

Susana Andrés-Perpiñá ^{1,2,3,4,5 *} 

Rebeca Tarjuelo del Álamo ^{6,7} 

Anna Pérez-Mas ⁵

Júlia Llenas-Gauchola ⁵

Carme Naranjo ¹

Ester Roda ¹

Eva Solé ^{1,3} 

Anna Torres-Giménez ^{1,3,5} 

Cristina López ¹

Maria Teresa Plana ^{2,3} 

Luisa Lázaro ^{2,3,4,8} 

Alba Roca-Lecumberri ^{1,3} 

1. Unidad de Salud Mental Perinatal. Servicio de Psiquiatría. Institut Clínic de Neurociències, Hospital Clínic de Barcelona, Barcelona, España.

2. Servicio de Psiquiatría y Psicología Infantil y Juvenil, 2017SGR881, Institut Clínic de Neurociències, Hospital Clínic de Barcelona, Barcelona, España.

3. Fundació de Recerca Clínic Barcelona-Institut d'Investigacions Biomèdiques August Pi i Sunyer (IDIBAPS), Barcelona, España.

4. Centro de Investigación Biomédica en Red de Salud Mental, CIBERSAM – ISCIII, España.

5. Facultad de Psicología, Universidad de Barcelona, España.

6. Facultad de Enfermería, Universidad de Barcelona, España.

7. Servicio de Neonatología. Institut Clínic de Obstetricia, Ginecología y Neonatología (ICGON), Hospital Clínic de Barcelona, Barcelona, España.

8. Facultad de Medicina, Universidad de Barcelona, España.

*** AUTOR DE CORRESPONDENCIA**

Susana Andrés-Perpiñá

Correo: sandres@clinic.cat

RESUMEN

Objetivo: Estudiar el impacto de un Trastorno de la Conducta Alimentaria (TCA) en la madre sobre la descendencia y si la presencia de este afecta a la calidad de la interacción madre-bebé a lo largo de la infancia hasta la adolescencia, así como sus consecuencias.

Método: Se realizó una revisión cualitativa narrativa de la literatura de numerosas bases de datos (PubMed, PsycInfo y Scopus) que examinó cualquier resultado de TCA en madres y su afectación en la descendencia.

Resultados: Esto llevó a 22 estudios incluidos (6 estudios de cohorte, 6 revisiones, 3 revisiones sistemáticas, 2 estudios observacionales, 4 estudios longitudinales y 1 estudio transversal). Se identificaron una variedad de resultados adversos para la descendencia, incluidas

Madres con Trastornos de la Conducta Alimentaria y su impacto en la crianza: una revisión narrativa

Mothers with Eating Disorders and Their Impact on Parenting: A Narrative Review

ABSTRACT

Objective: To study the impact of maternal eating disorders (EDs) on the offspring and whether the presence of EDs affects the quality of the mother-infant interaction during childhood and adolescence and their consequences. **Method:** A qualitative systematic review of literature from several databases (PubMed, PsycInfo, and Scopus) was conducted, examining outcomes of EDs in mothers and their impact on offspring. **Results:** Based on a total of 22 studies (6 cohort studies, 6 reviews, 3 systematic reviews, 2 observational studies, 4 longitudinal studies and 1 cross-sectional study), a variety of adverse outcomes for offspring were identified, including alterations in attachment and bonding,

alteraciones en el apego y vínculo, así como en el juego y la alimentación. **Conclusión:** El periodo perinatal es una etapa de riesgo para recaídas o el agravamiento del TCA en la madre. La presencia de un TCA en la madre, presente o pasado, se asocia a problemas en la interacción con la descendencia, especialmente en momentos de alimentación. Esto puede afectar la relación entre madre e hijo, así como la relación del niño o niña con la alimentación a corto y largo plazo

Palabras clave: trastornos de la conducta alimentaria, madre, descendencia, interacción madre-bebé, perinatal.

INTRODUCCIÓN

Los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) son trastornos de la salud mental caracterizados por alteraciones en la conducta alimentaria que tienen un impacto significativo en el bienestar emocional, físico y psicosocial de la persona (1). Los TCA tienen una elevada prevalencia en la población general, encontrándose en 8,4% en mujeres y 2,2% en hombres. Este trastorno puede presentarse en todos los rangos de edad, diagnosticándose especialmente durante la adolescencia y adultez temprana, pudiendo persistir crónicamente (2, 3).

El periodo perinatal, definido desde el embarazo hasta el final del primer año posparto, se ha identificado como un periodo crítico para la aparición o recaída de trastornos mentales en las madres, pudiendo afectar también a su descendencia (4). Se estima que el 20% de mujeres tendrán un problema de salud mental perinatal, la prevalencia de TCA en la etapa perinatal se encuentra entre el 5-7,5% (5).

Aunque se ha descrito una leve mejoría de los TCA en algunas mujeres durante el embarazo, hay una tendencia a que empeoren en el periodo del posparto, reapareciendo los síntomas alimentarios a menudo con más gravedad que antes del embarazo. El 80% de las mujeres con TCA atribuyen esta recaída al hecho de sentir elevado malestar con su imagen corporal y querer perder rápidamente el peso y volumen ganado durante el embarazo. Además, la maternidad puede alterar las rutinas y el sueño, dificultando las pautas alimentarias regulares (6).

as well as in play and feeding. **Conclusions:** The perinatal period is a high-risk period for relapse or worsening of maternal eating disorders. The presence of an eating disorder in the mother, present or past, is associated with impaired interaction with the baby and child, especially during feeding times. This can affect the mother-child relationship, as well as the child's relationship with food in the short and long term.

Keywords: Eating disorders, mother, offspring, mother-infant interaction, child development, perinatal period.

Se ha hipotetizado que las personas con TCA presentan dificultades para poder distinguir sensaciones somáticas como el hambre, el sentimiento de afecto y la ira (3). Si esto es así, estas dificultades pueden interferir en la percepción de la madre sobre los estados propios y también sobre los estados y la conducta de su bebé, impidiendo una respuesta adecuada y diferenciada a las señales somáticas y emocionales del propio niño o niña. Esta interpretación errónea puede dar lugar a confusiones en el infante acerca de sus propios estados en el ámbito de la alimentación y relacional (7).

En la semana posterior al parto, las mujeres con preocupación por el peso y/o alimentación durante el embarazo muestran un aumento de angustia. Los factores estresantes relacionados con la maternidad, junto con los cambios corporales que se dan en el embarazo, dan lugar a una mayor predisposición a padecer una depresión posparto (DPP) (6). En población general, el 10% de las madres experimenta DPP (8). Sin embargo, esta cifra aumenta significativamente en mujeres con un TCA activo, alcanzando aproximadamente el 50%, mientras que en aquellas con antecedentes de TCA, la prevalencia se sitúa en un 29% (6).

Diversas investigaciones han demostrado que las madres con problemas de salud mental, especialmente las que padecen trastornos del estado de ánimo, tienen dificultades para adquirir competencias y, generalmente, sufren una mala comunicación diádica que crea tensión y frustración que interfiere en el proceso de vinculación (9). En el caso de la DPP, se

ha observado la existencia de una mayor probabilidad de tener más problemas cognitivos y emocionales durante el desarrollo del infante. Incluso se ha visto que las madres con DPP presentan problemas para interactuar con sus bebés ya desde los dos meses posparto (10). Las madres con algún trastorno mental muestran un aumento de la prevalencia del trastorno del vínculo con el bebé, situándose en un 22-67% (11) generando interacciones poco sensibles de la madre a las señales emitidas por el bebé y dificultando la mentalización de sus necesidades (12). Estas alteraciones en el vínculo y la interacción podrían provocar problemas en el apego del bebé, mostrando patrones más inseguros (13).

