



COMILLAS
UNIVERSIDAD PONTIFICIA

ICAI

ICADE

CIHS

**FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS Y
SOCIALES**

**Vivencia de las mujeres con trastorno de la
conducta alimentaria durante el embarazo**

Autor/a: Ana Mancera Fernández

Director/a: María Esther Martín Íñigo

Madrid

2021/2022

ÍNDICE

1.	Resumen y abstract.....	1
2.	Introducción.....	2
3.	Definición de trastorno de la conducta alimentaria.....	4
4.	Definición de preeclampsia.....	6
5.	Etapas del embarazo.....	7
	5.1 Primer trimestre.....	7
	5.2 Segundo trimestre.....	8
	5.3 Tercer trimestre.....	9
	5.4 Puerperio.....	10
6.	Cambios en el embarazo psicológicos y biológicos.....	10
7.	TCA en el embarazo.....	12
	7.1 TCA antes del embarazo.....	13
	7.2 TCA durante el embarazo.....	14
	7.3 TCA en el posparto.....	17
	7.4 El TCA en el recién nacido.....	19
8.	Obesidad y trastorno de la conducta alimentaria.....	21
9.	Obesidad y embarazo.....	22
10.	Discusión.....	22
11.	Referencias.....	25

1. RESUMEN

En este trabajo se trató de estudiar cómo las mujeres con Trastorno de la Conducta Alimentaria (TCA) afrontaban el proceso del embarazo. El TCA, es una enfermedad que hace que la persona que lo padece se sienta disconforme con su figura corporal y tenga la necesidad de mantener un control excesivo ante la alimentación y el ejercicio. Por este motivo, el objetivo fue explicar cómo estas personas experimentaban este periodo de gestación, caracterizado principalmente por los cambios en la imagen.

A su vez, se consideró importante poder observar también cómo el embarazo podía causar, disminuir o aumentar la sintomatología de este trastorno.

Por último, se buscó relacionar la obesidad con los trastornos de la conducta alimentaria y observar como esta enfermedad afectaba también al embarazo.

Palabras clave: TCA, embarazo, gestantes, trastorno, posparto

ABSTRACT

In this work we tried to study how women with eating disorders faced the pregnancy process. An eating disorder is a disease that makes the person who suffers from it feel unsatisfied with their body figure, the individual also has a need to maintain excessive control over eating and exercise. For this reason, the objective was to explain how these people experience this period, characterizes mainly by changes in the image.

At the same time, it was considered important to be able to observe how pregnancy could cause, decrease or increase the symptoms of this disorder.

Finally, we tried to relate obesity to eating behavior disorders and observe how this disease also affects pregnancy.

Key words: Eating Disorder, pregnancy, pregnant woman, disorder, puerperium

2. INTRODUCCIÓN

Según el Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5th ed; DSM-5; American Psychiatric Association, 2014), “Los trastornos de la conducta alimentaria se ponen de manifiesto por el fracaso persistente para cumplir las adecuadas necesidades nutricionales y/o energéticas (p. ej., falta de interés por alimentarse, evitación a causa de las características organolépticas de los alimentos o preocupación por las consecuencias repulsivas de la acción de comer)”. Seijas y Sepúlveda (2005) afirman que la aparición de este trastorno está relacionado con problemas de vínculo, baja autoestima y perfeccionismo. Además, vivimos en una sociedad en la cual se halaga la delgadez y la belleza por encima de otras cosas lo cual genera mayor número de inseguridades (Seijas y Sepúlveda, 2005). Algunas investigaciones han demostrado que los trastornos de la conducta alimentaria afectan del 1 al 4% de mujeres de la población. Mientras que, en hombres el porcentaje es mucho menor, aproximadamente del 10% de las personas afectadas. Dentro de esta categoría se encuentran tres tipos de trastornos que son bulimia nerviosa, anorexia nerviosa y trastornos no especificados (Seijas y Sepúlveda, 2005).

Actualmente, son muchas las mujeres en periodo fértil que afrontan algún trastorno de la conducta alimentaria (Mackenna et al., 2021). Según Behar (2013), las mujeres que tienen esta enfermedad pueden quedarse embarazadas y es posible que tengan un bebé sano a pesar de que el trastorno dificulte este proceso. Muchas personas creen que las pacientes con TCA no son fértiles debido a que esta enfermedad causa síntomas como la pérdida del periodo. Sin embargo, algunas investigaciones han demostrado que solo el 25% de estas pacientes son estériles (Ward, 2008). En esta situación, las gestantes sienten grandes miedos e inseguridades ya que esta enfermedad, debido a los problemas físicos que causa, provoca efectos en la salud que pueden hacer peligrar la vida del feto (Ward, 2008). Mackenna et al. (2021) afirman que la madre con TCA sufre mayor malestar físico y psicológico y, a su vez, el feto también padece algunas consecuencias como: menor índice de masa corporal o menores puntuaciones en el test de Apgar (examen que se realiza al recién nacido en el primer minuto y en el quinto después de nacer con el objetivo de comprobar las consecuencias que ha tenido para este el parto y cómo está siendo su adaptación al nuevo entorno) además de otras.

Este término, referido al trastorno de la conducta alimentaria dentro del embarazo, se ha conocido como pregorexia, a pesar de no estar reconocido en el DSM-V (Tuncer et al., 2020). Algunos estudios han afirmado que las preocupaciones más comunes en este

colectivo eran el miedo al aumento de peso durante el embarazo, los vómitos continuos y los pensamientos cíclicos en relación al alimento (Behar, 2013).

Durante este periodo el cuerpo de la mujer cambia y se sale de los ideales corporales que tiene la sociedad, lo que genera una vivencia de disconformidad y ansiedad para las mujeres gestantes. Sin embargo, esta experiencia tiene consecuencias diferentes para cada una de ellas. Mackenna et al. (2021) defienden que las mujeres con TCA, debido a la dificultad que tienen para controlar el cuerpo y la mente, sufren más cambios con respecto a su imagen corporal, lo que puede ser un antecedente para la reactivación o el inicio del trastorno. Según Larsson y Andersson (2003), algunos estudios han demostrado que, durante el embarazo, las mujeres que presentan esta enfermedad se ocultan detrás de los cambios corporales que se producen en esta etapa y de esta manera, viven con positividad su aumento de peso. Esta investigación concluyó con resultados que apoyaban que tres de cada cuatro gestantes acepta su cuerpo.

Por último, hablaremos sobre el periodo del posparto ya que en este se pueden observar diferentes trayectorias tomadas por las madres, tanto las que tenían un diagnóstico previo de TCA como para las que no. Squires et al. (2014) confirma que el embarazo en algunos casos hace que desaparezca el TCA puesto que las madres toman como primordial la idea de cuidar la salud del bebé. Sin embargo, se han observado también casos en los cuales ocurre lo contrario, es decir, hay un incremento del malestar de la madre debido a que bajo su perspectiva, empeora su imagen corporal tras dar a luz. Además, Blanque et al. (2018) refieren que las pacientes con TCA suelen tener más problemas psicológicos en el posparto ya que a todas las dificultades que afrontan durante esta etapa se le añade tener que aceptar su nueva imagen.

Micali et al. (2007) señalan que existen tres tipos de embarazadas con TCA: la primera es aquella que renuncia a las conductas peligrosas para el bebé solo durante el periodo del embarazo, la segunda es la mujer que supera el trastorno de la conducta alimentaria y la última es la que continúa siguiendo los mismos patrones de alimentación sin que su embarazo afecte.

En última instancia, mencionar por qué decidí escoger este tema para mi trabajo. En primer lugar, elegí profundizar más en los trastornos de la conducta alimentaria porque considero que el auge de las redes sociales ha hecho que haya una mayor presión para que se cumplan los cánones de belleza, lo que lleva a las personas a tener cada vez menor

autoestima. A su vez, especialmente el TCA me causa una gran curiosidad ya que he tenido relación cercana con algún caso de este tipo y cuando vi el tema, no dudé en que me gustaría saber mucho más acerca de ello.

