

**LA ALIMENTACIÓN FAMILIAR. INFLUENCIA EN EL
DESARROLLO Y MANTENIMIENTO DE LOS TRASTORNOS
DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA**

**THE FAMILY DIET. INFLUENCE ON THE DEVELOPMENT
AND MAINTENANCE OF EATING DISORDERS BEHAVIOR**

Rocío Tejeda Alonso¹

María Jesús Neyra¹

**¹Curso de Especialización Evaluación y Tratamiento Dietético Nutricional
en los Trastornos de la Conducta Alimentaria, Universidad Pablo de
Olavide (Sevilla)**

Correspondencia: Rocío Tejeda Alonso, amtejeda@gmail.com

Universidad Pablo de Olavide

Carretera Utrera Km 1, CP: 41013, Sevilla

RESUMEN

En los seres humanos el modo de alimentarse, preferencias y rechazos, está condicionado por el aprendizaje en los primeros años de vida. Entre las actitudes que favorecen los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) están la obsesión de los padres por la comida, dieta o imagen corporal aunque es la madre la que más influye. El objetivo de este trabajo ha sido analizar cómo influye la alimentación familiar en el desarrollo y mantenimiento de los TCA.

Palabras clave: trastornos de la conducta alimentaria, entorno familiar, factores socioculturales.

ABSTRACT

Human's eating patterns, food preferences and rejections are conditioned by learning in the early years of life. Attitudes that favour the development of an eating disorder (ED) are the obsession of parents by food, diet and body image, being the mother who most influences. The objective of this study was to analyze how it affects the family power in the development and maintenance of the ED.

Keywords: eating disorders, family environment, sociocultural factors.

INTRODUCCIÓN

El objetivo de este trabajo ha sido analizar cómo influye la alimentación familiar en el desarrollo y mantenimiento de los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA). La conducta alimentaria es el conjunto de acciones que establece la relación del ser humano con los alimentos (“3R”). Los TCA más conocidos son la anorexia nerviosa (AN), bulimia nerviosa (BN), y el trastorno por atracón (TA). Existen unos criterios definidos por el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV-TR) (1) que se muestra en la Tabla 1.

En la infancia, la madre es la principal responsable de la transmisión al hijo de las pautas alimentarias saludables que podrían prevenir enfermedades relacionadas con la alimentación (2-5). Los progenitores influyen en el contexto alimentario infantil usando modelos autoritarios o permisivos para la elección de la alimentación de los niños, en aspectos como el tipo, cantidad y horarios de alimentación, así como edad de introducción de los mismos (2,6). Los modelos de alimentación infantil aplicados por los progenitores, están basados en la disponibilidad de alimentos en el hogar, las tradiciones familiares, el acceso a medios de comunicación y la interacción con los niños durante la comida. La exposición repetida del niño a estos modelos familiares, genera un estímulo condicionado que asocia determinados alimentos con eventos específicos (fiestas, castigos, estaciones, entre otros), ejerciendo un efecto modulador sobre su comportamiento alimentario (2,7). Como consecuencia del reforzamiento positivo de la conducta derivado de las experiencias de alimentación, los niños adoptan las preferencias alimentarias y costumbres familiares que le resultan agradables, seleccionando las conductas que repetirán en el futuro (2, 9,10). El

contexto social en el que funciona la familia moderna, ha hecho que en la actualidad las decisiones sobre alimentación sean discutidas y negociadas frecuentemente con los niños, quienes influyen las decisiones del hogar por medio de la insistencia y la manipulación.

Un alto porcentaje de progenitores inducen a sus hijos a comer más allá de las señales de autorregulación innatas, en un intento por dar una buena nutrición a sus hijos (2, 5, 6). En este sentido, se ha propuesto que los niños poseen una destacable capacidad para modular su ingesta, que se manifiesta en grandes variaciones de consumo al comparar diferentes días, y que es consecuencia de una menor adherencia a las reglas familiares y una mayor respuesta a las señales internas de saciedad y hambre (2, 6, 11). La conducta alimentaria infantil está configurada a partir de las estrategias usadas por los padres para “controlar lo que come el niño”, a las que el niño responde usando diferentes mecanismos de adaptación y que finalmente se reflejarán en indicadores de salud tangibles como el peso y la adiposidad (2, 6, 12-16). Los estudios sobre la influencia de los progenitores en la conducta alimentaria infantil indican que éstos usan variadas estrategias a la hora de la comida en relación a la alimentación de los niños: actitud neutral, presión-exigencia, razonamiento, alabanza y adulación, restricción, amenazas y recompensas con alimentos o juegos, que están íntimamente relacionadas con el grado de responsabilidad de los progenitores hacia la alimentación de sus hijos (2, 6, 15-18). Estas estrategias de los progenitores son recibidas, interpretadas y traducidas por los niños en una amplia gama de conductas relacionadas con la alimentación (2,8,12,15-18).

