

Riesgos asociados a los hijos de mujeres con trastornos alimentarios

Patricia Cordella¹, Karina Aedo¹, Veronica Ramirez¹

Resumen Se analiza literatura sobre la influencia materna que los trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos (TAI) tienen sobre el desarrollo psíquico de los hijos. De 1.096 artículos encontrados en PubMed, PsycINFO, Scielo, ProQuest Health & Medical Collection, 32 aportan información relevante organizada en 6 categorías: 1-Alimentación; 2-Anropometría; 3-Percepción materna de los hijos; 4-Percepción de los hijos hacia sus madres; 5-Estilo parental; 6-Psicopatología de los hijos.

La evidencia muestra influencia de TAI materno sobre el psico - desarrollo de los hijos. Se discuten mecanismos involucrados y se sugiere seguir avanzando en investigación y clínica.

Palabras clave: Trastorno de alimentación e ingesta; anorexia nervosa; bulimia nervosa; madre; infancia.

Abstract: Maternal influence on the children psyches developmental is analyzed when mothers are eating disorder diagnosed. 1.096 articles are founded in PubMed, PsycINFO, Scielo, ProQuest Health & Medical Collection. 32 provide relevant information and they are organized into 6 categories: 1-Food; 2-Anthropometry; 3-Maternal perception of children; 4-Mother s children perception; 5-Parental style; 6-Psychopathology of children.

There is a lot of evidence that shows the influence of a maternal eating disorder on the mental children development. Mechanisms involved are discussed and it is suggested to continue advancing in research and clinical interventions.

Keywords: Feeding and Eating disorder; anorexia nervosa; bulimia nervosa; mother; childhood

Fecha de envío: 10 de mayo de 2018 - Fecha de aceptación: 27 de septiembre de 2018

Introducción

La prevalencia de trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos (TAI) en mujeres durante la vida es de 5-10% (Sadeh-Sharvit *et al.*, 2016). Basado en cálculos de población y natalidad, en Europa y USA habrían 1,5 millones de preescolares criados por madres-TAI (Madre con trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos) (Bloom & Sousa-Poza, 2010; Cherlin *et al.*, 2010; Howden & Meyer, 2010).

Existen evidencias del efecto que la salud mental parental genera en los hijos. (Goodman *et al.*, 1999; Satyanarayana *et al.*, 2011) los que tienen mayor riesgo de dificultades emocionales, conductuales, cognitivas y sociales (Leverton *et al.*, 2003). La prevalencia de trastornos mentales aumenta cuando hay antecedentes familiares (genética más ambiente) (Dean *et al.*, 2010; McLaughlin *et al.*, 2012).

Son conocidos los efectos antropométricos fetales y del recién nacido (RN) en TAI materno. Existe una relación directamente proporcional durante el embarazo entre el escaso incremento de peso materno y el fetal. (Park *et al.*, 2003). Menos conocidos son

los mecanismos que regulan la trasmisión del cuadro psíquico. Los estudios se han centrado en los primeros años del desarrollo infantil, cuando la psicopatología formal es infrecuente (Brinch *et al.*, 1988), pero la huella en el desarrollo cerebral es determinante.

En estudios de cohortes: holandesa (Generation R Study) e inglesa de Avon (ALSAC) se describen alteraciones emocionales, conductuales y en el habla, además de psicopatología general. Los hijos de madres con anorexia nervosa (AN) o bulimia nervosa (BN), tienen mayor riesgo de desarrollar psicopatología en la infancia temprana. (Micali *et al.*, 2014) aumentando la prevalencia en la infancia tardía. Hay diferencias entre los hijos de madres-TAI (HMTAI) en el desarrollo cognitivo, la comprensión social, la planificación visoespacial y el razonamiento abstracto (Kothari *et al.*, 2013).

Otras investigaciones se han centrado en el efecto de los TAI materno en el desarrollo del vínculo madre-hijo y la crianza (Woodside *et al.*, 1990), describiendo cómo la disponibilidad materna, quien está ocupada en su trastorno, afecta la capacidad de cuidar a sus

(1) Departamento de Psiquiatría Pontificia Universidad Católica de Chile
Autor de correspondencia: mpcordella@gmail.com



hijos. (McNichola *et al.*, 1996). Las madres-TAI comunican que su sintomatología alimentaria interfiere con la crianza de sus hijos (Stein *et al.*, 2006). Por otra parte, las interacciones madre-hijo durante la alimentación (Russell *et al.*, 1998) son otra área de interés.

El objetivo de esta comunicación es revisar la literatura disponible sobre la influencia que las madres-TAI podrían tener en el desarrollo de sus hijos, además de ordenarla y reflexionar sobre ella con la intención de hacerla útil para la clínica y la investigación.