El presente estudio tiene como objetivo la revisión narrativa de investigaciones nacionales e internacionales que estudian el impacto del TCA en la madre en la crianza de sus hijos e hijas. Se quiere investigar si la presencia de este trastorno en la madre afecta a la calidad de interacción en diferentes momentos de la crianza y cómo esto puede influir en el desarrollo del bebé a lo largo de su infancia y adolescencia.

MÉTODO

Fuentes de datos

Se realizó una búsqueda bibliográfica a través de diferentes bases de datos (PubMed, PsycInfo y Scopus). Las palabras clave empleadas fueron “eating disorder*” [Title] AND “mother*” AND “child*” AND “pregnant*”, hasta diciembre de 2024. En la base de datos Scopus se especificó que el contenido se refiriera al ámbito de la psicología. Como el objetivo del estudio es poder evaluar la relación de las madres con TCA y el impacto que tiene este trastorno en la crianza y cuidados hacia sus hijos e hijas, se incluyen todo tipo de artículos que presenten a madres con TCA, pasado o presente, durante la gestación y/o posparto, teniendo en cuenta la relación en los cuidados maternales y sus efectos en la descendencia. Se recogen aquellas publicaciones cuyo diagnóstico primario es el TCA, excluyendo los casos en los que este trastorno es secundario a otra patología.

Selección de los estudios

Respecto a los criterios de selección empleados, los de inclusión fueron: (a) artículos escritos en español y/o inglés, (b) madres con TCA, pasado y/o presente, durante la gestación y posparto y (c) cuidados maternales y el efecto del TCA. Los criterios de exclusión fueron: (a) TCA no en madres, (b) interacciones paternofiliales no relacionadas con el TCA de la madre, (c) otras patologías, (d) artículos con finalidad dietética/nutricional, (e) artículos únicamente centrados en resultados biológicos y del parto, (f) artículos únicamente centrados en neurodesarrollo y (g) estudios de caso único. El proceso de identificación y selección de artículos se refleja en la Figura 1.

Evaluación de calidad y extracción de datos

Dos autoras (J.L. y A.P.) seleccionaron, extrajeron y verificaron de forma independiente los datos basándose en los criterios de exclusión e inclusión seleccionados a priori. Para cada estudio, se extrajeron los siguientes datos cuando estaban disponibles: diseño del estudio, información demográfica, incluidas las características de los participantes (tamaño de la muestra y edad comprendida de la crianza), y resultados obtenidos. Los estudios identificados investigaron una serie de resultados en la diáada madre-bebé diferentes. Después de un debate entre las autoras, se analizaron aquellas investigaciones que trataban la interacción entre madre-bebé de forma detallada, en diferentes ámbitos principalmente durante la alimentación/lactancia y durante el juego. Además, también se tuvieron en cuenta aquellos que analizaban las consecuencias de esta interacción sobre el vínculo y el apego. Algunos de los estudios investigaron más de un resultado y se incluyeron en más de un dominio.

La descripción metodológica de los estudios analizados se incluye en la Tabla 1. En la revisión se incluyen 22 investigaciones: 6 estudios de cohorte de base poblacional, 6 revisiones, 3 revisiones sistemáticas, 2 estudios observacionales, 4 estudios longitudinales y 1 estudio transversal. En relación con

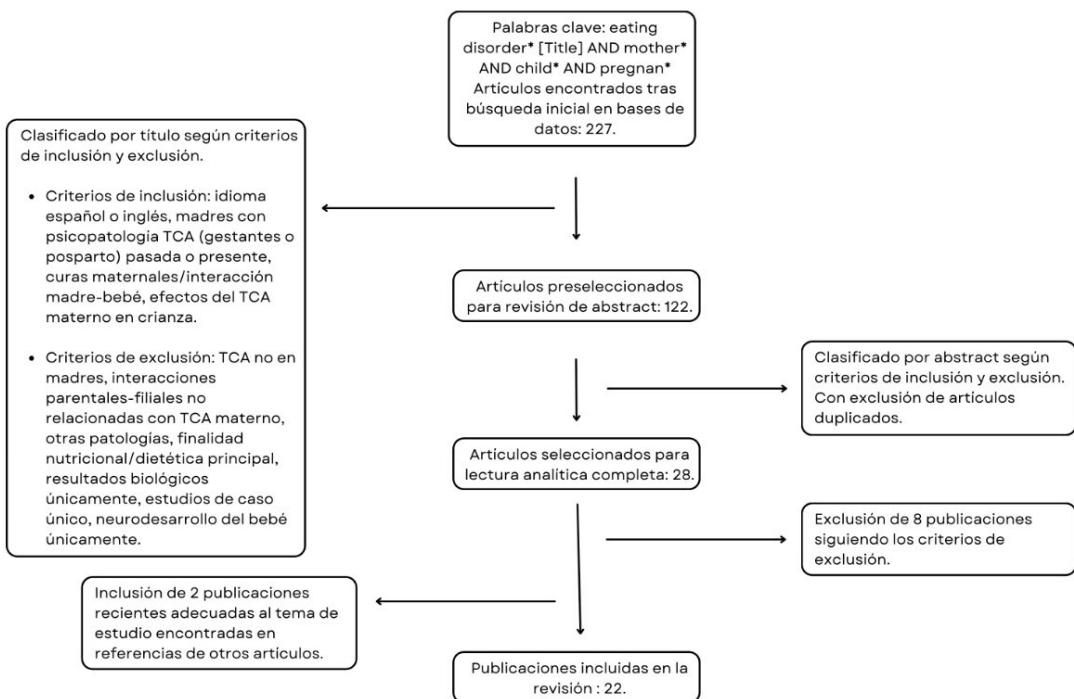


Figura 1. Diagrama de flujo del proceso de selección de los estudios.

los estudios de cohorte, la mayoría de ellos son estudios prospectivos, además de algunos longitudinales. Los trabajos se realizan exclusivamente en la población femenina, todas mayores de edad y madres. Estas participantes se caracterizan por tener un TCA, tanto activo como pasado, en el momento del estudio. La mayoría de los estudios no especifican el trastorno, exceptuando algunos de ellos que diferencian las madres con AN y BN. Los bebés de estos estudios comprenden edades variadas, desde el momento de la gestación hasta llegar a los estudios longitudinales donde siguen su evolución hasta la adolescencia.

RESULTADOS

Varios estudios han analizado la interacción de madres con TCA con sus hijos e hijas en diferentes contextos. Se han observado cambios en la interacción, especialmente durante el juego y la alimentación a lo largo de la vida del bebé, su infancia y hasta la adolescencia. En la Tabla 2 se presentan los resultados obtenidos de los artículos seleccionados.

