

“Trastornos de conducta alimentaria
durante el embarazo y el puerperio.
Revisión bibliográfica.”

TRABAJO FIN DE GRADO
ENFERMERÍA

Autor: Laura Iborra de la Iglesia

Tutor: Frida Hernández

Curso: 2021/2022

RESUMEN

Introducción: La prevalencia de los trastornos de conducta alimentaria en la población femenina ha aumentado paulatinamente durante las últimas décadas, afectando especialmente a mujeres en edad fértil, como son las gestantes. Todo ello aumenta la incidencia de embarazos de riesgo con sus correspondientes consecuencias.

Objetivos: Analizar los principales beneficios prenatales y posnatales tanto maternos como fetales, de las intervenciones enfermeras en el contexto de un embarazo con un riesgo de TCA o con este ya establecido.

Metodología: se realizó una revisión bibliográfica, en la que se analizaron artículos de investigaciones originales a nivel internacional, acerca de la influencia de los TCA en la mujer embarazada, cuya muestra recoge estudios de los últimos 5 años (2017- 2022) extraídos en las bases de datos: Pubmed, APA PsycInfo y CINAHL.

Resultados:

Los 17 artículos analizados siguieron el modelo PRISMA: tras la lectura del título y resumen, fueron preseleccionados 36 artículos, de los cuales 9 fueron excluidos tras realizar la lectura crítica mediante las parrillas CASPe. Una vez fueron excluidos 10 artículos que aparecían en común en varias de las bases de datos seleccionadas, se obtuvo una muestra final de 17 artículos originales.

Conclusión: Resulta de vital importancia contar con personal sanitario cualificado para diagnosticar y tratar los TCA, más aún si estos aparecen simultáneamente con el embarazo. Los profesionales deben sobrepasar las barreras actuales existentes como son el estigma y el tabú, a fin de prevenir diversos resultados adversos tanto en la madre como en su descendencia. Se deben implantar prácticas enfermeras para trabajar mano a mano con profesionales de otras disciplinas con único fin, el bienestar de la mujer y el recién nacido, en un ejercicio de vínculo profesional- sanitario.

Palabras clave: Embarazo, Trastornos de Conducta Alimentaria, Formación, Estigma, Equipo

ABSTRACT

Introduction:

Eating disorders in the female population have gradually increased during the last decades, especially affecting women of childbearing age, such as pregnant women. These increase the incidence of risk pregnancies with its consequences.

Objectives: analyze the main prenatal and postnatal maternal and fetal benefits of nursing interventions in the context of a pregnancy with a risk of ED or with an already established ED.

Methodology: a literature review was conducted, in which international original research articles analyzed the influence of EDs in pregnant women, whose population sample included studies from the last 5 years (2017- 2022) from the databases: Pubmed, APA PsycInfo and CINAHL.

Results:

The 17 articles analyzed, followed the PRISMA model: after reading the title and abstract, 36 articles were pre-selected, of which 9 were excluded after critical reading using CASPe grids. After excluding 10 articles that appeared in common in several of the selected databases, the final sample selected was of 17 original articles.

Conclusion: It is particularly important to have qualified health personnel to diagnose and treat ED, even more so if these disorders appear simultaneously with pregnancy. Professionals must overcome current barriers such as stigma and taboo in order to prevent adverse outcomes for the mother and her offspring. Nursing practices should be implemented to work together with professionals from other disciplines with a single purpose: the welfare of the woman and the newborn, in an exercise of professional-healthcare bonding.

Key words: Pregnancy, Eating Disorders, Training, Stigma, Team, Eating Disorders.

Índice

Introducción y objetivos.....	5
Metodología.....	8
Búsqueda Bibliográfica	9
Resultados.....	17
Lectura Crítica	18
Tablas de resultados.....	21
Discusión	28
1.- Planes de cuidados dirigidos hacia la embarazada: intervenciones enfermeras.....	28
1.1 Intervenciones prenatales y postnatales a fin de mejorar la atención.....	28
1.2 Estrategias de afrontamiento.....	28
1.3 Prevención de recaídas	30
2.- Prevalencia de los trastornos mentales en el embarazo.	30
3.- Diagnóstico de los TCA durante y después del embarazo.....	32
3.1 Barreras de identificación de los TCA.....	32
4.- Desarrollo de un embarazo con TCA.	35
4.1 Batalla interna entre embarazo y TCA	35
4.2 Imagen corporal y perfeccionismo en embarazadas con un TCA	36
4.3 Sensación de control	37
5.- Riesgos en el embarazo y complicaciones en el RN en un embarazo con TCA materno establecido.....	37
6.- Complicaciones durante el embarazo y parto que generen trastornos alimentarios en la descendencia.....	40
Conclusiones e implicaciones para la práctica enfermera.....	42
Referencias bibliográficas	44

Introducción y objetivos.

Independientemente de la época histórica, el ser humano siempre ha tenido como uno de sus principales objetivos, su aceptación en la sociedad.

En el caso de la mujer, dada su comprometida situación sociocultural desde muchos años atrás, limitando sus tareas a aquello referente a la maternidad y su función procreadora, su aceptación en la sociedad a otros niveles ha sido un recorrido aún más laborioso. Se entiende así, que especialmente en su caso, imitar y respaldar aquellos cánones de belleza de la época, resultaba primordial. Incluso se podría afirmar la ambición que perseguían las mujeres por conseguir esas figuras ideales a fin de alcanzar tanto éxito social como económico.

Esta imagen algo irreal del cuerpo de la mujer enfocada en la perfección subjetiva de la época enfatizó el establecimiento de ciertas conductas alimenticias, las cuales hoy conocemos por trastornos de conducta alimentaria (TCA).

Desde hace más de 200 años, las mujeres ya padecían ciertos trastornos alimenticios, sin embargo, su desconocimiento era tal, que su etiología englobó desde una causa religiosa, digestiva, sexual, cultural y endocrina hasta la psicológica. Finalmente se reconocieron los TCA como alteraciones psicológicas caracterizadas por un comportamiento patológico en relación con la ingesta alimentaria junto a una obsesiva preocupación por la imagen corporal y/o por el peso. (Acab.org, 2020)

El concepto de TCA actual se ha establecido conforme se han realizado tratamientos experimentales y nuevas investigaciones. Sin embargo, existe un aspecto el cual se ha mantenido, su prevalencia en las mujeres. Los trastornos de conducta alimentaria (TCA) afectan en el 90-95% de los casos, a mujeres, principalmente a aquellas en un rango de edad comprendido entre los 12 y los 25 años. (Behar et al., 2008)

Por lo que se podría relacionar, la alta incidencia en la población femenina, con este ideal de belleza en la mujer ya arraigado desde las antiguas civilizaciones y claramente influenciado por la desigualdad de género, en la que la mujer debía rozar la perfección para ser socialmente aceptada. A pesar del aprendizaje social y la mejora de dicha situación, numerosos aspectos de la actualidad siguen afectando a la mujer, haciéndola más vulnerable a padecer este tipo de trastornos.

En la actualidad, las redes sociales son un gran amplificador de la conducta humana, lo que lleva a la creación de perfiles e imágenes estereotipadas de la persona, exaltando aquellos

aspectos que resultan más favorables de cara al resto. Todo ello lleva a adquirir prácticas extremas con la finalidad de alcanzar esa imagen proyectada más ficticia e idílica que real.

Los TCA conllevan grandes alteraciones a nivel hormonal generando cambios tanto en el ciclo menstrual, como en la fertilidad, sexualidad y embarazo. A su vez, el embarazo implica numerosos cambios fisiológicos en la mujer, desde cambios a nivel del útero, urinario, de las mamas, a nivel cutáneo, así como cardiovascular, hematológico, gastrointestinal y respiratorio. Todas estas alteraciones podrían adoptar un carácter negativo o enfatizarse en aquellas mujeres que padezcan trastornos alimentarios (Behar et al., 2008). Se ha relacionado una mayor incidencia de complicaciones tanto en la madre como en el bebé con factores tales como: la sobrealimentación o restricción alimentaria materna, la mala adaptación/gestión del estrés, así como los síntomas residuales o bien presentes en una posible recaída de los TCA (Sollid, Clausen & Maimburg, 2021).

Los trastornos de conducta alimentaria previos al embarazo y perinatales pueden conducir a un embarazo de riesgo y conllevar resultados obstétricos adversos con consecuencias en el recién nacido. Se han recogido datos acerca de la asociación entre ciertos trastornos alimenticios maternos con las consecuencias en el recién nacido derivadas de un modo general; algunas de las cuales, se muestran a continuación:

- Embarazos no planificados
- Abortos espontáneos
- Parto prematuro (<37 semanas gestación)
- Mayor frecuencia de cesáreas
- Bajo peso al nacer (<2500 gramos)
- Recién nacidos pequeños para la edad gestacional (por debajo del percentil 10)/ restricción del crecimiento intrauterino
- Puntuación de Apgar baja (<7) al minuto/ a los 5 minutos
- Problemas para alimentación infantil posteriores

Dentro de estos resultados adversos, se pudo establecer las siguientes relaciones:

Trastorno de conducta alimentaria materno	Resultado obstétrico adverso con más probabilidad de darse
ANOREXIA NERVIOSA	Aborto espontáneo Recién nacido con menor peso/ talla para la edad gestacional Recién nacido prematuro
BULIMIA NERVIOSA	Inducción del trabajo de parto
	Complicaciones durante el parto

TRASTORNO POR ATRACÓN

Recién nacido con mayor peso/ talla para la edad gestacional

Tabla 1: TCA maternos y su asociación a resultados adversos obstétricos. Fuente extraída de los artículos: (Sollid, Clausen & Maimburg, 2021) (Bye et al., 2018) (Watson et al., 2017) (Kiani- Sheikhabadi et al., 2019).

En España, la prevalencia de padecer estos trastornos durante el embarazo oscila entre 1- 3% de los casos, alcanzando entre un 11-15% si se incluyen síndromes parciales. Otras investigaciones afirman que 1 de cada 20 mujeres podría desarrollar un trastorno alimenticio durante el embarazo. (Serrano Sánchez, 2021)

Existen numerosas guías de prácticas clínicas, estudios y artículos científicos sobre el riesgo de padecer trastornos de conducta alimentaria en el embarazo, sin embargo, a pesar de ser las mujeres embarazadas un segmento de la población muy particular, ante el cual estamos muy sensibilizados, no existe suficiente literatura que abarque el embarazo con un TCA ya establecido. El subdiagnóstico podría venir dado por la escasa conciencia acerca de esta condición en el embarazo tanto en la población como a nivel sanitario; sumada al enmascaramiento de los síntomas, así como defectos en el sistema sanitario en su detección y cuidados.

Con toda esta información, ¿qué intervenciones podrían resultar efectivas en el tratamiento de los TCA en el embarazo? ¿Medidas médicas o terapias psicológicas? ¿Qué consecuencia tendrían dichos tratamientos para la madre y el bebé?

Pregunta de investigación con formato PICO:

- **P:** Embarazadas con riesgo de padecer un trastorno de conducta alimentaria (TCA) o con un TCA ya establecido.
- **I:** Medidas médicas: tratamiento farmacológico, re-nutrición y consejo nutricional en el tratamiento de los TCA.
- **C:** Terapias psicológicas: terapia cognitivo- conductual, autoayuda y terapia familiar en el tratamiento de los TCA.
- **O:** Consecuencias de los TCA en el feto y consecuencias sobre la salud de la madre

(De La Guía, 2009; Behar et al., 2008)

Objetivos del estudio

El presente trabajo, tiene como objetivos:

- **Objetivo principal:**
 - o Conocer los beneficios prenatales y postnatales de las intervenciones enfermeras en el contexto de embarazo con un riesgo de TCA o con este ya establecido.
- **Objetivos secundarios:**

- Analizar los factores de riesgo para desarrollar un TCA durante el embarazo, así como identificar los signos y síntomas en la mujer.
- Conocer las barreras en la identificación de los TCA durante el embarazo.
- Estudiar el desarrollo de un embarazo y las posibles consecuencias en la descendencia, en el contexto de gestantes con un TCA previo o actual.

Por todo ello, consideramos un tema de especial relevancia indagar acerca de estos casos. A pesar de su baja frecuencia en comparación con otras patologías, no debemos olvidar la gran controversia que existiría en el caso de una mujer con un TCA establecido la cual quiere lo mejor para su bebé, pero es incapaz de verse aumentar de peso durante su embarazo.

En este tipo de casos peligraría tanto la salud de la madre como del feto sin un correcto diagnóstico y tratamiento. Y ocurre, no olvidemos que esto es algo que actualmente ocurre, por lo que es nuestro deber prevenir y tratar de forma temprana y eficaz.

Desde el papel de enfermería en las consultas de atención primaria, se podría realizar una labor esencial para la detección de factores de riesgo en las futuras madres, así como un seguimiento exhaustivo durante el embarazo, con cribados para detectar complicaciones como la preclamsia y la diabetes gestacional entre otros futuros problemas como nacimientos prematuros, abortos espontáneos, malformaciones congénitas, depresión postparto...

Comencé a interesarme en este tema a raíz de vivencias personales en mi entorno cercano, con varias amigas que padecieron trastornos de conducta alimentaria, cuando yo apenas tenía conocimiento sobre ellos. He vivido de primera mano, lo difícil y duro que pueden llegar a ser tanto para la persona que lo padece como para su entorno, y puestos a realizar una búsqueda en profundidad acerca de un tema que me interesase, este ocupaba el primer lugar. Indagando un poco más, fue cuando encontré este tipo de casos de TCA en el embarazo, los cuales me parecieron muy llamativos. Espero con este trabajo formarme acerca de estas patologías y poder aplicarlo en mi futura carrera profesional para acompañar a otras personas en este proceso, y de alguna forma, aminorar el suplicio y angustia que yo misma pude vivir.

Metodología

Diseño de estudio:

El trabajo expuesto se trata de una revisión bibliográfica en la que se analizaron artículos científicos de investigaciones originales a fin de realizar una síntesis de la información actual acerca de cómo influyen los trastornos de conducta alimentaria en una mujer en el contexto del embarazo. Se revisaron y analizaron cuáles son las carencias en la investigación de estos trastornos en el embarazo, estableciendo de dicha forma, unos objetivos que permitan solucionar la problemática existente.

Por tanto, la **muestra de estudio** de esta revisión bibliográfica recoge investigaciones originales con los criterios de inclusión planteados a continuación, cuyo fin es acotar los resultados, en función de la pregunta de investigación planteada y los objetivos:

Los **criterios de inclusión** establecidos son los siguientes:

- Tipo de documentos: artículos científicos de investigaciones originales
- Años: publicaciones de los últimos 5 años (2017- 2022)
- Población de estudio: embarazadas con riesgo de padecer un trastorno de conducta alimentaria o con un TCA ya establecido (pudiendo ampliar la población de estudio a mujeres en edad fértil si no se obtuviesen los resultados esperados)
- Región en la que se realiza la investigación: a nivel internacional, en países en vías de desarrollo.

Criterios de exclusión:

- Textos no gratuitos
- Artículos en los que no se pueda acceder al texto completo
- Casos clínicos, revisiones bibliográficas, tesis y TFGs.