Métodos/ estrategia de búsqueda bibliográfica

Se realizó una búsqueda bibliográfica en inglés y español en PubMed, PsycINFO, Scielo, ProQuest Health & Medical Collection, utilizando

la combinación de los siguientes términos claves: “Mother”, “Eating Disorder”, “Anorexia”, “Bulimia”, “Binge-Eating”, “Obesity”, “Maternal Behavior” y “Parenting”. Se excluyen capítulos de libros. No se aplicaron restricciones de tiempo en la búsqueda electrónica, que abarca hasta octubre de 2017. La búsqueda se realizó independientemente por RV y AK; luego se compararon los hallazgos, se resolvieron discrepancias y supervisó CP. De 1096 artículos, concordaron por título 171. Cumplieron con criterios estadísticos suficientes para aportar al problema planteado: 32 publicaciones de las cuales 7 descriptivos; 10 caso control; 1 revisión sistemática; 1 revisión no sistemática; 1 metaanálisis; 2 experimentales y 11 estudios de cohortes. Los estudios miden el impacto de una madre-TAI sobre su hijo con diferentes instrumentos (Tabla 1).

Tabla 1: Instrumentos utilizados en la literatura revisada para evaluar impacto de madre-TAI sobre sus hijos.

	Dimensión evaluada	Instrumento utilizado
MADRE	Psicopatología general	Crown Crisp Experiential Inventory (CCEI)
		Schedule for Affective Disorders Schizophrenia (SADS).
		Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS)
		Symptom Checklist-90-Revised (SCL-90-R)
		Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders [SCID-I]
		Entrevista semiestructurada: SCID-I/P
		Symptom Check List (SCL).
		Beck Depression Inventory-II (BDI-II)
		Beck Anxiety Inventory (BAI)
		Spielberger State-Trait Anxiety Inventory (STAI)
Animo	Ansiedad	Body Shape Schemata (POBS)
		Body Shape Questionnaire (BSQ)
Imagen corporal	Conducta alimentaria	The Eating Disorders Inventory (EDI-2)
		The Brief Symptom Inventory (BSI)
HIJO/A	Temperamento y o conductas al nacer	Eating Attitude Test (EAT)
		Food Frequency Questionnaires
		Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q).
		Brazelton Neonatal Behavioral Assessment Scale (NBAS).
		Unpredictable Temperament subscale of The Infant Characteristics Questionnaire-6 Month Form (ICQ-6)
		Carey Infant Temperament Scale.
		Denver Developmental Scale.
		Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Aged Children (K-SADS).
		Bayley Scales of Infant and Toddler Development (BSID-III).
		Child Behavior Checklist (CBCL).
Desarrollo infantil y psicopatología	Conducta alimentaria	Self-Perception Profile for Children.
		Toddler Diet Questionnaire
Conducta alimentaria	Interacción durante la alimentación	Child Eating Behaviour Questionnaire (CEBQ).
		Child version of the Eating Disorder Examination (Child-EDE).
Interacción durante la alimentación	Interacción Diádica	Scale for the Assessment of Feeding Interactions (SVIA)
		Infant Feeding Style Questionnaire (IFSQ)
Interacción Diádica	Parentalidad	Child Feeding Questionnaire (CFQ)
		Dyadic Adjustment Scale. (DAS)
Parentalidad		Dyadic adjustment Scale modificado.
		The Parenting Stress Index—Short Form (PSI/SF)
		Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ)

Resultados

La información se organizó en 6 categorías facilitadoras de la exploración clínica, basadas en ejes propios del TAI: comer, peso e imagen.

Son: 1-Alimentación; 2-Antropometría; 3-Percepción materna de los hijos; 4-Percepción de los hijos hacia sus madres; 5-Estilo parental; 6-Psicopatología de los hijos.

1-Alimentación: Los primeros estudios se enfocaron en la entrega y la calidad de la alimentación dada por las madres-TAI. Van Wezel-Meijler (1989), Scourfield (1995) y Russell (1998) describen dificultades en madres-TAI para alimentar sus hijos. Palfreyman *et al.*, (2013) señalan lo mismo en diferentes psicopatologías maternas.

Existe información contradictoria en relación al patrón de alimentación, Evans & Le Grange (1995) en un estudio caso control, reportan que las madres-TAI son más rígidas con los horarios de alimentación en relación a los controles. Estos resultados son discordantes al compararlos con el estudio de cohorte de Agras, (1999) quienes describen que las madres-TAI suspenden la lactancia materna 9 meses más tarde y presentan horarios de alimentación menos regulares que las controles. Estudios más recientes no describen diferencias en el tiempo de duración de la lactancia materna, en la introducción de alimentos, comidas o *snacks*, ni tampoco en la frecuencia de la ingesta en madres-TAI comparadas con madres controles (MC) (Hoffman *et al.*, 2014).

