

Facultad de Farmacia

Universidad del País Vasco / Euskal Herriko Unibertsitatea

UPV / EHU



FARMAZIA
FAKULTATEA
FACULTAD
DE FARMACIA

TRABAJO FIN DE GRADO

**TRASTORNOS DE LA CONDUCTA
ALIMENTARIA (TCA) DURANTE LA ETAPA DEL
EMBARAZO. EFECTOS EN LA MADRE Y EN EL
FETO**

Grado en Nutrición Humana y Dietética

Autora: Saioa Pérez Fuentes

Curso 2020 / 2021

Resumen

En los últimos años, la prevalencia de los trastornos de la conducta alimentaria ha ido en aumento de forma considerable, sobre todo, entre la población femenina. El 90-95% de los casos se dan en mujeres de entre 12 y 25 años, afectando así a las etapas de mayor capacidad reproductiva con efectos negativos sobre el ciclo menstrual, la fertilidad, la función ovárica, el embarazo, etc.

Entre los trastornos alimentarios más comunes se encuentran la anorexia, la bulimia y el síndrome de atracón, aunque también existen otros menos comunes como la pica.

Sufrir alguno de estos durante la gestación puede suponer un peligro, ya que, es una etapa en la que la nutrición toma un papel fundamental, y pueden llevar a graves consecuencias tanto prenatales, como postnatales en la madre y en el feto, o incluso pueden provocar que el embarazo sea de riesgo y se sufran abortos, restricciones del crecimiento intrauterino, complicaciones obstétricas, etc.

Por lo tanto, con este trabajo lo que se pretende es profundizar en el riesgo que supone sufrir alguno de estos en esta etapa, y establecer el papel que debe tomar el dietista – nutricionista ante una situación de este estilo.

Índice

1. Introducción	1
2. Objetivos.....	2
3. Desarrollo	2
3.1. Importancia de la alimentación durante la etapa del embarazo.....	2
3.2. Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA).	4
3.3. Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) durante el embarazo.....	5
3.3.1. <i>Anorexia Nerviosa (AN)</i>	7
3.3.2. <i>Bulimia Nerviosa (BN)</i>	9
3.3.3. <i>Trastorno por Atracón (TA)</i>	12
3.4. Consecuencias prenatales y postnatales de los TCA en la madre.....	13
3.5. Consecuencias prenatales y postnatales de los TCA en el feto.....	15
3.6. Tratamiento de los TCA.	18
4. Conclusiones.....	21
5. Bibliografía	22

1. Introducción

El embarazo o gestación, es el estado fisiológico propio de la mujer mediante el cual, a lo largo de 9 meses normalmente, se desarrolla y crece en el útero materno un feto. Sin embargo, a nivel psicológico, el concepto puede diferir mucho dependiendo de la persona, pudiendo significar un momento de la vida de plena alegría, o quizás en algunos casos un problema. Entre las variables que conducen a que el pensamiento respecto al embarazo sea diferente en cada individuo se encuentran, por ejemplo, el contexto social, la situación económica, la salud mental, e incluso los cambios fisiológicos, metabólicos y morfológicos que se producen en la propia mujer gestante (Bolaños - Ríos, 2010; Claydon et al., 2018).

El embarazo es una etapa anabólica, en la que la creación de nuevos tejidos conlleva un aumento ponderal progresivo. La ganancia de peso recomendada, cuando el Índice de Masa Corporal (IMC) materno previo a la gestación es normal, es de aproximadamente unos 11,5 – 16,0 kg (Kathleen et al., 2009). Y, esto, junto con otras variables como son, por ejemplo, las características de la madre, su alimentación durante este periodo y los cuidados continuos, pueden determinar el peso del feto al nacer, así como también pueden predecir su estado de salud. La alimentación a lo largo de la gestación cobra un papel fundamental debido a la necesidad de nutrientes para el correcto crecimiento y desarrollo fetal.

El aumento del peso, sin embargo, no solo está condicionado por el crecimiento del feto, sino que, en este peso también toman parte la placenta, el líquido amniótico, el líquido extracelular, el útero, la sangre, e incluso las reservas de grasa para la lactancia (Bolaños - Ríos, 2010). Asimismo, la mujer gestante sufre otros cambios durante este periodo como son la aparición de estrías, las náuseas y vómitos, los mareos, la manifestación de antojos, los cambios hormonales, el aumento de las mamas, etc.

Todos estos cambios son los que pueden hacer que el embarazo, para muchas mujeres, suponga un problema, y en muchos casos se llegue a sufrir un Trastorno de la Conducta Alimentaria (TCA) como, anorexia, bulimia o trastorno por atracón, durante la etapa de gestación. Hay estudios que afirman que los factores asociados con el embarazo y el parto, y el periodo neonatal pueden precipitar un TCA u otros trastornos similares como son, la pica o la vigorexia (Favaro et al., 2006). Además, cuando se sufre una patología de este tipo, la sensación de obesidad aumenta y se vive una situación de pérdida de control sobre el propio cuerpo que puede provocar aún más ansiedad (Bolaños - Ríos, 2012). No obstante, y a pesar de ser lo que siempre se ha pensado, no solo es la preocupación por la imagen corporal lo

que puede conducir a padecer un trastorno alimentario en la mujer gestante, sino que hay otros factores que también pueden influir como son, la depresión postparto, un bajo apoyo de la pareja, cambios alimentarios previos al parto, problemas familiares, la sobreprotección por parte de su entorno si se trata de un embarazo muy deseado, la presión social, etc. (Lai et al., 2006; Bolaños - Ríos, 2012).

Dada la importancia que tiene la alimentación durante la gestación, el hecho de sufrir un TCA durante dicha etapa pueden llevar a graves consecuencias tanto prenatales, como postnatales en la madre y en el feto, o incluso pueden provocar que el embarazo sea de riesgo y se sufran abortos, restricciones del crecimiento intrauterino, complicaciones obstétricas, etc.

2. Objetivos

El presente Trabajo de Fin de Grado (TFG), tiene como objetivos:

- Conocer la importancia que cobra la nutrición durante la etapa del embarazo.
- Describir brevemente que son los Trastornos de la Conducta Alimentaria.
- Profundizar en cuáles son actualmente los trastornos alimentarios más comunes que pueden darse durante la gestación.
- Conocer cuáles son las consecuencias prenatales y postnatales que pueden provocar los trastornos de la conducta alimentaria tanto en la madre gestante como en el feto.
- Proponer pautas para el posible tratamiento de dichos trastornos alimentarios.

3. Desarrollo

3.1. Importancia de la alimentación durante la etapa del embarazo.

Como ya se ha comentado anteriormente, un estilo de vida caracterizado por la realización de ejercicio de forma regular y por una dieta equilibrada y variada, así como, por cuidados continuos, es un determinante y un predictor importante del curso

del embarazo, del desarrollo y crecimiento del feto, y de la salud, tanto a largo como a corto plazo, de la madre y del recién nacido (Dörsam et al., 2019; Mousa et al., 2019). Asimismo, es importante que la dieta de la mujer gestante proporcione todos los nutrientes necesarios para asegurar reservas para la etapa de la lactancia (Koletzko et al., 2019). De hecho, la desnutrición o malnutrición materna puede traducirse en problemas en el peso del recién nacido, problemas en el desarrollo y crecimiento del feto o problemas de salud maternos, además de en un aumento en el riesgo de sufrir otras patologías metabólicas y/o genéticas.

Durante la gestación, las necesidades de energía se ven ligeramente aumentadas, y con ello, los requerimientos de otros muchos nutrientes como las proteínas, las vitaminas y los minerales, debido a los cambios corporales y fisiológicos que tienen lugar (Barretto et al., 2014).

Por lo general, los requerimientos de energía durante este periodo aumentan aproximadamente en 300 kcal/día, volviéndose más notable el aumento a partir de la segunda mitad del embarazo, es decir, a mediados del segundo trimestre (Bolaños - Ríos, 2010). Una ingesta insuficiente de calorías diarias puede terminar en graves consecuencias tanto para el feto como para la madre pudiendo dar lugar a una inadecuada ganancia ponderal al final del embarazo. En el caso del feto, esto, aumenta el riesgo de sufrir un aborto espontáneo, un parto prematuro, bajo peso al nacer, o incluso mortalidad fetal; y en lo que respecta a la madre, se aumenta el riesgo de sufrir anemia, descalcificación o disminución de la masa muscular (Mousa et al., 2019).