Búsqueda Bibliográfica

Descriptor de búsqueda:

Para comenzar la búsqueda bibliográfica, definiremos los descriptores de búsqueda. En base a la pregunta de investigación, comenzaríamos a establecer los descriptores a través de las siguientes palabras clave reflejadas en la columna de “lenguaje natural”. Para delimitar las palabras clave, se emplearon los thesaurus Medical Subject Headings (MeSH) y Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS).

Empleando dichas herramientas, se pudieron convertir nuestros términos en lenguaje natural a lenguaje controlado, recabando los siguientes descriptores que finalmente emplearemos para realizar la estrategia de búsqueda:

Lenguaje natural	DeCS	MeSH
Trastornos de conducta alimentaria	Trastornos de Conducta Alimentaria	Eating Disorders
Embarazo	Embarazo	Pregnancy
Mujeres embarazadas	Mujeres Embarazadas	Pregnant Women
Complicaciones del embarazo	Complicaciones del Embarazo	Pregnancy Complications
Atención de enfermería	Atención de Enfermería	Nursing care
Relaciones Materno - Fetales	Relaciones Materno - Fetales	Maternal- Fetal Relations
Atención Prenatal	Atención Prenatal	Prenatal Care
Bulimia	Bulimia	Bulimia

Dietoterapia	Dietoterapia	Diet Therapy
Prevention & control	Prevention & Control	Prevención & control
Cambios en el peso corporal	Cambios en el Peso Corporal	Body Weight Changes
Desarrollo embrionario y fetal	Desarrollo Embrionario y Fetal	Embryonic and Fetal Development
Signos y síntomas	Signos y Síntomas	Signs and Symptoms
Anorexia	Anorexia	Anorexia
Factores sociológicos	Factores Sociológicos	Sociological Factors
Trastornos mentales	Trastornos Mentales	Mental disorders

Tabla 2: Términos libres, descriptores MeSH y DeCS empleados en la búsqueda. Fuente de elaboración propia.

A pesar de que todos los términos no fueron aplicados, se realizó una amplia búsqueda de descriptores para facilitar la ecuación de búsqueda a continuación.

Booleanos

A fin de combinar los distintos descriptores de búsqueda, se emplearon los operadores booleanos AND y OR. El booleanos NOT no fue utilizado en ninguna de las búsquedas, ya que no se pretendía excluir ningún término concreto. La búsqueda ya se encuentra delimitada a través de los criterios de inclusión y exclusión junto con los limitadores de búsqueda, que más tarde se expondrán.

Bases de datos

Las principales bases de datos en las que se realizó la búsqueda fueron: CINHALL with Full Text, Pubmed y APA PsycInfo. El resto de información se obtuvo de distintas fuentes relacionadas con estos trastornos en el embarazo, cuyas referencias se reflejaron en la bibliografía final. Estos artículos que no se extrajeron de las bases de datos mencionadas, solo se usaron para realizar una conceptualización y justificación del tema por lo que no siguen los criterios de inclusión de esta revisión, siendo publicaciones más antiguas y menos específicas que las recogidas a continuación.

Limitadores de búsqueda

Los límites que se emplearon para el resto de las búsquedas fueron:

- Textos completos de acceso gratuito
- Artículos de investigaciones originales
- Publicaciones de los últimos 5 años: **2017 – 2022**

Tabla 3					
Base de datos: PUBMED					
Fecha	Descriptores	Operadores	Nº	<u>Resultados seleccionados</u>	
	Ecuación de búsqueda		rdos		
2018	((Pregnancy) AND (Eating Disorders)) AND (Nursing Care)		18	3	- Barriers to identifying eating disorders in pregnancy and in the postnatal period: a qualitative approach
2019					- The relationship between perfectionism and body image with eating disorder in pregnancy
2018					- Accuracy of the Whooley questions and the Edinburgh Postnatal Depression Scale in identifying depression and other mental disorders in early pregnancy

Tabla 3. Tabla de artículos de la base de datos: Pubmed. Fuente de elaboración propia

Tabla 4					
Base de datos: APA PsycInfo					
Fecha	Descriptores	Operadores	Nº	<u>Resultados seleccionados</u>	
	Ecuación de búsqueda		rdos		
2019	(Pregnancy or pregnant or prenatal) AND (anorexia or bulimia)		20	9	- Association of maternal eating disorders with pregnancy and neonatal outcomes.
2018					- Impact of eating disorders on obstetric outcomes in a large clinical sample: A comparison with the HUNT study.
2019					- The experience of pregnant women in remission from anorexia nervosa.
2019					- The experience of pregnancy during anorexia nervosa: An interpretative phenomenological analysis
2020					- Prenatal and perinatal factors and risk of eating disorders.
2020	- Pregnancy outcomes in women with anorexia nervosa.				

2018				- Association between maternal body mass index in early pregnancy and anorexia nervosa in daughters.
2019				- Prenatal and perinatal risk factors for eating disorders in women: A population cohort study.
2017				- Maternal eating disorders and perinatal outcomes: A three-generation study in the Norwegian Mother and Child Cohort Study.
2021	(Bulimia and anorexia) AND (prenatal care)	1	1	- The first 20 weeks of pregnancy is a high-risk period for eating disorder relapse.

Tabla 4. Tabla de artículos de la base de datos: APA PsycInfo. Fuente de elaboración propia

Tabla 5					
Base de datos: CINHALL with Full Text					
Fecha	Descriptores	Operadores	Nº rdos	Resultados seleccionados	
	Ecuación de búsqueda				
2019	(Bulimia and anorexia) AND (prenatal care)		5	1	Waking up every day in a body that is not yours: a qualitative research inquiry into the intersection between eating disorders and pregnancy.
2017	(Pregnancy or pregnant)		54	3	Presence of eating disorders and its relationship to anxiety and depression in pregnant women.
2017	AND (anorexia or bulimia)				Paternal age at childbirth and eating disorders in offspring
2017					Eating disorders in the context of preconception care: fertility specialists' knowledge, attitudes, and clinical practices.

Tabla 6. Tabla de búsqueda de artículos general

Bases de datos	Ecuación de búsqueda	Nº resultados totales	Nº resultados tras lectura de título	Nº resultados tras lectura de resumen	Nº resultados tras lectura crítica	<u>Resultados seleccionados</u>
Pubmed	((Pregnancy AND (Eating Disorders)) AND (Nursing Care))	18	7	5	3	<p><u>Tabla 1:</u></p> <p>Art. n1: Barriers to identifying eating disorders in pregnancy and in the postnatal period: a qualitative approach https://doi.org/10.1186/s12884-018-1745-x</p> <p>Art. n2: The relationship between perfectionism and body image with eating disorder in pregnancy https://doi.org/10.4103/jehp.jehp_58_19</p> <p>Art n3: Accuracy of the Whooley questions and the Edinburgh Postnatal Depression Scale in identifying depression and other mental disorders in early pregnancy https://doi.org/10.1192/bjp.2017.9</p>
APA PsycInfo	(pregnancy or pregnant or prenatal) AND (anorexia or bulimia)	20	14	11	9	<p><u>Tabla 2:</u></p> <p>Art. n4: Association of maternal eating disorders with pregnancy and neonatal outcomes. https://doi-org.ezproxy.universidadeuropea.es/10.1001/jamapsychiatry.2019.3664</p> <p>Art. n5: Impact of eating disorders on obstetric outcomes in a large clinical sample: A comparison with the HUNT study. https://doi-org.ezproxy.universidadeuropea.es/10.1002/eat.22916</p>

					<p>Art. n6: The experience of pregnant women in remission from anorexia nervosa. http://ezproxy.universidadeuropea.es/login?url=https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=psyh&AN=2019-41140-182&lang=es&site=ehost-live&scope=site</p> <p>Art. n7: The experience of pregnancy during anorexia nervosa: An interpretative phenomenological analysis https://doi-org.ezproxy.universidadeuropea.es/10.1080/14780887.2018.1443362</p> <p>Art. n8: Prenatal and perinatal factors and risk of eating disorders. https://doi-org.ezproxy.universidadeuropea.es/10.1017/S0033291719003945</p> <p>Art n9: Pregnancy outcomes in women with anorexia nervosa. https://doi-org.ezproxy.universidadeuropea.es/10.1002/eat.23251</p> <p>Art n10: Association between maternal body mass index in early pregnancy and anorexia nervosa in daughters. https://doi-org.ezproxy.universidadeuropea.es/10.1002/eat.22921</p> <p>Art n11: Prenatal and perinatal risk factors for eating disorders in women: A population cohort study. https://doi-org.ezproxy.universidadeuropea.es/10.1002/eat.23073</p> <p>Art n12: Maternal eating disorders and perinatal outcomes: A three-generation study in the Norwegian Mother and Child Cohort Study. https://doi-org.ezproxy.universidadeuropea.es/10.1037/abn0</p>
--	--	--	--	--	--

<p>APA PsycInfo</p>	<p>(Bulimia and anorexia) AND (prenatal care)</p>	<p>1</p>	<p>1</p>	<p>1</p>	<p>1</p>	<p><u>Tabla 2:</u> Art. n13: The first 20 weeks of pregnancy is a high-risk period for eating disorder relapse. https://doi-org.ezproxy.universidadeuropea.es/10.1002/eat.23620</p>
<p>CINHAL with Full Text</p>	<p>(Bulimia and anorexia) AND (prenatal care)</p>	<p>6</p>	<p>3 (2 artículos duplicados de otra base de datos)</p>	<p>3 (2 artículos duplicados de otra base de datos)</p>	<p>3</p>	<p><u>Tabla 3:</u> Art. 14: Waking up every day in a body that is not yours: a qualitative research inquiry into the intersection between eating disorders and pregnancy. https://doi-org.ezproxy.universidadeuropea.es/10.1186/s12884-018-2105-6</p> <p><u>Artículos duplicados:</u> Art n8: Prenatal and perinatal factors and risk of eating disorders. Art n11: Prenatal and perinatal risk factors for eating disorders in women: A population cohort study.</p>
<p>CINHAL with Full Text</p>	<p>(pregnancy or pregnant) AND (anorexia or bulimia)</p>	<p>54</p>	<p>18 (8 artículos duplicados de otras bases de datos)</p>	<p>16 (8 artículos duplicados de otras bases de datos)</p>	<p>11</p>	<p><u>Tabla 3:</u> Art n15: Presence of eating disorders and its relationship to anxiety and depression in pregnant women. https://doi-org.ezproxy.universidadeuropea.es/10.1016/j.midw.2017.05.005 Art n16: Paternal age at childbirth and eating disorders in offspring https://doi-org.ezproxy.universidadeuropea.es/10.1017/S0033291716002610 Art n17: Eating disorders in the context of preconception care: fertility specialists' knowledge, attitudes, and clinical practices.</p>

<https://doi->

[org.ezproxy.universidadeuropea.es/10.1016/j.fertnstert.2016.10.036](https://doi-org.ezproxy.universidadeuropea.es/10.1016/j.fertnstert.2016.10.036)

Artículos duplicados:

Art n4: Association of maternal eating disorders with pregnancy and neonatal outcomes.

Art. n5: Impact of eating disorders on obstetric outcomes in a large clinical sample: A comparison with the HUNT study.

Art n8: Prenatal and perinatal factors and risk of eating disorders.

Art n9: Pregnancy outcomes in women with anorexia nervosa.

Art n10: Association between maternal body mass index in early pregnancy and anorexia nervosa in daughters.

Art n11: Prenatal and perinatal risk factors for eating disorders in women: A population cohort study.

Art n12: Maternal eating disorders and perinatal outcomes: A three-generation study in the Norwegian Mother and Child Cohort Study.

Art n14: Waking up every day in a body that is not yours: a qualitative research inquiry into the intersection between eating disorders and pregnancy.

Resultados

Se realizó una tabla de resultados en base a los artículos encontrados, analizando el tipo de estudio hallado, la metodología empleada, así como fueron expuestos los objetivos, resultados y conclusiones principales de cada uno de ellos. De esta forma se puede llevar a cabo un análisis global de la información, de forma sencilla e intuitiva acerca de la literatura existente hasta el momento sobre los trastornos de conducta alimentaria en el embarazo.

Se encontraron distintos tipos de estudio destacando principalmente los estudios de cohorte, donde la información fue recogida a través de varias mediciones en el tiempo de manera cronológica. A su vez, destacaron también los estudios descriptivos transversales cualitativos, que analizaron unos determinados individuos en un momento puntual en el tiempo.

En los estudios cualitativos, los principales instrumentos de recogida de datos fueron las entrevistas y grupos focales. Dentro del tipo de entrevistas se llevaron a cabo entrevistas semiestructuradas a partir de un guion flexible orientado hacia el tema a tratar. Por otra parte, los grupos focales fueron realizados con el investigador en este caso, más de uno, como moderadores, los cuales se encargaban de valorar las respuestas según la interacción de los participantes. También se emplearon como instrumento de recogida, encuestas y cuestionarios que valoraban variables subjetivas como el perfeccionismo, la percepción de la imagen corporal y las distintas emociones experimentadas.

La búsqueda no se focalizó en ningún país concreto, de manera que los resultados obtenidos fueron a nivel internacional. Los países escandinavos, especialmente, Suecia y Noruega, resultaron ser los países donde más artículos se analizaron, entre otros como: Isfahan (Irán), Londres (Reino Unido), Dinamarca, Australia, Quebec (Canada) y São Paulo (Brasil).

En los estudios de los países escandinavos se halló una similitud entre los autores, como es el caso de los estudios: "Prenatal and perinatal risk factors for eating disorders in women: A population cohort study" y "Maternal eating disorders and perinatal outcomes: A three-generation study in the Norwegian Mother and Child Cohort Study"

Ambos los llevaron a cabo con los mismos autores: J Hunna Watson, Elizabeth W. Diemer, Stephanie Zerwas, Kristin Gustavson, Gun Peggy Knudsen, Leila Torgersen, Ted Reichborn-Kiennerud y Cynthia M. Bulik.

En cuanto a las fechas de publicación de los artículos, apenas se encontraron publicaciones de 2021 y 2022. Casi todos los artículos pertenecían a la franja de tiempo entre 2017 y 2019, sin ningún año que destacase en particular.

Lectura Crítica

Una vez fueron seleccionados los artículos tras pasar la criba de título y resúmenes acordes al tema seleccionado, se realizó la lectura crítica de cada uno de ellos. En primer lugar, se determinó el tipo de estudio, para así escoger la plantilla de lectura crítica adecuada en la plataforma CASPe. Dicha herramienta de metodología para la lectura crítica aporta una serie de plantillas para facilitar la validación del artículo. Cada una de estas plantillas consta de tres apartados distintos:

- **Preguntas A:** ¿Los resultados del estudio son válidos?
 - Preguntas “de eliminación”: la respuesta negativa en alguna de ellas descarta directamente el artículo como válido
 - Preguntas “de detalle”
- **Preguntas B:** “¿Cuáles son los resultados?”
- **Preguntas C:** “¿Son los resultados aplicables en el medio?”

