

Trabajo Fin de Grado

Título:

***Detección e intervención de enfermería en los
Trastornos de la Conducta Alimentaria en el
embarazo.***

Alumno: Imena Mayte Kellinger Turcu

Director: Soledad Ferreras Mencía

Madrid, mayo de 2024

ÍNDICE

RESUMEN.....	7
ABSTRACT	9
PRESENTACIÓN	11
ESTADO DE LA CUESTIÓN	13
1. INTRODUCCIÓN	14
2. NUTRICIÓN EN EL EMBARAZO	14
3. CAMBIOS FISIOLÓGICOS EN EL APARATO DIGESTIVO EN EL EMBARAZO	15
4. TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA.....	16
4.1 <i>Anorexia Nerviosa</i>	17
4.1.1 Sintomatología.....	17
4.2 <i>Bulimia Nerviosa</i>	18
4.2.1 Sintomatología	18
4.3 <i>Trastorno por atracón</i>	19
4.3.1 Sintomatología	19
5. PREVALENCIA DE LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA EN EL EMBARAZO	20
6. FACTORES DE RIESGO.....	21
7. EFECTO DE LOS TRASTORNOS ALIMENTICIOS	23
7.1 <i>Afectación en la fertilidad</i>	24
7.2 <i>Efectos en la salud materna</i>	24
7.3 <i>Efectos sobre la salud del feto</i>	26
JUSTIFICACIÓN	29
PROYECTO DE INVESTIGACIÓN	31
1. OBJETIVOS	31
1.1 <i>Objetivos generales</i>	31

1.2	<i>Objetivos específicos</i>	31
2.	HIPÓTESIS	32
3.	DISEÑO DE INVESTIGACIÓN	32
4.	PARTICIPANTES	33
4.1	<i>Criterios de inclusión</i>	33
4.2	<i>Criterios de exclusión</i>	33
5.	REVISIÓN DE INSTRUMENTOS	34
6.	VARIABLES.....	38
7.	RECOGIDA DE DATOS	40
8.	INTERVENCIÓN	41
8.1	<i>Intervención con un caso</i>	42
8.2	<i>Cronograma caso</i>	47
9.	CRONOGRAMA	47
10.	ANÁLISIS DE DATOS.....	47
11.	ASPECTOS ÉTICOS	49
12.	LIMITACIONES.....	49
GLOSARIO DE ABREVIATURAS		51
BIBLIOGRAFÍA		53
ANEXOS		59
ANEXO I.....	59	
ANEXO II.....	62	
ANEXO III.....	64	
ANEXO IV	65	
ANEXO V	67	
ANEXO VI	72	

ANEXO VIII	73
ANEXO IX	75
ANEXO X	76

Resumen

Los Trastornos de la Conducta Alimentaria son un grupo de enfermedades de gran prevalencia en mujeres en edad fértil y que en muchas ocasiones pueden llegar a pasar desapercibidos. Durante el embarazo, al ser un periodo en el que la mujer sufre muchos cambios a nivel psicológico y fisiológico, estos problemas pueden aparecer con más facilidad, sobre todo, en aquellas mujeres que ya presentan sintomatología o han tenido pensamientos que puedan afectar a su conducta alimenticia. De esta forma, la presencia de un TCA en el embarazo podría desencadenar efectos no deseados tanto a la madre como al feto.

El **objetivo principal** es recoger datos de todas las mujeres embarazadas que se encuentren en el primer trimestre de embarazo que presenten riesgo de desarrollar un TCA en el embarazo e intervenir en aquellas que muestren riesgo para evitar que el trastorno se establezca.

La **metodología** que se va a emplear consta de dos partes: una parte se basará en un estudio observacional transversal descriptivo, que recogerá diferentes variables que se analizarán posteriormente para poder realizar la segunda parte, la cual se basará en un estudio cuasiexperimental. Para esta parte del estudio, se hará una selección de forma no aleatoria de las mujeres embarazadas que, tras la recogida de datos anterior, presentan riesgo de sufrir un TCA en el embarazo e intervenir con ellas a través de la sensibilización con ecografías cada mes.

Palabras clave: trastornos conducta alimentaria, valoración trastornos conducta alimentaria, embarazo, intervención enfermería.

Abstract

Eating Disorders are a group of diseases that are highly prevalent in women of reproductive age and can often go unnoticed. During pregnancy, being a period in which women undergo many psychological and physiological changes, these problems can appear more easily, especially in those women who already have symptoms or have had thoughts that may affect their eating behavior. For that reason, the presence of an EDD in pregnancy could trigger unwanted effects on both the mother and the fetus.

The **main objective** is to collect data on all pregnant women in the first trimester of pregnancy who are at risk of developing an Eating Disorder in pregnancy and to intervene in those at risk to prevent the disorder from becoming established.

The **methodology** to be used consists of two parts: one part will be based on a descriptive cross-sectional observational study, which will collect different variables that will be analyzed later in order to carry out the second part, which will be based on a quasi-experimental study. For this part of the study, a non-random selection will be made of pregnant women who, after the previous data collection, present a risk of suffering an EDD during pregnancy and to intervene with them by raising awareness through ultrasound scans every month.

Key words: eating disorders, eating disorders assessment, pregnancy, nurse intervention.

Presentación

El tema que he elegido para mi Trabajo de Fin de Grado es la relación que tienen los Trastornos de la Conducta Alimentaria en el embarazo, de manera que estos agraven o creen nuevas complicaciones diferentes a las que se suelen dar en un embarazo con un progreso normal, ya que en muchos casos estas enfermedades mentales pasan desapercibidas en mujeres embarazadas, pudiendo perjudicar la salud tanto del feto como su propia salud física y psicológica.

He querido profundizar en este tema dado que, desde que entré en la carrera, tenía un especial interés tanto en temas relacionados con la maternidad como en la salud mental, de forma que con este tema he podido mezclar ambos y hacer un proyecto de investigación muy interesante para mi.

También, he decidido trabajar con los Trastornos de la Conducta Alimentaria por el hecho de que he tenido contacto con varias personas que han sufrido alguno de estos trastornos y me han servido de gran inspiración al crearme un gran interés sobre ellos y que es lo que causa cada uno en la vida de las personas y su tratamiento. Y, me pareció interesante poder llevarlo al ámbito de la maternidad porque creo que es una de las etapas en la que las mujeres deben cuidarse más que nunca, ya no sólo por ellas, sino por sus futuros recién nacidos, puesto que pueden poner en peligro ambas vidas a causa de una enfermedad mental no detectada y no tratada.

Finalmente, quería hacer una puntualización y agradecer a mis padres y mi abuela por confiar en mi durante el transcurso del grado y darme la oportunidad de poder cumplir mi sueño; a mi abuelo por ser mi referente en todo momento y ser mi razón por la que decidí que esta iba a ser mi profesión de por vida; y, por último, a todas las mujeres que luchan con cualquier tipo de problema alimenticio, ya sea en silencio o que estén ya en tratamiento.

Estado de la Cuestión

Para realizar mi Trabajo de Fin de Grado (TFG) he hecho una búsqueda en las bases de datos de Pubmed, Google Académico, Dialnet, EBSCO y otras fuentes bibliográficas, siguiendo una serie de términos que se pueden observar en la Figura 1. Para encontrar la información necesaria he seguido una serie de combinaciones diferentes, en función de la información que quería encontrar, siempre con el uso del operador booleano AND.

Término Propio	Término DeCS	Término MeSH
Trastornos Alimenticios.	Trastornos de Alimentación y de la Ingesta de Alimentos.	Feeding and eating disorders.
Anorexia Nerviosa.	Anorexia Nerviosa.	Anorexia Nervosa.
Bulimia Nerviosa.	Bulimia Nerviosa.	Bulimia Nervosa.
Embarazo.	Embarazo.	Pregnancy.
Complicaciones en el embarazo.	Complicaciones del Embarazo.	Pregnancy complications.

Figura 1. Términos DeSC y MeSH usados para búsqueda bibliográfica.

1. Introducción

El embarazo es una etapa en la que la mujer experimenta una serie de cambios físicos, psíquicos y fisiológicos, que deberá aceptar y afrontar, teniendo en cuenta que deberá adoptar nuevas actitudes en su vida diaria.

En esta etapa, la alimentación es algo imprescindible que la mujer debe tener bajo control, manteniendo una nutrición sana y equilibrada, tomando la cantidad de nutrientes suficientes para que, tanto ella como el feto, tengan un desarrollo saludable durante el proceso del embarazo. Lo más importante en este proceso es saber adaptar la alimentación de forma que se cubran todas las necesidades nutricionales que el feto requiera para su correcto desarrollo en cada trimestre, siendo el primero el que más requerimiento nutricional abarca. Además, se deberán tomar suplementos de vitaminas y minerales en los casos que sea necesario por falta de los mismos.

2. Nutrición en el embarazo

En la etapa del embarazo, las mujeres subirán de peso entre 8-12 kg de forma gradual, buscando que el feto llegue a un peso de 1 kg en el primer semestre y hasta 4 kg al finalizar el último trimestre (1). En todo este proceso, se deben cumplimentar unas necesidades específicas de la madre y el feto, no debiéndose de ingerir una cantidad menor de 1000 calorías diarias. Si fuese así, provocaría la formación de cuerpos cetónicos tóxicos para ambos, por lo que, es esencial realizar analíticas de orina con frecuencia para comprobar la presencia de cetonas en la orina.

Es muy importante que este proceso nutricional este bajo supervisión de un nutricionista y que, en colaboración con la mujer embarazada, elijan un menú siguiendo las preferencias de la misma para facilitar su acoplamiento a las recomendaciones nutricionales. Una ingesta calórica menos de la esperada puede llegar a provocar que el recién nacido nazca con un peso hasta 550gr menor del que debería.

En aquellos casos en los que las restricciones en la dieta sean muy severas, existe la opción de ingresar a estas mujeres y alimentarlas con NTP, haciendo un seguimiento riguroso por se soluciones muy bajas en fosfato, lo que provocaría alteraciones en la curva de la oxihemoglobina, disminuyendo la liberación de oxígeno a los tejidos.

Por otro lado, un cambio brusco en la forma de alimentarse junto a un aumento de peso excesivamente rápido puede llegar a provocar grandes problemas cardiovasculares que afectarán la irrigación al feto (2).

3. Cambios Fisiológicos en el Aparato Digestivo en el Embarazo

El embarazo es un proceso que implica diversos cambios tanto a nivel fisiológico como psicológico, pero en este caso me voy a centrar en los cambios fisiológicos en el aparato digestivo. En la Figura 2 podemos observar los cambios fisiológicos más frecuentes en las mujeres embarazadas. Estos cambios se dan por la acción de diferentes hormonas como la gonadotropina coriónica humana (HCG) que provoca las náuseas y vómitos; o la progesterona, causante de la disminución de la motilidad intestinal enlenteciendo el tránsito y provocando estreñimiento. También se dan a causa del desplazamiento del lugar habitual del estómago por el crecimiento del útero, que hace que todos los órganos de alrededor se tengan que recolocar para permitir su correcto desarrollo (1).

En cuanto al apetito, normalmente con el avance del embarazo este mismo se ve aumentado, siendo de vital control el peso de las pacientes para comprobar que ha subido de peso dentro de los rangos esperados. Para ello, siguiendo las indicaciones de la Tabla 1, deberemos tener en cuenta del Índice de Masa Corporal (IMC) que la mujer tuviese previo al embarazo para hacer una subestimación aproximada de cual sería el peso máximo que ésta debe haber ganado al finalizar el embarazo, siendo el IMC calculado multiplicando el peso por la altura al cuadrado (3,4).

CAMBIOS FISIOLÓGICOS DEL APARATO DIGESTIVO	Aumento o disminución apetito.
	Aparición de antojos y cambios en los gustos alimenticios
	Náuseas y vómitos
	Pirosis o ardores.
	Sangrado de las encías y gingivitis.
	Estreñimiento.

Figura 2. Cambios fisiológicos en el aparato digestivo en mujeres embarazadas. Elaboración propia en base a bibliografía (1).

IMC PRECONCEPCIONAL	GANANCIA DE PESO (KG)
BAJO PESO (<18,5)	12-18 KG
NORMOPESO (18,5-24,5)	11,5-16 KG
SOBREPESO (24,6-29,9)	7-11,5 KG
OBESIDAD TIPO I,II,III (>30)	<7 KG

Tabla 1. Ganancia de peso esperada en mujeres embarazadas según IMC. Elaboración propia en base a bibliografía (3,4).

4. Trastornos de la Conducta Alimentaria.

Los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) son un grupo de enfermedades que se basan en cambios en la alimentación y el comportamiento que tenga una persona a la hora de alimentarse, que conlleva el deterioro de la salud física de la persona o del funcionamiento psicosocial (5).

Existen diferentes tipos de trastornos, pero los más comunes entre la población son la Anorexia Nerviosa, la Bulimia Nerviosa y los Trastornos por Atracón.

