

Trastornos de la conducta alimentaria, embarazo y puerperio

Rosa Behar Astudillo*

*Profesora Titular. Departamento de Psiquiatría. Escuela de Medicina. Universidad de Valparaíso. Valparaíso. Chile.

Correspondencia: Sra Rosa Behar Astudill. Departamento de Psiquiatría. Facultad de Medicina. Universidad de Valparaíso. Casilla 92-V, Valparaíso. Chile. Correo electrónico: rositabehar@vtr.net.

RESUMEN

Introducción: la mayoría de la evidencia muestra consecuencias negativas prenatales y posnatales para la madre y el producto en embarazadas y puérperas con trastornos de la conducta alimentaria. **Objetivo:** describir la evidencia acerca de las complicaciones físicas y psicológicas en el embarazo y puerperio en mujeres con trastornos de la conducta alimentaria. **Metodología:** se realizó una búsqueda bibliográfica de la evidencia sobre el embarazo y puerperio en mujeres con trastornos de la conducta alimentaria mediante las bases de datos Medline/PubMed. **Resultados:** el porcentaje de sintomatología compatible con trastornos de la conducta alimentaria en una muestra no clínica de mujeres embarazadas alcanza 23,4% y en ellas la historia previa o presente de trastornos de la conducta alimentaria (12%) surge como un significativo factor de riesgo (Odds ratio=14,7586) para la mantención de trastornos de la conducta alimentaria. Existen varias complicaciones físicas y psicopatológicas tanto maternas como fetales en mujeres con trastornos de la conducta alimentaria. Las pacientes anoréxicas muestran temores a la maternidad y preocupaciones sobre el peso corporal y la silueta y están muy expuestas a las recaídas posparto. Las pacientes bulímicas frecuentemente mejoran sus síntomas durante la gestación. Las mujeres sintomáticas previamente, empeoran su trastornos de la conducta alimentaria en el embarazo. **Conclusión:** la cifra alcanzada para conductas anormales de alimentación supera ampliamente a la planteada para anorexia nerviosa y bulimia nerviosa, los que además reflejan tendencia a la cronicidad aún en el embarazo. Se requieren estudios adicionales que orienten apropiadamente a los profesionales de salud en la prevención, detección precoz y tratamiento de los trastornos de la conducta alimentaria en el embarazo y puerperio. (MÉD. UIS. 2013;26(1)21:8).

Palabras clave: Trastornos de la conducta alimentaria. Anorexia nerviosa. Bulimia nerviosa. Embarazo. Puerperio. Posnatal.

Disorders of eating behavior, pregnancy and puerperium

ABSTRACT

Introduction: most evidence shows negative pre and post natal consequences for the mother and the product in pregnant and puerperal women with eating disorders. **Objective:** to describe the evidence about physical and psychological complications in pregnant and puerperal women suffering from eating disorders. **Method:** medline/Pubmed data bases were used to look for evidence on eating disorders in pregnant and puerperal women. **Results:** the percentage of symptomatology of eating disorders in a non clinical sample of pregnant women reaches 23.4% and a previous or present history (12%) of eating disorders in them emerges as a significant risk factor (Odds ratio=14.7586) for the maintenance of the eating disorders. There are several physical and psychopathological complications, both, maternal and fetal in women suffering from eating disorders. Anorectic patients show maternity fears and concerning about body weight and shape and they are very exposed to postpartum relapses. Bulimic patients frequently improve their symptoms during pregnancy. Previously symptomatic women worsen their symptoms during pregnancy. **Conclusion:** the percentage of pregnant women who displayed abnormal eating behaviors exceeds the rate described in literature for anorexia nervosa and bulimia nervosa. Besides, it reflects a tendency to be a chronic disease even in pregnancy. Additional studies are required to help health personnel to prevent, early detect and treat women with eating disorders in pregnancy and postpartum. (MÉD.UIS. 2013;26(1)21:8).

Key words: Eating disorders. Anorexia nervosa. Bulimia nervosa. Pregnancy. Postpartum. Postnatal.

Introducción

La presencia de un Trastorno de la Conducta Alimentaria (TCA) durante el embarazo y el periodo posnatal, es una temática que no ha sido suficientemente considerada en la literatura especializada¹.

Tanto las mujeres portadoras de bulimia nerviosa y más probablemente formas subclínicas de anorexia nerviosa, tienen la posibilidad de concebir un embarazo y llevarlo a cabo hasta el término, pero no existen pautas clínicas establecidas, normas de pesquisa definidas ni del manejo de los TCA durante el embarazo, a pesar de los riesgos que conlleva el

padecer estas patologías, incluso en la población general^{2,3}. Más aún, actualmente, la existencia de una anorexia nerviosa clínica tampoco parece ser un impedimento para lograr concebir hijos, debido a los avances en las técnicas de inducción de la ovulación y fertilización in vitro⁴.