Anorexia Nerviosa
<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 el 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>Especificar el tipo:</p> <ul style="list-style-type: none">• Tipo restrictivo: durante el periodo 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.• 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.
Bulimia Nerviosa
<p>a. Presencia de atracones recurrentes. Un atracón se caracteriza por:</p> <ol style="list-style-type: none">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). <p>b. Conductas compensatorias inapropiadas de manera repetida con el fin de no ganar peso como provocación del vómito, uso excesivo de laxantes, 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> <p>Especificar el tipo:</p> <ul style="list-style-type: none">• Tipo purgativo: Durante el episodio de la bulimia nerviosa, el individuo e provoca regularmente el vómito o usa laxantes, diuréticos o enemas en exceso.• Tipo no purgativo: Durante el episodio de 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 periodo 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 de 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 6 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).

METODOLOGÍA

Para la realización de este trabajo, hemos recurrido a diversas fuentes de información. En primer lugar, se han definido unas “*keywords*” o palabras clave, que nos han permitido realizar una búsqueda bibliográfica en diversas bases de datos, tales como “*Scopus*”, “*Medline*”, “*Scielo*” o “*Pubmed*”, siendo esta última de la que más archivos se han obtenido. Los títulos introducidos fueron “*Eating disorders behavior*” , “*Eating disorders behavior family environment*”, “*Eating disorders behavior sociocultural factors*”, “*Eating disorders behavior parents*”, “*Family influence in the development of eating disorders*” y “*Family factors associated to eating disorders*”. Tras haber realizado esta búsqueda, y haber leído los “*Abstract*” de los artículos que nos parecían más interesantes, hemos seleccionado algunos de ellos, y desechado otros que no se centraban realmente en este tema. También hemos encontrado

algunos artículos a los que no se ha podido acceder gratuitamente. Por otra parte, se ha utilizado también un libro recomendado durante el curso cogido de la Biblioteca, titulado “*El cuerpo como delito. Comprender la anorexia*”. Finalmente, se ha consultado también algún artículo de los que estaban referenciados en los que se seleccionaron en un primer momento.

RESULTADOS

Entorno familiar

Hay muchas variables dentro del entorno familiar que pueden afectar a la conducta alimentaria de los niños y, por tanto a su peso. Se incluyen entre estos las conductas alimentarias de los padres, los alimentos puestos a disposición de los niños, las comidas en familia, y las estrategias de alimentación utilizadas en los niños. Los padres juegan un papel fundamental en el desarrollo de las preferencias alimentarias de sus hijos y la ingesta de energía, con investigaciones que indican que ciertas prácticas de alimentación infantil, como ejercer un control excesivo sobre qué y cuánto comen los niños, pueden contribuir al sobrepeso infantil. (19,20).

En consecuencia, la investigación pone de relieve el papel del aprendizaje por la observación, con una particular importancia de la actitud y forma de comportarse de los padres.

Dos aspectos primarios de control son la restricción y la presión. La restricción implica el hecho de impedir el acceso de los niños a alimentos basura, y la restricción de la cantidad total de alimentos (19,21). La restricción de los padres tiene efecto a corto y a largo plazo sobre la ingesta de los niños; realza la preferencia, aumenta la atención y la ingesta en un primer momento,

lleva a comer en ausencia de hambre, y lo más importante, inhibe la capacidad de autorregularse uno mismo la dieta, provocando la evaluación negativa de uno mismo y un aumento de peso de los 5 a los 11 años (19,22).

La presión consiste en presionar a los niños a comer alimentos sanos, generalmente frutas y verduras, y presionar a comer más en general. Esto parece contraproducente, ya que reduce la capacidad del niño para regular su ingesta de energía (19,23).

La imposición de controles estrictos de los padres puede realzar la preferencia por parte de los niños a alimentos con un alto contenido en grasa y alimentos ricos en energía (se despierta el interés de los niños por los alimentos prohibidos o comida basura), y limitan la aceptación de una gran variedad de alimentos en los niños, alteran la regulación de la ingesta y la capacidad de respuesta de los niños a señales internas del hambre y la saciedad (15,19).

El ambiente familiar

El ambiente familiar desempeña un papel estrechamente relacionado con la producción y el mantenimiento de los TCA (24-26).

Se ha revisado un estudio (26) donde se examina la asociación de diversos patrones familiares relacionados con la comida (la frecuencia, prioridad, el ambiente, y la estructura de las comidas en familia) y los TCA.

En general, los jóvenes que participan en comidas familiares más frecuentemente, en las que el ambiente es positivo y estructurado, son menos propensos desarrollar desordenes de la conducta alimentaria. Se señaló que concretamente, este tipo de conductas afecta más a niñas que a niños.

En su estudio, concluyeron en que, entre las niñas, las comidas familiares frecuentes sirven como factor de protección para todas las formas de trastornos de la conducta alimentaria, ya que pueden tener relevancia para la prevención, la detección temprana y el tratamiento de los TCA (26). Cuando los adolescentes están ausentes de comidas familiares, puede ser más difícil para los padres darse cuenta de cuestiones relacionadas con los alimentos, o de que su hijo tome o no una dieta adecuada.