Interacción durante el juego

En cuanto a la interacción maternofilial durante el juego, se han encontrado resultados discrepantes. Por un lado, hay evidencia de que las madres con TCA tienden a ejercer más control verbal (dan más órdenes, emiten más advertencias), son más intrusivas, presentan una menor estructura y ofrecen una menor facilitación durante el juego (14, 15). Su estilo de crianza tiende a ser más controlador o autoritario (16). Por otra parte, no se encontraron diferencias en la frecuencia de verbalizaciones ni de contacto físico en comparación con la población general (14). Eran madres con disponibilidad emocional, sensibilidad y no eran hostiles, al igual que las madres control durante las primeras 8 semanas del bebé. Aun así, referían sentir más estrés parental y ansiedad ante los diferentes desafíos de la crianza (17).

Tabla 1. Características metodológicas de los estudios analizados

18

Estudio	Tipo de estudio	Tamaño de la muestra	Edad de la crianza
1. Stein et al. (1994) (14)	Estudio observacional	n=34 mujeres con un TCA reciente y que estaban embarazadas o en post parto reciente y sus hijos (peso superior a 2,500g en su nacimiento y sin complicaciones neonatales) n=24 grupo control N total = 83,820.	12 - 14 meses
2. Barona et al. (2016) (31)	Estudio de cohorte prospectivo de base poblacional	n= 1751 madres con bulimia nerviosa n= 1673 madres con anorexia nerviosa n= 658 madres con ambos trastornos Grupo control n= 79,738 madres sin trastorno N total = 8,622 mujeres y sus hijos. n= 193 mujeres con anorexia nerviosa en el embarazo n= 158 mujeres con bulimia nerviosa en el embarazo grupo control n= 8,271 mujeres e hijos sin TCA	18 meses - 7 años
3. Micali et al. (2014) (25)	Estudio de cohorte prospectivo longitudinal de base poblacional		3,5 años
4. Watson et al. (2018) (15)	Revisión	-	-
5. de Barse et al. (2015) (26)	Estudio de cohorte de base poblacional	N total = 4,851 Grupo control n= 4436 mujeres sin TCA n= 415 mujeres con cualquier TCA	18 meses - 6 años
6. Watson et al. (2014) (21)	Revisión	-	-
7. Martini et al. (2022) (17)	Estudio de cohorte prospectivo de base poblacional	N total = 62 mujeres que participaron en la evaluación de 8 semanas → n= 36 mujeres con TCA → grupo control n= 26 mujeres sin TCA Total N= 42 mujeres han participado en la evaluación del primer año → n= 20 mujeres con TCA → grupo control n= 22 mujeres sin TCA N Total = 78 mujeres han participado en la evaluación de los 2 años → n= 34 mujeres con TCA → grupo control n= 44 mujeres sin TCA	1 - 2 años
8. Doersam et al. (2024) (7)	Estudio observacional	n=20 mujeres con TCA grupo control n= 31 mujeres sin TCA	10 meses
9. Reba-Harrelson et al. (2010) (36)	Estudio de cohorte de base poblacional	N total= 100,000 madres MoBa n=13,006 mujeres y sus hijos	Nacimiento - 36 meses
10. Patel et al. (2002) (24)	Revisión	-	-
11. Park et al. (2003) (20)	Revisión	-	-
12. Astrachan-Fletcher et al. (2008) (6)	Revisión	-	-
13. Rodgers et al. (2021) (29)	Estudio transversal	n = 73 diádas madre-bebé (no prematuros)	3 meses (no prematuros)
14. Martini et al. (2019) (1)	Estudio longitudinal prospectivo observacional	n=25 mujeres con TCA activo n=28 mujeres con TCA pasado n=46 controles sanos n=441 mujeres con TCA a lo largo de la vida y sus hijos ALSPAC	Embarazo - 2 años
15. Micali et al. (2011) (16)	Estudio longitudinal prospectivo de base poblacional	n=10,461 mujeres sin ningún trastorno psiquiátrico a lo largo de la vida y sus hijos ALSPAC	Semana gestacional 32 - 6 meses posparto

Estudio	Tipo de estudio	Tamaño de la muestra	Edad de la crianza
16. Behar et al. (2014) (19)	Revisión	-	-
17. Waugh et al. (1999) (23)	Estudio longitudinal observacional	n=10 mujeres con TCA actual o pasado (AN y/o BN) y sus hijos n=10 mujeres control y sus hijos	1 - 4 años
18. Mah et al. (2021) (4)	Revisión sistemática	22 publicaciones (17 de cohorte, 3 transversales, 1 estudio de caso controlado y 1 estudio de métodos mixtos)	Embarazo - 1 año
19. Micali et al. (2014) (27)	Estudio de cohorte longitudinal prospectivo	n=12,035 diádas madre-bebé ALSPAC	Seguimiento a la semana gestacional 12 y a los años 7, 10 y 13.
20. Squires et al. (2014) (18)	Estudio longitudinal observacional	N=28 mujeres n=10 mujeres con sintomatología TCA n=18 mujeres sin sintomatología TCA	Embarazo - 3 meses posparto
21. Martini et al. (2020) (22)	Revisión sistemática	32 publicaciones	Nacimiento - 12 años
22. Martini et al. (2024) (30)	Revisión sistemática exploratoria	17 publicaciones	Nacimiento - 12 años

Tabla 2. Resultados de los estudios.

Estudio	Resultados
1. Stein et al. (1994) (14)	Las madres del grupo experimental (TCA) eran más intrusivas y menos facilitadoras durante las comidas y el juego, mostrando más emociones negativas durante las comidas, pero no durante el juego. Hay un control verbal más predominante durante el juego. Manifiestan más conflictos con sus bebés durante las comidas y estos estaban menos alegres en ambas situaciones. Por último, estos bebés tendían a tener menos peso en comparación al grupo control.
2. Barona et al. (2016) (31)	Los hijos e hijas de mujeres con trastornos alimentarios corrían riesgo de desarrollar problemas en la primera infancia en la mayoría de los dominios (emocional, conducta, hiperactividad y dificultades con los pares) y eran más propensos a tener un temperamento difícil. También, las mujeres con TCA eran más propensas a informar que su relación con su hijo era difícil. Los hijos de mujeres con AN y BN a lo largo de su vida presentaron mayor probabilidad de presentar problemas totales, emocionales y con los pares, en comparación con los hijos de mujeres sanas.
3. Micali et al. (2014) (25)	Los hijos de mujeres con TCA de 3 años y medio tenían mayores probabilidades de problemas en la mayoría de los dominios (emocional, conducta e hiperactividad) en comparación con los niños no expuestos. Además, las niñas de mujeres con AN tenían una probabilidad dos veces y media mayor de tener dos o más problemas comórbidos.
4. Watson et al. (2018) (15)	Los hijos de mujeres con BN tenían cinco veces más probabilidades de tener dos problemas de salud mental comórbidos.
5. de Barse et al. (2015) (26)	Los antecedentes de trastornos alimentarios de los padres parecen aumentar la exposición de los hijos a actitudes críticas hacia el peso y la forma, la hora de comer y los patrones de alimentación que difieren de la norma, y mayores problemas en la alimentación y la imagen corporal durante la infancia temprana, media y la adolescencia.
	Los antecedentes de trastornos alimentarios de las madres están asociados con diferencias en las prácticas de alimentación de las madres y los patrones de alimentación emocional de los niños en edad preescolar. Las madres con antecedentes de AN a lo largo de su vida utilizan menos estrategias de alimentación de presión y que sus hijos tienen una tendencia a comer en exceso en respuesta a señales emocionales.

