 1990; Ruther y Richman, 1993; Smolak, Levine y Schermer, 1999). Además, otros autores han concluido que la dieta que la madre hace es un buen predictor de un mayor control en la comida de los hijos (Birch y Fisher, 2000; Tiggemann y Lowes, 2002). Aunado a lo anterior, Fulkerson, McGuire, Neumark-Sztainer y cols. (2002) demostraron que el que las madres hicieran dieta se asociaba con una mayor preocupación por el peso de sus hijos adolescentes. Cuando además las madres exigían a sus hijos a hacer dieta, estos a su vez hacían más dietas, presentaban periodos alternados de atracones y ayunos y se saltaban comidas, incluso después de ajustarse al IMC. Estas madres que exigían a sus hijos a hacer dieta tenían mayor peso y tendían a ver a sus hijos con sobrepeso, a pesar de que 43% de los adolescentes hombres y 46% de las adolescentes mujeres tenían un peso normal al momento del estudio.

### **La preocupación de la madre por el peso y la figura corporal**

Anschutz, Kanters, Van Strien, Vermulst y Engels (2008), en un estudio con niños en edad escolar, hallaron que cuando las madres de estos estaban más preocupadas por su peso corporal, sufrían una mayor restricción alimentaria, pero que cuando los alentaban a ser delgados, se restringían más y mostraban una mayor insatisfacción corporal, independientemente del género. Esto puede tener que ver

con el reforzamiento verbal más que con el modelamiento; es decir, la preocupación de la madre por el peso puede llevarla a alentar a sus hijos a ser delgados, independientemente de su IMC, por lo que se puede encontrar a hijos de peso normal con restricciones alimentarias e insatisfacción corporal (Anschutz y cols., 2008).

En cuanto a la preocupación de la madre por que la figura corporal se parezca al ideal aceptado socialmente y haga un considerable esfuerzo por parecerse a dicha figura ideal, se ha demostrado el desarrollo de inquietudes en los hijos por el peso y por hacer dietas constantemente. Esto sugiere que los niños que perciben que sus madres intentan frecuentemente perder peso son más propensos a convertirse en personas preocupadas por el peso (niños) o a hacer dietas constantemente (niñas), lo que apoya la hipótesis de que el papel que desempeñan las madres en la transmisión de los valores culturales acerca del peso y la figura ideal es vital (Field y cols., 2001).

En su modelo, Francis y Birch (2005) sugieren que es más probable que las madres que tienen preocupaciones significativas sobre su alimentación y su imagen corporal den a sus hijas una retroalimentación negativa al respecto. Cooley, Toray, Wang y Valdez (2008) han demostrado que las madres con más síntomas alimentarios anormales y una mayor insatisfacción con la imagen corporal de sus hijas hacían que estas estuvieran también insatisfechas, pero dicha relación se encontró solo cuando las madres les proporcionaban retroalimentación negativa acerca de su figura y su alimentación. En ausencia de esta retroalimentación, la desaprobación de la madre de su propia alimentación y la de la hija no se relacionó con la insatisfacción corporal de esta última. Una posible explicación es que la madre que hace más comentarios negativos a su hija puede ser más abierta en cuanto a sus propias conductas y actitudes, y a través de estos comentarios puede ilustrar sus propios pensamientos y actitudes.

Pike y Rodin (1991) encontraron también que las madres de hijas con TCA ejercían mayor presión en estas para ser delgadas, siendo más críticas con las hijas que con ellas mismas. No creían que sus hijas necesitaran perder más peso que sus padres, sino perder más peso de lo que las propias hijas pensaban. Al querer que sus hijas fueran más

delgadas, las consideraban menos atractivas que lo que las propias hijas suponían de ellas mismas.

Finalmente, Evans y Le Grange (1995) encontraron una fuerte asociación entre el grado de insatisfacción de las niñas con su cuerpo y la de la madre con su propio peso y forma. Esta observación indica que las madres efectivamente comunican a sus hijos su propia actitud hacia el cuerpo y que estos la interiorizan.