Concretamente, priorizar las comidas familiares y un ambiente positivo en ellas, sirven como factores protectores para todos los comportamientos de desórdenes de la conducta alimentaria, y las comidas familiares más estructuradas sirven como protectoras de conductas de control de peso no saludables y el someterse a dieta crónica.

En cuanto a personas bulímicas, son más propensas a tener altos niveles de estrés o conflictos durante las comidas, y usan los alimentos como herramientas de castigo o recompensa. (26,27).

En cuanto a las prácticas de los progenitores y a sus posibles influencias, los padres son menos restrictivos que madres e hijas en las comidas de media mañana y tarde. Suelen picar más entre horas que las hijas, pero menos que las madres. Se dejan influir menos por el estado de ánimo para aumentar o disminuir la ingesta que madres e hijas. Las madres tienen mayor control ante estímulos externos, para no aumentar la ingesta cuando se sienten llenas. Coinciden con las hijas en ser más restrictivas en comidas de media mañana y tarde y acostumbran a comer rápido y a masticar poco y cuando se sienten nerviosas influyen en ellas para aumentar el consumo de alimento. Las hijas son

las más restrictivas. Su ingesta está marcada más por variables cognitivas que por sensaciones como el hambre; prueba de ello es que le dan importancia a “ver comer” a otros” para aumentar su ingesta y dejar de comer un número importante de veces para hacer enfadar a alguien.

La disponibilidad de alimentos

La preocupación por la alimentación familiar adquiere matices importantes al considerar que la familia es el primer grupo donde el individuo aprende a comer, siendo la base para la formación de los hábitos alimentarios, que se ven influidos por la persona que prepara el alimento, la disponibilidad de alimentos, las preferencias, usos y costumbres que rodean la conducta alimentaria (28).

En cuanto a la disponibilidad de alimentos, es posible que la gama de alimentos de los que el niño disponga pueda determinar conductas y creencias específicas que más adelante determinen la conducta alimentaria de los sujetos. En este mismo sentido, se ha propuesto que el problema de la obesidad podría empezar a gestarse durante el primer año de vida por la incapacidad de la madre para entender las necesidades reales del niño. Al no diferenciar entre las necesidades físicas de alimentación, las emocionales, las biológicas u otras necesidades, las madres pueden utilizar la comida como la única o principal herramienta para satisfacer las demandas del bebe y para mantenerlo quieto (24).

La influencia de las madres, ya sea como modelos para los comportamientos alimentarios o como proveedores de alimentos, es algo que está siempre presente (29).

Aunque en la actualidad, los varones han empezado a asumir mayor responsabilidad en la adquisición y preparación de la comida, la mayoría de los trabajos coinciden en afirmar que, en casi todas las familias, es la madre la que decide los alimentos que se comprarán y la manera de prepararlos.

La mala alimentación de éstas, por tanto, la ingesta de líquidos de alta energía, aperitivos dulces, aperitivos salados, y comida para llevar se han asociado positivamente con la ingesta de los niños de todos estos alimentos. (29)

La calidad de la dieta disminuye de la infancia a la adolescencia (29,30), con hábitos dietéticos que probablemente promueven la gordura siendo activamente adoptados. Por ejemplo, el consumo de frutas, verduras, y la leche disminuye desde la infancia a la adolescencia (29,30), mientras que aumenta el consumo de refrescos (29,30)

Los malos hábitos alimentarios previos al trastorno han demostrado ser relevante en la predicción del trastorno, especialmente en la bulimia nerviosa (28).

Relación con la familia

Se han elaborado numerosas investigaciones sobre las relaciones madre-hija y padre-hija asociados a la psicopatología alimentaria (28).

Relación madre- hija

Se ha puesto especial atención en la influencia de las madres sobre la conducta alimentaria de sus hijas. Las madres de las hijas con TCA tienen peores relaciones con sus hijas, y en muchos casos, éstas también tuvieron

mala relación con sus propias madres. Destaca un vínculo afectivo inseguro en este tipo de relación (28).

Son contadísimos los casos en los que pese a las tensiones y ansiedades del día a día de las personas con TCA, las relaciones madre- hija se mantienen con un mínimo de cordialidad y serenidad. Las desaprobaciones referidas al estado y comportamiento de la paciente, percibidas a través de la hipersensibilidad de ésta, también genera diferencias madre-hija. Otras veces el inicio del trastorno desarrolla una dependencia madre hija excesiva. En realidad se trata de una actuación manipuladora de la paciente que encuentra la anhelada contrapartida de una madre sobreprotectora. Cuando se hace necesario romper esa vinculación, la frustración de la paciente se transforma en agresividad.

Relación padre- hija, el riesgo de no entender nada

En cuanto a la relación padre- hija, se reconoce el perfeccionismo y las altas expectativas como influencias en la psicopatología alimentaria (28,31). Al evaluar a personas con TCA, sus padres y sus madres, se han encontrado diferencias notorias entre la insatisfacción familiar que sienten las niñas con AN y la satisfacción familiar de sus padres, quizás porque los varones sean menos perceptivos a las necesidades e cercanía emocional (28).