El propósito de este artículo es efectuar una revisión de la evidencia disponible respecto a las complicaciones físicas y psicopatológicas del embarazo y puerperio en las pacientes portadoras de TCA. Se realizará una descripción de los siguientes tópicos: detección de TCA en poblaciones de embarazadas controladas en atención primaria, del impacto del significado de la maternidad, las preocupaciones respecto al embarazo, a la ganancia ponderal que este implica y las complicaciones gestacionales; en la etapa puerperal, la importancia de los estresores posteriores al parto, el curso de los síntomas alimentarios en este periodo y las implicancias terapéuticas.

METODOLOGÍA

Se llevó a cabo un análisis exhaustivo de la literatura especializada, a través de la base de datos Medline/PubMed principalmente The Cochrane Library, MeSH, abarcando desde la década de los 80 (1982) hasta el presente (2011), utilizando para la búsqueda palabras claves, tales como eating disorders, anorexia nervosa, bulimia nervosa, *Eating Attitudes Test (EAT-40)*, *Eating Disorders Inventory-2 (EDI-2)*, *Maternal Adjustment and Maternal Attitude Questionnaire (MAMA) pregnancy, postpartum y postnatal*. La búsqueda abarcó información sobre TCA y su relación con el embarazo (su detección en muestras no clínicas, el significado de la condición de maternidad, aprensiones respecto a la gravidez, cambios en el peso corporal y complicaciones gestacionales), con el puerperio (eventos estresantes posparto, curso del TCA) y sus implicancias terapéuticas.

TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA EN EL CONTEXTO DEL EMBARAZO

Según Chizawsky *et al*², 3 de cada 100 mujeres podrían presentar un TCA factible de diagnosticar durante el embarazo, mientras que si se trata de un cuadro alimentario subclínico, las cifras alcanzarían aproximadamente hasta el 15%⁵.

DETECCIÓN DE TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA EN POBLACIONES NO CLÍNICAS

Una investigación dirigida a embarazadas que acudían a control en nivel primario, demostró que 23,4% de ellas obtuvo puntajes en rango patológico del Test de Actitudes Alimentarias (EAT-40) (6), donde la historia, previa o presente de TCA (12%) surgió como un factor de riesgo casi 15 veces mayor para la mantención de TCA en las pacientes con estos antecedentes (Odds ratio=14,7586). Además, estas mostraron puntajes significativamente más altos en el Inventario de Trastornos Alimentarios (EDI)⁷ y todas sus subescalas. Dentro de los rasgos psicológicos y conductuales de estas pacientes se apreció que estaban significativamente motivadas por alcanzar la delgadez, presentaban una baja autoestima y dificultades para identificar las propias sensaciones y emociones, manifestación de una conciencia interoceptiva deficitaria. La cifra alcanzada para conductas anormales de alimentación fue considerablemente superior a la planteada tradicionalmente para un TCA clínicamente manifiesto, cuya prevalencia fluctúa alrededor del 1% para anorexia nerviosa y entre 1% a 3% en bulimia nerviosa^{8,9}.

EL IMPACTO DE SER MADRE

Gueron-Sela *et al*¹⁰, han identificado tres tipos de mujeres embarazadas: aquellas que parecían estar “curadas” de su TCA a través de la maternidad, otras que podían ser capaces de dejar en suspenso su condición durante el embarazo y las que eran incapaces de renunciar a las conductas peligrosas. Estos autores enfatizan que los aspectos relacionados con el control, la identidad y el perfeccionismo $\frac{3}{4}$ rasgo altamente prevalente $\frac{3}{4}$, especialmente en pacientes anoréxicas, pueden impedir la capacidad de las mujeres para disfrutar el embarazo y la maternidad si poseen una historia de TCA.

En la madre, la gestación ejerce efectos en múltiples dimensiones, con resultados controvertidos. En una muestra de población general, Fairburn *et al*¹¹ observaron una tendencia a la disminución de conductas alimentarias anormales tempranamente en el embarazo, pero con un incremento posterior. Varios trabajos hablan de una mejoría en síntomas bulímicos¹²⁻⁴ y tendencia a la remisión del TCA durante la gestación¹⁵⁻⁷. Este fenómeno estaría

explicado, al menos en parte, por la presión social de cuidado hacia el feto junto a la aprobación de la ganancia ponderal en la gestación^{14,12}. Según Rocco *et al*¹⁵, esta mejoría se debe a una nueva dimensión psíquica, donde el rol más relevante es el bienestar del feto y una correcta maternidad. Larsson *et al*¹⁸ afirman que independientemente de la presencia o no de un desorden alimentario, existe una muy positiva imagen de la experiencia del embarazo y los cambios en la forma corporal que eso conlleva. En contraste, otros autores^{19,20} hallaron un empeoramiento de síntomas de TCA durante y después del embarazo, particularmente una exacerbación de síntomas bulímicos durante el primer trimestre. La personalidad de las mujeres con aficciones alimentarias puede impedir la adquisición de un rol maternal adecuado, ya que la madurez necesaria para la maternidad puede contribuir al advenimiento de ansiedades y temores⁶. Al respecto, Mazzeo *et al*²¹ encontraron mayor presencia de sintomatología depresiva durante el embarazo y post parto en mujeres con historia de TCA. Además, existe cierta evidencia de una mayor prevalencia de depresión posparto²² en mujeres con sintomatología activa de TCA durante su gravidez, sumado a un aparente mayor riesgo de presentarla sobretodo en aquellas con bulimia nerviosa^{12,21}.

