

REVISIÓN DE TEMA

Interacción madre-hijo, patrones de apego y su papel en los trastornos del comportamiento alimentario

LILIANA BETANCOURT M.¹
MARITZA RODRÍGUEZ GUARÍN²
JUANITA GEMPELER RUEDA³

Resumen

Objetivos. Realizar una revisión de las teorías sobre el desarrollo y la interacción madre-hijo propuestas por John Bowlby, Donald Winnicott y Margaret Mahler, y analizar las características de dicha interacción que pueden contribuir a la aparición de síntomas alimentarios.

Método. Revisión de tres teorías del desarrollo normal y búsqueda de la literatura disponible acerca de factores de riesgo materno en el comportamiento alimentario temprano de los hijos.

Resultados. El patrón de apego que caracteriza el vínculo madre-hijo puede incidir en la aparición ulterior de psicopatología o puede ser un factor de protección frente a la aparición de un trastorno del comportamiento alimentario en su descendencia. Los estudios analizados reportan patrones de comportamiento anormales de las madres con hijos con este trastorno. Se expresan por la actitud frente al embarazo, la lactancia materna y la comida; los horarios de las comidas, la percepción que tienen las madres de sí mismas, de su peso y su figura; su forma de expresar sentimientos negativos a las hijas a la hora de alimentarse, y los ideales de delgadez de las madres puestos en sus hijas. Estos son factores de riesgo que pueden favorecer la aparición de un trastorno del comportamiento alimentario. Ade-

-
- 1 Médica psiquiatra, *Fellowship* en psiquiatría infantil y de la adolescencia, Facultad de Medicina, Departamento de Psiquiatría y Salud Mental, Pontificia Universidad Javeriana, Psiquiatra Consulta Externa Clínica La Inmaculada Bogotá, D. C., Colombia.
 - 2 Médica psiquiatra, MSc en epidemiología clínica; profesora asociada, Facultad de Medicina, Departamento de Psiquiatría y Salud Mental, Pontificia Universidad Javeriana; directora científica, Programa EQUILIBRIO para el tratamiento de los trastornos del comportamiento alimentario y trastornos relacionados, Bogotá, D. C., Colombia.
 - 3 Psicóloga clínica, diplomado en terapia cognoscitivo-comportamental; profesora Facultad de Medicina, Departamento de Psiquiatría y Salud Mental, Pontificia Universidad Javeriana; directora científica, Programa EQUILIBRIO para el tratamiento de los trastornos del comportamiento alimentario y trastornos relacionados, Bogotá, D. C., Colombia.

Recibido: abril 23/2007. Revisado: mayo 22/2007. Aceptado: junio 25/2007.

más, se reportan características familiares como desorganización, pobre manejo de conflictos, críticas, unión escasa, rigidez, sobreprotección, restricción de la autonomía y amalgamamiento, que son consideradas como posibles factores de riesgo en este tipo de patologías.

Conclusiones. El origen y significado de los síntomas alimentarios puede enriquecerse a la luz del análisis de las teorías del desarrollo infantil temprano resaltando, por una parte, la relevancia de incluir en el tratamiento de estos pacientes a sus madres y familiares, y por otra, el papel de la prevención que se puede hacer en mujeres con historia de trastorno del comportamiento alimentario frente a sus embarazos.

Palabras clave

Apego, relación madre-hijo, trastornos del comportamiento alimentario, trastornos alimentarios de la infancia.

Abstract

A revision of the theories on the development and mother-child interaction proposed by John Bowlby, Donald Winnicott and Margaret Mahler is presented, and the characteristics of the mother-child interaction that may contribute to the beginning of feeding disorders are analyzed.

Method: Revision of three theories of normal development and the search of the available literature pertaining to the factors of material risk in the early feeding behavior of the children.

Results: The pattern of fondness that is characteristic of the mother-child bond may fall into the start of ulterior psychopathology or it may be a factor of protection before the start of an eating disorder in her children. The analyzed studies report abnormal behavioral patterns in mothers with children with eating disorders that are expressed from the attitude before pregnancy, nursing, the attitudes in front of food, feeding times, the perception mother have of themselves, of their weight and figure, the way that mothers have of expressing negative sentiments to their children at

dinner time, the ideals of slimness of the mothers placed upon their daughters, as risk factors that may favor the start of an eating disorder. Also there are family characteristics reported like disorganization, poor management of conflicts, criticism, scarce unions, rigidity, overprotection, restricted autonomy, and an amalgam that are considered possible of risk in this type of pathology.

Conclusions: The origin and the significance of the feeding symptoms may be enriched in the light of analyzes of the theories of the early infantile development underscored in one part by the revilement included in the treatment of these patients the mothers and/ or their families and in the other part, the role that prevention can do in woman with a history of eating disorders before their pregnancy.