El padre ha solido ocupar un lugar secundario. Suele ser la madre la que primero percibe las actitudes relacionadas con la aparición de TCA en los hijos, simplemente porque la madre, por lo general, está más atenta que el padre a los comportamientos y reacciones emocionales de sus hijos. Con la aparición de TCA en los hijos, ambos progenitores se angustian ante las temidas consecuencias, pero la madre media, a demás sabe preocuparse también por los

sentimientos de su hija, a la que percibe cada vez más infeliz. El padre medio suele reaccionar con menos sutileza, manifestando su frustración y dejándose llevar por la cólera consiguiente, con más frecuencia que la madre, a lo que la hija contesta amplificando el volumen de la agresividad del padre. Los sentimientos hacia el padre pueden ser de un rechazo absoluto.

El distanciamiento cuando se produce, no es más que una conducta de evitación, practicada por el padre como procedimiento para reducir la ansiedad que el padre le provoca, o la simple incapacidad para asumir el problema. Se constata que las intervenciones duras de los padres son claramente contraproducentes. Pero también la actuación blanda es criticada y también generadora de conflictos. En otras ocasiones, es el padre el que mantiene la serenidad y sigue las instrucciones del terapeuta.

Relación con los hermanos

La influencia de los hermanos también puede incrementar o decrementar el riesgo de TCA (32). La presencia de un hermano con gran preocupación por el peso y exagerados esfuerzos dietéticos pueden tener gran influencia, como lo es en los casos de hermanos drogadictos o alcohólicos, que son más propensos a conductas adictivas.

Existen pocas investigaciones, pero sí algún estudio aislado y la experiencia cotidiana que indican que la influencia de la hermana realmente se produce, y tiene a veces importancia trascendental. Es sabido el papel modélico del hermano mayor y por tanto modelador que puede desempeñar una muchacha de cierta edad respecto de su hermana mayor. La hermana mayor suele encarnar una serie de comportamientos, actitudes, intereses y estilos de vida que suelen y

pueden constituirse en objetivos a conseguir por parte de la menor. Por lo general, las hermanas pequeñas quedan absolutamente relegadas y acostumbran a pasar totalmente desapercibidas a la anoréxica, no resultando significativa para la paciente, ya que no es modelo ni rival corporal.

Los hermanos varones suelen ocupar un papel muy secundario. Lo normal es que eludan el problema, siéndoles muy difícil comprenderlo, escudándose a demás en que tampoco sabrían qué hacer para colaborar en la solución. Cuando desempeñan un papel relevante, se trata siempre del hermano mayor.

Experiencias estresantes

Existen algunos estudios que también tienen en cuenta los llamados eventos vitales estresantes, que son aquellas experiencias traumáticas sufridas dentro del ámbito familiar. Entre estas experiencias pueden encontrarse el fallecimiento de algún familiar (33), la separación de los padres, cambios en la figura paterna, o tener que convivir con una nueva pareja de sus padres, cambios de domicilio o problemas de salud (34). De igual manera se ha encontrado que las personas con TCA presentan mayores niveles de estrés acumulado y eventos estresantes, como discusiones familiares frecuentes, cambios de hábitos como la dieta o dejar de fumar (35).

El estrés cotidiano puede ser el que desencadene las conductas propias del TCA, como ocurre en el “trastorno por atracón”, donde la mayor frecuencia de atracones se da en los días que perciben mayor carga de estrés y estado de ánimo deprimido (28).

Psicopatología familiar

Diversas investigaciones indican que las familias con TCA presentan mayor psicopatología: depresión, personalidad obsesivo-compulsivo, adicciones (34,36) lo que no resulta raro, dado que en el área de la salud mental es común encontrar rasgos de ansiedad y depresión en distintas psicopatologías (28).

A pesar de las diversas alteraciones psicopatológicas de los padres, sólo en el caso de la psicopatología alimentaria se habla de un antecedente familiar delimitado para los TCA. No obstante, la psicopatología familiar en los TCA, aún se enfrenta ante la dificultad de discernir si está determinada biológica o socialmente, o bien explicar los mecanismos de interacción biopsicosociales implicados. En este sentido, las investigaciones genéticas trabajan arduamente para tratar de identificar los genes involucrados en la transmisión de la psicopatología alimentaria en las familias con TCA. (37,38).

Se sabe que en el caso de mellizos, se ha descrito una importante influencia genética relacionada con la conducta y las preferencias alimentarias, lo que apoya aún más la idea anterior de que exista algún componente genético que determine o favorezca la aparición de TCA en determinados sujetos.

Algunos estudios afirman que se ha demostrado ya la influencia por factores genéticos, psicológicos y ambientales (39,40).

De esta forma, 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.

Influencia de la madre

La influencia de las madres sobre la conducta alimentaria de sus hijas puede provenir del patrón, de la importancia que le dan a la apariencia y a la conducta alimentaria, o bien a la persuasión que estas llevan a cabo para que sus hijas pierdan y controlen su peso (41).