20

	Estudio	Resultados
	6. Watson et al. (2014) (21)	<p>Los trastornos alimentarios en el embarazo predijeron mayores calificaciones maternas de temperamento infantil difícil a los seis meses de edad. Se encuentran problemas significativamente mayores en los hijos de madres con BN y trastorno por atracón. Las mujeres con trastornos alimentarios pueden tener más dificultades para distinguir entre prácticas alimentarias normales y anormales, pueden tener dificultades para mantener los alimentos disponibles y accesibles debido al miedo a los atracones y pueden encontrar que estar cerca de la comida es una parte estresante de la experiencia diaria de cuidados a un bebé.</p>
	7. Martini et al. (2022) (17)	<p>Los altos niveles de psicopatología materna de TCA se correlacionaron con altos niveles de ansiedad, mayor afectividad negativa y menor extroversión en los hijos de madres con TCA tanto a 1 como a 2 años.</p>
	8. Doersam et al. (2024) (7)	<p>Las madres con antecedentes de trastorno por atracón tienen dificultades para responder adecuadamente a las señales de los bebés, lo que resulta en niveles más altos de conflicto, comportamiento controlador e intrusivo y un clima emocional negativo general.</p>
	9. Reba-Harrelson et al. (2010) (36)	<p>Los patrones de alimentación restrictiva fueron más comunes en las madres con trastornos alimentarios marcados por síntomas de atracones. La BN materna y el TCA se asociaron con mayores informes de problemas de alimentación infantil en relación con el grupo sin TCA. Se informaron síntomas de ansiedad infantil más altos en los hijos de madres con BN y TCA y las madres con BN informaron síntomas de TOC más altos en sus hijos. En cuanto a la asociación entre la conducta alimentaria materna y la conducta alimentaria infantil, tanto la restricción como la presión para comer se asociaron significativamente con conductas alimentarias desordenadas en los niños.</p>
	10. Patel et al. (2002) (24)	<p>Los trastornos alimentarios maternos aumentan el riesgo de dificultades parentales y resultados adversos en el desarrollo de los niños. La influencia de los trastornos alimentarios maternos parece estar relacionada específicamente con problemas de crecimiento, alimentación, forma corporal y peso, aunque parece haber cierta influencia en la crianza en general.</p>
	11. Park et al. (2003) (20)	<p>Un estudio longitudinal reveló que más del 40% de las nuevas madres no estaban satisfechas con su peso a los seis meses posparto, y el 80% de ellas atribuían la recaída de los síntomas posparto a sentirse gordas y al deseo de perder peso. Aunque tener un bebé podría aliviar los síntomas del trastorno de la conducta alimentaria (TCA), manteniendo la mejoría durante la lactancia y el destete, las madres con TCA alimentaban a sus hijos con horarios menos regulares y con fines no nutritivos, lo que dificultaba la autorregulación de la ingesta en los niños. Los problemas alimentarios en la infancia temprana pueden estar relacionados con el desarrollo de trastornos alimentarios en la niñez, adolescencia y adulterz temprana. Además, estas madres mostraban una mayor preocupación por el peso de sus hijos, describiéndolos como regordetes o demasiado glotones, y tendían a ser más controladoras e intrusivas. Esto se reflejaba en los niños, quienes presentaban un tono emocional más bajo y mayor afecto negativo. Las hijas de madres con anorexia nerviosa (AN) tienden a imitar las conductas maternas en torno a la alimentación.</p>
	12. Astrachan-Fletcher et al. (2008) (6)	<p>La combinación de factores estresantes psicológicos de una nueva maternidad y preocupaciones por la imagen corporal intensificadas por los cambios corporales residuales del embarazo pueden predisponer a las mujeres a tener una exacerbación de los síntomas de trastornos alimentarios, así como al desarrollo de trastornos del estado de ánimo posparto. Estos trastornos alimentarios en la madre tienen un impacto en el desarrollo de la depresión posparto y el vínculo madre-hijo durante el período posparto.</p>
	13. Rodgers et al. (2021) (29)	<p>Se han observado relaciones entre los síntomas más frecuentes de trastornos alimentarios en la madre y la regulación de la alimentación con diferencias de género sustanciales en estos patrones. Además, estos datos sugieren que la autoeficacia en la lactancia materna puede ser independiente de las conductas alimentarias de sus bebés, de forma que las estrategias para mejorar la confianza en la lactancia materna deben estar dirigidas a la percepción de la madre de la experiencia de la lactancia materna e incorporarse en los esfuerzos y recursos de intervención.</p>
	14. Martini et al. (2019) (1)	<p>Tener un TCA actual o pasado durante el embarazo se asocia prospectivamente con prácticas de alimentación maternas alteradas y preocupaciones sobre la alimentación del niño. Este estudio solo encontró efectos menores de los trastornos alimentarios en las prácticas de alimentación materna y las preocupaciones en la infancia.</p>

Estudio	Resultados
15. Micali et al. (2011) (16)	Las dificultades de alimentación en los bebés de mujeres con TCA activos y a lo largo de la vida no solo se ven afectadas directamente por el TCA, sino también por la ansiedad y depresión maternas. Las dificultades de alimentación del bebé a su vez afectan a esta ansiedad y depresión de la madre
16. Behar et al. (2014) (19)	Los TCA son desórdenes psicopatológicos multicausales en cuya etiopatogenia emerge un reconocido influjo ambiental, en el cual cobra especial relevancia el contexto de desarrollo desde la infancia temprana. En este sentido, la impronta que establece un vínculo madre-hija/o adquiere una relevancia trascendental, siendo muchas veces determinante en la eventual aparición de una patología alimentaria.
17. Waugh et al. (1999) (23)	La conducta alimentaria en mujeres con trastornos alimentarios parece ser problemática desde el embarazo hasta los primeros años de vida y tiene diversas manifestaciones, desde bajo peso al nacer hasta dificultades con la lactancia materna y horarios de comida distantes y no interactivos. Aunque es poco probable que estos factores causen trastornos alimentarios, pueden contribuir a un entorno permisivo en el que es más probable que se exprese una predisposición genética.
18. Mah et al. (2021) (4)	Se identifican una variedad de resultados adversos para los lactantes, incluidos los resultados deficientes al nacimiento, el crecimiento y en la interacción en la alimentación. La identificación prenatal y el tratamiento para las mujeres con un TCA durante el período perinatal y sus infantes son vitales. La optimización de la nutrición del embarazo, los síntomas del TCA y las interacciones alimentarias parecen particularmente importantes.
19. Micali et al. (2014) (27)	Los hijos de mujeres con TCA tuvieron una probabilidad dos veces mayor de tener un trastorno emocional entre los 7 y los 13 años, especialmente trastornos de ansiedad. Los hijos de mujeres que informaron haber tenido AN previa al embarazo (ya fuera AN o AN+BN) tuvieron mayores probabilidades de tener un trastorno emocional durante la infancia/adolescencia temprana. Se encontró evidencia de un efecto aditivo del TCA materno y otras psicopatologías sobre los trastornos psiquiátricos y emocionales de los hijos.
20. Squires et al. (2014) (18)	Las madres con TCA muestran patrones interactivos más disfuncionales al alimentar a sus bebés. Estas dificultades producen respuestas físicas y conductuales negativas tempranas en el bebé. El malestar en la relación puede dar lugar a patrones de interacción desregulados que causan trastornos en el crecimiento que pueden perdurar en el tiempo. Así, los bebés pueden desarrollar emociones intensas hacia la comida, que pueden enmascarar los sentimientos de hambre. Las actitudes de los cuidadores afectan, por lo tanto, la capacidad de los niños pequeños para diferenciar entre hambre y emoción. En este sentido, el estudio pone de relieve una cierta transmisión psíquica de patrones operativos internos en torno a la alimentación.
21. Martini et al. (2020) (22)	Las madres con trastornos alimentarios tienden a experimentar más dificultades para alimentar a sus hijos tanto en la infancia como en la adolescencia. Aunque los estudios sobre la lactancia materna arrojan resultados mixtos, las mujeres con trastornos alimentarios a menudo informan de dificultades con esto. A lo largo de los años de la primera infancia, las dificultades como la alimentación lenta, la alimentación en pequeñas cantidades y la falta de rutinas de alimentación establecidas surgieron como comunes entre las madres con trastornos alimentarios. Los estilos de alimentación parentales restrictivos, las emociones negativas expresadas y los comportamientos intrusivos también parecieron ser más frecuentes en las madres con trastornos alimentarios en comparación con los controles.
22. Martini et al. (2024) (30)	Las madres con TCA pueden enfrentar dificultades en sus interacciones con sus hijos, tanto en contextos de alimentación como de no alimentación. Suelen ser más intrusivos, expresan más emociones negativas y tienen mayores conflictos durante las comidas, además de mostrar menor sensibilidad en otras interacciones. Estas dificultades pueden afectar potencialmente el funcionamiento socioemocional y la psicopatología de los niños, quienes presentan más problemas emocionales y de conducta. También se identifican diferencias según el tipo de TCA y la influencia de otros factores como la ansiedad o depresión en los padres.