Key words

Attachment, relation, mother-child, feeding behavior disorders, feeding disorders of infants.

Introducción

La naturaleza de los cuidados proporcionados por las madres a sus hijos durante su crecimiento es de fundamental significado en el futuro de su salud mental. Las dificultades que surjan tempranamente en el vínculo materno-filial pueden contribuir a generar serias alteraciones en el desarrollo. Una de estas dificultades puede surgir durante el ejercicio materno de cuidados tempranos del niño, entre los cuales la función de alimentar y nutrir es crucial. Una madre ansiosa frente a sus propios hábitos alimentarios, con síntomas anoréxicos o bulímicos (activos o no durante el período del embarazo y los primeros años de crianza) e in-

satisfecha con su corporalidad, puede interferir seriamente la alimentación de sus hijos, generando alteraciones en la interacción madre-hijo que, en presencia de otros factores de vulnerabilidad, podrán contribuir a la aparición de alteraciones de la alimentación en el niño o, ulteriormente, de un trastorno del comportamiento alimentario en la adolescencia.

Tres importantes autores, Bowlby, Winnicott y Mahler, han estudiado en profundidad las características del vínculo normal y sus alteraciones y repercusiones en el desarrollo psicoafectivo. En el presente artículo se exponen sus principales planteamientos, aproximándose a las implicaciones que pueden tener dichas alteraciones en los patrones anormales de alimentación durante la infancia. Además, se revisan los posibles factores de riesgo maternos que pueden interferir en la relación temprana madre-hijo, la alimentación del niño y su papel en la aparición de los trastornos alimentarios.

Método

Se revisaron las teorías del desarrollo normal de los tres autores mencionados y, posteriormente, se hizo una búsqueda de la literatura disponible en PubMed, usando los términos MeSH: *attachment, mother-child relationship, eating disorders, pediatric feeding*

disorders, child, parent, bulimia, anorexia, genetic predisposition, risk factors, female, offspring y maternal behavior.

Se encontraron 12 citas bibliográficas entre las cuales se seleccionaron los nueve artículos pertinentes que se discuten.

La relación madre-hijo según John Bowlby

Bowlby considera esencial para la salud mental del recién nacido y del niño de corta edad, el calor, la intimidad y la relación constante con la madre, en la que ambos se encuentren en satisfacción y goce[1].

La relación del niño con su madre es el nexo más importante que tiene lugar durante la primera infancia. Es la madre quien lo alimenta y lo asea, la que le abriga y le presta las atenciones que constituyen la respuesta frente a sus primeras necesidades de bienestar.

El padre aporta la determinación de la estabilidad emotiva de la madre y la ayuda a mantenerse en el estado de euforia que constituye el mejor clima moral para el desarrollo del niño.

Para Bowlby, la ausencia de esa relación materno-filial se llama privación materna, término muy am-

plio que comprende varias situaciones. Se considera que un niño sufre esta privación cuando vive en el mismo hogar de su madre y ésta es incapaz de proporcionarle el cuidado amoroso que necesita o cuando por cualquier motivo se separa de su madre, como sucede en algunos casos de adopción si la madre sustituta es inadecuada.

Los efectos contraproducentes de esta privación varían en intensidad y conducen a la movilización de emociones e impulsos en la organización mental del menor inmaduro fisiológica y psicológicamente. La perturbación en la organización psíquica resultante de esos estados genera una variedad de reacciones frecuentemente repetidas y acumuladas, que se traducen en la aparición de síntomas neuróticos y de inestabilidad.

Además, Bowlby señala la existencia de otros problemas que pueden surgir: a) la actitud inconsciente de rechazo oculta bajo la apariencia de otra de afecto, b) la excesiva exigencia de cariño y de confianza requeridos por el padre o la madre y c) la satisfacción inconsciente y sustitutiva obtenida por uno de los padres como consecuencia de la conducta del niño, a pesar de condenarla abierta y conscientemente. En resumen, las nociones centrales expuestas por Bowlby son tres.

1. Existe un comportamiento instintivo que evoluciona durante el ciclo vital y no se hereda, destinado a la conservación del individuo. Lo que se hereda es el código genético que permite desarrollar sistemas de comportamiento o estrategias.
2. El concepto de vinculación que consiste en la capacidad de la madre para reconocer la existencia de necesidades primarias de su bebé y que ocurre en la interacción madre-hijo. El vínculo cumple una doble función: una función de protección, que es la seguridad proporcionada por el adulto capaz de defender al niño, y una función de socialización positiva que le permite al niño tener la certeza de reemprender el contacto con su madre si lo desea y en el momento que lo desee, y llegar a ser capaz de explorar su entorno.
3. Debe establecerse una auténtica concordancia entre las demandas reales del niño y la capacidad de la madre para responder a esas demandas. De este modo, se va incrementando la seguridad con la edad, aunque, ante una amenaza de pérdida se crea la angustia y ante una pérdida real aparece la aflicción e, incluso, la depresión.