Asimismo, es importante también tener en consideración la ingesta de proteína, la cual se debe aumentar en 10 – 12 gramos al día aproximadamente respecto a los requerimientos de una dieta en situaciones normales. Las necesidades de este macronutriente se ven aumentadas debido, principalmente, al crecimiento fetal, placentario y de los tejidos maternos (Bolaños - Ríos, 2010).

Por otra parte, en cuanto al ácido fólico o folato, la suplementación recomendada es de 400 µg, tanto antes de la concepción como durante al menos las 12 primeras semanas de embarazo (Mousa et al., 2019). Un déficit de esta vitamina puede derivar en malformaciones congénitas en el feto, defectos en el tubo neural (DTN), anemia megaloblástica en la madre, etc. Dentro de los defectos del tubo neural que puede sufrir el recién nacido priman la anencefalia, el meningocele y la espina bífida. Algunos de los factores que hacen que los requerimientos de ácido fólico

aumenten durante la gestación son: la mayor demanda de eritropoyesis que tiene lugar en esta etapa, el crecimiento fetoplacentario, la excreción urinaria que se ve aumentada y el aumento de la síntesis de ácidos nucleicos (Bolaños - Ríos, 2010).

Por último, un déficit de calcio en el embarazo se asocia directamente con el aumento del riesgo de padecer desmineralización ósea o preeclampsia (Hofmeyr et al., 2014). La preeclampsia trata de una complicación del embarazo que se caracteriza por hipertensión arterial (HTA), proteinuria, edemas en extremidades, e incluso daños en diferentes sistemas y órganos como hígado o riñones; signos clínicos que durante un embarazo pueden traducirse rápidamente en graves complicaciones en la salud, tanto materna como fetal (Rana et al., 2019).

3.2. Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA).

Los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA), se definen como trastornos psiquiátricos complejos que se caracterizan por un comportamiento alterado frente a la ingesta alimentaria y una obsesión continua por querer controlar el peso (Menezes de Lucena, 2016; Rodríguez-Blancue et al., 2018). Las personas que los sufren presentan patrones distorsionados en el acto de comer, bien sea por comer en exceso como por dejar de comer (Mendez et al., 2008).

Estos pueden afectar a cualquier individuo, independientemente de su edad, sexo, raza o nivel socioeconómico, aunque se desarrollan con más frecuencia en mujeres adolescentes y mujeres jóvenes de entre 12 y 25 años, superponiéndose el rango de edad de las mujeres con TCA con el rango de edad de la función reproductiva. Esto puede hacer que se vea afectado el ciclo menstrual, la fertilidad, la función ovárica o el embarazo, entre otros. De hecho, el 90 – 95 % de las personas con un diagnóstico de trastorno alimentario grave son del sexo femenino (Behar et al., 2008; Hilker et al., 2019) y se ha estimado que la tasa de prevalencia en estas personas se encuentra entre el 0,5 % y el 3,7 % (Cardwell et al., 2013). Por el contrario, en el caso de los varones, la proporción en la que se suelen ver afectados por estas patologías es de 1:10 (López et al., 2011).

Aunque su origen exacto no ha podido ser explicado, se cree que en su desarrollo pueden intervenir desde factores psicológicos, hasta factores físicos y elementos del medio ambiente, así como la insatisfacción corporal, una preocupación

persistente por la comida, el peso y/o la forma corporal, el uso de purgas y métodos no saludables para controlar y reducir el peso o las presiones culturales y el canon de belleza impuesto por la sociedad de extrema delgadez (López et al., 2011). Además, es muy frecuente que los TCA se presenten en concordancia con otras patologías psiquiátricas como la depresión, la ansiedad, el abuso de sustancias o Trastornos Obesivo – Compulsivos (TOC) (Méndez et al., 2008).

Los trastornos alimentarios pueden clasificarse principalmente en tres grupos; Anorexia Nerviosa (AN), Bulimia Nerviosa (BN) y Trastornos de la conducta Alimentaria No Especificados (TANE). En esta última categoría se encuentran los trastornos que no cumplen todos los criterios de uno específico, sino que presentan síntomas de varios a la vez. Entre ellos, en más destacable es el Trastorno por Atracción (TA) (Méndez et al., 2008).

Para evitar la cronicidad del trastorno, se recomienda un tratamiento temprano, lo que implica un diagnóstico temprano y una derivación temprana a un equipo especializado (López et al., 2011). Sin embargo, no existen tratamientos farmacológicos o nutricionales específicos, por lo que lo más recomendado y utilizado es el tratamiento con grupos interdisciplinarios en los que toman parte tanto psicólogos y nutricionistas, como psiquiatras, médicos internistas y endocrinólogos. En estos casos, las sesiones se basan en psicoterapia, estrategias de apoyo, programas psico-educativos, o programas de prevención, entre otras actividades. (Méndez et al., 2008).

3.3. Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) durante el embarazo.

Los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) durante la etapa del embarazo, que antes se consideraban raros, se dan cada vez en un número mayor de mujeres. La incidencia de los principales trastornos alimentarios, como la AN, la BN y el TA, está aumentando de manera significativa entre las mujeres gestantes. Asimismo, otros trastornos similares, aunque menos comunes, como la pica, la enfermedad del embarazo, o la vigorexia, se están dando también cada vez con más frecuencia entre esta parte de la población (Cardwell et al., 2013). Al menos 1 de cada 20 mujeres, el 5 % aproximadamente, experimentan alguna forma de trastorno de la alimentación durante la gestación (Rodríguez-Blanco et al., 2018; Paslakis et al., 2019). No obstante, se ha observado que, durante esta etapa, algunos de los

trastornos alimentarios pueden mejorar o estabilizarse a partir del segundo trimestre, y volver a sufrir una recaída postparto (Behar, 2013). En cualquier caso, actualmente no se conoce de forma exacta la verdadera incidencia, ya que, muchas mujeres embarazadas, especialmente jóvenes, que padecen un TCA ocultan su embarazo, su trastorno, o ambos (Cardwell et al., 2013).

Este aumento de la incidencia de los TCA durante la etapa del embarazo se debe mayoritariamente a factores comentados ya en anteriores apartados, como son, por ejemplo, factores sociales, ideales culturales que asocian la belleza con una delgadez extrema, los cambios corporales experimentado durante este periodo que aumentan la sensación de obesidad, o el temor a sufrir una ganancia de peso excesiva antes y durante el embarazo que pueda deteriorar su imagen corporal. (Behar, 2013; Harrison et al., 2018; Rodríguez-Blanque et al., 2018). Otros factores de riesgo que también parecen influir en el desarrollo de un TCA durante esta etapa están relacionados con las dificultades para mantener relaciones sexuales con su pareja, tener un pensamiento poco claro hacia la maternidad, haber sufrido una ganancia ponderal excesiva en embarazos anteriores, haber escuchado comentarios adversos sobre los cambios corporales experimentados durante el embarazo, tener antecedentes de dietas, padecer complicaciones obstétricas, haber sufrido depresión posparto con un embarazo anterior, etc. (Cardwell et al., 2013).