AUTOR, AÑO	CUESTIONARIO SELECCIONADO	PREGUNTAS A	PREGUNTAS B	PREGUNTAS C
Bye et al, 2018	Estudio cualitativo			
Kiani-Sheikhabadi et al, 2019	Estudio cualitativo			
Howard et al, 2018	Estudio de cohorte			
Mantel et al, 2020	Estudio de cohorte			
Eik-Nes et al, 2018	Estudio de cohorte			
Butcher, 2019	Estudio cualitativo			
Chinello et al,	Estudio cualitativo			































2019				
Larsen et al, 2020	Estudio de cohorte			
Ante et al, 2020	Estudio de cohorte			
Razaz et al, 2018	Estudio de cohorte			
Watson et al, 2019	Estudio de cohorte			
Watson et al, 2017	Estudio de cohorte			
Sollid et al, 2021	Estudio de cohorte			
Claydon et al, 2019	Estudio cualitativo			
Santos et al, 2017	Estudio de cohorte			
Javarás et al, 2017	Estudio de cohorte			
Rodino et al, 2017	Estudio de cohorte			

Tabla 7. Semáforo de lectura crítica mediante parrilla CASPe.

Fuente extraída: (Cabello, por CASPe, 2005; Cano Arana, González Gil, Cabello López, por CASPe, 2010)

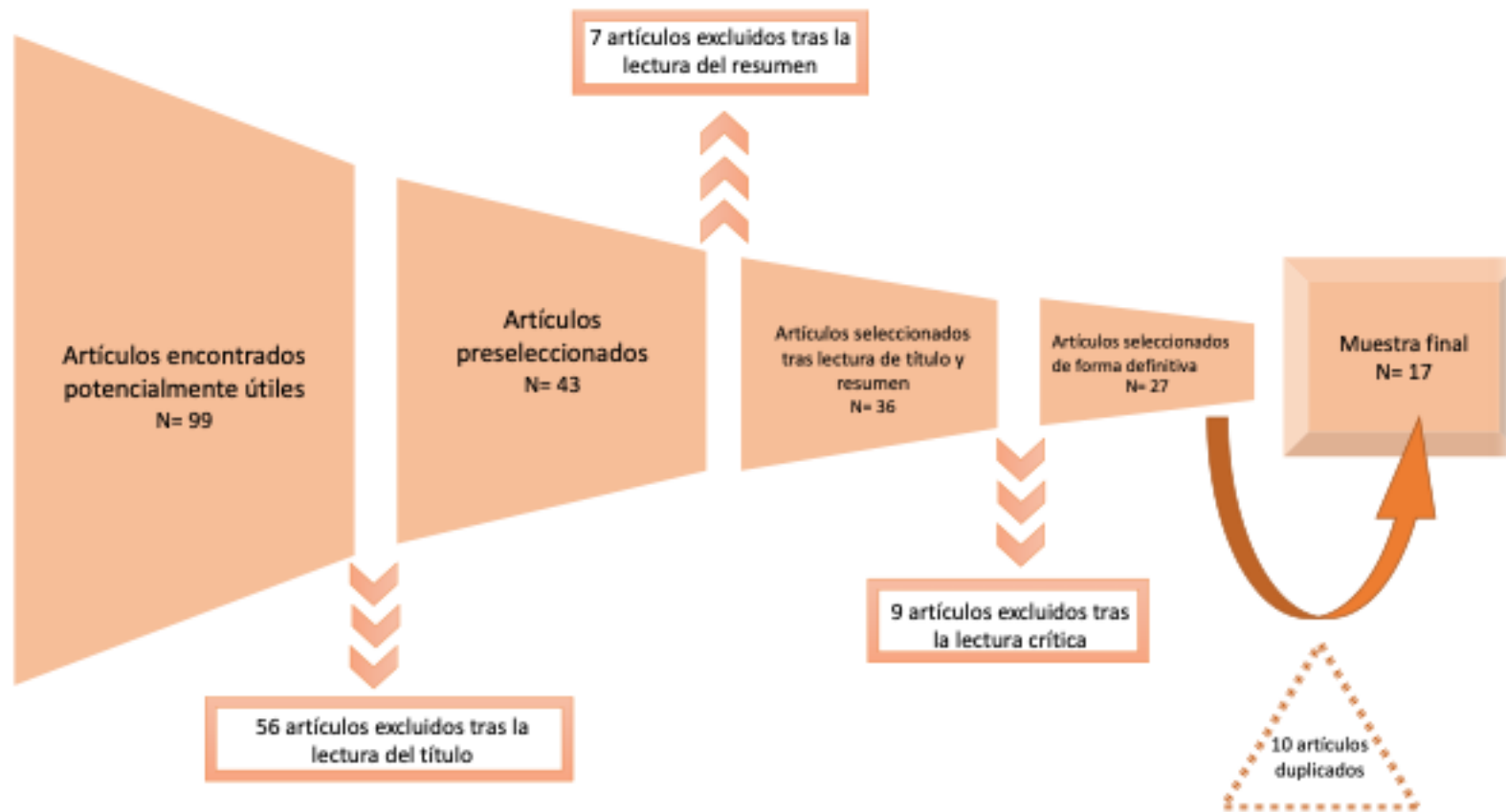


Figura 1. Diagrama de flujo de selección de artículos. Fuente de elaboración propia

Tablas de resultados

Título	Autores	Año	Objetivo del artículo	Diseño del estudio	Ámbito/ población de estudio	Método	Resultados	Conclusiones
1. Barriers to identifying eating disorders in pregnancy and in the postnatal period: a qualitative approach	Bye, Amanda; Shawe, Jill; Bick, Debra; Easter, Abigail; Kash-Macdonald. Megan; Micali ,Nadia	2018	Investigar acerca de la barreras en la identificación de TCA durante y después del embarazo a partir de vivencias aportadas por mujeres con un TCA establecido o previo.	Estudio cualitativo	Embarazadas o puérperas con un TCA previo o actual y estudiantes, y matronas y visitantes de salud	Encuestas de medidas mixtas a mujeres embarazadas u puérperas con un TCA previo o actual y grupos focales formados por estudiantes, visitantes de salud y matronas.	Se obtuvieron cinco aspectos relacionados con las barreras en el diagnóstico de TCA en el embarazo a través de las percepciones de las mujeres evaluadas: falta de oportunidad, estigma, preferencia por el autocuidado, conciencia acerca de la enfermedad y sintomatología de dichos TCA. En cuanto a los profesionales de la salud se hallaron otros cuatro factores: reconocimiento del rol profesional, tabú, limitaciones del sistema sanitario, así como las actitudes personales.	Se reafirmó la existencia de numerosas barreras en la identificación de trastornos alimentarios en el embarazo y el periodo postparto, destacando la falta de formación profesional y el estigma y tabú hacia estos trastornos en la sociedad. Se destaca así, la importancia de la formación de los profesionales de la salud en estos trastornos mentales, con el fin de promover la conciencia de la enfermedad y disminuir el estigma en la población.
2. The relationship between perfectionism and body image with eating disorder in pregnancy	Kiani-Sheikhabadi, Maryam; Zahra, Marjan Beigi; Mohebbi-Dehnavi	2019, 31 diciembre	Analizar la asociación entre la imagen corporal y el perfeccionismo en mujeres embarazadas que padezcan un trastorno de conducta alimentaria (TCA).	Estudio descriptivo transversal	200 mujeres embarazadas remitidas a los centros de Salud de Isfahan	Cuestionarios: -Cuestionario demográfico y de fertilidad - Cuestionario de Actitudes Alimentarias - Cuestionario de Relaciones Multidimensionales de su Cuerpo - Cuestionario de Perfeccionismo	En el estudio se obtiene que no existe relación entre el perfeccionismo positivo y los síntomas de los TCA. Sin embargo, dicha relación sí toma valor, en el caso del perfeccionismo negativo, el cual va muy ligado con la aparición de síntomas propios de los TCA.	Se concluye un mejor pronóstico en el contexto de embarazo con TCA, con el fomento del perfeccionismo positivo y la disminución del negativo. De esta forma se establece una relación entre este tipo de trastornos con el perfeccionismo y la imagen corporal. El estudio objetiva a su vez, la posibilidad de reducir la incidencia de

									estos trastornos a través de planes de cuidados e iniciativas dirigidas tanto para la mujer como para su pareja.
3. Accuracy of the Whooley questions and the Edinburgh Postnatal Depression Scale in identifying depression and other mental disorders in early pregnancy	Howard Louise Michele; Ryan , Elizabeth G; Trevillion, Kylee; Anderson, Fraser; Bick, Debra; Bye, Amanda; Byford, Sarah; O'Connor, Sheila; Sands, Polly; Demilew, Jill; Milgrom, Jeannette; Pickles, Andrew	2018, enero	Analizar la prevalencia de trastornos mentales prenatales junto con el método diagnóstico más eficaz, comparando las preguntas de Whooley con la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo	Estudio descriptivo transversal de muestreo estratificado	Mujeres gestantes > 16 años citadas en el servicio de maternidad del centro de la ciudad de Londres, entrevistadas antes de recibir tratamiento por parte de sus matronas	Encuesta transversal y entrevistas.	Se obtuvo una prevalencia de padecer trastornos mentales en el embarazo del 27%: 11% depresión; 15% trastornos de ansiedad; 2% trastorno obsesivo-compulsivo; 0,8% trastorno de estrés postraumático y 2% trastornos alimentarios entre otros.	Se planteó la exigencia de llevar a cabo las preguntas de Whooley en estas citas prenatales con el fin de establecer diagnósticos precoces, así como formar adecuadamente a los profesionales de la salud para saber como realizar este tipo de escalas relacionadas con la detección de trastornos mentales.	
4. Association of maternal eating disorders with pregnancy and neonatal outcomes.	Mantel, Ångla; Hirschberg, Angelica Lindén; Stephansson, Olof.	2020, mayo	Investigar los riesgos en el embarazo, así como complicaciones para el recién nacido, en mujeres con trastornos alimentarios.	Estudio de cohorte.: Empírico cuantitativo	Todos los nacimientos inscritos en el Registro médico sueco desde el 1 de enero de 2003 hasta el 31 de diciembre de 2014. Se comparó así, un total de 7542 mujeres con trastornos alimentarios con 1 225 321 mujeres sin trastornos alimentarios.	Análisis estadístico, junto con el registro nacional de pacientes.	Se obtuvieron los siguientes resultados: 2769 mujeres con anorexia nerviosa, 1378 mujeres con bulimia nerviosa y 3395 mujeres con un trastorno alimentario sin otra especificación. Se compararon con 1 225 321 mujeres sin trastornos alimentarios. Todos los trastornos alimentarios maternos analizados, se asociaron con un riesgo dos veces mayor de hiperémesis (vómitos y náuseas persistentes) durante el embarazo. Se encontró además un mayor riesgo de parto prematuro y de dar a luz a recién nacidos con microcefalia.	El estudio concluye la necesidad de una mayor vigilancia prenatal y postparto en aquellas mujeres con trastornos alimentarios activos o previos, las cuales cuentan una mayor predisposición a desarrollar resultados adversos tanto para su propia salud como para el neonato.	

							La anorexia nerviosa activa se asoció con un riesgo dos veces mayor de padecer anemia durante el embarazo. Se asoció también con un mayor riesgo de hemorragia anteparto.	
5. Impact of eating disorders on obstetric outcomes in a large clinical sample: A comparison with the HUNT study.	Eik- Nes, Trine Tettlie; Horn, Julie; Strohmaier, Susanne; Holmen, Turid L. Micali, Nadia; Bjornelv, Sigrid	2018, septiembre	Determinar la relación entre un trastorno alimentario crónico y los resultados obstétricos desfavorables.	Estudio empírico cuantitativo	Neonatos registrados en el registro médico de nacimientos en Noruega, junto con sus madres, con un total de: 532 nacimientos de mujeres con TCA y 43657 nacimientos de mujeres sin TCA.	Registro Médico de Nacimientos de Noruega.	Se asoció la anorexia nerviosa con un mayor riesgo de tener hijo PEG (pequeño para su edad gestacional), así como se estableció la relación entre padecer bulimia nerviosa con la probabilidad de tener una cesárea. Aquellas mujeres con trastorno alimentario no específico fueron asociadas con un mayor riesgo de obtener una puntuación de Apgar baja a los 5 min	El estudio reafirma cómo los trastornos de conducta alimentaria durante el embarazo conllevan resultados adversos.
6. The experience of pregnant women in remission from anorexia nervosa.	Butcher, Meghan	2019, octubre	Analizar las emociones y sentimientos subjetivos de gestantes en remisión de anorexia nerviosa	Estudio cualitativo	Tres mujeres embarazadas en los últimos 5 años de entre 26 y 32 años mientras se encontraban en fase de remisión de anorexia nerviosa	Entrevistas semiestructuradas junto con un análisis fenomenológico interpretativo (IPA)	Se encontró el impacto positivo del embarazo hacia ciertas conductas de la mujer relacionadas con la ingesta y la imagen corporal, la negación de las pacientes acerca de una AN mantenida, así como la importante influencia de las relaciones sociales en el autoconcepto de la persona. Se arrojó a su vez, cómo los antecedentes de AN en el embarazo se tienden a minimizar durante la atención rutinaria prenatal.	El estudio confirma la posibilidad de que el embarazo pueda causar en las mujeres en fase de remisión de la AN querer retomar el control de su peso, iniciando conductas que puedan parecer propias de la anorexia nerviosa