Para Bowlby, esta angustia vinculada al miedo a la pérdida forma parte del desarrollo normal y sano de cada

individuo. Sin embargo, el autor señala situaciones en las que se presenta lo que él llama “vinculación angustiante”. Es el caso de una madre presente físicamente pero insensible a las necesidades de su hijo; una madre ausente, a veces de manera temporal, con duración soportable acorde con la edad, y a veces definitiva como ocurre en el duelo o en las situaciones en las que la madre amenaza con el rechazo, el abandono y la deserción de la familia.

El resultado de este tipo de vinculaciones angustiantes es un niño que construye un modelo de vínculo inaccesible, inseguro, en el que crece la angustia y la cólera. Cuando esto es muy acentuado puede “hipotecar” el establecimiento de su autonomía y sus capacidades de adaptación social.

Cualquier falla en este diálogo precoz de las primeras relaciones tiene un impacto decisivo en el desarrollo de la personalidad e implica alteraciones psicopatológicas importantes como las que describiremos más adelante[2].

Winnicott y el concepto de la madre “apenas buena”

Winnicott definió las características de la salud mental con un nombre clave: dependencia[3]. En este sentido, el autor estima que el potencial innato de un niño sólo puede convertirse en

niño si se le unen los cuidados maternos. Los cuidados maternos permiten prevenir las distorsiones precoces. El yo de la madre suplente al yo del niño que todavía no está constituido, ofreciéndole un ambiente favorable para su desarrollo. Al comienzo, son necesarios unos cuidados maternos suficientemente buenos, que despierten en el bebé el placer de vivir, que susciten el placer de las sensaciones y el autoerotismo, pues la tendencia innata al placer es variable de un ser a otro y, sin la madre, la tendencia al placer no puede tomarle la delantera a otras tendencias.

De la identificación de la madre con el lactante surge la preocupación maternal primaria como un sentimiento continuo de existir suficiente, sin que se haya interrumpido por reacciones a intromisiones exteriores.

La madre también cumple un papel de espejo para el niño. Se trata de la función de soporte que el yo de la madre aporta al yo del niño. Para muchas madres no es fácil desempeñar este papel; entonces, la madre refleja su propio estado de ánimo y la rigidez de sus propias defensas, e incluso, no responde a lo que el bebé le está dando. Por lo tanto, se atrofia la propia capacidad creativa del niño, que no tiene ningún reflejo de sí mismo, haciendo imposible el comienzo de un intercambio con el mundo exterior.

Winnicott señala que, paralelamente a los procesos de integración, personalización y establecimiento de la relación con el objeto y su utilización, aparece la capacidad de estar solo. Es la continuidad de la existencia de la madre y la seguridad que ésta ofrece lo que hace posible una experiencia positiva de soledad durante un tiempo limitado.

El bebé escapa de la aniquilación en el estado de descanso y reposo, mientras que el yo se fortalece por las experiencias instintivas reflejadas en el rostro materno. Así, el niño puede descubrir su vida personal.

Para Winnicott, esta relación con el yo es la base futura para la amistad y es la matriz de la transferencia. Más adelante, el niño progresa hacia la independencia y su capacidad de estar solo evoluciona paralelamente con el establecimiento de relaciones, mientras adquiere el sentido de la responsabilidad y la autonomía, a través de la experiencia de las relaciones interpersonales.

El concepto de fases del desarrollo de Margaret Mahler

Margaret Mahler propone tres grandes etapas sucesivas del desarrollo, que son: la fase autista, la fase de simbiosis normal y la fase del proceso de separación e individuación[4].

La fase autista, cuya duración sería de 4 semanas según la autora, da lugar al proceso de maternaje que favorecerá gradualmente el desplazamiento de la energía desde el interior del cuerpo del bebé (sobre todos los órganos abdominales) hacia la periferia, aumentando la sensibilidad a los estímulos exteriores. En el siguiente período, el simbiótico, madre e hijo forman una unidad dual. No hay diferencia entre el yo y el no yo. Durante esta fase se realiza la transición de una organización biológica a una psicobiológica.

Finalmente, se pasa a la fase de separación e individuación. La separación implica la evolución hacia la diferenciación, el distanciamiento, la formación de límites y la desvinculación con la madre. La individuación da cuenta de las funciones autónomas como percepción, memoria y capacidades cognitivas. La garantía para que este proceso ocurra es el medio representado por la madre, cuya disponibilidad física y emocional debe adaptarse perfectamente a la evolución del niño.