### **Madres que restringen la alimentación de las hijas**

En un estudio de Francis y Birch (2005) cuyo fin fue examinar si la preocupación de la madre por su propio peso y alimentación se vinculaba con las restricciones alimentarias que imponían a sus hijas de entre 5 y 11 años, se encontró que quienes estaban sumamente preocupadas con su peso y alimentación propiciaban, en efecto, tal restricción en el acceso de las hijas a alimentos con alto contenido energético, además de fomentar en ellas la necesidad de perder peso. Estos datos no permiten concluir que la restricción que las madres imponen a sus hijas para que no consuman alimentos ricos en calorías promueva directamente la restricción que estas llevan a cabo.

Por otro lado, se ha encontrado que la restricción sobre algunos alimentos promueve la sobrealimentación en las hijas, sobre todo comer en ausencia de hambre (Birch y Fisher, 2000; Birch, Fisher y Davison, 2003; Fisher y Birch, 1999). Johnson y Birch (1994) reportaron que las niñas cuyas madres utilizaban prácticas de alimentación más controladoras eran menos efectivas para regular su propia ingesta de comida después de una botana alta en calorías. De manera similar, Carper, Fisher y Birch (2000) hallaron que cuando los padres presionaban a sus hijas de cinco años de edad a comer, estas eran conscientes de dicha presión, lo que a su vez provocaba pautas enfermas de restricción alimentaria y desinhibición.

Evans y Le Grange (1995) realizaron un estudio cualitativo en el cual compararon diez familias en las que un miembro tenía un trastorno del comportamiento alimentario con diez familias sin esa patología. En ambos grupos de madres encontraron similitudes en relación con la preocupación por su propia talla y peso, y por la talla y la figura cor-

poral de sus hijos. La diferencia radicaba en que en el grupo de madres de familia con el trastorno había una preocupación exagerada por los horarios de las comidas recomendados por los médicos en la primera infancia. De esta manera, no percibían las señales de hambre de sus hijos y los alimentaban cada cuatro horas; las madres de las familias sin el trastorno los alimentaban según estos lo demandaban y tenían una mejor capacidad para reconocer las señales de hambre de los menores. Este comportamiento materno de alimentar según un horario estricto puede contribuir posteriormente a la aparición de un control excesivo o a la pérdida del control sobre las funciones alimentarias en los pacientes con anorexia y bulimia.

### **La conducta alimentaria compulsiva en la madre**

Stunkard y Messick (1988) determinaron que las madres que mostraban desinhibición frente al alimento tenían mayor IMC, y que a su vez esta desinhibición explicaba 35% de la varianza del sobrepeso de las hijas; además, se relacionaba significativamente con el acceso libre a la comida y la desinhibición en las hijas. Es posible que en la medida en que las hijas observan la desinhibición de sus madres frente al alimento adopten una conducta alimentaria similar, lo que puede fortalecer las similitudes intergeneracionales en cuanto al sobrepeso en unas y otras. Otra posibilidad es que la desinhibición, como predisposición a comer alimentos sabrosos, pueda tener un componente genético, con el posterior fenotipo conductual ligado a las diferencias individuales en el sobrepeso. Dicha relación no se encontró en la díada madre-hijo varón ni en la díada padre-hija, padre-hijo (Cutting, Fisher, Grimm-Thomas y Birch, 1999).

Es interesante puntualizar que la desinhibición frente al alimento en la madre se ha asociado a los atracones y a los episodios bulímicos en los hijos (Williamson, Lawson, Brooks y cols., 1995; Yanovski y Sebring, 1994).