Avanzando en mi decisión, tras seleccionarlo estuve pensando cómo podía enfocarlo y en lo primero que pensé fue en que quería hablar del colectivo más relacionado con este tipo de trastorno, es decir, las mujeres. En este grupo, mi interés se dirigió a aquellas mujeres que además de estar afrontando un TCA tenían otro tipo de estresor como es el embarazo. Finalmente, el tema elegido ha sido la vivencia de las mujeres con trastorno de la conducta alimentaria durante el embarazo. Mi trabajo va a consistir en hacer un recorrido por las distintas etapas del embarazo desde los sentimientos que tiene la mujer antes de quedarse embarazada, pasando por sus vivencias durante el embarazo, hasta terminar en la etapa del posparto y en las consecuencias que presenta para el recién nacido.

La idea que me ha ayudado a plantearme dicho contenido es que considero que el embarazo es una etapa muy compleja para la mujer y que supone la aceptación de muchos cambios tanto psicológicos como corporales. Por ello, he pensado que si las mujeres que no presentan ninguna patología previa lo viven como un proceso de gran superación y dificultad, aquellas que además estén sufriendo un trastorno lo tienen que afrontar con una enorme fortaleza, y esto es lo que me ha llamado la atención.

Debido a que el embarazo es un periodo en el cual la mujer tiene que aceptar una nueva imagen corporal, me ha parecido buena idea añadir a este recorrido la etapa del posparto ya que me he cuestionado si existen algunas mujeres que sin tener antecedentes de TCA lo comienzan a desarrollar después del embarazo y qué ocurre con aquellas que ya tenían el trastorno antes de quedarse embarazadas.

3. DEFINICIÓN DE TRASTORNO DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

Los trastornos de la conducta alimentaria o TCA son un conjunto de enfermedades mentales caracterizadas por un control estricto de la alimentación con el fin de conseguir una imagen corporal determinada (Mackenna et al., 2021). Esta búsqueda por obtener un peso óptimo, en numerosas ocasiones por debajo de la media, puede llevar a padecer enfermedades físicas graves o incluso en casos extremos a la muerte. Las personas con dicha patología no son conscientes de la trascendencia de sus conductas ni del daño que estas les pueden estar causando y por lo tanto, algunas veces esperan mucho tiempo para

buscar la ayuda necesaria, lo cual señala la importancia de que los profesionales sepan identificar dicha enfermedad lo más pronto posible (Staudt et al., 2006). Autores como Larsson y Andersson (2003), afirman que los individuos diagnosticados con dicha enfermedad no son conocedores del potencial que tiene el propio cuerpo y se perciben a ellos mismos de una manera muy crítica.

Actualmente, se ha elevado en un 5% la cantidad de personas jóvenes que manifiestan esta enfermedad ya que la sociedad se encuentra regida por unos ideales acerca de que las personas para ser aceptadas deben poseer unas características determinadas (Seijas y Sepúlveda, 2005), lo que incluye la delgadez, muchas veces inalcanzable.

Los trastornos de la conducta alimentaria afectan en mayor medida al género femenino, específicamente se ha encontrado que un 90% de los pacientes con dicha enfermedad son mujeres (Seijas y Sepúlveda, 2005). No se conoce exactamente la causa de que la mayoría de personas diagnosticadas pertenezcan a este género. Sin embargo, se ha planteado la posibilidad de que la genética o el aprendizaje social tengan alguna influencia en dichos resultados. Además, se ha podido observar que aproximadamente el 6% de las mujeres en periodo fértil lo padecen. A su vez, alrededor de un 15% de las mujeres que presentan esta patología durante el periodo del embarazo no son diagnosticadas (Squires et al., 2014).

Ward (2008) afirma que dentro de los trastornos de la conducta alimentaria se encuentran tres: trastorno no especificado, bulimia nerviosa y anorexia nerviosa. Comenzaremos entonces explicando cada uno de ellos para comprender así su desarrollo posterior en el embarazo.

En primer lugar, la anorexia nerviosa es una afección en la cual la persona tiene una percepción errónea de su cuerpo. Por ese motivo, su objetivo principal es perder peso llegando a un extremo en el cual se ve perjudicada en gran medida su salud tanto física como psíquica (Staudt et al., 2006).

En segundo lugar, la bulimia nerviosa hace referencia a un conjunto de conductas en las cuales la persona ingiere grandes cantidades de alimentos y posteriormente, con el fin de compensarlo, lleva a cabo conductas purgativas como vómitos o consumo de medicamentos (Madruga et al., 2013).

Por último, los trastornos no especificados hacen referencia a aquellos que a pesar de mantener objetivos comunes a los explicados anteriormente (problemas alimentarios) se utilizan formas de conseguir estos objetivos que no son compartidas por los otros dos trastornos mencionados anteriormente (Behar, 2008). Dentro de este último grupo, se encuentra el Trastorno por Atracción (TA). Este trastorno se caracteriza por un consumo exagerado de alimentos que conlleva sentimientos de malestar hacia el propio comportamiento y no viene acompañado de purgas por lo que en la mayoría de las ocasiones produce un aumento de peso (vómitos, uso de laxantes, etc.) (Blanque et al., 2018)

4. DEFINICIÓN DE PREGOREXIA

Según Tuncer et al. (2020), está presente un concepto relacionado con estos trastornos que no se encuentra incluido en el DSM-5, este se conoce como pregorexia. La pregorexia consiste en la búsqueda continuada que tienen algunas mujeres en periodo de gestación por mantener su peso durante el proceso del embarazo. Estas mujeres presentan la idea de que deben estar delgadas o mantener la figura que tenían antes del proceso. Por este motivo, no aceptan su cuerpo y manifiestan un continuo malestar ante los distintos cambios que van experimentando.

Algunas mujeres embarazadas comienzan a realizar ejercicio y a ingerir menos cantidades de comida para evitar el aumento de peso que es normal en una situación de embarazo. Estas acciones pueden poner en riesgo tanto la salud de la madre como la del bebé, afectando en el correcto desarrollo del pequeño. Incluso, algunas de estas mujeres evitan hablar del embarazo o deciden pensar que este hecho no es verídico para centrarse únicamente en la búsqueda de su peso inicial (Tuncer et al., 2020).

Usualmente estas conductas se producen en mujeres que en un momento previo al embarazo estaban sufriendo un trastorno de la conducta alimentaria y que deciden mantenerlo tras la noticia del embarazo. Esta manera de actuar permite a las mujeres tener una idea de control de la situación y por lo tanto, les genera tranquilidad frente a este periodo. Estas conductas en muchas ocasiones producen complicaciones en las distintas etapas del embarazo y pueden ser dañinas para el feto (Sullivan, 2010).

Algunos autores como Tuncer et al. (2020), afirman que existen determinados factores que son considerados un riesgo para producir, mantener o agravar los síntomas relacionados con la preeclampsia. En primer lugar, una de las causas principales del desarrollo del TCA durante el embarazo puede ser que la persona ya tuviera un trastorno de la conducta alimentaria y fuese incapaz de superarlo tras conocer la noticia. Muchas de las pacientes con TCA deciden disimular esta información en las revisiones ya que se sienten culpables y no quieren ser juzgadas. Por eso, es necesaria la atención de los especialistas para tratar esta enfermedad y que afecte lo mínimo posible al feto. En segundo lugar, otra causa sería que la madre presentara un trauma previo al embarazo y que la forma para evadirse de este fuese tener conductas perjudiciales contra ella misma. Por último, es posible que la mujer ante el estrés y todos los cambios que tiene su propio cuerpo en esta etapa, trate de paliarlos de alguna manera, es decir, desarrollando un trastorno de la conducta alimentaria.