PREOCUPACIONES EN TORNO AL EMBARAZO

Una exploración incluyó a mujeres saludables que habían dado a luz a un bebé sano durante la semana anterior. La mayor inquietud se asoció con: temor a aumentar de peso antes y durante el embarazo, distraibilidad por pensamientos sobre los alimentos en esta etapa, tener miedo de aumentar más de peso que lo que la gestación explicaría y vomitar más frecuentemente los primeros tres a cuatro meses de gravidez. Menos ansiedad generó la introducción de ejercicio de baja intensidad por razones de silueta y peso durante el tercer y cuarto mes de embarazo. Las madres más estresadas estaban padeciendo un TCA en el tiempo de su concepción. Los TCA con comilonas o purgas se asociaron con mayor perturbación que el patrón restrictivo de alimentación²³.

En una investigación respecto a la capacidad de ajuste, 92% de las madres con TCA antes del embarazo informaron problemas en relación a su adaptación maternal, comparado con el 13% en el grupo control ($p < 0,001$), mientras que no hubo diferencias significativas entre los subgrupos de TCA y entre aquellas con y sin recaída del TCA durante

el embarazo; 50% de las madres con TCA previo informó que habían estado en contacto con servicios de salud después del parto debido a depresión u otros problemas mentales y estas mujeres tuvieron puntajes más altos en el Maternal Adjustment and Maternal Attitude Questionnaire, (MAMA) que las pacientes que no informaron tales atenciones ($p < 0,001$). El ajuste a la maternidad estuvo claramente deteriorado y relacionado a problemas mentales en madres con TCA antes del embarazo²⁴.

GANANCIA PONDERAL

El índice de masa corporal pre-embarazo fue menor en anoréxicas y mayor en pacientes portadoras de TCA no especificado *versus* controles. Madres con anorexia nerviosa, bulimia nerviosa y TCA no especificado informaron mayor ganancia de peso gestacional y el fumar fue elevado en todos los grupos de TCA. Las madres con TCA no especificado tuvieron bebés con mayor peso al nacer, mayor riesgo de talla grande para la edad gestacional y cesáreas que los referentes. El TCA no especificado tipo purgativo influyó los desenlaces del nacimiento directamente o a través del mayor peso maternal y ganancia de peso gestacional. La ganancia ponderal adecuada en la gravidez puede mitigar la adversidad de los desenlaces del parto. La detección de TCA en el embarazo podría identificar factores modificables (ej. alta ganancia ponderal gestacional, atracones y tabaquismo) que influyen las consecuencias del parto²⁵.

COMPLICACIONES DURANTE EL EMBARAZO

Aunque algunos autores señalan que ciertas complicaciones del embarazo en madres con historia de anorexia nerviosa y bulimia nerviosa no son significativamente diferentes a la población general^{2,26-8}; no obstante, la mayor parte de la evidencia indica que la presencia de un TCA durante la gestación puede generar múltiples secuelas, tanto fetales como maternas. Dentro de las primeras se cuentan anomalías faciales congénitas², menores puntajes de Apgar de cinco minutos¹⁹, bajo peso de nacimiento^{2,29-31}, tasas más altas de aborto³⁰, menor circunferencia craneana y microcefalia³¹, parto por cesárea²², defectos del tubo neural³² y mayor mortalidad perinatal³³. Treasure *et al*³⁴ observaron un menor crecimiento fetal evidenciado por circunferencia abdominal por debajo del percentil 3 al momento de nacer. La mayoría de estos informes coincide en que los hallazgos descritos probablemente obedecen a la

inadecuada oferta de nutrientes esenciales para el apropiado crecimiento fetal y al eventual uso de laxantes, diuréticos o supresores del apetito con potenciales efectos teratogénicos. Conjuntamente, Evans y le Grange³⁵, hallaron mayor estructuración y rigidez en la alimentación de los hijos de madres con TCA respecto de las mujeres del grupo control, que los alimentaban concordantemente según demanda. De acuerdo a Goldman y Koren³⁶, las mujeres con anorexia nerviosa están en alto riesgo de presentar, además de los problemas descritos previamente, otros desórdenes que incluyen hipotermia, hipoglicemia, infecciones y cifras aumentadas de muerte perinatal. Al respecto, es importante asegurar la ingesta apropiada no solo de calorías y proteínas, sino también micronutrientes, como ácido fólico, para prevenir defectos del tubo neural³⁷.

ETAPA PUERPERAL

Ciertos estudios advierten sobre potenciales problemas en la duración de la lactancia^{18,38}, crecimiento y ganancia de peso del recién nacido¹².