Alimentación en las diferentes etapas del desarrollo

22

La interacción madre-bebé en relación con las comidas ha sido ampliamente estudiada debido al elemento central de la conducta alimentaria y su afectación tanto para la progenitora con TCA como para la crianza. Se ha observado que tener un TCA actual o pasado durante el embarazo, se asocia prospectivamente con prácticas de alimentación maternas alteradas y preocupaciones sobre la alimentación del niño (1). Además, varias investigaciones apuntan que estas madres pueden presentar una peor interacción con su bebé, especialmente durante la lactancia y alimentación (16, 18).

Lactancia

Una lactancia materna prolongada fomenta un mejor vínculo, ayuda en la pérdida de peso posparto y da una oportunidad para mejorar los hábitos alimentarios, siendo una oportunidad de interacción entre madre-bebé (7, 19, 20, 21).

Las madres que presentan TCA mostraron deseos de iniciar la lactancia materna igual que en la población general. Aun así, mostraron mayor dificultad para mantenerla en el tiempo (22,23), expresaron más comentarios negativos respecto a la alimentación de sus bebés, mostrando una menor interacción positiva en esos momentos (7). También se ha podido ver que las madres con grandes preocupaciones por la forma y peso corporal presentaban menos probabilidades de dar lactancia materna, asociándolo a un bajo vínculo fetal durante su embarazo (24). Por último, las madres con TCA estaban más preocupadas por la alimentación de sus hijos a los 3 meses posparto (7, 19).

Etapa 1-4 años

Diversas investigaciones han mostrado cómo durante los años de la primera infancia, las dificultades como la alimentación lenta, la alimentación en pequeñas cantidades y la falta de rutinas de alimentación aparecen como factores comunes entre las madres con trastornos alimentarios (22, 25).

Se observó en hijos de madres con TCA con edades comprendidas entre 1-4 años que los niños y niñas se muestran menos contentos en los momentos de alimentación, presentan mayor rechazo de

alimentación complementaria y mayores conflictos (24). Además, también hacen un mayor uso de la sobrealimentación emocional y presentan un menor peso corporal a los 12 meses, relacionado con el conflicto en las comidas (4, 26).

En cuanto a las madres con TCA, durante esta etapa, ejercían un mayor control restrictivo de comida de sus hijos (no permitir que sus hijos coman dulces, no dejar repetir, no picar nada entre comidas, diluir biberones...). Además, se ha descrito que las madres con TCA cocinan menos, no comen delante de los niños y presentan miedo a que el contacto con la comida desencadene un atracón (24). También se apreciaron conductas más intrusivas durante la comida y mostraron menor interacción y escasas apreciaciones positivas sobre la comida, el sabor o la experiencia de comer (23). También se ha descrito una mayor expresión de afecto negativo durante las comidas y un uso no nutritivo de la comida para recompensar, calmar o expresar amor (26, 24, 20, 21).

Etapa 5-12 años

Los efectos del TCA en la madre continúan reflejándose en el transcurso del tiempo en sus hijos, viendo un aumento de las dificultades alimentarias, la presencia de una mayor psicopatología, mayores dificultades socioemocionales y cognitivas hasta los 12 años (4). Se ha descrito que pueden hacer uso de la comida como práctica regulatoria, con el objetivo de regular emociones o usar la comida como recompensa (22). También, se ha descrito en los niños de 3, 4, 7 y 9 años, hijos de madres con TCA, un patrón alimentario “consciente de la salud/vegetariano”, con mayor preferencia por alimentos vegetarianos, fruta, ensaladas, etc. (5).

Hay estudios longitudinales que muestran el desarrollo de los infantes de madres con TCA. Se ha podido ver que la descendencia de madres con TCA presentan el doble de probabilidades de padecer un trastorno emocional entre los 7 y 13 años (especialmente trastorno de ansiedad) como también sintomatología relacionada con el TCA. Los hijos e hijas de madres con TCA presentaban más restricción alimentaria, daban más valor al peso y forma en su autoevaluación y tenían más preocupación por el sobrepeso o la obesidad. Este aumento de la prevalencia de trastornos

emocionales en la infancia también se vio con madres que tuvieron un TCA previo al embarazo (27). Esto podría deberse no únicamente a la afectación del TCA, sino también por la ansiedad y depresión materna, que ha mostrado también ser más prevalente en mujeres con TCA o antecedentes (6,16).

Adolescencia

La presencia de psicopatología parental impacta tanto a los padres como a su entorno cercano. Varios estudios sugieren que el historial parental de trastornos alimentarios parece aumentar la exposición de los hijos a actitudes críticas sobre el peso y la figura, los horarios y patrones de alimentación que difieren de lo habitual, así como a mayores problemas con la alimentación y la imagen corporal durante la primera infancia y la adolescencia (15).

En el período de la adolescencia se da un mayor riesgo de desarrollar algún trastorno mental, incluido el TCA. Se ha podido ver que el 17% de niñas con anorexia nerviosa tienen una madre con antecedente de TCA en comparación al 3-5% de la población general (19). Field et al. (2008) (28) demostraron que niñas menores de 14 años con madres que presentaban una historia de TCA, exhibían casi 3 veces más de posibilidades de purgar semanalmente.

Diferencias de género

Las madres con TCA suelen presentar una mayor preocupación por el peso de sus hijas desde los 2 años, usan unas prácticas de alimentación más controladoras en sus hijas y las perciben con un temperamento más difícil (7, 20, 29). Además, ya desde la edad infantil, presentan mayor presión para realizar ejercicio físico, especialmente en las hijas (30).