5. ETAPAS DEL EMBARAZO

El periodo del embarazo dura nueve meses. Durante esta etapa, el feto se va desarrollando en el interior de su madre y el cuerpo de ella se transforma, siendo muy diferente a como era en el comienzo. Este proceso se encuentra dividido en tres trimestres. La madre a lo largo de estos pasa por distintos estados y sentimientos los cuales debe afrontar (Rodríguez, 2017). A continuación, haremos un recorrido pasando por cada uno de los trimestres y por el puerperio y explicando en qué consiste cada etapa.

5.1 Primer trimestre.

Este primer trimestre se desarrolla desde la primera semana del embarazo hasta la semana número doce. Durante este trimestre, la pareja primeriza descubre la noticia del embarazo y aparecen las primeras preguntas acerca de cómo será el proceso (¿Cada cuánto tiempo hay que ir a revisiones? ¿Será niño o niña? ¿Cómo viviremos el embarazo?). Este trimestre está caracterizado por las dudas que tiene la madre sobre la nueva situación que están experimentando. Además, la pareja se encuentra en un periodo de aceptación y asimilación de los cambios que están por llegar. A su vez, en relación al aspecto físico, la mujer se siente muy cansada y

puede manifestar problemas para dormir. El cuerpo de la madre se está comenzando a adaptar a este nuevo estado por lo que es usual que en esta etapa, se produzcan síntomas negativos como son las náuseas o los vómitos (Maldonado et al., 2008).

Según Rodríguez (2017), en estos tres meses la mujer se enfrenta a numerosas emociones que aparecen y que en muchas ocasiones son contradictorias. Esto se debe a que es una etapa en la cual la pareja siente una gran ansiedad y preocupación por cómo será el proceso y cómo deben ellos actuar ante la nueva situación. Además, existen también otras inquietudes de la madre relacionadas con la posibilidad o no de mantener relaciones sexuales durante este proceso o las dudas con respecto a la consolidación de la pareja o miedo al abandono del padre.

En segundo lugar, se pueden dar distintas posibilidades relacionadas con las causas del embarazo. Si el bebé es deseado ya que la pareja lleva tiempo buscándolo o la madre quiere esta situación, la mujer puede sentirse muy realizada y considerar al feto el centro de su vida. Por el contrario, si el embarazo no es deseado la mujer puede sentir una gran tristeza y necesitar un proceso de adaptación a la situación mucho mayor al normal. A su vez, aparece por otro lado el miedo debido a que el embarazo implica que la madre debe reajustar su vida ante este nuevo proceso y por lo tanto, perder su rutina. La relación conyugal se transforma y comienza a girar alrededor de la llegada del nuevo bebé. Ambos progenitores sienten miedo ante lo que pueda ocurrir y deben desarrollar una serie de recursos o herramientas para afrontar de manera conjunta esta etapa (Rodríguez, 2017).

5.2 Segundo trimestre

El segundo trimestre se produce pasadas las trece semanas de gestación. En esta etapa las mujeres deciden contar a sus familiares o apoyo más cercano la noticia por lo que reciben más ayuda que anteriormente. El físico de la madre, ya se está transformando debido a que el feto ya está mucho más desarrollado y se hace evidente que está embarazada (Maldonado et al., 2008).

Además, en este momento se generan movimientos en la barriga de la mujer que indican que el bebé se encuentra con vida, lo que hace que la gestante comience a relacionarse con él mediante el habla o caricias (Maldonado et al., 2008). Debido a que los padres pueden sentir ya la existencia del feto, la madre comienza a imaginar sobre cómo va a ser este y ya le percibe como una persona real, como su hijo. Esto a su vez le ayuda a comenzar a ser consciente de la realidad de la experiencia que está viviendo y a empezar a crear un vínculo con él (Maldonado et al., 2008). Dependiendo de si el embarazo responde bien o no a las distintas pruebas que se van haciendo, podremos decir que la mujer vive este periodo de una manera tranquila o se muestra con miedo generado por los problemas que pueden ir surgiendo (Rodríguez, 2017).

Durante estas dos primeras etapas se puede producir un aborto natural. Sin embargo, puede ser que este se produzca pasadas veinte semanas en las cuales ya estaríamos hablando del concepto de parto prematuro.

5.3 Tercer trimestre

El último trimestre del embarazo se produce pasadas las treinta semanas. En esta etapa, se comienza a manifestar una transformación en la postura y en el andar de la madre. También, sus comidas comienzan a ser menos abundantes pero más frecuentes debido a que los órganos internos se encuentran presionados por el feto por lo que la gestante necesita comer menos cantidades (Maldonado et al., 2008).

La idea que la madre tiene sobre su bebé comienza a cambiar con el fin de estar preparada ante la llegada y que cuando este nazca la realidad no se encuentre muy alejada de los pensamientos que ha tenido hasta este momento. Además, la gestante empieza a trabajar en el distanciamiento con su bebé. Este tercer trimestre es una etapa que se identifica por el nesting o anidamiento, concepto que se refiere a la preparación del espacio físico para la llegada del bebé (organizar la habitación del bebé, comprarle ropa, etc.) (Ketterman et al., 2022).

A pesar de ser una etapa favorable para la mujer, también siente miedo por el parto y porque el niño no venga sano. Autores como Herrera et al. (2011), afirman que las dudas o la intranquilidad que muestra la madre ante el futuro cuidado del bebé pueden ser favorables para el desarrollo del feto, ya que esta va a buscar protegerle

e intentar encontrar que es lo mejor para él. Sin embargo, si estas preocupaciones perduran a lo largo del tiempo pueden afectar en el estado emocional del niño, no siendo una figura de regulación para él, y en la relación que van a tener entre ambos, estableciendo un vínculo inseguro con el bebé.

5.4 Puerperio

Por último, incluir entre las fases del embarazo el puerperio. Conocemos esta etapa como el momento del embarazo en el cual ya se ha producido el parto y los padres deben adaptarse a la nueva situación. Este periodo dura cuarenta días y en él, la madre se encuentra recuperándose de las secuelas del embarazo. Además, el puerperio se caracteriza sobre todo por la importancia de la lactancia y cómo influye esta acción en la relación entre hijo y madre ya que en esta etapa es esencial que se genere un buen vínculo entre ambos. En cuanto a los patrones psicológicos, los padres viven este momento con mucho miedo e incertidumbre debido a que la hospitalización se termina y deben afrontar la crianza del niño sin ayuda médica (Cerón y Argote, 2012).

Según Álvarez et al. (2019), conocemos como apego al vínculo que tiene una persona con su cuidador primario. Este consiste en la necesidad que tenemos todos de mantener una aproximación con los demás. La persona con la que se establece el apego, es para el niño como una figura de protección y cuidado. El vínculo que se genera entre madre e hijo es importante ya que influye en la formación de los estados emocionales del niño. Por ejemplo, si el bebé nace en una familia disfuncional en la cual la madre es ansiosa-depresiva es posible que cuando crezca tenga problemas para regular sus emociones. Tener un buen apoyo permite que los pequeños puedan salir a explorar el entorno y que sean capaces de regular sus emociones negativas cuando aparece un problema. El apego inseguro tiene consecuencias desfavorables para el niño, como una mayor probabilidad de tener ansiedad, de padecer depresión o incluso de tener conductas más agresivas. Por último, un apoyo inseguro con los cuidadores influirá en cómo esta persona construye su mundo interno y sus futuras relaciones con los demás (Páez et al., 2006).

6. CAMBIOS EN EL PERIODO DEL EMBARAZO

Los cambios que se producen en la mujer embarazada durante esta etapa son muchos. Además, estas transformaciones afectan a varias áreas de la vida de la persona.