Según Mahler, cada niño sigue una vía de diferenciación individual y única, cuya especificidad está determinada por las características de la interacción madre-hijo. La selección recíproca de sus señales depende, a la vez, del talento innato del niño y de la madre con su inconsciente. Así, pues,

las primacías 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. En este período el niño se separa físicamente de su madre, pero siempre sujetándose. Luego evoluciona libremente de pie y sin apoyo. De esta manera, se establece la distancia óptima característica de la interacción entre la madre y el niño, que le permite explorar el mundo permaneciendo próximo a su madre. El niño modifica gradualmente su comportamiento en función de su madre, al cual éste se ajusta. Si tenemos una madre ansiosa, inconstante e imprevisible, el niño en vías de individualización no podrá hacer contrapruebas perceptivas y emocionales tranquilizantes y la estructuración de su personalidad puede perturbarse gravemente.

Teorías del desarrollo y trastornos del comportamiento alimentario

Lo que nos muestran todos estos aportes, es que las perturbaciones producidas en el desarrollo precoz del psiquismo provocan modificaciones y alteraciones de la personalidad y del comportamiento específicos, cuyas particularidades localizables remiten al estadio en el que ocurren. Las perturbaciones de los procesos del desarrollo psicoafectivo pueden atribuirse tanto a los defectos innatos propios del niño como a las alteraciones del me-

dio, ya sea por comportamientos maternos inadecuados o eventos traumáticos iterativos.

Al no haber el proceso de separación e individuación, en términos de Mahler, no hay una formación de límites, ni tampoco una desvinculación de la madre, existiendo a la vez dificultades en el proceso de individuación. En los trastornos de alimentación, especialmente en la anorexia y la bulimia nerviosa, se observa con frecuencia la alteración de este proceso de separación e individuación entre madres e hijas: se desarrolla una díada simbiótica que funciona como un todo, que no permite la autonomía de la hija o el hijo. Las alteraciones en la percepción y cognición de estos niños serán evidentes de acuerdo con el trastorno que el individuo desarrolle. La incapacidad para autoalimentarse o nutrirse adecuadamente es una especie de denuncia del fracaso en el logro de independencia y autonomía básicas. Pero, al mismo tiempo, las pacientes con anorexia nerviosa buscan en el síntoma restrictivo-purgativo una salida en falso para alcanzar la individualidad. El síntoma se erige como un preciado espacio de control, tal vez el único posible frente a una madre tan absorbente y difícil de complacer.

La necesidad de percibir la autonomía y la imposibilidad de lograrla a través de un vínculo sano con las prin-

cipales figuras de apego, son un estímulo importante para buscar la libertad e independencia a través de los síntomas, en los cuales son notorios los actos de autoagresión.

A la luz de la teoría del apego, si la unidad madre-hijo se rige por una fisiología adulta, asegurará al recién nacido la supervivencia. Este proceso requiere por parte de la madre de una empatía estrechamente involucrada para asegurar la madurez fisiológica del niño. Resolver la autonomía supone desacoplarse de la fisiología adulta y adquirir la certeza de unidad separada; éste es el proceso de individuación que va construyendo el aparato mental de cada ser humano.

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. Es así como esta construcción relacional altera el funcionamiento mental y predispone a los adolescentes a buscar soluciones de autonomía fisiológica, como las observadas en muchos de los síntomas de los trastornos de alimentación.

Factores de riesgo para los trastornos alimentarios de la infancia

La anorexia y la bulimia nerviosa suelen aparecer alrededor de la puber-

tad o la adolescencia temprana, épocas de especial importancia en la vivencia de una corporalidad cambiante, en la cual se enmarcan funciones de extrema importancia como la definición de roles sexuales y el ejercicio de una vida sexual activa.

Rome ES, Amuerman S, Rosen DS, Keller RJ, Lock J, Mammel KA, O'Toole J, Mitchell J, Sanders MJ, Sawyer SM, Schneider M, Sigel E, Silber TJ, señalan entre los factores de riesgo que se deben tener en cuenta en estas pacientes: la historia familiar de trastornos de alimentación y obesidad; enfermedad afectiva o alcoholismo en primer grado de consanguinidad; características de perfeccionismo en la personalidad, baja autoestima y 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 modelado[5].

Sin embargo, también existen conductas anormales relacionadas con la alimentación durante los primeros cinco años de vida (*pediatric feeding disorders*) entre las cuales se han descrito la pica, la rumiación, el *packing* (embuchar la comida en la boca y mantenerla durante mucho tiempo) y la intolerancia a los cambios en la textura, los colores o nuevos sabores después del segundo año de vida, etc.