La obesidad en la madre

La obesidad en la madre es uno de los principales factores de riesgo para que alguno de los hijos desarrolle TCA. La obesidad en la madre es el predictor más significativo de la obesidad en los niños. El miedo de ser o convertirse en obesas también hace que se encuentren más preocupadas por el peso de sus hijos, lo cual puede condicionar la restricción en su alimentación.

La madre que hace dieta

En un estudio (42) se vio que las madres con hijas con TCA llevaban más tiempo preocupadas por las dietas y tenían más conductas alimentarias anormales que las demás madres. Se ha encontrado también relación entre las dietas por parte de las madres y su restricción en el niño, ejerciendo un mayor control sobre su dieta.

Madres que restringen la alimentación de sus hijas

En un estudio (43) se encontró que las madres preocupadas excesivamente por su peso y alimentación, propiciaban tal restricción en el acceso de las hijas a alimentos con alto contenido energético, a demás de fomentar en ellas la necesidad de perder peso.

Por otro lado, se ha encontrado que la restricción sobre algunos alimentos promueve la sobrealimentación en las hijas, sobre todo el comer en ausencia de hambre; las niñas acaban siendo menos efectivas para regular su propia ingesta de comida.

En los grupos de madres con TCA, hay una preocupación exagerada por los horarios de las comidas, y, de esta manera no perciben las señales de hambre de sus hijos. Las madres que no presentan trastornos de la conducta alimentaria, alimentan a sus hijos según estos lo demandan, y tienen mejor capacidad para reconocer sus señales de hambre. 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 o bulimia.

La conducta alimentaria compulsiva en la madre

Esta actitud en las madres se relaciona 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 la de que pueda tener algún componente genético (44). 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 (45,46).

Las investigaciones al respecto muestran que los TCA de la madre no repercuten en el ajuste psicológico general de los hijos, pero si se relacionan con la presencia de problemas alimentarios. Dicha relación está mediada por la

desorganización a la hora de comer, fuerte control materno y falta de armonía entre los miembros de la familia (46). Al identificar niños con problemas alimentarios es muy posible detectar indirectamente a madres con TCA.

Influencia de las madres durante el embarazo

En un estudio longitudinal de (47) 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 ansiedad materna puede ser anterior a las dificultades para comer del niño e impedir que se resuelvan apropiadamente los problemas de alimentación, una vez que éstos aparecen.

Anorexia por proximidad

En un estudio (48), un grupo de recién nacidos fue seguido junto con sus madres. 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, en otro estudio (49) se 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.

Alimentación, peso y figura corporal en la familia

A pesar de que la mayoría de los estudios resaltan la relación entre la madre y sus hijas como el factor de mayor importancia para la aparición de los trastornos de la conducta alimentaria (24,50-52) se han encontrado estudios que revelan que tal factor es relevante no tanto por sí mismo, sino en su relación específica con la importancia que se le da al aspecto físico, a la alimentación, al peso y a la apariencia en la familia (24).

Las madres ejercen una fuerte influencia sobre el peso de sus hijas y son más conscientes respecto de su conducta alimentaria. Los padres, en cambio, ejercen principalmente un rol impositivo sobre las prácticas alimentarias de sus hijos. La influencia de los progenitores sobre sus hijos muestra importantes diferencias según el género del hijo/a.

La valoración que la familia le otorga a la apariencia física puede propiciar la preocupación en el peso y la figura de las hijas (28,53). Las burlas y las críticas que recibe el individuo sobre su peso y apariencia física impactan en su imagen corporal y pueden reflejarse en síntomas de TCA, específicamente de BN; además este aprecio por una figura corporal esbelta sugiere que existe acuerdo en los valores estéticos de la familia, concretamente entre la madre y la hija (28,54).

La percepción que tiene la madre sobre el peso y la apariencia de sus hijas puede ejercer presión sobre la imagen corporal y hábitos alimentarios de éstas últimas (28). La influencia familiar puede llegar a fomentar que los jóvenes delgados son más aceptados por los demás, y las madres pueden

mostrar su admiración por la voluntad que tienen las personas que hacen régimen, lo que puede ser un factor de riesgo para las hijas.

El hecho de fomentar que realicen ejercicio para quemar calorías también puede influir negativamente en la adquisición de comportamientos y actitudes alimentarias problemáticas por parte de los hijos.

Los valores estéticos corporales a demás de por la familia, son también reforzados por grupos de compañeros o amigos que realizan dietas frecuentemente. Este aspecto ha sido señalado como factor de riesgo, y un importante factor mantenedor.

Estas relaciones no ocurren necesariamente de manera directa, dado que estos factores familiares se entretujan con otras variables personales y sociales, cuya conjunción contribuye a la aparición de los TCA (28,53,55). Como variables sociales y personales se pueden señalar situaciones en la vida de estas personas que han sido difíciles, en las cuales no hayan podido desarrollar la suficiente capacidad de afrontamiento, y por ello se estresen ante situaciones cotidianas que otras personas manejan sin mayor problema. De esta manera, al trabajar con personas con TCA, estamos ante personas con dificultades en el manejo de estrés, que cuentan con escasos recursos de afrontamiento individual y familiar, y recurren a conductas alimentarias nocivas como una forma de calmar o evadir su ansiedad (28).