4.1 Anorexia Nerviosa

Se trata de un trastorno psiquiátrico caracterizado por una percepción irreal del tamaño o forma del propio cuerpo de una persona, que le produce insatisfacción, de forma que se desencadena un miedo irracional a la ganancia de peso. Para ello, siguen una serie de conductas basada en dietas estrictas con restricción de alimentos y en la realización de una actividad física excesiva, pasando los límites de la misma persona y con actividades perjudiciales para su edad (6).

Estos pacientes tener una percepción de su cuerpo diferente a la real, viéndose con más peso del real o, pueden ser conscientes de su bajo peso, pero sentirse cómodos y satisfechos con su figura.

La AN puede clasificarse en 2 tipos: de tipo restrictivo, en la que los pacientes realizan dietas muy restringidas, ayunos prolongados y ejercicio excesivo; o de tipo atracones/purgativo, en el que los pacientes presentan episodios de atracón y, posteriormente, usan diferentes técnicas purgativas para eliminar el exceso de alimento (laxantes, vómitos, diuréticos...) (5).

4.1.1 Sintomatología

Como se puede observar en la Figura 3, clasifico los síntomas de esta enfermedad en un cuadro comparativo con los otros dos tipos de TCA en los que me enfoco (5).

Profundizando un poco en la sintomatología de estos pacientes, el principal problema es que son pacientes que tienen una percepción alterada de su imagen corporal, es decir, tienen una idea del tamaño y la forma de su cuerpo que no es la real, lo cual les crea sentimientos negativos (6).

A raíz de esta percepción errónea de su cuerpo, nuestros pacientes adoptan unos comportamientos específicos en sus dietas, muchas de estas se basan en la toma de alimentos que ellos consideran “sanos” como frutas, verduras, hortalizas... Y se dedican a hacer distinciones entre alimentos buenos y malos bajo su criterio. Además, en cada comida se preparan raciones pequeñas y comen a un ritmo más lento de lo normal y dando pequeños, para conseguir esa sensación de saciedad antes. Incluso, por cada comida hacen un recuento de las calorías, cerciorándose de que no toman más de lo que se tienen permitido, pudiendo llegar hasta a no beber líquidos por evitar

engordar.

Por último, estas pacientes desarrollan una obsesión por el control de su peso, de forma que comprueban si han aumentado o bajado de peso varias veces al día, viéndose afectado su estado anímico en función de lo que la báscula muestre. Esto hace que se obsesione con el ejercicio físico como alternativa para no subir de peso o para evadirse de otros problemas mentales como la ansiedad y la depresión, que pueden estar directamente relacionados con el peso. Entre un 30-80% de los pacientes con AN son considerados como hiperactivos, siendo incapaces de mantenerse quietos durante un tiempo prolongado (6).

4.2 Bulimia Nerviosa

Similar a la AN, también es un trastorno psiquiátrico en el que los pacientes tienen miedo a engordar por una percepción irreal de su forma y peso corporal.

En cuanto a la actitud de estas personas, también llevan a cabo dietas muy estrictas con ayunos muy prolongados en el tiempo. Sin embargo, presentan episodios de atracón entre estos ayunos en los que sufren perdidas de control a la hora de tomar alimentos, acompañados después de técnicas purgativas como forma de compensar los atracones.

Al contrario que en la AN, estos pacientes suelen estar en rangos de peso dentro de la normalidad, con casos excepcionales de sobrepeso o infrapeso (5).

4.2.1 Sintomatología

Al igual que en la clínica de la AN, podemos ver en la Figura 3 la sintomatología más frecuente en pacientes con BN.

Lo más destacable en estos pacientes es esa actitud “automática” que adoptan de que, tras cada atracón o, incluso, después de una comida normal que realicen, si se pasan de la cantidad que se tienen permitida, llevan a cabo comportamientos compensatorios con técnicas purgativas como las que previamente se han mencionado en la AN. Esta rutina que incorporan en sus vidas puede darse desde 1 vez a la semana hasta varias veces al día (6).

SÍNTOMAS	ANOREXIA NERIVOSA	BULIMIA NERVIOSA
DIETAS CON RESTRICCIÓN DE ALIMENTOS	✓	✓
ATRACONES	✓	✓
USO DE TÉCNICAS PURGATIVAS	✓	✓
ALTERACIÓN IMAGEN CORPORAL	✓	✓
CAMBIOS EN EL PESO	✓	
CONTROL PESO Y EJERCICIO		
AYUNOS PROLOMGADOS	✓	

Figura 3. Cuadro comparativo de la clínica de la Anorexia Nerviosa y la Bulimia Nerviosa.

4.3 Trastorno por atracón

Este trastorno de la conducta alimentaria se basa en la ingesta, en un periodo relativamente corto de tiempo, de cantidades copiosas de comida que sobrepasan los límites que una persona sería capaz de ingerir. Además de sentir un descontrol en relación con la cantidad de comida que se ingiere (5).

A diferencia de los anteriores trastornos, en este los pacientes no compensan estos atracones con técnicas purgativas.

4.3.1 Sintomatología

La clínica de este trastorno es muy sencilla, ya que, prácticamente, se basan en atracones de forma descontrolada de cantidades excesivas de alimentos en un periodo de tiempo en el que de normal no serían capaces de ingerir tales cantidades. Algo que cabe mencionar es que suelen darse estos episodios de atracón en situaciones en las que no presentan la sensación de hambre o lo llevan a cabo tras una comida. En muchos casos, los episodios pueden verse relacionados con otros tipos de trastornos como la depresión y/o la ansiedad, siendo una vía de escape para relajar sus sentimientos (6).

5. Prevalencia de los Trastornos de la Conducta Alimentaria en el Embarazo

Los Trastornos Alimenticios afectan en la gran mayoría a mujeres que se encuentran en edad fértil, destacando en aquellas que comprenden una edad entre 15 y 35 años, de forma que existe una alta probabilidad de que las mujeres sufran algún tipo de TCA en el embarazo. Aunque, estos pueden pasar desapercibidos, sobre todo, aquellos que se caracterizan por la pérdida de peso, ya que, la mayoría de las complicaciones que se suelen dar en el embarazo están asociadas a la ganancia de peso. Con lo cual, los casos de malnutrición y pérdida de peso se ignoran, pudiendo conllevar una mala praxis por no tener en cuenta factores esenciales, como es la nutrición, a la hora de que se den enfermedades y problemas en el embarazo.

Sin embargo, con el paso de los años, los casos de TCA en el embarazo se han ido visibilizando cada vez más, afectando a un porcentaje de entre 4,3 y 7,5% de las embarazadas (7-9). Como se puede observar en el Gráfico 1, los trastornos más frecuentes son la Anorexia Nerviosa, la Bulimia Nerviosa y los Trastornos por Atracón, siendo los casos de TA los que mayor prevalencia tienen a comparación con la AN y la BN que tienen una menor prevalencia entre las mujeres embarazadas (10,11).

Un estudio realizado en el Hospital Universitario de Aarhus en Dinamarca reveló que las primeras 20 semanas del embarazo son cruciales para desencadenar este tipo de trastornos. Ciento es, que el estudio se llevó a cabo con mujeres que previamente habían sufrido algún tipo de TCA previamente y que llevaban en remisión más de 6 meses. Pero de todas las participantes, hasta un 24,6% mostraron volver a tener síntomas y comportamientos anormales en su alimentación, considerando su recaída (7).

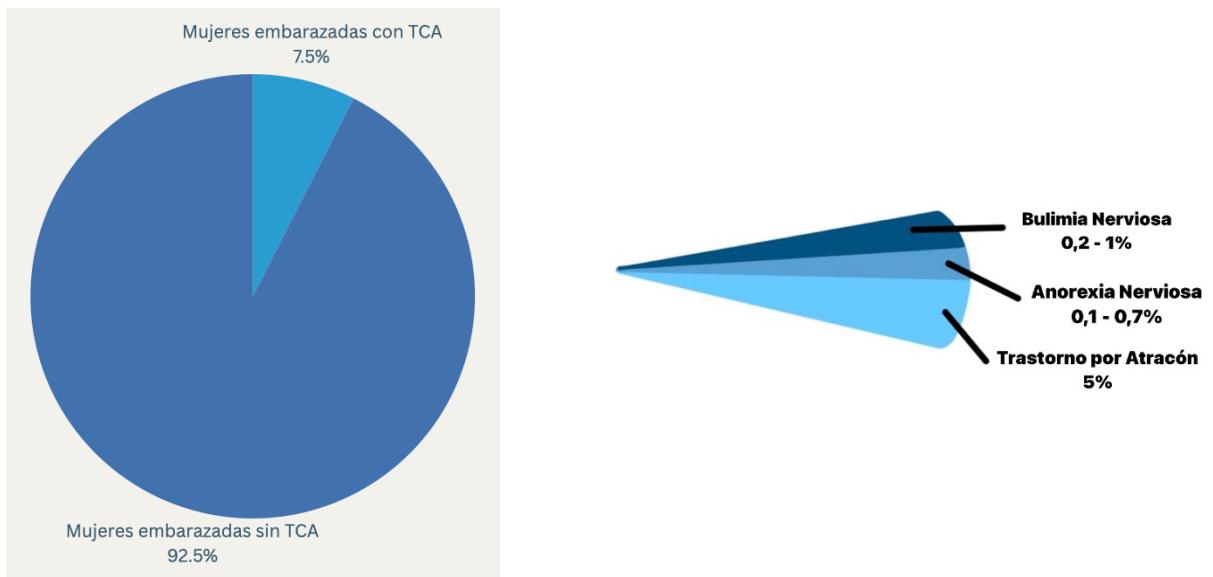


Gráfico 1. Prevalencia de los TCA en embarazo. Elaboración propia basada en bibliografía (7-10).

Con el paso del tiempo y el aumento de la visibilización de los trastornos alimenticios, se empezó a usar un término conocido como pregorexia, que se usa para definir aquellos casos en los que se da un miedo irracional por aumentar de peso durante el embarazo, adoptando conductas que coinciden con los trastornos tanto de Anorexia Nerviosa como de Bulimia Nerviosa durante el embarazo. Estas conductas pueden existir desde antes de concebir el embarazo como que pueden aparecer por primera vez en el mismo. Sin embargo, este término no está aceptado oficialmente, pero cada vez está más en uso por los expertos (12-14).

6. Factores de riesgo

Existen diferentes factores que pueden considerarse como un riesgo de padecer algún tipo de TCA en el embarazo. El principal factor de riesgo es la presencia de antecedentes personales de algún trastorno previo al embarazo, de tal forma que las que más peligro tienen de sufrir una recaída son aquellas que están en remisión, pero no han recibido un buen tratamiento, o en el momento presente del embarazo padece de algún trastorno alimenticio. Es más, aquellas mujeres que ya tenían pensamientos de insatisfacción acerca de su cuerpo tienen casi más riesgo de desarrollar un TCA durante el embarazo que aquellas que ya lo han sufrido.

En la mayoría de los casos, los TCA se desarrollan por una severa obsesión con la apariencia física, siendo las mujeres las que, usualmente, más sienten esta presión por mantener una buena figura siguiendo los estándares de la belleza que han sido

aceptados en la sociedad, los cuales cada vez se alejan más de la realidad. Un estudio de Coker y Abraham analizó la posibilidad de que esta insatisfacción por la propia figura de uno mismo se pronunciaba más en el embarazo o mejoraba. Llegaron a la conclusión de que aquellas mujeres que ya presentaban problemas alimenticios previos no empeoraban su insatisfacción por su imagen corporal, de hecho, observaron una mejoría hasta 12 meses tras el parto. Por el contrario, las que previamente no presentaban ningún desorden alimenticio si tienen una tendencia a empeorar esa insatisfacción durante el embarazo, manteniéndose hasta 6 meses tras el parto (15,16).

Por otro lado, el embarazo en sí podría considerarse un factor de riesgo, por el hecho de que, es un periodo que implica muchos cambios hormonales que afectan al estado anímico de las mujeres, desencadenado otro tipo de problemas psicológicos como es el caso de la ansiedad. Esto conlleva que muchas de ellas sufran cambios en su comportamiento con alimentación a causa de un aumento o una disminución de su apetito relacionado con los problemas a nivel psicológico que se desarrollan (14).

También, los cambios a nivel digestivo pueden incentivar el desarrollo de un TCA en el embarazo. Uno de los problemas que las mujeres embarazadas sufren es la hiperémesis gravídica, definida como un cuadro clínico en el cual la mujer presenta náuseas y vómitos en un grado mayor de gravedad a lo normal. Varios estudios encontraron una correlación entre la hiperémesis gravídica y la aparición de un TCA, a partir de los cuales surgió un estudio que se centró en averiguar cual era esta relación entre ambas patologías. Se hizo una investigación en la que observó la asociación entre la presencia de trastornos alimenticios previos al embarazo y la posterior aparición de hiperémesis gravídica, y la relación entre haber tenido algún embarazo en el que se haya sufrido de hiperémesis y se haya desarrollado un TCA posterior. Los resultados se resumen en que hay una asociación por ambas partes, tanto de padecer algún TCA por presentar hiperémesis en embarazos previos, como de sufrir de hiperémesis gravídica por antecedentes de TCA (17).