ESTRESORES POSTPARTO

Las pacientes con TCA en el período posparto poseen varias aprensiones, fundamentalmente en torno a la alimentación del bebé, el vínculo materno-infantil y la adaptación a la etapa posparto. Esta combinación de estresores psicológicos, de nuevas preocupaciones que conlleva la maternidad y las modificaciones en la imagen corporal, intensificadas por los cambios residuales corporales del embarazo, pueden predisponer a las mujeres a tener una exacerbación en los síntomas de TCA y de trastornos del ánimo posparto. La depresión puede conducir a las madres a ser irresponsables, inconsistentes o rechazar al hijo, colocando el vínculo madre-hijo en peligro. La existencia simultánea de un TCA implica la emergencia de estas dificultades, sean estas médicas o psicológicas. Los profesionales de la salud (ej. médicos de atención primaria, de familia, obstetras) poseen más contacto con estas madres durante el posparto, a los cuales se les recomienda una aproximación multidisciplinaria para tratar los TCA y las condiciones relacionadas³⁹.

En una exploración longitudinal de madres chinas, a las que se les administró el EDI-2⁴⁰, informaron significativamente TCA más severo en el periodo postnatal que en el prenatal, con porcentajes de 19,08%

y 8,4% respectivamente, cuyos resultados revelaron que en el TCA prenatal, se detectó un vínculo débil materno/fetal, un bajo nivel de apoyo instrumental conyugal, síntomas depresivos posnatales y una relación pobre madre-hijo, parámetros que estaban elocuentemente relacionados con el TCA, seis meses posterior al alumbramiento. Los hallazgos sugieren que la transición a la maternidad es un periodo de estrés importante que puede precipitar o exacerbar el TCA⁴¹.

CURSO DE LA SINTOMATOLOGÍA TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

En un seguimiento a seis meses posparto en mujeres primigrávidas, los síntomas de TCA aumentaron marcadamente en los tres meses inmediatos y luego se mantuvieron parejos en los próximos seis meses. La preocupación por el peso continuó aumentando en los seis meses de evaluación, aunque la preocupación por la silueta decreció. La ansiedad acerca del aumento de peso residual después del parto fue descrito por muchas madres como particularmente estresante y pareció precipitar un TCA clínico en algunos casos. Muchas mujeres habrían agradecido el consejo educativo acerca de cómo manejar los cambios en el comer, peso, y silueta después del embarazo que podría disminuir el riesgo de desarrollar una franca psicopatología de TCA. Los investigadores concluyeron que en general, existe evidencia de un aumento de la sintomatología de TCA en los seis meses después del parto⁴².

Por otro lado, dos grupos de madres primíparas y sus niños fueron observados en el hogar durante el juego y horarios de comidas cuando los niños tenían 12 y 24 meses de edad. El grupo índice eran madres que habían experimentado TCA durante el año posnatal mientras que el grupo control había estado libre de dicha patología. Las madres índices eran más intrusivas con sus niños durante los horarios de comidas y juegos y expresaban más emociones negativas hacia sus hijos durante las comidas, pero no durante el juego. Sin embargo, no hubo diferencias entre los grupos en la expresión emocional positiva. El tono emocional de los niños índices fue generalmente más negativo y sus horarios de comidas más conflictivos comparados con los controles, tendían a ser más livianos que los controles y su peso estaba independiente e inversamente relacionado con la cantidad de conflictos durante las comidas y la preocupación de sus madres acerca de su propia figura corporal⁴³.

MANEJO TERAPÉUTICO

Se estima que menos del 50% de los obstetras explora la presencia de síntomas depresivos y alimentarios y un tercio de ellos no se percata de la existencia de un TCA, mientras que sólo 44% de las pacientes revela su patología alimentaria. Es primordial que la pesquisa previa, durante y después de la gestación, con un seguimiento prolongado, sea rutinaria y sistemática y el especialista debe recomendar un eventual embarazo únicamente cuando el TCA se encuentre en remisión completa^{44,45}.

Se presume que el retardo en la prevención de las complicaciones se debe fundamentalmente a la negación, incomodidad, vergüenza y ocultamiento del TCA por parte de las pacientes. Los obstetras deben evaluar cautelosamente el peso e índice de masa corporal previos al embarazo e investigar exhaustivamente el surgimiento de un TCA^{44,46,47}.

Edelstein y King⁴⁸ preconizan los siguientes parámetros terapéuticos:

- Crear un equipo multidisciplinario con una buena comunicación: conformado por especialistas obstetras, pediatras y psiquiatras
- Enfatizar los beneficios de un comer normal: para la madre y feto
- Evitar término abandono de la terapia: particularmente a fines del embarazo y en el post-parto
- Reforzar recursos: realzar la autonomía, la auto-comprensión, la competencia para la crianza, el manejo de estresores y tensiones propias de la maternidad
- Identificar factores de riesgo post-parto: precozmente para evitar recaídas
- Alertar sobre: el retorno de presiones internas que sobrevaloran la delgadez
- Ayudar: a que se encuentren recuperadas al máximo antes de embarazarse

Así mismo, recomiendan cuidar el estado afectivo (no discontinuar antidepresivos); evaluar las expectativas reforzando una visión más saludable de su condición; derivar a un grupo pre-parto para compartir los temores, involucrando al esposo como co-terapeuta, fortaleciendo la preparación de su rol paterno; desestigmatizar a la paciente con el manejo apropiado de los déficits en la comunicación. También destacan la utilidad de las pacientes recuperadas como apoyo basado en la experiencia como paciente, embarazada y madre⁴⁸.