En primer lugar, me gustaría comenzar por los cambios fisiológicos que se producen durante el periodo de la maternidad los cuales son (Maldonado et al., 2008):

- Se produce un aumento llamativo en el peso de la gestante el cual puede incrementarse aproximadamente entre once y dieciséis kilogramos. Este aumento de peso se debe a que un ser humano crece dentro del vientre materno y por lo tanto, necesita de una mayor dosis de nutrientes. Además, el embarazo hace que se produzca retención de líquidos lo cual produce un aumento de peso.
- La gestante vive cambios de la imagen corporal como son el aumento de abdomen, de pecho y de las caderas para facilitar el parto. A su vez, otras transformaciones menos llamativas ocurren, por ejemplo, en la piel y en los pies de la embarazada.
- El útero aumenta y las glándulas mamarias crecen.
- La apariencia corporal se transforma. La mujer pierde estabilidad debido al crecimiento abdominal y ha de encontrar una nueva posición en la cual se sienta cómoda.
- Comienza a producirse un enlentecimiento de la marcha.
- El crecimiento del feto presiona los distintos órganos internos produciendo efectos como la dificultad de la contención urinaria o la disminución de la ingesta de alimentos, a pesar de que siguen consumiendo la misma o más cantidad de estos aunque en momentos más repartidos durante el día.
- Se genera una alteración de las hormonas durante el embarazo (estrógenos, progesterona, gonadotropina, etc.). Este proceso influye en la química del cerebro puesto que hace que las pacientes embarazadas tengan mayor número episodios depresivos.

En segundo lugar, es importante hacer referencia a los cambios emocionales que se producen, los cuales son (Maldonado et al., 2008):

- El aumento de la satisfacción que se observa en los padres que reciben de una manera positiva la noticia, a pesar de que estos puedan atravesar obstáculos durante el proceso que hagan variar sus sentimientos.
- En algunos casos, esta noticia es recibida con negatividad y existen circunstancias en las cuales los progenitores no pueden hacer frente a la situación, de tal manera que en estos los sentimientos que prevalecen son pánico, incertidumbre o desasosiego.
- Además, la mujer cambia su manera de pensar y de sentir. La madre primeriza debe aprender cómo se debe actuar en diversas situaciones para ser una “buena madre”. Además, hay un cambio de mentalidad del “yo” al “nosotros”, es decir, ya no soy solo una persona si no que tengo a alguien dependiendo completamente de mí.
- Aparición de fantasías acerca del bebé y dudas sobre su cuidado.
- Impedimento para dormir debido a los dolores que produce el embarazo, al malestar físico (náuseas, acidez de estómago, etc.) o la necesidad persistente de orinar.
- Aumento de la dependencia hacia los demás o necesidad de sentirse cuidada por ellos.

7. EL TCA DURANTE EL EMBARAZO

Para comenzar a explicar cómo afecta el trastorno de la conducta alimentaria en el embarazo o a la inversa, indicaré algunos criterios que nos ayudan a distinguir si una embarazada puede estar padeciendo dicha enfermedad. En muchas ocasiones, las pacientes con trastorno de la conducta alimentaria sienten una gran culpabilidad por el posible daño que le pueden estar causando al feto y tratan de ocultar el trastorno para que nadie externo las juzgue. Por lo tanto, es muy importante saber reconocer ciertos aspectos que son indicativos en la presencia de un TCA para así, poder controlarlos y que afecten mínimamente al bebé. Las características en las cuales nos podemos centrar son: la preocupación de la madre por el propio peso o el del bebé cuando nace, inapropiado aumento de peso durante los tres trimestres, problemas en el crecimiento del feto y la negligencia de la madre hacia el niño tras el parto (Herrera et al., 2011).

Como hemos comentado anteriormente, en el periodo de gestación, la mujer tiene que afrontar distintos cambios, tanto fisiológicos como psicológicos además de los imprevistos que pueden darse durante esta etapa, los cuales generan en ella un aumento de la ansiedad. Por este motivo, si la mujer además de afrontar el embarazo tiene TCA, la situación será aún más compleja (Mackenna et al., 2021).

A su vez, es importante destacar que el inicio de la enfermedad no siempre se produce en el periodo del posparto, sino que, muchas veces, el trastorno ya se encontraba presente mucho antes. Son determinantes los factores ajenos al embarazo que aumentan la probabilidad de sufrir este trastorno, por ejemplo, una situación de fragilidad, la genética o el entorno sociocultural, además de otras. Sin embargo, el TCA también puede derivarse de la transformación corporal que se genera en el embarazo y de la inestabilidad emocional que supone esta etapa para las mujeres (Cervantes, 2020).

Algunos autores como Behar (2008), han tratado de explicar cómo afecta la experiencia del embarazo en aquellas pacientes que presentaban al mismo tiempo esta enfermedad. Sus investigaciones concluyen con que existen dos posibilidades de acción. En primer lugar, la madre puede tratar de proteger la salud del feto y por lo tanto, cambiar su alimentación, lo cual quiere decir que supera o mejora el TCA. Pero, por otro lado, también puede centrarse en su cuerpo y buscar recuperar su figura mediante la ingesta de alimentos insuficientes o la realización excesiva de ejercicio, es decir, agravar su TCA.

Continuando con este debate, investigaciones como las de Rocco et al. (2005) y Arnold et al. (2019), han obtenido conclusiones acerca de que en el periodo de gestación se produce una disminución de los síntomas relacionados con el trastorno de la conducta alimentaria. Al contrario, en el periodo del posparto se ha demostrado que estos empeoran o vuelven a ser como al principio.

7.1 Antes del embarazo

Para comenzar a explicar cómo viven las mujeres con trastorno de la conducta alimentaria la noticia del embarazo mencionar que debido a la idea errónea que existe de que la amenorrea (ausencia o irregularidad del periodo) es un elemento que facilita la anticoncepción, son muchas las mujeres con este trastorno que sufren un embarazo no esperado (Bulik et al., 2010). Sin embargo, sí que existen

algunas evidencias que defienden la creencia anterior de que las mujeres con TCA usualmente tienen más problemas en la concepción que las que no lo padecen. Mackenna et al. (2021) afirman que las pacientes con anorexia nerviosa tienen más complicaciones en el momento de quedarse embarazadas que las pacientes con bulimia o trastorno por atracón. Esto se debe a que las mujeres con bulimia muchas veces mantienen su peso durante la enfermedad. Lo mismo ocurre con las mujeres con trastorno por atracón, las cuales conservan o incluso incrementan su peso durante la enfermedad.

En algunas ocasiones, son las pacientes con TCA y sus parejas los que tienen el deseo de convertirse en padres. Sin embargo, esta necesidad no se vive siempre de manera positiva. Algunas madres con dicho trastorno son conocedoras de los riesgos que existen ante la concepción y rechazan el embarazo debido al temor que supone afrontarlo. Este miedo, es conocido como tocofobia, prefiriendo en numerosas ocasiones la maternidad a través de la adopción (García y Olza, 2013). Además, es necesario destacar también que se ha demostrado que existe una correlación entre la personalidad de las mujeres que tienen trastorno de la conducta alimentaria, con la manera que tienen de afrontar el embarazo y lo que implica, como por ejemplo, tener que asumir un mayor número de responsabilidades. A su vez, se investigó que las mujeres que tienen una personalidad mayormente marcada por el control o la perfección, rasgos característicos en individuos con TCA, disfrutaban en menor medida del embarazo si están sufriendo dicha enfermedad (Behar, 2008).

Tuncer et al. (2020) afirman que es necesario realizar un seguimiento de las mujeres que en un periodo previo al embarazo muestran problemas psicológicos, tienen un peso por debajo del habitual, ansiedad relacionada con el aumento de peso, ausencia o alteraciones del periodo, vómitos o problemas intestinales. La observación de estas pacientes es imprescindible debido a que estos factores pueden ser indicadores de la presencia de un TCA previo al embarazo.