7. The experience of pregnancy during anorexia nervosa: An interpretative phenomenological analysis	Chinello, Alessandro; Dolci, Valentina; Covili, Sara Faggioli; Tugnoli, Elena; Bertelli, Sara; Micali, Nadia; Zappa, Luigi Enrico	2019, septiembre	Analizar aspectos del embarazo en aquellas mujeres que padecen anorexia nerviosa.	Estudio empírico, longitudinal retrospectivo, cualitativo	5 mujeres embarazadas diagnosticadas de AN	Entrevistas individuales semiestructuradas junto con un análisis fenomenológico interpretativo (IPA)	Se obtuvieron 2 temas principales: "Dinámica durante el embarazo" y "Post- parto" junto con otros 5 subtemas: "Una nueva meta", "Luna de miel", "Posicionamiento madre- hija", "Miedos y recaída de AN" y "Redención y orgullo". Todos ellos ayudaron a realizar las conclusiones.	El estudio corrobora la remisión temporal de conductas de la AN que experimentan las gestantes durante el embarazo, cuyo fin es el bienestar del feto. Dicha conducta se tiende a abandonar durante el puerperio donde aparecen las primeras recaídas.
8. Prenatal and perinatal factors and risk of eating disorders.	Larsen, Janne Tidselbak; Bulik, Cynthia M.; Thornton, Laura M.; Koch, Susanne Vinkel; Petersen, Liselotte	2020, enero	Analizar la relación entre las complicaciones durante el embarazo y el parto con los trastornos alimenticios que podrían desarrollarse en la descendencia.	Estudio empírico de seguimiento, cuantitativo	Niños a partir de 6 años nacidos en Dinamarca, cuyos padres fuesen también de nacionalidad danesa y naciesen entre 1989 y 2010. Fueron incluidos un total de 1167043 personas.	Registros nacionales de Dinamarca.	Se obtuvo una relación entre niños prematuros y el riesgo de padecer trastornos de conducta alimentaria con posterioridad.	El estudio plantea cómo los primeros años de vida resultan una etapa de desarrollo vital la cual puede verse especialmente influenciada por ciertos factores, especialmente a nivel de salud mental, cuyas consecuencias más adelante podrían ser el desarrollo de un TCA.
9. Pregnancy outcomes in women with anorexia nervosa.	Ante, Zharmaine; Luu, Thuy Mai; Healy- Profitós, Jessica; He, Siyi; Taddeo, Danielle; Lo, Ernest; Auger, Nathalie	2020, febrero	Analizar el riesgo de resultados adversos en el embarazo para la madre y el feto, en aquellas mujeres con diagnóstico de anorexia nerviosa	Estudio de cohorte. Empírico longitudinal retrospectivo cuantitativo	Mujeres embarazadas en Quebec, Canadá entre 1989 – 2016, con anorexia nerviosa, con un total de 2134945 embarazos con nacimientos de un único feto > 20 semanas de gestación (sg).	Registro de pacientes hospitalizados en Quebec, junto con datos administrativos donde se reflejaban todas altas hospitalarias	Se obtuvo un total de 1910 nacimientos de mujeres con anorexia nerviosa previa o activa durante el embarazo. Un 5,2 % de las mujeres embarazadas con AN padecían trastornos mentales comórbidos, así como desarrollaron en proporción más trastornos por uso de sustancias que las embarazadas sin AN.	El estudio concluye un mayor riesgo de resultados adversos tanto para la madre como para el feto, en aquellos madres hospitalizadas por AN, siendo algunas de las principales consecuencias: la muerte fetal, el parto prematuro y el bajo peso al nacer.
10. Association between maternal body mass index in early pregnancy and anorexia nervosa in daughters.	Razaz, Neda; Cnattingius, Sven	2018, julio	Determinar la relación entre el sobrepeso y obesidad materna	Estudio de cohorte. Empírico longitudinal	486688 niñas nacidas vivas de un solo feto, en Suecia entre	Registro Médico de Nacimientos, Registro de Pacientes a nivel	Se obtuvo un total de 486688 niñas nacidas entre 1992- 2002, de las cuales 2414 (0,50%)	Se concluye, una disminución de la incidencia de anorexia nerviosa en hijas de

			durante la primera etapa del embarazo, con el riesgo de desarrollar AN en la descendencia femenina	retrospectivo cuantitativo	1992 y 2002 inscritas en el Registro Médico de Nacimientos.	nacional, Registro de causa de muerte y Registros de Educación y Población Total en Suecia.	fueron diagnosticadas de AN hasta 2012. Las hijas de madres con un peso normal alcanzaron un riesgo (aHR) de desarrollar AN de 0,74, mientras que las hijas de madres con sobrepeso, un 0.61	madres con sobrepeso y/o obesidad. No obstante, los estudios de control con hermanos ponen en duda este efecto causal del IMC materno en la descendencia.
11. Prenatal and perinatal risk factors for eating disorders in women: A population cohort study.	Watson, Hunna J.; Diemer, Elizabeth W.; Zerwas, Stephanie.; Gustavson, Kristin; Knudsen, Gun Peggy; Torgersen, Leila; Reichborn-Kjennerud, Ted; Bulik, Cynthia M.;	2019, marzo	Analizar, a través del modelo de programación fetal, si las complicaciones pre y perinatales se relacionan con trastornos alimentarios crónicos en mujeres.	Estudio empírico, cuantitativo	46373 mujeres adultas registradas en el Estudio de cohortes de madres e hijos de Noruega. Fueron valoradas tanto ellas, como sus respectivas madres	Registro de estudio de cohortes de madres e hijos realizado en Noruega	Las madres que fueron más grandes para su edad gestacional se relacionaron con una mayor probabilidad de desarrollar un trastorno por atracón en un futuro; las que pesaron menos, en cambio, se asociaron a la anorexia nerviosa.	El estudio plantea que la programación fetal puede ir muy ligada al desarrollo de ciertos trastornos alimentarios como son la anorexia nerviosa y el trastorno por atracón. Falta evidencia para determinar si dichas asociaciones son realmente un efecto ambiental de adaptación durante el periodo de crecimiento prenatal o si tiene que ver el carácter genético.
12. Maternal eating disorders and perinatal outcomes: A three-generation study in the Norwegian Mother and Child Cohort Study.	Watson, Hunna J.; Zerwas, Stephanie.; Torgersen, Leila.; Gustavson, Kristin.; Diemer, Elizabeth W.; Knudsen, Gun Peggy; Reichborn-Kjennerud, Ted; Bulik, Cynthia M.;	2017, julio	Analizar si la transmisión a la descendencia de fenotipos perinatales interviene en la relación entre el TCA materno y los resultados adversos en la descendencia	Estudio empírico, de seguimiento cuantitativo	70881 embarazos en tríadas abuela-madre-hijo para análisis con exposición a TCA durante el embarazo y 52 348 embarazos para análisis con exposición materna a TCA durante toda la vida	Estudio de Cohorte Madre e Hijo de Noruega y el Registro Médico de Nacimientos de Noruega. Se obtuvo además información a través de registros de nacimiento.	Tras ajustar los fenotipos perinatales de las abuelas, se obtuvo igualmente, una mayor incidencia de complicaciones durante el embarazo y post parto. La AN previa al embarazo se asoció a una talla más pequeña en el RN; la bulimia con el parto inducido y el trastorno por atracón con complicaciones tales como mayor tamaño para la edad gestacional.	El estudio corrobora el aumento de riesgo de resultados adversos para la embarazada y el recién nacido con la presentación de los TCA.
13. The first 20 weeks of pregnancy is a high-risk period for eating disorder relapse.	Sollid, Charlotte; Clausen, Loa;	2021, septiembre	Estudiar la tendencia de recaídas que	Estudio empírico longitudinal	122 mujeres en remisión, al menos de hace	Datos recogidos a través del examen de trastornos	Se obtuvo un total de 30 mujeres que sufrieron una recaída: 20, en las	El estudio reafirma la importancia de un correcto seguimiento del

			podrían darse durante el contexto de embarazo con TCA	prospectivo cuantitativo	6 meses, de un trastorno alimentario previo al embarazo	alimentarios realizados en cada visita prenatal y el puerperio.	primeras 20 sg y 8 en las primeras semanas postparto. Dicha recaída estuvo muy ligada con síntomas de depresión postparto severa, así como la hiperémesis gravídica.	embarazo y una especial atención al inicio del embarazo y durante el puerperio, etapas donde hay mayor incidencia de recaídas.
14. Waking up every day in a body that is not yours: a qualitative research inquiry into the intersection between eating disorders and pregnancy.	Claydon, Elizabeth A; Davidov, Danielle M; Zullig, Keith J; Cottrell, Lesley; Lilly, Christa L; Zerwas, Stephanie C	2019	Entender cómo afectan los trastornos alimenticios en el embarazo desde la experiencia de mujeres con un TCA actual o previo, tanto gestantes como no gestantes	Estudio descriptivo cualitativo	15 mujeres con antecedentes actuales o previos de un trastorno alimenticio, tanto gestantes previas, como no gestantes.	Entrevistas individuales, junto con análisis de documentos, de diarios o blogs.	Se extrajeron seis tópicos: Control acerca de su propio cuerpo, divulgación a otros acerca del trastorno padecido, la batalla interna entre la intersección de la maternidad junto al TCA, el miedo de la transmisión a la descendencia, estrategias de afrontamiento y las preocupaciones por el peso y la imagen corporal.	Los seis tópicos extraídos a partir de las vivencias de estas madres, guía las áreas de mejora para llevar a cabo intervenciones prenatales y postnatales a fin de mejorar la atención a este grupo de mujeres. Destacó la preocupación de las mujeres acerca de la transmisión intergeneracional, entre otras muchas emociones a las cuales se pretende dar voz y visibilidad con el estudio.
15. Presence of eating disorders and its relationship to anxiety and depression in pregnant women.	Santos, Amanda; Maihara dos; Benute, Gláucia; Rosana Guerra; Santos, Niraldo Oliveira dos; Nomura, Roseli Mieko Yamamoto; de Lucia, Mara Cristina Souza; Francisco, Rossana Pulcineli Vieira	2017, junio	Estudiar los TCA en las mujeres embarazadas inmersas en embarazos de riesgo y su relación con la depresión y la ansiedad.	Estudio transversal y prospectivo	913 gestantes en su 2º y 3º trimestre de gestación que acudieron a las consultas externas de Obstetricia del hospital Universitario de tercer nivel de la ciudad de Sao Paulo	Entrevistas estructuradas. Se empleó la Entrevista Clínica Estructurada para Trastornos del DSM y la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria	La incidencia de TCA durante el embarazo alcanzó el 7,6%; 0,1% para la anorexia nerviosa, 0,7% para la bulimia nerviosa, un 1,1% para el trastorno por atracón, junto con 5,7% para pica.	Se reafirmó la importancia de unos buenos hábitos dietéticos durante el embarazo para fomentar la salud materna y fetal; comenzando por una labor adecuada del personal sanitario en la prevención, diagnóstico y tratamiento de estos trastornos con el empleo de protocolos preestablecidos.
16. Paternal age at childbirth and eating disorders in offspring.	Javarás, KN ; Rickert, ME ; Thornton, LM ; turba, CM ; Panadero, JH ; Birgegard, A .; Norring, C .; Landén,	2017, febrero	Analizar la relación entre la edad de la pareja en el momento de parto con la	Estudio de cohorte	2 276 809 individuos nacidos en Suecia entre 1979 y 2001	Registros sanitarios y de población suecos	El cociente de riesgo para la edad paterna > 45 años fue de 1,32 para la AN (incluyendo anorexia nerviosa y anorexia	El estudio concluyó una asociación entre la edad paterna y incidencia de trastornos alimentarios en la descendencia,

	M .; Almqvist, C .; Larsson, H .; Liechtenstein, P .; Bulik, CM ; D'Onofrio, BM		incidencia de TCA en la descendencia. Estudiar a su vez, cómo afectan otros factores como puede ser el nivel de educación de los padres.			nerviosa atípica) y de 1,26 para AED (incluyendo diagnósticos de AN, bulimia nerviosa y bulimia nerviosa atípica, otros trastornos alimentarios y los trastornos alimentarios no especificados)	independientemente de otros factores de confusión; siendo mayor la incidencia de TCA intergeneracional en aquellos padres de edad más avanzada.	
17. Eating disorders in the context of preconception care: fertility specialists' knowledge, attitudes, and clinical practices.	Rodino, Iolanda S.; Byrne, Susan M.; Sanders, Katherine A.	2017, junio	Analizar los conocimientos y necesidades de formación acerca de los trastornos de conducta alimentaria, de los profesionales en maternidad	Estudio transversal	80 especialistas en fertilidad de Australia y Nueva Zelanda, miembros de la Fertility Society of Australia	Cuestionario en línea completado de forma anónima.	Tras evaluar a estos profesionales, el 54% de los médicos identificó de forma adecuada el IMC relevante para la AN, el 30% nombró bien los trastornos menstruales para la anorexia, mientras el 63,8% relacionó incorrectamente ciertas conductas con el trastorno por atracón. Por otro lado, la gran mayoría con un 96,2% reafirmó la falta de formación profesional en la materia.	El estudio corrobora las carencias en la práctica y formación profesional en la detección de trastornos de conducta alimentaria. Se demuestra así, la importancia de ampliar y profundizar en la formación profesional en este ámbito, así como el establecimiento de protocolos estandarizados que puedan ser usados como guías de práctica clínica.

Discusión

1.- Planes de cuidados dirigidos hacia la embarazada: intervenciones enfermeras.

1.1 Intervenciones prenatales y postnatales a fin de mejorar la atención

Existe evidencia sobre sesgos inconscientes de los facultativos durante el proceso de diagnóstico de los trastornos mentales. Se ha puesto en claro, la influencia de cuestiones culturales o prejuicios a la hora de realizar una correcta anamnesis a todos los grupos de mujeres que acuden a consulta. Implantar una práctica rutinaria de forma fija, obligaría a llevar a cabo unas preguntas preestablecidas a todo tipo de mujeres, sin discriminación alguna; a fin de delimitar qué mujeres entrarían a formar parte de grupos de riesgo para desarrollar un trastorno mental. La valoración global de la persona para concretar dicho trastorno y disminuir las comorbilidades maternas y fetales, es primordial para completar una atención focalizada en el diagnóstico precoz de los trastornos de conducta alimentaria. Se demostró cómo la forma de plantear este tipo de preguntas podría modificar los hallazgos, por lo que resulta fundamental una correcta instrucción al personal sanitario. (Howard et al., 2018)

Siguiendo esta línea, según la guía de atención médica del Reino Unido, se aconseja implantar consultas rutinarias con la matrona, para todas aquellas mujeres que hayan padecido o tengan actualmente cualquier tipo de enfermedad mental, durante su embarazo (Bye et al., 2018). Otro estudio, aporta actuaciones más específicas a llevar a cabo, haciendo hincapié especialmente en una profunda rehabilitación nutricional mediante un control estricto del peso corporal durante la gestación, planteando incluso la posibilidad de remitir a ciertas madres a clínicas de embarazo de alto riesgo. Dichas clínicas estarían dotadas de recursos suficientes para llevar a cabo un enfoque multidisciplinar que incluya terapias conductuales, psicoeducación familiar y psicoterapia entre otras intervenciones. (Ante et al., 2020) Parte del cometido del profesional, implica emplear un mayor número de recursos en una atención especializada en aquellas embarazadas con un TCA ya conocido, tanto en su atención prenatal como en el puerperio, realizando las derivaciones a otros especialistas si se considerase oportuno (Bye et al., 2018), por lo que dichos establecimientos podrían resultar los indicados para comenzar ese enfoque multidisciplinar.

1.2 Estrategias de afrontamiento

Según un estudio cualitativo que incluyó mujeres con TCA activos o previos con algún lazo con el embarazo, bien por ser madres, haber tenido embarazos no planeados o abortos; o bien por desear o no un futuro embarazo, se analizaron una serie de estrategias de afrontamiento en base a sus experiencias, así como otros datos que aportan visibilidad a este tipo de casos y conciencia sobre qué intervenciones deberían llevarse a cabo para alcanzar embarazos saludables. (Claydon et al., 2018)

Se ha constatado una mayor evidencia de respuestas de carácter negativo ante el embarazo en mujeres con diagnóstico de TCA, especialmente en casos de anorexia nerviosa. El estudio de (Claydon, 2018) Waking up every day in a body that is not yours: a qualitative research inquiry into the intersection between eating disorders and pregnancy: justifica dichos resultados relacionando a las mujeres que padecen AN, por un lado con la **edad**: las mujeres analizadas fueron más jóvenes lo que podría vincularse con una peor gestión de determinadas situaciones por falta de experiencia; y por otro lado con un mayor riesgo de **embarazos no planificados**, riesgo también presente en otros tipos de TCA. Se ha planteado la cohesión entre aquellos trastornos que generan oligomenorrea o amenorrea y una mayor prevalencia de embarazos no planificados. La pérdida de menstruación genera en gran parte de las mujeres, un mito acerca de una infertilidad temporal asociada a ello, fomentando así el abandono de métodos anticonceptivos en sus relaciones sexuales (Claydon et al., 2018).