El tipo de alimentación que reportan madres con antecedentes TAI es menos procesada que las MC (Hoffman en 2014). Easter *et al.*, (2013) a partir de la Cohorte Inglesa de Avon (ALSAC) distinguen tres grupos alimentarios: procesados; saludables conscientes/vegetarianos y tradicionales. Los hijos de mujeres con AN y BN tienen patrones más frecuentes de alimentación saludables conscientes/vegetarianos en relación al grupo control.

Durante la ingesta los conflictos son por intrusión: madres que monitorizan excesivamente la cantidad y calidad de alimentos (Stein *et al.*, 1994; Lydecker & Grillo 2016) y expresan mayor emocionalidad negativa durante las comidas respecto a los controles (Stein *et al.*, 1994). Esto es controversial. Stein, (1999) reporta que las madres-TAI tienen significativamente más conflictos que las MC al momento de la alimentación, ya sea por desorden, desacuerdo en quien alimenta al niño y/o rechazo de alimentación del menor. Esta información se contradice a lo descrito por De Barse *et al.*, (2015) quienes a partir de una cohorte holandesa (Generation R Study) describen que las madres con historia de TAI refieren menos presión al alimentar a sus hijos. Otros estudios refieren

ingesta sin fines nutritivos (Agras *et al.*, 1999) o altos niveles de sobrealimentación emocional, principalmente en madres con AN (De Barse *et al.*, 2015).

2-Antropometría: Stein (1994; 1996) presenta dos estudios caso-control; demuestra diferencias antropométricas en HMTAI, siendo éstos de menor peso al nacer comparados con los hijos de grupo control y de madres con depresión postparto.

En una revisión sistemática y metaanálisis que buscó cuantificar el efecto del antecedente de AN materna en el peso de nacimiento de sus hijos evidenció que los hijos de mujeres AN tanto resuelta como activa, pesan menos que los hijos de mujeres sin antecedentes de patología alimentaria (Solmi *et al.*, 2013). Este es el primer metaanálisis sobre el tema y la mayoría de los estudios están basados en poblaciones y no en muestras clínicas, lo que puede subestimar el resultado al encontrar menos casos de AN según concluyen sus autores. La mayoría de las mujeres con AN a lo largo de la vida tenían el diagnóstico ya resuelto al momento del embarazo, lo que también podría mermar el efecto en el peso del RN. Los autores plantean que el bajo peso materno pregestacional podría ser un factor de riesgo para tener hijos con bajo peso al nacer en madres con AN activa o pasada.

Pocos estudios categorizan los subgrupos de TAI maternos (Anorexia, Bulimia, Atracón, Pica, Rumiación, No especificado) para evaluar la antropometría. Easter *et al.*, (2014) publican un seguimiento durante 10 años de hijos de madres-TAI, (cohorte de Avon). Los resultados muestran que: hijos varones de madres AN y BN e hijas de madres AN tuvieron una talla menor durante su infancia. Sin embargo, en el control de los 10 años los hijos varones de mujeres con BN habían logrado una talla mayor en relación a los controles. Al evaluar el índice de masa corporal (IMC), los hijos varones de las madres-TAI tuvieron un IMC superior durante los 2 a 5 años de vida; las hijas de madres AN obtuvieron un IMC menor a los 2 años, con una recuperación del peso llegando a su curva ponderal normal a los 10 años.

Durante el primer año de vida, Perrin *et al.*, (2015) evidenciaron en los hijos de madre AN un menor incremento ponderal en la relación peso/talla (P/T), a diferencia de hijos de madres con BN o de Trastorno por Atracón (TA) que tienen mayor relación P/T en el nacimiento, y menor relación P/T durante los primeros 12 meses de vida.

Stein *et al.*, (2006) muestran una curva de peso adecuada en hijos de madres-BN que reciben intervenciones diádicas, donde el video *feedback* se posiciona como una estrategia terapéutica eficiente para la interacción madre- hijo.

3. Percepción materna acerca de sus hijos: Las madres-TAI, independiente del tipo de trastorno, perciben a sus hijos con temperamento difícil (niños insatisfechos, desajustados, con mayores dificultades en la regulación emocional y un tono emocional más negativo ("menos alegre")) en comparación a MC. (Evans & le Grange 1995; Agras, 1999; De Barse *et al.*, 2015; Barona *et al.*, 2016). Zerwas *et al.*, (2012) en la Cohorte infantil de Noruega (MoBa), describen que las mujeres-TAI previo al embarazo se asocian con una calificación materna de temperamento infantil difícil a los 6 meses de edad. Las mujeres AN y TAI no especificados (según DSM IV) tenían 2,3-2,8 veces más probabilidad de calificar el temperamento de sus hijos como difícil.