7.2 Durante el embarazo

Las mujeres que padecen un trastorno de la conducta alimentaria anterior al periodo de gestación, al enterarse de su embarazo, pueden actuar de diferentes

maneras. Se han realizado diversos estudios relacionados con la evolución de las madres. Por ejemplo, investigaciones como las de Squires et al. (2014) demostraron que las pacientes con TCA reducían sus conductas perjudiciales al enterarse de que estaban embarazadas. A pesar de ello, estas mujeres aunque en menor medida, seguían teniendo pensamientos relacionados con la preocupación por la imagen corporal y por este motivo, se provocaban vómitos, realizaban deporte excesivo y controlaban en gran medida su alimentación. La conclusión del estudio fue que las gestantes con TCA, a pesar de reducir sus conductas lesivas, eran más propensas a realizar otro tipo de comportamientos como purgas o utilizar medicamentos con el fin de mantener su figura.

Por el contrario, autores como Mackenna et al. (2021) concluyen que las pacientes que habían desarrollado un TCA anterior al embarazo tienen mayor riesgo de aumentar la sintomatología de la enfermedad durante la gestación. Esto se debe a la pérdida de control del cuerpo y a todos los continuos cambios que sufre la mujer, a los cuales muchas veces no es capaz de hacerle frente ya que superan los recursos que ella tiene.

Continuamente la madre ha de presentarse a evaluaciones para comprobar si el embarazo se está desarrollando adecuadamente o si, por el contrario, aparecen problemas. Es muy complicado que este perfil de paciente elimine su conducta lesiva en el embarazo debido a que es una etapa en la cual se debe prestar mucha atención al peso. Cada mes, las gestantes en esta situación deben enfrentarse a la cifra que les marca la báscula y además, estar atentas de una infinidad de factores como son dormir lo suficiente, tener una alimentación saludable y completa o saber lo que necesita el cuerpo en cada momento. La búsqueda por la salud del feto y el mantenimiento de la propia estabilidad incrementa el sentimiento de intranquilidad de la mujer y por lo tanto, puede acrecentar la enfermedad previa (Cervantes, 2020). Relacionado con la búsqueda del control, Behar (2008) defiende que la realización de ejercicios físicos durante este periodo le permite a la madre tener una sensación de seguridad y reducir su ansiedad, a pesar de que el deporte no es recomendable en el caso, por ejemplo, de las gestantes con un peso por debajo de lo saludable para el feto.

Ambos puntos de vista nos permiten concluir que no existe un esquema de conducta repetitivo en cada una de las pacientes si no que cada persona va a actuar

según sus sensaciones y creencias durante el embarazo, lo cual dificulta a los investigadores poder estudiar de una manera fiable acerca de este tema. Existen madres que buscan establecer una alimentación saludable y así cuidar al bebé, otras que se mantienen preocupadas por su figura corporal siendo restrictivas con la alimentación y el tercer grupo, las cuales reducen las conductas nocivas pero estas son recuperadas cuando dan a luz (Mackenna et al., 2021).

Adicionalmente, se ha demostrado que las gestantes que viven la experiencia del embarazo diagnosticadas con TCA tienen más dificultades estos nueve meses, presentando mayor hiperémesis gravídica, concepto que hace referencia a los vómitos y náuseas que se producen en el embarazo. Además, estas mujeres tienen un peso inadecuado durante esta etapa y algunos problemas relacionados con la anemia, que consiste en la disminución de los glóbulos rojos en la sangre (Mackenna et al., 2021). Algunos autores como Tuncer et al. (2020) afirmaron que una mala alimentación del bebé durante los tres últimos meses de embarazo aumentaba la probabilidad de muerte del feto. En cuanto a las consecuencias psicológicas, Mackenna et al. (2021) encontraron resultados de que el TCA en este periodo hace que aumente la probabilidad de sufrir malestar psicológico expresado en numerosas ocasiones en forma de ansiedad o depresión.

Por otro lado, se descubrió que aquellas mujeres que no habían tenido ninguna dificultad durante el embarazo, algunas semanas antes del parto, se sentían intranquilas. Este desasosiego estaba relacionado con: una continua rumiación relacionada con la comida, miedo al cambio corporal y vómitos continuados en los primeros meses. Los resultados obtuvieron que las mujeres que padecían más ansiedad era debido a que habían desarrollado un TCA durante la gestación (Behar, 2008).

Las madres con anorexia o bulimia tenían más control en cuanto a la alimentación que aquellas que no estaban enfermas. Además, todas las mujeres con TCA independientemente del trastorno que padecían eran más propensas a tener dificultades de adaptación a la maternidad (Behar, 2008).

Otro estudio buscó establecer una diferencia entre las pacientes con distintos tipos de TCA puesto que observó que las mujeres con anorexia nerviosa no se comportaban de la misma manera que aquellas que tenían bulimia nerviosa. Estas

últimas, disminuían sus conductas de riesgo al enterarse de la noticia mientras que la mayoría de las mujeres con anorexia nerviosa sufrían una recaída tras el parto (Bulik et al., 2010).

Relacionado con lo explicado anteriormente, se realizó una investigación con las pacientes que habían sido tratadas de su TCA antes del embarazo (tanto las que habían superado por completo la enfermedad como las que habían conseguido reducir los síntomas). Las observaciones obtenidas en dicho estudio fueron que las gestantes tenían un embarazo con menos complicaciones: peso normal de la madre y del feto y puntuaciones óptimas en el test de Apgar (Tuncer et al., 2020).

7.3 Posparto

Con respecto al periodo del posparto, los resultados que se obtuvieron fueron que la suma de unos determinados factores como eran una mala relación de pareja, el rechazo al bebé, los trastornos de la conducta alimentaria previos al parto o la depresión posparto, además de otros, provocaban una mayor probabilidad en la mujer de sufrir un trastorno de la conducta alimentaria alrededor de seis meses después de dar a luz (Lai et al., 2006). En primer lugar, se ha demostrado que las relaciones sentimentales en las cuales uno de los dos miembros tiene una enfermedad mental como el TCA están guiadas en muchas ocasiones por conductas de hostilidad, poco apoyo y alejamiento debido a la insatisfacción de la persona que lo padece con su cuerpo y la carga emocional que tiene habitualmente el cuidador (Barriguete et al., 2020). En segundo lugar, la vinculación que presenta la madre con el feto, en numerosas ocasiones, es ambivalente. Por un lado, las pacientes con anorexia nerviosa presentan un estilo de relación con los demás evitativo (dependencia hacia las personas de su entorno, aislamiento, etc.). Mientras que, por otro lado, las pacientes que padecen bulimia nerviosa presentan un patrón de conducta basado en la ansiedad (inseguridad en las relaciones, preocupación por la soledad, miedo porque los demás le puedan hacer daño, etc.) (Behar y Arancibia, 2014).

El apego inseguro, es una consecuencia negativa que tiene el vínculo materno-filial debido al estado emocional de la propia madre y las sensaciones que ella trasmite al niño (Behar y Arancibia, 2014). Además, estas madres usualmente no

pueden dar el pecho al bebé debido a que el control extremo de la alimentación produce una falta de los nutrientes que debería tener la leche materna, lo cual influye desfavorablemente en el apego (Ward, 2008).