Otro gran problema en la actualidad es la gran afluencia de las redes sociales que ha creado grandes repercusiones en la percepción de la realidad de los cambios que implican un embarazo, mostrando imágenes prácticamente irreales con el fundamento de lo que para las “influencers” consideran como sano y saludable. En estas imágenes

se muestran los cuerpos de estas mujeres con apenas cambios en general, idealizando esa idea de mantener la figura hasta en los momentos en los que más cambios va a sufrir el cuerpo de una mujer. Esto provoca que las mujeres desarrollen algún tipo de trastorno alimenticio e insatisfacción por sus cuerpos al compararse con las que consideran sus modelos a seguir en las redes sociales (16,18).

Sin embargo, enfocándonos en esta insatisfacción que poseen las mujeres con su cuerpo y la consecuente actitud que adoptan en su relación con la comida, otro estudio demostró que hay una mayor probabilidad de que las mujeres que no tienen una conducta desordenada de alimentación, pero si han tenido pensamientos de ello, en el embarazo presentan pensamientos positivos hacia la alimentación y la idea que coger peso, con el fin de no poner en peligro a sus futuros hijos, ya que, saben que es vital en este proceso mantener una buena alimentación completa y variada (18).

7. Efecto de los Trastornos Alimenticios

El periodo del embarazo es un momento crucial para la mujer en el que debe tomar una serie de medidas para prevenir una serie de complicaciones que en cualquier embarazo puede ocurrir desafortunadamente. Pero, en aquellas mujeres que, además, tienen problemas con la alimentación, pueden llegar a potenciar estas complicaciones o incluso a desarrollar otras nuevas, afectando tanto a la madre como al feto.

Por tanto, es muy importante que se diagnostique con tiempo los TCA, ya que, estas complicaciones deben tenerse en cuenta a la hora de tratar con este tipo de pacientes, porque sus embarazos requerirán otra serie de medidas y un seguimiento especial, a comparación con un embarazo que transcurre con normalidad.

Varios autores realizaron una recopilación de una serie de artículos en los que se trató buscar la relación entre los trastornos alimenticios y el embarazo, enfocando este estudio en la investigación de las complicaciones que podían llegar a surgir a raíz de estas enfermedades (19, 20).

7.1 Afectación en la fertilidad

La fertilidad de las mujeres puede presentar alteraciones, especialmente en las mujeres que sufren de Anorexia Nerviosa, por el hecho de que entre un 68-89% de ellas, su principal síntoma es la amenorrea, es decir, la ausencia de la menstruación (21). Esto viene causado porque, a raíz de los comportamientos adoptados en este tipo de TCA, el eje hipotalámico-pituitario-ovárico se suprime como reacción a esta restricción en la toma de alimentos y el aumento del ejercicio por encima de lo que cada una puede soportar. Por lo que, se produce una amenorrea hipotalámica funcional seguida de una anovulación al disminuir la hormona GnRH.

Incluso, en aquellas mujeres que padecen de Trastorno por Atracón, pueden llegar a tener sobrepeso u obesidad, provocando anovulación, irregularidades menstruales, infertilidad...

Todo esto conlleva que se den embarazos no deseados, puesto que, muchas mujeres, al tener esa ausencia de la menstruación y a la idea generalizada que esto lleva de que no van a poder tener nunca un embarazo, no usan protección al mantener relaciones sexuales. De hecho, los estudios demuestran que hay un mayor porcentaje de mujeres con embarazos no planeados que padecen algún tipo de TCA en comparación con las que no padecen TCA.

Además, el manejo de estos casos debe ser diferente y precisa un seguimiento más riguroso, por el hecho de que es un periodo complicado de muchos cambios a nivel general del cuerpo, que puede hacer que empeore la situación que nuestra paciente está sufriendo (22, 23).

7.2 Efectos en la salud materna

Dentro de las complicaciones que pueden surgir durante el embarazo, en la Figura 4 se pueden observar cuáles son aquellas que afectan con más frecuencia a la madre.

Efectos en la salud materna

- A nivel psicológico: ansiedad y depresión.
- Problemas en la relación madre-hijo.
- Anemia.
- Hiperemésis.
- Mayor riesgo de aborto.
- Mayor número de complicaciones en la lactancia materna.
- Diabetes gestacional.
- Dificultad en la cicatrización en caso de episiotomía.
- Hipertensión gestacional.
- Riesgo de parto por cesárea.

Figura 4. Efectos de los TCA en la salud materna. Elaboración basada en bibliografía (12,22).

Como ya se ha mencionado anteriormente, el embarazo no sólo produce cambios a nivel físico, sino que también se dan a nivel psicológico. Con lo cual, en el embarazo, esta preocupación por su imagen corporal que la mujer ya presentaba con anterioridad puede verse agravada apareciendo así nuevos episodios de ansiedad y depresión que pueden durar hasta después del parto. En consecuencia, se retroalimentan estos diferentes trastornos psicológicos, empeorando la salud mental de la madre.

En relación con estos episodios depresivos, la relación entre la madre y su recién nacido puede verse afectada, además de que la madre puede tener problemas a la hora de cuidar de su bebé. Esto suele darse sobre todo en aquellos casos en los que los embarazados no han sido deseados, debido a que, al no haber sido algo planeado puede producir sentimientos de rechazo por parte de la madre a su hijo.

En cuanto a las complicaciones a nivel físico y fisiológico, en función del tipo de TCA que la mujer padezca, aparecerán un tipo u otras. En las mujeres que tienen AN o BN, las complicaciones que se dan con mayor recurrencia son la anemia, la hiperemesis, riesgo de aborto, complicaciones en la lactancia materna y dificultad en la cicatrización. Esto tiene lugar por esa falta de nutrientes que el cuerpo experimenta a causa de la malnutrición, de forma que, para proteger la vida tanto de la madre como la del feto, el cuerpo sufre cambios fisiológicos para adaptar sus necesidades según

los recursos que presenta.

En cambio, para los casos en los que las mujeres presentan TPA, las complicaciones que se dan están relacionadas con la diabetes, la hipertensión, riesgo de parto por cesárea, etc. Al ser este tipo de TCA caracterizado por una ingesta de alimentos mayor a lo usual, las complicaciones se dan por un aumento de peso y los problemas de salud que esto mismo conlleva, que suelen ser más frecuentes en los embarazos (12, 22-24).

7.3 Efectos sobre la salud del feto

Asimismo, los TCA que padecen las madres afectan al feto, casi en mayor medida que a ellas mismas, ya que dificultan su desarrollo de forma correcta por esta falta de nutrientes. En la Figura 5 se puede observar de forma visual las complicaciones más frecuentes que pueden darse en los fetos de mujeres con TCA en su embarazo.

Efectos sobre la salud del feto
<ul style="list-style-type: none">- Parto prematuro.- Bajo peso al nacer.- Microcefalia.- Macrosomía.- Problemas a nivel cardiaco y respiratorio.- Retraso en el crecimiento intrauterino.- Recién nacido grande para la edad gestacional.- Menor puntuación en el Test de Apgar en los primeros minutos de vida.- Muerte súbita del feto.- Rotura prematura de la membrana.

Figura 5. Efectos del TCA en la salud del feto. Elaboración basada en bibliografía (12, 23).

Similar a los efectos en la madre, en el feto, según el TCA por el que esté pasando la mujer, se darán unas complicaciones u otras en el feto.

Por lo general, por una inadecuada ingesta calórica, pueden aparecer un desarrollo inadecuado de la placenta desencadenando ruptura prematura de la membrana,

teniendo más riesgo de sufrir infecciones uterinas. Esto mismo, puede provocar que se de un parto prematuro, siendo posible que surja la muerte fetal durante el parto por ese desarrollo incompleto.

Normalmente, estos recién nacidos de mujeres con AN o BN, en los primeros minutos de vida obtienen una puntuación en el test de Apgar muy por debajo de los valores normales, observándose muchos casos en los que deben ser ingresados en la UCI neonatal. Además, muchos también al nacer con pesos por debajo de la edad gestacional, aumenta la probabilidad de aparecer defectos en el tubo neuronal, microcefalia y, de nuevo, muertes súbitas, por lo que deberán ingresarse en la UCIN para un mayor control.

Por otro lado, en aquellas embarazadas que presenten el ejercicio excesivo como uno de los principales síntomas, pueden ocasionar una reducción en el flujo sanguíneo fetal, lo que conllevaría a que éste mismo sufriese de distrés respiratorio, poniendo en peligro su vida.

En cambio, en aquellos casos en los que la mujer lida con un TPA, sus descendientes pueden nacer con macrosomía, más grandes para su edad gestacional, etc. Puesto que, al tener una ingesta de alimentos mayor y, en la mayoría de los casos, de alimentos poco saludables, el feto aumenta de peso considerablemente, pudiendo no llegar a término el embarazo en muchos casos (12, 22-24).

Justificación

En base a la bibliografía encontrada, es evidente que durante el embarazo pueden aparecer trastornos de la conducta alimentaria (14-16), y los ya existentes antes del embarazo, pueden agravarse durante este periodo (12,13).

Los trastornos alimenticios, aunque por suerte tienen poca prevalencia entre las mujeres embarazadas (7-9), son un problema que pueden poner en riesgo la salud materna y fetal, causando complicaciones que podrían evitarse (12, 22-24). Es más, el embarazo, al ser un periodo en el que la mujer sufre muchos cambios a nivel psicológico y físicos (1), puede agravar estos trastornos, además de poder aparecer durante el mismo si anteriormente no había sufrido ninguno o no se le había diagnosticado.

Por lo tanto, sería de gran interés hacer un estudio y seguimiento de las mujeres embarazadas para detectar la presencia de riesgo de poder padecer un trastorno alimenticio, para que, posteriormente, con aquellas mujeres que presenten riesgo, el profesional de enfermería pueda intervenir impidiendo que este riesgo se convierta en un diagnóstico real y evitando que aparezcan complicaciones derivadas de estos posibles trastornos alimenticios.

Con lo cual, el papel de la enfermería en este ámbito es fundamental para sensibilizar y educar a las mujeres embarazadas sobre el cuidado de su alimentación para un buen progreso de su embarazo.

Proyecto de Investigación

1. Objetivos

1.1 Objetivos generales

Los objetivos generales de mi proyecto son:

Detectar las embarazadas que están en riesgo de padecer algún trastorno alimenticio que pueda ser desencadenado por el embarazo.

Evitar el desarrollo o evolución del trastorno de la alimentación durante el embarazo.

1.2 Objetivos específicos

Para conseguir los objetivos generales, tendremos que conseguir una serie de objetivos específicos.

En primer lugar, para la detección de embarazadas en riesgo de padecer algún TCA, tendremos que:

- Hacer una recopilación sobre los diferentes cuestionarios y escalas para poder establecer una serie de indicadores para detectar el riesgo de padecer algún trastorno alimenticio.
- Seleccionar cuales son las escalas y cuestionarios que más se adapten para nuestra búsqueda y ajustarlo a las necesidades de nuestras pacientes.
- Recopilar los datos usando las escalas y cuestionarios preestablecidos.

En cuanto detectemos a las embarazadas con riesgo, los objetivos serán:

- Intervenir en aquellas embarazadas que presenten riesgo para prevenir que el trastorno evolucione.
- Establecer un programa individual para cada caso en función de los resultados obtenidos según criterios de riesgo establecidos.
- Trabajar desde un enfoque multidisciplinar, abarcando diferentes áreas como el apoyo psicológico, asesoramiento acerca de su nutrición y hacer un seguimiento de su salud.
- Educar a las mujeres embarazadas sobre la importancia que tiene mantener una buena nutrición para mantener la salud del feto.

- Uso de recursos que nos ayuden a crear necesidades en las mujeres para mantener su salud nutricional y mejorar su salud mental.

2. Hipótesis

Al finalizar el estudio, lo que se espera es que:

Al implantar este protocolo de detección de riesgo de padecer trastornos alimenticios en el embarazo e intervenir precozmente en aquellos casos que se identifique este riesgo, mejore la calidad de vida y la salud tanto materna como fetal.

Atender de forma temprana y poder actuar antes de desarrollar el trastorno disminuye los casos de embarazadas con TCA.

3. Diseño de investigación

Este estudio tendrá una primera parte que será de carácter observacional, transversal con varias observaciones y descriptivo.

Será un estudio observacional porque se recopilarán datos de los participantes a lo largo de un periodo de tiempo determinado permitiendo a la enfermera obtener información sobre las embarazadas para determinar si presentan o no riesgo de sufrir un TCA.

Además, será transversal descriptivo, ya que, durante un periodo de tiempo se estará recopilando una serie de datos, pero sólo con el objetivo de detectar en el primer o segundo trimestre del embarazo, los cambios que se vayan dando en el paciente que hagan pensar que puede desarrollar el trastorno.

La segunda parte del estudio tendrá un carácter cuasiexperimental, con una intervención educativa y de sensibilización. La muestra no es aleatoria, es una muestra intencional de todas las embarazadas que voluntariamente quieran participar en el estudio, interviniendo con ellas para evitar la evolución del riesgo de padecer TCA durante el embarazo.