Por todo ello, se examinaron las estrategias de afrontamiento y las emociones percibidas por una muestra de gestantes, a fin de comprender mejor su lucha interna en el embarazo con un TCA. La muestra incluyó: un total de 17 embarazos, 6 de ellos no planificados junto con otros 2 abortos, a grandes rasgos, entre un segmento de mujeres con antecedentes de TCA, cuya opinión ayudó a ultimar las conclusiones del estudio:

- Emplear la distracción: ciertas mujeres avalaron amenizar su proceso de recuperación centrando su tiempo en otro tipo de tareas que les permitiese restar atención a sus circunstancias actuales. (Claydon et al., 2018)
- Implicación en conductas de TCA mediante un esfuerzo consciente y prudente enfocado en su recuperación: llevar al límite los comportamientos que querrían repetir, como podrían ser los vómitos autoinducidos, en este caso por ejemplo llegando a ir al baño, y una vez allí, negarse a consumir tales actos. (Claydon et al., 2018)
- Hacer uso de amparo tanto social como profesional: recurrir a ayudas externas que asistan a las embarazadas en todo el proceso, principalmente durante los momentos que puedan resultar desafiantes para su salud física y mental. (Claydon et al., 2018)

A su vez, resultaría interesante incluir al entorno familiar en la atención a este tipo de población dada su alta vulnerabilidad. Por ello, los planes de cuidados deben ser implementados tanto para la mujer como para su entorno directo, quienes podrían ser un gran apoyo. Estos planes abarcaron:

- Nociones básicas acerca de las necesidades nutricionales de la mujer en este periodo de su vida.
- Educación para la salud donde se expliquen los posibles resultados adversos de las dietas restrictivas en la salud.

(Kiani- Sheikhabadi et al., 2019)

1.3 Prevención de recaídas

A través del estudio de A. Bye: “Barriers to identifying eating disorders in pregnancy and in the postnatal period: a qualitative approach” se analizó cómo numerosas embarazadas con un TCA establecido, percibían una mejora en su sintomatología actual durante la gestación que podría estar respaldada por un gran temor a ocasionar cualquier tipo de daño a su bebé (Kiani-Sheikhabadi et al., 2019). Pese a que no se produjo una remisión total de los síntomas, continuó existiendo un gran riesgo de recaída más adelante, durante el puerperio. (Bye et al., 2018; Sollid, Clausen & Maimburg, 2021).

El embarazo supone un momento de inflexión para aquellas mujeres con antecedentes previos o actuales de TCA, que puede generar tanto una recaída en dichos trastornos, como su remisión temporal o total (Sollid, Clausen & Maimburg, 2021). Dada la falta de investigación acerca estas recaídas de TCA perinatales, otra investigación analizó este tipo casos, estudiando 122 mujeres en remisión estable de al menos 6 meses, registradas en la clínica pública de obstetricia con un equipo especializado ligado al Hospital Universitario de Arthus en Dinamarca: un 25% del total de las mujeres, recayeron en su TCA, algunas durante el postparto inmediato o temprano, con relación al cambio en la imagen corporal tras la concepción. Sin embargo, la mayoría lo hicieron durante su primer trimestre de gestación, influidas por numerosos cambios hormonales, así como dificultades en la alimentación en casos de hiperémesis gravídica que cursaron con náuseas y vómitos (predominantes durante el primer trimestre de gestación en más del 70% de las embarazadas). (Sollid, Clausen & Maimburg, 2021).

Durante esta recaída la mitad de las mujeres refirieron un gran deterioro de su autopercepción. En ese rango de mujeres que recayó, un 33% desarrolló una depresión postparto severa. Este declive en el estado mental de la madre podría ejercer una repercusión negativa en el niño, favoreciendo la instauración de habilidades de autorregulación deficientes, así como terminar perjudicando el vínculo emocional madre e hijo. (Sollid, Clausen & Maimburg, 2021).

2.- Prevalencia de los trastornos mentales en el embarazo.

Actualmente, existe una evidencia limitada acerca de la prevalencia de los trastornos mentales en el embarazo. Según el estudio: “Accuracy of the Whooley questions and the Edinburgh Postnatal Depression Scale in identifying depression and other mental disorders in early pregnancy” realizado a gestantes > 16 años citadas en el servicio de maternidad de la ciudad de Londres, antes de recibir tratamiento por sus matronas (un total de 9963 mujeres), la prevalencia de trastornos mentales durante el embarazo alcanzó un **27%**. Desglosándose en:

- 15% correspondiente a trastornos de ansiedad
- 11% para el trastorno depresivo
- **2%** asociado a los trastornos de conducta alimentaria

Entre otros trastornos como el obsesivo- compulsivo con 2% o el trastorno de estrés postraumático con un 0,8%. También se halló un 0,3% asociado al trastorno bipolar tipo I, 0,3%

para el tipo II, así como un 0,7% correspondiente al trastorno límite de la personalidad. (Howard et al., 2018)

Por otro lado, otro reciente estudio: “*Presence of eating disorders and its relationship to anxiety and depression in pregnant women*” determina, la incidencia de los trastornos mentales, más específicamente aquellos relacionados con la conducta alimentaria, durante el embarazo; hallando un **7,6%** a diferencia del 2% estimado en el estudio ya mencionado. Esta segunda investigación fue llevada a cabo en la ciudad de São Paulo, donde se analizó a 913 gestantes que acudieron a la consulta de obstetricia en su 2º y 3º trimestre (Santos et al., 2017).

Los datos hallados en ambos estudios resultan dispares, al estar sesgados por distintos factores, entre ellos: diferentes localizaciones, Londres y Sao Paulo respectivamente, donde se llevaron a cabo las investigaciones (ambos con entornos socioeconómicos y culturales distintos), así como distintos tamaños muestrales, tanto en cifras como en sus características. La población de estudio de ambos abarcaba embarazadas en distintos trimestres de gestación: en el primer estudio, se determinó la incidencia en embarazadas durante su 1º trimestre de gestación, mientras el segundo, estuvo delimitado por embarazadas en su segundo y tercer trimestre de gestación.

Además, cabe destacar que en el estudio de L. M. Howard, no se analizó la prevalencia del trastorno tipo pica. Sin embargo, en el segundo estudio, no solo se incluyó, sino que además fue el tipo de TCA con mayor prevalencia:

Prevalencia de TCA en el embarazo según el estudio “ <i>Presence of eating disorders and its relationship to anxiety and depression in pregnant women</i> ” (Santos et al., 2017)	
Tipo de TCA	Prevalencia de dicho trastorno en el embarazo
PICA	5,7%
Anorexia nerviosa	0,1%
Bulimia nerviosa	0,7%
Trastorno por atracón	1,1 %
Prevalencia total de TCA en el embarazo:	
	7, 6%
Prevalencia total de TCA en el embarazo excluyendo el trastorno tipo pica:	
	2, 9%
*Prevalencia según de TCA en el embarazo según el estudio de (Howard et al., 2018):	
	2%

Tabla 8. Prevalencia de TCA en el embarazo. Fuente extraída de artículos: (Santos et al., 2017; Howard et al., 2018)

De dicha forma, la diferencia entre los datos señalados podría venir dada por la exclusión del trastorno tipo pica en el abordaje del estudio de Howard. Se estima así una prevalencia del TCA en el embarazo entre el 2 y el 3% excluyendo la pica y centrando la investigación en TCA del tipo: anorexia nerviosa, bulimia nerviosa y trastorno por atracón, principalmente.

Contrastando esta información con otros estudios, una investigación acerca de las recaídas de los trastornos alimentarios perinatales y postnatales arroja un porcentaje de prevalencia entre el **4,3 y el 7,5%** (Sollid, Clausen & Maimburg, 2021). No se especifica qué tipo de TCA incluye, ni su proporción correspondiente, por lo que no hay evidencia suficiente que sirva para delimitar o cambiar el rango de prevalencia entre el 2 y el 3% estimado hasta ahora. Mientras que, según otro estudio basado en las recaídas perinatales, el porcentaje de padecer un TCA durante el embarazo se sitúa entre el **5,1 y el 7,5%**, incluyendo trastornos por debajo del umbral (Bye et al., 2018). Estos trastornos subumbrales abarcarían aquellos TCA con menor frecuencia y alcance que un TCA completo, cuyas consecuencias en la salud física y mental del individuo son muy variables.

A través de otro análisis llevado a cabo mediante una cohorte de considerables dimensiones con un total de 1.236.777 individuos nacidos en Suecia, entre los años 2003 y 2014 se arrojaron más datos, específicamente de la prevalencia entre los distintos tipos de TCA, sin realizar un análisis de la prevalencia total de casos de trastornos alimentarios (Mantel et al., 2020). Se obtuvo así:

Prevalencia de TCA en el embarazo según el estudio <i>“Association of maternal eating disorders with pregnancy and neonatal outcomes (Mantel et al., 2020)”</i>	
Tipo de TCA	Prevalencia de dicho trastorno en el embarazo
Anorexia nerviosa	0,2%
Bulimia nerviosa	0,1%
EDNOS (trastorno alimentario no especificado)	0,3%

Tabla 9. Prevalencia de TCA en el embarazo. Fuente extraída de artículo: (Mantel et al., 2020)

Estos datos (0,2 % AN // 0,1% BN) difieren de los obtenidos en el estudio *“Presence of eating disorders and its relationship to anxiety and depression in pregnant women” (Santos et al., 2017)* con 0,1 % para la anorexia nerviosa y 0,7% para la bulimia nerviosa.

A pesar de ser una incidencia baja, las consecuencias de estos trastornos podrían llevar a consecuencias graves tanto maternas, como fetales. En una de cada 10 pacientes, el trastorno alimenticio establecido se cronifica según el estudio de (Mantel et al., 2020)

3.- Diagnóstico de los TCA durante y después del embarazo.

3.1 Barreras de identificación de los TCA

Actualmente, la información acerca de barreras en la identificación de un trastorno de conducta alimentaria durante el embarazo resulta escasa. Gracias a un estudio realizado desde las perspectivas aportadas tanto por embarazadas y púerperas con un TCA previo o actual, así como por profesionales sanitarios, se consiguió ampliar los datos existentes hasta el momento. Se identificaron como principales barreras: el estigma y tabú, y la escasa formación profesional en la materia. (Bye et al., 2018)

ESTIGMA Y TABÚ

A pesar de existir una mayor concienciación acerca del estigma de salud mental y haberse realizado numerosas campañas para concienciar a la sociedad, apenas se encuentran iniciativas que traten el estigma de los trastornos de conducta alimentaria.

Las intervenciones sanitarias, hoy en día, se centran en modificar la alimentación del individuo, como respuesta al aumento paulatino de la incidencia de obesidad poblacional; en lugar de indagar si la etiología corresponde a algún tipo de trastorno alimenticio que pudiese estar generando la situación actual. (Bye et al., 2018)

Muchos trastornos de conducta alimentaria se hallan ocultos bajo un IMC tanto elevado como deficiente: sin un correcto estudio acerca del origen de unos malos hábitos alimenticios, sumado a una serie de prejuicios, la relación con el paciente podría resultar algo dura y crítica; sin llegar a entender del todo la causa real de la problemática del paciente.

Como consecuencia de esta fría e inadecuada atención, se enfatiza aún más el tabú y estigma de los TCA. Según el estudio aportado por (Bye et al., 2018), tan solo una cuarta parte de las 101 mujeres analizadas, revelaron su diagnóstico a un profesional sanitario. Se detalló más en profundidad, las vivencias de estas 101 mujeres inglesas, en cuanto a la relación sanitario- paciente:

Muchas de las mujeres que sufrieron un TCA durante su embarazo, afirmaron haber sentido pudor y vergüenza a la hora de confesar su trastorno, así como un gran pavor a ser derivadas a servicios sociales. A todo ello, se sumó, en algunos casos, un continuo cambio de profesionales por razones ajenas que impedía crear un vínculo de confianza para poder esclarecer los hechos que le estaban sucediendo a la madre. Algunas mujeres afirmaron no haber tenido oportunidad de expresarse adecuadamente a sus profesionales pertinentes por falta de preocupación y sensibilidad del mismo, o bien falta de tiempo.

Tanto es así, que un amplio grupo refirió evitar este proceso con la supervisión de un sanitario, optando por auto gestionar sus cuidados. Este tipo de pensamiento se relaciona en gran medida con mujeres que padecen un TCA desde un largo periodo de tiempo, las cuales se sienten incomprendidas y creen conocer qué resulta beneficioso y qué perjudicial, de cara a su recuperación (Bye et al., 2018). Asimismo, reitera dichas afirmaciones otro estudio, contemplando la relación entre el deseo de no divulgación a otros con un aspecto de auto- control

en la persona que lo padece; sin hacer partícipe a terceras personas con el fin de que la persona afectada lleve las riendas de la situación que cree saber manejar. (Claydon et al., 2018)

De la misma forma, gran parte de las gestantes comentaron no revelar su diagnóstico en función de su sintomatología actual, la cual manifestaban ir progresando de forma óptima, bien desde antes de la concepción o a raíz de quedarse embarazadas; sin alcanzar a ver el peligro que podrían experimentar meses más tarde durante el puerperio. Otras tantas prefirieron no divulgar su estado actual, por desconocimiento. Muchas no identificaban sus síntomas como parte de un trastorno mental, sino como conductas sin importancia que tenían que mejorar. Este hecho se vio principalmente en madres que padecían trastorno por atracón, las cuales consideraban haber aumentado su ingesta únicamente por capricho, sin entender la magnitud de su problema (Bye et al., 2018).

Como consecuencia de todo ello, la mayor parte de las embarazadas encuestadas en este estudio, resultaron mostrarse reticentes a revelar su estado actual por miedo a ser juzgadas tanto por su entorno, como por su profesional sanitario acorde, lo que genera un perjuicio tanto en su diagnóstico como tratamiento. (Bye et al., 2018).

FALTA DE FORMACIÓN PROFESIONAL

Existe evidencia acerca de la impartición de una formación mínima sobre los trastornos alimenticios, al profesional sanitario. Sin embargo, dada la envergadura del problema, en numerosos casos resulta ínfima, y no permite llevar a cabo una correcta actuación.

El estudio cualitativo de A. Bye: *Barriers to identifying eating disorders in pregnancy and in the postnatal period: a qualitative approach*, reveló cómo gran parte de los profesionales sanitarios terminaron formándose en la materia, de manera autónoma, por ejemplo, a través de los medios de comunicación, ya que la base que recibieron en sus estudios académicos resultó insuficiente. En dicha formación no se abarcó la materia de manera específica, sino que fue atribuida siempre a otros bloques aparentemente de mayor importancia, dando únicamente ciertas aclaraciones acerca de este tipo de trastornos para contar así con una base sobre el tema. Los profesionales afirmaron tener conocimientos únicamente, acerca de la asociación de anorexia nerviosa con una marcada restricción de la ingesta y de la bulimia nerviosa con los vómitos auto inducidos. Algunos profesionales sintieron que la enseñanza actual estaba diseñada de tal forma, que debían aprender el manejo de los TCA experimentando sobre los propios pacientes. Todo ello genera gran desconfianza en la autopercepción de los sanitarios a la hora de realizar un diagnóstico y llevar a cabo un plan de cuidados adecuado y especializado (Bye et al., 2018).