Según el estudio de Micali et al. (25), las niñas de las madres con AN fueron más propensas a presentar dos o más trastornos comórbidos, mientras que los niños de madres con BN fueron más propensos a presentar dos o más problemas comórbidos. Los hijos e hijas de 3 años y medio de madres con TCA tienen mayores probabilidades de psicopatología en la mayoría de los dominios (emocional, conducta e hiperactividad). En el caso de las niñas de madres con AN, presentan una probabilidad dos veces y media

mayor de tener dos o más problemas comórbidos. Por otro lado, los niños de madres con BN tienen cinco veces más probabilidad de tener dos problemas de salud mental comórbidos.

Por otro lado, el estudio de seguimiento de la cohorte de nacimientos danesa (DNBC) observaron que el trastorno alimentario materno se asociaba con psicopatología infantil tanto en niños como en niñas. En esa muestra, los niños parecían tener un mayor riesgo de psicopatología. Las asociaciones entre los trastornos emocionales en ambos sexos en hijos de madres con anorexia nerviosa a lo largo de la vida, y la hiperactividad y las dificultades con los compañeros en hijos de madres con bulimia nerviosa a lo largo de la vida apuntan a un posible riesgo compartido entre el trastorno alimentario y otras psicopatologías (31).

Consecuencias sobre el desarrollo

Las madres con TCA pueden enfrentar dificultades en sus interacciones con sus hijos, tanto en contextos de alimentación como de no alimentación. Suelen mostrar actitudes más intrusivas y controladoras, expresar más emociones negativas y tener mayores conflictos durante las comidas, además de mostrar menor sensibilidad en otras interacciones. Estas dificultades pueden afectar potencialmente el funcionamiento socioemocional y la psicopatología de los niños, quienes presentan más problemas emocionales y de conducta (22, 30, 20).

Los trastornos alimentarios en el embarazo predijeron mayores calificaciones maternas de temperamento infantil difícil a los seis meses de edad, además de correr el riesgo de desarrollar problemas en la primera infancia en la mayoría de los dominios (emocional, conducta, hiperactividad y dificultades con los pares) (31, 21).

Los trastornos alimentarios maternos aumentan el riesgo de dificultades parentales y se relacionan con resultados adversos en el desarrollo de los niños. La influencia de los TCA en la madre parece estar relacionada específicamente con problemas de crecimiento, alimentación, forma corporal y peso, aunque parece haber cierta influencia en la crianza en general (24).

Se ha visto que altos niveles de psicopatología materna de TCA se correlacionaron con altos niveles de ansiedad,

mayor afectividad negativa y menor extroversión en sus hijos, tanto al primer como a los dos años (17).

Respecto al apego infantil, en hijos de mujeres con TCA, se ha visto que predomina un estilo de apego inseguro en la crianza. Cuando la psicopatología materna incluye la Anorexia Nerviosa (AN), el estilo de apego predominante es el evitativo, presentando retraimiento, escepticismo, dificultad para confiar y depender de los demás. Cuando el TCA es del tipo Bulimia Nerviosa (BN), el estilo de apego infantil más prevalente es de tipo inseguro ansioso, mostrando relaciones interpersonales inseguras, preocupación por un posible abandono e inseguridad en los otros (19).

Aun así, es importante destacar que una proporción significativa de niños en muestras comunitarias no se ven afectados por el trastorno alimentario de sus madres, por lo que no se debe asumir que todos los niños se ven invariablemente afectados negativamente (20).

DISCUSIÓN

Según los resultados de esta revisión, los trastornos alimentarios en la madre tienen un impacto en el desarrollo psicológico, cognitivo y alimentario de los hijos y pueden influir en el desarrollo de TCA en la descendencia (22). Además de presentar cierta predisposición genética, esta psicopatología alimentaria puede heredarse de padres a hijos a través de los efectos de la sintomatología directa e indirecta del trastorno en las funciones parentales (24). Debemos tener presente que el TCA tiene una causa multifactorial, con un gran predominio ambiental (19). Según Cordella *et al.* (2009) (32), los progenitores, mediante el establecimiento de patrones inseguros y una escasa elaboración psíquica conjunta de los eventos emocionales, podrían transmitir a sus hijos/as valores, preocupaciones y conductas relacionadas sobre la imagen corporal y el peso.

La conducta alimentaria en mujeres con TCA tiene diversas manifestaciones en interacción con el bebé, como dificultades con la lactancia materna y momentos de comida distantes y no interactivos. Aunque es poco probable que estos factores causen trastornos alimentarios, pueden contribuir a un entorno en el que sea más probable que se exprese esta predisposición genética (23).

Numerosos estudios han demostrado que los bebés presentan una habilidad innata para establecer un compromiso mutuo en la comunicación bidireccional, viéndolo a través de interacciones con sus cuidadores en varios contextos (alimentación, juego, interacción verbal...). La calidad del vínculo y de las interacciones que se establecen entre progenitor-descendencia están influenciadas por una interacción compleja de factores individuales, influencias ambientales y dinámicas relacionales (33,34). Estas interacciones juegan un papel crucial en la creación de la habilidad para autorregularse, teniendo un impacto emocional y comportamental en su desarrollo (35, 20, 36). Debido a que los infantes se ven influenciados por sus cuidadores mediante la observación e internalización de sus comportamientos y actitudes, estas pueden llegar a convertirse en poco saludables debido a la presencia del TCA (37). Las madres pueden presentar dificultades en la disponibilidad emocional debido a las preocupaciones consecuencia del TCA. También estas preocupaciones pueden interferir en el hecho de estar emocionalmente disponible para el bebé, lo cual puede ser un obstáculo para el establecimiento de un vínculo emocional seguro. Muchas veces se perciben a ellas mismas como incapaces para ejercer su rol parental, teniendo dificultades para el establecimiento del vínculo con el bebé (38).

La evidencia disponible sugiere que la crianza de madres con patologías alimentarias está en alto riesgo de desarrollar alteraciones en una variedad de ámbitos, incluidos los TCA (19). Esto puede darse a través de diferentes vías, como es el establecimiento de patrones de apego inseguro (donde el hijo o hija siente que no puede confiar que su figura de apego esté disponible para él o ella siempre que la necesite) o la transmisión de valores y preocupaciones relacionadas con la imagen y el peso (32). Además, hay evidencia donde se sugiere que los hijos de estas madres tienen más probabilidades de tener adversidades en el desarrollo, incluidos el temperamento difícil, problemas emocionales, cognitivos y de la conducta (22).

Varios estudios apuntan que la conducta alimentaria en mujeres con TCA parece ser problemática desde el embarazo hasta los primeros años de vida del bebé (23). La alimentación ocupa una parte importante de la vida de un bebé durante los primeros años. Es una de las tareas críticas de la crianza y un momento importante para la

interrelación entre madre/padre y bebé. El ejemplo y el estímulo a la hora de comers son importantes para fomentar una alimentación sana y variada (23). Los primeros años de vida son cruciales para el desarrollo de mecanismos de regulación de la ingesta de alimentos y diferenciación entre hambre, saciedad y estados emocionales como la ira o el deseo de atención (7).

