



**ESCUELA
DE ENFERMERÍA
Y FISIOTERAPIA**


SAN JUAN DE DIOS

Trabajo Fin de Grado

Título:

***Proyecto Educativo para Sanitarios sobre
Trastornos de la Conducta Alimentaria en
el Embarazo***

Alumno: Sara Cardiel González

Director: Raquel Rebollo Berlana

Madrid, junio de 2024

Índice

Resumen.....	4
Abstract	5
Presentación.....	6
1. Estado de la Cuestión	7
1.1. Fundamentación.....	7
1.1.1. Que son los TCA	8
1.1.2. Que es el embarazo	9
1.1.3. Trastornos de la conducta alimentaria relacionadas con el embarazo	9
1.1.4. Epidemiología de los TCA en el embarazo	12
1.1.5. Clasificación de los TCA y características relacionadas con el embarazo	13
1.1.6. Factores que desencadenan los TCA en el embarazo.....	15
1.1.7. La alimentación en el embarazo y sus características en los TCA	17
1.1.8. Detección de los TCA en el embarazo.....	19
1.1.9. Consecuencias generales y en el parto.....	21
1.1.10. Consecuencias en la madre	22
1.1.11. Consecuencias en el feto	23
1.2. Justificación	25
2. Población y captación.....	27
3. Objetivos.....	28
Objetivos generales	28
Objetivos específicos	28
4. Contenidos.....	30
5. Sesiones, técnicas de trabajo y materiales.....	31
6. Evaluación.....	36
Evaluación de la estructura	36
Evaluación del proceso.....	36
Evaluación de resultados.....	37
7. Bibliografía.....	38
8. ANEXOS.....	42
Anexo 1: Cartel informativo sobre el proyecto educativo	43
Anexo 2: Prototipo de email con poster informativo y confirmación del curso para los asistentes.	44
Anexo 3: Hoja de asistencia.....	46
Anexo 4: pre-test y post test	47

Anexo 5: Encuesta de satisfacción del curso formativo	49
Anexo 6: Hoja de registro de dinámicas.....	51
Anexo 7: Modelo de email tras el curso con examen post-test adjuntado.	53
Anexo 8: Tablas resumen de las sesiones formativa del proyecto.	56
Anexo 9: Papeles con frases dichas por mujeres con TCA para actividad sesión 1	60

Resumen

Introducción: Los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA), compuestos principalmente por la Anorexia Nerviosa (AN), la Bulimia Nerviosa (BN), el Trastorno por Atracón (TA) y el trastorno de la conducta alimentaria o de la ingesta de alimentos no especificado (EDNOS), son un grupo de patologías cada vez más prevalente, incluido en las mujeres embarazadas. Estos trastornos en mujeres embarazadas pueden manifestarse y desarrollarse de diferentes formas y como consecuencia afectar de varias maneras en este, influyendo en la salud ya sea del feto, de la madre o de ambos. En muchas ocasiones no existe la conciencia suficiente para detectarlo o manejarlo, pues los profesionales sanitarios no poseen los conocimientos o la información suficiente sobre este tema y lo que conlleva para poder tratarlo.

Objetivos: El objetivo de este proyecto se centra en formar a los profesionales sanitarios, principalmente matronas, del Hospital General Universitario Gregorio Marañón (H. G. U. Gregorio Marañón), sobre el TCA en embarazadas, en los ámbitos que repercute y como ellos pueden implicarse.

Metodología: El proyecto se basa en cuatro sesiones formativas, en las cuales se tratarán conocimientos relacionados con los TCA y TCA en la gestación, de forma tanto teórica como práctica, realizando actividades y evaluándolas.

Palabras clave: Trastornos de Alimentación y de la Ingestión de Alimentos, Anorexia Nerviosa, Bulimia Nerviosa, Trastorno por atracón, Embarazo, Complicaciones del Embarazo, Personal de Salud, Partería.

Abstract

Introduction: Feeding and Eating Disorders (ED), that are mainly Anorexia Nervosa (AN), Bulimia Nervosa (BN), Binge-eating disorder (BED) and eating disorders not defined otherwise (EDNOS), are a group of pathologies getting more prevalent, including in pregnant woman. These disorders, in pregnant women can manifest and develop in different ways, and therefore affect the pregnancy in various ways and have influence in the health of either the fetus, the mother or both. In many cases, there is not enough awareness to detect or manage it, since health professionals do not have adequate knowledge or information about this issue and what it involves, to be able to treat it.

Objectives: The objective of this project focuses on training health professionals, mainly midwives, at the Gregorio Marañón General University Hospital, about ED in pregnant woman, the areas they have impact on, and the way health care professionals can be involved.

Methodology: The project is based on four training sessions, in which knowledge related to ED will be discussed, both theoretically and practically, carrying out activities and evaluating them.

Key Words: Feeding and Eating Disorders, Anorexia Nervosa, Bulimia Nervosa, Binge-Eating Disorder Pregnancy, Pregnancy complications, Health Personnel, Midwife.

Presentación

Los trastornos de la conducta alimentaria se componen de varias enfermedades que, aunque a rasgos generales se conocen lo que son en todo el mundo, existe una gran desinformación en la sociedad, siendo más grande aún si están relacionados con mujeres embarazadas. Sin embargo, existen muchas mujeres, ya sean gestantes o no, que sufren de estos trastornos y que no están diagnosticadas o no se les tiene o han tenido tanto en cuenta como se debería. Además, debido a los estilos de vida, pensamientos y estereotipos de la sociedad, junto a otros factores tanto sociales como individuales, se está creando un caldo de cultivo idóneo para que surjan estos trastornos, que además son cada vez más frecuentes, incluidos en mujeres embarazadas.

El motivo de este trabajo surgió como un requerimiento de conseguir estudiar y dar visibilidad social, pero principalmente a profesionales en el ámbito sanitario, sobre la patología de los TCA en las gestantes y lo que esta conlleva. Elegí este tema por cuestiones personales, pues por unas cosas u otras los TCA siempre han estado presente en etapas de mi vida. Sin embargo, aunque he escuchado hablar de ello, buscado información, y vivido también en allegados, nunca había recibido información en mujeres embarazadas, e incluso como gran parte de la sociedad, siquiera lo había concedido como posible. Por ello, es necesario tener en cuenta que, tanto en estas mujeres como en los sanitarios, existe una falta de información y de apoyo, que causa que no sepan como identificarlo, gestionarlo o brindar información o asistencia.

El trabajo de sanitarios y enfermeros, como matronas, asociado a los TCA es fundamental, pues son las que ya sea antes, durante o después de la gestación están en contacto con el paciente y las cuales pueden ayudar detectando un posible trastorno alimenticio, informando, y apoyando. Por ello, es interesante y útil realizar este trabajo como proyecto educativo para los profesionales sanitarios enfocado en los TCA en el embarazo, con el objetivo de que se pueda mejorar esta situación y poder realizar intervenciones sanitarias que brinden información y ayuda.

1. Estado de la Cuestión

1.1. Fundamentación

En esta parte del estado de la fundamentación, se ofrecerá información sobre los TCA en embarazadas, con un acercamiento básico a varios aspectos relacionados con estos trastornos, como que son los TCA en embarazadas o en qué ámbitos repercute. También, se relacionará con profesionales sanitarios. Por último, en la justificación se observará la necesidad de que exista más y mejor información y formación para los sanitarios en este ámbito, pues es insuficiente.

La búsqueda de la bibliografía se ha realizado principalmente en la base datos Pubmed, pues es la que tiene un mayor número de artículos sobre salud y en inglés. Aun así, también, ha habido búsquedas en otras plataformas, aunque con un número muy inferior, como por ejemplo en Dialnet. Por último, se han cogido artículos o información aislada en páginas como el DSM-5, la Comunidad de Madrid, el Sistema Nacional de Salud o alguna revista sobre salud. Para ello, se han empleado varias palabras clave que están asociadas tanto al objetivo como al tema del proyecto. Estas, que mediante los tesauros MeSH y DeCS, MeSH principalmente, se han traducido al lenguaje científico, son: embarazo, Anorexia Nerviosa, Bulimia Nerviosa, Trastorno por atracón, embarazo, Complicaciones del Embarazo, Personal de Salud, y Partería, entre otras. Tanto los términos MeSH como DeCS utilizados, se observan en la Tabla 1 (1). Como filtros de búsqueda se utilizaron algunos como: fecha, normalmente no superior a cinco años, y el idioma, la mayor parte en inglés.

LENGUAJE NATURAL	TEMINOS MeSH	TERMINOS DeCS
Enfermera	Nurses	Enfermeros
Matrona	Midwife	Partería
Trastornos de la Conducta Alimentaria	Feeding and Eating Disorders	Trastornos de Alimentación y de la Ingestión de Alimentos
Embarazo	Pregnancy	Embarazo
Complicaciones en el embarazo	Pregnancy Complications	Complicaciones del Embarazo
Anorexia Nerviosa	Anorexia Nerviosa	Anorexia Nerviosa
Bulimia Nerviosa	Bulimia Nervosa	Bulimia Nerviosa
Trastorno por Atracón	Binge-Eating Disorder	Trastorno por Atracón

Alimentación	Diet, Food, and Nutrition	Nutrición, Alimentación y Dieta
Epidemiología	Clinical Epidemiology	Epidemiología Clínica
Amamantar	Breast Feeding	Lactancia Materna

Tabla 1. Términos de búsqueda empleados. Elaboración propia a partir de (1)

1.1.1. Que son los TCA

“Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) y de la ingesta de alimentos se caracterizan por una alteración persistente en la alimentación o en el comportamiento relacionado con la alimentación que lleva a una alteración en el consumo o en la absorción de los alimentos y que causa un deterioro significativo de la salud física o del funcionamiento psicosocial”. En estos se encuentran la PICA, el trastorno de rumiación, la anorexia nerviosa (AN), el trastorno de evitación/restricción de la ingesta de alimentos, la bulimia nerviosa (BN), el trastorno por atracón (BED), el trastorno de la conducta alimentaria o de la ingesta de alimentos especificado, y el trastorno de la conducta alimentaria o de la ingesta de alimentos no especificado (EDNOS). Aunque tienen características en el comportamiento y en la psicología que coinciden, estos se diferencian principalmente en el desarrollo clínico, en los efectos y en las necesidades que presenta el tratamiento (2). En este proyecto educativo nos centraremos más en la AN, la BN, el trastorno por atracón y el EDNOS.

Estos trastornos presentan comportamientos y características poco saludables como son, comer en exceso, exceso de actividad física, miedo a ganar peso y engordar, comportamientos compensatorios inapropiados, atracones, y restricción de la ingesta, además de llegar a tener la sensación de que pensamientos y sentimientos relacionados con la comida y el cuerpo le están dominando (3).

Los trastornos de la conducta alimentaria, estadísticamente los presentan con más frecuencia las mujeres (4). Entre estas, los TCA en las mujeres en etapa fértil (nueve de cada diez personas con estos trastornos son mujeres con mayor incidencia en la pubertad y en una adultez temprana (5), se han incrementado en todo el mundo, 5-10% en los últimos años, asociado con la preocupación por la imagen del cuerpo que está siendo fomentada por los países industrializados (6). Por último, la prevalencia en mujeres adultas con TCA en el transcurso de la vida es alrededor del 6% (7), teniendo para 1 de cada diez duración crónica (8).

1.1.2. Que es el embarazo

El embarazo es “el período que transcurre entre la concepción (fecundación de un óvulo por un espermatozoide) y el parto; durante este período el óvulo fecundado se desarrolla en el útero. En los seres humanos, el embarazo dura aproximadamente 288 días. También se llama gestación” (9). Estar embarazada involucra cambios biológicos y psicológicos fuertes, que pueden modificar la apreciación de la imagen del cuerpo e influenciar en los cambios de patrones en la alimentación (6), pues durante la gestación se sufren muchas modificaciones corporales para prepararse para el parto, incluido un incremento de los requerimientos calóricos, un incremento de la tasa metabólica en reposo y aumento de peso, pudiendo producir esto un estrés inmenso a las mujeres embarazadas (10). Como consecuencia de ser más vulnerables y tener una autopercepción más desfavorable, puede existir un empeoramiento de la autoestima (4). También, en otras etapas como el postparto y la lactancia (si hay), es habitual que exista insatisfacción por el peso y la imagen del cuerpo, incluso si no sufren un TCA (11).

1.1.3. Trastornos de la conducta alimentaria relacionadas con el embarazo

Los TCA suelen asociarse a mujeres en edad fértil, y como consecuencia a resultados adversos, tanto en el ámbito materno como en el infantil (12), pues estos influencian en la salud mental, física, y reproductiva, pudiendo sopesarse como una de las preocupaciones primordiales del embarazo (13). Los TCA en mujeres embarazadas forman un grupo heterogéneo, y entre estos los que más se sufren, como se verá más adelante, son: la anorexia nerviosa, el trastorno por atracón, y la bulimia nerviosa (4).

En estos trastornos, un fallo usual es tener la creencia de que las mujeres con TCA, en específico AN activa, presentan una disminución de las probabilidades de concebir por la interrupción de la menstruación, o por menstruaciones irregulares. Sin embargo, hay estudios que observaron que entre las mujeres con AN y sin ella, no existe distinción en las tasas de fertilidad (14), pues se ha confirmado que, además de ser posible un embarazo durante un TCA, es más habitual de lo que se creía previamente (15). Por ello, estas mujeres presentan una proporción mayor de embarazos no deseados en comparación con las mujeres sin el TCA (11). En las mujeres con AN, un estudio de cohorte noruego muestra que hasta el 50% de los embarazos no estuvieron planeados, a diferencia del 18'9% del resto de población (14), y en las mujeres con BN la probabilidad es 30 veces superior si se comparan con los casos controles (16).

Con respecto al índice de masa corporal (IMC), los TCA tienen efecto sobre él. Antes de quedar embarazadas los TCA son una causa importante de la oscilación de peso, pues en un extremo está el IMC bajo antes de gestar, como en la AN y patologías asociadas, y en el otro extremo, un IMC alto en mujeres con trastornos por atracón (17). Hay evidencia de que el IMC previo de la madre influye sobre el incremento de peso en el embarazo, característica que está relacionada con complicaciones del parto y resultados neonatales negativos (18). Además, si la ganancia de peso es en el primer trimestre se ha observado que es el mayor predictor de consecuencias adversas. En la gestación un incremento de peso excesivo predice resultados perinatales complicados en mujeres con peso normal, al igual que un IMC bajo y un aumento de peso gestacional insuficiente. Mientras, el grado de obesidad previos a la gestación predice consecuencias en el embarazo adversas en un grado mayor que el incremento gestacional de peso en mujeres con obesidad (19).

Los trastornos de la conducta alimentaria tienen distintos tipos de desarrollo. Puede que existan antecedentes, que se inicie por primera vez durante el embarazo, o que los síntomas prosigan tras el embarazo y postparto (4). Para algunas pacientes el TCA sigue siendo el mismo, empeora o mejora (15), ya que presenta variaciones de una mujer a otra (13). Se han observado cinco recorridos de TCA durante la gestación y la maternidad temprana. Estos son: el TCA ha desaparecido en ambos periodos, tanto en la gestación como en la maternidad temprana ("la madre maestra"), el trastorno empeora en la gestación, aunque en la maternidad temprana disminuye ("la futura madre"), y el TCA se agrava antes, durante la gestación, y en la maternidad temprana ("la madre inadecuada"). Otros son: la patología queda suspendida a lo largo del embarazo, pero empeora en la maternidad temprana ("la madre deprimida"), y finalmente, el TCA empeora en la gestación y en la maternidad temprana ("la madre abrumada") (20). A continuación, se desarrollarán algunas situaciones.

Para las mujeres que han sufrido un TCA previo, el embarazo es un momento de fragilidad, ya que este tiene como consecuencia perder el control del cuerpo y los hábitos alimentarios (aspecto central en estos trastornos), sin poder ponerle remedio (3). En estas mujeres, el embarazo puede precipitar una recaída del trastorno, pues un estudio sobre "El riesgo de recaída de los trastornos alimentarios durante el embarazo y después del parto", mostró que las mujeres que sufrían de AN y BN (el 48%), presentaron una recaída temporal mientras estaban embarazadas (21). Tanto la recaída como el agravamiento del trastorno es factible, tanto en mujeres embarazadas de su primer bebé como en mujeres que anteriormente habían estado embarazadas o parido (3).

Además, en un estudio meta-etnográfico sobre experiencias de mujeres con TCA en el periodo perinatal, las mujeres que sufrían el trastorno de alimentación durante el embarazo lo consideraban como “nuevo”, pues expresaban que es distinto al que sufrían antes de estar embarazadas. Estos nuevos sentimientos podían representarse como “grotescos” por oscilaciones en el peso y forma, sin percepción de gestación sino de engordar, con la duda de si parar o seguir considerando ambas necesidades, tanto del feto como del TCA, ya que las mujeres querían los dos resultados. Sin embargo, presentaban sentimientos nuevos de pérdida de control al limitarse sus conductas de regulación de las emociones (purgas, ejercicio, alimentación, etc), y un conflicto por las variaciones de peso y el aspecto del cuerpo (15).

Sin embargo, como se ha nombrado, hay mujeres con TCA previos que en la etapa de embarazo son propensas a disminuir los síntomas de los trastornos de la alimentación, aunque también pueden existir síntomas de recaída tras el parto y síntomas que persisten (13). Presentan hábitos nutricionales parecidos a las mujeres que no tienen TCA y pueden conseguir mejorar su nutrición (22), además de conseguir a veces un cese de las conductas relacionadas con el trastorno y aprender a querer sus cuerpos, pues observan que no era exceso de peso sino estar embarazadas (15). Es decir, los síntomas asociados a la preocupación de la imagen presentan una elevada tasa de remisión, y un descenso en las conductas purgativas y restrictivas (6). Aunque, para estas mujeres la preocupación por el feto impulsa la remisión entera de los TCA, otras solo consiguen disminuir los síntomas (15)

Finalmente, al tener un TCA durante el embarazo y tras una complicada experiencia de embarazo, muchas mujeres expresan volver a sus conductas y pensamientos de alimentación anteriores a este (20). Si el trastorno de alimentación aparece tras el parto, las mujeres lo relacionaban con el regreso al “antiguo” trastorno, queriendo volver a conductas anteriores y bajar el peso (15). Además, si recaen en esta etapa pueden llegar a tener un aumento en la seriedad de los síntomas (23). Se muestra que el 67% de las mujeres tuvieron una recaída temporal de los TCA en los tres primeros meses tras dar a luz, con la consecuente recuperación tras recibir asesoramiento (21). Según un estudio, esta trayectoria está relacionada con mujeres que estuvieron anteriormente embarazadas, fueron diagnosticadas de depresión posparto después del nacimiento del bebé y, que tras poner en suspeso el TCA, en la maternidad temprana este se intensificó pues, “nada salió según lo planeado”, principalmente relacionado con el parto. Aunque, también relacionado con aspectos del posparto que se agravan están, no poder cumplimentar los planes de ejercicio y dieta saludable, sentirlo como un fracaso, y problemas para calmar al bebé y en la lactancia materna (20).

Los trastornos de la alimentación también tienen un impacto en la lactancia materna (23) lo cual se verá más adelante.

Por último, nombrar la pregorexia, que es un trastorno mental de la conducta alimentaria, susceptible de sufrir la mujer en el periodo de embarazo, y en el cual se tiene un miedo extremo a engordar en el periodo de gestación. Ocurre en mujeres de edad temprana, principalmente si presentan TCA (24). Según esta revisión sistemática y metaanálisis, sucede en el periparto, y presenta características como el intentar compensar los cambios en la fisiología del embarazo como la imagen corporal disminuyendo la ingesta de calorías o incrementando la actividad física (25), para impedir el incremento de peso y mantener la imagen del cuerpo bajo control (26). Sin embargo, no seguir un correcto balance entre nutrición y actividad física en el embarazo, por tener hábitos con restricciones para bajar de peso, tiene resultados en el bienestar materno y fetal. En cuanto a su incidencia tanto en España, como en el mundo, no es muy conocida ya que es como es nuevo no presenta catalogación (24).

En conclusión, el desarrollo de los TCA está afectado por el embarazo y viceversa (5). Por ello, las mujeres que sufren un TCA deben considerarse como una población de riesgo alto entre las embarazadas (8).

1.1.4. Epidemiología de los TCA en el embarazo

Como se ha dicho, los trastornos de la conducta alimentaria se presentan en mujeres de temprana edad, ya sean adolescentes o adultos, y relacionado con la etapa reproductiva de estas (4).

Las investigaciones muestran que hasta un 7'5% de las embarazadas sufren un TCA (11), con unas estimaciones entre el 5'1% y el 7'5% ((13). También, hay otras aproximaciones más amplias entre el 0'6% al 27'8% (22). La prevalencia en mujeres embarazadas con TCA es del 4'3%, siendo más grande en gestantes menores de 30 años, con bachillerato, en estado civil casadas y con un IMC en rango (27). En la etapa postparto, un estudio retrospectivo mostró que la prevalencia de TCA entre los tres y siete meses después de dar a luz fue del 11'5%, y en un estudio longitudinal, que el 12'8% de las madres en la etapa del postparto sufrían un TCA clínico (6).

Los trastornos de la conducta alimentaria más habituales en el embarazo son la AN, la BN, y el trastorno por atracón (13). La prevalencia de TCA durante el embarazo es: 0,5% en AN, 0,1% en BN, 1,8% en BED, 0,1% purga utilizada y 5% EDNOS (11). La prevalencia de AN y BED en el embarazo expresa un incremento a diferencia de antes del embarazo, mientras que la prevalencia en el embarazo de la BN decrece (23).

Los trastornos alimentarios se relacionan con una simultaneidad superior de afecciones psiquiátricas (5), en los que están presente las enfermedades mentales como son el trastorno del estado de ánimo y de ansiedad prenatales (13). Además, los atracones, la depresión y la ansiedad, acompañadas habitualmente por una preocupación desmedida por subir de peso, son las comorbilidades más comunes (11). De mujeres embarazadas con TCA, la mitad presentan ansiedad y alrededor de un tercio depresión (27), pues en el embarazo el 21'7% de las gestantes sufre depresión (11). Además, un estudio realizado en Japón mostró que la recurrencia de TCA y el surgimiento de depresión postparto están más altas en esta población de mujeres (21). Dado que presentan un nivel más alto de comorbilidad mental, mujeres con AN presenciaron una tasa mayor de uso frecuente de drogas psicotrópicas de 5'6% (antes, en el desarrollo, y después de embarazo), siendo la prevalencia del consumo antes de la concepción, en AN de 53%, y en BED de 18%, (aunque es más pequeña en comparación de estudios previos, 96'7%) (13).

Por último, según los estudios prospectivos, la tasa de remisión total para el BN (no se han realizado ninguno de los criterios diagnósticos en un periodo de tiempo continuado (2)) es del 34%, la parcial (se han llevado a cabo algunos criterios diagnósticos, pero no todos, en un periodo continuado (2)) de un 29%, y las tasas de cese para el trastorno de purga del 78%. Para para la AN no existen aproximaciones, ya que no hay criterios que clarifiquen el bajo peso de la madre en la gestación (16).

1.1.5. Clasificación de los TCA y características relacionadas con el embarazo

La AN se caracteriza por un elevado miedo a la ganancia de peso, una percepción alterada del cuerpo, y restricciones dietéticas u otros comportamientos de pérdida de peso (4). La característica primordial de la AN es un bajo peso y la angustia a aumentarlo, pues presentan un bajo peso corporal al 85 % del esperado respecto a la altura y edad, con un umbral de IMC menor a 17,5 kg/m² (7). En el AN el estado de inanición da un sentimiento de logro, control y autoestima (15). En cuanto a las mujeres embarazadas con AN activa, tienen un perfil diferente de complicaciones del embarazo en comparación con las mujeres desnutridas y las mujeres en situación de inanición (14).

También, se vio un cambio del estado de los micronutrientes, siendo de forma habitual el déficit de vitamina A (23), además de que si hay hiperémesis, es importante diferenciar entre hiperémesis gravídica y un síntoma purgativo de AN (14).

Como se ha dicho, la fertilidad de mujeres con AN no cambia del resto de población, siendo la edad media más pequeña y con un riesgo mayor (4). Por último, el IMC previo a la gestación es menor en estas madres, teniendo antes del embarazo un peso menor y, por consiguiente, tener que aumentarlo, para conseguir un peso saludable para el embarazo (17).

La BN tiene características relacionadas con episodios de atracones y la inducción de conductas compensatorias (4), normalmente purgas, vómitos, abuso de diuréticos, laxantes y ayuno, que eviten la ganancia de peso (11). El IMC previo al embarazo es mayor en mujeres con este trastorno, con un IMC superior a 18,5 kg/m² (17), aunque también se relaciona con un peso normal, por lo que pueden ser un desafío diagnosticarlas pues están dentro de los parámetros saludables (7). Junto con el trastorno por atracón durante el embarazo, se han asociado con una mayor ganancia de peso gestacional, pues se observa una mayor sintomatología del espectro de atracones y, el incremento de peso gestacional fuera de los límites convenientes se relaciona con resultados adversos (14). Sin embargo, el comportamiento de purga y nuevamente comportamientos alimenticios vistos en este TCA, pueden también describir la desnutrición en madre con BN (28).

Los pacientes con trastornos por atracón presentan menos conductas de compensación que en la BN (4), y se caracteriza por una ingesta de alimentos grande (mayor de lo que se realizaría normalmente en ese tiempo y circunstancias), sin las conductas compensatorias (11). Estos momentos de atracones van seguidos de sentimientos de falta de control, vergüenza y culpa (23), y están asociados a una capacidad pequeña para afrontar situaciones de estrés (7). En cuanto al IMC, es más alto antes de la gestación (17). Además, entre las mujeres con sobrepeso u obesidad antes del embarazo, se observó que un 39% antes o durante el embarazo, sufría LOC (Loss Of Control eating) o pérdida de control al comer, definiendo esta como la ingestión de alimentos relacionada con la incapacidad de controlar la alimentación; la psicopatología central de los trastornos por atracón. Además, predice de forma única una ganancia de peso gestacional mayor y una probabilidad más alta de exceder las recomendaciones de ganancia de peso (29). Las mujeres con antecedentes de BED suelen tender a seguir con los atracones durante el embarazo y una alta ingesta calórica que puede conducir a un mayor aumento de peso gestacional con el tiempo, pues se ha visto que de promedio las mujeres con este TCA tuvieron un incremento de peso excesivo durante el embarazo (10).

Sin embargo, retomando la LOC, este puede representar un proceso de comportamiento modificable para evitar la ganancia de peso excesivo entre mujeres que presenten riesgo de sufrir resultados adversos en el embarazo (29).

Finalmente, los trastornos alimentarios no específicos, se caracterizan por tener características que no completan los factores de AN y BN, síntomas similares con episodios de alimentación compulsiva o no tener conductas compensatorias (11).

Este diagnóstico acoge a todos los tipos de trastornos de la alimentación que no están cubiertos completamente por los criterios de diagnóstico de los demás subtipos de trastornos de la conducta alimentaria (23).

1.1.6. Factores que desencadenan los TCA en el embarazo

La etapa de gestación para muchas mujeres se considera un momento feliz y relajante de su vida. Pese a ello, el embarazo es una etapa vulnerable para mujeres con antecedentes de trastornos alimentarios, pues podrían tener temor a aumentar de peso y a enfrentar modificaciones en la imagen de su cuerpo (21). Ambos aspectos sumados al fomento de la delgadez promovidos por la cultura, podría conllevar a hábitos alimentarios más disfuncionales, pues las embarazadas pueden experimentar estrés y ansias por la modificación de la forma de su cuerpo (6), especialmente en las mujeres con antecedentes de TCA (10). Además, el estrés asociado al embarazo y el hecho de enfrentarse a la maternidad puede crear la necesidad no controlable de limitar el aumento de peso (3). Más aspectos generales que podrían desarrollar un TCA, y en específico la AN, son factores psicológicos, bilógicos y sociales específicos, como la baja autoestima, el alto nivel de dependencia, el perfeccionismo, y el entorno familiar crítico. Con respecto a los obstáculos sociales complejos que pueden exacerbar este trastorno, se pueden emplear trabajadores sociales (28). Algunos de estos se desarrollarán a continuación.

Un estudio noruego en el que entrevistaban a varias mujeres embarazadas con antecedentes de TCA, mostró algunas características personales que están presentes en la recaída o el empeoramiento del TCA. Estas fueron “pérdida de control”, pues la gestación se vive como una amenaza al sentimiento de control sobre la vida, incluyendo la ingesta de alimentos, rutinas alimentarias, preferencias, aumento de peso o apariencia, entre otros. Esto puede llevar a un intento de toma de control del cuerpo y la alimentación mediante estrategias (purgativas, por ejemplo). Incluso, las preferencias alimentarias, los pensamientos y sensaciones de la gestante pueden modificarse y sentir que está fuera de control.

Otro es la “competencia”, percibiendo el embarazo como otra área en la que poder competir, ser la mejor y “ser la mujer embarazada perfecta”, con un sentimiento de dominio del embarazo si se está por debajo de la curva de peso. Otro fue el “cambio de apariencia”, la preocupación de agradar, miedo de no gustar a su pareja si se aumenta de peso, sintiendo inseguridad en una misma y con temor de que la pareja se preocupe más por el bebé que por ella. La “pérdida de identidad”, donde existe una situación de ambivalencia entre la maternidad y la infancia, que conduce al pánico y desesperanza y a una fuerte confusión, pues se teme no poder cuidar tanto del niño como de ella misma, además de temer a las expectativas y la maternidad como madre. También se encuentra, tener el TCA como aspecto principal de su sentido de identidad, “anorexia, eso es lo que soy”, percibiendo su recaída como un dolor por haber perdido ella misma su sentido de identidad. Más aspectos son la “imprevisibilidad”, pues hay muchas modificaciones impredecibles, ya que se experimenta el embarazo como una amenaza al fuerte deseo que todo sea predecible, y a la dependencia a reglas estrictas y regímenes fijos (ingesta restrictiva con pocos alimentos aprobados, el control de peso, ejercicio y vida social). Por último, “vergüenza y náuseas”, en el cual se asocia la recaída al cuerpo de embarazada, (sintiendo vergüenza) y a las náuseas y los vómitos iniciales de la gestación (3).

El origen de estos desencadenantes es grave pues muestra cómo la madre al dar importancia al embarazo parece reactivar o fomentar el TCA. Es decir, el motivo de un empeoramiento. no son aspectos como el cambio de peso, de cuerpo, de apetito o de funciones corporales, sino el significado que la madre atribuye a esos cambios y que interactúan nuevamente con sus rasgos personales (3).

Otro estudio mostró como en la población clínica, la supresión de peso, la inconformidad entre un peso actual y un peso más alto de por vida, es un predictor de atracones, pérdida de control (LOC), y un recorrido de incremento de peso. Por ello, se confirmó que la supresión de peso antes de la concepción si predijo trastornos alimentarios, principalmente hábitos alimenticios restrictivos durante la gestación, aspectos que hay que considerar y valorar como un ítem más de la detección del riesgo de trastornos alimentarios en mujeres gestantes (30).

En la etapa postparto, la insatisfacción con el peso y la forma corporal es normativa, incluso en mujeres sin TCA. Sin embargo un estudio mostró el modelo de regulación afectiva de los TCA en mujeres en esta etapa, que se basa en como los trastornos de la alimentación se emplean en afrontar el malestar psicológico (11). Se probó que el afecto negativo tiene un papel central en los TCA en esta etapa, pues existen relaciones mediadas por el afecto negativo entre las creencias maternas disfuncionales, la insatisfacción corporal, componentes negativos de la autocompasión, y los TCA, específicamente los atracones (31).

En este mismo periodo, otro estudio muestra como la comparación corporal hacia uno mismo (comparación de la forma y peso del cuerpo después del parto y antes del embarazo), es un aspecto crítico relacionado con niveles más altos de TCA.

Sin embargo, relacionado con el estudio anterior, se muestra cómo tener una perspectiva autocompasiva y basada en la aceptación hacia los cambios del cuerpo puede amortiguar las asociaciones entre la autocomparación y los TCA, por lo que, en mujeres con un nivel de autocompasión superior al promedio, las asociaciones de autocomparación y TCA son más débiles (32).

1.1.7. La alimentación en el embarazo y sus características en los TCA

La alimentación es uno de los tantos factores de más importancia a lo largo de la gestación que podría exponer la salud de la descendencia, por lo que, si la dieta necesaria u óptima no se ha conseguido para mantener el crecimiento del feto, podría llegarse al riesgo de una transferencia desequilibrada de nutrientes (6). Aun así, aunque el estado de nutrición es un pronóstico de las consecuencias en la salud de los hijos, no es el único que contribuye (23). Suponiendo que se tiene una nutrición correcta, el feto conseguiría su máximo crecimiento y nacería un neonato sano de tamaño adecuado (31), pues la nutrición de la madre durante el embarazo tiene un papel esencial en la regulación del desarrollo placentario-fetal (27).

Sin embargo, tanto una nutrición no adecuada, como el exceso de peso antes y a lo largo la gestación, pueden derivar en complicaciones asociadas con la fertilidad, la concepción, el embrión y el feto, el desarrollo de la placenta, el tamaño del feto y las complicaciones perinatales y, como consecuencias resultados desfavorables de la gestación para la madre y el recién nacido. Es decir, la situación de nutrición inapropiada o deficiente de la madre se relaciona causalmente con patrones de crecimiento del feto anormales, ya que el desequilibrio significativo de la alimentación de macronutrientes puede estar relacionado con daños. Por ello, la programación de la dieta es realmente importante en las mujeres que buscan concebir, en la gestación y la lactancia (19).

Los requisitos nutricionales maternos varían según las características individuales, considerando la calidad de la dieta antes del embarazo y factores como el tamaño corporal, la edad, la edad gestacional, si es gestación múltiple, el nivel de actividad y las condiciones médicas, entre otros. Una dieta sana para una mujer embarazada tendría que fundamentarse en "comer mejor, no más". Sería una dieta con una alimentación balanceada de macronutrientes que provee posibilidades superiores de tener un embarazo saludable y efectos perinatales óptimos.

Estos resultados se pueden conseguir fundamentándose en una dieta equilibrada, abundante en nutrientes y abarcando alimentos como pescado, legumbres, frutas, verduras, fibra, frutos secos y cereales integrales, y evitando comida y bebida procesada de calidad inferior, azúcares simples y grasas trans y saturadas. En específico, se aconseja incluir pescado dos veces por semana para obtener ácido docosahexaenoico, y cereales integrales para adquirir vitamina B12, folato, hierro y colina, además de suplemento de yodo de 150 µg para asegurar que las gestantes consigan una ingesta total de 250 µg/ día (19). También, la ingesta de otros micronutrientes como son las vitaminas B2, B6, B12 y la vitamina D (11) y los ácidos grasos esenciales como el omega-3 y el omega-6, los cuales, tanto en el embarazo como en la lactancia, son primordiales para el desarrollo neurológico y el crecimiento apropiado del bebé. Además, su ingesta predispone un tiempo de gestación levemente más extenso, incremento de peso en el nacimiento, y disminución en el riesgo de parto prematuro (10).

La alimentación en el embarazo relacionada con los trastornos de la conducta alimentaria presenta un impedimento para llevar a cabo la ingesta de una dieta adecuada y rica en nutrientes, pudiendo provocar deficiencias de nutrientes, bajo peso, o sobrepeso en el IMC (10). Por ello, para las mujeres con restricciones dietéticas, se recomienda consultar con un nutricionista (19). Además, los TCA pueden afectar en la capacidad del organismo para absorber nutrientes, pudiendo tener intervenciones importantes en los resultados del embarazo y el parto. Esto se observa, por ejemplo, en mujeres con AN activa, las cuales pueden carecer de algunos de los micronutrientes nombrados anteriormente como el folato y los ácidos grasos omega-3 u omega-6, de los que su déficit está asociado con defectos en el tubo neuronal (10). Este cribado de insuficiencias nutricionales debe hacerse en el primer trimestre de embarazo y, además, evitar una dieta que restrinja severamente cualquier clase de macronutrientes (19).

Sin embargo, por otra parte, se ha visto las mujeres con trastornos de la conducta alimentaria tienen una dieta de calidad suficiente (33), con un consumo de minerales, vitaminas y macronutrientes correcto (11). Tienen posibilidades mayores de ser vegetarianas, ya que ingieren más productos de soja, alimentos de origen vegetal (33), legumbres, y menos carne (11). Con respecto a los suplementos multivitamínicos y minerales que tengan cantidades óptimas de ácido fólico, además de otros micronutrientes, se aconseja a las mujeres en edad fértil el consumo regular de estos, empezando aunque sea de dos a tres meses previos a la concepción y siguiendo a lo largo de todo el embarazo hasta su fin, y en la lactancia o por lo menos 4 a 6 semanas después del parto. Además, la suplementación nutricional integral (múltiples micronutrientes más energía proteica equilibrada) entre mujeres con nutrición inadecuada se ha asociado con mejores resultados en el parto, incluida una disminución de las tasas de bajo peso al nacer (19).

En cuanto al consumo de cafeína, que según la Agencia de Normas Alimentarias la cantidad adecuada es menos de 200mg/día, en madres con TCA es superior, llegando a tener el doble de posibilidades de tomar más de 350mg/día o 25 tazas de café a la semana, si se compara con mujeres sin TCA (11). Además, según un estudio, las probabilidades de fumar en el embarazo tienen una frecuencia que varía entre el 14 y el 37%, con el porcentaje más alto en las mujeres con AN, si se compara con mujeres sin TCA que es del 9%. Se sugiere que parar de fumar para las mujeres con TCA puede ser más complicado, ya que se observa que presentan puntuaciones altas en escalas de dependencia de nicotina (15).

En conclusión, los progresos en la nutrición y el estado de salud de las gestantes antes y durante el embarazo influirán en un crecimiento fetal excelente, resultados fetales beneficiosos, una supervivencia perinatal mejor y la probabilidad de una mejor salud a largo plazo ya sea en la mujer como en la descendencia (19).

En cuanto a la leche materna, esta protege y fomenta la salud infantil. Por lo que para conseguir aportar todos los macronutrientes y micronutrientes que el bebé requiere (23), hay que considerar que su composición y producción está influida por la alimentación de la madre en el periodo de lactancia y por las reservas de nutrientes del tejido adiposo de esta (19), de manera que tiene que alimentarse con una dieta equilibrada, regular y variada, puesto que si presenta un déficit nutricional la leche materna contendrá concentraciones de nutrientes inferiores (23).

1.1.8. Detección de los TCA en el embarazo

Se ha evidenciado que aunque los TCA tengan efectos psicológicos y físicos es común que pasen desapercibidos para los sanitarios (7).

Debido a las complicaciones en el desarrollo de embarazos y partos de mujeres con TCA (4) el objetivo es reconocer los factores de riesgo de salud desfavorables en la etapa perinatal y dar una intervención adelantada, servicio de apoyo, y atención individual (15). Por ende, es racional que haya estrategias de cribado y modelos de manejo para mejorar la detección de TCA, desarrollo de sistemas nuevos de cribado o divulgación de lo que ya existen (4). La detección de los TCA durante el embarazo podría servir para identificar factores que afectan en las consecuencias del parto (23), y prevenir las comorbilidades mentales y somáticas, la desnutrición, y la recaída en el embarazo y las posibles consecuencias negativas obstétricas y fetales, y así empoderar a la mujer para su autocuidado y evitar la morbilidad (6) y modificar aspectos como el tabaco o los atracones (23).

Otro estudio mostró que el 83'7% de los médicos eran unánimes en que era necesario hacer pruebas de detección de TCA antes de la concepción. Se vio que el 35% llevaron a cabo pruebas de detección de manera habitual, aunque un 96'2% comunicó la importancia de más formación y pautas clínicas. Sin embargo, para la detección de los TCA existen varias barreras: la actitud negativa de los sanitarios a estos trastornos, pues se perciben como autoinfligidos y asociados a atributos desfavorables de la personalidad, por lo que se les da un valor clínico inferior. También, que para las mujeres los comportamientos de control de peso son normales debido a la percepción social de que hay disconformidad en las mujeres con su peso e imagen corporal. Por último, otras barreras son: es común que los pacientes no revelen el TCA, lo oculten o que empequeñezcan los síntomas, y la escasez de conocimiento por parte de los sanitarios sobre aspectos físicos y psicológicos de los TCA (7). Por ello, se ha observado que se puede mejorar la información y competencia clínica con alternativas de talleres educativos y aprendizaje electrónico, siendo beneficioso la cooperación con profesionales que tengan guías de práctica clínica sobre este tema (7).

También, para la salud tanto física como mental de la embarazada es necesaria la detección de los TCA, por lo que existe una relación directa entre la educación en las mujeres sobre las repercusiones clínicas, la derivación necesaria y las colaboraciones con los servicios que requiera (7).

Se observa el requerimiento de la inclusión de herramientas de detección breves en las valoraciones anteriores a la concepción (7). Existen herramientas de detección rápida, pero ninguna tiene en cuenta los requerimientos médicos únicos de gestante con TCA. Sin embargo, se realizó un estudio para comprobar las propiedades psicométricas de una herramienta de detección de conductas alimentarias prenatales (PEBS en inglés). Sus características son: es rápida, tiene un tiempo inferior a cinco minutos, consta de doce preguntas, se puede utilizar con los TCA más comunes de la gestación, y es efectivo para los tres trimestres. Como consecuencia, dará una valoración inicial rápida, confiable y sensible para poder derivar a una evaluación complementaria. La utilización de PEBS, permite identificar a mujeres con un riesgo mayor de una posible TCA, y derivar a profesionales de la salud de diferentes especialidades como salud mental, médicos y dietistas (22).

Durante la etapa prenatal y postparto, varios factores conducen a diversos TCA en su descendencia. Estos factores maternos son: la edad materna, pues si la madre es más mayor se tienen más probabilidades de sufrir un TCA si se compara con madres jóvenes, y el peso materno, ya que un estudio actual observó que tanto la obesidad como el sobrepeso en la madre, disminuyeron la incidencia de TCA en niñas nacidas a término.

Otros son el tabaquismo por parte de los progenitores, el cual se encuentra relacionado con el diagnóstico en su descendencia de bulimia nerviosa, y el estrés de la madre a lo largo del embarazo (relacionado con la pérdida de alguien cercano desde un año antes a la concepción hasta que la gestación llegue a término), que muestra que las niñas tengan un riesgo más grande de sufrir un TCA. Por último, en la lactancia materna en las madres con problemáticas asociadas al amamantamiento, pueden tener una parte en la transmisión intergeneracional de los TCA, mediante las vivencias de apego en los primeros momentos de vida (13). Por ello, en la anamnesis estos son aspectos que se podrían tener en cuenta.

Finalmente, se ha mostrado que la atención en la etapa prenatal tendría que tener de manera rutinaria, preguntas relacionadas con la conducta alimentaria, el peso corporal y la conducta de control del peso al inicio del embarazo (28).

1.1.9. Consecuencias generales y en el parto

Los TCA agudos y de por vida, especialmente si son graves, se correlacionaron con malos resultados perinatales, obstétricos y neonatales (28).

Los trastornos de la conducta alimentaria repercuten en la formación, el crecimiento y el nacimiento (11). Hay estudios en los que los TCA en los seis meses previos, en la actualidad o en el desarrollo del embarazo se relacionaron con varias conductas y efectos adversos durante el embarazo, el parto y el recién nacido (23). Además, las consecuencias perinatales desfavorables se asocian con una mayor prevalencia de comorbilidades maternas, como los trastornos psiquiátricos, la desnutrición, y el abuso de tabaco (28).

Según el subtipo de trastorno de la alimentación, los resultados aparentan ser distintos (11). Las embarazadas con AN o BN presentan además un riesgo más alto de tener consecuencias materno-fetales desfavorables, que se verán después (7).

Con respecto al parto, como la etiología de las complicaciones desfavorables de este engloban diferentes factores, sacar conclusiones sobre las asociaciones de motivos entre los TCA y los resultados del parto es complicado, ya que hay una cantidad reducida de estudios sobre estos resultados (18). Aun así, hay estudios con la información siguiente.

Las mujeres con trastornos alimentarios activos o previos, independientemente del subtipo, pueden necesitar una mayor vigilancia en la atención prenatal y del parto (8). Las mujeres con BN presentan un riesgo mayor de inducción y asistencia en la presentación de nalgas en partos vaginales, y en las mujeres que sufren BED, las cesáreas incrementaron (17) y tuvieron una duración más alta de la primera y segunda etapa del parto (4).

Con respecto a la AN, la dimensión del impacto en las consecuencias sería proporcional a la gravedad de la enfermedad (17), y se descubrió que existe un riesgo inferior de parto vaginal asistido con instrumentos. En este TCA, el parto por cesárea fue más común en comparación con mujeres sin el trastorno (8). Por último, las mujeres con AN y BED, presentaron un riesgo mayor de que se le administre la epidural (17).

Disminuir el riesgo de resultados adversos durante el parto es esencial, debido a que incrementan el riesgo de morbilidad y mortalidad infantil, además del desarrollo de enfermedades crónicas en la etapa adulta. Un ejemplo es el parto prematuro, el cual se relaciona de forma positiva con la mortalidad por todas las causas en la etapa adulta, además de que, tanto el bajo peso neonatal como el pequeño para edad gestacional, incrementan el riesgo de diabetes tipo 2 (10).

1.1.10. Consecuencias en la madre

Tener en cuenta, que los riesgos de la gran parte de los resultados fueron más notables para las mujeres con enfermedad activa, en comparación con las que tienen un trastorno preexistente (8).

Complicaciones que se han descubierto con una prevalencia más alta en mujeres con AN son, edema, hipertensión, hipotensión, hipotermia, abortos espontáneos, partos prematuros, y cesáreas (11), mientras que fueron inferiores las tasas de diabetes gestacional y la hemorragia posparto (14). También, aumentó el riesgo de hiperemesis, se duplicó en la AN activa la anemia, la cual podría estar relacionado con un déficit nutricional (8), y aumento en un 60% el riesgo de hemorragia anteparto, que tendría una etiología vinculada con el desprendimiento de placenta, la placenta previa o el sangrado no especificado (33). Además, si con AN se les hospitaliza existen resultados maternos, como la insuficiencia hepática aguda, el parto precipitado, y el ingreso en la UCI (34).

Para las mujeres con BN, además del aumento del riesgo de hiperemesis, hay altas probabilidades de preeclampsia, síndrome de ovario poliquístico, diabetes gestacional, y abortos más frecuentes (4). Por otro lado, en el BED, se encuentran características como, la diabetes gestacional, la hipertensión inducida por el embarazo, la preeclampsia, y una tasa incrementada de abortos espontáneos (4).

Los TCA se han asociado con consecuencias negativas de salud en mujeres en etapa posparto, en la cual están: la depresión posparto, falta de vínculo materno o apego infantil y mayor riesgo de ansiedad posparto (15).

Además, el 50% de las mujeres experimentaron una recaída de TA en el año siguiente (15), por lo que puede que haya consecuencias perjudiciales en la lactancia, pues en las mujeres con TCA de cualquier subtipo, hubo más vivencias adversas y problemas emocionales en la lactancia (23), lo que resulta complicado para la madre y el niño (13). Los resultados perjudiciales pueden estar relacionados, ya sea en la decisión de iniciar la lactancia o en su continuación (23). Aunque no existe evidencia suficiente para valorar el amamantamiento inicial en el TCA, es racional creer que las mujeres con TCA (principalmente con AN) den lactancia materna en un intervalo de más corto de tiempo, por el regreso a los TCA (23). Vivir así la lactancia puede tener efecto en la interacción que tiene la madre con su bebé y con su pareja (15), pudiendo el bebé experimentar emoción negativa y expresar su malestar actuando de forma distinta (13). Otro aspecto es que las mujeres con AN tienen la duda de si pueden amamantar a causa de su reducido IMC, aunque hay certeza que el IMC de la madre es independiente de la cantidad de leche materna (23).

1.1.11. Consecuencias en el feto

Como se ha dicho, los TCA actuales y anteriores, se relacionan con complicaciones en el embarazo y el recién nacido, en el que nos centraremos (5).

En la etapa neonatal encontramos las siguientes consecuencias. Los TCA, principalmente si es en mujeres con un TCA activo, influyen en el peso y el tamaño del neonato (28). En la AN crecen las probabilidades de que el bebé presente riesgo de muerte fetal, nacimiento prematuro, crecimiento intrauterino reducido, longitud al nacer más corta, ser pequeño para edad gestacional, retraso en el crecimiento intrauterino, y bajo peso al nacer (4)(11), este último principalmente en las mujeres que con un IMC bajo al iniciar el embarazo (18). Además, la relación de nacimiento pequeño para la edad gestacional y bajo peso al nacer es más notable en las mujeres con AN que fueron hospitalizadas en el embarazo (34). En la BN, se relaciona de forma positiva con bebés con microcefalia, pequeños para la edad gestacional, aborto espontáneo, puntuación APGAR baja al minuto 1, y parto prematuro (4)(11), mientras que en el BED se encuentran complicaciones como, mayor longitud al nacer y bebé grande para edad gestacional (4). En el EDNOS, hay mayor riesgo de que el recién nacido tenga microcefalia y una puntuación de Apgar inferior a 7 a los 5 minutos, además de que en el EDNOS activo, existe un riesgo mayor de parto muy prematuro y de desarrollar complicaciones en el embarazo (7).

En las etapas de primera infancia e infancia se encuentran las siguientes consecuencias. Los niños con madres con antecedentes de TCA, principalmente los que tienen antecedentes de AN, a los cinco años tuvieron habilidades de memoria, motoras, sociales y de lenguaje significativamente menores (13). También, que la madre tenga un TCA independientemente del subtipo, se relaciona de manera significativa con el trastorno por déficit de atención/hiperactividad (TDAH) y del espectro autista (TEA), además de que el riesgo de TDAH y TEA aumenta en los hijos de madres con AN en curso, a diferencia del TCA previo. También, existen asociaciones entre los trastornos alimentarios maternos y las sibilancias en los hijos, que sugieren resultados respiratorios adversos a largo plazo, aumentándose más si los trastornos estaban activos durante el embarazo. También existe un riesgo mayor de sibilancias en la descendencia de madres con conductas de purga sin antecedentes de diagnóstico de trastorno alimentario (35).

Por otro lado, el entorno intrauterino repercute en la salud durante la infancia y durante la vida (5), por lo que los factores ambientales como el abuso de sustancias o la desnutrición pueden crear modificaciones epigenéticas en el epigenoma fetal que deja complicaciones para toda la vida de salud en la descendencia. Por ello, sustancias como el tabaco, el alcohol o los narcóticos, que son más comunes en mujeres con TCA, pueden hacer que haya un impacto comórbido en el desarrollo fetal (6).

Por último, como se ha nombrado anteriormente, hay evidencia de que con las actitudes modificadas de la madre hacia la alimentación infantil, puede haber un continuo de complejas dificultades que aparezcan alrededor de las interacciones madre-hijo y que continúen más allá de la situación de alimentar como tal (23).

1.2. Justificación

Las matronas y los médicos, como referencia durante las etapas prenatal y postnatal, se encuentran en un estatus perfecto para identificar y brindar apoyo a las mujeres con trastornos alimenticios. Las normas sanitarias aconsejan llevar a cabo consultas de manera rutinaria sobre enfermedades mentales pasadas y actuales en la atención prenatal y postnatal de todas las mujeres, ofreciendo a las mujeres gestantes con un TCA conocido un mejor apoyo y seguimiento. Sin embargo, se mostraron varios obstáculos para la identificación de los TCA durante y después del embarazo, siendo los factores principales la mala formación profesional y el estigma ya que, aunque la salud mental en la etapa perinatal está teniendo más preferencia en las propuestas de políticas, los TCA continúan estando desatendidos y requiriendo una concienciación superior. Así, a lo largo del embarazo y tras el parto, las mujeres con TCA pueden pasar inadvertidas, con posibles repercusiones en la salud fetal y materna en el caso de que los TCA no se manejen de manera adecuada (12). Por ello, es esencial que los sanitarios que atiendan la gestación estén capacitados para entender las consecuencias adversas que pueden aparecer por los TCA (36)

En cuanto a los propios profesionales, en un estudio, se expresó que su capacitación sobre TCA es mínima o nula, o pequeña y únicamente relacionada con la introducción general a estos, sin conocer su impacto en las mujeres gestantes, ni que funciones profesionales pueden llevar a cabo. Esto influye en que no se incluya de forma rutinaria los TCA en las preguntas de salud mental, pues es una sinrazón preguntar si no se conocen las rutas de atención (12) Por ejemplo, la mayor parte de los médicos obstetras y ginecólogos valoran aspectos como el peso, la nutrición, el IMC y el ejercicio, pero no evalúa los antecedentes TCA, dismorfia corporal, atracones o purgas (36). Además, se ha observado que esta falta de conocimiento y sensibilidad repercute en que las mujeres con TCA no compartan su trastorno, lo que muestra que para paliar el estigma y aumentar la confianza en el reconocimiento de los TCA hay que mejorar la educación y capacitación de los sanitarios (12).

Por ello, otro estudio mostró como tras capacitar en sensibilidad (ofrecer información, concientización y estrategias para una atención más centrada en la mujer disminuyendo el estigma) a los sanitarios, se produjeron cambios en las percepciones sobre la importancia de conocer los TCA, para su tratamiento, saber proporcionar recursos, introducir estrategias, además del interés de estas y recomendaciones extras en el tratamiento de los pacientes con estos trastornos. Algunos de estos recursos de aprendizaje para mejorar la atención requieren información sobre módulos de capacitación, recursos para mujeres con TCA, y aprendizaje basado en la práctica, entre otros (36).

Por último, ya que los TCA pueden tener consecuencias médicas relevantes en todo el organismo, principalmente durante el embarazo, los profesionales de todas las disciplinas deben estar capacitados para tratar los TCA (36).

Finalmente, a causa de todo ello, la realización de mi Trabajo de Fin de Grado se fundamenta en la realización de un proyecto educativo para los sanitarios con la finalidad de incluir y visibilizar la información ausente en la actualidad sobre los trastornos de la conducta alimentaria en embarazadas, además de que los sanitarios que participen consigan aplicarlo en su labor asistencial.

2. Población y captación

La población diana a la que se orienta esta actividad educativa son sanitarios, tanto médicos como enfermeros, aunque principalmente matronas, que trabajen actualmente en el Hospital General Universitario Gregorio Marañón de la Comunidad de Madrid. Se considera que en esta comunidad autónoma, a fecha de abril 2024, hay un total de personal sanitario en formación universitaria de 42599, siendo 21363 enfermeros y 775 matronas (37). Como personal sanitario que trabaje en el H. G. U. Gregorio Marañón y en formación universitaria encontramos que son 3370, habiendo a fecha de 2018, 1016 enfermeros y 196 facultativos (38). A ambos últimos profesionales será a quienes vaya dirigido este proyecto.

Los criterios de inclusión serán: estar titulado en enfermería, ser matrona, o en medicina, y trabajar en el H. G. U Gregorio Marañón.

Los docentes que impartirán el proyecto serán, un médico especialista en salud mental con experiencia en TCA, un enfermero o matrona, y si se requiriese se podría colaborar con otros sanitarios como apoyo como un psicólogo o un nutricionista.

Las sesiones se llevarán a cabo de forma presencial, en el aula de docencia del Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Se establecerá un grupo de 12-15 participantes.

La captación, que se realizará en un tramo de tiempo de alrededor de 2 meses hasta que se hayan cubierto la totalidad de las plazas, se hará en el H.G.U. Gregorio Marañón, y se llevará a cabo mediante carteles, que se colocarán en varias zonas visibles del hospital para los sanitarios a los que va dirigido, y en los cuales los que estén interesados se puedan ir apuntando con su correo corporativo (en el apartado en blanco). Más tarde se les mandará toda la información, para que confirmen de manera definitiva su asistencia al curso.

Se utilizará:

- Carteles de información (Anexo 1)
- Email (Anexo 2)
 - Normas de inscripción, información a especificar y poster informativo.

3. Objetivos

Objetivos generales

El objetivo principal del proyecto es conseguir facilitar información y brindar formación sobre los TCA en mujeres embarazadas a los profesionales sanitarios, con el propósito de que haya una mejoría en su conocimiento sobre esta situación, en la prevención, en las consecuencias, la detención precoz, y las estrategias de afrontamiento y manejo de estas pacientes.

Objetivos específicos

Área de conocimientos

- El profesional será capaz de:
 - Explicar que es un TCA.
 - Conocer los datos más recientes de prevalencia y comorbilidad de los TCA.
 - Identificar como se relaciona el TCA con el embarazo (IMC, quedarse embarazada, etc).
 - Relacionar los tipos de TCA que existen, con su respectiva clínica, y que características tienen en el embarazo.
 - Comparar los diferentes tipos de desarrollo de gestación que se puede llevar a cabo en mujeres con TCA.
 - Enumerar los desencadenantes de los TCA en los embarazos.
 - Distinguir las barreras que existen para identificar un TCA.
 - Analizar los diferentes modos de detección de los TCA en embarazadas.
 - Describir los hábitos nutricionales saludables en embarazadas.
 - Distinguir que características nutricionales hay en las gestantes con TCA.
 - Enumerar las consecuencias en el parto.
 - Explicar las consecuencias en la madre.
 - Identificar las consecuencias en el bebé.

Área emocional

- El profesional de enfermería será capaz de:
 - Identificar requerimientos emocionales de la paciente y la familia.
 - Escuchar dudas, preguntas y miedos relacionados con los TCA en el embarazo.
 - Valorar las situaciones de las mujeres con TCA y comunicar su apoyo.
 - Comprender sin prejuicios, y examinar sus aspectos físicos, psicológicos y sociales, como individuos independientes.

Área de habilidades

- El profesional de enfermería será capaz de:
 - Planificar y prestar cuidados de enfermería a las embarazadas con TCA y su familia.
 - Realizar la valoración desde un abordaje holístico.
 - Demostrar un abordaje comunicativo eficaz.????
 - Ejecutar las intervenciones desde la evidencia científica y con los medios que se dispongan.
 - Realizar una dieta adaptada para una mujer embarazada.
 - Practicar la identificación y detección de un TCA en una mujer embarazada.

4. Contenidos

Sesión 1: Introducción al grupo y a los TCA y/en el embarazo

- Presentación.
- Definición de TCA y embarazo.
- Relación de los TCA con el embarazo.
- Formas de desarrollo de los TCA en el embarazo.
- Evaluación de los contenidos explicados en la sesión y cierre.

Sesión 2: Visibilidad de los TCA en el embarazo

- Epidemiología de los TCA en el embarazo.
- Clasificación de los TCA.
- Características de los tipos de TCA en el embarazo.
- Desencadenantes de los TCA en el embarazo.
- Evaluación de los contenidos explicados en la sesión y cierre.

Sesión 3: Detección y complicaciones de TCA en el embarazo

- Nutrición en el embarazo y sus características en los TCA.
- Formas de detección de los TCA en el embarazo.
- Complicaciones en el parto.
- Valoración orientada al manejo de los TCA en embarazos de forma práctica.

Sesión 4: Consecuencias de los TCA en embarazo y manejo

- Complicaciones en el feto en mujeres gestantes con TCA.
- Complicaciones en la madre gestante con un TCA.
- Valoración de los sanitarios enfocada al manejo de los TCA en embarazos.
- Evaluación de los contenidos desarrollados en el proyecto y cierre final.

5. Sesiones, técnicas de trabajo y materiales

Toda la información y conceptos serán impartidos en 4 sesiones de entre 75 y 90 minutos (min), dependiendo de la sesión, aspecto que se avisará en la sesión anterior. Las sesiones se repartirán en dos meses (en octubre-noviembre 2024), impartiendo una cada dos semanas, los lunes por la tarde y con un horario (ajustar las horas específicas) que se determinará considerando la disponibilidad de los participantes, los docentes y los colaboradores.

SESIÓN 1 (Anexo 8)

Presentación del grupo, los docentes, y de los objetivos y contenidos que se impartirán en las sesiones, y realización pre-test.

- Objetivo: los participantes conocerán a los docentes y los objetivos y contenidos de todas las sesiones.
- Técnica: presentación en una ronda grupal (cada persona se presenta, expone su puesto de trabajo y expectativas del curso) y exposición oral.
- Tiempo: 10-15 minutos.
- Recursos: sanitarios docentes, ordenador, presentación, proyector, pre-test (anexo 4) y bolígrafos.

Definir que son los Trastornos de la Conducta Alimentaria.

- Objetivo: los participantes describirán que son los TCA.
- Técnica: tormenta de ideas (cada participante expondrá una idea sobre lo que son los TCA) y posterior técnica expositiva.
- Tiempo: 15 min.
- Recursos: sanitarios docentes, ordenador, presentación, proyector, pizarra y material correspondiente.

Relación de los TCA con el embarazo.

- Objetivo: los participantes conocerán como se relacionan los TCA con el embarazo.
- Técnica: técnica expositiva.
- Tiempo: 15 min.
- Recursos: sanitarios docentes, ordenador, presentación y proyector, pizarra y material correspondiente.

Formas de desarrollo de los TCA en el embarazo.

- Objetivo: los participantes identificarán las diferentes formas que existen del desarrollo de los TCA en el embarazo.
- Técnica: exposición oral y técnica de análisis mediante análisis de textos (lectura de frases dichas por mujeres con TCA (Anexo 9), obtenidas de artículo, sobre su experiencia y tránscurso en el TCA estando embarazada)
- Tiempo: 20-25 min.
- Recursos: sanitarios docentes, ordenador, presentación, proyector, las frases que se van a tratar.

Evaluación de los contenidos explicados en la sesión y cierre.

- Objetivo: los participantes asentarán los nuevos conocimientos explicados durante la sesión.
- Técnica: Kahoot y exposición oral.
- Tiempo: 15 min.
- Recursos: sanitarios docentes, ordenador, presentación, proyector, móvil individual o por parejas.

SESIÓN 2 (Anexo 8)

Epidemiología de los TCA en el embarazo

- Objetivo: los participantes compararán los datos de comorbilidad y prevalencia relacionados con los TCA en el embarazo.
- Técnica: exposición oral con discusión al finalizar (de grupo grande y estructurada).
- Tiempo: 15-20 min.
- Recursos: sanitarios docentes, ordenador, presentación y proyector.

Clasificación de los TCA

- Objetivo: los participantes identificarán los tipos de TCA que existen.
- Técnica: exposición oral.
- Tiempo: 15-20 min.
- Recursos: sanitarios docentes, ordenador, presentación, proyector, pizarra y su materia correspondiente.

Características de los tipos de TCA en el embarazo

- Objetivo: los participantes describirán las características de los tipos de TCA en el embarazo.
- Técnica: frases incompletas relacionadas con los conceptos de TCA en el embarazo (por ejemplo: “La Anorexia/Bulimia/Atracón/Imagen corporal durante el embarazo presenta características como....”, “Una persona embarazada con TCA...”, “Si se dice TCA en el embarazo, ¿qué consideráis?”) con el fin de saber los conocimientos o creencias que tienen los participantes inicialmente, y exposición oral con discusión al finalizar.
- Tiempo: 15-20 min.
- Recursos: sanitarios docentes, ordenador, presentación, y proyector.

Desencadenantes de los TCA en el embarazo

- Objetivo: los participantes analizarán los desencadenantes de los TCA mujeres embarazadas.
- Técnica: exposición oral con lección participativa (en grupos pequeños, abierta).
- Tiempo: 15-20 min.
- Recursos: sanitarios docentes, ordenador, presentación, y proyector.

Evaluación de los contenidos explicados en la sesión y cierre

- Objetivo: los participantes serán capaces de describir y analizar una historia clínica de un paciente con TCA.
- Técnica: caso clínico-práctico (por grupos “inventar” la historia clínica de un paciente, la cual se pasará a otro grupo que tendrá que valorarlo y relacionarlo con un diagnóstico y manejo relacionados con un TCA), y puesta en común con discusión al final.
- Tiempo: 25-30 min.
- Recursos: sanitarios docentes, ordenador, presentación, proyector, papel, bolígrafo, grupo de 3-4 personas, pizarra y material.

SESIÓN 3 (Anexo 8)

Nutrición en el embarazo y su característica en los TCA

- Objetivo: los participantes explicarán la nutrición en el embarazo y sus características en los TCA y sabrán realizar una dieta adaptada para una mujer embarazada.
- Técnica: actividad de foto-palabra sobre la nutrición en el embarazo (mostrar mediante una imagen que encuentren en internet como relacionan ellos como es la nutrición durante la gestación), y posterior exposición oral.
- Tiempo: 20 min.
- Recursos: sanitarios docentes, ordenador, presentación, proyector, y móvil de los participantes.

Formas de detección de los TCA en el embarazo

- Objetivo: los participantes analizaran las diferentes formas de detección de los TCA en la gestación.
- Técnica: lección participativa (con los recursos y factores nombrados que inciden en la detección de los TCA, los participantes intervendrán relacionado con su punto de vista y crítica profesional) y exposición oral.
- Tiempo: 20 min.
- Recursos: sanitarios docentes, ordenador, presentación, y proyector.

Complicaciones en el parto en mujeres embarazadas con TCA

- Objetivo: los participantes explicaran las (posibles) complicaciones en el parto.
- Técnica: exposición oral.
- Tiempo: 15 min.
- Recursos: sanitarios docentes, ordenador, presentación, y proyector.

Valoración orientada al manejo de los TCA en embarazos de forma práctica

- Objetivo: los participantes realizarán un manejo/primer contacto con una gestante con TCA.
- Técnica: se realizarán simulaciones o rol playing (un participante o un docente será la paciente y otro participante será el profesional sanitario y simularán ese primer contacto/manejo. Al finalizar habrá un debriefing (sistema de evaluación, en el que tras una simulación se hace un análisis de los aspectos a mejorar si fuese real la situación).
- Tiempo: 30 min
- Recursos: sanitarios docentes, y material de caracterización si fuese necesario.

SESIÓN 4 (Anexo 8)

Complicaciones en el feto en mujeres gestantes con TCA

- Objetivo: los participantes enumerarán las complicaciones en el feto en mujeres gestantes con TCA.
- Técnica: exposición oral y video con discusión.
- Tiempo: 15-20 min.
- Recursos: sanitarios docentes, ordenador, presentación, proyector y video.

Complicaciones en la madre gestante con un TCA

- Objetivo: los participantes describirán las complicaciones de una mujer embarazada con un TCA.
- Técnica: exposición oral y discusión al finalizar.
- Tiempo: 15-20 min.
- Recursos: sanitarios docentes, ordenador, presentación, y proyector.

Valoración de los sanitarios orientado al manejo de los TCA en embarazas

- Objetivo: los participantes practicarán sobre cómo manejar la situación de una mujer embarazada con un TCA.
- Técnica: breve exposición oral de lo aprendido y técnica de frases incompletas relacionado con la valoración (por ejemplo: “en la valoración tendremos en cuenta…”, “dirigiremos la atención a…”, “¿Qué patrones habrá que considerar?” “¿Por qué?”, “considerar sus aspectos relacionados con… la etapa de gestación, su estado de ánimo, o su red social”. Realizarlo por parejas y después compartirlo con el resto.
- Tiempo: 25 min.
- Recursos: sanitarios docentes, ordenador, presentación, proyector, pizarra, su material correspondiente, papel y bolígrafo para escribir las respuestas.

Evaluación de los contenidos desarrollados en el proyecto y cierre final

- Objetivo: conocer y evaluar el conocimiento aprendido e impacto a corto plazo del curso.
- Técnica: post-test (anexo 4) sobre el aprendizaje y encuesta de satisfacción (anexo 5).
- Tiempo: 15-20 min.
- Recursos: sanitarios docentes, test de satisfacción y post-test, bolígrafo.

6. Evaluación

Evaluación de la estructura

La evaluación de la estructura se utilizará para verificar el beneficio del taller, pues nos notificará el grado de contribución de los diversos medios y recursos tanto técnicos y materiales como profesionales, además de aspectos como la captación de población diana apropiado, en número de sesiones y su duración, difusión, y el número idóneo tanto de participantes, como de docentes y de colaboradores que imparten las sesiones, entre otros.

Evaluación del proceso

La evaluación del proceso refiere datos sobre las actividades y contenidos llevados a cabo, así como la planificación, las técnicas y métodos de enseñanza en grupo y su progreso en las sesiones que se quería lograr. Se contemplan aspectos como la adecuación de los contenidos y su coherencia con las técnicas realizadas, la participación de los asistentes, el ambiente creado para ello, y la ejecución de la programación planeada, entre otros.

Evaluación realizada por los docentes

En esta evaluación se comprobará, mediante una hoja de asistencia (Anexo 3), el procedimiento de captación, la verificación y control del número de asistentes. Así se podrá medir de forma cuantitativa el compromiso de los participantes y el tipo de grupo (matronas, enfermeros, médicos, etc) que se ha apuntado al taller.

También, el desarrollo del curso se valorará, con una encuesta de satisfacción (Anexo 5), teniendo en cuenta aspectos relacionados con que se realice de la mejor manera posible. Será de forma cuantitativa, en el aula donde se realiza el proyecto y se considerarán ítems como: el contenido impartido, el lugar donde se ha realizado, la temperatura, el mobiliario apropiado, técnicas, tiempo empleado, recursos didácticos, material tecnológico, la dinámica, si se han producido incidencias en las sesiones, y ámbitos a mejorar. Será continuada, pues se irán tomando notas en las sesiones y se considerara los puntos de vista de los asistentes para saber que mejorarían o modificarían ellos.

Evaluación realizada por los participantes

Los asistentes al curso evaluarán mediante una encuesta de satisfacción (Anexo 5), aspectos como el cronograma de las sesiones, la progresión del proyecto, los recursos y técnicas, la calidad de los docentes, el tiempo y, por último, una parte para apuntar sugerencias u observaciones sobre ámbitos a mejorar o puntos fuertes que les haya gustado sobre el proyecto.

Evaluación de resultados

En la evaluación de resultados, se observará el impacto en los cambios de conocimientos, actitud o de habilidades de los asistentes. Es decir, tiene como objetivo comprobar la correcta consecución y logro de los objetivos educativos propuestos anteriormente en las distintas áreas.

Evaluación a corto plazo

En la valoración de los objetivos específicos asociados al área cognitiva, que evalúa los conocimientos recibidos, los asistentes realizarán dos test de forma cuantitativa, un pre-test y un post-test. En el pre-test (Anexo 4) se evaluarán varios ítems sobre sus conocimientos y lo que buscan o esperan de las sesiones, y al finalizar el curso se hará el post-test (Anexo 4) igual al pre-test, y con el que comprobará los contenidos aprendidos, y si se han cumplido las expectativas, o si el proyecto ha tenido utilidad para ellos.

Respecto a la valoración de los objetivos relacionados con el área de habilidades, en el que se tratan aspectos de detección, manejo de pacientes con TCA o valoración de estos, los docentes lo evaluarán con las actividades grupales o las simulaciones llevadas a cabo en algunas sesiones. Se evaluará mediante la hoja de registro de dinámicas (Anexo 6) en la que se valoran, de forma cualitativa, varios ítems relacionados con la actividad.

Por último, para valorar los objetivos específico de actitudes, en la que se tendrá en cuenta la participación en las actividades de las sesiones, como en las discusiones, foto-palabra, reflexiones, o tormenta de ideas. Se evaluará de igual forma que el área anterior, mediante una hoja de registro de dinámicas (Anexo 6) con aspectos a valorar de manera cualitativa.

Evaluación a largo plazo

La evaluación se llevará a cabo tras 3 o 4 semanas desde la finalización del curso. Se comprobará con un test (Anexo 7), que se enviará al correo corporativo y que consta de varias preguntas sobre lo dado en el taller con una puntuación máxima de 10 puntos. Comprueba cuanto ha impactado el proyecto en los conocimientos y actuaciones de los participantes a largo plazo, y así poder crear nuevas ideas y aspectos de mejora en próximos proyectos.

7. Bibliografía

- (1) Descriptores en Ciencias de la Salud: DeCS [Internet]. ed. 2017. Sao Paulo (SP): BIREME / OPS / OMS. 2017 [actualizado 2017 May 18; citado 2024 Jun 13]. Disponible en: <http://decs.bvsalud.org/E/homepagee.htm>
- (2) Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5® [Internet]. [lugar desconocido]: American Psychiatric Publishing; 2013. Trastornos de la conducta alimentaria y de la ingesta de alimentos; [consultado el 9 de junio de 2024]. Disponible en: <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425657.x10-es>
- (3) Sommerfeldt B, Skårderud F, Kvalem IL, Gulliksen KS, Holte A. Bodies out of control: Relapse and worsening of eating disorders in pregnancy. *Front Psychol.* 2022;13:986217. doi: 10.3389/fpsyg.2022.986217.
- (4) Janas-Kozik M, Źmijowska A, Zasada I, Jelonek I, Cichoń L, Siwiec A, et al. Systematic Review of Literature on Eating Disorders During Pregnancy-Risk and Consequences for Mother and Child. *Front Psychiatry* 2021;12:777529. doi: 10.3389/fpsyg.2021.777529.
- (5) Mantel Ä, Örtqvist AK, Hirschberg AL, Stephansson O. Analysis of Neurodevelopmental Disorders in Offspring of Mothers With Eating Disorders in Sweden. *JAMA Netw Open*. 2022;5(1):e2143947. doi: 10.1001/jamanetworkopen.2021.43947
- (6) Sebastiani G, Andreu-Fernández V, Herranz Barbero A, Aldecoa-Bilbao V, Miracle X, Meler Barabés E, et al. Eating Disorders During Gestation: Implications for Mother's Health, Fetal Outcomes, and Epigenetic Changes. *Front Pediatr.* 2020;8:587. doi: 10.3389/fped.2020.00587
- (7) Rodino IS, Byrne SM, Sanders KA. Eating disorders in the context of preconception care: fertility specialists' knowledge, attitudes, and clinical practices. *Fertil Steril.* 2017;107(2):494-501. doi: 10.1016/j.fertnstert.2016.10.036
- (8) Mantel Ä, Hirschberg AL, Stephansson O. Association of Maternal Eating Disorders With Pregnancy and Neonatal Outcomes. *JAMA Psychiatry*. 2020;77(3):285-293. doi: 10.1001/jamapsychiatry.2019.3664
- (9) Comprehensive Cancer Information - NCI [Internet]. Diccionario de cáncer del NCI; [consultado el 19 de junio de 2024]. Disponible en: <https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionarios/diccionario-cancer/def/embarazo>

- (10) Milembamane M, Moussa NM, Twynstra J, Seabrook JA. Maternal Eating Disorders and Adverse Birth Outcomes: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Can J Diet Pract Res.* 2023; 85(1):45-53. doi: 10.3148/cjdr-2023-019
- (11) Martínez-Olcina M, Rubio-Arias JA, Reche-García C, Leyva-Vela B, Hernández-García M, Hernández-Morante JJ, et al. Eating Disorders in Pregnant and Breastfeeding Women: A Systematic Review. *Medicina (Kaunas).* 2020;56(7):352. doi: 10.3390/medicina56070352
- (12) Bye A, Shawe J, Bick D, Easter A, Kash-Macdonald M, Micali N. Barriers to identifying eating disorders in pregnancy and in the postnatal period: a qualitative approach. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2018;18(1):114. doi: 10.1186/s12884-018-1745-x
- (13) Dutta S, Deshmukh P. Association of Eating Disorders in Prenatal and Perinatal Women and Its Complications in Their Offspring. *Cureus.* 2022;14(11):e31429. doi: 10.7759/cureus.31429
- (14) Pan JR, Li TY, Tucker D, Chen KY. Pregnancy outcomes in women with active anorexia nervosa: a systematic review. *J Eat Disord.* 2022;10(1):25. doi: 10.1186/s40337-022-00551-8
- (15) Fogarty S, Elmir R, Hay P, Schmied V. The experience of women with an eating disorder in the perinatal period: a meta-ethnographic study. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2018;18(1):121. doi: 10.1186/s12884-018-1762-9
- (16) Claydon EA, Davidov DM, Zullig KJ, Lilly CL, Cottrell L, Zerwas SC. 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.* 2018;18(1):463. doi: 10.1186/s12884-018-2105-6
- (17) Bulik CM, Von Holle A, Siega-Riz AM, Torgersen L, Lie KK, Hamer RM, 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. doi: 10.1002/ijedr.20578
- (18) Charbonneau KD, Seabrook JA. Adverse Birth Outcomes Associated with Types of Eating Disorders: A Review. *Can J Diet Pract Res.* 2019;80(3):131-136. doi: 10.3148/cjdr-2018-044
- (19) Marshall NE, Abrams B, Barbour LA, Catalano P, Christian P, Friedman JE, et al. The importance of nutrition in pregnancy and lactation: lifelong consequences. *Am J Obstet Gynecol.* 2022;226(5):607-632. doi: 10.1016/j.ajog.2021.12.035
- (20) Sommerfeldt B, Skårderud F, Kvalem IL, Gulliksen K, Holte A. Trajectories of severe eating disorders through pregnancy and early motherhood. *Front Psychiatry.* 2024;14:1323779. doi: 10.3389/fpsyg.2023.1323779

- (21) Makino M, Yasushi M, Tsutsui S. The risk of eating disorder relapse during pregnancy and after delivery and postpartum depression among women recovered from eating disorders. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2020;20(1):323. doi: 10.1186/s12884-020-03006-7
- (22) Claydon EA, Lilly CL, Ceglar JX, Dueñas-Garcia OF. Development and validation across trimester of the Prenatal Eating Behaviors Screening tool. *Arch Womens Ment Health*. 2022;25(4):705-716. doi: 10.1007/s00737-022-01230-y
- (23) Kaß A, Dörsam AF, Weiß M, Zipfel S, Giel KE. The impact of maternal eating disorders on breastfeeding practices: a systematic review. *Arch Womens Ment Health*. 2021;24(5):693-708. doi: 10.1007/s00737-021-01103-w
- (24) Gómez Varela B., Gómez Tapia M., Maqueda Martínez M^a de los Ángeles. Trastornos de la imagen corporal inclusive durante el embarazo: La pregorexia. En: BIAH 2018. International Congress of Body Image & Health 6, 7 y 8 de junio de 2018: Libro de actas. Almería, Editorial Universidad de Almería (edual). 2019:123.
- (25) Tarchi L, Merola GP, Selvi G, Caprara E, Pecoraro V, Cassioli E, et al. Pregorexia: a systematic review and meta-analysis on the constructs of body image dissatisfaction and eating disturbances by gestational age in the peripartum. *Eat Weight Disord*. 2023;28(1):64. doi: 10.1007/s40519-023-01595-8
- (26) Fomicheva NS. Pregorexia: a psychotherapy strategy for eating disorders in pregnant women. *Consort Psychiatr*. 2023;4(2):111-114. doi: 10.17816/CP6642
- (27) Çiçekoğlu Öztürk P, Taştekin Ouyaba A. Prevalence and related factors of eating disorders in pregnancy: a systematic review and meta-analysis. *Arch Gynecol Obstet*. 2023; 309(2):397-411. doi: 10.1007/s00404-023-07051-3
- (28) das Neves MdC, Teixeira AA, Garcia FM, Rennó J, da Silva AG, Cantilino A, et al. Eating disorders are associated with adverse obstetric and perinatal outcomes: a systematic review. *Braz J Psychiatry*. 2022;44(2):201-214. doi: 10.1590/1516-4446-2020-1449
- (29) Levine MD, Tavernier RLE, Conlon RPK, Grace JL, Sweeny GM, Wang B, et al. Loss of control eating during pregnancy is associated with excessive gestational weight gain among individuals with overweight and obesity. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2023;23(1):340. doi: 10.1186/s12884-023-05618-1
- (30) Hormes JM. Preconception weight suppression predicts eating disorder symptoms in pregnancy. *Eur Eat Disord Rev*. 2024;32(4):633-640. doi: 10.1002/erv.3076

- (31) O'Loghlen E, Galligan R. Disordered eating in the postpartum period: Role of psychological distress, body dissatisfaction, dysfunctional maternal beliefs and self-compassion. *J Health Psychol.* 2022;27(5):1084-1098. doi: 10.1177/1359105321995940
- (32) Thompson KA, Bardone-Cone AM. Self-Oriented Body Comparison and Self-Compassion: Interactive Models of Disordered Eating Behaviors Among Postpartum Women. *Behav Ther.* 2022;53(4):751-761. doi: 10.1016/j.beth.2022.02.008
- (33) Dörsam AF, Preißl H, Micali N, Lörcher SB, Zipfel S, Giel KE. The Impact of Maternal Eating Disorders on Dietary Intake and Eating Patterns during Pregnancy: A Systematic Review. *Nutrients.* 2019;11(4):840. doi: 10.3390/nu11040840
- (34) Ante Z, Luu TM, Healy-Profitós J, He S, Taddeo D, Lo E, et al. Pregnancy outcomes in women with anorexia nervosa. *Int J Eat Disord.* 2020;53(5):403-412. doi: 10.1002/eat.23251
- (35) Popovic M, Pizzi C, Rusconi F, Gagliardi L, Galassi C, Trevisan M, et al. The role of maternal anorexia nervosa and bulimia nervosa before and during pregnancy in early childhood wheezing: Findings from the NINFEA birth cohort study. *Int J Eat Disord.* 2018;51(8):842-851. doi: 10.1002/eat.22870
- (36) Khan ZA, Lilly CL, DeFazio C, Claydon EA. "It is more isolating to patients if you aren't familiar with the resources": a pilot test of a clinician sensitivity training on eating disorders in pregnancy. *BMC Med Educ.* 2023;23(1):924. doi: 10.1186/s12909-023-04894-x
- (37) Ministerio de Sanidad [Internet]. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social - Portal Estadístico del SNS - Número de profesionales de enfermería que trabajan en el Sistema Nacional de Salud (SNS) en Atención Primaria, Atención Hospitalaria, Servicios de Urgencias y emergencias (112/061) y especialistas en formación según comunidad autónoma; [consultado el 9 de junio de 2024]. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/sanidadDatos/tablas/tabla14.htm>
- (38) Comunidad de Madrid [Internet]. Portal estadístico de personal del Servicio Madrileño de Salud; [consultado el 9 de junio de 2024]. Disponible en: <https://www.comunidad.madrid/servicios/salud/portal-estadistico-personal-servicio-madrileno-salud>

8. ANEXOS

Anexo 1: Cartel informativo sobre el proyecto educativo



Escribe tu correo y DNI

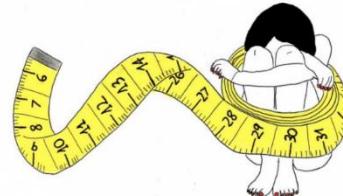


Ilustración 1. Cartel informativo. Elaboración propia.

Anexo 2: Prototipo de email con poster informativo y confirmación del curso para los asistentes.

De: formacionTCA.embarazo@gmail.es

Para: introducir correo del asistente

Asunto: Curso formativo de “TCA en embarazadas” para sanitarios.

Para inscripción definitiva al curso responder a este correo electrónico, siguiendo las siguientes pautas:

- Servicio en el que trabaja
- Especificar horarios de tarde de lunes en meses octubre-noviembre 2024 en los que tenga mayor disponibilidad.

¡Esperamos vuestra contestación!

Un saludo

TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA EN EMBARAZADAS

Curso de formación que tratará sobre TCA en el embarazo para todos los sanitarios de este centro

Sesiones

Sesión 1

- Presentación y realización pre-test
- Definición de TCA y embarazo
- Relación de los TCA con el embarazo
- Formas de desarrollo de los TCA en el embarazo
- Evaluación de los contenidos explicados en la sesión y cierre

Sesión 2

- Epidemiología de los TCA en el embarazo
- Clasificación de los TCA
- Características de los tipos de TCA en el embarazo
- Desencadenantes de los TCA en el embarazo
- Evaluación de los contenidos explicados en la sesión y cierre

Sesión 3

- Nutrición en el embarazo y su característica en los TCA
- Formas de detección de los TCA en el embarazo
- Complicaciones en el parto
- Valoración orientada al manejo de los TCA en embarazadas de forma práctica

Sesión 4

- Complicaciones en el feto en mujeres gestantes con TCA
- Complicaciones en la madre gestante con un TCA
- Valoración de los sanitarios enfocada al manejo de los TCA en embarazadas
- Evaluación de los contenidos desarrollados en el proyecto y cierre final

Más información

Núm. sesiones: 4 sesiones (octubre-noviembre 2024)

Horas: 75-90 min/sesiones

Horario: lunes, horario de tarde a determinar según disponibilidad

Impartido por médicos y enfermeros especialistas en TCA y embarazo. Colaboración con nutricionistas y psicólogos.

Se llevará a cabo en el Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Pabellón de docencia, planta 1 sala 3.

CONTACTO

formacionTCA.embarazo@gmail.es

Ilustración 2. Poster informativo. Elaboración propia

Anexo 3: Hoja de asistencia

Número de sesión:

Fecha:

Nº	NOMBRE Y APELLIDOS	DNI	FIRMA
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			

Anexo 4: pre-test y post test

EXAMEN PRE-TEST / POST-TEST

Nombre y Apellidos:

Fecha:

Instrucciones: responda a las preguntas según el nivel de conocimiento y su aproximación en una escala del 1 al 10, en la cual el 1 es conocimiento nulo, 5 es conocimiento relativo/suficiente y 10 es conocimiento total. Tras ello, responda a las preguntas de si o no.

1	¿En qué grado sabría explicar que es un TCA?	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
2	¿En qué grado conoce las estadísticas de los TCA?	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
3	¿Sabría identificar cuales son los TCA más comunes en el embarazo?	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
4	¿Sabría explicar cuales son las posibles formas de desarrollo de TCA en el embarazo?	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
5	¿Conoce lo que es la pregorexia?	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
6	¿Sabría enumerar cuales son las características de los TCA en el embarazo?	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
7	¿Conoce cuales son las comorbilidades psiquiátricas más relacionadas de los TCA en mujeres embarazadas?	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
8	¿Sabe cómo es la relación de los TCA con el IMC?	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
9	¿Sabría nombrar cuales son los desencadenantes de los TCA en mujeres embarazadas?	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
10	¿Conoce como afecta el afecto negativo en la etapa postparto en mujeres con TCA?	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
11	¿Sabría establecer que alimentos tiene que tener una dieta para una persona embarazada?	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
12	¿Podría nombrar dos consumos de drogas que están más presentes en mujeres con TCA embarazadas?	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
13	¿Conoce alguna herramienta de detección de TCA en embarazos?	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
14	¿Sabría nombrar las barreras que existen para la detección de un TCA?	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

15	¿Conoce cuales son las consecuencias en el parto de los TCA en el embarazo?	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
16	¿Sabe cómo afectan los TCA en la lactancia materna?	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
17	¿Sabría identificar las consecuencias en el feto relacionados con cada TCA en el embarazo?	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
18	¿Sabría nombrar consecuencias en el bebé a largo plazo?	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Pregunta de opinión, responda sí o no:

- a. Es común que los TCA pasen desapercibidos para los sanitarios:
- b. Es necesario hacer pruebas de detección de TCA antes de la concepción:
- c. Le ha resultado difícil este test:
- d. He encontrado información nueva que no conocía al realizar el test:

Anexo 5: Encuesta de satisfacción del curso formativo

ENCUESTA DE SATISFACCIÓN

Esta encuesta presenta una serie de ítems para valorar de manera cuantitativa varios aspectos relacionados con el curso, para así poder saber vuestra opinión y sensaciones sobre el curso, y además poder mejorar futuros proyectos. Se hará de forma anónima, por lo que se ruega sinceridad.

Instrucciones: valora el ítem con un número del 1 al 10, según esté más próximo a su opinión. Considerar que el 1 es muy insuficiente el 5 es aceptable y el 10 muy satisfactorio.

Objetivos (específicos/personales) cumplidos	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Buena comunicación entre compañeros y docentes	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Cronograma sesiones	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Tiempo de las sesiones correcto (no excesivo, ni escaso)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Lugar de reunión (Tª, colocación de las mesas/sillas, dimensiones del aula, acústica adecuada, etc)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Funcionamiento adecuado del material	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Funcionamiento adecuado del material tecnológico	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Contenido impartido – cantidad de contenido	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Se han impartidos todos los contenidos (previstos)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Técnicas y recursos didácticos correctos	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Actividades prácticas adecuadas/útiles	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Se ha sabido promover la participación del grupo	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Dinámica del grupo	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Metodología utilizada	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Actividades prácticas adecuadas/útiles	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Aprendizaje actividades prácticas	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Manera de evaluar - tipo de evaluación	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Interés sobre el tema	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Interés de las exposiciones	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Conocimientos de los docentes	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Manera de dirigir el curso	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Manera de exponer el temario	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Cercanía y predisposición a resolver cuestiones	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Impacto en el ámbito profesional	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Impacto en la labor asistencial	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Satisfacción general del curso	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Grado de recomendación	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Sugerencias y puntos fuertes sobre el curso:										

Anexo 6: Hoja de registro de dinámicas

HOJA DE REGISTRO ROLE-PLAYING

Instrucciones: escribe una X en la casilla que más se adecue, ya sea durante o después del desarrollo de la actividad. Habrá una hoja por participante. Si es necesario se puede llenar la casilla de “observaciones”.

Nombre y apellidos:

Pareja/grupo de dinámica:

Situación del role-playing:

	Excelente	Muy bueno	Mejorable	Observaciones
Se presenta correctamente				
Realiza buena anamnesis				
Realiza escalas de detección				
Identifica los síntomas				
Realiza una correcta valoración				
Manejo de la situación correcta				
Ofrece información clara y comprensible sobre su situación				
Incorpora a los familiares (si es posible) en la información y aprendizaje				
Emplea los recursos adecuados				
Tiene una buena comunicación verbal – adecuación del lenguaje				
Adecuada comunicación no verbal				
Imparte educación sanitaria				
Presenta escucha activa				
Actitud correcta/adecuada				

HOJA DE REGISTRO DE DISCUSIONES, TORMENTAS DE IDEAS Y CASO CLÍNICO-PRÁCTICO

Instrucciones: escribe una X en la casilla que más se adecue, ya sea durante o después del desarrollo de la actividad. Habrá una hoja por participante. Si es necesario se puede llenar la casilla de “observaciones”.

Nombre y apellidos:

Número de sesión:

Fecha:

	Excelente	Muy bueno	Mejorable	Observaciones
Participación activa				
Comunicación verbal				
Comunicación no verbal				
Autonomía de ideas				
Documenta sus aportaciones				
Conocimiento del tema tratado				
Voluntad de aprendizaje				
Capacidad de investigación				
Implicación en la actividad				
Desarrollo de un debate constructivo				
Asertividad				
Escucha activa				
Actitud cooperativa				
Respeto al resto de compañeros				
Fomenta colaboración				

Anexo 7: Modelo de email tras el curso con examen post-test adjuntado.

De: formacionTCA.embarazo@gmail.es

Para: introducir correo del asistente

Asunto: Examen post-test.

Buenos días,

esperamos que estéis muy bien y utilizando todo lo aprendido en el curso en vuestra labor sanitaria. Os contactamos para qué podáis realizar el examen tipo test para finalizar con la evaluación del curso y poder observar el impacto de este proyecto y, si además podéis refrescar algunos conceptos mejor!. Tras realizarlo, os pedimos que lo mandéis a este correo, con fecha hasta el 25 de febrero de 2025.

El examen esta adjuntado en el correo.

Esperamos vuestra respuesta.

Un saludo.

Docentes proyecto educativo “TCA en el embarazo”.

POST-TEST SOBRE EL CURSO DE FORMACIÓN DE “TCA EN EL EMBARAZO”

Nombre y Apellidos:

Fecha:

Instrucciones: rodea la respuesta correcta.

1. Los TCA más comunes son:

- a. Anorexia Nerviosa, Bulimia Nerviosa y Trastorno por atracón
- b. Anorexia Nerviosa, Bulimia Nerviosa, y PICA
- c. Anorexia Nerviosa, PICA y Trastorno por atracón

2. Los TCA están presentes con más frecuencia en:

- a. Los hombres adolescentes
- b. Las mujeres en etapa fértil
- c. No puede ocurrir en mujeres durante su embarazo

3. Señale la correcta:

- a. Es imposible quedarse embarazada teniendo un TCA
- b. Es posible quedarse embarazo teniendo un TCA
- c. Las mujeres con TCA presentan una proporción menor de embarazos no deseados

4. Con respecto al IMC:

- a. Los TCA no tienen efecto sobre él
- b. Antes de gestar en un extremo se encuentra el IMC bajo asociado a patologías como la BN
- c. El IMC previo de la madre influye en el incremento de peso en el embarazo

5. Sobre le desarrollo de los TCA en el embarazo:

- a. Carecer de algunos de los micronutrientes como el folato y los ácidos grasos omega-3 u omega-6 está asociado con defectos en el tubo neuronal.
- b. Composición y producción de la leche materna está influida por la alimentación de la madre en el periodo de lactancia y por las reservas de nutrientes del tejido adiposo de esta.
- c. Las probabilidades de fumar en el embarazo tienen un porcentaje más alto en las mujeres sin TCA en comparación con mujeres con AN.

6. Señale la incorrecta: la pregorexia:

- a. Es un TCA en el cual se tiene un miedo extremo a engordar en el periodo de gestación.
- b. Tiene característica como intentar compensar los cambios en la fisiología del embarazo como la imagen corporal disminuyendo la ingesta de calorías o incrementando la actividad física.
- c. No ocurre en el periodo de embarazo

7. Señale la incorrecta:

- a. La purga, el trastorno bipolar y la ansiedad, acompañadas habitualmente por una preocupación desmedida por subir de peso, son las comorbilidades más comunes.
- b. Las mujeres embarazadas que sufren TCA tiene estimaciones el 5'1% y el 7'5%.
- c. Los trastornos alimentarios se relacionan con una simultaneidad superior de afecciones psiquiátricas.

8. Las mujeres embarazadas con AN, señale la correcta:

- a. Tienen el mismo perfil de complicaciones del embarazo en comparación con las mujeres desnutridas y las mujeres en situación de inanición.
- b. La fertilidad de mujeres con AN no cambia del resto de población, siendo la edad media más pequeña y con un riesgo mayor.
- c. Tienen un IMC previo mayor, teniendo antes del embarazo un peso mayor.

9. Relacionado con los desencadenantes, la respuesta correcta es:

- a. Uno puede ser la “pérdida de control”, pues se vive como una amenaza al sentimiento de control sobre la vida.
- b. Nunca hay desencadenantes.
- c. No son desencadenantes la baja autoestima, el alto nivel de dependencia, el perfeccionismo, y el entorno familiar crítico.

10. En la dieta de mujeres con TCA:

- a. Las madres con TCA presentan un consumo de cafeína superior.
- b. Las madres con TCA en el embarazo presentan probabilidades de consumo de tabaco menor.
- c. Las mujeres con TCA tienen posibilidades menores de ser vegetarianas, ya que ingieren más productos de soja, alimentos de origen vegetal, legumbres, y menos carne.

11. La detección de los TCA en mujeres embarazadas:

- a. Las características de la herramienta PEBS son: rapidez, tiempo inferior a cinco minutos, son doce preguntas, se puede utilizar con los TCA más comunes de la gestación.
- b. La utilización de PEBS, permite identificar a mujeres con un riesgo menor de un posible TCA, y que no haya que derivar a profesionales de la salud de diferentes especialidades como salud mental, médicos y dietistas.
- c. Para la detección de los TCA no existen barreras.

12. Señala la respuesta correcta:

- a. Los trastornos de la conducta alimentaria no repercuten en la formación, el crecimiento y el nacimiento.
- b. Las mujeres con trastornos alimentarios activos o previos, independientemente del subtipo, pueden necesitar una mayor vigilancia en la atención prenatal y del parto.
- c. El riesgo de hiperemesis disminuye en la BN, AN y EDNOS.

13. Señala la respuesta incorrecta:

- a. En mujeres con AN, existe una prevalencia más alta de edema, hipertensión, hipotensión, hipotermia, abortos espontáneos, partos prematuros, y cesáreas.
- b. Los TCA se han asociado con consecuencias positivas de salud en mujeres en etapa posparto.
- c. Las mujeres con TCA de cualquier subtipo, tuvieron más vivencias adversas y problemas emocionales en la lactancia, lo que resulta complicado para la madre y el niño.

14. Respecto al feto, señale la incorrecta:

- a. La BN, se relaciona de forma positiva con bebés con microcefalia, pequeños para la edad gestacional, aborto espontáneo, puntuación APGAR baja al minuto 1, y parto prematuro.
- b. Un TCA en la madre, independientemente del subtipo, se relaciona con el trastorno por déficit de atención/hiperactividad (TDAH) y del espectro autista (TEA).
- c. No hay asociaciones entre los trastornos alimentarios maternos y las sibilancias en los hijos, que sugieren resultados respiratorios adversos a largo plazo.

Pregunta de opinión, responda si o no:

- a. ¿Estas semanas has puesto en práctica lo aprendido?:
- b. ¿Has sabido poner en práctica lo aprendido?:
- c. ¿Desde el curso eres más consciente de la existencia o desarrollo de estos trastornos?:
- d. ¿Le ha resultado difícil este test?:
- e. ¿He encontrado información nueva que no conocía al realizar el test?:

Tabla de respuesta correctas

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
a	b	b	c	c	c	a	b	a	a	a	b	b	c

Anexo 8: Tablas resumen de las sesiones formativa del proyecto.

SESIÓN 1			
OBJETIVOS:			
CONTENIDOS	MÉTODOS	RECURSOS	TIEMPO
Presentación del grupo, los docentes y de los objetivos y contenidos y realización pre-test	Presentación en ronda grupal Exposición oral	Humanos: • Docente profesional de Enfermería y Medicina • Profesionales sanitarios/participantes	10-15 minutos
Definir que son los TCA	Tormenta de ideas Técnica expositiva		15 min.
Relación de los TCA con el embarazo	Técnica expositiva	• Ordenador, presentación, proyector • Pre-test (anexo 4) y bolígrafos. • Pizarra y material correspondiente	15 min.
Formas de desarrollo de los TCA en el embarazo	Exposición oral Técnica de análisis: análisis de textos	• Frases sobre desarrollo del TCA, y móvil individual o por parejas.	20-25 min.
Evaluación de los contenidos explicados en la sesión y cierre	Kahoot Exposición oral		15 min.

SESIÓN 2

OBJETIVOS:

- Comparar los datos de comorbilidad y prevalencia relacionados con los TCA en el embarazo.
- Identificar los tipos de TCA que existen.
- Describir las características de los tipos de TCA en el embarazo.
- Analizar los desencadenantes de los TCA mujeres embarazadas.

CONTENIDOS	MÉTODOS	RECURSOS	TIEMPO
Epidemiología de los TCA en el embarazo	Exposición oral con discusión al finalizar	Humanos: • Docente profesional de Enfermería, Psicología y Medicina • Profesionales sanitarios/participantes	15-20 min
Clasificación de los TCA	Exposición oral		15-20 min.
Características de los tipos de TCA en el embarazo	Frases incompletas Exposición oral y discusión final	Materiales: • Ordenador, presentación y proyector, pizarra y su material correspondiente. • Papel y bolígrafo,	15-20 min.
Desencadenantes de los TCA en el embarazo	Exposición oral con lección participativa		15-20 min.
Evaluación de los contenidos explicados en la sesión y cierre	Caso clínico-práctico Puesta en común con discusión al final.		25-30 min

SESIÓN 3

OBJETIVOS:

- Explicar la nutrición en el embarazo y sus características en los TCA y realizar una dieta adaptada para una mujer embarazada.
- Analizar las diferentes formas de detección de los TCA en la gestación.
- Explicar las complicaciones en el parto
- Realizar un manejo/primer contacto con una gestante con TCA.

CONTENIDOS	MÉTODOS	RECURSOS	TIEMPO
Nutrición en el embarazo y sus características en los TCA	Actividad de foto-palabra Exposición oral	Humanos: • Docente profesional de Enfermería y Nutricionista • Profesionales sanitarios	20 min.
Formas de detección de los TCA en el embarazo	Lección participativa Exposición oral	Material: • Ordenador, presentación, proyector • Móvil de los participantes.	20 min.
Complicaciones en el parto en mujeres embarazadas con TCA	Exposición oral	• Material de caracterización (si fuese necesario)	15 min
Valoración orientada al manejo de los TCA en embarazos de forma práctica	Simulaciones o rol playing Debriefing		30 min

SESIÓN 4

OBJETIVOS:

- Enumerar las complicaciones en el feto en mujeres gestantes con TCA.
- Describir las complicaciones de una mujer embarazada con un TCA.
- Practicar sobre cómo manejar la situación de una mujer embarazada con un TCA.

CONTENIDOS	MÉTODOS	RECURSOS	TIEMPO
Complicaciones en el feto en mujeres gestantes con TCA	Exposición oral Video con discusión	Humanos: • Docente profesional de Enfermería y Medicina • Profesionales sanitarios/participantes	15-20 min.
Complicaciones en la madre gestante con un TCA	Exposición oral y discusión al finalizar		15-20 min.
Valoración de los sanitarios orientado al manejo de los TCA en embarazos	Breve exposición oral de lo aprendido Frases incompletas (por parejas)	Materiales • Ordenador, presentación, proyector y video. • Pizarra, su material correspondiente • Papel y bolígrafo	25 min.
Evaluación de los contenidos desarrollados en el proyecto y cierre final	Post-test (anexo 4) Encuesta de satisfacción (anexo 5)		15-20 min.

Anexo 9: Papeles con frases dichas por mujeres con TCA para actividad sesión 1

“Me pesaba mucho....fue muy difícil los primeros 3 meses....cuando quedé embarazada lo odié (pausa larga); primero porque me sentía gorda y luego porque la ropa dejó de quedarme bien. Simplemente te hace sentir peor. Me sentí absolutamente grotesco”

“Esas voces molestas y siempre presentes en mi cabeza que me decían que estaba gorda eran una batalla constante para mí... Después de eso, fue una lucha constante tratar de tener algo de control sobre mi cuerpo y mi peso...”.

“...mis senos cambiaron primero y automáticamente pensé 'oh Dios, estoy engordando'. Fueron los primeros tres meses, ya sabes, cuando tu cuerpo comienza a cambiar, pero no lo suficiente como para parecer embarazada. Entonces parece que estás engordando en lugar de estar embarazada. Entonces esa parte fue difícil, emocionalmente”

“... Tuve dificultades, ya sabes, para lidiar con el aumento de peso, entre no compararlo y sentirme incómoda con ello, pero también sabiendo que tenía que suceder para tener bebés sanos, así que fue una especie de lucha constante”

“Yo era una auténtica fanática de mi dieta, de la ingesta de grasas y del ejercicio antes de quedar embarazada, y esto continuó un poco durante mi embarazo, pero nuevamente, tuve que permitirme ganar peso”

“No gané peso durante los primeros cinco meses y luego mi médico se preocupó mucho, así que comencé a comer y gané xx libras en los últimos tres meses. De hecho, me encantaba ganar peso, de verdad”

“No lo hago (como más) por mí, entiendes, pero tengo que hacerlo para que el bebé esté bien”

“Creo que la parte más difícil es después de haber tenido al bebé y aceptar ese nuevo cuerpo, ya sabes, cuando todavía pareces estar embarazada. Probablemente tuve más casos de atracones y purgas justo después de que nació el bebé debido a la falta de sueño y también a la sensación de que, bueno, el bebé ya no está dentro de mí, ya sabes, en realidad no le estoy haciendo daño al bebé si lo hago”

“No pude amamantar. Simplemente no pude. Estaba desesperada por deshacerme del peso”

“Ciertamente sentí una falta de... comunicación entre la atención psiquiátrica y la atención de maternidad y necesitaba algún tipo de, no tiene que ser una partera especializada, sino simplemente alguien que pueda cruzar barreras y ayudarla a transitar el embarazo desde ambas perspectivas y no sólo uno o el otro”

“Me había faltado un período, pero realmente no pensé mucho en eso porque... eso era normal para mí y entonces... me hice una prueba de embarazo y salió positiva y fue probablemente el momento más trascendental de mi vida”

“Siempre he sido una persona que tenía planes y reglas para todo. Tal como planeé mi embarazo”

“Ser madre me da un pequeño descanso de todos estos pensamientos sobre la comida y el ejercicio, y ahora este ejercicio y la conciencia de lo que puedo comer finalmente tiene sentido. Después de todo, ahora tengo que mantenerme sano y en forma para otra persona”.

“No puedo concentrarme en el niño inmediatamente después de comer. Me vuelvo completamente distante”