Otros tantos, refirieron no preguntar directamente sobre este tipo de trastornos, bien por no tenerlos interiorizados como patologías relevantes en la valoración de la salud mental de la

persona, o incluso por tratar de evitar el tema, ya que desconocían que actuación llevar a cabo si se diese dicho caso. Esto podría venir dado por una escasa concienciación sobre los TCA, “permitiendo” a los profesionales sanitarios pasar por alto estos trastornos, lo cual les resultaría impensable si se tratase de cualquier otra patología. A su vez, se demostró una atención clínica actual orientada al bienestar físico tanto materno como fetal, frente a la salud mental de la madre, la cual pasaba a un segundo plano.

Cabe destacar otro aspecto resultante, el escaso trabajo interdisciplinar, así como una mala comunicación entre los distintos servicios: apenas se comentaban los casos entre los profesionales, ejecutando acciones aisladas sin llegar a ser efectivas (Bye et al., 2018).

Resulta importante puntualizar que todos estos datos recopilados en el estudio de (Bye et al., 2018) podrían venir sesgados por la escasa muestra analizada; ya que tan solo se llevaron a cabo grupos focales entre 33 profesionales sanitarios del Reino Unido (incluyendo estudiantes y matronas calificadas).

Según el estudio *“Eating disorders in the context of preconception care: fertility specialists’ knowledge, attitudes, and clinical practices”* se midió la formación acerca de los TCA de profesionales de fertilidad, a través de una pequeña cohorte con 80 especialistas miembros de la Fertility Society of Australia, donde se extrajo:

- 54% de los facultativos supo identificar las gestantes de riesgo para la anorexia en función de su IMC corporal.
- 30% de los facultativos identificaba correctamente los trastornos menstruales asociados a la anorexia nerviosa.

Mientras que un 63,8 % no supo identificar patrones de conducta asociados al trastorno por atracón manifestados en conductas de control de peso desadaptativas. (Rodino, Byrne & Sanders, 2017)

La gran mayoría, afirmó considerar de vital importancia la correcta detección de los TCA durante la gestación, un 35% realizaba pruebas de evaluación relacionadas con su capacidad de diagnóstico de estos trastornos periódicamente, y un 8,8% aseguró contar con protocolos para la praxis como instrumento de apoyo en sus respectivos lugares de trabajo. De todos ellos, un 13,8 % se mostró conforme con sus estudios universitaria, mientras que el otro 96,2 % reconocía necesitar una mayor formación y educación en la materia.

(Rodino, Byrne & Sanders, 2017)

4.- Desarrollo de un embarazo con TCA.

4.1 Batalla interna entre embarazo y TCA

Existe una fuerte problemática acerca de la consonancia de un embarazo con la sintomatología de un TCA, ya que ambas situaciones demandan una serie de acciones las cuales

son totalmente antagónicas. Ante la resolución de dicha problemática se encontraron tres tipos de embarazadas:

1. Aquellas que optaron enfocar su comportamiento con un único fin: el bienestar de su bebé; usando esta situación como incentivo para vencer en la medida de lo posible su trastorno.
2. Otro grupo de mujeres que sí contemplaba mantener sus conductas anteriores durante la gestación, sin apenas confiar en ser capaz de renunciar a ellas. Algunas de ellas incluso manifestaron durante ciertas ocasiones haber usado el embarazo como respaldo, en la preservación de patrones relacionados con su TCA como son las náuseas.
3. Un tercer grupo que consideró inconcebible mantener un embarazo dada su situación de TCA activo y meditaron otras alternativas como: el aborto (especialmente predominante en casos de los embarazos no planificados), la adopción o bien recurrir a la maternidad subrogada.

(Claydon et al., 2018)

4.2 Imagen corporal y perfeccionismo en embarazadas con un TCA

La salud mental durante el embarazo resulta de vital importancia y podría venir influenciada por dos aspectos: imagen corporal y perfeccionismo; así como la relación de ambos con los trastornos de conducta alimentaria:

La **imagen corporal** se ve comprometida durante el embarazo, en función de una serie de cambios tanto en el peso, como en la forma corporal de la mujer. El ideal de belleza asociado a la delgadez se encuentra establecido entre las distintas culturas, desde muchos años atrás. Hoy en día, se sigue manteniendo en cierta medida este tipo de pensamiento. Todo ello genera en estas mujeres con TCA, un descontento hacia su cuerpo y persona, aún más enfatizado durante la gestación, al no cumplir los cánones de belleza estipulados (Kiani Sheikhabadi et al., 2019).

Aunque muchas mujeres refieren una mejora en su sintomatología durante el embarazo, con el único fin de cuidar su futuro bebé, según el estudio "The relationship between perfectionism and body image with eating disorder in pregnancy", otras embarazadas experimentaron un declive en este periodo, aumentando su obsesión y preocupación por el aumento de su peso corporal.

Por otro lado, el **perfeccionismo** va muy ligado a la salud mental de la persona, ocasionando ciertas repercusiones tanto a nivel físico, como psicológico. Es por lo que este concepto se considera uno de los mayores precursores o factor de riesgo para padecer anorexia nerviosa, junto con otros tipos de trastornos nerviosos (Kiani Sheikhabadi et al., 2019). Se han recopilado datos acerca de mujeres que mantuvieron ese ideal de perfección, incluso aplicándolo a la figura de la embarazada (Claydon et al., 2018).

El estudio descriptivo anteriormente desarrollado, analizó 200 gestantes captadas en los Centros de Salud de Isfahan. Se obtuvo una mejoría de la **sintomatología del TCA** en aquellas mujeres con **menor perfeccionismo desadaptativo** (aquel desempeño personal orientado a metas inalcanzables a través de un cruel carácter autocrítico generando cierto rechazo de cara a la sociedad) y **mayor del tipo adaptativo** (enfocado en alcanzar una meta por pura ambición personal, a través de un perseverante trabajo). Estas últimas mujeres, apenas manifestaron preocupación por su aumento de peso durante la gestación, mostrando una menor tendencia a desarrollar cualquier tipo de TCA (Kiani Sheikhabadi et al., 2019).

4.3 Sensación de control

Un amplio grupo de mujeres que padecen algún tipo de TCA, recalcaron tener o haber tenido una percepción de autocontrol sobre su cuerpo, totalmente inexistente desde cualquier punto de vista ajeno. No obstante, su opinión objetiva cómo el mantenimiento de un estricto control, como pueden ser, las calorías diarias, les hacía atribuirse sensaciones de auto control y perfeccionismo que suplían por completo sus necesidades y/ o preocupaciones tanto físicas como mentales. Por todo ello, durante el periodo de embarazo, el descontrol sobre unas cifras de peso que aumentan involuntariamente podría generar un alto grado de estrés y descontento hacia la propia imagen de la persona (Claydon et al., 2018.)

De todo ello, resulta la perspectiva de las mujeres que optaron por mantener cierto grado de control durante su embarazo, a fin de no acabar esa conducta típica de su TCA, la cual le aportaba cierto grado de satisfacción. Otras mujeres, en cambio, se mostraron disconformes en cuanto a las pautas a seguir que recibieron por parte de su entorno, sintiéndose totalmente oprimidas, sin permitir llegar a un punto confortable para la mujer. (Claydon et al., 2018)

5.- Riesgos en el embarazo y complicaciones en el RN en un embarazo con TCA materno establecido.

Existe una sólida evidencia que relaciona los riesgos que se pueden producir durante el embarazo con cuadros donde existe un TCA previamente establecido. Los estudios que llegan a esta conclusión han tomado como punto de partida cohortes extremadamente grandes a lo largo de un plazo dilatado de tiempo y se han apoyado en evidencias fácilmente contrastables.

El estudio de (Mantel et al., 2020): “Association of maternal eating disorders with pregnancy and neonatal outcomes” se trata de una gran cohorte que abarca todos los nacimientos únicos en Suecia entre 2003 – 2014 donde se comparó un total de 7.542 mujeres con trastornos alimentarios junto con más de un millón de mujeres sin trastornos alimentarios. Se recopilaban los siguientes datos:

→ **Resultados adversos maternos** en el contexto de embarazadas con un TCA:

- **Hemorragia anteparto** causada por:
 - Placenta previa
 - Desprendimiento prematuro de placenta
 - Sangrado no especificado

Esta hemorragia anteparto es prevalente especialmente en casos de anorexia nerviosa, más señalada cuando la AN se encuentra activa, durante el periodo perinatal. El desprendimiento prematuro de la placenta podría verse asociado al déficit de vitaminas y minerales presente en estados de desnutrición durante un TCA (Mantel et al., 2020).

Además, se ha estudiado cómo, en la anorexia nerviosa, esta desnutrición puede conllevar otras muchas consecuencias de alto riesgo tanto para la madre como para el bebé:

- La falta de nutrientes contribuye al riesgo de invasión trofoblástica de la placenta, un claro factor de riesgo para su desprendimiento. Las mujeres con bajo peso, previo a su embarazo, corren mayor riesgo de padecer esta complicación según (Mantel et al., 2020).
 - La disminución de peso podría ejercer un efecto negativo sobre los factores de coagulación, cuya disminución causaría la fibrinólisis. De dicha manera, la falta de plaquetas cursada en la trombocitopenia aumentaría el riesgo de sangrado (Mantel et al., 2020).
- **Hiperémesis gravídica** durante el embarazo:
 - Su etiología no está del todo definida, pudiendo relacionarse con comorbilidades psiquiátricas. No hay certeza sobre si su elevado riesgo podría estar sesgado por la semejanza entre los síntomas de los TCA y los de la hiperémesis, entre ellos: las náuseas y los vómitos persistentes. (Mantel et al., 2020). Según otro reciente estudio, un 30% de las embarazadas con un TCA en remisión estable, desarrolló hiperémesis gravídica durante su gestación, independientemente de si había sufrido o no una reagudización de su sintomatología (Sollid, Clausen, & Mainburg, 2021).

- **Anemia** durante el parto:

La anemia durante el embarazo tiene una mayor incidencia en aquellas mujeres con diagnóstico de anorexia nerviosa activa o EDNOS (trastorno alimenticio no especificado) y está ligado a un estado nutricional deficiente. (Mantel et al., 2020)

Por otro lado, el estudio "Pregnancy outcomes in women with anorexia nervosa" engloba otra población de estudio de gran dimensión, incluyendo más de dos millones de embarazos desde 1989 hasta 2016, concebidos en Quebec, Canada. Este estudio indagó en los casos de anorexia nerviosa materna que precisaban hospitalización antes, durante o después del parto con sus consecuentes efectos maternos y neonatales. (Ante et al., 2020)

Se hallaron como resultados adversos en la madre:

- **Trabajo de parto precipitado**: relacionado en gran medida, con partos prematuros.

Se ha evidenciado una relación entre mujeres con AN y partos prematuros. Por tanto, aquellas mujeres con AN también corren un mayor riesgo de trabajo de parto precipitado.

Si a todo ello se suma, antecedentes de consumo de sustancias, aumentaría el riesgo ya que ciertas drogas como la cocaína se caracterizan por un efecto vasoconstrictor, estimulando las contracciones uterinas (Ante et al., 2020).

- **Insuficiencia hepática aguda/ ingreso en UCI**: se demostró cómo largos periodos de inanición generaban en las madres, daño a nivel hepático, llegando a precisar el ingreso de la mujer en una unidad de cuidados intensivos (Ante et al., 2020).

Sin embargo, no se encontraron más complicaciones de la anorexia nerviosa en la salud materna, que sí se contemplaron en otros estudios ya mencionados. La anorexia no se asoció a un mayor riesgo de placenta previa, así como tampoco con sepsis y otras infecciones. Se descartó también su relación con la preeclampsia.

Tampoco se encontró relación entre la anorexia nerviosa y complicaciones en el parto, más que el trabajo de parto precipitado. (Ante et al., 2020). Sin embargo, otra investigación "Impact of eating disorders on obstetric outcomes in a large clinical sample: A comparison with the HUNT study" arrojó datos que sí asociaban otros tipos de TCA como la bulimia nerviosa, con un mayor riesgo de precisar una **cesárea** en el parto. (Eik et al., 2018)

Se analizó en profundidad los resultados adversos maternos en casos de madres que padecían anorexia nerviosa durante el embarazo, precisando ingreso hospitalario y así concluyó, una disminución en el riesgo de obesidad durante el curso de la enfermedad. De dicha forma, se explicaría cómo la anorexia nerviosa disminuye la incidencia de complicaciones maternas tales como la preeclampsia y la diabetes gestacional, las cuales se encuentran en gran medida ligadas a pacientes obesos (Ante et al., 2020).

No obstante, indagando un poco más, se encontró una mayor prevalencia de trastornos de conducta alimentaria en aquellas madres que padecían diabetes tipo 1 y diabetes tipo 2, así como aquellas que padecían ansiedad o abusaban de sustancias (Mantel et al., 2020).

Por lo que se podría afirmar que ciertos TCA no aumentan el riesgo de padecer complicaciones maternas del tipo preeclampsia o diabetes gestacional, sino que estos son los que aumentan el riesgo de desarrollar un TCA.

→ **Resultados adversos neonatales** en el contexto de mujeres embarazadas con un TCA:

- **Parto prematuro**: viene dado por un deficiente crecimiento fetal intrauterino.

Este se relaciona a su vez con una disminución del flujo sanguíneo útero- placentario y una transferencia de nutrientes deteriorada. Las madres con AN pueden padecer déficit de hierro, vitamina A, zinc y ácido fólico entre otros. Todo ello agrava el desarrollo intrauterino deficiente lo que incide negativamente en el riesgo de tener un parto prematuro. (Ante et al., 2020)

Se indagó en otras complicaciones asociadas a niños prematuros, entre ellas, la ictericia neonatal, así como trastornos cardiovasculares y respiratorios. (Mantel et al., 2020)

En cambio, otro análisis actual aporta evidencia sobre la desvinculación entre el riesgo de producirse un parto prematuro en madres que padezcan un TCA, justificando su aparición únicamente en casos en los que el trastorno alimenticio estaba presente en el momento de parto. (Eik et al., 2018)

Por otro lado, cabe destacar, cómo el curso de la enfermedad, en cualquier subtipo de TCA, se encontró estrechamente ligado a estados de ansiedad y depresión, así como otras numerosas emociones negativas. En dichos casos, el **estrés** materno- fetal supone un claro factor de riesgo de sufrir un parto prematuro. El estudio de (Mantel et al., 2020) aportó evidencia acerca de madres con anorexia nerviosa o bulimia nerviosa, cuyas cifras de cortisol, la hormona relacionada con el estrés, se encontraban elevadas durante el embarazo.

Otros posibles resultados adversos en los neonatos, los cuales coinciden en los estudios de (Mantel et al., 2020 y Ante et al., 2020) fueron: **RN PEG** (pequeño para la edad gestacional), RN con **bajo peso al nacer**, RN con **microcefalia**: especialmente en casos de anorexia nerviosa activa o bulimia nerviosa, así como **muerte fetal** y la necesidad de **ingreso en una UCI neonatal**.

Los recién nacidos PEG se han relacionado en otras investigaciones, principalmente con madres con conductas purgativas (Eik et al., 2018).