Los problemas de alimentación que comienzan en la infancia a menudo persisten hasta la edad escolar, y tienen efectos en todos los aspectos del desarrollo infantil, así como en la alimentación en etapas posteriores de la vida. Además, los problemas de alimentación son una causa importante de estrés para los padres (16).

Las madres con TCA muestran patrones interactivos más disfuncionales al alimentar a sus bebés. Estas dificultades producen respuestas físicas y conductuales negativas tempranas en el bebé. El malestar en la relación puede dar lugar a patrones de interacción desregulados que causan trastornos en el crecimiento que pueden perdurar en el tiempo. Así, los bebés pueden desarrollar emociones intensas hacia la comida, que pueden enmascarar los sentimientos de hambre. Las actitudes de los cuidadores afectan, por lo tanto, la capacidad de los niños pequeños para diferenciar entre hambre y emoción, poniendo de relieve una cierta transmisión psíquica de patrones operativos internos en torno a la alimentación (18). Cuando la alimentación se convierte en una lucha por el control entre madre-hijo (una tarea más que una experiencia de crecimiento placentera), la alimentación del hijo puede estar más guiada por su experiencia emocional que por sus necesidades fisiológicas (7, 24, 36, 23).

En cuanto a madres con TCA en relación con la depresión postparto es importante mencionar cómo ambos trastornos se retroalimentan y afectan la relación madre-hijo. En el posparto, los cambios emocionales y físicos en la madre pueden agravar los TCA, dificultando la gestión de sus propias señales emocionales y somáticas, lo que afecta su capacidad para responder adecuadamente a las necesidades del bebé. Estas dificultades pueden alterar el vínculo afectivo y el apego seguro, comprometiendo la calidad de la interacción maternofilial. Además, la DPP, más frecuente en madres con TCA, intensifica

estas dificultades, afectando el desarrollo emocional del niño y potencialmente generando trastornos de apego a largo plazo (6).

Como se ha podido destacar, se identifican una variedad de resultados adversos para la descendencia, incluyendo alteraciones en el nacimiento, el crecimiento y en la interacción con el bebé. Aun así, es importante destacar que una proporción significativa de niños en muestras comunitarias no se ven afectados por el trastorno alimentario de sus madres, por lo que no se debe asumir que todos los niños se ven invariablemente afectados negativamente (20).

La identificación prenatal y el tratamiento para las mujeres con un TCA durante el período perinatal y sus infantes son vitales. La optimización de la nutrición del embarazo, el control de los síntomas del TCA y las interacciones alimentarias parecen particularmente importantes (4). Por eso mismo, comprender cómo los trastornos alimentarios impactan en la calidad de la interacción madre-hijo en las distintas etapas del desarrollo infantil es crucial para el diseño de intervenciones que, además de ofrecer apoyo a las madres con TCA, puedan ayudar a mitigar la transmisión intergeneracional de estos trastornos (1). La investigación futura debería centrarse en la resiliencia y en qué factores protectores podrían conducir a resultados positivos. Estos factores pueden utilizarse entonces como objetivos terapéuticos y preventivos.

CONCLUSIONES

En conclusión, las madres con TCA suelen presentar patrones alimentarios altamente restrictivos. Es frecuente que experimenten comorbilidad con trastornos como la ansiedad y la depresión, y suelen manifestar sentimientos de culpa y vergüenza asociados. A menudo, suele ocurrir que estas madres interrumpan la lactancia materna de manera precoz, y tienden a ejercer un control excesivo sobre el consumo de alimentos de sus hijos, imponiendo presión para que coman, estableciendo horarios irregulares y ofreciendo comidas monótonas. Suelen ser particularmente estrictas con la ingesta de alimentos ricos en lípidos, y muestran actitudes críticas hacia la forma corporal de sus hijas.

Puntos clave:

- El periodo perinatal es una etapa de riesgo para recaídas o el agravamiento del TCA en la madre. La ansiedad y depresión maternas, en especial la depresión postparto, presentan una alta prevalencia en madres que sufren trastornos alimentarios y pueden afectar el vínculo y la interacción con el bebé.
- La interacción madre-hijo, en particular durante la alimentación, suele verse alterada, lo que puede generar dificultades en la relación del niño con la comida.
- El TCA en madres aumenta significativamente el riesgo de problemas alimentarios en los hijos, tanto si el TCA está activo o forma parte del pasado de la madre.
- Estos problemas en la alimentación pueden persistir durante la infancia e incluso extenderse hasta la edad escolar y la adolescencia, afectando la relación del niño con la comida a lo largo de su vida.
- Esta afectación parece ser más importante en las hijas que en los hijos de madres con TCA.
- Un adecuado seguimiento psicológico de mujeres con TCA (pasado o presente) durante la etapa perinatal puede contribuir a la mejora del bienestar de la diáda madre-bebé, previniendo o pudiendo detectar e intervenir tempranamente en la aparición de posibles alteraciones en el desarrollo y la interacción con el bebé.

CONFLICTO DE INTERESES

Las autoras declaran no tener ningún conflicto de intereses respecto a este artículo.

REFERENCIAS

1. Martini MG, Taborelli E, Schmidt U, Treasure J, Micali N. Infant feeding behaviours and attitudes to feeding amongst mothers with eating disorders: A longitudinal study. *Eur Eat Disord Rev.* 2019;27(2): 137-46. <https://doi.org/10.1002/erv.2626>
2. Andrés-Perpiñá S, Plana MT, Flamarique I, Romero S, Borràs R, Julià L, et al. Long-term outcome and psychiatric comorbidity of adolescent-onset anorexia nervosa. *Clin Child Psychol Psychiatry.* 2020;25(1): 33-44. <https://doi.org/10.1177/1359104519827629>
3. Treasure D, Duarte TA, Schmidt U. Eating disorders. *The Lancet.* 2020;395(10227): 899-911. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30059-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30059-3)
4. Mah B, Cibralic S, Hanna J, Hart M, Loughland C, Cosh S. Outcomes for infants whose mothers had an eating disorder in the perinatal period: A systematic review of the evidence. *Int J Eat Disord.* 2021;54(12): 2077-94. <https://doi.org/10.1002/eat.23612>
5. Easter A, Bye A, Taborelli E, Corfield F, Schmidt U, Treasure J, et al. Recognising the symptoms: How common are eating disorders in pregnancy? *Eur Eat Disord Rev.* 2013;21(4): 340-44. <https://doi.org/10.1002/erv.2229>
6. Astrachan-Fletcher E, Veldhuis C, Lively N, Fowler C, Marcks B. The reciprocal effects of eating disorders and the postpartum period: a review of the literature and recommendations for clinical care. *J Womens Health.* 2008;17(2): 227-39. <https://doi.org/10.1089/jwh.2007.0611>
7. Doersam AF, Throm JK, Sørensen F, Martus P, Kraegeloh-Mann I, Preissl et al. Mother-infant feeding interactions in mothers with and without eating disorder history: Results of a structured observational study. *Appetite.* 2024;200: 107551. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2024.107551>
8. García-Esteve L, Valdés Miyar M. Manual de Psiquiatría perinatal. Madrid: Editorial Médica Panamericana, 2017.
9. Farré Sender, B. El vínculo materno-infantil: evaluación y detección de los factores de riesgo prenatales en madres diagnosticadas de un trastorno mental (Tesis doctoral, Universitat de Barcelona). Dipòsit Digital UB. 2018
10. Murray L, Hipwell A, Hooper R, Stein A, Cooper P. The cognitive development of 5-year-old children of postnatally depressed mothers. *J Child Psychol Psychiatry.* 1996;37: 927-35. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.1996.tb01490.x>