4-Percepción de los hijos hacia sus madres: Park *et al.*, (2003) analizan a través del juego, la percepción que tienen los hijos de sus madres y las describe en relación a la imagen corporal, la capacidad lúdica y la alimentación positiva. Concluye que más que el TAI son las dificultades conyugales las que suman a una representación materna negativa.

5-Estilo parental: Es ejercido por las madres con antecedentes TAI es controversial. Algunos no reportan diferencias en los estilos de crianza en las madres-TAI versus MC (Agras *et al.*, 1999) y otros posteriores muestran las dificultades maternas en la interacción con sus hijos (Stein *et al.*, 1999; De Barse *et al.*, 2015; Cimino *et al.*, 2016). Al profundizar en las problemáticas, la madre-TAI es menos hábil en reconocer las señales pre-conflicto y es menos probable que dejen de enfocarse en sus propias dificultades en vez de tomar en cuenta las de su hijo (Stein *et al.*, 1999). Además, tendrían dificultades en contener las necesidades emocionales de sus hijos (De Barse *et al.*, 2015).

Cimino *et al.*, (2016) al estudiar madres y padres con Trastornos de Atracón, en un estudio caso control, reportan que los grupos con uno o ambos padres con Trastorno de Atracón muestran menor interacción padre-hijo y mayores dificultades en regulación emocional y del comportamiento en comparación con el grupo control. También describen una influencia directa del diagnóstico psiquiátrico parental sobre la calidad de la interacción padres/ hijos.

Park *et al.*, (2003) proponen en una revisión no sistemática factores de riesgo en el desarrollo NNA (niño, niña, adolescente): influencia genética; psicopatología materna; deseos maternos de hijos delgados; mal funcionamiento parental (derivado de la presencia de TAI); discordia conyugal y disfunción familiar.

Sadeh-Sharvit *et al.*, (2016) en un estudio experimental prospectivo no controlado evalúan un programa de prevención precoz en HMTAI. Centrado en cogniciones y comportamientos parentales

en las prácticas alimentarias, promueve la participación activa de ambos padres, con el objetivo de reducir los riesgos de hijos pequeños de madres-TAI. Incluye al padre en los focos de intervención: ingesta, psicopatología materna y la relación parental. Resulta una mejoría en las prácticas de alimentación infantil y percepciones más positivas de los niños entre ambos padres.

6-Psicopatología en los hijos: La relación entre psicopatología parental y filial ha producido variados estudios. (Micali *et al.*, 2014; Bould *et al.*, 2015; Micali *et al.*, 2016; Barona *et al.*, 2017). La sintomatología ansiosa, depresiva y alimentaria durante el tercer trimestre de embarazo se correlaciona con psicopatología en la descendencia. (Micali *et al.*, 2014; Barona *et al.*, 2016).

Hijas de madres AN tienen 2,5 veces más problemas emocionales, conductuales y de hiperactividad; mientras que los hijos, más problemas emocionales. (Cimino *et al.*, 2016). Las hijas de madres BN muestran mayor hiperactividad y los hijos muestran más trastornos del comportamiento y emocionales. Con respecto a Trastorno de Atracón A, hijos de uno o ambos padres con este trastorno arrojan puntuaciones más altas en escalas de síntomas internalizantes (regulación emocional) y externalizantes (comportamiento) (Cimino *et al.*, 2016). Finalmente, la madre-TAI se asocia con un diagnóstico psiquiátrico en la descendencia a los 7 y 10 años, especialmente trastorno ansioso (OR: 1,9, IC 95%: 1,1-2,8) (Micali, 2014).

La presencia en uno de los padres de TAI incrementa el riesgo de TAI en hijas y cuando ambos padres lo padecen este riesgo está presente en todos sus hijos (Bould *et al.*, 2015). Sintomatología alimentaria inespecífica en uno de los padres aumenta la monitorización de la conducta alimentaria y facilita el riesgo de producirla (Palfreyman *et al.*, 2013). Stein *et al.*, (2006) luego de estudio caso/ control reportan que HMTAI, muestran en la escala de psicopatología de síntomas alimentarios puntajes más altos en restricción alimentaria, preocupación por la forma corporal y por el peso que los hijos de MC. El riesgo de traspaso está relacionado con el tiempo de exposición de la madre a TAI, así como que el conflicto en las horas de comida no se haya resuelto antes de los 5 años. (Stein *et al.*, 2006)

Desde un punto de vista dimensional, las madres subsindromáticas, podrían influir en la respuesta emocional de sus hijas en torno a algunos alimentos (Lewis *et al.*, 2015). La presencia de comorbilidad materna, principalmente la somatización, es un predictor de conductas de aislamiento, agresividad y síntomas externalizantes en sus hijos, resultados que se ven en otros estudios con madres con psicopatología no alimentaria (Cimino *et al.*, 2013). La presencia de síntomas ansiosos en los padres o síntomas obsesivos/compulsivos, también afectan el funcionamiento global de sus hijos.