Dichas alteraciones con frecuencia interfieren las funciones de nutrición y alimentación, se acompañan de bajo peso y talla para la edad y, también, se han estudiado como posibles factores de riesgo temprano de futuros trastornos del comportamiento alimentario propiamente dichos.

Se ha observado que las patologías psiquiátricas de los padres influyen probablemente en la de sus hijos y constituyen un factor de riesgo para el desarrollo de enfermedades psiquiátricas en ellos; esto, asociado con el factor genético. Los hijos de padres con enfermedades mentales presentan un riesgo sustancial de aumento de riesgo de desarrollar trastornos psiquiátricos durante la infancia. Teniendo en cuenta esta asociación, hay información sorprendente acerca de los efectos de los trastornos de alimentación maternos sobre sus hijos[6].

Los factores de riesgo derivados del antecedente o la concurrencia de una alteración alimentaria materna, han sido descritos y estudiados por diferentes autores, evaluando el peso del componente genético (la transmisión hereditaria de la enfermedad) y el papel de la interacción que estas madres establecen con sus hijos, especialmente en funciones de cuidado básico, como la nutrición.

Stice E, Agras S y Hammer M, estudiaron una cohorte de 216 recién na-

cidos sanos que fueron seguidos, al igual que sus madres, durante los primeros cinco años de vida con el objetivo de analizar los factores de riesgo para trastornos del comportamiento alimentario de aparición temprana durante la primera infancia[7]. Los autores compararon los hallazgos en los hijos de madres con historia de trastorno del comportamiento alimentario y sin ella, y encontraron que el riesgo de aparición de alteraciones en la alimentación, como no comer, comer a escondidas, comer en exceso y presentar vómitos, se incrementa alrededor de los cinco años de edad y se va incrementando aún más en una niñez más tardía.

La falta de satisfacción de la madre con su figura corporal, la internalización del ideal de ser delgada, las dietas, los síntomas bulímicos, la masa corporal paterna y materna, predicen la aparición de trastornos de alimentación en la niñez; además, los comportamientos alimentarios de los niños y su masa corporal durante el primer mes de vida también predicen su aparición. Agras *et al.* observaron que las madres con sobrepeso desarrollan una preocupación por el peso que se refleja en comportamientos de no comer en sus hijos. El manejo de la delgadez de la madre, como también el índice de masa corporal del infante, predicen la emergencia de comidas excesivas durante los primeros cinco años de vida.

Posteriormente Agras S, Hammer L y McNicholas F, estudiando la misma cohorte, encontraron que los infantes de madres con trastornos de alimentación al recibir la lactancia materna chupaban más rápido y se destetaron nueve meses más tarde que los hijos de mujeres que no padecían el trastorno[8]. Además, notaron que dichas madres alimentaban a sus hijos en horarios menos regulares, usaban alimentos poco nutritivos y demostraron una gran preocupación por el peso de sus hijas a partir de los dos años de edad, al compararlas con las que no padecían el trastorno. También, en las hijas de las madres con la patología, observaron afectos más negativos que en las hijas de quienes no presentaban ni habían presentado un trastorno del comportamiento alimentario.

En otro estudio Waugh and Bulik realizó un diseño de casos y controles con 10 mujeres que padecían o habían padecido un trastorno del comportamiento alimentario y 10 que no lo padecían, con sus respectivos hijos entre las edades de 12 y 48 meses[9]. Los autores aportan observaciones interesantes, como la importancia del factor genético en la transmisión de la patología; también, resaltan que el crecimiento intrauterino fetal se encontró afectado en las mujeres con trastorno del comportamiento alimentario y que esos menores presentaban tallas más pequeñas y peso al nacer que los menores del grupo control.

Además, las madres con trastorno del comportamiento alimentario presentaban mayor dificultad para alimentar a sus hijos con pecho y realizaban comentarios poco positivos en relación con la comida durante el momento de la alimentación, que las mujeres del grupo control.

Algunas escuelas de pensamiento, como la teoría sistémica, han realizado el análisis de la relación madre-hija en este tipo de enfermedades y han observado un tipo especial de familia con características comunes bien definidas, en las que se encuentra el ambiente propicio para que se desarrolle un trastorno del comportamiento alimentario. Minuchin, menciona las características que se encuentran en estas familias y, particularmente, en la relación madre-hija, como son: la sobreprotección, una crianza excesiva y restricción de la autonomía restringida, con las que se estimulan y se dan respuestas de tipo protector entre los miembros de la familia; la rigidez, es decir, la tendencia a mantener patrones fijos no funcionales, con una familia resistente al cambio; la evitación del conflicto y la pobre capacidad de resolverlo son características familiares frecuentes[10]. Son familias con poca tolerancia al conflicto y amalgamadas, es decir, sus miembros están excesivamente involucrados entre ellos y muestran tendencia a entrometerse mutuamente en sus pensamientos, sentimientos, acciones y comunicaciones.