### **Características psicológicas de la madre y psicopatología**

Selvini Palazzoli, Cirillo, Selvini y Sorrentino (1999) señalan que la figura dominante en la familia de las anoréxicas es la madre, y que el padre está a

menudo emocionalmente ausente, sometido y secreta o abiertamente desvalorizado por su esposa. Es así como las hijas se ven más fácilmente dominadas por la madre, niñas-modelos de una madre invasiva, intolerante e hipercrítica. Además, los autores explican que las madres de las anoréxicas han hecho mucho por sus hijas, incluso demasiado, pero sin obtener de ello ningún sentimiento de alegría. Las madres de hijas con anorexia o bulimia parecen mujeres sacrificadas, dispuestas a hacerse cargo sin limitación alguna de tareas ajenas, e incapaces de hacer algo agradable para sí mismas. Raras veces saben divertirse, bromear y tomarse unas vacaciones. Tienen gran dificultad para pedir ayuda, incluso en situaciones de emergencia. No conocen el esparcimiento o reposo. Son mujeres firmes y eficientes, pero infelices, obligadas a estar siempre a la altura de sus propias expectativas. El componente del deber coarta su disponibilidad al contacto interpersonal. Les cuesta trabajo ser introspectivas y apenas captan el estado de ánimo ajeno, decepcionando así las expectativas profundas de sus allegados. Están necesitadas de aceptación y empatía, de estima y aprobación (Selvini, Palazzoli, Cirillo, Selvini y Sorrentino, 1999).

En cuanto a la psicopatología, Blissett, Meyer y Haycraft (2007) compararon la contribución de los síntomas de ansiedad, depresión y psicopatología alimentaria en los problemas de alimentación reportados por madres de niños menores de dos años de edad, hallándose que en las madres de niños varones los síntomas de depresión y ansiedad, pero no de psicopatología alimentaria, eran predictores de la dificultad en las interacciones al momento de alimentarlos. En contraste, en las madres de las niñas los síntomas de bulimia y depresión, pero no de ansiedad, eran predictores significativos del rechazo a comer de sus hijas. Este estudio es el primero que sugiere que los síntomas de ansiedad de la madre pueden estar asociados específicamente al reporte de dificultades en la interacción al momento de dar de comer a sus hijos varones. Los síntomas de ansiedad se han asociado a prácticas de alimentación más controladoras en la infancia, y en un estudio longitudinal de Farrow y Blissett (2005) se demostró que la ansiedad durante el embarazo puede predecir el uso de prácticas de alimentación controladoras durante el primer año de vida del bebé, lo que sugiere que la an-

siedad materna puede ser anterior a las dificultades para comer del niño e impedir que se resuelvan apropiadamente los problemas de alimentación cuando aparecen.

Asimismo, las madres con síntomas psiquiátricos pueden ser menos seguras de sí mismas y menos eficaces en su estilo de crianza, y por ello pueden actuar inconsistentemente (estableciendo reglas, por un lado, e ignorando la conducta indeseable, por otro), dependiendo del humor en el que se encuentren. Esta conducta inconsistente puede ocasionar problemas de conducta en el hijo y reducir la efectividad de la crianza. Un ejemplo es el estudio realizado por Zeller, Saelens, Roehrig, Kirk y Daniels (2004), en el cual demostraron que la negligencia paterna se asocia con el desarrollo de la obesidad.

Humphrey (1986) realizó un estudio comparativo en 40 familias compuestas por padre, madre e hijas adolescentes, en las cuales 24 tenían una hija anoréxica o bulímica, y 16 familias en las que no había tales trastornos. Los hallazgos describen a las madres de hijos con TCA como mujeres con dificultades para expresar sus sentimientos y, en especial, para manifestar su felicidad por su maternidad, que no se involucraban, se comprometían ni apoyaban a sus hijos. Además, es significativo que estas familias mantuvieran a sus hijos aislados, sin apego alguno, y que establecieran relaciones interpersonales muy conflictivas y con dificultades en el control, en comparación con aquellas en las que no había hijos con tales trastornos. Los autores aclaran que en este estudio es imposible definir si es la anorexia o la bulimia la que produce la disfunción familiar, o es la disfunción familiar la que favorece la aparición del síntoma.