Las manifestaciones de síntomas depresivos en las madres pueden influir en el inicio de las dificultades internalizantes y externalizantes de sus hijos. (Cimino *et al.*, 2013).

Finalmente, al analizar el desarrollo neurocognitivo estudios caso/control muestran que una madre-TAI activa predice un peor puntaje en el comportamiento neurológico de los RN, mientras que solo el antecedente de TAI materno predice peor puntaje en el desarrollo infantil al año de vida. Los HMTAI tienen una regulación autonómica más pobre durante el periodo postnatal temprano, dificultades de desarrollo motriz y del lenguaje al año de vida. Estos resultados destacan como marcadores tempranos de susceptibilidad al temperamento adverso o reactividad al estrés (inestabilidad autonómica) y características neurocognitivas que podrían ser fenotipos intermedios para TAI (Barona *et al.*, 2016; Barona *et al.*, 2017).

Discusión

Una mujer con TAI tiene 6 veces más riesgo de morir que la población normal por causas naturales y 9 veces más por causas NO naturales. Sin embargo, si es madre, su riesgo disminuye (Papadopoulos & Karamanis, 2013). El maternaje (modo en que se cuida y ama al hijo) parece protegerlas mostrando cuán importante es vincularse en el cuidado hacia un otro aun cuando se falle en el propio.

Las madres TAI son una población heterogénea con patologías: agudas, reactivadas, en remisión parcial; crónicas y con antecedentes/asintomáticas. Aunque todo TAI tiene en común el temor a subir de peso, hay variadas presentaciones: restrictivos asociados al control (AN); excedidos asociados al descontrol (Trastorno de Atracción y BN) y asociaciones a otras psicopatologías como depresión, angustia o trastornos de personalidad.

Los HMTAI son expuestos a diversas formas vinculares que mantienen en común un temor materno (a subir de peso) que opera como riesgo de variadas patologías mentales. El temor o miedo basal permite pensar que algo en la regulación de la angustia no se instaló en el sistema de bienestar materno y que pudiera ser traspasado al hijo. Este sistema opera en eje HPA –sistema límbico-corteza prefrontal perfilándose como la base del acontecer emocional y afectivo. Siendo muy sensible, especialmente en el lactante y preescolar, a la negligencia, el maltrato y la falla de sostén vincular. Cualquiera de estos eventos lo pueden desconfigurar y constituir la base biológica de futuras psicopatologías.

Cuanto más pequeño el NNA mayor es la influencia de la madre como modelador de patrones del eje HPA-límbico-CPF. Este sistema de regulación se desarrolla por aprendizaje vicario y por sucesivos

acoplamientos con el cuidador principal. Por esta razón, si la madre está ocupada resolviendo sus problemas emocionales a través de la figura, el peso, la regulación de la ingesta, la falta de sintonía con el hijo, la distracción con lo propio en desmedro de la atención y responsividad hacia el hijo harán un modelaje con pequeñas o grandes faltas y fallas. En esta línea faltarían estudios de apego y mentalización (Fonagy & Luyten, 2015). La madre propone de este modo una forma de relacionarse que se estabilizan durante el desarrollo y opera como eficientes/ineficientes reguladores del bienestar somático, psíquico y relacional.

El patrón alimentario de la madre-TAI podría ser transmitido. Si a madres e hijas se les muestran por separado láminas de comidas altas y bajas calorías y una escala visual análoga de tristeza, miedo y disgusto, expresan respuestas emocionales similares. Madres con miedo a comidas calóricas se relacionan con hijas que presentan sintomatología subclínica de TAI. (Lewis *et al.*, 2015). El tipo de alimento (saludables conscientes/vegetarianos; tradicionales) (Cohorte de AVON) con niños de 3, 4,7 y 9 años es diferente según sea la alimentación de la madre. Los HMTAI tienen patrones de ingesta más saludables que aumentan con su edad. Los hijos de madres BN tienden a consumir más hidratos de carbono. La influencia materna en la selección y control de la ingesta es evidente.

El patrón de ingesta emocional cargado de ansiedad o depresión, se organiza incluso antes de los 3 años si los padres son exigentes a la hora de comer. (Cardona *et al.*, 2015) Si se revisan y pondera la armonía/conflictividad en videos a la hora de comer las madres TAI tienen significativamente más conflictos que las MC, por desorden, desacuerdo o rechazo; reconocen menos señales pre-conflicto y siguen ocupadas con sus temores a la hora de alimentar NNA (Stein *et al.*, 1999) esto muestra un maternaje poco empático y sintónico. La madre-BN al presionar la ingesta en a sus hijos preescolares podría facilitar el comer emocional posterior (De Barse *et al.*, 2015) Los hábitos maternos de ingesta afectan en la pre-adolescencia la preocupación por la silueta; el peso, y la restricción alimentaria (Stein *et al.*, 2006) Esto, asociado al tiempo de exposición a la patología y la presencia de conflictos a la hora de comer los últimos 5 años.

Los HMTAI con madre-TAI activo durante el embarazo muestran al nacer desregulación emocional caracterizada por alteraciones en los ritmos de sueño, alimentación y aparición de enfermedad psicósomáticas o psicopatología. (Mushquash & Sherry, 2013). Además, un desarrollo lingüístico y motor más pobre al año de vida, los que se sugieren como marcadores neurobiológicos tempranos en HMTAI. Madre-TAI activa podría afectar la reactividad fisiológica versus madre-TAI pasada que afectaría lo cognitivo (Cimino *et al.*, 2016) y ambos serían marcadores de riesgo de TAI.

El patrón de cuidados, el maternaje, transforma la fisiología del NNA neuro modelándolo. El NNA captura vía empática o por neuronas espejo (Rizzolati, 2004) el sentir de la madre-TAI. Ella no se siente cómoda con su cuerpo ni con su imagen en el espejo ni con la representación mental que tiene de él (variando según intensidad del trastorno), entonces el NNA recibiría esta "incomodidad fundamental" (propioceptiva, enteroceptiva) del cuerpo de la madre-TAI como un rechazo materno hacia sí mismo. Sentiría que es él quien, no es ni suficiente, ni valioso, ni deseado. Así, mientras más intenso el trastorno, más sentimientos negativos experimentará. Se dañará así el desarrollo de su autoimagen, principal regulador de la autoestima.

La autoestima se organiza en torno a la imagen corporal. Para profundizar en la reflexión de este proceso se recurre a la filosofía y el psicoanálisis.

Paul Valery (1957) describe tres cuerpos: 1-Cuerpo de los órganos y la presencia. Para los griegos *guía* (cavidad y combadura) y *melea* (órganos como sede de la fuerza corporal, de aquí deriva melodía y canción). Conectados por una energía *thumós*, algo parecido al espíritu de hoy. Es lo más constante y lo más variable (el cuerpo de la vivencia).

2-Cuerpo de la imagen del espejo, ligado a las formas, la fisiognomía (idea que los cuerpos reflejan el alma) o apariencia formal entendida como expresión de identidad. (Cuerpo ícono).

3-Metacuerpo, cuerpo de construcción conceptual.

Por otra parte, la madre-TAI, que suele no haber elaborado la "herida narcisista del ideal de su figura", tampoco puede elaborar el ideal de hijo. La rabia lo hará descalificarlo, apartarlo, discriminarlo ya que la obliga a aceptar las faltas que no ha aceptado en sí misma.

Se entiende por herida narcisista según Kohut (2013) a la reacción rabiosa que ocurre cuando algo amenaza la idea sobrevalorada que se tiene de sí mismo. La autoestima del NNA estará en riesgo entonces, dependiendo del tiempo de exposición a los afectos negativos ligados al cuerpo de la madre y al modo en que se defenderá de ellas, así como de la presencia de otros adultos reparadores. La literatura sugiere que existe influencia materna en la construcción de la imagen corporal del NNA ya desde el embarazo, (Zerwas *et al.*, 2012) aunque se necesita mayor investigación para construir evidencia. (Evans *et al.*, 1995)

En resumen, la organización de la información en relación a la influencia que el TAI materno tiene sobre los hijos se presenta en diferentes niveles alcanzando espacios psíquicos, relacionales y antropométricos. Esta influencia es mayor cuando los niños son

pequeños y necesariamente comparten la esfera patológica del comer de la madre y las sensaciones corporales que ella experimenta. El diagnóstico de un TAI materno es un riesgo para el desarrollo emocional y neurocognitivo del hijo. Esto indica la necesidad de afinar la pesquisa diagnóstica en las madres que acuden a control con sus hijos pequeños incorporando preguntas básicas (Tabla 2). En conclusión, la evidencia parece indicar que ser HMTAI es un riesgo para el neurodesarrollo. No es posible reconocer como ocurre el daño ni las zonas o funciones específicas aun existiendo evidencia de psicopatología. Se requiere seguir avanzando en la pesquisa de TAI en todos los niveles de salud y en la investigación de los mismos.