Esta misma cohorte, enfocada en las consecuencias de TCA maternos en la descendencia, planteó a su vez, una correlación entre RN con **puntuaciones de Apgar baja a los 5 minutos** y madres con diagnóstico de EDNOS: trastorno de la conducta alimentaria no especificado. Este tipo de trastorno cuenta con poca evidencia científica, a pesar de ser uno de los diagnósticos más comunes, cuya gravedad puede variar en gran medida (Eik et al., 2018).

6.- Complicaciones durante el embarazo y parto que generen trastornos alimentarios en la descendencia

El estudio de (Bye, 2018): "Barriers to identifying eating disorders in pregnancy and in the postnatal period: a qualitative approach" avala una estrecha relación entre el hallazgo de cualquier tipo de TCA materno con consecuencias en la descendencia del tipo: impedimentos en

una correcta alimentación durante la infancia (Sollid, Clausen & Maimburg, 2021), así como anomalías psicológicas relacionadas con la personalidad y carácter de los hijos (Bye et al., 2018).

Podrían darse a su vez, otros factores de riesgo relacionados con causas ajenas al embarazo de la madre con un TCA establecido. Estos podrían **aumentar la probabilidad** de que el futuro bebé desarrolle ciertos trastornos:

La **edad paterna avanzada en el momento de parto** se ha relacionado estrechamente con el desarrollo de ciertos trastornos mentales en la descendencia del tipo: autismo, esquizofrenia o trastorno bipolar, pero se desconocía su asociación con los trastornos alimenticios. Sin embargo, KN Javaras investigó cómo la edad paterna podía asociarse a su vez con el desarrollo de TCA en los hijos, tras observar numerosos casos de individuos hospitalizados con anorexia nerviosa, cuyos padres eran de avanzada edad. En esta gran cohorte con una muestra de más de dos millones de personas nacidas en Suecia entre 1979 y 2001, se pudo confirmar dicha correlación, tras el ajuste de ciertos factores de confusión como la edad materna al nacer, la educación, la hospitalización psiquiátrica y /o la criminalidad. Dicha asociación se aplicó tanto a hijos como a hijas, a falta de realizar una mayor investigación entre familias más grandes, para estudiar a fondo la afectación entre hermanos.

Hasta ahora, se han hallado diversas teorías que podrían explicar el fundamento de esta relación como: el aumento de la alteración epigenética, mutaciones o bien a través factores sociales (Javaras et al., 2017).

Por otro lado, se encuentran también condiciones que **disminuyen los riesgos** en la descendencia de desarrollar alguno de los trastornos mencionados hasta ahora:

Otro reciente estudio plantea la posibilidad de la **obesidad o sobrepeso materno** como factor protector, en el desarrollo de anorexia nerviosa en las hijas. Según una cohorte llevada a cabo en Suecia entre 1992 y 2002 con una muestra de 486.688 niñas se constató un 0,50% diagnosticadas de anorexia nerviosa, a través de las cuales se confirmó la disminución del riesgo de AN en niñas nacidas a término con madres con un IMC > 25, las cuales a su vez sí mantendrían un riesgo aumentado de padecer obesidad infantil en su lugar. Sin embargo, tales datos no son del todo consistentes a causa de los factores ambientales y de confusión familiar (Razaz et al., 2018).

De la misma forma otra investigación que abarcó tres generaciones, con un total de 46.373 mujeres adultas inscritas en el Estudio de cohortes de madres e hijos en Noruega, planteó a su vez, cómo la influencia de ciertos agentes en el **desarrollo intrauterino y durante los primeros años de desarrollo**, podrían favorecer la aparición de TCA en un futuro, específicamente: anorexia nerviosa y trastorno por atracón. De esta forma, esta investigación sirvió también para esclarecer cómo determinados factores que se diesen durante el embarazo,

influirían en el desarrollo de los TCA, pero esta vez desde el punto de vista enfocado a los factores que atañaron a las madres que padecen el TCA actual, de un modo retrospectivo.

Se ejemplificó dicha teoría exponiendo casos de madres cuyo **peso y/o talla fueron más elevados que la media para su edad gestacional**, que se relacionaron con mayor probabilidad de obesidad y desarrollo de trastornos cardiovasculares y/o metabólicos, acrecentando a su vez los riesgos de padecer trastorno por atracón. Las madres que **pesaron o midieron menos para su edad gestacional**, se asociaron en cambio al desarrollo de anorexia nerviosa. No se encontraron asociaciones con el trastorno de purga, así como tampoco con la bulimia nerviosa (Watson et al., 2019).

A pesar de estas afirmaciones, urge completar los análisis actuales relacionados con los factores pre y perinatales, a fin de disipar las cuestiones sobre si esta relación viene dada por una causa genética o realmente influye el proceso de adaptación ambiental que experimenta el niño (Watson et al., 2019).

En general, la **transmisión intergeneracional de los TCA** atormenta a multitud de padres. Esta cuestión surge en base a experiencias reales de numerosas madres, las cuales en estudios como el llevado a cabo por (Claydon, 2018), confirmaron relacionar su trastorno alimenticio con comportamientos de sus propias madres y actitudes que han normalizado en su entorno familiar desde la infancia. Dichas actitudes comprenden no solo restricciones alimentarias, sino carencias en la autoestima por una visión superficial de la belleza. Supuso también tema de debate el miedo de las madres acerca de los valores que inculcarían a sus hijos en un futuro basándose en la hipocresía que sentían al querer impartir unos ideales y creencias que no compartían (Claydon et al., 2018).

Conclusiones e implicaciones para la práctica enfermera

El desequilibrio emocional durante el embarazo resulta decisivo como desencadenante de ciertos trastornos psicológicos, como son los trastornos de conducta alimentaria.

Los TCA afectan mayoritariamente a la población femenina, la cual indirectamente está sometida a un estereotipo social arraigado desde muchos años atrás, lo que en ciertos casos fomenta y promueve la aparición de este tipo de conductas. A su vez, se ha evidenciado una mayor incidencia de los TCA en mujeres durante sus años de edad fértil, lo que convierte a las

embarazadas en un grupo de riesgo a cualquier nivel. Esta situación puede desembocar en un embarazo de riesgo, el cual puede dar lugar a gran número de complicaciones.

La revisión bibliográfica actual aborda el tema del embarazo en el contexto de madres con un TCA previo o actual con la finalidad de desentrañar qué resultados obstétricos adversos se podrían dar tanto en la madre, jugando un importante papel en la remisión/ recaída de la enfermedad, así como como en el recién nacido, desde su desarrollo intrauterino hasta la aparición de problemas de salud en la posterioridad, bien por factores genéticos y/ o ambientales.

El objetivo fue analizar este tipo de casos, a través de estudios cuantitativos que aportaron cifras exactas sobre prevalencia, sintomatología y curso del embarazo de manera concomitante con estos trastornos buscando la forma de prevenir tales situaciones, sobrepasando las barreras en su identificación existentes a día de hoy. Por otro lado, los estudios cualitativos analizados ayudaron a completar la visión del proceso emocional de estas mujeres, así como las estrategias de afrontamiento y recursos que el personal sanitario podría emplear para mitigar el mayor daño posible, haciendo de esta vivencia un punto de inflexión, que permita a la mujer sobreponerse a la situación y conseguir su recuperación total.

A pesar de la amplia búsqueda, se encontró escasa literatura en las investigaciones originales examinadas referente a las prácticas enfermeras y su influencia durante el embarazo con TCA.

BENEFICIOS PRENATALES Y POSNATALES DE LAS INTERVENCIONES ENFERMERAS

Se corroboró la importancia de un personal sanitario correctamente capacitado capaz de realizar un diagnóstico precoz a este tipo de mujeres; exponiendo a su vez, las carencias en la docencia de este tipo de trastornos en la educación sanitaria actual, a través de opiniones y experiencias verídicas de personal sanitario, los cuales confirmaron no sentirse confiados acerca del abordaje realizado en tales casos.

FACTORES DE RIESGO EN EL DESARROLLO DE UN TCA DURANTE EL EMBARAZO.

Se hallaron ciertos factores de riesgo para el desarrollo de un TCA durante el embarazo como la edad paterna avanzada en el momento de parto, así como factores influyentes en el desarrollo intrauterino durante los primeros años de vida.

BARRERAS EN LA IDENTIFICACIÓN DE LOS TCA DURANTE EL EMBARAZO.

Se han detectado diferentes barreras en la identificación de los TCA en las gestantes que arrojaron luz sobre los puntos débiles a mejorar en la atención sanitaria actual; destacando

el estigma y tabú junto con falta de formación profesional sanitario en la materia, los cuales repercuten negativamente en el curso del embarazo.

DESARROLLO DE UN EMBARAZO Y POSIBLES CONSECUENCIAS EN LA DESCENDENCIA, EN EL CONTEXTO DE GESTANTES CON UN TCA PREVIO O ACTUAL

Se establecieron como principales resultados adversos maternos: hemorragia anteparto, hiperémesis gravídica, anemia y trabajo de parto precipitado. Por otro lado, los resultados adversos neonatales más relevantes fueron: parto prematuro, bajo peso al nacer y puntuaciones de Apgar baja a los 5 minutos.

Implicaciones para futuras investigaciones

Una importante cantidad de artículos cuantitativos de la revisión actual, engloban muestras de población muy amplias analizadas longitudinalmente durante varios años, contemplando, por tanto, información valiosa e irrefutable. No obstante, de cara a futuras investigaciones, sería interesante ampliar los estudios originales de carácter cualitativo: prácticamente todos los artículos cualitativos incluidos, representaron datos focalizados en un corto periodo de tiempo mediante un enfoque retrospectivo, en el cual las entrevistadas, respondieron los ítems que se trataron basándose en experiencias pasadas, información la cual pudo estar influenciada por sesgos de memoria. Todo ello dificulta, a grandes rasgos, la claridad y fiabilidad de los resultados.

Implicaciones para la práctica enfermera

Resulta de vital importancia definir y delimitar las actuaciones enfermeras y comenzar a plantear otro tipo de intervenciones establecidas acorde al equipo multidisciplinar mediante el trabajo conjunto con otras especialidades sanitarias, especialmente la rama de psicología/psiquiatría. De dicha forma, se permitiría realizar planes de cuidados con un enfoque integral de este delicado sector de la población, cuya vida y la de sus bebés podrían correr peligro sin un exhaustivo control y seguimiento durante el embarazo/ puerperio, donde se han evidenciado altas tasas de recaídas en los TCA.

Referencias bibliográficas

- Acab.org. (2020, 7 julio). ¿Qué son los TCA? Associació Contra l'Anorèxia i la Bulímia. <https://www.acab.org/es/los-trastornos-de-conducta-alimentaria/que-son-los-tca/>
- Ante, Z., Luu, T. M., Healy, P. J., He, S., Taddeo, D., Lo, E., & Auger, N. (2020). Pregnancy outcomes in women with anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 53(5), 403–412. <https://doi-org.ezproxy.universidadeuropea.es/10.1002/eat.23251>
- Baladia, E. (2016). Percepción de la imagen corporal como factor predisponente, precipitante y perpetuante en los trastornos de la conducta alimentaria (TCA). *Revista Española de Nutrición Humana y Dietética*, 20(3), 161-163.

- Behar, R., González, J., Ariza, M., & 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.
- Bye, A., Shawe, J., Bick, D., Easter, A., Kash-Macdonald, M., & Micali, N. (2018). Barriers to identifying eating disorders in pregnancy and in the postnatal period: a qualitative approach. *BMC pregnancy and childbirth*, 18(1), 114. <https://doi.org/10.1186/s12884-018-1745-x>
- Butcher, M. (2019). The experience of pregnant women in remission from anorexia nervosa [ProQuest Information & Learning]. In *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering* (Vol. 80, Issue 8–B(E)).
- Cabello, J.B. por CASPe. Plantilla para ayudarte a entender Estudios de Cohortes. En: CASPe. Guías CASPe de Lectura Crítica de la Literatura Médica. Alicante: CASPe; 2005. Cuaderno II. p.23-27.
- Cano Arana, A., González Gil, T., Cabello López, J.B. por CASPe. Plantilla para ayudarte a entender un estudio cualitativo. En: CASPe. Guías CASPe de Lectura Crítica de la Literatura Médica. Alicante: CASPe; 2010. Cuaderno III. p.3-8.
- Chinello, A., Dolci, V., Covili, S. F., Tugnoli, E., Bertelli, S., Micali, N., & Zappa, L. E. (2019). The experience of pregnancy during anorexia nervosa: An interpretative phenomenological analysis. *Qualitative Research in Psychology*, 16(4), 591–601. <https://doi-org.ezproxy.universidadeuropea.es/10.1080/14780887.2018.1443362>
- Chinello, A., Dolci, V., Galli, CM, Faggioli, SC, Tugnoli, E. y Zappa, LE (2016). Embarazo y anorexia nervosa: voluntad, peso y sentimientos. *Revista de psicología*, 3 (1), 25.
- Claydon, E. A., Davidov, D. M., Zullig, K. J., Cottrell, L., Lilly, C. L., & 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 & Childbirth*, 18(1), 463. <https://doi-org.ezproxy.universidadeuropea.es/10.1186/s12884-018-2105-6>
- Cruz Mejía, J. D. (2018). *Metamorfosis del corsé en la sociedad actual* (Bachelor's thesis, Escuela Arquitectura y Diseño).
- Daros, W. R. (2014). La mujer posmoderna y el machismo. *Franciscanum. Revista de las ciencias del espíritu*, 56(162), 107-119.
- De La Guía, G. D. T. (2009). *Guía de práctica clínica sobre trastornos de la conducta alimentaria*.
- Eik, N. T. T., Horn, J., Strohmaier, S., Holmen, T. L., Micali, N., & Bjørnelv, S. (2018). Impact of eating disorders on obstetric outcomes in a large clinical sample: A comparison with the HUNT study. *International Journal of Eating Disorders*, 51(10), 1134–1143. <https://doi-org.ezproxy.universidadeuropea.es/10.1002/eat.22916>
- Fernández, A. M. (2015). Historia de la anorexia nerviosa. *MoleQla*, 20, 15-17.
- Fertility Madrid. 2019. *Trastornos De Conducta Alimentaria: ¿Cómo Afectan A La Fertilidad?* [online] Disponible en: <https://fertilitymadrid.com/blog-fertilidad/como-afectan-trastornos-alimenticios-fertilidad-y-embarazo/> [Acceso 9 Noviembre 2021].
- García-Láez-Camacho, C. M. (2017). Influencia de los Trastornos de la Conducta Alimentaria durante el embarazo: una revisión de la literatura.