Para autores como Behar y Arancibia (2014), la lactancia es muy importante para que la madre establezca un vínculo seguro con su bebé. Esta acción es uno de los primeros contactos entre ambos. El pequeño considera a su madre como una fuente de serenidad y de cuidados, además de ser capaz de regular y controlar sus emociones negativas. Gracias a la alimentación, el bebé siente que su madre comprende sus necesidades y que es capaz de calmarle cuando él demanda ayuda. A pesar de esto, se ha demostrado que las pacientes con TCA suelen tener irregularidades en la alimentación del niño puesto que en algunas ocasiones debido a su trastorno no tienen los nutrientes necesarios para amamantar al feto. Por este motivo, las mujeres deben dejar de dar el pecho en algunas ocasiones antes de lo recomendado, considerándose un factor negativo en la relación que se está produciendo entre ambos. Sin embargo, también se ha observado que los hijos en esta situación se suelen alimentar sin horarios determinados y que algunas veces la alimentación mediante el amamantamiento se desarrolla a lo largo de más tiempo del que se debería. Este hecho produce un apego negativo entre ambos, mayores problemas con la alimentación en un futuro y una mayor inestabilidad emocional (Behar y Arancibia, 2014).

Ward (2008) realizó una investigación en la cual concluyó que las madres que durante el embarazo sufrían anorexia nerviosa o bulimia, tenían hijos con un peso menor del habitual mientras que las pacientes diagnosticadas de trastorno de la conducta alimentaria por atracón daban a luz a recién nacidos con un peso muy superior a la media conocidos técnicamente como bebés macrosómicos.

El periodo del posparto cuenta con una gran cantidad de estresores que pueden producir un aumento de los síntomas que se encuentran relacionados con el TCA. Los potenciadores de ansiedad más importantes durante esta etapa son: la inquietud en cuanto a la alimentación del neonato, la acomodación a esta nueva forma de vida y el establecimiento de un vínculo seguro con el bebé (Behar, 2008). En relación a la intranquilidad de estas madres con respecto a la alimentación del niño, se ha observado que muchas de ellas limitan la cantidad de calorías que le

proporcionan y esta actividad normalmente les produce una gran ansiedad (Rodríguez, 2017). Sin embargo, también se ha identificado que estas mujeres en numerosas ocasiones sienten culpa por lo que tratan de proteger al infante y distanciarle de las conductas que ellas realizan con el fin de presentarse a los demás como buenas cuidadoras ocultando la situación que tratan de afrontar (Behar y Arancibia, 2014).

Lai et al. (2006) en su estudio encontraron que en el periodo postnatal las madres presentaban síntomas mucho más graves que durante la gestación. En relación a esta afirmación, otra investigación realizada por Behar (2008) concluyó con que las conductas relacionadas con dicho trastorno se acentuaron tres meses después de haber dado a luz. Asimismo, se conservaron en los seis meses siguientes. Este aumento de los síntomas estaba relacionado con un incremento de la preocupación que tenían estas madres por mantener su peso inicial.

Las mujeres que padecieron TCA durante el embarazo desarrollaron mayor número de problemas en el parto y durante la fase del posparto. Algunos de estos fueron: un mayor número de partos realizados mediante cesárea, dificultades en la cura de la episiotomía (operación realizada en el parto para el ensanchamiento de la vagina), hipertensión y negligencia hacia su propio bebé. Con respecto a los efectos psicológicos, se encontró que se incrementaba en un treinta por ciento la posibilidad que tenían estas mujeres de padecer depresión y un cincuenta de desarrollar ansiedad tras el momento del parto. La depresión se desarrollaba debido a que las pacientes con TCA no eran conscientes de las dificultades que esta enfermedad les suponía en el parto y tras este, tenían mayores problemas de aceptación con su cuerpo (Ward, 2008; Mackenna et al., 2021).

7.4 El recién nacido

Finalmente, trataremos cómo el trastorno de la conducta alimentaria de la madre afecta al recién nacido. El desarrollo de esta enfermedad en la mujer durante la maternidad tiene diversas consecuencias en el feto. Se ha observado que los bebés de las pacientes con anorexia nerviosa, por ejemplo, nacen con un peso inadecuado debido a que no cuentan con los suficientes nutrientes que necesitan para el crecimiento. A su vez, este peso se mantiene inferior a la media durante el

desarrollo debido a problemas relacionados con la lactancia materna (Ward, 2008). Además, existe una mayor probabilidad de que el niño nazca con alguna malformación facial, de que tenga una puntuación baja en el test de Apgar, microcefalia u otros problemas en el desarrollo (Ward, 2008). Mientras que, los hijos de las mujeres con bulimia nerviosa no suelen tener un peso por debajo de lo saludable, al igual que los de las madres con trastorno por atracón puesto que, en muchas ocasiones, ambos se encuentran relacionados con la obesidad (Sánchez y Fernández, 2002).

Con respecto al desarrollo psicológico del recién nacido, se ha demostrado que muchos de estos niños presentan problemas en las relaciones sociales con los demás, complicaciones en el lenguaje, en el recuerdo o en el sistema motor, además de una mayor probabilidad de padecer hiperactividad y de tener alteraciones de conducta o emocionales (Tuncer et al., 2020) (Mackenna et al., 2021). Todos los aspectos anteriores les hacen a su vez más vulnerables a sufrir situaciones de soledad, acoso escolar o falta de aceptación por parte de los demás.

Por otro lado, Arnold et al. (2019) descubrió que aquellos bebés cuya madre había sido diagnosticada de TCA durante el embarazo, tenían mayor riesgo de desarrollar en un futuro la misma enfermedad. Autores como Behar y Arancibia (2014), demostraron que las conductas lesivas de la madre con TCA eran en más ocasiones repetidas por las mujeres que por los hombres de la familia. Esta situación se debe a que las hijas comparten con la madre el culto a la delgadez, a cuidar la imagen personal y a mantener patrones estrictos de alimentación. Además, las figuras maternas en ocasiones obligan a sus hijas a mantener una alimentación libre de grasas, trasladándoles así sus creencias sobre la importancia de la imagen. Muchas veces, son los padres los cuales prohíben a los niños consumir alimentos con calorías superiores a las que ellos consideran necesarias. Las causas de que este trastorno también se produzca en los hijos pueden ser tanto factores asociados a la genética como los factores relacionados con la influencia que tiene la cultura en la importancia de mantener unos patrones de belleza estimados. En cuanto a las familias con esta situación, se demostró que estaban regidas por patrones de apego inseguro, inestabilidad de las emociones y excesivo control por la alimentación de todos los miembros lo cual generaba en los hijos dudas acerca de su imagen corporal y mayor ansiedad. Esto se debe a que existe

un momento en el desarrollo en el cual el progenitor es una figura de representación para el infante, por lo tanto, las conductas que este realice suelen ser repetidas por sus descendientes (Behar y Arancibia, 2014).

Algunos de los hijos de las pacientes con TCA presentaron alteraciones en el sistema encargado del funcionamiento de los demás sistemas. Debido a lo anterior, estos niños presentaban problemas en relación a su temperamento, es decir, su modo de relacionarse con el entorno, y muchos de ellos reaccionaban, a su vez, con menor resiliencia a las distintas situaciones que debían afrontar (Mackenna et al., 2021).

8. TRASTORNO POR ATRACÓN Y OBESIDAD

A lo largo de la historia, la obesidad no se ha considerado relacionada con el trastorno de la conducta alimentaria. Sin embargo, actualmente se ha comenzado a demostrar que la obesidad en numerosas ocasiones causa en las personas que la padecen un TCA y, que a la inversa, los TCA como, por ejemplo, el Trastorno por Atracón o TA, el cual es el más representativo en este caso, puede derivar en obesidad. Esto se debe a que ingerir una desmesurada cantidad de alimentos a lo largo del día como se realiza en el TA incrementa la probabilidad de tener un peso muy por encima de lo conveniente. Además, esta sintomatología, por ejemplo, comer con mucha frecuencia y grandes cantidades, hacerlo de una manera rápida o no sentirse a gusto consigo mismo, deben ser repetidas por los sujetos observados en los últimos tres meses, mínimo una vez cada semana. El trastorno por atracón repercute en los distintos ámbitos de la vida de la persona: trabajo, relaciones con los demás, familia, autoestima, etc. (Alebuena et al., 2016).