Desde la perspectiva del abordaje terapéutico sugieren:

- Educación y clarificación: información sobre embarazo y TCA
- Interpretaciones dinámicas, familiares y grupales: sobre sentimientos de vacío, pérdida, conflicto dependencia/independencia
- Reaseguramiento y apoyo: minimización de distorsiones (ej. temor a maternidad)
- Redirigir preguntas a los obstetras: mantener comunicación fluida con obstetras
- Terapia cognitivo-conductual: exploración de temas de competencia, identidad, auto-valía, asertividad⁴⁸.

DESENLACE EVOLUTIVO DE LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

Anorexia nerviosa

Las pacientes anorécticas se perfilan con gran temor a la maternidad y ansiedad, que puede prolongarse frecuentemente al periodo posnatal, principalmente por el surgimiento de preocupaciones sobre el peso corporal y la silueta. Habitualmente la anorécticas nerviosa compulsivo-purgativa acusa más angustia que la restrictiva^{4,23,44}. De hecho, las anorécticas son muy vulnerables a las recaídas posparto, aunque estén asintomáticas por años, siendo el deseo de perder peso después del alumbramiento, el gatillo del regreso del TCA^{14,16,33,42,49,50-3}.

Es necesario recordar que los niños de madres con anorexia nerviosa poseen un elevado riesgo de desnutrición. Se ha constatado que estas interfieren su ingesta alimentaria (ej. dilución de mamaderas, reducción de la cantidad y calidad de alimentos, limitación de horarios de comida), no cocinan para sus hijos, utilizan esquemas rígidos de alimentación y alimentos para propósitos no nutritivos (ej. comunicar afecto, amenaza o castigo), tienden a exagerar el énfasis sobre el peso y a estimular dietas, conductas y actitudes que denotan una falla en el rol maternal para un modelo del comer saludable^{16,21,35,38,49,53-5}.

La mujer anoréctica necesita la atención de un equipo interdisciplinario que pueda acompañarla y prepararla no solo durante el embarazo, sino también en el puerperio y en la relación madre-hijo. Además será indispensable un mayor control obstétrico y psicológico, un seguimiento nutricional adecuado, y unos cuidados especiales por parte de matronas y enfermeras involucradas en el embarazo, parto

y puerperio de la mujer. Estos planes de cuidados, deberían ser protocolizados de una forma estándar y adaptados en cada caso clínico, para una asistencia de calidad, eficaz y eficiente, aconsejando a las pacientes a resolver el trastorno alimentario antes del embarazo, y trabajar durante todo el embarazo y puerperio para evitar recaídas⁵⁶.

Bulimia nerviosa

Se ha observado que en general, las bulímicas presentan una mejoría de sus hábitos alimentarios durante el tercer trimestre (75%); más aún, la mayoría de ellas experimenta una disminución de sus síntomas durante la gestación, pero solo 25% de ellas continúa en remisión posterior al parto. Se considera que el desarrollo del embarazo es mejor para las bulímicas que para las anorécticas^{13,16,20,27,33,34}.

DISCUSIÓN

Llama la atención la elevada cifra alcanzada para conductas anormales de alimentación detectada por Behar *et al*¹, en una población no clínica (23,4%), considerablemente superior a las planteadas por Chizawsky *et al*² y Pui-Yee *et al*³; 23,4% en contraste con 3% y 15%, respectivamente.

Behar *et al*¹ destacan que existe una contundente evidencia que apunta a relacionar significativamente diversas complicaciones, físicas y psicopatológicas, en un contexto de TCA durante el embarazo, tanto para el producto, incluyendo anomalías congénitas, bajo peso al nacer, abortos, mayores tasas de mortalidad perinatal; entre otros, como para la madre, que puede padecer de alteraciones metabólicas, infecciones, además de depresión y ansiedad.

Behar⁹ señala que el perfil de personalidad de las mujeres con TCA puede interferir en la asunción de la maternidad debido a los temores a la madurez y a las responsabilidades que conlleva la adultez. Abraham *et al*²³ refieren que las aprensiones principales que surgen durante el embarazo, aún en mujeres sanas, emergen en torno a la ganancia ponderal fuera de control y a la presentación de vómitos frecuentes, sobre todo durante el primer trimestre. En este sentido, Bulik *et al*²⁵ preconizan que el aumento de peso apropiado durante la gestación apoyaría un desenlace favorable durante el período puerperal.