Las personas con trastornos de la conducta alimentaria son personas negativas, que perciben su ambiente social como opresivo, tornándose suspicaces y desconfiadas ante su sensación de inadecuación para enfrentarse al mundo (24).

CONCLUSIONES

A pesar de las importantes lagunas, hoy se sabe lo suficiente para relegar a un modestísimo segundo plano dentro del conjunto de agentes causales o de riesgo para los TCA la alimentación familiar. Sabemos que en las familias de pacientes con TCA tiende a haber más casos de depresión o alcoholismo, lo que apoya la idea de algún componente genético que de alguna manera afecta a la aparición de los TCA, cuando esta carga genética se encuentra acompañada de un entorno propicio, como pueden ser comportamientos familiares, de compañeros o amigos o por presión de la sociedad en general donde se realicen dietas con frecuencia o con una preocupación especial por la figura corporal.

También se sabe que las familias de algunos pacientes con TCA pueden haber incurrido en ciertos errores educativos, cierta conflictividad en sus relaciones, cierta confusión en la delimitación de las funciones de cada uno, previo todo ello a la aparición de los TCA. Sin embargo, ninguno de estos factores puede ser responsabilizado directamente. Estudiar el papel de la familia en la aparición de un TCA es una tarea ardua. Las familias de los pacientes sólo se estudian cuando estos ya lo son, cuando el trastorno ya está en marcha, pero la situación familiar durante el curso de los TCA no tiene por qué ser la misma que antes de iniciarse el trastorno.

Los TCA alterna, encrespan, desestabilizan, socaban y a veces destruyen la vida familiar. La conflictividad secundaria a la enfermedad, sí suele ser un importante factor de mantenimiento, y con frecuencia agravación de los TCA. En definitiva no puede olvidarse que una parte del comportamiento familiar ante el paciente con TCA es consecuencia, respuesta, y reacción ante el

comportamiento de éste.

Visto todo esto, es importante tener en cuenta que, como ya que una vez que ha aparecido el TCA la situación familiar puede presentar incluso más dificultades que antes para solucionarlo, habría que tener conocimientos de todo este proceso para intentar dar una buena educación en cuanto a la alimentación desde que los hijos nacen. La aparición de este tipo de enfermedades no sólo está condicionada por la sociedad o por las modas, sino que muchas actitudes que se han descrito a lo largo de este trabajo que tienen bastante peso como la presión hacia los hijos para que coman más cuando son muy pequeños, la restricción de alimentos, hace que pierdan la capacidad de autorregular su ingesta, y una vez que crecen pueden interpretar la presión a que hagan deporte, o a que pierdan peso o coman sano, de una forma distinta a la intención que tienen los padres, lo que puede desembocar en la aparición de algún TCA.

No hay que olvidar que numerosos artículos hacen referencia a las comidas en familia, a las fuertes asociaciones que existen entre la frecuencia de éstas, el ambiente en el que se desarrollen y los TCA, y resaltan su potencial papel protector, preventivo y beneficioso como terapia una vez que aparece algún trastorno de este tipo.

A pesar del valioso papel de la literatura especializada en este campo, es notoria la ausencia de factores o mecanismos de protección relacionados con los TCA, definidos como aquellos atributos o condiciones que contribuyen a la resistencia para la psicopatología, entendida la resistencia como el proceso o la capacidad de lograr una adaptación exitosa a pesar de las circunstancias ambientales desafiantes o amenazantes. Al respecto, las investigaciones señalan

como un factor protector al vínculo familiar fuerte, el fomento de actividades intelectuales- culturales, o la orientación al logro en actividades escolares o laborales, a demás de todo lo mencionado anteriormente sobre la educación en el ámbito de la alimentación desde que el niño nace (28).

Con esta revisión, se ha intentado hacer una síntesis de todos los aspectos que pueden afectar a la aparición, desarrollo y mantenimiento de los TCA dentro del ámbito de la familia. Se estima oportuno incluir no sólo la evaluación de la imagen corporal y la preocupación por el peso de las hijas afectadas, sino también de la familia, en primer lugar los padres, y en otros muchos casos en los hermanos si procede, en el momento de la intervención clínica, ya que de manera indirecta pueden haber favorecido su aparición.

Se han dado una serie de explicaciones para comprender por qué los niños comen lo que comen. La falta de conocimiento se había considerado como causante de una alimentación deficitaria, pero no es explicación suficiente ya que las campañas de educación saludable (o educación para la salud) han tenido efecto limitado en los cambios de hábitos alimenticios (55).

REFERENCIAS

1. APA (Asociación de Psiquiatría Americana) (2002). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, DSM-IV-TR. Barcelona: Masson.
2. Domínguez-Vásquez, P., S. Olivares, y J.L. Santos. 2008. Influencia familiar sobre la conducta alimentaria y su relación con la obesidad infantil. ALAN 58(3):249-255.