Un vínculo con cualquiera de las características descritas puede influir tanto en el inicio como en el mantenimiento de la evolución de la patología.

Lynn Humphrey, realizó un estudio comparativo en 40 familias compuestas por padre, madre e hijas adolescentes, de las cuales, 24 tenían una hija que presentaba anorexia o bulimia, y 16 familias en las que no se presentaba el trastorno del comportamiento alimentario[11]. Estos dos grupos se compararon mediante las escalas tipo FES (escala del desempeño familiar) y tipo FACES (escala de la evaluación de la cohesión), que fueron respondidas por cada uno de los miembros.

Los hallazgos describen a las madres de hijos con trastorno del comportamiento alimentario, como mujeres con dificultades para expresar sus sentimientos y, en especial, para manifestar su felicidad con su maternidad, quienes no se involucran o no se comprometen, y no dan soporte.

Además, es significativo que estas familias mantengan a sus hijos aislados, sin apego, y establezcan relaciones interpersonales muy conflictivas y con dificultades en el control, en comparación con aquéllas en las que no existen hijos con este trastorno.

Los autores aclaran que en este estudio es imposible definir si es la ano-

rexia o la bulimia la que produce la disfunción familiar o es la disfunción familiar la que favorece la aparición del síntoma. Además, señalan la necesidad de tener en cuenta la existencia de otras patologías mentales que pudieran padecer los padres y que no se tuvieron en cuenta en este estudio.

La literatura consultada sugiere que, entre las características de los vínculos familiares de estas pacientes con anorexia o bulimia nerviosa, prevalece la existencia de poco apoyo y compromiso, con mucho aislamiento y caos, los cuales se constituyen en posibles factores de riesgo.

En relación con el proceso de separación-individuación señalado por Mahler, también existen alteraciones significativas entre estas pacientes y sus madres. Las madres tienden a presentar excesiva solidaridad, acompañamiento y sobreprotección a sus hijos, lo cual llega a sofocar su identidad; se convierten en individuos muy complicados en su manera de ser, muy dependientes y poco estructurados[11].

Por otra parte Jane Scourfield, describe tres casos en que la anorexia nerviosa materna lleva a una mala nutrición en sus hijos, causando “una anorexia por proximidad”. Con 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 la comida[12].

El que los menores observen en casa la restricción de los padres en su alimentación, favorece que presenten restricción, alta selectividad frente a los alimentos o períodos de excesiva ingestión de alimentos en horas diferentes, generalmente a escondidas, lo cual aumenta el riesgo de desarrollar un trastorno del comportamiento alimentario.

Alan Stein y Helen Wooley presentan un estudio en el cual se comparan 34 madres con trastorno del comportamiento alimentario, 39 con depresión posnatal, y un grupo control “saludable”, todas con sus hijos de 12 meses de edad, que fueron observados a la hora de jugar y de comer, en aspectos como la manera de ejercer las madres el control, ya fuera de manera verbal o no[13]. Se encontró que las madres con trastorno del comportamiento alimentario utilizaban más el control verbal fuerte y estuvieron todo el tiempo controlando a sus hijos, en especial, en la hora del juego, en comparación con las madres de los otros grupos.

Las madres de los tres grupos fueron más controladoras durante el jue-

go estructurado que durante la hora de las comidas. El aspecto del comportamiento materno más estrechamente asociado con el control del lenguaje verbal, fue la restricción dietaria materna. Esto pone en evidencia que los patrones de control parental tienen relación con la psicopatología alimentaria de la madre. Otro aspecto señalado es que, cuando existen críticas del esposo, las madres ejercen mayor control verbal sobre los bebés. En las madres con depresión posnatal no hubo muchas diferencias en los comportamientos de control comparados con los del grupo de mujeres “saludables”.

En otro artículo de Stein Woolley se comparan 34 madres con trastorno del comportamiento alimentario con hijos de un año de edad, con un grupo de 24 mujeres sin la patología. Se hace una observación con cámaras de video durante la comida y se concluye que el conflicto que se presenta en las madres con trastorno del comportamiento alimentario sí interfiere con los patrones de respuesta materna hacia sus hijos.