El estudio tendrá una duración de 1 año y medio.

4. Participantes

Para este estudio, participarán todas las mujeres embarazadas que acudan a sus revisiones con normalidad en su centro de salud con la matrona. Se recogerán los datos en todos los centros de salud de una región en concreto de la Comunidad de Madrid, en el que existan al menos 4 centros de salud.

A parte de las embarazadas, contaremos con un equipo formado por al menos 2 enfermeras en cada centro de salud que participe en nuestro estudio para intervenir con las pacientes y lo harán en colaboración con la matrona del centro, la cual se encargará de recoger la información para evaluar el riesgo de padecer TCA.

4.1 Criterios de inclusión

A continuación, expondré los criterios de inclusión para que puedan participar en el estudio:

- Mujeres que estén embarazadas en el primer trimestre.
- Mujeres sin importar la nacionalidad y cultura que posea.
- Que se encuentren en un rango de edad entre los 16 años y 35 años.
- Deben residir en Móstoles o que realicen sus revisiones en algún centro de la ciudad indicada.

4.2 Criterios de exclusión

Hay una serie de criterios que tendremos en cuenta para excluir a las posibles participantes:

- Mujeres que presenten antecedentes personales de haber padecido un trastorno alimenticio.
- Mujeres embarazadas que estén en el segundo y tercer trimestre.
- Mujeres embarazadas que presenten algún riesgo en el embarazo, que no esté relacionado con nuestro estudio.
- Mujeres embarazadas que se nieguen a llevar a cabo nuestro protocolo de intervención.
- Embarazadas que presenten dificultad con el idioma.

5. Revisión de instrumentos

Tras una búsqueda exhaustiva, he encontrado diferentes cuestionarios y escalas que pueden servirnos para recoger los datos necesarios de nuestras pacientes y valorar la posibilidad de sufrir o no un trastorno alimenticio. En la Figura 6 podremos encontrar una recopilación de los instrumentos que he encontrado que pueden ser de gran interés.

Nombre	Autores	Descripción	Método evaluación
Eating Disorders Examination (EDE) (ANEXO I)	Adaptación española por Raich, Mora, Sánchez Carracedo y Torras (42)	Se basa en una entrevista en la que se evalúan las últimas 4 semanas del paciente, para evaluar la posibilidad de padecer AN o BN.	Está compuesto por 62 ítems que se agrupan en 5 subgrupos, evaluando así la restricción de alimentos, síntomas de llevar a cabo conductas compensatorias, preocupación por la alimentación, preocupación por el peso y preocupación por la silueta.
Interview for the Diagnosis of Eating Disorders (IDED) (ANEXO II)	Williamson, Davis, Duchmann, McKenzie y Watkins. (43)	Entrevista que puede realizarse junto a los familiares para diagnosticar la AN o BN.	Se compone de 18 preguntas cerradas, de las cuales 9 son preguntas generales sobre la historia del trastorno, 5 están enfocadas en el diagnóstico de AN y 4 para el diagnóstico de la BN. Su puntuación máxima es de 7, siendo la mínima para considerar un TCA de 4 puntos.
Screening for Disordered Eating (SDE) (ANEXO III)	Anstine y Grinenko. (44)	Está enfocada en las dietas, la disconformidad corporal, el peso y los sentimientos sobre el propio peso corporal.	Se tratan de 4 preguntas extraídas de otros tests de respuestas de sí o no. Si las respuestas son afirmativas, se realizará otra evaluación en mayor profundidad.

Eating Attitudes Test (EAT) (ANEXO IV)	Adaptación española por Castro, Toro, Salamero y Guimerá. Autores originales: Garner y Garfinkel. (45)	Se usa para identificar síntomas e inquietudes características de los TCA.	<p>Existen 2 tipos, la EAT-40 y la EAT-26, siendo la segunda una adaptación de la primera en la que se eliminaron preguntas que eran irrelevantes.</p> <p>En la adaptación española, las preguntas se subdividen en 3 grupos: relacionadas con la dieta y preocupación por la comida; presión social percibida y malestar con la alimentación; y trastornos psicobiológicos.</p> <p>Las respuestas se miden siguiendo una escala de nunca a siempre son 6 opciones en las que las opciones nunca, casi nunca, a veces tienen una puntuación de 0; bastantes veces = 1; casi siempre = 2; y siempre = 3).</p> <p>La puntuación de corte para poder hablar de que nuestro paciente sufre TCA es de 20 puntos.</p>
Eating Disorders Inventory (EDI)	Garner, Olmstead y Polivy.	Usada para valorar las diferentes áreas cognitivas y conductuales de la AN y BN.	<p>Presenta 64 ítems agrupados en 8 subescalas correlacionadas: motivación para adelgazar, sintomatología bulímica, insatisfacción con la propia imagen corporal, inefectividad y baja autoestima, perfeccionismo, desconfianza interpersonal, conciencia o identificación interoceptiva y miedo a madurar.</p> <p>Las 3 primeras evalúan las actitudes y comportamientos que tenga la persona con la comida, el peso y su imagen corporal.</p> <p>Las 5 últimas se centran en conductas psicológicas generales de los TCA.</p> <p>Cada reactivos se evalúa siguiendo una escala de 6 puntos, con una puntuación máxima de 192, siendo la mínima para considerar la presencia de un TCA de más de 42 puntos.</p> <p>La puntuación puede sumarse en total o por las diferentes subescalas.</p>

Questionnaire of Eating and Weight Patterns-Revised (QEWP-R) (ANEXO V)	Spitzer, Yanovsky y Marcus. (46)	Se usa para identificar personas que sufren de TPA con recurrencia y que presentan pérdida de control y culpa.	Presenta 15 ítems que se basan en la cantidad de comida ingerida durante el atracón, duración del mismo y acerca de los sentimientos de culpa en relación con la comida, la dieta y el peso.
Cuestionario SCOFF (ANEXO VI)	Morgan, Reid y Lacey. (47)	Sus siglas significan Sick (Enfermo), Control, One (Uno), Fat (Grasa) y Food (Alimento).	Presenta 5 preguntas las cuales tienen cada una la inicial que da nombre a este cuestionario. Cada pregunta que sea positiva recibe 1 punto, de forma que si hay una puntuación mayor de 2 puede existir algún TCA. Se puede aplicar de forma escrita u oral.
Questionnaire for Eating Disorder Diagnoses (Q-EDD) (ANEXO VII)	Mintz, O'Halloran, Mulholland y Scheinder.	Busca el diagnóstico final de un TCA.	Se basa en un cuestionario de 50 preguntas siguiendo los criterios del DS-IV para los TCA, de manera que, en forma de entrevista, se preguntan los ítems seleccionados buscando así una respuesta en la que aparezcan o no estos criterios de diagnóstico.

Body Shape Questionnaire (BSQ) (ANEXO VIII)	Cooper, Taylor y Cooper & Fairburn. (48)	Usado para medir la preocupación por el peso y la imagen corporal, para detectar esa insatisfacción hacia el cuerpo de un mismo, el miedo a engordar, la desvalorización de la apariencia física, las intenciones de bajar de peso y evitar situaciones en las que se tiene que exponer el físico.	Cuestionario de 34 ítems que pueden realizar por su propia cuenta en las que cada ítem se evalúa con una escala tipo Likert de 6 elecciones (nunca = 1, raramente =2, alguna vez = 3, a menudo = 4, muy a menudo = 5 y siempre =6). La puntuación máxima es de 204 y la mínima de 34 puntos.
--	--	--	--

Figura 6. Instrumentos para evaluar la posibilidad de padecer un TCA. Elaboración propia en base a la bibliografía (25,26, 42-48).

De las entrevistas, escalas y cuestionarios anteriores, los más útiles y sencillos de usar son el Screening for Disordered Eatign (SDE), por ser una mini entrevista de 4 preguntas sencillas de sí o no; el Cuestionario SCOFF, también por tener tan solo 5 preguntas que, si son afirmativas, se puntuán con 1 punto, pudiendo obtener hasta 5 como máximo.

Por otro lado, de las escalas y cuestionarios con mayor número de preguntas y cuestiones, las más completas y que más se adaptan a nuestro estudio son la escala Eating Attitudes Test (EAT) ya que se centra en aspectos generales que se ven presentes en diferentes tipos de TCA, permitiendo valorar la posibilidad de riesgo de múltiples trastornos alimenticios en función de los resultados obtenidos.

Otro cuestionario que me parece de gran utilidad es el Body Shape Questionnaire (BSQ), ya que, al valorar el nivel de disconformidad de nuestros pacientes con su imagen corporal, nos puede dar pistas de la probabilidad de desarrollar un TCA a lo largo del embarazo.

Además de los anteriores cuestionarios, he creado un cuestionario Ad Hoc con preguntas típicas de la valoración enfermera, el cual nos permitirá valorar los hábitos alimenticios que siguen nuestras pacientes, teniendo en cuenta la diversidad cultural que pueda haber entre las embarazadas. En el Anexo IX nos encontramos con las preguntas de respuesta libre que se les realizarán a las pacientes para conocer estos hábitos y poder valorar la intervención sobre ellos.

6. Variables

Para llevar a cabo este estudio se tendrán una serie de variables que vienen representadas en la Figura 7 y su forma de medición.

Variable	Tipo	Herramienta medición
Edad de la mujer	Cuantitativa discreta.	Se recogerá en el documento del consentimiento informado.
Edad gestacional	Cuantitativa discreta.	Se recogerá en el documento del consentimiento informado.
IMC	Cuantitativa continua.	Calculando el IMC en base al peso y altura.
Peso	Cuantitativa continua.	Se medirá en las revisiones usando una báscula calibrada.
Historial médico (antecedentes personales)	Cualitativa nominal. Categorías: <ul style="list-style-type: none">- No tiene antecedentes.- Sí tiene antecedentes.	Cuestionario o revisando la Historia Clínica. Se usará como una herramienta para descartar a las participantes.
Cumplimiento seguimiento prenatal	Cualitativa nominal. Categorías: <ul style="list-style-type: none">- Atiende a las consultas.- No atiende a las consultas.	Se recogerá en el documento del consentimiento informado. Se usará como una herramienta para descartar a las participantes.

Screening for Disordered Eating (ANEXO III)	<p>Cualitativa ordinal.</p> <p>Categorías:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Presenta riesgo de TCA. - No presenta riesgo de TCA. 	<p>Cuestionario validado Screening for Disordered Eating (SDE).</p> <p>Indicadores: tipo de dieta, disconformidad corporal, peso y sentimientos sobre su peso corporal.</p> <p>Se usará como una herramienta para detectar las pacientes con riesgos de TCA.</p>
Cuestionario SCOFF (ANEXO VI)	<p>Cualitativa ordinal.</p> <p>Categorías:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Presenta riesgo de TCA. - No presenta riesgo de TCA. 	<p>Cuestionario validado de SCOFF.</p> <p>Indicadores: enfermedad, control de lo que consume, peso, y alimentación.</p> <p>Se usará como una herramienta para detectar las pacientes con riesgos de TCA.</p>
Eating Attitude Test (ANEXO IV)	<p>Cuantitativa escalar con una puntuación final que los agrupa en 3 categorías:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nivel bajo de riesgo. - Nivel medio de riesgo. - Nivel alto de riesgo. 	<p>Cuestionario validado Eating Attitudes Test (EAT-26).</p> <p>Indicadores: dieta, preocupación por la comida, percepción de la presión social, malestar con la alimentación y trastornos psicobiológicos.</p> <p>Se usará como una herramienta para valorar el nivel de riesgo de la paciente.</p>

Body Shape Questionnaire (ANEXO VIII)	Cuantitativa escalar con una puntuación final que los agrupa en 3 categorías: <ul style="list-style-type: none"> - Nivel bajo de riesgo. - Nivel medio de riesgo. - Nivel alto de riesgo. 	Cuestionario validado Body Shape Questionnaire (BSQ). Indicadores: preocupación por el peso y su imagen corporal, insatisfacción por su físico, desvalorización apariencia física, intención bajar de peso y evitar exponer el cuerpo. Se usará como una herramienta para valorar el nivel de riesgo de la paciente.
Hábitos nutricionales (ANEXO IX)	Cualitativa nominal. Categorías: <ul style="list-style-type: none"> - Buenos hábitos alimenticios. - Malos hábitos alimenticios. 	Cuestionario ad hoc (Figura 8). Indicadores: Número de comidas al día, conocimiento sobre nutrición, actitud hacia alimentación, autoevaluación de la dieta.

Figura 7. Variables para realizar el estudio. Elaboración propia.

7. Recogida de datos

Para la recogida de datos enfocada para la parte del estudio observacional, se deberá colaborar con las matronas de los diferentes centros de salud seleccionados. Previamente, se les informará sobre el estudio que se quiere llevar a cabo, por qué y cómo lo haremos, además de confirmar que están de acuerdo en colaborar con nuestro proyecto.

Una vez tengamos el consentimiento por parte de las matronas, se les explicará que deberán recoger una serie de datos específicos para poder hacer la selección de las pacientes para poder intervenir con ellas.