3. Park HS, Yim KS & Cho S. Gender differences in familial aggregation of obesity-related phenotypes and dietary intake patterns in Korean families. *Ann Epidemiol* 2004; 14: 486-491.
4. Osorio J, Weisstaub G, Castillo C. Desarrollo de la conducta alimentaria en la infancia y sus alteraciones. *Rev Chil Nutr* 2002; 29: 280-285
5. Moens E, Braet C, Soetens B. Observation of family functioning at mealtime: a comparison between families of children with and without overweight. *J Pediatr Psychol* 2007; 32: 52-63.
6. Orrell-Valente JK, Hill LG, Brechwald WA, Dodge KA, Pettit GS, Bates JE. ‘ ‘ Just three more bites’ ’ : An observational analysis of parents’ socialization of children’ s eating at mealtime. *Appetite* 2007; 48: 37-45.
7. Birch LL, Fisher JO. Development of eating behaviors among children and adolescents. *Pediatrics* 1998; 101: 539-549.
8. Benton D. Role of parents in the determination of food preferences of children and the development of obesity. *Int J Obesity* 2004; 28: 858-869
9. Castro P, Bellido S. Utilización de test y cuestionarios en la investigación de la conducta alimentaria en pacientes con normopeso y exceso de peso corporal. *Rev Esp Obes* 2006; 4: 338-345
10. Blackburn JR, Phillips AG, Jakubovic A, Fibiger HC. Dopamine and preparatory behavior: II A neurochemical analysis. *Behav Neurosci* 1989; 103: 15-23.
11. Birch LL, Johnson SL, Andresen G, Peters JC, Schulte MC. The variability of young children’s energy intake. *N Engl J Med* 1991; 324: 232-235
12. Kral T, Faith M. Child eating patterns and weight regulation: a developmental behaviour genetics framework. *Acta Paediatr* 2007; 96: 29-34.

13. Whitaker R, Deeks C, Baughcum A, Specker B. The relationship of childhood adiposity to parent body mass index and eating behavior. *Obes Res* 2000; 8(3): 234-240.
14. Faith M. Maternal-Child Feeding Patterns and Child body weight. *Arch Peadiatr Adolesc Med* 2003; 157:926-932
15. Brown R, Ogden J. Children' s eating attitudes and behaviour: a study of the modelling and control theories of parental influence. *Health Educ Res* 2004; 19(3): 261-271.
16. Spruijt-Metz D, Lindquist CH, Birch LL, Fisher JO, Goran MI. Relation between mothers' child-feeding practices and children' s adiposity. *Am J Clin Nutr* 2002; 75: 581-586.
17. Clark HR, Goyder E, Bissell P, Blank L, Peters J. How do parents' child-feeding behaviours influence child weight? Implications for childhood obesity policy. *J Pub Health (Oxf.)* 2007; 29: 132-141.
18. Braet C, Van Strien T. Assessment of emotional, externally induced and restrained eating behaviour in nine to twelve-year-old obese and non-obese children. *Behav Res Ther* 1997; 35: 863-873.
19. Scaglioni S, Salvioni M, Galimberti C. Influence of parental attitudes in the development of children eating behaviour. *Br J Nutr.* 2008 Feb
20. S, Faith Myles, Scanlon Kelley S, Birch Leann L, Francis Lori A, Sherry Bettylou. 2004. "Parent-child feeding strategies and their relationships to child eating and weight status." *Obesity research* 12 (11): 1711-22. doi:10.1038/oby.2004.212.
21. Sherry, B., Mei, Z., Scanlon, K. S., Mokdad, A. H., Grummer-Strawn, L. M. (2004) Trends in the state-specific prevalence of overweight and underweight in

- 2 to <5-year-old children from low-income families from 1989 through 2000. *Arch Pediatr Adolesc Med.* (in press).
22. Birch LL, Fisher JO, Grimm-Thomas K, Markey CN, Sawyer R, Johnson SL. Confirmatory factor analysis of the Child Feeding Questionnaire: a measure of parental attitudes, beliefs and practices about child feeding and obesity proneness. *Appetite* 2001; 36: 201-210.
23. Johnson S. L., Birch L. L. (1994) Parent's and children's adiposity and eating style. *Pediatrics* 94:653–661.
24. Cecilia Silva Gutiérrez, Nayelli Alvarado Sánchez. Executive functions and symptoms associated with eating disorder. doi:10.1016/S0120-0534(14)70022-6.
25. Longbottom, P. J., Wrieden, W. L. & Pine, C. M. (2002). Is there a relationship between the food intakes of Scottish 5½-8½-yearolds and those of their mothers? *Journal of Human Nutrition and Dietetics.* 15(4), 271-279
26. Dianne Neumark-Sztainer, M.P.H., R.D. (2004) Are family meal patterns associated with disordered eating behaviors among adolescents?
27. Miller, D. A. F., K. McCluskey-Fawcett, et al. (1993). "Correlates of bulimia nervosa: Early family mealtime experiences." *Adolescence* 28(111): 621-635.
28. Ruiz et al., 2010 A.O. Ruiz, R. Vázquez, J.M. Mancilla, E.M. Trujillo. Influencia de factores socioculturales en mujeres jóvenes y sus padres en los trastornos del comportamiento alimentario. *Psicología y Salud*, 20 (2) (2010), pp. 169–177
29. Campbell K, Crawford D, Hesketh K. Australian parent's view on their 5-6 year old children's food choice. *Health Promot Int* 2007; 22:11-18.