Entre las conductas que suelen acompañar a dichos trastornos, las cuales tienen como objetivo el control o la pérdida de peso, se encuentran principalmente: la restricción nutricional, la realización excesiva de ejercicio físico, ingestas compulsivas y las purgas que acompañan a esas ingestas compulsivas (Rodríguez-Blanque et al., 2018). En varios estudios se ha observado que las mujeres con un TCA activo presentaban mayor preocupación por la alimentación y hacían más dietas (Arnold et al., 2019). Las medidas compensatorias o comportamientos de purga más característicos de los trastornos alimentarios son los vómitos autoinducidos, el uso de diuréticos, el uso de enemas, la realización de ayuno o el uso abusivo de laxantes (Moncayo, 2016). Esto último, puede producir un desequilibrio homeostático que puede llegar a poner en riesgo el equilibrio materno – fetal. Todas estas conductas, además, pueden dar lugar a deficiencias específicas tanto de macronutrientes como de micronutrientes en la madre gestante que pueden afectar gravemente a la salud, crecimiento y desarrollo del feto y del recién nacido (Behar et al., 2008; Dörsam et al., 2019). Como consecuencia de esto, se han observado complicaciones tanto prenatales como postnatales en la madre y en el feto, entre las que destacan

problemas en la fertilidad, alteraciones físicas en el desarrollo del feto, bajo peso al nacer, prematuridad, mayor riesgo de aborto, ingresos hospitalarios, o muerte perinatal en los casos más graves. Asimismo, también se ha visto que aumenta el riesgo de depresión postparto (García del Castillo et al., 2013; Dukay-Szabó et al., 2016). Todos estos efectos adversos producidos por los TCA serán comentados en los siguientes apartados con mayor profundidad.

A continuación, se describirán los trastornos alimentarios que se dan con mayor frecuencia durante el embarazo como la Anorexia Nerviosa (AN), la Bulimia Nerviosa (BN) y el Trastorno por Atracón (TA).

3.3.1. Anorexia Nerviosa (AN).

La AN es un trastorno alimentario que se caracteriza por una auto-restricción excesiva en la ingesta de alimentos y calorías, que conduce a una pérdida de peso grave. En consecuencia, las personas que la sufren desarrollan temor por aumentar de peso y tienen una imagen corporal completamente distorsionada (Dörsam et al., 2019).

Existen dos subtipos de anorexia. Por un lado, se encuentra la AN de tipo restrictivo, en la que la pérdida de peso es resultante de la realización de dietas estrictas, ayunos o ejercicio físico excesivo. Por otro lado, se encuentra la de tipo bulímico o el tipo de anorexia que se diferencia por atracones y purgas. Esta última se da cuando la mujer tras darse un atracón, realiza conductas purgativas, como método de compensación, como, por ejemplo; vómitos autoinducidos, abuso de laxantes, uso de diuréticos o uso de enemas (Herrera Gómez et al., 2011). En muchos casos, los vómitos autoinducidos se llevan a cabo con la ayuda de ipecacuana, un jarabe emético, es decir, inductor del vómito, que procede de la raíz de la planta *Carapichea ipecacuanha* (Comité de Medicamentos de la Asociación Española de Nutrición [AEPED], 2020).

Para el diagnóstico de dicho trastorno, se utilizan principalmente dos pruebas psicológicas como pruebas de cribado de TCAs; el EAT (Eating Attitudes Test) y el EDI (Eating Disorders Inventory), aunque es muy utilizado también el manual DSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition) (De Irala et al.,

2008; Crow et al., 2016). Estas pruebas y manuales incluyen una serie de cuestionarios a responder por el/la paciente, así como, los diferentes criterios de diagnóstico que pueden determinar la presencia o ausencia de AN.

Los criterios de diagnóstico, que fueron establecidos por diversos autores, son los siguientes (Herrera Gómez et al., 2011; Cardwell et al., 2013; Peterson et al., 2019). El criterio A es el rechazo de la mujer a mantener su peso corporal dentro de los valores mínimos normales de peso esperados para su edad y altura. Para determinar si se cumple este criterio, puede ser útil el Índice de Masa Corporal (IMC). Cuando se tiene un IMC inferior o igual a 17,5, o lo que es lo mismo, el IMC se encuentra por debajo del percentil 10, se considera que se ha tenido lugar una pérdida significativa de peso que puede llevar a desnutrición. El criterio B establece que el miedo a la pérdida de peso es un miedo intenso a ganar peso o a engordar. Una mayor pérdida de peso por parte de la mujer no reduce el miedo, sino que lo aumenta a medida que se va perdiendo aún más. Esto es debido a la percepción que tiene la mujer de no poder tener el control sobre su cuerpo. La alteración de la imagen corporal es el criterio C. Las mujeres que padecen anorexia nunca se ven lo suficientemente bien o, aunque estén delgadas, siempre van a creer que ciertas partes del cuerpo como, las piernas, las nalgas, el bíceps o el tríceps, siguen estando “gordas”. Estas mujeres están constantemente pesándose, mirándose al espejo y midiéndose las diferentes partes del cuerpo con las que no están conformes. Por último, el criterio D hace referencia al cese de la menstruación, a la amenorrea durante 3 meses consecutivos en una mujer postmenárgica o a un inicio muy tardío de la menstruación. Durante la anorexia, se producen serias alteraciones en el eje hipotálamo - hipófisis - gonadal que da lugar a un cese o una disminución en la liberación de las hormonas necesarias para la producción de estrógenos como son: la hormona foliculoestimulante y la hormona luteinizante de la hipófisis (Paslakis et al., 2019).

Su etiología, según Cardwell et al. (2013), Crow et al. (2016) y Peterson et al. (2019), puede explicarse por diferentes factores como: factores biológicos, factores neuroquímicos, factores psicológicos, o factores sociales o culturales. Entre los factores biológicos y neuroquímicos se encuentran; predisposiciones genéticas, anormalidades neuroquímicas y estructurales del cerebro, aumento de la sensibilidad de los receptores dopaminérgicos que regulan el placer, etc. Por otro lado, como factores psicológicos que influyen en el desarrollo del trastorno pueden incluirse: depresiones, ansiedad, algún Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC), el abuso de sustancias, algún trauma psicológico que sufra la paciente, o incluso la obsesión por

el perfeccionismo y el exceso de control. Finalmente, como factor social, el más destacable es la presión cultural por asociar la belleza con la extrema delgadez, aunque, también contribuyen las burlas respecto a su físico que haya podido sufrir la persona en anteriores ocasiones, la sobreprotección por parte de la familia o el estrés al que están sometidas en muchas ocasiones las mujeres anoréxicas.

Respecto a algunas de las complicaciones a nivel nutricional, este tipo de mujeres padecen principalmente déficits de algunos minerales y vitaminas como, zinc, vitamina B12 y ácido fólico, debido principalmente a la restricción calórica y alimentaria; además de deshidratación, tanto por la restricción de agua como por las conductas purgativas habituales en este tipo de trastornos. Bien los vómitos autoinducidos o bien el abuso de diuréticos o laxantes, llevan al organismo a una situación de deshidratación crónica que puede producir como consecuencia daños renales y desequilibrios electrolíticos, así como complicaciones en otros sistemas y órganos. No obstante, es muy común encontrarse también con otras complicaciones como; que se den síntomas de dolor o ardor epigástricos, hinchazón, sensación de saciedad y plenitud postprandial característicos de una dispepsia funcional, que se desarrolle una osteoporosis por un déficit de calcio o vitamina D, o que, debido a la pérdida excesiva de peso, el hígado se vea gravemente afectado viéndose afectada su capacidad de almacenar glucógeno para posteriormente producir glucosa. Esto último puede llevar a las mujeres anoréxicas a experimentar mayores episodios de hipoglucemia por la falta de reservas de glucógeno. Asimismo, debido al estado de inanición se puede ver también alterado el metabolismo de los lípidos pudiendo causar como resultado una hipercolesterolemia y un perfil lipídico anormal (Cardwell et al., 2013; Gibson et al., 2019; Peterson et al., 2019).

3.3.2. *Bulimia Nerviosa (BN).*

La Bulimia Nerviosa (BN) es otro de los trastornos alimentarios más comunes durante la etapa del embarazo, quizá el más común. Este es un trastorno que se caracteriza por episodios regulares de atracones que son seguidos bien de ejercicio excesivo, como de conductas purgativas o comportamientos compensatorios como, vómitos autoinducidos, abuso de diuréticos, laxantes o enemas, ayuno, etc., con el objetivo intentar evitar el aumento de peso (Dörsam et al., 2019). Los episodios de atracones se definen como, periodos cortos de tiempo, aproximadamente de dos

horas, en los que la mujer consume una cantidad excesiva de comida, mayor a la que la mayoría de mujeres en circunstancias similares comería, que van acompañados de una sensación de pérdida de control. Los alimentos que normalmente se ingieren en estas situaciones suelen ser alimentos ricos en calorías, carbohidratos y grasas como, galletas, pasteles, caramelos, comida rápida, etc., ya que es muy fácil de ingerir grandes cantidades y pueden eliminarse fácilmente. Estos pacientes pueden llegar a consumir hasta 5.000 calorías o más en pocas horas (Crow et al., 2016; Wade, 2019).

La BN puede desarrollarse a partir de la AN y viceversa, o incluso pueden presentarse ambos trastornos a la vez.

Al igual que ocurre en esta, en la BN también pueden diferenciarse dos subtipos. Por un lado, se encuentra la bulimia de tipo purgante, en la que es habitual el recurrir a comportamientos compensatorios como vómitos inducidos o uso de laxantes, diuréticos o enemas tras los episodios de atracón; y, por otro lado, está la bulimia de tipo no purgante, que se caracteriza por la realización de ejercicio físico de manera excesiva o la realización de ayunos para intentar evitar el aumento de peso.

Las pruebas psicológicas y el manual usados en este caso para el diagnóstico de la BN, al igual que para la AN, son el EAT (Eating Attitudes Test), el EDI (Eating Disorders Inventory), y el manual DSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition). Además, para el diagnóstico de la BN en ocasiones también se utiliza el EDI – 3, la tercera y última versión del EDI (Cardwell et al., 2013).

Entre los criterios de diagnóstico, que se encuentran en los cuestionarios y manuales arriba mencionados, destacan en concreto cinco, cuya clasificación se realiza en A, B, C, D y E (Cardwell et al., 2013; Crow et al., 2016; Wade, 2019). En primer lugar, se presenta el criterio A. Este hace referencia a la presencia de episodios de atracones, definidos previamente. En segundo lugar, el criterio B recoge si los pacientes recurren o no, tras un episodio de atracón, a las conductas compensatorias o purgas mencionadas anteriormente para el intento de controlar el aumento de peso. El criterio C hace referencia a la frecuencia con la que se repiten los distintos episodios de atracones y los comportamientos purgativos. Para este criterio, en la última actualización del DSM-5, se establece el umbral de una media de al menos un episodio de atracón con purga a la semana durante un periodo aproximado de tres meses. En cuarto lugar, cuando una autoevaluación por parte del paciente se ve influida bien por la forma corporal o bien por el peso corporal, o por ambas, es cuando se cumple el

criterio D. Y, por último, si los atracones y las consiguientes purgas no se producen solamente durante los episodios, es cuando se cumple el criterio E y el diagnóstico es claro. En este caso, no se incluye el criterio de la amenorrea o cese de la menstruación, presente en el diagnóstico de la anorexia, debido a que, en las mujeres bulímicas no es tan común sufrir alteraciones del eje hipotálamo - hipófisis – gonadal. Por lo tanto, en las mujeres bulímicas no siempre se da amenorrea, y en el caso de que se dé, suele ser una amenorrea intermitente (Crow et al., 2016).

Respecto a la etiología de este trastorno alimentario, es muy similar a la de la AN. Los factores que intervienen en su desarrollo son también factores genéticos o biológicos, factores neuroquímicos, factores psicológicos y factores sociales o culturales, al igual que en el trastorno anterior (Crow et al., 2016; Peterson et al., 2019). Sin embargo, según Cardwell et al. (2013), hay una clara y única diferencia que se puede encontrar entre ambos trastornos y que puede ser imprescindible en el diagnóstico. Se trata de un factor psicológico, y es que, mientras que el exceso de control es una de las principales características de las mujeres anoréxicas, en el caso de las mujeres bulímicas lo que más les caracteriza es la falta de control y la impulsividad (Wade, 2019).

Por último, en cuanto a algunas de las complicaciones y consecuencias que puede tener el trastorno, en el caso de la bulimia difieren un poco respecto a la anorexia. A diferencia de las mujeres anoréxicas, en donde la restricción calórica supone un grave problema por el bajo peso que acarrea, en la BN esto no es motivo de preocupación debido a que las mayorías de pacientes presentan un peso normal o incluso sobrepeso en determinadas situaciones. No obstante, eso no quiere decir que estos pacientes no presenten efectos adversos como déficits u otros problemas similares a los de la anorexia. Los comportamientos compensatorios o purgas siguen siendo un grave problema y, al igual que ocurre en otros trastornos alimentarios del estilo, estos pueden llevar a graves consecuencias nutricionales como la deshidratación, el déficit de ácido clorhídrico o un desequilibrio electrolítico, que puede derivar en un déficit de vitaminas y minerales cuya absorción es pH dependiente como, vitamina B12 y hierro. Además, en algunos pacientes pueden darse también problemas de masticación, dentición y disfagia, o episodios de hipoglucemia e hiperglucemia debidos a el tipo de alimentos que mayoritariamente consumen durante los episodios de atracones (Cardwell et al., 2013; Crow et al, 2016).

3.3.3. Trastorno por Atracón (TA).

El Trastorno por Atracón (TA), es uno de los principales trastornos pertenecientes al grupo de Trastornos de la Conducta Alimentaria No Especificados (TANE), y, según Wassenaar et al. (2019), el segundo trastorno psiquiátrico diagnosticado con mayor frecuencia. Este se caracteriza por la presencia de episodios regulares de atracones con sensación de pérdida de control y malestar intenso posterior, al igual que la BN, pero en este caso, sin las consiguientes conductas purgativas que se dan para intentar controlar el aumento de peso (Hilbert, 2019). Como ya se ha citado anteriormente, un episodio de atracón se define como un periodo corto de tiempo, de aproximadamente dos horas, en el que un individuo ingiere una cantidad excesiva de comida, mucho mayor a la que comería una persona en circunstancias similares. El umbral establecido por el DSM – 5 para este trastorno, es también de al menos un episodio de atracón a la semana durante tres meses.

A diferencia de otros trastornos, los pacientes que padecen TA se caracterizan, por lo general, por presentar sobrepeso u obesidad, un IMC más alto y una menarquia temprana, en el caso de las mujeres. Asimismo, este trastorno alimentario se puede asociar también, según diversos estudios, con un aumento del riesgo de desarrollar ciertas patologías secundarias características de la obesidad como, diabetes, hipertensión, patologías cardiovasculares o dislipemia (Guerdjikova et al., 2019; Wassenaar et al., 2019).

En cambio, los posibles desencadenantes que pueden llevar al desarrollo de un TA son los mismos que los de otros trastornos alimentarios. Los factores que intervienen son, de nuevo, factores genéticos o biológicos, factores neuroquímicos, factores psicológicos y factores sociales o culturales, entre otros (López et al., 2011). Sin embargo, en este trastorno adquieren más importancia y más peso los factores socioculturales y los factores psicológicos. La sobrevaloración de la extrema delgadez como “ideal de belleza”, la presión que sufren por parte de familiares, pareja, compañeros de trabajo, amigos, etc., un mal estado de ánimo, un antecedente de trauma o ciertas adicciones son los principales posibles causantes de este tipo de trastorno. Se ha observado en algunos estudios que las pacientes de TA ingieren más cantidad o sufren más episodios de atracón en respuesta a determinadas emociones como, por ejemplo, frustración, ansiedad, ira, depresión, disgusto, vergüenza o culpa (Guerdjikova et al., 2019; Wassenaar et al., 2019). Asimismo, según Guerdjikova et al.

(2019), “la frecuencia de atracones y los síntomas de alimentación disfuncional son más altos durante la fase lútea del ciclo menstrual”.

Por último, en cuanto a las complicaciones que puede tener el TA, las más importantes desde el punto de vista de un/a dietista – nutricionista son, por un lado, determinadas deficiencias nutricionales y, por otro lado, complicaciones gastrointestinales o a nivel del sistema digestivo. No obstante, es muy común encontrarse también con pacientes que padecen daños en otros sistemas u órganos tales como, el sistema cardiovascular o el reproductivo (Guerdjikova et al., 2019). Aunque la obesidad, normalmente, se asocie con un consumo excesivo de comida, es muy común sufrir déficits de determinados nutrientes. Esto se debe principalmente a que los alimentos que se ingieren durante los episodios de atracones son, mayoritariamente, productos con alto contenido calórico, ricos en hidratos de carbono, azúcares y grasas saturadas, y pobres en vitaminas, minerales y proteínas. Los déficits más característicos en estas situaciones son los de vitamina A, vitamina C, vitamina D, ácido fólico, calcio, potasio, zinc y proteínas. Respecto a las posibles consecuencias que tiene esta patología a nivel gastrointestinal, las más destacables son reflujo gastrointestinal, síndrome de intestino irritable, dismotilidad, disfagia abdominal, dolor abdominal, diarrea o estreñimiento (Wassenaar et al., 2019).

3.4. Consecuencias prenatales y postnatales de los TCA en la madre.

Los TCA pueden tener graves consecuencias en la madre, tanto a nivel prenatal como postnatal, o incluso antes de la concepción. si se sufren durante la etapa del embarazo.

Antes del embarazo, muchas mujeres ya experimentan efectos adversos causados por dichas patologías como son, por ejemplo, problemas en la fertilidad, alteraciones en la menstruación o disfunción sexual, que pueden hacer que la fecundación se vea dificultada y sea más compleja. Es más, en pacientes con trastornos alimentarios las tasas de embarazo son menores que en pacientes sanas (Arnold et al., 2019). Estas comorbilidades son causadas principalmente por las alteraciones que se producen en el eje hipotálamo – hipófisis – gonadal, derivadas del bajo peso. Esto conduce a una disminución en la liberación de las hormonas necesarias para la producción de estrógenos como son: la hormona foliculoestimulante

y la hormona luteinizante de la hipófisis (Paslakis et al., 2019). Sin embargo, con las avanzadas técnicas actuales de inducción de la ovulación y la fertilización in vitro se ha conseguido que el hecho de padecer un trastorno alimentario no suponga un impedimento para concebir un hijo/a en la mayoría de los casos (Behar et al., 2008).

La etapa prenatal es la etapa en la que más efectos adversos se dan y con mayor gravedad. Por un lado, las gestantes, debido a la malnutrición y a los déficits nutricionales, comienzan a desarrollar diversos problemas obstétricos y ginecológicos, así como, hipertensión materna, que se alarga durante todo el embarazo, y mayor hiperémesis gravídica (Harrison et al., 2018; Rodríguez-Blanco et al., 2018). La hiperémesis gravídica se caracteriza por la presencia de náuseas, vómitos y arcadas, pero de manera intensa y extrema. Estos son signos que normalmente aparecen en el 70 – 80 % de las mujeres gestantes, que suelen ser más comunes durante la mañana y que suelen estar presentes mayoritariamente a lo largo del primer trimestre. Sin embargo, cuando se trata de una hiperémesis gravídica, las arcadas, los vómitos y las náuseas se vuelven persistentes durante gran parte del embarazo y pueden darse a lo largo de todo el día, llegando a provocar deshidratación, cetonuria, desequilibrios electrolíticos y mayor pérdida de peso (Venegas, 2016). Asimismo, una nutrición subóptima de la madre puede producir también que esta desarrolle alguna otra patología relacionada con la nutrición como, anemia, psicosis de Korsakoff, síndrome de Wernicke o escorbuto, causadas por déficits de hierro, vitamina B1, tiamina y vitamina C, respectivamente (Cardwell et al., 2013).

Otra de las complicaciones obstétricas que se pueden producir a causa de los trastornos alimentarios es el aumento significativo del riesgo de sufrir un aborto espontáneo, un parto prematuro, un parto de nalgas o un parto por cesárea; además de, una menor duración del parto (Harrison et al., 2018; Rodríguez-Blanco et al., 2018). En la mayoría de mujeres gestantes con TCA se ha observado una menor duración del parto, excepto en los casos de TA, donde el parto presenta una mayor duración, sobre todo, en la primera y segunda fase (Arnold et al.; 2019). Un parto prematuro o un aborto espontáneo pueden ser causados incluso por la propia ansiedad, la presión y el estrés característicos de las pacientes que padecen estos trastornos, que pueden hacer que el parto se acelere y se produzca con anterioridad (Aliaga et al., 2019).

Finalmente, en la etapa postnatal, es donde la mayoría de complicaciones van relacionadas con la depresión y la ansiedad postparto; además de con las recaídas

postparto, que afectan a gran parte de las mujeres gestantes y pueden tener graves consecuencias en los cuidados del recién nacido y en su futura alimentación (Bolaños - Ríos, 2010). Aunque, en muchos casos, durante el embarazo se observe una mejoría de la sintomatología y de las conductas anormales características de los TCA, en la etapa posterior al parto se da un empeoramiento que es muy probable que produzca recaídas y que la adaptación a la maternidad sea más compleja (Behar et al., 2008). Además, la responsabilidad que supone ser madre y la presión por tener que cuidar de la vida de un recién nacido, también pueden influir negativamente en el aumento de la ansiedad, aumentando todavía más el riesgo de recaída.

Aún y todo, no son éstas las únicas complicaciones que pueden surgir en esta etapa. Por un lado, las cesáreas, tras el parto, aumentan la probabilidad de sufrir infecciones, hemorragias vaginales postparto, complicaciones operatorias o daño en las suturas de la episiotomía (Cardwell et al., 2013; Arnold et al., 2019). Por otro lado, en los casos de TA, la recuperación del peso pregestacional se ve dificultada. Esto se debe a que la obesidad que padecen estos pacientes se prolonga durante todo el embarazo obteniendo una ganancia ponderal excesiva que se relaciona con una mayor prevalencia de sufrir sobrepeso tras el nacimiento del feto (Rodríguez-Blanco et al., 2018).

3.5. Consecuencias prenatales y postnatales de los TCA en el feto.

En el caso del feto, las complicaciones resultantes de los TCA maternos son aún mayores y pueden presentarse también tanto en la etapa prenatal como en la postnatal.

A nivel prenatal, los trastornos alimentarios que padece la madre, se asocian generalmente con un incorrecto crecimiento fetal. Esto se debe principalmente a que, a causa de la alimentación desordenada y restringida que lleva la madre, ésta sufre graves carencias nutricionales que provocan que, a través del cordón umbilical, no lleguen todos los nutrientes necesarios para un crecimiento óptimo del feto. Es por ello que, suelen presentarse restricciones en el crecimiento intrauterino, pudiendo quedar el crecimiento del feto por debajo de los parámetros normales, fetos pequeños para la edad gestacional, menor circunferencia cefálica, aumento del riesgo de microcefalia, y en casos más graves, puede incluso darse un aumento del riesgo de mortalidad

perinatal (Cardwell et al., 2013; Harrison et al., 2018; Rodríguez-Blanco et al., 2018). Se considera que el crecimiento intrauterino se ha visto reducido cuando, al momento de nacer, el bebé presenta una circunferencia abdominal inferior al percentil 3 (Behar, 2013). Además, la malnutrición materna puede influir también en su desarrollo pudiendo llegar a provocar retrasos en este, malformaciones cardíacas en el feto, anomalías faciales congénitas, defectos en el tubo neural y alteraciones en el desarrollo neurocognitivo, que pueden resultar en defectos en el lenguaje, entre otros (Bolaños - Ríos, 2010; Behar, 2013).

Tras el parto, debido a estas restricciones del crecimiento y desarrollo fetal que tienen lugar en la etapa prenatal, estos recién nacidos es muy frecuente que presenten una mayor tasa de bajo peso al nacer, además de ciertos defectos de nacimiento como son una circunferencia craneana inferior a la de los bebés de madres sanas o ciertas anomalías físicas (Harrison et al., 2018). Los recién nacidos con bajo peso, además, tienen mayores probabilidades de desarrollar en un futuro ciertas comorbilidades como diabetes tipo II, resistencia a la insulina o hipertensión arterial. Asimismo, es muy común que, por estas mismas deficiencias nutricionales, una ingesta deficiente y un IMC pregestacional materno muy inferior, el bebé padezca anemia tras el nacimiento o que la posibilidad de sufrir un parto prematuro aumente significativamente (Arnold et al., 2019). Las puntuaciones en el test de Apgar de estos bebés suele ser también inferiores comparadas con las de otros bebés sanos (Behar, 2013). El test de Apgar, es un método de evaluación que se realiza a los bebés tras el parto y pasados unos 5 minutos del nacimiento, y que sirve para evaluar la adaptación y vitalidad del recién nacido. Este puede medir hasta 5 parámetros como son la frecuencia cardíaca, el esfuerzo que tiene que realizar para respirar, el tono muscular, la irritabilidad que refleja y el color de la piel. En función de los resultados que presente el bebé, a cada parámetro se le dará una puntuación de 0, 1 o 2, obteniendo un valor final entre 0 y 10 tras la suma de todos los puntos. Si el valor obtenido es inferior a 7 puntos significa que el bebé requiere de ayuda para adaptarse (Asociación Española de Pediatría [AEPED], 2014).

Estas complicaciones, en cambio, no sólo suponen un riesgo a corto plazo, sino que, pueden persistir durante los primeros meses de vida, o incluso extenderse durante los primeros años, causando problemas en la duración de la lactancia, en la futura crianza, salud y alimentación del recién nacido y en la ganancia de peso del mismo (Behar et al., 2008).

En la mayoría de ocasiones, se ha observado que, la duración del amamantamiento o lactancia es muy inferior a lo normal, la ingesta lipídica de los niños está muy controlada por las madres y su dieta presenta mayores deficiencias calóricas y nutricionales respecto a las dietas de bebés con madres sanas (Behar et al., 2014; Rodríguez-Blancue et al., 2018). Esto puede deberse a diversos motivos. En primer lugar, para muchas de estas madres que presentan algún tipo de trastorno alimentario, el periodo de alimentación infantil supone un periodo muy estresante y les genera una mayor ansiedad y frustración de la que ya produce el propio hecho de sufrir esta patología, por lo que tienden a someter al niño a la restricción calórica que ellas mismas se autorealizan (Rodríguez-Blancue et al., 2018). En segundo lugar, al igual que ven su imagen corporal totalmente distorsionada, también ven la de sus niños, lo que implica que por miedo a que cojan mucho peso y desarrollen obesidad infantil, ejercen mayor rigidez, control y estructuración en su alimentación (Behar, 2013). Otro de los factores que puede aumentar la presión y la ansiedad de la madre es la propia responsabilidad que trae consigo el hecho de cuidar a un pequeño que depende de ti. Este conjunto de estresores puede tener como resultado que la madre sufra más nerviosismo y pueda caer en depresión y, en consecuencia, se descuide de su hijo y sea más irresponsable e inconsciente haciendo que los horarios de las comidas sean irregulares y la dieta desequilibrada y poco variada (Behar et al., 2014).

Los hijos/as de madres con trastorno de la alimentación, a su vez, debido a esas mismas emociones negativas que la madre expresa y transmite hacia la comida en presencia de ellos, pueden llegar a asociar el momento de la comida o el simple acto de ingerir alimento también como algo negativo, aumentando la probabilidad de que ellos mismos desarrollen algún tipo TCA (Behar, 2013; Arnold et al., 2019). Los valores, comentarios, preocupaciones y conductas acerca de la perspectiva distorsionada de la imagen corporal que inculcan estas madres a sus niños, así como la excesiva importancia que estas le dan al peso y a la delgadez, pueden también terminar originando una obsesión en el niño. De hecho, estos, son también factores que se consideran de riesgo y otros de los motivos a través de los cuales estos niños tienen más probabilidades de desarrollar de forma temprana un trastorno alimentario (Behar et al., 2014).

Igualmente, a causa del propio estado de ánimo de la madre y las emociones que transmite al hijo, el vínculo materno – infantil se ve deteriorado y en peligro, produciéndose un distanciamos afectivo entre ambos (Behar, 2013; Behar et al., 2014).

3.6. Tratamiento de los TCA.

Una vez vista la gran importancia que cobra llevar una buena alimentación durante la gestación, que conlleve un aporte correcto de nutrientes y una ganancia ponderal adecuada para un óptimo desarrollo y crecimiento del feto, es vital que la mujer gestante con sintomatología de TCA activa sea diagnosticada y tratada con suficiente antelación.

Dado que actualmente no hay aún tratamiento farmacológico específico para todos ellos, el abordaje de este tipo de trastornos normalmente se realiza a través de un enfoque de equipo multidisciplinar, catalogando el embarazo como embarazo de riesgo y realizando un seguimiento rutinario prolongado adecuado (Rodríguez-Blanco et al., 2018; Dörsam et al., 2019). El equipo interdisciplinario suele estar integrado por diversos profesionales de distintas ramas como: nutricionistas, psicólogos, psiquiatras, enfermeras, matronas, obstetras, ginecólogos, pediatras o especialistas en medicina materno – fetal y endocrinólogos (Bolaños - Ríos, 2010; Behar, 2013). Todos ellos tienen como objetivo acompañar, ayudar y preparar a la mujer gestante tanto en la etapa anterior a la concepción como durante todo el embarazo, el puerperio y en la posterior relación o vínculo materno – infantil (Herrera Gómez et al., 2011).

Los/as psicólogos/as serán los/as responsables del tratamiento y seguimiento psicológico ofreciendo ayuda y apoyo, en cooperación con otros profesionales, para intentar eliminar el temor hacia la comida y el miedo a engordar y conseguir normalizar el acto de comer y los cambios corporales experimentados durante la gestación. De igual modo, intentarán cambiar la percepción de la paciente acerca de su imagen corporal y de la maternidad, promover la independencia y autosuficiencia y reforzar el estado de ánimo procurando suprimir las emociones negativas y de esa forma, evitar el abandono de la terapia. Para ello, deben estar en todo momento en alerta sobre el posible retorno de presiones, pensamientos y factores de riesgo que puedan conducir a recaídas (National Institute for Health and Care Excellence [NICE], 2017). Uno de los tratamientos psicológicos más utilizados en estos casos es la entrevista motivacional, puesto que el feto puede suponer una motivación para realizar un cambio de comportamiento o un cese de las purgas (Zerwas et al., 2014; Crow et al., 2016).

Por otro lado, los/as psiquiatras tendrán la labor de realizar un seguimiento de diferentes parámetros médicos como, los valores de las analíticas que se le han van

realizando a la mujer antes y durante el embarazo, la medicación que lleva la mujer gestante, los ingresos hospitalarios que ha tenido o la evolución de la depresión, los estados de ansiedad, el estado de ánimo, etc., entre otros (Bolaños - Ríos, 2010).

Otra de las tareas a destacar es la realizada por los/as ginecólogos/as y obstetras, que se harán cargo del control y la supervisión médica (Cardwell et al., 2013). Además, serán estos los que recomendarán a las pacientes cuando es el mejor momento para quedarse embarazadas, en función de la fase o estado en el que se encuentra el TCA. Esto último lo harán con ayuda de especialistas en trastornos alimentarios, aportando información específica sobre el trastorno que sufre dicha paciente. Otra de las funciones que cumplen estos profesionales, junto a las matronas y pediatras, es el proporcionar asesoramiento, recursos y apoyo durante el embarazo, el post – parto, la crianza, etc.

El/la dietista – nutricionista, por último, pero no por ello menos importante, será el/la encargado/a de dar a la paciente educación nutricional y de realizarle un seguimiento del peso, así como de intentar que esta normalice el acto de comer y no lo vea como algo negativo. Para todo ello, el plan a seguir por el responsable, es el siguiente. Antes que nada, se le ofrecerán a la paciente diferentes pautas dietéticas y se le expondrá lo que implica una alimentación saludable. A través de distintas actividades se le mostrarán a la paciente los diversos grupos de alimentos, los distintos macronutrientes y micronutrientes que hay y la función que cumple cada uno de ellos, la cantidad que debería de consumir de cada alimento, trucos para saber interpretar el etiquetado y consejos para realizar una compra saludable. Asimismo, se le hablará también de los procesados y ultraprocesados, y se le dará información sobre el plato saludable, las técnicas culinarias más aconsejadas, las comidas que sería recomendable que hiciese a lo largo del día y la distribución que deberían de seguir.

Por otra parte, con el objetivo de intentar impedir la restricción calórica, las conductas purgativas o, en otros casos, los episodios de atracones, todos ellos síntomas típicos de los trastornos alimentarios, se le hará ver a la madre los beneficios y la importancia que tiene llevar una nutrición equilibrada y cubrir todos los requerimientos nutricionales tanto para ella como para el feto.

Finalmente, en el caso de ver una actitud receptiva por su parte, dicho profesional le diseñará, en función de sus características, un plan de Terapia Médica Nutricional que incluirá pautas para el aprendizaje de hábitos de alimentación

saludables, un plan de comidas con menús personalizados, recomendaciones sobre la realización de ejercicio físico, citas para revisión del peso, y en el caso de ser necesarios, información sobre suplementos nutricionales (Cardwell et al., 2013). Para conseguir elaborar este tipo de planes de terapia es imprescindible la comunicación directa con la paciente en la que esta mostrará sus preferencias, sus aversiones, los grupos de alimentos que más consume y los que menos, y rellenará diferentes cuestionarios de frecuencia de consumo, recordatorios de 24 horas, etc.

Sin embargo, hay que tener siempre presente dos cosas. Por un lado, el embarazo, por lo que las pautas dietéticas que se ofrezcan deben adaptarse a esta situación haciendo especial hincapié en los requerimientos que se ven aumentados durante la gestación y, por otro lado, el trastorno alimentario que presenta la madre. Por lo tanto, la reintroducción de una alimentación normal y la toma de contacto con la comida debe realizarse de forma paulatina y gradual, ya que, por el contrario, las pacientes podrían sentirse presionadas y podrían abandonar la terapia.

Un diagnóstico tardío, en la mayoría de ocasiones, es debido a la negación, vergüenza y ocultamiento que muestra la paciente tanto del embarazo como del trastorno; o por la falta de experiencia o incapacidad del profesional para identificar los síntomas (Wade, 2019).

Para el tratamiento de los TCA en mujeres embarazadas, es también de gran ayuda intentar convencer a la paciente de asistir a grupos pre – parto y de preparación al parto con otras mujeres gestantes, realizar terapias familiares dinámicas, organizar terapias grupales con mujeres en su misma situación y recibir testimonios y apoyo de mujeres ya recuperadas que han pasado por lo mismo; así como involucrar a la pareja en la terapia fortaleciendo la relación entre ambos y mostrándose apoyo mutuo (Crow et al., 2016; National Institute for Health and Care Excellence [NICE], 2017). Otra de las actividades que se suelen organizar para dichas patologías son los programas de prevención dirigidos bien para el desarrollo de los TCA o bien para las recaídas.

En el tratamiento, no se descarta tampoco la hospitalización de las pacientes si las complicaciones que se dan derivan en complicaciones médicas más graves y es necesario recurrir a nutrición parenteral o una vigilancia y seguimiento continuos (Cardwell et al., 2013).

4. Conclusiones

Los trastornos de la alimentación son enfermedades que cada vez son más comunes y frecuentes entre las mujeres embarazadas. A pesar de experimentarse cierta mejoría en la sintomatología de alguno de ellos durante los primeros meses de la gestación, son trastornos que tienen una gran tendencia a cronificarse y permanecer activos durante todo el embarazo e incluso en la etapa post – parto.

Los efectos adversos que estos causan implican tanto a la madre como al feto pudiendo llegar a provocar que el embarazo sea de riesgo, se aumenten las probabilidades de sufrir abortos espontáneos o partos por cesárea, se puedan producir malformaciones en el feto o restricciones del crecimiento, así como, defectos en su desarrollo, complicaciones obstétricas, etc.

Por todo ello, resulta fundamental realizar un diagnóstico precoz a aquellas mujeres que presenten síntomas de padecer un TCA y detectar dicho trastorno a tiempo para proceder cuanto antes a su derivación a un equipo multidisciplinar que le ayudará y le ofrecerá apoyo antes, durante y después del embarazo. Asimismo, será necesario un seguimiento durante la primera etapa de la infancia del recién nacido, en la que se han evidenciado periodos de lactancia más cortos y dietas con restricciones calóricas resultantes del estrés y ansiedad de la madre, y un seguimiento del peso postgestacional de la madre, ayudándole a conseguir una correcta recuperación del peso. El equipo contara con profesionales de distintas ramas especializados tanto en el embarazo como, en la nutrición y en el tratamiento de estas patologías.

Sin embargo, es necesario continuar investigando en el tema por la escasez de literatura que hay acerca de él. Resulta importante seguir explorando la etiología de dichos trastornos, como se inician y la trayectoria que siguen durante toda la gestación, los comportamientos y síntomas que experimentan estas mujeres, que pueden ayudar además a que el diagnóstico sea más sencillo e inmediato, métodos de evaluación más sencillos para el diagnóstico, etc. Del mismo modo, sería conveniente también seguir trabajando en la mejora de la organización y diseño de programas de intervención sobre los TCA y sobre educación nutricional y alimentación saludable; así como en la planificación de programas de prevención de recaídas, dando más visibilidad a este problema que hay en la actualidad y al que hasta ahora no se le ha dedicado el tiempo y la atención suficiente. Además, desde el punto de vista de un/a dietista – nutricionista, en estos casos se debería hacer más hincapié en la nutrición y se le debería

dar más importancia al papel tan fundamental que cumplen estos profesionales realizando por su parte más campañas y charlas relacionadas con la alimentación saludable y los TCAs, en colegios, universidades o centros a los que acudan, sobre todo, jóvenes y adolescentes, y enfocadas especialmente a ellos, ya que como se ha visto anteriormente, es la población más afectada por este tipo de patologías. Esto último, también podría servir para intentar evitar que se lleguen a desarrollar enfermedades de este tipo, o incluso crearía un vínculo más cercano entre los profesionales de esta área de la salud y los jóvenes, provocando una “normalización” del problema que puede llevar a que cuando se dé esta situación no se oculte dicho trastorno y de esa forma se pueda diagnosticar y tratar de forma más temprana.

5. Bibliografía

- Aliaga, A., Cunillera, O., Amador, M. del C., Aliaga, M., Arquerons, M., y Almeda, J. (2019). *Association between affective disorders presenting before and during pregnancy and pre-term birth, considering socio – demographic factors, obstetric factors, health conditions and use of medication*. *Atención Primaria*, 51(10), 626–636.
- Arnold, C., Johnson, H., Mahon, C., y Agius, M. (2019). *The effects of eating disorders in pregnancy on mother and baby: A review*. *Psychiatria Danubina*, 31 (3), 615–618.
- Asociación Española de Pediatría [AEPED]. (18 de marzo de 2014). *Test de Apgar*. En Familia Asociación Española de Pediatría. <https://enfamilia.aeped.es/edades-etapas/test-apgar>
- Barretto, L., Mackinnon, M. J., Poy, M. S., Wiedemann, A., y López, L. B. (2014). *Estado actual del conocimiento sobre el cuidado nutricional de la mujer embarazada*. *Revista Española de Nutrición Humana y Dietética*, 18(4), 226–237.
- Behar Astudillo, R. (2013). *Trastornos de la conducta alimentaria, embarazo y puerperio*. *Medicas UIS, Revista de los Estudiantes de Medicina de la Universidad Industrial de Santander*, 26 (1), 21–28.
- Behar, R., y Arancibia, M. (2014). *Trastornos alimentarios maternos y su influencia en la conducta alimentaria de sus hijas(os)*. *Revista Chilena de Pediatría*, 85 (6), 731–739.
- Behar, R., González, J., Ariza, M., y Aguirre, A. (2008). *Trastornos de la conducta alimentaria en mujeres embarazadas controladas en atención primaria*. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*, 73 (3), 155–162.

- Bolaños - Ríos, P. (2010). *La importancia de la alimentación en el Embarazo. Su significado en trastornos de la conducta alimentaria*. Trastornos de la Conducta Alimentaria, 11, 1196-1230.
- Bolaños - Ríos, P. (2012). *Influencia del embarazo en la evolución de un trastorno de la conducta alimentaria*. Trastornos de La Conducta Alimentaria, 16, 1831–1847.
- Cardwell M., MD, JD, MPH, MBA. (2013). *Eating Disorders During Pregnancy*. Obstetrical and Gynecological Survey, 68 (4), 305–311.
- Claydon, E. A., Davidov, D. M., Zullig, K. J., Lilly, C. L., Cottrell, L., y Zerwas, S. C. (2018). *Waking up every day in a body that is not yours: A qualitative research inquiry into the intersection between eating disorders and pregnancy*. BMC Pregnancy and Childbirth, 18 (1), 1–13.
- Comité de Medicamentos de la Asociación Española de Nutrición [AEPED]. (1 de noviembre de 2020). *Ipecacuana*. Asociación Española de Pediatría [AEPED]. <https://www.aeped.es/comite-medicamentos/pediamecum/ipecacuana>
- Crow, S. J., y Eckert, E. D. (2016). *Anorexia nervosa and bulimia nervosa*. The Medical Basis of Psychiatry: Fourth Edition, 211–228.
- De Irala, J., Cano-Prous, A., Lahortiga-Ramos, F., Gual-García, P., Martínez-González, M. A., y Cervera-Enguix, S. (2008). *Validación del cuestionario Eating Attitudes Test (EAT) como prueba de cribado de trastornos de la conducta alimentaria en la población general*. Medicina Clinica, 130 (13), 487–491.
- Dörsam, A., Preißl, H., Micali, N., Lörcher, S. B., Zipfel, S., y Giel, K. E. (2019). *The impact of maternal eating disorders on dietary intake and eating patterns during pregnancy: A systematic review*. Nutrients, 11 (4), 1–17.
- Dukay-Szabó, S., & Túry, M., F. (2016). *Eating disorders and pregnancy -A review of literature*. Clinical Neuroscience, 69 (9–10), 299–305.
- Favaro, A., Tenconi, E., y Santonastaso, P. (2006). *Perinatal Factors and the Risk of Developing Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa*. Archives of General Psychiatry, 63 (1), 82–88.
- García del Castillo, I., y Olza Fernández, I. (2013). *Psicoterapia integradora de trastornos de la conducta alimentaria durante el embarazo*. Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace: Revista Iberoamericana de Psicosomática, 55–64.

- Gibson, D., Workman, C., y Mehler, P. (2019). *Medical Complications of Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa*. *Psychiatric Clinics of North America*, 42 (2), 263–274.
- Guerdjikova, A. I., Mori, N., Casuto, L. S., y McElroy, S. L. (2019). *Update on Binge Eating Disorder*. *Medical Clinics of North America*, 103 (4), 669–680.
- Harrison, M. E., Balasubramaniam, B., Robinson, A., y Norris, M. L. (2018). *Adolescent pregnancy and eating disorders: a minireview and case report*. *Eating and Weight Disorders*, 23 (3), 389–393.
- Herrera Gómez, A., Martínez Galiano, J. M., y Fernández Valero, M. J. (2011). *Anorexia nerviosa en el embarazo: cuidados en la enfermería obstétrico-ginecológica*. *Enfermería Global: Revista Electrónica Trimestral de Enfermería*, ISSN 1695-6141, 10 (23), 147-157,
- Hilbert, A. (2019). *Binge-Eating Disorder*. *Psychiatric Clinics of North America*, 42 (1), 33–43.
- Hilker, I., Flamarique, I., y Caballero, M. (14 de enero de 2019). *¿Qué son los Trastornos de la Conducta Alimentaria?* Hospital Universitari Clínic Barcelona. <https://www.clinicbarcelona.org/asistencia/enfermedades/trastornos-de-la-conducta-alimentaria/definicion>
- Hofmeyr, G. J., Lawrie, T. A., Atallah, Á. N., Duley, L., y Torloni, M. R. (2014). *Calcium supplementation during pregnancy for preventing hypertensive disorders and related problems*. *Cochrane Database of Systematic Reviews*,10.
- Kathleen, M., Rasmussen, K., y Yaktine, A. (2009). *Weight gain during pregnancy: reexamining the guidelines*. Institute of Medicine of the National Academies.
- Koletzko, B., Godfrey, K. M., Poston, L., Szajewska, H., van Goudoever, J. B., de Waard, M., Brands, B., Grivell, R. M., Deussen, A. R., Dodd, J. M., Patro-Golab, B., y Zalewski, B. M. (2019). *Nutrition during pregnancy, lactation and early childhood and its implications for maternal and long-term child health: The early nutrition project recommendations*. *Annals of Nutrition and Metabolism*, 74 (2), 93–106.
- Lai, B. P. Y., Tang, C. S. K., y Tse, W. K. L. (2006). *A longitudinal study investigating disordered eating during the transition to motherhood among chinese women in Hong Kong*. *International Journal of Eating Disorders*, 39 (4), 303–311.
- López, C., Treasure, J. (2011). *Trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes: descripción y manejo*. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 22 (1), 85–97.
- Méndez, J. P., Vázquez-velázquez, V., y García-garcía, E. (2008). *Los trastornos de la conducta alimentaria*. *Boletín Médico del hospital infantil de México*, 65 (6), 579-592.

- Menezes de Lucena Carvalho, V. (2016). *Resiliencia y trastornos de la conducta alimentaria*. Universidad de Salamanca.
- Moncayo, M. (2016). Complicaciones médicas de las conductas de purga: Consecuencias en la alimentación. *Trastornos de la conducta alimentaria*, 24, 2604-2625.
- Mousa, A., Naqash, A., y Lim, S. (2019). *Macronutrient and micronutrient intake during pregnancy: An overview of recent evidence*. *Nutrients*, 11 (2), 1–20.
- National Institute for Health and Care Excellence [NICE]. (2017). *Eating disorders: recognition and treatment NICE guideline*. www.nice.org.uk/guidance/ng69
- Paslakis, G., & de Zwaan, M. (2019). *Clinical management of females seeking fertility treatment and of pregnant females with eating disorders*. *European Eating Disorders Review*, 27 (3), 215–223.
- Peterson, K., y Fuller, R. (2019). *Anorexia nervosa in adolescents: An overview*. *Nursing* 2019, 49 (10), 24-30.
- Rana, S., Lemoine, E., Granger, J., y Karumanchi, S. A. (2019). *Preeclampsia: Pathophysiology, Challenges, and Perspectives*. *Compendium on the Pathophysiology and Treatment of Hypertension*, 124 (7), 1094–1112.
- Rodriguez-Blanque, R., Carlos Sánchez-García, J., José Menor-Rodríguez, M., Manuel Sánchez-López, A., y José Aguilar-Cordero, M. (2018). *Trastornos alimentarios durante el embarazo*. *Journal of Negative and No Positive Results: JONNPR*, 3 (5), 347–356.
- Venegas, F. C. (2016). *Hiperémesis gravídica*. *Revista Médica Sinergia*, 1 (6), 14-17.
- Wade, T. D. (2019). *Recent Research on Bulimia Nervosa*. *Psychiatric Clinics of North America*, 42 (1), 21–32.
- Wassenaar, E., Friedman, J., y Mehler, P. S. (2019). *Medical Complications of Binge Eating Disorder*. *Psychiatric Clinics of North America*, 42 (2), 275–286.
- Zerwas, S. C., von Holle, A., Perrin, E. M., Cockrell Skinner, A., Reba-Harrelson, L., Hamer, R. M., Stoltenberg, C., Torgersen, L., Reichborn-Kjennerud, T., y Bulik, C. M. (2014). *Gestational and postpartum weight change patterns in mothers with eating disorders*. *European Eating Disorders Review*, 22 (6), 397–404.