En primer lugar, las matronas tendrán que informar a todas las mujeres embarazadas que estén en el primer trimestre que acudan a sus consultas sobre la realización de este estudio, preguntándoles sobre su consentimiento para participar en el mismo. Si aceptan participar, se les entregará la documentación del consentimiento informado (ANEXO X) que deberán leer previamente y preguntar cualquier duda que les surja. Después, lo cumplimentarán con toda la información de forma correcta y deberán revisarlo antes de entregarlo para cerciorarse de que todos los datos sean correctos.

A continuación, las matronas continuarán con la consulta con normalidad, pero teniendo en cuenta que tendrán que pesar a la paciente para tener conocimiento sobre su peso y medirla, puesto que deberá calcular el IMC.

Una vez se haya pasado consulta con normalidad, la matrona les entregará a todas las mujeres 2 cuestionarios: el cuestionario Screening for Disordered Eating y el cuestionario SCOFF. Se trata de 2 cuestionarios los cuales permitirán hacer la primera selección entre las mujeres embarazadas que presentan riesgo de sufrir un TCA y de las que no.

Después, para aquellas mujeres que se les haya detectado riesgo de padecer TCA con los dos anteriores cuestionarios, se les entregarán otros 2 cuestionarios para determinar el nivel de riesgo que presentan de riesgo. Estos cuestionarios serán el cuestionario de Eating Attitudes Test (EAT-26) y el Body Shape Questionare (BSQ), que nos ofrecerán una puntuación con la cual obtendremos una información más concreta sobre el nivel del riesgo que padecen nuestras pacientes de desarrollar un TCA a lo largo del embarazo, en función de los resultados obtenidos.

Independientemente del mes de gestación con el que nuestras participantes entren en el estudio, cada 2 meses se citará a la paciente para reevaluar su estado con los 2 últimos cuestionarios mencionados, permitiendo observar si la intervención está siendo efectiva y el nivel de riesgo es menor al inicial.

8. Intervención

Para llevar a cabo nuestras intervenciones, se realizarán en conjunto con los demás miembros del equipo multidisciplinar que necesitaremos para abarcar esta situación y se harán individualmente para cada paciente. Cada miembro tratará unos objetivos específicos en relación con sus funciones dentro del equipo. Dentro de nuestro equipo,

contaremos con 2 enfermeras por cada centro de salud encargadas del seguimiento y asesoramiento de las embarazadas para conseguir los objetivos.

En primer lugar, se hará un asesoramiento sobre los hábitos alimenticios que deben seguir durante el embarazo para un buen desarrollo fetal y materno, educando en salud alimenticia ofreciendo una serie de pautas nutricionales, además de la que se dan con normalidad, haciendo un mayor enfoque en aquellas que están más deterioradas según las necesidades que requiera la paciente.

Por otro lado, se diseñará un programa en el cual se ejecutarán más ecografías de las que se realizarían en un embarazo que transcurra con normalidad. Por lo general, se hará una ecografía en la semana 11-12, otra en la semana 20 y una última entre las semanas 32 y 36. Con nuestro programa, se llevarán a cabo las ecografías usuales y se añadirá una ecografía antes en la semana 15-16 para aquellas embarazadas que, al empezar en el estudio en el primer trimestre. Para todas las mujeres, incluyendo a todas aquellas que participen en el estudio estando en el primer o segundo trimestre, se realizará otra ecografía a la semana 24 y 28 y, finalmente, se hará una ecografía tanto en la semana 32-33 como en la 36.

Cada vez que se le haga una ecografía a la embarazada, la enfermera encargada de su seguimiento deberá explicarle con la ecografía delante las partes del cuerpo que se pueden empezar a diferenciar. A continuación, se le aclarará en función de la semana de gestación que esté cómo debería ser el desarrollo de su feto, de forma que creemos así una sensibilización para mantener una buena alimentación equilibrada y hábitos alimenticios.

8.1 Intervención con un caso

Para explicar cómo se llevaría a cabo la intervención usando las ecografías, se expondrá un caso en el que se explicará paso a paso cómo se realizará.

Nos encontramos con un caso de una mujer embarazada que se encuentra en el primer trimestre en la semana 9 de gestación. Tras atender a su primera consulta y dar su consentimiento para participar en el estudio, atiende a la consulta de la enfermera que le realizará el seguimiento, en la cual se le hará educación para la salud sobre hábitos saludables alimenticios y dando pautas generales y específicas sobre alimentos que debe consumir para un buen desarrollo del feto.

Por consiguiente, se volverá a citar a la paciente en las semanas 12, 16, 20, 24, 28, 32 y 36 para realizarse las ecografías y, posteriormente, explicarle cómo va el desarrollo de su futuro bebé. Aprovechando que acuden a consulta para explicar el desarrollo de sus bebés, se aprovechará para revalorar los hábitos alimenticios que la mujer embarazada está manteniendo durante su embarazo.

A continuación, en la Figura 8, podremos observar las partes anatómicas que se pueden diferenciar en el feto según la semana de gestación y cómo debería ser su desarrollo.

	Ecografía	Partes anatómicas	Desarrollo fetal
Semana 11-12 (27-28)	 (35)	<p>Se debe indicar que el feto ya alcanza los 4 centímetros de longitud.</p> <p>Se comienzan a diferenciar las partes anatómicas del feto: cabeza, brazos, piernas, rasgos faciales...</p> <p>Se podrá observar el hueso nasal y el pliegue nucal.</p> <p>Los órganos sexuales estarán ya formados, por lo que en esta semana ya se puede saber el sexo del bebé.</p>	<p>Los órganos ya se habrán formado y empezarán a aumentar de tamaño.</p> <p>El diafragma ya estará formado, dividiendo el tronco en 2 partes, una superior que presenta el corazón y los pulmones, y una inferior con el aparato digestivo.</p> <p>Se podrá observar en la zona del cordón umbilical una especie de hernia, que será el intestino que aún es muy grande, de forma que sobresale del cuerpo del feto.</p> <p>La cabeza se diferencia bien, ya que, en esta etapa aún representa la mitad de</p>

			<p>la longitud del feto.</p> <p>Al finalizar estas semanas el oído interno ya se habrá formado al completo y se comenzarán a perfilar los labios.</p>
Semana 15-16 (29)	<p>(36)</p>	<p>Las estructuras anatómicas básicas ya estarán formadas y bien diferenciadas.</p> <p>Ya se podrán ver las orejas a ambos lados, pero aún no están formadas por completo.</p> <p>Aún aparecerá con los párpados cerrados.</p> <p>También, en la ecografía se podrá observar que realiza gestos como abrir o cerrar la boca, bostezar, movimientos de succión...</p>	<p>A partir de esta semana se comenzarán a notar los primeros movimientos del feto.</p> <p>Se indicará que los sistemas circulatorio y urinario estarán ya en funcionamiento.</p>
Semana 20 (30)	<p>(37)</p>	<p>Se diferencian ya los dedos de las manos y los pies.</p> <p>La columna vertebral ya puede observarse, aunque a simple vista puede ser confusa para la madre.</p> <p>Si presentase fisuras en el paladar, se verían a simple vista.</p>	<p>En esta semana el paladar y las papilas gustativas empiezan a formarse.</p> <p>Sus párpados estarán cerrados, pero se empiezan a formar las cejas y las pestañas.</p> <p>Anteriormente ya se habrán formado las estructuras como el</p>

		<p>Se puede ver que el feto se chupa los dedos pulgares, juega con el cordón umbilical y con sus puños.</p>	<p>cristalino, la córnea y el iris.</p> <p>En esta etapa se fabrican una gran cantidad de neuronas.</p>
Semana 24 (31)	 (38)	<p>Se observarán las mismas estructuras que en la ecografía anterior, pero se notará un aumento de peso del feto, pesando alrededor de 600 gramos y midiendo 21 centímetros.</p>	<p>El aspecto más característico de esta semana es el desarrollo de los huesos internos del oído, de forma que el feto ya comienza a oír, de forma que es buen momento para empezar a estimular su oído con música o contándole historias.</p>
Semana 28 (32)	 (39)	<p>El feto continúa creciendo y cogiendo peso, alcanzando los 1100-1200 gramos de peso y los 35-37 centímetros de longitud.</p> <p>En las ecografías se podrá observar como mueve las manos y pies, viendo como extiende y flexiona los dedos de las extremidades.</p>	<p>A estas alturas del embarazo, el bebé ya puede reconocer sonidos; es capaz de separar los párpados y empieza a aprender a parpadear.</p> <p>Lo más normal es que la madre note a su bebé moverse continuamente, ya que ha entrado en el tercer trimestre del embarazo y es el periodo en el que más desarrollado se encuentra el feto.</p>

Semana 32 (33)	 (40)	<p>El bebé comienza a coger unos 200-300 gramos por semana. En esta semana ya pesa 2 kilogramos.</p>	<p>Los cambios más destacables son el crecimiento de las uñas y en los varones la formación de los testículos dentro la bolsa escrotal.</p>
		<p>Se puede observar que el tamaño de su cabeza se ha equilibrado con respecto al resto del cuerpo.</p>	<p>El resto de los órganos internos apenas sufren cambios.</p>
Semana 36 (34)	 (40)	<p>A partir de este momento, el feto empezará a colocarse en la posición correcta para su nacimiento.</p>	
		<p>El peso del bebé ya rondará por los 2 kilos y medio y medirá aproximadamente 50 centímetros.</p>	<p>Llegando al final del embarazo, los únicos órganos que siguen madurando son los pulmones, el resto ya han madurado por completo.</p>
	 (40)	<p>Continuará aumentando de peso unos 200 gramos por semana.</p>	<p>Los huesos están endurecidos, excepto los del cráneo para permitir salir por el canal del parto.</p>
			<p>El bebé tendrá los movimientos más limitados por el poco espacio que dispone a estas alturas.</p>

Figura 9. Ecografías fetales y su desarrollo según la semana de gestación. Elaboración propia en función de la bibliografía (27-34).

8.2 Cronograma caso

En el siguiente cronograma (Figura 8) se representa como ser llevaría a cabo el proyecto en función del caso expresado anteriormente.

SEMANAS	7	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40
Primera valoración																																	
Segunda valoración																																	
Tercera valoración																																	
Cuarta valoración																																	
Quinta valoración																																	
Primera ecografía																																	
Segunda ecografía																																	
Tercera ecografía																																	
Cuarta ecografía																																	
Quinta ecografía																																	
Sexta ecografía																																	
Séptima ecografía																																	

Figura 8. Cronograma según ejemplo de caso práctico. Elaboración propia.

9. Cronograma

		2024				2025												2026						
		Sep	Oct	Nov	Dic	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic	Ene	Feb	Mar				
Estudio observacional	Primera valoración																							
	Segunda valoración																							
	Tercera valoración																							
	Cuarta valoración																							
	Quinta valoración																							
Estudio cuasiexperimental	Intervención																							
	Análisis de datos																							
	Interpretación de los resultados																							
	Discusión de resultados																							

Figura 9. Cronograma general del estudio. Elaboración propia.

10. Análisis de datos

Tenemos una serie de variables que se usarán para llevar a cabo el estudio, de las cuales, se dividirán en 2 grupos según para qué se usan y que información nos aporta.

Por un lado, existen variables como la edad de la paciente, la edad gestacional, el peso y el IMC que servirán para describir al grupo de participantes que formarán parte del proyecto. Se realizará un análisis descriptivo en la situación inicial, usando

parámetros centrales y de dispersión que nos permitan obtener una información de la situación inicial del grupo.

Por otro lado, tenemos una serie de variables que usaremos como criterios de selección de participantes, con lo cual deberán ser observadas previamente, tales como la Historia Clínica de la paciente, si atiende o no a las consultas y, también, la edad gestacional. Sin embargo, para poder aplicar este criterio de selección, todas las participantes han tenido que realizar una serie de cuestionarios para valorar el riesgo de que puedan padecer Trastornos de la Conducta Alimentaria y poder ser incluidas en el estudio, siendo estos cuestionarios el Screening for Disordered Eating (SDE) y el Cuestionario SCOFF.

En cuanto a las variables que nos valoran la eficacia de la intervención, nos basaremos en los resultados que se obtengan de la realización de los cuestionarios Eating Attitudes Test – 26 (EAT-26) y el Body Shape Questionnaire (BSQ). Al tener 4 mediciones y ser 2 variables cuantitativas, le aplicará un análisis de varianza, un ANOVA de medidas repetidas para ver la evolución tanto de los aspectos de autopercepción corporal como de las actitudes que las pacientes muestran hacia la comida a lo largo de las semanas de gestación en las cuales se está realizando la intervención educativa mediante las ecografías. Para representar la posición de las medias de las distintas fases de recogidas de datos se utilizarán representaciones gráficas.

Por último, la variable de los hábitos nutricionales pertenece a la valoración por parte de enfermería del seguimiento habitual que se le realizará a la paciente sobre sus conductas alimenticias y los hábitos saludables. Si se detecta que no ha habido cambios frente a los hábitos nutricionales que la paciente previamente tenía, se hará la intervención correspondiente por parte del equipo de enfermería, que en este caso sería Educación para la Salud en hábitos nutricionales.