Otros estudios han hallado que las madres de hijas con AN son más ansiosas, deprimidas y alexitímicas que las madres de hijas sin ese trastorno (Espino, 2003), pero iguales a las madres de hijas con BN (Woldt, Schneider, Pfeiffer, Lehmkuhl y Salbach-Andrae, 2010). También se sabe que los padres de hijos con sobrepeso u obesidad manifiestan mayor psicopatología, la que a su vez se asocia con problemas emocionales y de conducta en los hijos, características descritas ya en el TCA (Decaluwé y Braet, 2003).

En un estudio con gemelas monocigóticas, discordantes en el diagnóstico de bulimia nervio-

sa, se encontró que la gemela que había tenido historia de BN reportó sentir menor calidez pero más sobreprotección de parte de su madre durante la infancia (Wade, Treloar y Martin, 2001). Los autores mencionan que es posible que la experiencia de tener bulimia altere la percepción de la crianza en la infancia debido al efecto del “esfuerzo por encontrar un significado”, que se refiere a la búsqueda de explicaciones para su padecimiento en las experiencias pasadas (cf. Tennant, 1983). Esta experiencia puede también influir en el desarrollo del temperamento. Las influencias ambientales que llevan a una baja autoestima y a un alto grado de impulsividad (como en el caso de la bulimia) puede poner en riesgo a una persona a ser tratada de diferente manera por su madre o llevar a una percepción distorsionada del trato que recibió cuando era niña.

### **La madre con TCA**

Stice, Agras y Hammer (1999) estudiaron una cohorte de 216 recién nacidos sanos que fueron seguidos, al igual que sus madres, durante los primeros cinco años de vida. Los autores compararon los hallazgos en los hijos de madres con historia de TCA y sin ella, encontrando que en el primer grupo el riesgo de aparición de alteraciones en la alimentación (no comer, comer a escondidas, comer en exceso y presentar vómitos) comienza alrededor de los cinco años de edad y va aumentando con el tiempo. Por otra parte, Scourfield (1995) describe algunos casos en que la anorexia nerviosa materna acarrea la mala nutrición en los hijos, causando “una anorexia por proximidad”. Respecto a las actitudes y creencias acerca de la alimentación en sí, se expone que hay evidencia de que los niños hacen dieta como respuesta a la pérdida de peso de sus padres y que, desde muy temprana edad y a medida que crecen, adquieren las preferencias de alimentación de sus padres y también sus actitudes frente a los alimentos.

### **CONCLUSIONES**

Los trastornos de la conducta alimentaria pueden ser el resultado de la conjugación de vulnerabilidades genéticas y conductas aprendidas. De los estu-

dios analizados en este escrito se deduce la importancia del papel de la madre en el desarrollo de actitudes y conductas alimentarias desadaptadas, así como de la obesidad e insatisfacción corporal en sus hijos, lo que puede dar lugar al desarrollo de TCA.

Las actitudes y comportamientos de la madre frente a la comida contribuyen a que los hijos manifiesten sus conflictos psicológicos y emocionales de determinada manera, ya sea mediante conductas propias de la anorexia nerviosa, la bulimia nerviosa o la obesidad.

La psicopatología alimentaria en la madre se asocia con el desarrollo de conductas alimentarias anormales en sus hijos; sin embargo, es posible también que la encontrada en este grupo de madres sea una consecuencia del desgaste frente a los problemas de sus hijas, como ha sido apuntado por algunos autores (Kyriacou, Treasure y Schmidt, 2008; Whitney, Murray, Gavan y cols., 2005). La interpretación de estos resultados debe ser cuidadosa, ya que hay algunos rasgos del perfil psicológico que son relativamente estables a través del tiempo (rasgos depresivos o compulsivos de la personalidad), por lo que dichas características pueden efectivamente anteceder el TCA de las hijas y haber influido en su desarrollo y expresión.

Por otro lado, la presencia o el miedo a la obesidad en la madre determina sus propias conductas (llevar a cabo dietas, usar conductas compensatorias inadecuadas...) y los mensajes que envían a sus hijos respecto al peso y la figura corporal. Las meras dietas por parte de la madre no son el único factor de riesgo, sino también propiciar una mayor restricción en el acceso a alimentos de sus hijos, fomentando la necesidad de perder peso o condicionando en ellos los atracones o ayunos. Pero en el caso contrario, también la desinhibición frente al alimento de la madre se ha asociado a episodios bulímicos en los hijos. Es por ello que se concluye que las madres pueden influir en sus hijos no solo a través del modelamiento de conductas y

actitudes, sino asimismo mediante la retroalimentación que les dan o la internalización de los estándares de belleza.

El incremento en la frecuencia de mujeres con TCA y obesidad hace indispensable identificar los factores modificables que permitirían prevenir dichos problemas. Las actitudes y comportamientos de las madres frente a la comida o las dietas, la percepción que tienen de sí mismas, de su peso y su figura, los ideales de delgadez, la forma de expresar sus sentimientos negativos a sus hijas a la hora de alimentarse, los horarios de la comida y la elección de los alimentos para sus hijos, deberían ser, todos ellos, tópicos obligatorios del trabajo preventivo en las mujeres durante el embarazo o la crianza, dadas las implicaciones de estos comportamientos maternos en el riesgo de configurar TCA en los hijos.

Dado que se requiere de un mayor conocimiento de estos hallazgos en la población mexicana, sería de utilidad una evaluación de las conductas alimentarias, la personalidad y los estilos de crianza de las madres de mujeres con anorexia y bulimia nerviosas, trastorno por atracón, obesidad y sin trastornos alimentarios, para reconocer si existen diferentes características psicológicas en las madres que se asocian al diagnóstico de las hijas. Asimismo, sería de utilidad evaluar el papel que en todo ello desempeña el padre.

Si estos factores de riesgo se pudieran precisar en estudios longitudinales en alguna cohorte de estudiantes y sus padres, con valoraciones periódicas a través de instrumentos de tamizaje, complementadas con entrevistas clínicas que permitan obtener un diagnóstico eficaz, para así determinar la causalidad entre las características iniciales (tanto de los hijos como de los padres) y el desarrollo de TCA, habría implicaciones importantes en algunos programas de prevención, enfocados no solamente a poblaciones de adolescentes y jóvenes, sino también a la familia entera.

## REFERENCIAS

- American Psychiatric Association (2002). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (DSM-IV-TR). Barcelona: Masson.
- Anschutz, D.J., Kanters, L.J., Van Strien, T., Vermulst, A.A. y Engels, R.C. (2008). Maternal behaviors and restrained eating and body dissatisfaction in young children. *International Journal of Eating Disorders*, 42(1), 54-61.

- Birch, L.L. y Davison, K.K. (2001). Family environmental factors influencing the developing behavioral controls of food intake and childhood overweight. *Pediatric Clinics of North America*, 48(4), 893-907.
- Birch, L.L. y Fisher, J.O. (2000). Mothers' child-feeding practices influence daughters' eating and weight. *American Journal of Clinical Nutrition*, 71, 1054-1061.
- Birch, L.L., Fisher, J.O. y Davison, K.K. (2003). Learning to overeat: Maternal use of restrictive practices promotes girls' eating in the absence of hunger. *American Journal of Clinical Nutrition*, 78, 215-220.
- Blissett, J., Meyer, C. y Haycraft, E. (2007). Maternal mental health and child feeding problems in a non-clinical group. *Eating Behaviors*, 8, 311-318.
- Bruch, H. (1982). Anorexia nervosa: Therapy and theory. *American Journal of Psychiatry*, 139, 1531-1538.
- Bulik, C.M. (2005). Exploring the gene-environment nexus in eating disorders. *Journal of Psychiatry and Neuroscience*, 30, 335-339.
- Bulik, C.M., Reba, L., Siega-Riz, A. y Reichborn-Kiennerud, T. (2005). Anorexia nervosa: definition, epidemiology, and cycle of risk. *International Journal of Eating Disorders*, Suppl: S2-9.
- Campbell, T.L. (1986). Family's impact on health. A critical review. *Family Systems Medicine*, 4, 135-200.
- Carper, J.L., Fisher, J.O. y Birch, L.L. (2000). Young girls' emerging dietary restraint and disinhibition are related to parental control in child feeding: Restraint and disinhibition are related to parental control in child feeding. *Appetite*, 35, 121-129.
- Cooley, E., Toray, T., Wang, M.C. y Valdez, N.N. (2008). Maternal effects on daughters' eating pathology and body image. *Eating Behaviors*, 9, 52-61.
- Cutting, T.M., Fisher, J.O., Grimm-Thomas, K. y Birch, L.L. (1999). Like mother, like daughter: familial patterns of overweight are mediated by mothers' dietary disinhibition. *American Journal of Clinical Nutrition*, 69, 608-613.
- Decaluwé, V. y Braet, C. (2003). Parental influence on eating psychopathology and psychological problems in overweight children. *International Journal of Eating Disorders*, 34, 9.
- Espino, A. (2003). Alexithymia in parents of daughters with eating disorders. Its relationships with psychopathological and personality variables. *Journal of Psychosomatic Research*, 55, 553-560.
- Evans, J. y Le Grange, D. (1995). Body size and parenting in eating disorders. A comparative study of the attitudes of mothers toward their children. *International Journal of Eating Disorders*, 18(1), 39-48.
- Farrow, C.V. y Blissett, J. (2005). Is maternal psychopathology related to obesigenic feeding practices at 1 year? *Obesity Research*, 13, 1999-2005.
- Fassino, S., Daga, G.A., Pierò, A. y Delsedime, N. (2007). Psychological factors affecting eating disorders. *Advice of Psychosomatic Medicine*, 28, 141-168.
- Field, A.E., Camargo, C.A., Taylor, C.B., Berkey, C.S., Roberts, S.B. y Colditz, G.A. (2001). Peer, parent and media influences on the development of weight concerns and frequent dieting among preadolescent and adolescent girls and boys. *Pediatrics*, 107, 54-60.
- Field, A.E., Javaras, K.M., Aneja, P., Kitos, N., Camargo, C.A., Taylor, B. y Laird, N.M. (2008). Family, peer, and media predictors of becoming eating disordered. *Archives of Pediatric and Adolescent Medicine*, 162(6), 574-579.
- Fisher, J.O. y Birch, L.L. (1999). Restricting access to foods and children's eating. *Appetite*, 32, 405-419.
- Francis, L.A. y Birch, L.L. (2005). Maternal influences on daughters' restrained eating behavior. *Health Psychology*, 24(6), 548-554.
- Fulkerson, J.A., McGuire, M.T., Neumark-Sztainer, D., Story, M., French, S.A. y Perry, C.L. (2002). Weight-related attitudes and behaviors of adolescent boys and girls who are encouraged to diet by their mothers. *International Journal of Obesity*, 26, 1579-1587.
- Gómez, P. (1996). *Anorexia nerviosa. La prevención en familia*. Madrid: Pirámide.
- Gómez-Peresmitré, G., Saucedo, M.T. y Unikel, S.C. (2001). *La psicología social en el campo de la salud: Imagen corporal en los trastornos de la alimentación*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Hill, A.J. y Pallin, V. (1998). Dieting awareness and low self-worth: Related issues in 8-year-old girls. *International Journal of Eating Disorders*, 24, 405-413.
- Hill, A.J., Weaver, C. y Blundell, J.E. (1990). Dieting concerns of 10-year-old girls and their mothers. *British Journal of Clinical Psychology*, 29, 346-348.
- Humphrey, L. (1986). Family relations in bulimic-anorexic and nondistressed families. *International Journal of Eating Disorders*, 5, 223-232.
- Jaffe, K. y Worobey, J. (2006). Mothers' attitudes toward fat, weight, and dieting in themselves and their children. *Body Image*, 3, 113-120.
- Johnson, S.L. y Birch, L.L. (1994). Parents' and children's adiposity and eating style. *Pediatrics*, 84, 653-661.

- Kyriacou, O., Treasure, J., Schmidt, U. (2008). Understanding how parents cope with living with someone with anorexia nervosa: Modelling the factors that are associated with care distress. *International Journal of Eating Disorders*, 41(3), 233-242.
- McCabe, M.P. y Ricciardelli, L.A. (2005). A prospective study of pressures from parents, peers, and the media on extreme weight change behaviors among adolescent boys and girls. *Behaviour Research and Therapy*, 43, 653-668.
- Minuchin, S. (1989). *Familias y terapia familiar*. Barcelona: Gedisa.
- Pike, K.M. y Rodin, J. (1991). Mothers, daughters, and disordered eating. *Journal of Abnormal Psychology*, 100(2), 198-204.
- Rodgers, R. y Chabrol, H. (2009). Parental attitudes, body image disturbance and disordered eating amongst adolescents and young adults: A review. *European Eating Disorders Review*, 17, 137-151.
- Rome, E.S., Amuerman, S., Rosen, D.S., Keller, R.J., Lock, J., Mammel, K.A., O'Toole, J., Mitchell, J., Sanders, M.J., Sawyer, S.M., Schneider, M., Sigel, E. y Silber, T.J. (2003). Children and adolescents with eating disorders: the state of the art. *Pediatrics*, 111(1), 98-108.
- Ruther, N.M. y Richman, C.L. (1993). The relationship between mothers' eating restraint and their children's attitudes and behaviors. *Bulletin of Psychosomatic Society*, 31, 217-220.
- Scourfield, J. (1995). Anorexia by proxy: are the children of anorexia mothers an at risk group? *International Journal of Eating Disorders*, 18, 371-374.
- Selvini-Palazzoli, M., Cirillo, S., Selvini, M. y Sorrentino, A.M. (1999). *Muchachas anoréxicas y bulímicas*. Barcelona: Paidós Terapia Familiar.
- Smolak, L., Levine, M.P. y Schermer, F. (1999). Parental input and weight concerns among elementary school children. *International Journal of Eating Disorders*, 25, 263-271.
- Stice, E., Agras, S. y Hammer, M. (1999). Risk factors for the emergence of childhood eating disturbances: a five-year prospective study. *International Journal of Eating Disorders*, 25(4), 375-387.
- Strauss, R.S. y Knight, J. (1999). Influence of the home environment on the development of obesity in children. *Pediatrics*, 103(6), 1-8.
- Stunkard, A.J. y Messick, S. (1998). *Eating Inventory Manual*. New York: Psychological Corporation.
- Tennant, C. (1983). Life events and psychological morbidity: the evidence from prospective studies. *Psychological Medicine*, 13, 483-486.
- Tiggemann, M. y Lowes, J. (2002). Predictors of maternal control over children's eating behaviour. *Appetite*, 39, 1-7.
- Wade, T.D., Treloar, S.A. y Martin, N.G. (2001). A comparison of family functioning, temperament, and childhood conditions in monozygotic twin pairs discordant for lifetime bulimia nervosa. *American Journal of Psychiatry*, 158, 1155-1157.
- Whitney, J., Murray, J., Gavan, K., Todd, G., Whitaker, W. y Treasure, J. (2005). Experience of caring for someone with anorexia nervosa: Qualitative study. *British Journal of Psychiatry*, 187, 444-449.
- Williamson, D.A., Lawson, O.J., Brooks, E.R., Wozniak, P.J., Ryan, D.H., Bray, G.A. y Duchmann, E.G. (1995). Association of body mass with dietary restraint and disinhibition. *Appetite*, 25, 31-41.
- Woldt, L., Schneider, N., Pfeiffer, E., Lehmkuhl, U. y Salbach-Andrae, H. (2010). Psychiatric disorders among parents of patients with anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 59(4), 302-313.
- Yanovski, S.Z. y Sebring, N.G. (1994). Recorded food intake of obese women with binge eating disorder before and after weight loss. *International Journal of Eating Disorders*, 15, 135-50.
- Zeller, M.H., Saelens, B.E., Roehrig, H., Kirk, S. y Daniels, S.R. (2004). Psychological adjustment of obese youth presenting for weight management treatment. *Obesity Research*, 12, 1576-1586.