Tabla 2: Preguntas clínicas que guían hacia el diagnóstico de riesgo en hijo de madre-TAI

Dimensión	Pregunta	Comentario
Alimentación	¿Recuerda la hora de comer con su NNA?, ¿Cómo era para usted realizar esta actividad con él?, ¿Recuerda algún momento importante en la vida del NNA que haya ocurrido en torno al comer?, ¿Le gusta comer con su hijo o prefiere hacerlo sola?	Significados asociados al comer
Antropometría	¿Me podría describir la curva de peso durante el desarrollo de su NNA?, ¿Estaba usted conforme con esta curva o habría esperado otro curso?, ¿Se parece a la suya?	Relacionar la silueta, el peso ideal de la madre con el hijo real
Percepción materna de los hijos	¿Este NNA es parecido a lo que usted esperaba o se imaginaba iba a ser?, ¿Le gusta cómo ha ido resultando su desarrollo?, ¿Le haría algún cambio en su silueta o personalidad?	Indagar representación del hijo
Percepción de los hijos hacia sus madres	¿Qué cree usted que piensa su NNA de usted?, ¿Qué le parece sea lo que su NNA más valora de usted?, ¿Qué le gustaría que su NNA valorara en usted?	Indagar valor asignado a aspectos que no se relacionan con el peso, la imagen, la figura
Estilo parental	¿Cómo se organiza su familia para decidir cuándo y cómo se come?, ¿Quién decide el menú?, ¿Qué ocurre si su NNA come cosas distintas a las que usted dispone?	Indagar organización familiar en torno a la comida
Psicopatología de los padres y de los hijos	¿Ha estado usted en tratamiento psiquiátrico o psicológico por alguna causa?, ¿La dieron de alta?, ¿Toma o ha tomado fármacos para regular su angustia o ánimo?, ¿Y qué hay de su NNA?	Indagar factores de riesgo en salud mental

Referencias

- Agras S, Hammer L, & McNicholas F. (1999). A prospective study of the influence of eating-disordered mothers on their children. *International Journal of Eating Disorders* **25**, 253-262.
- Barona M, Nybo Andersen AM, & Micali N. (2016). Childhood psychopathology in children of women with eating disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica* **134**, 295-304.
- Barona M, Taborrelli E, Corfield F, Pawlby S, Easter A, Schmidt U & Micali N. (2017). Neurobehavioural and cognitive development in infants born to mothers with eating disorders. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* **58**, 931-938.
- Bould H, Sovio U, Koupil I, Dalman C, Micali N, Lewis G, & Magnusson C. (2015). Do eating disorders in parents predict eating disorders in children? Evidence from a Swedish cohort. *Acta Psychiatrica Scandinavica* **132**, 51-59.
- Brinch M, Isager T, & Tolstrup K. (1988). Anorexia nervosa and motherhood: reproduction pattern and mothering behavior of 50 women. *Acta Psychiatrica Scandinavica* **77**, 611-617.
- Cardona Cano S, Tiemeier H, Van Hoeken D, Tharner A, Jaddoe VW, Hofman A & Hoek HW. (2015). Trajectories of picky eating during childhood: a general population study. *International journal of eating disorders* **48**, 570-579.
- Cherlin AJ. (2010). Demographic trends in the United States: A review of research in the 2000s. *Journal of Marriage and Family* **72**, 403-419.
- Cimino S, Cerniglia L, Porreca A, Simonelli A, Ronconi L, & Ballarotto G. (2016). Mothers and fathers with binge eating disorder and their 18–36 months old children: longitudinal study on parent–infant interactions and offspring’s emotional–behavioral profiles. *Frontiers in psychology* **7**, 580.
- De Barse L, Tharner, A, Micali N, Jaddoe, V, Hofman A, Verhulst, FC, Tiemeier H & Jansen P (2015). Does maternal history of eating disorders predict mothers’ feeding practices and preschoolers’ emotional eating? *Appetite* **85**, 1-7.
- Easter A, Howe LD, Tilling K, Schmidt U, Treasure J, & Micali N. (2014). Growth trajectories in the children of mothers with eating disorders: a longitudinal study. *BMJ open*, **4** e004453.
- Easter A, Naumann U, Northstone K, Schmidt U, Treasure J, & Micali N. (2013). A longitudinal investigation of nutrition and dietary patterns in children of mothers with eating disorders. *The Journal of pediatrics* **163**, 173-178.
- Evans J, & Grange DL. (1995). Body size and parenting in eating disorders: A comparative study of the attitudes of mothers towards their children. *International Journal of Eating Disorders* **18**, 39-48.
- Hoffman ER, Bentley ME, Hamer RM, Hodges EA, Ward DS, & Bulik CM. (2014). A comparison of infant and toddler feeding practices of mothers with and without histories of eating disorders. *Maternal & child nutrition* **10**, 360-372.
- Kohut H. (2013). *The analysis of the self: A systematic approach to the psychoanalytic treatment of narcissistic personality disorders*. University of Chicago Press.
- Kothari R, Solmi F, Treasure J, & Micali N. (2013). The neuropsychological profile of children at high risk of developing an eating disorder. *Psychological Medicine* **43**, 1543-1554.
- Leverton TJ. (2003). Parental psychiatric illness: the implications for children. *Current opinion in Psychiatry* **16**, 395-402.
- Lewis S, Katsikitis M, & Mulgrew K. (2015). Like mother, like daughter? An examination of the emotive responses to food. *Journal of health psychology* **20**, 828-838.
- Lydecker JA, & Grilo CM. (2016). Fathers and mothers with eating-disorder psychopathology: Associations with child eating-disorder behaviors. *Journal of psychosomatic research* **86**, 63-69.
- Luyten P, & Fonagy P. (2015). The neurobiology of mentalizing. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment* **6**, 366.
- McLaughlin KA, Gadermann AM, Hwang I, Sampson NA, Al-Hamzawi A, Andrade LH, & Caldas-de-Almeida, JM. (2012). Parent psychopathology and offspring mental disorders: results from the WHO World Mental Health Surveys. *Br J Psychiatry* **200**, 290–299.
- McNicholas F. (1996). Eating psychopathology and its effect on pregnancy, infant growth and development. *Irish Journal of Psychological Medicine* **13**, 67-69.
- Micali N, Stavola B, Ploubidis GB, Simonoff E, & Treasure J. (2014). The effects of maternal eating disorders on offspring childhood and early adolescent psychiatric disorders. *International Journal of Eating Disorders* **47**, 385-393.
- Micali N, Rask CU, Olsen EM, & Skovgaard AM. (2016). Early predictors of childhood restrictive eating: a population-based study. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics* **37**, 314-321.