Por otro lado, la obesidad genera en algunas situaciones un gran afán por la realización de dietas estrictas y ejercicio con el fin de disminuir el peso, lo que llevado a un extremo, puede suponer un riesgo para comenzar a desarrollar TCA (Sánchez y Fernández, 2002).

Además, se ha evidenciado que cuando la obesidad se presenta junto con un TCA, aproximadamente un cuarenta por ciento de los pacientes sufren algún episodio de depresión mayor. Las características de la sintomatología de las personas que presentan obesidad además de un TA se asemejan a la de las personas que sufren bulimia nerviosa,

con la diferencia de que las primeras consumen grandes cantidades de comida durante todo el día sin realizar conductas purgativas (Sánchez y Fernández, 2002).

9. OBESIDAD Y EMBARAZO

En primer lugar, los datos que se han obtenido realizando evaluaciones a diversas mujeres son que, la gran cifra del diez por ciento de las gestantes, presentan un diagnóstico de obesidad durante este periodo. En este porcentaje se incluyen tanto las mujeres que lo desarrollan durante el embarazo como aquellas que ya lo tenían previamente (Ruhstaller et al., 2017). Al igual que en los demás TCA, la obesidad en una embarazada puede causar distintos problemas en el proceso de gestación como puede ser un aumento del riesgo de tener abortos, infertilidad, la probabilidad de que el niño cuando crezca presente también este problema o de que venga al mundo con alguna malformación (Barrera y Germain, 2012). Por otro lado, al igual que en las pacientes con TCA se ha demostrado que las madres con obesidad tienen mayores dificultades con la lactancia puesto que la prolactina no responde de la misma manera. Este problema como comentábamos anteriormente supone un enfriamiento del vínculo materno-filial (Sánchez y Fernández, 2002).

En segundo lugar, Ruhstaller et al. (2017), haciendo referencia a los síntomas psicológicos, realizaron una investigación que trataba de medir cuales eran los factores implicados en el parto prematuro. Para ello, evaluaron mediante un estudio conductual a embarazadas con obesidad. Los ítems que se buscaban conocer eran: ansiedad, depresión y estrés durante el embarazo. Finalmente, concluyeron que las pacientes que padecían obesidad mórbida durante el periodo del embarazo, tenían mayores niveles de estrés y más probabilidad de sufrir depresión que aquellas que tenían un peso adecuado.

10. DISCUSIÓN

Gracias a los numerosos estudios que se han realizado para investigar cómo afecta el trastorno de la conducta alimentaria en el periodo del embarazo de la mujer, he podido comprobar que se cumplían algunas de mis hipótesis planteadas antes de la ejecución del trabajo. Cuando seleccioné investigar sobre este tema, las creencias que yo tenía eran que el embarazo es un periodo de grandes cambios para la mujer y que requiere una gran fortaleza para afrontarlo. Esto me indujo a la pregunta de cómo las mujeres que padecen

una enfermedad como el TCA son capaces de enfrentarse a todos estos cambios cuando, además, estos se encuentran estrechamente relacionados con la deformación de la imagen corporal.

Para comenzar el trabajo mis hipótesis consistían en que las mujeres que padecen trastorno de la conducta alimentaria viven el embarazo como una continua batalla entre el cuidado del bebé y el mantenimiento de su propia identidad. Esto, genera en las gestantes un aumento de la ansiedad e incluso numerosos problemas para la salud del feto. Gracias a estudios como los de Behar (2008), hemos podido comprender qué ocurre en la mente de las mujeres que se enfrentan a este problema y con ello, verificar nuestra idea anterior.

Relacionado con la hipótesis y las preguntas que me había planteado anteriormente, hay estudios como los de Mackenna et al. (2021) o Behar y Arancibia (2014) que han confirmado mi idea sobre que las embarazadas que presentan dicho trastorno tienen mayores sentimientos de malestar que aquellas que experimentan un embarazo común. Estos sentimientos, como yo pensaba, están relacionados con el miedo a perder al feto, la insatisfacción corporal y la dificultad de aceptación del cambio.

En toda ocasión he considerado que las mujeres con TCA representan una continua obsesión por mantener la figura y no salirse de los estándares de belleza que tienen impuestos por la sociedad. Por este motivo, mi creencia principal al comenzar el proyecto fue que las embarazadas con dicha enfermedad seguían el mismo patrón ya que la incapacidad de controlar su cuerpo y su situación les provocaba mayor ansiedad y por lo tanto, más conductas perjudiciales. Sin embargo, al comenzar con este planteamiento, en ningún momento me llegué a plantear una hipótesis que también han comprobado algunos estudios que consistía en que la gestante con TCA en algunas ocasiones elimina las conductas lesivas para proteger al feto (Mackenna et al., 2021) (García y Olza, 2013).

Además, me parecía muy interesante saber cómo se encontraban psicológicamente estas pacientes al comienzo, durante y después del embarazo. Hemos podido observar gracias a estudios como los de Rodríguez (2017) o Maldonado et al. (2008) que en cada una de las etapas deben hacer frente a tareas diferentes y en todo momento pueden aparecer situaciones incontrolables. Precisamente, este control que no proporciona el proceso del embarazo es el que suelen buscar continuamente las pacientes con TCA mediante la rigidez que presentan en cuanto a sus hábitos alimentarios.

Otro de los objetivos que tenía en la realización de la búsqueda era desmontar la idea que tiene la sociedad de que las mujeres con trastorno de la conducta alimentaria no se pueden quedar embarazadas y que son incapaces de afrontar situaciones como estas. Respecto a esta afirmación, es cierto que las mujeres que padecen dicho trastorno tienen una mayor probabilidad de presentar infertilidad. Sin embargo, hay una falsa creencia que consiste en que es completamente imposible que estas mujeres se queden embarazadas. Por este motivo, son muchas las mujeres que sufren embarazos inesperados. No obstante, a pesar de tener más dificultades en el proceso, muchas de ellas son capaces de afrontarlo adecuadamente (Bulik et al., 2010).

Finalmente, trataremos cuales han sido las dificultades u obstáculos con los cuales nos hemos encontrado en la realización de la investigación. En primer lugar, existe una escasez de estudios relacionados con la psicología que han tratado de explicar el embarazo y el trastorno de la conducta alimentaria. Por este motivo, en este trabajo han existido limitaciones de contenido acerca de las distintas cuestiones planteadas. Además, al hallarse tan pocos documentos relacionados con nuestra investigación, algunos de los estudios utilizados en la revisión bibliográfica no se encuentran muy actualizados. Por último, ha sido necesario reunir una gran cantidad de documentos de distintos temas para poder llegar a una conclusión determinada y no se ha podido encontrar ningún libro o manual que facilitara el contenido.

Para futuras investigaciones sería adecuado desde un enfoque no tan médico sino más psicológico tratar de estudiar de manera más experimental, cómo las mujeres con TCA se relacionan con el embarazo y cómo sus emociones van cambiando desde el momento de la noticia hasta etapas posteriores al parto. Además, la relación entre obesidad y embarazo desde la perspectiva psicológica tampoco cuenta con demasiadas aportaciones. Existen pocas investigaciones que respondan a la pregunta de, ¿Cómo recibe y vive durante las primeras semanas la noticia del embarazo una mujer con TCA? o ¿Cómo se siente una mujer con obesidad durante la transición a la maternidad? Por lo tanto, las futuras líneas de investigación estarían enfocadas en esto.