En el estudio muestran cómo las madres con trastorno de alimentación de cualquier tipo, presentan conductas disruptivas en cuanto a su función materna. Su trastorno de alimentación interfiere con sus respuestas ante antecedentes que sean potencialmente conflictivos. Presentan actitudes extre-

mas en relación con el cuerpo y el peso; estas preocupaciones interfieren con su función maternal y llegan hasta ignorar las necesidades inmediatas de sus hijos, por lo cual se encuentran niños que se autoalimentan, bajo mucho estrés, y son incapaces de exponer lo que piensan acerca de las comidas [14].

Las que padecen el trastorno son que toman medidas extremas en la alimentación para mantener el peso. Es típico que las madres con anorexia traten de minimizar o negar los problemas que presentan alrededor de esta patología, aspecto que es similar en la conducta de los hijos.

Justine Evans y Daniel Le Grange, realizaron un estudio en el cual comparan 10 familias con trastorno del comportamiento alimentario con 10 familias sin la patología. Entre ambos grupos de madres, encontraron similitudes en relación con la preocupación por su propia talla y peso, y por la talla y la figura corporal de sus hijos[15].

Estos autores también encontraron que en el grupo con el trastorno existía 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, mientras que las otras madres, sin el

trastorno, alimentaban a sus hijos según la demanda y tenían una mejor capacidad para reconocer las señales de hambre de los menores. Además, las madres con trastorno del comportamiento alimentario reportaron más conflictos emocionales en sus hijos, los cuales iban desde la depresión hasta la conducta agresiva desafiante.

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. Estas madres se beneficiarían de una cuidadosa instrucción que permita más flexibilidad y soporte en los cuidados y la alimentación de sus bebés.

En ambos grupos se mostró que hay una fuerte asociación entre el grado de satisfacción de las niñas con su cuerpo y la satisfacción de la madre con su propio peso y forma. Esta observación nos indica que las madres comunican a sus hijos su propia actitud hacia el cuerpo de ellos y éstos la interiorizan.

En este mismo artículo se encuentran comentarios sobre otros estudios que vale la pena resaltar, como los siguientes:

1. Las investigaciones empíricas en el campo de los trastornos de la ali-

- mentación realizan todo el esfuerzo para acertar en su etiología, su prevalencia y su impacto sobre los adolescentes que lo sufren y sobre su familia de origen.
2. Actualmente, se ha comenzado a investigar sobre los efectos a largo plazo de la patología alimentaria y su influencia sobre la sexualidad, el matrimonio, la fertilidad y, en especial, el embarazo.
 3. Los estudios en mujeres embarazadas y con la patología activa (trastorno del comportamiento alimentario), muestran que la mayoría de ellas aprenden a manejar la ganancia de peso y hacen cambios temporales en los hábitos de alimentación buscando una alimentación saludable. Esos hallazgos guían a muchos investigadores a pensar que el embarazo tiene un efecto benéfico en este tipo de pacientes y que ellas comienzan a hacer cambios en su conducta alimentaria como todo un esfuerzo para proteger la salud de los bebés. Sin embargo, los mismos investigadores muestran que estas ventajas son a corto plazo, ya que los comportamientos anoréxicos y bulímicos vuelven a aparecer apenas nacen los hijos.
 4. Se considera que los patrones anormales de interacción entre estas madres y sus hijos comienzan a observarse durante el puerperio.
 5. La evidencia muestra una fuerte relación entre las restricciones dietarias de las madres y sus niñas de 10 años. Hay una similitud entre el agrado que sienta la madre con su propio cuerpo y su sexualidad, y el desarrollo de la imagen corporal y de la alimentación en sus hijas. Fitcher, Meister y Kotch (1986) observaron en estas madres distorsiones en la percepción visual de sus cuerpos por sobrestimar la talla y se argumenta que las niñas adoptan la misma percepción anormal de sus cuerpos de manera temprana.
 6. Autores como Woodside (1990), Fahy y Treasure 1989, describen patrones de relación en los cuales hay mucha tensión de los padres con los hijos, y también son evidentes el abandono y los patrones distorsionados de conducta en la díada padre-hijo.
- En su estudio Pike y Rodin llevaron a cabo un análisis de las características de las actitudes y los comportamientos alimentarios de 77 madres con trastorno del comportamiento alimentario y sin él, y sus hijas adolescentes. Se observó que las madres de las niñas con el trastorno de alimentación pensaban que sus hijas deberían perder peso, y que eran menos atractivas de lo que se consideraban las mismas niñas, en comparación con las madres del otro grupo. Estas

madres con trastorno del comportamiento alimentario fueron tan críticas consigo mismas sobre su peso y apariencia como con sus hijas, y las presionaron más para alcanzar la delgadez ideal y el atractivo físico.