Astrachan-Fletcher *et al*³⁹ verificaron que durante el puerperio, el proceso de adaptación a una serie

de estresores psicológicos contingentes, tales como la nutrición del bebé y el desarrollo del vínculo materno-infantil, fundamentalmente se ve afectado por las modificaciones de la silueta, que se transforma $\frac{3}{4}$ especialmente en la anorexia nerviosa $\frac{3}{4}$, como lo establecieron Mitchel y Bulik⁴ Abraham *et al*²³ y Abraham y Llewellyn-Jones⁴⁴, en el principal gatillo de la aparición o recaída de un TCA, que según Astrachan-Fletcher *et al*³⁹ suele ser más severo que el observado en la etapa prenatal, y más aún, de acuerdo a Russel *et al*⁴⁹, interferir significativamente en la alimentación del bebé, colocándolo en alto riesgo de desnutrición. Contrariamente, Conrad *et al*²⁰, han observado que la mayoría de las pacientes bulímicas muestran mejoría de su sintomatología de TCA durante el embarazo; no obstante, solo $\frac{1}{4}$ de ellas continúa en remisión después del alumbramiento.

Algunos expertos como Morgan *et al*¹⁴ y Stewart *et al*¹⁹ han señalado que si el TCA se encuentra en remisión en la concepción, implica un mejor curso del embarazo; empero, si el TCA se muestra sintomático al concebir, puede evolucionar con pérdidas fatales. Además, los síntomas del TCA en remisión pueden regresar en el embarazo, mientras que las mujeres sintomáticas empeoran las manifestaciones del TCA al embarazarse.

Behar *et al*¹, Waugh y Bulik³⁸ enfatizan que la irrupción de un TCA durante la gestación o puerperio no ha recibido la debida atención investigativa ni tampoco se ha enfatizado su detección precoz, sobretodo considerando que se trata de estados que tienden a cronificarse y eventualmente podrían amenazar seriamente el bienestar o inclusive la integridad vital de ambos, tanto de la madre como del feto y su desarrollo, teniendo presente que frecuentemente son los ginecólogos o médicos de atención primaria o de familia los primeros en tomar contacto con mujeres jóvenes y adolescentes con TCA³⁸. La literatura nos muestra, además, que embarazos con complicaciones podrían influir en la calidad del apego tras el nacimiento, como lo plantea Brisch⁵⁷, considerando que éstos no son programados en su mayoría y a veces se detectan tardíamente. En este sentido, alertan Bulik *et al*²⁵ y Kouba *et al*⁵⁸, acerca del 50% de gestaciones no planificadas en pacientes con TCA.

Behar *et al*¹ mencionan a Franko y Spurrell⁵⁹, quienes basándose en su experiencia clínica, alertan a los profesionales obstetras sobre factores de riesgo y signos de alarma, proponiendo además ciertas

líneas de seguimiento y tratamiento de mujeres embarazadas con estas patologías. Un adecuado control prenatal implica que el médico obstetra o la matrona logren relacionarse oportunamente con la gestante, con el fin de derivar a tiempo a la embarazada a una interconsulta psicológica o psiquiátrica⁶⁰. Tan solo unas sencillas preguntas sobre una eventual historia actual o pasada de TCA, los hábitos alimentarios o el deseo de alcanzar la delgadez, por ejemplo, pueden revelar la presencia clínica o potencial de un TCA, a pesar que algunas mujeres exhiban un peso corporal dentro de los rangos normales⁵.