11. Aspectos éticos

Primero de todo, este programa deberá ser revisado y aceptado por todos los centros de salud implicados, para asegurar que todo se llevará de forma correcta y que garantiza la seguridad de las pacientes.

Al comenzar el estudio, todas las participantes serán informadas acerca de en qué consiste el mismo y deberán firmar un consentimiento informado (ANEXO X) donde se confirma su autorización para formar parte del mismo, además de asegurar el mantenimiento de la confidencialidad de la información aportada durante el estudio, cumpliendo con la Ley Orgánica 3/2018, del 5 de diciembre de Protección de Datos Personales y Garantía de los Derechos Digitales y la Ley Orgánica 15/1999 de Protección de Datos de Carácter Personal (41).

Además, en todo momento se respetará la autonomía del paciente, permitiendo que en todo momento decidan sobre su participación en el proyecto; y los profesionales serán responsables de actuar buscando el bien de nuestras pacientes, tomando decisiones que mantengan ese bienestar.

12. Limitaciones

En cuanto a los aspectos limitantes para la validez externa, nos podemos encontrar con los siguientes:

- La muestra no es aleatoria, ya que, se seleccionan unos pacientes con unas características específicas, con lo cual el estudio no puede aplicarse a cualquier tipo de población.
- Al tener que responder a unas encuestas previamente para ser seleccionadas las pacientes, el estudio no obtendrá los mismos resultados si se aplica en otro grupo en el que no se realiza ningún test con anterioridad.
- La intervención al ser algo novedoso, puede obtener unos resultados que se den únicamente por esa razón de ser algo nuevo, viéndose disminuidos los efectos al progresar la intervención.

Por otro lado, las limitaciones en la validez interna pueden ser:

- La paciente puede estar pasando por otros procesos que afecten a su evolución en el estudio alterando los resultados.

- Al ser un estudio de medidas repetidas, los resultados pueden verse alterados ya que, no se sabe si los resultados son relacionados con la intervención o por la repetición de estos test a los cuales las participantes responden buscando los mejores resultados.

Glosario de abreviaturas

Abreviatura / sigla	Significado
TCA	Trastorno de la Conducta Alimentaria
AN	Anorexia Nerviosa
BN	Bulimia Nerviosa
TPA	Trastorno por Atracón
IMC	Índice de Masa Corporal

BIBLIOGRAFÍA

1. Alcolea Flores, Silvia, Mohamed Mohamed, Dina. Guía de cuidados en el embarazo. Consejos de su matrona. Hospital Universitario de Ceuta. Instituto Nacional de Gestión Sanitaria [Internet]. [Consultado 25 enero 2024]. Disponible en:
<https://ingesa.sanidad.gob.es/bibliotecaPublicaciones/publicaciones/internet/docs/Guiacuidadosembarazo.pdf>.
2. DottiC, James, Assistant Professor. Eating disorders, Fertility and Pregnancy: Relationships and Complications. Perinatal Nursing Saint Louis University School of Nursing St. Louis, MO [Internet]. 2001 [Consultado 25 enero 2024].
3. Paz DF. Cambios Fisiológicos en el Embarazo. Instituto Dra. Gómez Roig. [Internet]. 2022 [Consultado 25 enero 2024]. Disponible en:
<https://www.gomezroig.com/cambios-fisiologicos-en-el-embarazo/>.
4. Daza MdIP, Garrido MP, Sánchez ZF, Novo SR. Influencia del índice de masa corporal pregestacional y ganancia ponderal materna en los resultados perinatales materno-fetales. Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología. 2018;44(1):1-9.
5. American Psychiatric Association. Manual de Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, DSM-5. 5^a edición ed. Buenos Aires - Bogotá - Caracas - Madrid - México - Porto Alegre: Editorial Medica Panamerica. 2013.
6. Herpertz-Dohlmann B. Adolescent Eating Disorders: Update on Definitions, Symptomatology, Epidemiology, and Comorbidity - ScienceDirect. Child Adolesc Psychiatric Clin. [Internet]. 2014 [Consultado 25 enero 2024]. Disponible en:
<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1056499314000893?via%3Dihub>
7. Sollid C, Clausen L, Maimburg RD. The first 20 weeks of pregnancy is a high-risk period for eating disorder relapse. Int J Eat Disord 2021;54(12):2132-2142.
8. Rodríguez Blanque R, Sánchez García JC, Menor Rodríguez MJ, Sánchez López AM, Aguilar Cordero MJ. Trastornos alimentarios durante el embarazo. Journal of Negative and No Positive Results: JONNPR 2018;3(5):347-356.

9. Gerontidis, A.; Grammatikopoulou, M.G.; Tzimos, C.; Gkiouras, K.; Taousani, E.; Athanasiadis, L.; Goulis, D.G. Effectors of Pregorexia and Emesis among Pregnant Women: A Pilot Study. 10 de diciembre de 2022. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9785442/pdf/nutrients-14-05275.pdf>.
10. Salmen T, Mihai BM, Grigoriu C, Ducu I, Berceanu C, Vlădăreanu IT, et al. Eating disorders in pregnancy. Romanian Journal of Medical Practice 2021;16(4):447-450. Disponible en: <https://web.p.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=1&sid=88c41d3d-1d25-4148-bae2-3256b81ecc55%40redis>
11. Dotti C. James. Assistant Professor. Eating Disorders, Fertility and Pregnancy: Relationships and Complications. Perinatal Nursing Saint Louis University School of Nursing. 2001.
12. Puşuroğlu M, Hocaoğlu Ç. Pregorexia: Eating Disorder in Pregnancy. 2023;15(2):251-256.
13. Gerontidis, A.; Grammatikopoulou, M.G.; Tzimos, C.; Gkiouras, K.; Taousani, E.; Athanasiadis, L.; Goulis, D.G. Effectors of Pregorexia and Emesis among Pregnant Women: A Pilot Study. Nutrients 2022, 14, 5275. <https://doi.org/10.3390/nu14245275>
14. 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.
15. Coker E, Abraham S. Body weight dissatisfaction before, during and after pregnancy: a comparison of women with and without eating disorders. Eat Weight Disord. 2015;20(1):71–9. <https://doi.org/10.1007/s40519-014-0133-4>.
16. Gerges S, Obeid S, Hallit S. Pregnancy through the Looking-Glass: correlates of disordered eating attitudes among a sample of Lebanese pregnant women. BMC Psychiatry. 2023, September 26; 23:699.
17. Terava-Utti, E., Nurmi, M., Laitinen, L., Rissanen, T., y Polo-Kantola, P. Hyperemesis gravidarum and eating disorders before and after pregnancy: A register-based study. International Journal of Eating Disorders, 57(1), 70–80. 2023, Octubre 11. <https://doi.org/10.1002/eat.24082>.

18. Gibson AH, Zaikman Y. The influence of disordered eating and social media's portrayals of pregnancy on young women's attitudes toward pregnancy. *BMC Womens Health*. 2023, January 27.
19. Prieto Luciana; B. Silva, Fernanda. Eating disorders and their impact during the gestational period. Departamento de Biomedicina, Universidade Paulista Unip. Campinas, Brazil. 2022, Marzo 23.
20. Rodriguez Blanque, Raquel; Sánchez García, Juan Carlos; Menor Rosíquez, María José; Sánchez López, Antonio Manuel; Aguilar Cordero, María José. Trastornos alimentarios durante el embarazo / Eating disorders during pregnancy. *Journal of Negative & No Positive Results*. 2018; 3(5):347-356.
21. Letranchant A, Corcos M, Nicolas I, Robin M. Anorexia nervosa, fertility and medically assisted reproduction. *Ann Endocrinol (Paris)* [Internet]. 2022 [Consultado 25 enero 2024]. 83(3):191–5. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ando.2022.04.012>
22. Bailey-Straebler, Suzanne M.; Susser, Leah C. The Impact of Eating Disorders on Reproductive Health: Mitigating the Risk. *The Primary Care Companion for CNS Disorders*. Agosto 31, 2023. Disponible en: <https://doi.org/10.4088/PCC.22nr03475>
23. Mackenna MJ, Escaffi MJ, González T, Leiva MJ, Cruzat C. Trastornos de la conducta alimentaria en el embarazo. *Rev Med Clin Condes*. 2021/03/01;32(2):207-213. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rmclc.2020.06.002>
24. A. Fahy, Thomas; O'Donoghue, Geoffrey. Eating disorders in pregnancy. *Psychological Medicine*. 1991. Cap 21, pag 577-580.
25. Losada, Analia Verónica y Marmo, Julieta. *Herramientas de Evaluacion En Trastornos de La Conducta Alimentaria*. Madrid: Editorial Académica Española. 2013.
26. Monterrosa Castro, Á.; Boneu Yépez, D.J.; Muñoz Méndez, J.T.; Almanza Obredor, P.E. *Trastornos del Comportamiento Alimentario: Escalas para Valorar Síntomas y Conductas de Riesgo*. Revista Ciencias Biomédicas. Artículos de Revisión. 2012.

27. Ruiz C. Desarrollo del feto en la semana 11: El bebé puede tragarse, bostezar y succionar [Internet]. Natalben. 2017. [Consultado 25 marzo 2024]. Disponible en: <https://www.natalben.com/desarrollo-feto-semana-11-el-bebe-puede-tragar-bostezar-y-succionar>
28. Ruiz C. Desarrollo feto semana 12: Órganos sexuales externos ya formados [Internet]. Natalben. 2021. [Consultado 25 marzo 2024]. Disponible en: <https://www.natalben.com/desarrollo-feto-semana-12-ya-se-han-formado-organos-sexuales-externos>
29. Ruiz C. Desarrollo del feto de 15 semanas: se mueve, pero no lo notas [Internet]. Natalben. 2017. [Consultado 25 marzo 2024]. Disponible en: <https://www.natalben.com/desarrollo-feto-semana-15-los-movimientos-del-bebe-pueden-notarse>
30. Ruiz C. Desarrollo del feto en la semana 20: Ya están formados los órganos vitales [Internet]. Natalben. 2017. [Consultado 25 marzo 2024]. Disponible en: <https://www.natalben.com/desarrollo-feto-semana-20-ya-estan-formados-todos-los-organos-vitales>
31. Ruiz C. Desarrollo feto semana 24: El bebé puede oír dentro del útero [Internet]. Natalben. 2017. [Consultado 25 marzo 2024]. Disponible en: <https://www.natalben.com/desarrollo-feto-semana-24>
32. del Tío Á. Desarrollo feto semana 28: Empieza a perder el lanugo [Internet]. Natalben. 2017. [Consultado 25 marzo 2024]. Disponible en: <https://www.natalben.com/desarrollo-feto-semana-28>
33. del Tío Á. Desarrollo del feto semana 32: El bebé pesa unos 2 kilos [Internet]. Natalben. 2017. [Consultado 25 marzo 2024]. Disponible en: <https://www.natalben.com/desarrollo-feto-semana-32>
34. Ruiz C. Desarrollo del feto en la semana 36: Ya pesa dos kilos y medio [Internet]. Natalben. 2017. [Consultado 25 marzo 2024]. Disponible en: <https://www.natalben.com/desarrollo-feto-semana-36>
35. Semana 12. Triple Screening y ecografía del 1er trimestre [Internet]. Embarazo y maternidad. 2021. [Consultado 25 marzo 2024]. Disponible en: <https://www.quironsalud.com/embarazoymaternidad/es/etapas/embarazada/primer-trimestre/semana-12-triple-screening-ecografia-1er-trimestre>

36. suitemom. Semana 15. ¡Mami Embarazada! [Internet]. Suite Mom. suiteadmin; 2021. [Consultado 25 marzo 2024]. Disponible en: <https://suitemom.es/blog/semana-15-sdq15w0d-mami-embarazada/>
37. Semana 20 de embarazo: molestias y pruebas [Internet]. Webconsultas.com. Webconsultas Healthcare; 2010. [Consultado 25 marzo 2024]. Disponible en: <https://www.webconsultas.com/embarazo/el-embarazo-semana-a-semana/semana-20-de-embarazo>
38. Galegas P. Ecografías 5D: ve a tu bebé antes de nacer [Internet]. Centroginecologicolua.com. 2018. [Consultado 25 marzo 2024]. Disponible en: https://www.centroginecologicolua.com/ecografias-5d-ve-a-tu-bebe-antes-de-nacer_fb19071.html
39. Ecografía 28 semanas [Internet]. BabyCenter. 2019. [Consultado 25 marzo 2024]. Disponible en: <https://espanol.babycenter.com/thread/4237642/ecograf%C3%A1-28-semanas>
40. Rodríguez R. La ecografía del tercer trimestre [Internet]. Natalben. 2017. [Consultado 25 marzo 2024]. Disponible en: <https://www.natalben.com/ecografia-embarazo/tercer-trimestre>
41. BOE-A-2018-16673 Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales [Internet]. Boe.es. 2018. [Consultado 25 marzo 2024]. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2018-16673>
42. S-Ede-Q C. Eating disorder examination questionnaire –Spanish version- (S-EDE-Q). SJOP [Internet]. 2012 [Consultado el 10 de abril de 2024];15(2):38893. Disponible en: https://psiquiatria.com/trabajos/usr_649245308.pdf
43. Williamson. Entrevista para el diagnóstico de trastornos alimenticios (IDED, "Interview for Diagnostic of Eating Disorders). Studocu.com [Internet] 2023. [Consultado el 10 de abril de 2024] <https://www.studocu.com/bo/document/universidad-autonoma-gabriel-rene-moreno/psicologia/entrevista-para-el-diagnostico-de-trastornos-alimentarios/34488415?origin=home-recent-1>