Se observó también que las madres de las hijas con trastornos del comportamiento alimentario tenían una historia crónica de dietas y de trastornos de alimentación en sí mismas. [16]

Discusión

Todos estos hallazgos señalan que tanto las madres anoréxicas como las bulímicas experimentan algún tipo de problemas en su vida familiar y, particularmente, en la interacción madre-hijo y el tipo de vínculo que establecen con sus hijos, colocándolos en un mayor riesgo de presentar patologías de diversa índole entre las cuales son frecuentes las alteraciones alimentarias.

El desarrollo de un vínculo temprano normal o adecuado funcionaría como un factor de protección frente a la aparición de patologías como los trastornos alimentarios durante la infancia o la adolescencia.

De los estudios analizados se puede deducir la importancia de la interacción entre la genética y el ambiente para el desarrollo de un trastorno del comportamiento alimentario.

El trastorno de alimentación puede ser el resultado de la conjugación de vulnerabilidades genéticas y de las conductas aprendidas. Las actitudes y comportamientos de la madre frente a la comida contribuyen a que sus hijos manifiesten sus conflictos psicológicos y emocionales de determinada manera.

A nivel familiar, la amplia gama de problemas descritos en el funcionamiento de las familias de estas pacientes, señalan la importancia de involucrar a la familia y, en particular, a la madre (o excluirla, como proponen algunas escuelas) en el tratamiento.

Las actitudes y comportamientos de las madres con el embarazo, la lactancia materna, las dietas, la comida, los ideales de delgadez, la percepción que tienen de sí mismas, de su peso y su figura, 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 tópicos obligatorios de trabajo preventivo en las mujeres durante que hayan sufrido o sufran un trastorno del comportamiento alimentario durante sus embarazos o épocas de crianza, dadas las implicaciones de estos comportamientos maternos en el riesgo de configuración de un trastorno similar en los hijos.

Conclusión

El estudio de las teorías sobre el apego y el desarrollo infantil temprano arroja elementos básicos para la comprensión de la génesis de los síntomas anoréxicos y bulímicos en niños y adolescentes. Igualmente, la comprensión del fenómeno se enriquece con el análisis de los comportamientos maternos con sus hijas y de las características de la dinámica familiar.

Finalmente, resaltamos dos aspectos: la importancia de incluir en el tratamiento a las madres y familias de estos pacientes, y la importancia de la prevención en mujeres que han padecido o padecen la patología y se encuentran *ad portas* de iniciar sus tareas de crianza con su descendencia.

Bibliografía

1. Bowlby J. *Los cuidados maternos y salud mental*, OMS, Washington 1968.
2. Bowlby J. *Una base segura*, Aplicaciones clínicas de la teoría del apego, Buenos Aires, Paidós, 1989.
3. Winnicott, D. *Proceso de maduración en el niño*. Colección papel 451. Barcelona Laia, 1981.
4. Mahler M. *El desarrollo psicoafectivo e intelectual del niño*. Buenos Aires, Masson 1987.
5. Rome ES, Amuerman S, Rosen DS, Keller RJ, Lock J, Mammel KA, O'Toole J, Mitchell J, Sanders MJ, Sawyer SM, Schneider M, Sigel E, Silber TJ. *Children and adolescents with eating disorders: the State of the art*. Pediatrics. Jan. 2003; 111, 1: 98-108.
6. Rutter M, Quinton D. *Parental psychiatric disorders effects on children*. Psychological Medicine 1984; 14: 853-80.
7. Stice E, Agras S, Hammer M. *Risk factors for the emergence of childhood eating disturbances: a five-year prospective study*. 1998.
8. Agras S, Hammer L, McNicholas F. *A prospective study of the influence of eating-disordered mothers on their children*. Int J Eat Disord 1999; 25: 253-62.
9. Waugh and Bulik. *Offspring of women with eating disorders*. International Journal of Eating Disorders 1999; 25, 123-33.
10. Minuchin S et al. *Psychomatics families, anorexia nervosa in context*. Harvard University Press, 1978.
11. Humphrey L. *Family relations in bulimic-anorexic and nondistressed families*. International Journal of Eating Disorders 1986; 5: 223-32.
12. Scourfield J. *Anorexia by proxy: are the children of anorexia mothers an at risk group?* International Journal of Eating Disorders, 1995; 18: 371-4.
13. Stein A, Wooley, H. *Influence of psychiatric disorder on the controlling behaviour of mothers with 1 year-old infants*. Br J of Psychiat 2001; 179: 157-62.
14. Woolley S. *Conflict between mothers with eating disorders and their infants during mealtimes*. Br J Psychiat 1999; 175: 445-61.
15. *Body size and parenting in eating disorders. A comparative study of the attitudes of mothers toward their children*. International Journal of Eating Disorders 1995; 18.
16. Pike and Rodin. *Mothers, daughters and disordered eating*. Journal of Abnormal Psychology 1991; 100.