30. Leslie A Lytle, Lori Beth Dixon, Leslie Cunningham-Sabo, Marguerite Evans, Joel Gittelsohn, Joanne Hurley, Pat Snyder, June Stevens, Judy Weber, Jean Anliker, Karen Heller, Mary Story. 2002. Dietary Intakes of Native American Children: Findings From the Pathways Feasibility Study
31. Fitzgerald GK, Axe MJ, Snyder-Mackler L The efficacy of perturbation training in nonoperative anterior cruciate ligament rehabilitation programs for physical active individuals. *Phys Ther.* 2000 Feb; 80(2):128-40.
32. Vázquez, A. R. & Raich, E. R. M. (1998). Dinámica familiar y actitudes paternas hacia los modelos estéticos corporales en familias con trastorno alimentario. *Psicología y Ciencia Social*, 21(1), 59-66.
33. Råstam, M., and Gillberg, C. (1991). The family background in anorexia nervosa: A population-based study. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiat.* 30: 283–289.
34. Fairburn CG¹, Cooper Z, Doll HA, Welch SL. Risk factors for anorexia nervosa: three integrated case-control comparisons. *Arch Gen Psychiatry.* 1999 May;56(5):468-76
35. Rosa Behar A. y Claudia Valdés W. Stress and eating disorders. 2009.
36. Lilenfeld LR, Kaye WH, Greeno CG, Merikangas KR, Plotnicov K, Pollice C, Rao R, Strober M, Bulik CM, Nagy L. A controlled family study of anorexia nervosa and bulimia nervosa: psychiatric disorders in first-degree relatives and effects of proband comorbidity. *Arch Gen Psychiatry.* 1998 Jul; 55(7):603-10.
37. Cavallini MC¹, Bertelli S, Chiapparino D, Riboldi S, Bellodi L Complex segregation analysis of obsessive-compulsive disorder in 141 families of eating disorder probands, with and without obsessive-compulsive disorder. *Am J Med Genet.* 2000 Jun 12; 96(3):384-91.

38. Gorwood P, Kipman A, Foulon C The human genetics of anorexia nervosa. *Eur J Pharmacol.* 2003 Nov 7; 480(1-3):163-70.
39. Bulik, C.M. (2005). Exploring the gene-environment nexus in eating disorders. *Journal of Psychiatry and Neuroscience*, 30, 335-339
40. 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.
41. Rodgers R, Parental attitudes, body image disturbance and disordered eating amongst adolescents and young adults: a review. Chabrol H *Eur Eat Disord Rev.* 2009 Mar; 17(2):137-51. doi: 10.1002/erv.907.
42. Pike, K.M. y Rodin, J. (1991). Mothers, daughters, and disordered eating. *Journal of Abnormal Psychology*, 100(2), 198-204.
43. Francis, L.A. y Birch, L.L. (2005). Maternal influences on daughters' restrained eating behavior. *Health Psychology*, 24(6), 548-554.
44. 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.
45. 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.
46. Yanovski, S. Z., & Sebring, N. G. (1994). Recorded Food intake of obese women with binge eating disorders before and after weight loss. *International Journal of Eating Disorders*, 15, 135-150.
47. Farrow, C.V. y Blissett, J. (2005). Is maternal psychopathology related to obesigenic feeding practices at 1 year? *Obesity Research*, 13, 1999-2005.

48. 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.
49. Scourfield, J. (1995). Anorexia by proxy: are the children of anorexia mothers an at risk group? *International Journal of Eating Disorders*, 18, 371-374.
50. Lucas, Richard E.; Diener, Ed; Suh, Eunkook. Discriminant validity of well-being measures. *Journal of Personality and Social Psychology*, Vol 71(3), Sep 1996, 616-628.
51. Polivy J, Herman CP. Causes of eating disorders. *Annual Review of Psychology*. 2002;53:187–213
52. Steinhausen, H.-C., Willms, J., Spohr, H.-L. Correlates of psychopathology and intelligence in children with Fetal Alcohol Syndrome. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 35, 323-331, 1994
53. Davis, C., Shuster, B., Blackmore, E. & Fox, J. (2004). Looking Good- Focus family on appearance and the risk for eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 35, 136-144
54. MacBrayer EK, Smith GT, McCarthy DM, Demos S, Simmons J. The role of family of origin food-related experiences in bulimic symptomatology. *International Journal of Eating Disorders*.2001; 30:149–160. doi: 10.1002/eat.1067
55. Wade TD, Lowes J. Variables associated with disturbed eating habits and overvalued ideas about the personal implications of body shape and weight in a female adolescent population. *International Journal of Eating Disorders*. 2002;32:39–45

56. Gatherer, A., Par®t, J., Porter, E and Vessey, M. (1979) Is Health Education Effective? An Overview of Evaluated Studies. Health Education Council, London.