44. Maguen, Hebenstreit, Yongmei, Dinh, Donalson, Dalton, Rubin y Masheb. Screen for Disordered Eating: Improving the accuracy of eating disorder screening in primary care. *Gen Hosp Psychiatry*. 2018; 50, 20-25. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28987918/>
45. David M. Garner. EAT-26: Eating Attitudes Test & Eating Disorder Testing. Eating Attitudes LLC. [Internet]. 2005 [Consultado el 10 de abril de 2024] Disponible en: <https://www.eat-26.com>
46. Questionnaire on Eating, Weight Patterns- Revised. Weight Loss Management Center [Internet]. Uwmedicine.org. [Consultado el 10 de abril de 2024]. Disponible en: <https://www.uwmedicine.org/sites/stevie/files/2019-12/UH3305%20Questionnaire%20on%20Eating%20and%20Weight%20Patterns.pdf>
47. García Campayo J; Sanz-Carrillo C; Ibañez JA; Lou S y Solano V. Validation of the spanish version of the SCOFF Questionnaire for the detection of eating disorders in primary care. 2005. *Journal of Psychosomatic Research*, 2005; 59(2):51-55.
48. Ayensa JIB; Grima y Emilio Garrido FG. Insatisfacción corporal en adolescentes medida con el Body Shape Questionnaire (BSQ): efecto del anonimato, el sexo y la edad. 2002, Vol 2. N°3, pp. 439-450. Disponible en: https://aepc.es/ijchp/articulos_pdf/ijchp-49.pdf

Anexos

ANEXO I

EATING DISORDERS EXAMINATION (EDE)

Instrucciones: este cuestionario evalúa los hábitos y estilos de alimentación. Las siguientes preguntas se refieren al último mes o a los últimos 3 meses. Lee cada pregunta con atención y rodea con un círculo el número que corresponda. Es importante que contestes a todas las preguntas. No hay respuestas buenas ni malas, sino que es tu propia respuesta la que cuenta.

Cuántos días en los pasados 28 días:	Ningún día	1-5 días	6-12 días	13-15 días	16-22 días	23-27 días	Todos los días
1. ¿Has Intentado limitar deliberadamente la cantidad de comida que comes para que influya en tu silueta o peso?	0	1	2	3	4	5	6
2. ¿Has pasado por períodos de ocho o más horas de vigilia sin comer nada para que influya en tu silueta o peso?	0	1	2	3	4	5	6
3. ¿Has intentado evitar comer algunos alimentos que te gustan para que influyan tu silueta o peso?	0	1	2	3	4	5	6
4. ¿Has intentado seguir reglas determinadas en tu alimentación, destinadas a influir en tu silueta o peso; por ejemplo, limitar calorías, la cantidad total de ingesta o normas como cuándo o cuánto comer?	0	1	2	3	4	5	6
5. ¿Has deseado que tu estómago esté vacío?	0	1	2	3	4	5	6
6. ¿Pensar en alimentos o su contenido calórico ha interferido con tu capacidad de concentrarte en cosas en las que estás interesado, como, por ejemplo, leer, ver la TV o seguir una conversación?	0	1	2	3	4	5	6
7. ¿Ha tenido miedo de perder el control sobre la comida?	0	1	2	3	4	5	6
8. ¿Has tenido episodios de atracones?	0	1	2	3	4	5	6
9. ¿Has comido en secreto (exceptuando atracones)?	0	1	2	3	4	5	6
10. ¿Has tenido claro deseo de tener el vientre plano?	0	1	2	3	4	5	6
11. ¿Pensar en la silueta o el peso ha interferido con tu capacidad de concentrarte cosas en las que estás interesado, como, por ejemplo, leer, ver la TV o seguir una conversación?	0	1	2	3	4	5	6
12. ¿Has sentido un claro temor de engordar o de convertirte en obeso/a?	0	1	2	3	4	5	6
13. ¿Te has sentido gorda/a?	0	1	2	3	4	5	6
14. ¿Has sentido un fuerte deseo de perder peso?	0	1	2	3	4	5	6

En los últimos 3 meses:

15. ¿Cuántas veces te has sentido culpable después de comer por el efecto que pueda tener en tu silueta y peso (exceptuando atracones)?

- 0 = ninguna vez.
- 1 = alguna vez.
- 2 = menos de la mitad de las veces.
- 3 = la mitad de las veces.
- 4 = más de la mitad de las veces.
- 5 = la mayoría de las veces.
- 6 = siempre.

16. ¿Ha habido veces en las que has sentido que has comido lo que para otras personas es una cantidad anormalmente grande de comida en esas circunstancias?

0 – No 1 – Sí

En caso afirmativo:

17. ¿Cuántas veces a la semana han tenido lugar como promedio estos episodios de sobre ingesta?

18. ¿Durante cuántos de estos episodios de sobreingesta has tenido la sensación de perder el control sobre lo que comías?

19. ¿Ha habido otros episodios en los que has tenido la sensación de perder el control y comer demasiado, sin que haya sido una cantidad normalmente grande en esas circunstancias? 0 – No 1 – Sí.

En caso afirmativo:

20. ¿Cuántas veces han tenido lugar estos episodios?

21. ¿Te has provocado el vómito para controlar tu figura o tu peso? 0 – No 1 – Sí

En caso afirmativo:

22. ¿Cuántas veces a la semana lo has hecho como promedio?

23. ¿Has tomado laxantes para controlar tu figura o tu peso? 0 – No 1 – Sí

En caso afirmativo:

24. ¿Cuántas veces a la semana lo has hecho como promedio?

25. ¿Has tomado diuréticos para controlar tu figura o tu peso? 0 – No 1 – Sí

En caso afirmativo:

26. ¿Cuántas veces a la semana lo has hecho como promedio?

27. ¿Has realizado ejercicio energético para controlar tu figura tu peso? 0 – No 1 – Sí

28. ¿Cuántas veces a la semana lo has hecho como promedio?

En los últimos 3 meses:	Nada en absoluto	Levemente	Moderadamente	Marcadamente
29. ¿Ha influido tu peso en cómo te has juzgado a ti mismo/a como persona?	0	1	2	3 4 5 6
30. ¿Ha influido tu figura en cómo te has juzgado a ti mismo/a como persona?	0	1	2	3 4 5 6
31. ¿En qué medida te molestaría si tuvieras que pesarte una vez por semana durante los próximos tres meses?	0	1	2	3 4 5 6
32. ¿En qué grado has sentido insatisfacción por tu peso?	0	1	2	3 4 5 6
33. ¿En qué grado has sentido insatisfacción por tu figura?	0	1	2	3 4 5 6
34. ¿En qué grado te ha preocupado que otra gente te vea comer?	0	1	2	3 4 5 6
35. ¿En qué grado te has sentido incómodo/a al ver tu cuerpo, por ejemplo, en el espejo, reflejado de un escaparate, cuando te des vistes o te duchas?	0	1	2	3 4 5 6
36. En qué grado te has sentido incómodo/a cuando otros ven tu cuerpo, por ejemplo, en los vestuarios, nadando o llevando ropa ajustadas?	0	1	2	3 4 5 6

Contestar sólo si eres mujer:

37. ¿Has tenido alteraciones en la menstruación en los últimos 3 meses?

0 – No 1 – Sí

En caso afirmativo:

38. ¿Cuántos meses consecutivos te ha faltado la menstruación?

[] 1 mes.

[] 2 meses.

[] 3 meses.

[] Más de 3 meses.

ANEXO II

INTERVIEW FOR DIAGNOSTIC OF EATING DISORDERS (IDED)

Parte 1: Evaluación general e historia del problema

1. ¿Qué tipo de problemas tiene con la comida o relacionados con el peso?
¿Desde cuándo los tiene?
2. ¿Cuál ha sido su peso más elevado y cuál el más bajo? ¿Cuándo?
3. ¿Era obeso(a) cuando era niño(a)?
4. ¿Era obeso(a) cuando era adolescente?
5. ¿Cuál ha sido el curso de su problema alimentario? (Cómo empezó, si ha ido aumentando o disminuyendo, cambios en el estilo y modo de comer, etc.)
6. ¿Ha tenido algún problema médico?
7. ¿Evita algún tipo de comida?
8. ¿Qué reacción emocional siente cuando toma algún tipo de “comidas prohibidas”?
9. ¿Cuánta gente vive con usted? ¿Saben algo de sus problemas alimentarios?
Sí No
Si la respuesta es sí: ¿Cómo reaccionan o se sienten acerca de su problema?
¿Querrían participar en el tratamiento?

Parte 2: Anorexia nerviosa

1. A menudo ¿pasa períodos de tiempo sin comer (ayunando) para controlar su peso? ¿Hay algún factor o situación que le parece que incrementa o disminuye los períodos de ayuno?
2. ¿Cree que su peso es normal? Sí No
Describalo:
3. ¿Qué sentiría si adelgazara?
 - a. 1 Kg.
 - b. 2 Kg.
 - c. 4 Kg.
¿Qué sentiría si ganase?
 - a. 1 Kg.
 - b. 2 Kg.
 - c. 4 Kg.

4. ¿Quiere estar más delgado(a)? ¿Cuál es el peso que le gustaría? ¿Piensa y se preocupa a menudo por su peso y su silueta?
¿A menudo se siente “gordo(a)” cuando gana algo, aunque sea muy poco peso? ¿Se pesa a menudo? Sí No
¿Cuántas veces a la semana?

5. ¿Cuándo tuvo su última menstruación? ¿Ha tenido irregularidades con ella en los últimos tres meses? Sí No

Describalas:

Parte 3: Bulimia nervosa

ANEXO III

SCREENING FOR DISORDERED EATING

1. ¿Sientes a menudo el deseo de comer cuando está emocionalmente alterada o estresada? Sí No
2. ¿Siente a menudo que no puede controlar lo que come o cuánto come? Sí No
3. ¿Se provoca a veces el vómito para controlar su peso? Sí No
4. ¿Le preocupa a menudo el deseo de estar más delgado? Sí No
5. ¿Crees que estás gorda cuando los demás te dicen que estás delgada? Sí No

Cada pregunta respondida con un Sí será 1 punto. Si hay más de 2 puntos, indica que se necesita evaluar más su condición.

ANEXO IV

EATING ATTITUDES TEST (EAT-26)

Instrucciones: Se trata de una medida de cribado para ayudar a determinar si puede padecer un trastorno alimentario que requiera atención profesional. Esta medida de cribado no está diseñada para realizar un diagnóstico de un trastorno alimentario ni para sustituir una consulta profesional. Por favor, rellene el siguiente formulario de la forma más precisa, honesta y completa posible. No hay respuestas correctas o incorrectas. Todas sus respuestas son confidenciales.

Parte A: Completa las siguientes preguntas:

- | | |
|--|--------------------------------------|
| 1. Fecha de nacimiento:
.../.../..... | 4. Peso (kg): |
| 2. Género:
... Maculino ... Femenino | 5. Mayor peso (excluyendo embarazo): |
| 3. Altura: | 6. Menor peso de adulto: |
| | 7. Peso ideal: |

Parte B:

Marque una respuesta para cada una de las siguientes afirmaciones:	Siempre	Usualmente	Con frecuencia	A veces	Rara vez	Nunca
1. Me da miedo ganar peso.						
2. Evito comer cuando tengo hambre.						
3. Me encuentro preocupada por la comida.						
4. He tenido atracones de comida en los que he sentido que no podía parar.						
5. Corto mi comida en pequeños trozos.						
6. Me preocupo por la cantidad calorías de comida que como.						
7. Particularmente evito la comida alta en carbohidratos (p.e pan, arroz, patatas, etc).						
8. Siento que otros preferirían que comiese más.						
9. Vomitó cada vez que como.						
10. Me siento extremadamente culpable después de comer.						
11. Estoy ocupada con una gran preocupación por estar más delgada.						
12. Pienso en quemar calorías cuando hago ejercicio.						
13. Otras personas piensan que estoy muy delgada.						
14. Me preocupa el pensamiento de tener grasa en mi cuerpo.						
15. Me lleva más tiempo que a otros comer.						
16. Evito comidas con azúcar.						
17. Como alimentos dietéticos.						
18. Siento que la comida controla mi vida.						
19. Muestro autocontrol con la comida.						
20. Siento que otros me presionan para comer.						
21. Gasto mucho tiempo y pienso mucho en la comida.						
22. Me siento incómoda tras comer dulces.						
23. Adopté comportamientos de dieta.						
24. Me gusta notar mi estómago vacío.						
25. Tengo el impulso de vomitar tras las comidas.						
26. Disfruto comer nuevos alimentos ricos.						