Faltan más estudios, especialmente en la literatura hispanoamericana, que orienten a los profesionales de la salud y especialmente a aquellos encargados del control prenatal hacia el reconocimiento temprano y prevención de estas afecciones durante el embarazo, en las cuales el reconocimiento e intervención oportunos con enfoque multidisciplinario mejoran ostensiblemente el desenlace y por ende el pronóstico del curso de la gestación, el alumbramiento y la evolución del periodo puerperal.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Behar R, González J, Ariza M, Aguirre A. Trastornos de la conducta alimentaria en mujeres embarazadas controladas en atención primaria. *Rev Chil Obstet Ginecol* 2008; 73(3): 155-162.
- Chizawsky L, Newton M. Eating disorders. Identification and treatment in obstetrical patients. *AWHONN Lifelines* 2006;10(6):482-88.
- Newton M, Chizawsky L. Treating vulnerable populations: The case of eating disorders during pregnancy. *J Psychosom Obstet Ginecol* 2006;27(1):5-7.
- Mitchell A, Bulik C. Eating disorders and women's health: an update. *J Midwifery Women's Health* 2006;51(3):193-201.
- Pui-Yee Lai B, So-Kum Tang C, Kwok-Lai Tse W. Prevalence and psychosocial correlates of disordered eating among Chinese pregnant women in Hong Kong. *Eat Disord* 2005;13:171-86.
- Garner D, Olmstead M, Bohr I, Garfinkel P. The eating attitudes test: psychometric features and clinical correlates. *Psychol Med* 1982;12:871-8.
- Garner D, Olmstead M, Polivy J. Development and validation of a multidimensional eating disorder inventory for anorexia nervosa and bulimia. *Int J Eat Disord* 1983;2:15-34.
- Turton P, Hughes P, Bolton H, Sedgwick P. Incidence and demographic correlates of eating disorder symptoms in a pregnant population. *Int J Eat Disord* 1999;26:448-52.
- Behar R. Trastornos de la conducta alimentaria: Clínica y epidemiología. En: Behar R, Figueroa G, editores. *Trastornos de la conducta alimentaria*. Segunda Edición. Santiago de Chile: Mediterráneo, 2010. p. 121-147.
- Gueron-Sela N, Atzaba-Poria N, Meiri G, Yerushalmi B. Maternal worries about child underweight mediate and moderate the relationship between child feeding disorders and mother-child feed interactions. *Int J Nurs Stud* 2011;48(10):1223-33.
- Fairburn C, Stein A, Jones R. Eating habits and eating disorders during pregnancy. *Psychosom Med* 1992;54(6):665-72.
- Levey L, Ragan K, Hower-Hartley A, Newport D, Stowe Z. Psychiatric disorders in pregnancy. *Neurol Clin* 2004;22:863-93.
- Crow S, Keel P, Thuras P, Mitchell J. Bulimia symptoms and other risk behaviors during pregnancy in women with bulimia nervosa. *Int J Eat Disord* 2004;36:220-3.
- Morgan J, Lacey J, Sedgwick P. Impact of pregnancy on bulimia nervosa. *Br J Psychiatry* 1999;174:135-40.
- Rocco P, Orbitello B, Perini L, Pera V, Ciano R, Balestrieri M. Effects of pregnancy on eating attitudes and disorders. A prospective study. *J Psychosom Res* 2005;59:175-9.
- Lacey H, Smith G. Bulimia nervosa: The impact of pregnancy on mother and baby. *Br J Psychiat* 1987;150:777-81.
- Blais M, Becker A, Burwell R, Flores A, Nussbaum K, Greenwood D, et al. Pregnancy: Outcome and impact on symptomatology in a cohort of eating-disordered women. *Int J Eat Disord* 2000;27:140-9.
- Larsson G, Andersson-Ellström A. Experiences of pregnancy-related body shape changes and of breast-feeding in women with a history of eating disorders. *Eur Eat Disord Rev* 2003;11(2):116-24.
- Stewart D, Raskin J, Garfinkel P, MacDonald O, Robinson E. Anorexia nervosa, bulimia, and pregnancy. *Am J Obstet Gynecol* 1987;157:1194-8.
- Conrad R, Schablewski J, Schilling G, Liedtke R. Worsening of symptoms of bulimia nervosa during pregnancy. *Psychosomatics* 2003;44(1):76-8.
- Mazzeo S, Slop-Op't Landt M, Jones I, Mitchell K, Kendler K, Neale M, et al. Associations among postpartum depression, eating disorders, and perfectionism in a population-based sample of adult women. *Int J Eat Disord* 2006;39(3):202-11.
- Franko D, Blais M, Becker A, Selwin S, Greenwood D, Flores A, et al. Pregnancy complications and neonatal outcomes in women with eating disorders. *Am J Psychiatry* 2001;158(9):1461-6.
- Abraham S, Taylor A, Conti J. Postnatal depression, eating, exercise, and vomiting before and during pregnancy. *Int J Eat Disord* 2001; 29(4):482-7.
- Kouba S, Hällström T, Hirschberg A. Early maternal adjustment in women with eating disorders. *Int J Eat Disord* 2008; 41(5):405-10.
- Bulik C, Von Holle A, Siega-Riz A, Torgersen L, Lie K, Hamer R, Berg C, et al. Birth outcomes in women with eating disorders in the Norwegian mother and child cohort study (MoBa). *Int J Eat Disord* 2009; 42(1):9-18.
- Ekéus C, Lindberg L, Lindblad F, Hjern A. Birth outcomes and pregnancy complications in women with a history of anorexia nervosa. *BJOG* 2006;113:925-9.
- Willis D, Rand C. Pregnancy in bulimic women. *Obstet Gynecol* 1988;71(5):708-10.
- American Psychiatric Association. Practice guide line for the treatment of patients with eating disorders. Third Edition. American Psychiatric Association Work Group on Eating Disorders. *Am J Psychiatry* 2006;163:7(Suppl):1-54.
- Sollid C, Wisborg K, Hjort J, Jørgen N. Eating disorders that was diagnosed before pregnancy and pregnancy outcome. *Am J Obstet Gynecol* 2004;190: 206-10.
- Micali N, Simonoff E, Treasure J. Risk of major adverse perinatal outcomes in women with eating disorders. *Br J Psychiat* 2007;190:255-9.
- Kouba S, Hällström T, Lindholm C, Lindén A. Pregnancy and neonatal outcomes in women with eating disorders. *Obstet Gynecol* 2005;105(2):255-60.
- Carmichael S, Shaw G, Schaffer D, Laurent C, Selvin S. Dieting behaviors and risk of neural tube defects. *Am J Epidemiol* 2003;158(12):1127-31.
- Brinch M, Isager T, Tolstrup K. Anorexia nervosa and motherhood: Reproductive pattern and mothering behaviour of 50 women. *Acta Psychiat Scand* 1988;77:98-104.
- Treasure J, Russell G. Intrauterine growth and neonatal weight gain in babies of women with anorexia nervosa. *BMJ* 1988; 296(6628):1038.
- Evans J, le Grange D. Body size and parenting in eating disorders: A comparative study of the attitudes of mothers to wards their children. *Int J Eat Disord* 1995;18(1):39-48.
- Goldman RD, Koren G. Anorexia nervosa during pregnancy. *Can Fam Physician* 2003; 49:425-6.
- Vignallou J, Guedeney N. About off springs of mothers with anorexia nervosa: what about clinical practice in pediatric settings?. *Arch Pediatr* 2006;13(5):484-7.
- Waugh E, Bulik C. Offspring of women with eating disorders. *Int J Eat Disord* 1999;25:123-33.
- Astrachan-Fletcher E, Veldhuis C, Lively N, Fowler C, Marcks B. The reciprocal effects of eating disorders and the postpartum period: a review of the literature and recommendations for

- clinical care. *J Womens Health (Larchmt)*. 2008;17(2):227-39.
40. Garner D. *Manual del EDI 2: inventario de trastornos de la conducta alimentaria*. Madrid: TEA Ediciones, SA; 1998.
 41. Lai BP, Tang CS, Tse WK. A longitudinal study investigating disordered eating during the transition to motherhood among Chinese women in Hong Kong. *Int J EatDisord* 2006; 39(4):303-11.
 42. Stein A, Fairburn C. Eating habits and attitudes in the post partum period. *PsychosomMed* 1996;58(4):321-5.
 43. Stein A, Woolley H, Cooper SD, Fairburn CG. An observational study of mothers with eating disorders and their infants. *J ChildPsycholPsychiatry*. 1994;35(4):733-48.
 44. Abraham S, Llewellyn-Jones D. *Eating disorders: the facts* (5th Edition). Oxford, NY: Oxford University Press, Inc.; 2001.
 45. Norré J, Vandereycken W, Gordts S, Lemburg R, Phillips J. The impact of pregnancy on anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Int J EatDisord* 1989; 8: 285-295.
 46. Wolfe B. Reproductive health in women with eating disorders. *J ObstetGynecol& Neonatal Nurs* 2005; 34: 225-263.
 47. Resch M, Szendei G. Gynecologist and obstetric complications in eating disorders. *Orvosi Hetilap* 2002; 143(25): 1529-32.
 48. Edelstein C, King B. Pregnancy and eating disorders. In: J. Yager J, Gwirtsman E, Edelstein C, editors. *Special problems in managing eating disorders*. Washington DC: American Psychiatric Press, Inc; 1992. p.163-184.
 49. Russell G, Treasure J, Eisler I. Mothers with anorexia who under feed their children: the irrecognition and management. *PsycholMed* 1998; 28(1):93-108.
 50. Lemburg R, Phillips J. The impact of pregnancy on anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Int J EatDisord* 1989; 8: 285-295.
 51. Levine M, Smolak L. *The prevention of eating problems and eating disorder: Theory, research, and practice*. Mahwah NJ: Erlbaum Associates; 2006.
 52. Franzen U, Gerlinghoff M. Parenting by patients with eating disorders: Experiences with a mother-child group. *EatDisord* 1997;5:5-14.
 53. Woodside D, Shekter-Wolfson L. Parenting by patients with anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Int J Eat Disord* 1990; 9: 303-309.
 54. van Wezel-Meijler G, Wit J. The offspring of mothers with anorexia nervosa: a high-risk group for under nutrition and stunting? *Eur J Pediatr* 1989; 149:130-135.
 55. Agras S, Hammer L, McNicholas F. A prospective study of the influence of eating-disordered mothers on their children. *Int J Eat Disord* 1999; 25(3):253-262.
 56. Herrera A, Martínez J, Fernández M. Anorexia nerviosa en el embarazo: Cuidados en la enfermería obstétrico-ginecológica. *Enfermería Global* 2011; 23: 147-57.
 57. Brisch K. *Treating attachment disorders*. New York: The Guilford Press, 2002.
 58. Bulik C, Hoffman E, Von Holle A, Torgersen L, Stoltenberg, Reichborn-Kjennerud T. Unplanned pregnancy in women with anorexia nervosa. *ObstetGynecol* 2010;116:1136-40.
 59. Franko D, Spurrell E. Detection and management of eating disorders during pregnancy. *ObstetGynecol* 2000;6:942-6.
 60. Rapaport E, Florenzano R. *Enfermedades psiquiátricas y aspectos psicológicos del estado grávido-puerperal*. En: Pérez A, Donoso E, editores. *Obstetricia*. 3 ed. Santiago de Chile: Editorial Mediterráneo; 1999. p.820-30.