- Mushquash AR, & Sherry SB. (2013). Testing the perfectionism model of binge eating in mother–daughter dyads: A mixed longitudinal and daily diary study. *Eating behaviors* **14**, 171-179.
- Palfreyman Z, Haycraft E, & Meyer C. (2013). Unintentional role models: links between maternal eating psychopathology and the modelling of eating behaviours. *European Eating Disorders Review* **21**, 195-201.
- Papadopoulos FC, Karamanis G, Brandt L, Ekbohm A, & Ekselius L. (2013). Childbearing and mortality among women with anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders* **46**, 164-170.
- Park RJ, Senior R, & Stein A. (2003). The offspring of mothers with eating disorders. *European child & adolescent psychiatry* **12**, i110-i119.
- Perrin EM, Von Holle A, Zerwas S, Skinner AC, Reba-Harrelson L, Hamer RM, & Bulik, C. M. (2015). Weight-for-length trajectories in the first year of life in children of mothers with eating disorders in a large norwegian cohort. *International Journal of Eating Disorders* **48**, 406-414.
- Rizzolatti G, & Craighero L. (2004). The mirror-neuron system. *Annu. Rev. Neurosci* **27**, 169-192.
- Russell GFM, Treasure J, & Eisler I. (1998). Mothers with anorexia nervosa who underfeed their children: their recognition and management. *Psychological Medicine* **28**, 93-108.
- Sadeh-Sharvit S, Zubery E, Mankovski E, Steiner E, & Lock JD. (2016). Parent-based prevention program for the children of mothers with eating disorders: Feasibility and preliminary outcomes. *Eating disorders* **24**, 312-325.
- Satyanarayana VA, Lukose A, & Srinivasan K. (2011). Maternal mental health in pregnancy and child behavior. *Indian journal of psychiatry* **53**, 351.
- Solmi F, Sallis H, Stahl D, Treasure J, & Micali N. (2013). Low birth weight in the offspring of women with anorexia nervosa. *Epidemiologic reviews* **36**, 49-56.
- Stein A, Murray L, Cooper P, & Fairburn CG. (1996). Infant growth in the context of maternal eating disorders and maternal depression: a comparative study. *Psychological medicine* **26**, 569-574.
- Stein A, Woolley H, Cooper S, Winterbottom J, Fairburn CG, & Cortina-Borja M. (2006). Eating habits and attitudes among 10-year-old children of mothers with eating disorders: longitudinal study. *The British Journal of Psychiatry* **189**, 324-329.
- Stein A, Woolley H, & McPherson K. (1999). Conflict between mothers with eating disorders and their infants during mealtimes. *The British Journal of Psychiatry* **175**, 455-461.
- Valéry P. (1957). Oeuvres. 2 vols. Ed. Jean Hytier. Paris: Gallimard, Bibliothèque de la Pléiade.
- Woodside DB, & Shekter-Wolfson LF. (1990). Parenting by patients with anorexia nervosa and bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders* **9**, 303-309.
- Zerwas S, Von Holle A, Torgersen L, Reichborn-Kjennerud T, Stoltenberg C, & Bulik CM. (2012). Maternal eating disorders and infant temperament: findings from the Norwegian mother and child cohort study. *International Journal of Eating Disorders* **45**, 546-555.