11. Palacios-Hernández B. Alteraciones en el vínculo materno-infantil: prevalencia, factores de riesgo, criterios diagnósticos y estrategias de evaluación. Salud UIS. 2016;48(2): 164-76.
12. Romero Sánchez P, López Rodríguez F. Estructura cíclica y sincronía en la interacción madre-infante. Conductual. 2015;3: 211-22. <https://doi.org/10.59792/PWZB9710>
13. Ainsworth MDS. Object relations, dependency and attachment: A theoretical review of the infant-mother relationship. Child Development. 1969;40: 969-1065.
14. Stein A, Woolley H, Cooper SD, Fairburn CG. An observational study of mothers with eating disorders and their infants. J Child Psychol Psychiatry. 1994;35(4): 733-48. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.1994.tb01218.x>
15. Watson, H.J., O'Brien, A., & Sadeh-Sharvit, S. Children of Parents with Eating Disorders. Curr Psychiatry Rep. 2018;20: 101. <https://doi.org/10.1007/s11920-018-0970-3>
16. Micali N, Simonoff E, Stahl D, Treasure J. Maternal eating disorders and infant feeding difficulties: maternal and child mediators in a longitudinal general population study. J Child Psychol Psychiatry. 2011;52(7): 800-807. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2010.02341.x>
17. Martini MG, Taborelli E, Easter A, Bye A, Eisler I, Schmidt U, et al. Effect of maternal eating disorders on mother-infant quality of interaction, bonding and child temperament: A longitudinal study. Eur Eat Disord Rev. 2022; 31(2); 335-48. <https://doi.org/10.1002/erv.2960>
18. Squires C, Lalanne C, Murday N, Simoglou V, Vaivre-Douret L. The influence of eating disorders on mothers' sensitivity and adaptation during feeding: a longitudinal observational study. BMC pregnancy and childbirth. 2014;14: 1-9. <https://doi.org/10.1186/1471-2393-14-274>
19. Behar R, Arancibia M. Trastornos alimentarios maternos y su influencia en la conducta alimentaria de sus hijas (os). Rev Chil Pediatr. 2014;85(6): 731-9. <https://doi.org/10.4067/S0370-41062014000600012>
20. Park RJ, Senior R, Stein, A. The offspring of mothers with eating disorders. Eur Child Adolesc Psychiatry. 2003;12: I110–I119. <https://doi.org/10.1007/s00787-003-1114-8>
21. Watson HJ, Torgersen L, Zerwas S, Reichborn-Kjennerud T, Knoph C, Stoltenberg et al. Eating disorders, pregnancy, and the postpartum period: Findings from the Norwegian Mother and Child Cohort Study (MoBa). Nor epidemiol. 2014;24(1-2): 51-62. <https://doi.org/10.5324/nje.v24i1-2.1758>
22. Martini MG, Barona-Martinez M, Micali N. Eating disorders mothers and their children: a systematic review of the literature. Arch Women Ment Health. 2020; 23(4): 449-67. <https://doi.org/10.1007/s00737-020-01019-x>
23. Waugh E, Bulik CM. Offspring of women with eating disorders. International J Eat Disord. 1999;25(2): 123-33. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1098-108X\(199903\)25:2<123::AID-EAT1>3.0.CO;2-B](https://doi.org/10.1002/(SICI)1098-108X(199903)25:2<123::AID-EAT1>3.0.CO;2-B)
24. Patel P, Wheatcroft R, Park R, Stein, A. The children of mothers with eating disorders. Clin Child Fam Psychol Rev. 2002;5(1): 1–19. <https://doi.org/10.1023/a:1014524207660>
25. Micali N, Stahl D, Treasure J, Simonoff, E. Childhood psychopathology in children of women with eating disorders: understanding risk mechanisms. J Child Psychol Psychiatry. 2014;55(2): 124-34. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12112>
26. de Barse LM, Tharner A, Micali N, Jaddoe VV, Hofman A, Verhulst, et al. Does maternal history of eating disorders predict mothers' feeding practices and preschoolers' emotional eating? Appetite. 2015;85: 1–7. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2014.10.031>
27. Micali N, De Stavola B, Ploubidis GB, Simonoff E, Treasure J. The effects of maternal eating disorders on offspring childhood and early adolescent psychiatric disorders. Int J Eat Disord. 2014;47(4): 385-93. <https://doi.org/10.1002/eat.22216>
28. Field AE, Javaras KM, Aneja P, Kitos N, Camargo CA Jr, Taylor CB et al. Family, peer, and media predictors of becoming eating disordered. Arch pediat adolesc med. 2008;162(6): 574-9. <https://doi.org/10.1001/archpedi.162.6.574>
29. Rodgers RF, Hines M, Martens A, Zimmerman E. Correlation between maternal eating disorder and early infant feeding regulation: a cross-

- sectional study. BMC Pregnancy and Childbirth. 2021;21: 1-6. <https://doi.org/10.1186/s12884-021-04317-z>
30. Martini MG, Yim SH, Eisler I, Micali N, Schmidt U. Bonding and parent-child quality of interaction in parents with eating disorder: a scoping review. Eur Eat Disord Rev. 2025;33(2): 221-38. <https://doi.org/10.1002/erv.3144>
31. Barona M, Andersen A, Micali N. Childhood psychopathology in children of women with eating disorders. Acta Psychiatr Scand. 2016;134(4): 295-304. <https://doi.org/10.1111/acps.12616>
32. Cordella P, Castro L, Díaz C, Zavala C, Lizana P. Las madres de adolescentes y jóvenes chilenos con trastornos alimentarios. Rev med Chile. 2009;137(6): 785-90. <https://doi.org/10.4067/S0034-98872009000600008>
33. Bowlby JA. Secure base: parent-child attachment and healthy human development. London: Routledge, 1988.
34. Brockington I. Maternal rejection of the young child: present status of the clinical syndrome. Psychopat. 2011;44(5): 329-36. <https://doi.org/10.1159/000325058>
35. Cerniglia L. An update on the special issue ‘parent-child interactions: Paths of intergenerational transmission of psychopathological risk’. Int J Environ Res Public Health. 2024;21(3): 328. <https://doi.org/10.3390/ijerph21030328>
36. Reba-Harrelson L, Holle AV, Hamer RM, Torgersen L, Reichborn-Kjennerud T, Bulik, CM. Patterns of maternal feeding and child eating associated with eating disorders in the Norwegian Mother and Child Cohort Study (MoBa). Eat Behav. 2010;11(1): 54-61. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2009.09.004>
37. Chapman L, Cartwright-Hatton S, Thomson A, Lester KJ. Parental eating disorders: A systematic review of parenting attitudes, behaviours, and parent-child interactions. Clin Psychol Rev. 2021;88: 102031. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2021.102031>
38. Stitt N, Reupert A. Mothers with an eating disorder: ‘Food comes before anything’. J Psychiatr Ment Hlt Nurs. 2014;21(6): 509-17. <https://doi.org/10.1111/jpm.12104>