- Howard, L. M., Ryan, E. G., Trevillion, K., Anderson, F., Bick, D., Bye, A., Byford, S., O'Connor, S., Sands, P., Demilew, J., Milgrom, J., & Pickles, A. (2018). Accuracy of the Whooley questions and the Edinburgh Postnatal Depression Scale in identifying depression and other mental disorders in early pregnancy. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science*, 212(1), 50–56. <https://doi.org/10.1192/bjp.2017.9>
- Javaras, K. N., Rickert, M. E., Thornton, L. M., Peat, C. M., Baker, J. H., Birgegård, A., Norring, C., Landén, M., Almqvist, C., Larsson, H., Lichtenstein, P., Bulik, C. M., & D'Onofrio, B. M. (2017). Paternal age at childbirth and eating disorders in offspring. *Psychological Medicine*, 47(3), 576–584. <https://doi-org.ezproxy.universidadeuropea.es/10.1017/S0033291716002610>
- Kiani-Sheikhabadi, M., Beigi, M., & Mohebbi-Dehnavi, Z. (2019). The relationship between perfectionism and body image with eating disorder in pregnancy. *Journal of education and health promotion*, 8, 242. https://doi.org/10.4103/jehp.jehp_58_19
- La gestación, a. T. D. Detección precoz de los trastornos de la conducta.
- Larsen, J. T., Bulik, C. M., Thornton, L. M., Koch, S. V., & Petersen, L. (2021). Prenatal and perinatal factors and risk of eating disorders. *Psychological Medicine*, 51(5), 870–880. <https://doi-org.ezproxy.universidadeuropea.es/10.1017/S0033291719003945>
- Mantel, Ä., Hirschberg, A. L., & Stephansson, O. (2020). Association of maternal eating disorders with pregnancy and neonatal outcomes. *JAMA Psychiatry*, 77(3), 285–293. <https://doi-org.ezproxy.universidadeuropea.es/10.1001/jamapsychiatry.2019.3664>
- Nacersano.marchofdimes.org. n.d. Trastornos De La Alimentación Y El Embarazo | Nacersano. [Internet] Disponible en: <https://nacersano.marchofdimes.org/embarazo/trastornos-de-la-alimentacion-y-el-embarazo.aspx> [Acceso 9 Noviembre 2021].
- Razaz, N., & Cnattingius, S. (2018). Association between maternal body mass index in early pregnancy and anorexia nervosa in daughters. *International Journal of Eating Disorders*, 51(8), 906–913. <https://doi-org.ezproxy.universidadeuropea.es/10.1002/eat.22921>
- Rodino, I. S., Byrne, S. M., & Sanders, K. A. (2017). Eating disorders in the context of preconception care: fertility specialists' knowledge, attitudes, and clinical practices. *Fertility & Sterility*, 107(2), 494–501. <https://doi-org.ezproxy.universidadeuropea.es/10.1016/j.fertnstert.2016.10.036>
- Santos, A. M. dos, Benute, G. R. G., Santos, N. O. dos, Nomura, R. M. Y., de Lucia, M. C. S., & Francisco, R. P. V. (2017). Presence of eating disorders and its relationship to anxiety and depression in pregnant women. *Midwifery*, 51, 12–15. <https://doi-org.ezproxy.universidadeuropea.es/10.1016/j.midw.2017.05.005>
- Serrano Sanchez, N. (2021, 22 octubre). Trastornos alimenticios en el embarazo. *Ocronos - Editorial Científico-Técnica*. <https://revistamedica.com/trastornos-alimenticios-embarazo/>
- Sollid, C., Clausen, L., & Maimburg, R. D. (2021). The first 20 weeks of pregnancy is a high-risk period for eating disorder relapse. *International Journal of Eating Disorders*, 54(12), 2132–2142. <https://doi-org.ezproxy.universidadeuropea.es/10.1002/eat.23620>
- Watson, H. J., Diemer, E. W., Zerwas, S., Gustavson, K., Knudsen, G. P., Torgersen, L., Reichborn, K. T., & Bulik, C. M. (2019). Prenatal and perinatal risk factors for eating disorders in women: A

population cohort study. *International Journal of Eating Disorders*, 52(6), 643–651. <https://doi-org.ezproxy.universidadeuropea.es/10.1002/eat.23073>

Watson, H. J., Zerwas, S., Torgersen, L., Gustavson, K., Diemer, E. W., Knudsen, G. P., Reichborn-Kjennerud, T., & Bulik, C. M. (2017). Maternal eating disorders and perinatal outcomes: A three-generation study in the Norwegian Mother and Child Cohort Study. *Journal of Abnormal Psychology*, 126(5), 552–564. <https://doi-org.ezproxy.universidadeuropea.es/10.1037/abn0>

ANEXOS

Plantilla CASPe de los estudios cualitativos

Plantilla CASPe de ejemplo, aplicada al estudio: Barriers to identifying eating disorders in pregnancy and in the postnatal period: a qualitative approach

A/ ¿Los resultados del estudio son válidos?

Preguntas "de eliminación"

1 ¿Se definieron de forma clara los objetivos de la investigación? <i>PISTA: Considera</i> <ul style="list-style-type: none">- ¿Queda implícita/explicita la pregunta de investigación?- ¿Se identifica con claridad el objetivo/s de investigación?- ¿Se justifica la relevancia de los mismos?	<input checked="" type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO SÉ	<input type="checkbox"/> NO
2 ¿Es congruente la metodología cualitativa? <i>PISTA: Considera</i> <ul style="list-style-type: none">- Si la investigación pretende explorar las conductas o experiencias subjetivas de los participantes con respecto al fenómeno de estudio.- ¿Es apropiada la metodología cualitativa para dar respuesta a los objetivos de investigación planteados?	<input checked="" type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO SÉ	<input type="checkbox"/> NO
3 ¿El método de investigación es adecuado para alcanzar los objetivos? <i>PISTA: Considera</i> <ul style="list-style-type: none">- Si el investigador hace explícito y justifica el método elegido (p.ej. fenomenología, teoría fundamentada, etnología, etc.).	<input checked="" type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO SÉ	<input type="checkbox"/> NO

¿Merece la pena continuar?

Preguntas “de detalle”

<p>4 ¿La estrategia de selección de participantes es congruente con la pregunta de investigación y el método utilizado?</p> <p><i>PISTA: Considera si</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Hay alguna explicación relativa a la selección de los participantes. - Justifica por qué los participantes seleccionados eran los más adecuados para acceder al tipo de conocimiento que requería el estudio. - El investigador explica quién, cómo, dónde se convocó a los participantes del estudio. 	<p>X SÍ</p>	<p><input type="checkbox"/> NO SÉ</p>	<p><input type="checkbox"/> NO</p>
<p>5 ¿Las técnicas de recogida de datos utilizados son congruentes con la pregunta de investigación y el método utilizado?</p> <p><i>PISTA: Considera si</i></p> <ul style="list-style-type: none"> -El ámbito de estudio está justificado. -Si se especifica claramente y justifica la técnica de recogida de datos (p. ej. entrevistas, grupos de discusión, observación participante, etc.). -Si se detallan aspectos concretos del proceso de recogida de datos (p. ej. elaboración de la guía de entrevista, diseño de los grupos de discusión, proceso de observación). - Si se ha modificado la estrategia de recogida de datos a lo largo del estudio y si es así, ¿explica el investigador cómo y por qué? - Si se explicita el formato de registro de los datos (p. ej. grabaciones de audio/vídeo, cuaderno de campo, etc.) - Si el investigador alcanza la saturación de datos y reflexiona sobre ello. 	<p>X SÍ</p>	<p><input type="checkbox"/> NO SÉ</p>	<p><input type="checkbox"/> NO</p>

<p>6 ¿Se ha reflexionado sobre la relación entre el investigador y el objeto de investigación (reflexividad)?</p> <p><i>PISTA: Considera</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Si el investigador ha examinado de forma crítica su propio rol en el proceso de investigación (el investigador como instrumento de investigación), incluyendo sesgos potenciales: <ul style="list-style-type: none"> - En la formulación de la pregunta de investigación. - En la recogida de datos, incluida la selección de participantes y la elección del ámbito de estudio. - Si el investigador refleja y justifica los cambios conceptuales (reformulación de la pregunta y objetivos de la investigación) y metodológicos (criterios de inclusión, estrategia de muestreo, técnicas de recogida de datos, etc.). 	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center; width: 33%;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center; width: 33%;"><input checked="" type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center; width: 33%;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">SÍ</td> <td style="text-align: center;">NO SÉ</td> <td style="text-align: center;">NO</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SÍ	NO SÉ	NO
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
SÍ	NO SÉ	NO					
<p>7 ¿Se han tenido en cuenta los aspectos éticos?</p> <p><i>PISTA: Considera</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Si el investigador ha detallado aspectos relacionados con: <ul style="list-style-type: none"> - El consentimiento informado. - La confidencialidad de los datos. - El manejo de la vulnerabilidad emocional (efectos del estudio sobre los participantes durante y después del mismo como consecuencia de la toma de consciencia de su propia experiencia). - Si se ha solicitado aprobación de un comité ético. 	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center; width: 33%;"><input checked="" type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center; width: 33%;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center; width: 33%;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">SÍ</td> <td style="text-align: center;">NO SÉ</td> <td style="text-align: center;">NO</td> </tr> </table>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SÍ	NO SÉ	NO
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
SÍ	NO SÉ	NO					

B/ ¿Cuáles son los resultados?

<p>8 ¿Fue el análisis de datos suficientemente riguroso?</p> <p><i>PISTA: Considera</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Si hay una descripción detallada del tipo de análisis (de contenido, del discurso, etc.) y del proceso. - Si queda claro cómo las categorías o temas emergentes derivaron de los datos. - Si se presentan fragmentos originales de discurso significativos (verbatim) para ilustrar los resultados y se referencia su procedencia (p. ej. entrevistado 1, grupo de discusión 3, etc.) - Hasta qué punto se han tenido en cuenta en el proceso de análisis los datos contradictorios (casos negativos o casos extremos). - Si el investigador ha examinado de forma crítica su propio rol y su subjetividad de análisis. 	<p><input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO SÉ <input type="checkbox"/> NO</p>
<p>9 ¿Es clara la exposición de los resultados?</p> <p><i>PISTA: Considera si</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Los resultados corresponden a la pregunta de investigación. - Los resultados se exponen de una forma detallada, comprensible. - Si se comparan o discuten los hallazgos de la investigación con los resultados de investigaciones previas. - Si el investigador justifica estrategias llevadas a cabo para asegurar la credibilidad de los resultados (p.ej. triangulación, validación por los participantes del estudio, etc.) - Si se reflexiona sobre las limitaciones del estudio. 	<p><input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO SÉ <input type="checkbox"/> NO</p>

C/ ¿Son los resultados aplicables en tu medio?

<p>10 ¿Son aplicables los resultados de la investigación?</p> <p><i>PISTA: Considera si</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - El investigador explica la contribución que los resultados aportan al conocimiento existente y a la práctica clínica. - Se identifican líneas futuras de investigación. - El investigador reflexiona acerca de la transferibilidad de los resultados a otros contextos. 	<p><input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO SÉ <input type="checkbox"/> NO</p>
--	---

Plantilla CASPe de los estudios de cohortes

Plantilla CASPe de ejemplo, aplicada al estudio: Association of maternal eating disorders with pregnancy and neonatal outcomes

A/ ¿Son los resultados del estudio válidos?

Preguntas de eliminación

1 ¿El estudio se centra en un tema claramente definido?

SÍ NO SÉ NO

PISTA: Una pregunta se puede definir en términos de

- La población estudiada.
- Los factores de riesgo estudiados.
- Los resultados "outcomes" considerados.
- ¿El estudio intentó detectar un efecto beneficioso o perjudicial?

2 ¿La cohorte se reclutó de la manera más adecuada?

SÍ NO SÉ NO

PISTA: Se trata de buscar posibles sesgos de selección que puedan comprometer que los hallazgos se puedan generalizar.

- ¿La cohorte es representativa de una población definida?
- ¿Hay algo "especial" en la cohorte?
- ¿Se incluyó a todos los que deberían haberse incluido en la cohorte?
- ¿La exposición se midió de forma precisa con el fin de minimizar posibles sesgos?

¿Merece la pena continuar?

Preguntas de detalle

<p>3 ¿El resultado se midió de forma precisa con el fin de minimizar posibles sesgos?</p> <p><i>PISTA: Se trata de buscar sesgos de medida o de clasificación:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - ¿Los autores utilizaron variables objetivas o subjetivas? - ¿Las medidas reflejan de forma adecuada aquello que se supone que tiene que medir? - ¿Se ha establecido un sistema fiable para detectar todos los casos (por ejemplo, para medir los casos de enfermedad)? - ¿Se clasificaron a todos los sujetos en el grupo exposición utilizando el mismo tratamiento? - ¿Los métodos de medida fueron similares en los diferentes grupos? - ¿Eran los sujetos y/o el evaluador de los resultados ciegos a la exposición (si esto no fue así, importa)? 	<p style="text-align: center;"> <input checked="" type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO SÉ <input type="checkbox"/> NO </p>
---	--

<p>4 ¿Han tenido en cuenta los autores el potencial efecto de los factores de confusión en el diseño y/o análisis del estudio?</p> <p><i>PISTA: Haz una lista de los factores que consideras importantes</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Busca restricciones en el diseño y en las técnicas utilizadas como, por ejemplo, los análisis de modelización, estratificación, regresión o de sensibilidad utilizados para corregir, controlar o justificar los factores de confusión. <p>Lista:</p>	<p style="text-align: center;"> <input checked="" type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO SÉ <input type="checkbox"/> NO </p>
---	--

<p>5 ¿El seguimiento de los sujetos fue lo suficientemente largo y completo?</p> <p><i>PISTA:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Los efectos buenos o malos deberían aparecer por ellos mismos.</i> - <i>Los sujetos perdidos durante el seguimiento pueden haber tenido resultados distintos a los disponibles para la evaluación.</i> - <i>En una cohorte abierta o dinámica, ¿hubo algo especial que influyó en el resultado o en la exposición de los sujetos que entraron en la cohorte?</i> 	<p style="text-align: center;"> <input checked="" type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO SÉ <input type="checkbox"/> NO </p>
--	--

B/ ¿Cuáles son los resultados?

<p>6 ¿Cuáles son los resultados de este estudio?</p> <p><i>PISTA:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>¿Cuáles son los resultados netos?</i> - <i>¿Los autores han dado la tasa o la proporción entre los expuestos/no expuestos?</i> - <i>¿Cómo de fuerte es la relación de asociación entre la exposición y el resultado (RR)?</i> 	
<p>7 ¿Cuál es la precisión de los resultados?</p>	

C/ ¿Son los resultados aplicables a tu medio?

<p>8 ¿Te parecen creíbles los resultados?</p> <p><i>PISTA: ¡Un efecto grande es difícil de ignorar!</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - ¿Puede deberse al azar, sesgo o confusión? - ¿El diseño y los métodos de este estudio son lo suficientemente defectuosos para hacer que los resultados sean poco creíbles? <p><i>Considera los criterios de Bradford Hill (por ejemplo, secuencia temporal, gradiente dosis-respuesta, fortaleza de asociación, verosimilitud biológica).</i></p>	<p><input checked="" type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO SÉ <input type="checkbox"/> NO</p>
<p>9 ¿Los resultados de este estudio coinciden con otra evidencia disponible?</p>	<p><input checked="" type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO SÉ <input type="checkbox"/> NO</p>
<p>10 ¿Se pueden aplicar los resultados en tu medio?</p> <p><i>PISTA: Considera si</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Los pacientes cubiertos por el estudio pueden ser suficientemente diferentes de los de tu área. - Tu medio parece ser muy diferente al del estudio. - ¿Puedes estimar los beneficios y perjuicios en tu medio? 	<p><input checked="" type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO SÉ <input type="checkbox"/> NO</p>
<p>11 ¿Va a cambiar esto tu decisión clínica?</p>	