Otras reflexiones, han sido que las redes sociales influyen cada vez en mayor medida en la idealización del cuerpo de la mujer y conducen a estas a crear una idea poco realista sobre el embarazo. Esto fomenta el rechazo al proceso natural y a los cambios que este aporta. Por este motivo, otro tema que se propone investigar en un futuro puede ser la relación entre redes sociales y embarazadas con TCA.

11. Referencias

- Alebuena, D., Andrada, J., Larrondo, M. E., Saporiti, D., & Belén, L. (2016). Trastorno por atracción en mujeres adultas.
- Álvarez, S., Hidalgo, N. U., Morán, M. D., & Reyes, R. A. (2019). Factores que inciden en el apego seguro. *PsicoEducativa: reflexiones y propuestas*, 5(9), 8-12.
- American Psychiatric Association. (2014). Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5®: Spanish Edition of the Desk Reference to the Diagnostic Criteria From DSM-5®. American Psychiatric Pub.
- Arnold, C., Johnson, H., Mahon, C., & Agius, M. (2019). The effects of eating disorders in pregnancy on mother and baby: a review. *Psychiatria Danubina*, 31(Suppl 3), 615-8.
- Barrera C., & Germain, A. (2012). Obesidad y embarazo. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 154-158.
- Barriguete, J. A., Pérez, A. R., De La Vega, R. I., Viladoms, A., Barriguete, P., & Rojo, L. (2020). Una aplicación del modelo psicodinámico sistémico de evaluación familiar en pacientes con trastornos de la conducta alimentaria. *Letra en Psicoanálisis*, 6(1).
- Behar, R. (2008). Trastornos de la conducta alimentaria no especificados, síndromes parciales y cuadros subclínicos: Una alerta para la atención primaria. *Revista médica de Chile*, 136(12), 1589-1598.
- Behar, R. (2013). Trastornos de la conducta alimentaria, embarazo y puerperio. *Médicas UIS*, 26(1), 21-28.
- Behar, R., & Arancibia, M. (2014). Trastornos alimentarios maternos y su influencia en la conducta alimentaria de sus hijas (os). *Revista chilena de pediatría*, 85(6), 731-739.
- Blanque, R. R., García, J. C. S., Rodríguez, M. M., López, A. M. S., & Cordero, M. (2018). Trastornos alimentarios durante el embarazo. *Journal of Negative and No Positive Results: JONNPR*, 3(5), 347-356.
- Bulik, C., Hoffman, E., Von Holle, A., Torgersen, L., Stoltenberg, C., & Reichborn, T. (2010). Unplanned pregnancy in anorexia nervosa. *Obstetrics and gynecology*, 116(5), 1136.

- Cerón, M. L., & Argote, L. A. (2012). La inasistencia al Programa Madre Canguro desde la teoría de la incertidumbre y del modelo Dreyfus. *Avances en Enfermería*, 30, 70-82.
- Cervantes, D. K. (2020). El comienzo de los trastornos de la conducta alimenticia después del embarazo. *REDES. Revista de Divulgación Crisis y Retos en la Familia y Pareja*, 2(2), 19-23.
- García, A. (2014). El trastorno por atracón en el DSM-5. *Cuadernos de medicina psicosomática y psiquiatría de enlace*, (110), 70-74.
- García, I., & Olza, I. (2013). Salud Mental Perinatal: Psicoterapia integradora de trastornos de la conducta alimentaria durante el embarazo. *Cuadernos de medicina psicosomática y psiquiatría de enlace*, (105), 7.
- Herrera, A., Martínez, J. M., & Fernández, M. J. (2011). Anorexia nerviosa en el embarazo: cuidados en la enfermería obstétrico-ginecológica. *Enfermería Global*, 10(23), 147-157.
- Ketterman, A., Makhanova, A., Reynolds, T. A., Case, C. R., McNulty, J. K., Eckel, L. A., & Maner, J. K. (2022). Prevalence and predictors of “nesting”: Solutions to adaptive challenges faced during pregnancy. *Evolution and Human Behavior*.
- Lai, B. P., Tang, C. S., & Tse, W. K. (2006). A longitudinal study investigating disordered eating during the transition to motherhood among Chinese women in Hong Kong. *International Journal of Eating Disorders*, 39(4), 303-311.
- Larsson, G., & Andersson, A. (2003). Experiences of pregnancy-related body shape changes and of breast-feeding in women with a history of eating disorders. *European Eating Disorders Review: The Professional Journal of the Eating Disorders Association*, 11(2), 116-124.
- Mackenna, M. J., Escaffi, M. J., González, T., Leiva, M. J., & Cruzat, C. (2021). Trastornos de la conducta alimentaria en el embarazo. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 32(2), 207-213.
- Madruga, D., Leis, R., & Lambruschini, N. (2013). Trastornos del comportamiento alimentario: Anorexia nerviosa y bulimia nerviosa. *Protocolo AEPED*. Capítulo, 7.
- Maldonado, M., Saucedo, J. M., & Lartigue, T. (2008). Cambios fisiológicos y emocionales durante el embarazo normal y la conducta del feto. *Perinatología y Reproducción Humana*, 22(1), 5-14.

- Micali, N., Treasure, J., & Simonoff, E. (2007). Eating disorders symptoms in pregnancy: a longitudinal study of women with recent and past eating disorders and obesity. *Journal of psychosomatic research*, 63(3), 297-303.
- Páez, D., Fernández, I., Campos, M., Zubieta, E., & Casullo, M. (2006). Apego seguro, vínculos parentales, clima familiar e inteligencia emocional: socialización, regulación y bienestar. *Ansiedad y estrés*, 12(2-3), 329-341.
- Ramos, F., Elizabeth, J., Martínez, G., & De Los Ángeles, J. (2015). Sobre peso y obesidad previa al embarazo como factor asociado a complicaciones obstétricas en mujeres atendidas en el Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Regional Santiago de Jinotepe–Carazo. Enero a Diciembre 2014 (Doctoral dissertation, Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, Managua).
- Rocco, P. L., Orbitello, B., Perini, L., Pera, V., Ciano, R. P., & Balestrieri, M. (2005). Effects of pregnancy on eating attitudes and disorders: a prospective study. *Journal of Psychosomatic Research*, 59(3), 175-179.
- Rodríguez, J. (2017). Aspectos psicológicos y emocionales durante la gestación y el puerperio. *GEA Atención Perinatal y psicología*.
- Ruhstaller, K., Elovitz, M., Stringer, M., Epperson, C., & Durnwald, C. (2017). Obesity and the association with maternal mental health symptoms. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*, 30(16), 1897-1901.
- Sánchez, L., & Fernández, R. (2002). Trastorno por atracón y obesidad. *Formación continuada en nutrición y obesidad*, 5, 314-324.
- Seijas, D., & Sepúlveda, X. (2005). Trastornos de la conducta alimentaria (TCA). *Revista Médica Clínica Las Condes*, 16(4), 230-235.
- Squires, C., Lalanne, C., Murday, N., Simoglou, V., & Vaivre-Douret, L. (2014). The influence of eating disorders on mothers' sensitivity and adaptation during feeding: a longitudinal observational study. *BMC pregnancy and childbirth*, 14(1), 1-9.
- Staudt, M. A., Rojo, N. M., & Ojeda, G. A. (2006). Trastornos de la conducta alimentaria: anorexia nerviosa. Revisión bibliográfica. *Revista de Posgrado de la VI Cátedra de Medicina [Revista en Internet]*, 156, 24-30.
- Sullivan, S. (2010). I'm not fat, I'm pregnant: an examination of the prevalence and causation of pregorexia in Ireland.
- Tuncer, E., Gümüs, A. B., & Keser, A. (2020). The Importance of Pregorexia Awareness. *Clinical and Experimental Health Sciences*, 10(3), 186-190.

- Ward, V. B. (2008). Eating disorders in pregnancy. *British Medical Journal*, 336(7635), 93-96.