Parte C: Preguntas de comportamiento:

En los últimos 6 meses usted a:	Nunca	Una vez al mes o menos	2-3 veces al mes	Una vez a la semana	2-6 veces a la semana	Una vez al día
1. ¿Ha tenido atracones de comida en los que crees que no podrás parar?*						
2. ¿Alguna vez te has puesto enfermo (vomitado) para controlar tu peso o tu figura?						
3. ¿Ha utilizado alguna vez laxantes, pastillas para adelgazar o diuréticos para controlar su peso o su silueta?						
4. ¿Hace ejercicio más de 60 minutos al día para perder peso o controlarlo?						
5. Ha perdido 6 kilos o más en los últimos 6 meses.	Sí			No		
6. ¿Alguna vez ha recibido tratamiento por un trastorno alimentario?	Sí			No		

*Definido como comer mucho más de lo que comería la mayoría de la gente en las mismas circunstancias y sentir que la comida está fuera de control.

Cada respuesta positiva obtendrá 1 punto. El cribado se encuentra en una puntuación de corte de 2 o más puntos.

ANEXO V

QUESTIONNAIRE OF EATING AND WEIGHT PATTERNS – REVISED (QEWP-R)

Por favor, rodee el número o respuesta que más se adecue a su criterio, o escriba la información donde indique la pregunta.

1. Durante tu vida, ¿cuál ha sido tu mayor peso (sin contar el embarazo)? _____ Kg.
2. ¿Cuántas veces (aproximadamente) has perdido 20 libras o más cuando no estabas enfermo y luego los ha recuperado?
 - a. Nunca.
 - b. Una o dos veces.
 - c. Tres o cuatro veces.
 - d. Cinco veces o más.
3. Durante los últimos seis meses, ¿ha comido a menudo en un periodo de dos horas lo que la mayoría de la gente consideraría una cantidad inusualmente grande de comida? _____ Sí _____ No

Si la respuesta es NO pase a la pregunta 7.

4. Cuando comía de esta manera, ¿sentía a menudo que no podía parar de comer o controlar lo que comía o cuánto comía? _____ Sí _____ No
Si la respuesta es NO pase a la pregunta 7.
5. Durante los últimos seis meses, ¿con qué frecuencia, de media, ha comido de esta manera, es decir, grandes cantidades de comida y la sensación de que comía sin control? (Es posible que haya habido algunas semanas en las que no haya estado presente, simplemente haga la media).
 - a. Menos de un día a la semana.
 - b. Un día a la semana.
 - c. De dos a tres días a la semana.
 - d. Cuatro o cinco días a la semana.

- e. Casi todos los días.
6. ¿Suele tener alguna de las siguientes experiencias durante estas ocasiones?
- ¿Comer mucho más rápido de lo habitual? _____ Sí _____ No
 - ¿Comer hasta sentirse incómodamente lleno? _____ Sí _____ No
 - ¿Ingerir grandes cantidades de comida sin sentir hambre física? _____ Sí _____ No
 - ¿Comer solo porque le daba vergüenza lo mucho que estaba comiendo? _____ Sí _____ No
 - ¿Sentirme disgustado conmigo mismo, deprimido o muy culpable después de comer en exceso? _____ Sí _____ No
7. En general, durante los últimos seis meses, ¿hasta qué punto le molestó comer en exceso (comer más de lo que cree que es lo mejor para usted).
- En absoluto.
 - Ligeramente.
 - Moderadamente.
 - Mucho.
 - Extremadamente.
8. En general, durante los últimos seis meses, ¿cuánto le molestó la sensación de que no podía dejar de comer o controlar qué o cuánto comía?
- En absoluto.
 - Ligeramente.
 - Moderadamente.
 - Mucho.
 - Extremadamente.

9. Durante los últimos seis meses, ¿qué importancia ha tenido su peso o su figura en cómo se siente o se evalúa como persona, en comparación con otros aspectos de su vida, como su rendimiento en el trabajo, su paternidad o su relación con otras personas?

- a. El peso y la figura no eran muy importantes.
- b. El peso y la figura influían en cómo te sentías sobre ti mismo/a.
- c. El peso y la figura eran algunos de los principales factores que influían en cómo te sentías sobre ti mismo/a.
- d. El peso y la figura eran las cosas más importantes que afectaban a cómo te sentías sobre ti mismo/a.

10. Durante los últimos tres meses, ¿alguna vez se provocó el vómito para evitar engordar después de un atracón? _____ Sí _____ No

Si la respuesta es sí: ¿Con qué frecuencia, de media?

- a. Menos de una vez a la semana.
- b. Una vez a la semana.
- c. Dos o tres veces por semana.
- d. Cuatro o cinco veces por semana.
- e. Más de cinco veces por semana.

11. Durante los últimos tres meses, ¿tomó alguna vez más del doble de la dosis recomendada de laxantes para evitar engordar después de un atracón?
_____ Sí _____ No

Si la respuesta es sí: ¿Con qué frecuencia media?

- a. Menos de una vez a la semana.
- b. Una vez a la semana.
- c. Dos o tres veces por semana.

- d. Cuatro o cinco veces por semana.
 - e. Más de cinco veces por semana.
12. Durante los últimos tres meses, ¿tomó alguna vez más del doble de la dosis recomendada de diuréticos para evitar engordar después de un atracón?

_____ Sí _____ No

Si la respuesta es sí: ¿Con qué frecuencia, por término medio?

- a. Menos de una vez a la semana.
 - b. Una vez a la semana.
 - c. Dos o tres veces por semana.
 - d. Cuatro o cinco veces por semana.
 - e. Más de cinco veces por semana.
13. Durante los últimos tres meses, ¿alguna vez ha ayunado por al menos 24h para evitar engordar después de un atracón? _____ Sí _____ No

Si la respuesta es sí: ¿Con qué frecuencia, por término medio?

- a. Menos de un día a la semana.
 - b. Un día a la semana.
 - c. Dos o tres días a la semana.
 - d. Cuatro o cinco días a la semana.
 - e. Casi todos los días.
14. Durante los últimos tres meses, ¿alguna vez hizo ejercicio durante más de una hora específicamente para evitar engordar después de un atracón?

_____ Sí _____ No

Si la respuesta es sí: ¿Con qué frecuencia, por término medio?

- a. Menos de una vez a la semana.

- b. Una vez a la semana.
 - c. Dos o tres veces por semana.
 - d. Cuatro o cinco veces por semana.
 - e. Más de cinco veces por semana.
15. Durante los últimos tres meses, ¿tomó alguna vez más del doble de la dosis recomendada de una píldora dietética para evitar engordar después de un atracón? _____ Sí _____ No
- Si la respuesta es sí: ¿Con qué frecuencia, por término medio?
- a. Menos de una vez a la semana.
 - b. Una vez a la semana.
 - c. Dos o tres veces por semana.
 - d. Cuatro o cinco veces por semana.
 - e. Más de cinco veces por semana.

ANEXO VI

CUESTIONARIO SCOFF

Instrucciones: marque con una X la respuesta que más se ajuste a su situación.

	SÍ	NO
¿Tiene la sensación de estar enferma por sentir el estómago muy lleno que le resulta muy incómodo?		
¿Está preocupada porque siente que debe controlar cuanto come?		
¿Ha perdido recientemente más de 6kg en un periodo de 3 meses?		
¿Cree que está gorda, aunque otras personas le digan que esta demasiado delgada?		
¿Diría que la comida domina su vida?		

ANEXO VIII

BODY SHAPE QUESTIONARE / CUESTIONARIO DE FORMA CORPORAL

1. Cuando te aburres, ¿te preocupas por tu figura?
2. ¿Te has preocupado tanto por tu figura que has pensado qué tal vez tendrías que ponerte a dieta?
3. ¿Has pensado que tenías los muslos, caderas, nalgas o cintura demasiado grandes en relación con el resto del cuerpo?
4. ¿Has tenido miedo a engordar?
5. ¿Te has preocupado de que tu carne no sea lo suficientemente firme?
6. Sentirte lleno/a (después de una gran comida), ¿te ha hecho sentirte gordo/a?
7. ¿Te has sentido tan mal con tu figura que has llegado a llorar?
8. ¿Has evitado correr para que tu carne no botara?
9. Estar con chicos o chicas delgados/as, ¿te ha hecho fijar en tu figura?
10. ¿Te ha preocupado que tus muslos o cintura se ensanchen cuando te sientas?
11. El hecho de comer poca comida, ¿te ha hecho sentir gordo o gorda?
12. Al fijarte en la figura de otras chicas o chicos, ¿la has comparado con la tuya desfavorablemente?
13. Pensar en tu figura, ¿ha interferido en tu capacidad de concentración (cuando mirar la televisión, lees o mantienes una conversación)?
14. Estar desnuda/o (por ejemplo, cuando te duchas), ¿te ha hecho sentir gordo/a?
15. ¿Has evitado llevar ropa que marque tu figura?
16. ¿Te has imaginado cortando partes gruesas de tu cuerpo?
17. Comer dulces, pasteles u otros alimentos con muchas calorías, ¿te ha hecho sentir gordo/a?
18. ¿Has evitado ir a actos sociales (por ejemplo, una fiesta) porque te has sentido mal con tu figura?
19. ¿Te has sentido excesivamente gordo/a o redondeado/a?
20. ¿Te has sentido acomplejado/a por tu cuerpo?
21. Preocuparte por tu figura, ¿te ha hecho poner una dieta?
22. ¿Te has sentido más a gusto con tu figura cuando tu estómago estaba vacío (por ejemplo, por la mañana)?
23. ¿Has pensado que la figura que tienes es debida a tu falta de autocontrol?
24. ¿Te ha preocupado que otra gente vea michelines alrededor de tu cintura y

estómago?

25. ¿Has pensado que nos gusta que otras chicas/os párrafos sean más delgadas/os que tú?
26. ¿Has vomitado para sentirte más delgada?
27. Cuando estás con otras personas, ¿te ha preocupado ocupar demasiado espacio (por ejemplo, sentándote en un sofá o en el autobús)?
28. ¿Te has preocupado que tu carne tenga aspecto de piel de naranja (celulitis)?
29. Verte reflejada/o en un espejo o en un escaparate, ¿te ha hecho sentirte mal por tu figura?
30. ¿te has pellizcado zonas de tu cuerpo para ver cuánta grasa tenías?
31. ¿Has evitado situaciones en las que la gente pudiese ver tu cuerpo (por ejemplo, en vestuarios comunes de piscinas o duchas)?
32. ¿Has tomado laxantes (pastillas para evitar el estreñimiento) para sentirte más delgada/o?
33. ¿Te has fijado más en tu figura estando en compañía de otras personas?
34. La preocupación por tu figura, ¿te ha hecho pensar que deberías hacer ejercicio físico?

Las respuestas se evalúan con una escala de 6 puntos (1 = nunca; 2 = raramente; 3 = a veces; 4 = a menudo; 5 = muy a menudo; 6 = siempre).

ANEXO IX

CUESTIONARIO DE HÁBITOS ALIMENTICIOS

Se trata de un cuestionario ad hoc con 5 preguntas de respuesta libre por el cual se valorarán los hábitos alimenticios de nuestros pacientes.

1. ¿Con qué frecuencia consumes los siguientes alimentos?
 - a. Frutas y verduras.
 - b. Carne y pescado.
 - c. Legumbres y hortalizas.
2. ¿Lee usted con frecuencia las etiquetas de los alimentos? ¿Con qué fin?
3. ¿Cómo calificarías tus conocimientos de 1 al 10 sobre nutrición?
4. ¿Planifica usted sus comidas con antelación?
5. ¿Considera que lleva una alimentación saludable y equilibrada?

ANEXO X

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PACIENTES

Con el consecuente consentimiento se solicita a la participante su permiso para usar sus datos y valorar su estado de salud actual, con el fin de conseguir crear un proyecto nuevo de prevención contra riesgos de sufrir trastornos de la conducta alimentaria durante el proceso del embarazo. Debe tener en cuenta que la decisión debe ser propia y es completamente voluntario la opción de participar en el estudio, y si en cualquier momento desea abandonar el mismo, estará en su derecho de informar a los responsables de su cambio de idea.

El estudio consiste en la recopilación de una serie de datos para determinar el riesgo de cada paciente de poder desarrollar un trastorno de conducta alimentaria durante el embarazo.

La información personal (así como el nombre, las semanas de gestación, el DNI, etc) será confidencial y no se divulgará siguiendo la **Ley Orgánica 3/2018 del 5 de diciembre de Protección de Datos Personales y Garantía de los Derechos Digitales (LOPDGDD)**.

Si está de acuerdo con la participación en este estudio, debe llenar los siguientes campos:

Yo (NOMBRE Y APELLIDOS), con DNI/NIE doy mi consentimiento para participar en el proyecto de prevención.

Debe responder a las siguientes cuestiones si desea participar en el estudio antes debe entregar el formulario:

1. Edad:
2. Edad gestacional:
3. Antecedentes personales (TCA previos...):

En Madrid, a de de 202...

Firma participante: