



**ESCUELA
DE ENFERMERÍA
Y FISIOTERAPIA**



SAN JUAN DE DIOS

Trabajo Fin de Grado

Título:

***Prevención de los trastornos de la
conducta alimentaria en la gestación***

Alumno: Mihaela Daniela Cucicea

Director: Dra. Matilde Fernández y Fernández - Arroyo

Madrid, 30 de Abril de 2021

Contenido

Índice de tablas	1
Glosario de Abreviaturas	2
1. Resumen	3
Abstract	4
2. Presentación.....	5
3. Estado de la cuestión	7
3.1 Definición de los trastornos de la conducta alimentaria	9
3.2 Clasificación de los TCA	10
3.3 Epidemiología	15
3.4 Etiología	17
3.5 Diagnóstico y pruebas complementarias	18
3.6 Tratamiento.....	19
4. TCA en el embarazo.....	21
4.1 Prevalencia del TCA en el embarazo.....	22
4.2 Identificación del TCA	23
4.3 Riesgos principales del TCA	26
4.4 Tratamiento del TCA en la gestación	29
4.5 Necesidades nutricionales.....	29
4.6 Atención en consulta.....	30
5. Justificación	32
6. Proyecto Educativo.....	33
6.1 Población y Captación	33
7. Objetivos.....	35
Objetivo General:	35
Objetivos Específicos:.....	35
8. Contenidos	38
8.1 Sesiones, técnicas de trabajo y utilización de materiales	39
8.1.2 Planificación	39

8.2 Técnicas que vamos a emplear	52
8.3 Recursos.....	53
9. Evaluación	54
9.1 Evaluación de la estructura y el proceso.....	54
9.2 Evaluación de los resultados	55
Bibliografía.....	57
ANEXOS.....	61
Anexo 1: Traducción del cuestionario SCOFF	61
Anexo 2: Escala de actitudes Eat 40.....	62
Anexo 3: Escala de actitudes EAT 26	64
Anexo 4: Test de Bulimia de Edimburgo Spanish versión.....	65
Anexo 5: Eating Disorder Examination Questionnaire –Spanish Version- (S-EDE-Q)	66
Anexo 6: Detección de los trastornos de la conducta alimentaria durante la gestación. Cuestionario pre	69
Anexo 7: Detección de los trastornos de la conducta alimentaria durante la gestación. Cuestionario post	70
Anexo 8: Cuestionario evaluación del programa.....	71
Anexo 9: Cartel informativo sobre TCA.....	72
Anexo 10: Folleto informativo sobre la primera sesión.....	73
Anexo 11: Folleto informativo sobre la segunda sesión	74
Anexo 12: Folleto informativo sobre la tercera sesión.....	75
Anexo 13 : Folleto informativo sobre la cuarta sesión	76

Índice de tablas:

Tabla 1. Términos MeSH y DeCS utilizados en la búsqueda bibliográfica. Elaboración propia	7
Tabla 2. Elaboración propia a partir de la Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-V, 2013 (9).	13
Tabla 3. Elaboración propia a partir de Eating disorders in pregnant and breastfeeding women, 2020 (24).	22
Tabla 4. Elaboración propia a partir de National Institute for Health and Care Excellence (NICE) (2017) (28).	24
Tabla 5. Elaboración propia a partir de Anorexia Nervosa, Bulimia Nervosa, and Binge-Eating Disorder During Pregnancy y The role of prenatal and perinatal factors in eating disorders: a systematic review (37,38).	27
Tabla 6. Recomendación en la ganancia de peso en la mujer embarazada. Elaboración propia a partir de ¿Cuánto peso debo ganar durante el embarazo? Inatal (40).	29
Tabla 7. Recomendación en la ganancia de peso según el IMC previo de la mujer embarazada. Elaboración propia a partir de American Pregnancy Association y Weight Gain Recommendations For Women Pregnant With One Baby (41,42).	29
Tabla 8. Elaboración propia de las sesiones.	39
Tabla 9. Guía de objetivos y contenidos para la primera sesión, a partir de la elaboración propia	42
Tabla 10. Guía de objetivos y contenidos para la segunda sesión, a partir de la elaboración propia.	45
Tabla 11. Guía de objetivos y contenidos para la tercera sesión, a partir de la elaboración propia.	48
Tabla 12. Guía de objetivos y contenidos para la cuarta sesión, a partir de la elaboración propia	51

Glosario de Abreviaturas

TCA	Trastorno del Comportamiento Alimentario
AN	Anorexia Nervosa
BN	Bulimia Nervosa
TA	Trastorno por Atracón
DSM-V	Clasificación de Diagnóstico Estadístico de los Trastornos Mentales-V
CIE-10	Clasificación Internacional de Enfermedades-10
DeCS	Descriptores de Ciencias de la Salud
MeSH	Medical Subject Headings
IMC	Índice de Masa Corporal
SCOFF	Sick, Control, One, Fat, Food Questionnaire
EAT9	Eating Attitudes Test
BITE	Bulimic Investigatory Test of Edinburg
EDI	Eating disorder alimentary
ED	Eating disorders
EDQ	Eating Disorder Examination Questionnaire
ISRS	Inhibidores Selectivos de la Receptación de Serotonina
NICE	National Institute for Health and Care Excellence
PEG	Pequeño para la Edad Gestacional
SGA	Small for Gestational Age
GEG	Gran peso para la Edad Gestacional
OIM	Institute of Medicine

1. Resumen

Introducción. Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) suponen una alteración en la conducta relacionado con el hecho de alimentarse y que afecta de forma negativa a la salud y a las capacidades psicosociales de las personas afectadas. Los TCA tienen importantes repercusiones tanto sobre la gestante como sobre la salud de su hijo.

Objetivos. El primer objetivo es conocer los TCA y su repercusión en la gestante y en su hijo. El segundo es elaborar un proyecto educativo dirigido a los profesionales de la salud para que conozcan los TCA y sus consecuencias en la gestación, con el fin de llevar una adecuada prevención, detección y atención sanitaria prenatal.

Metodología. En la primera parte se ha realizado una revisión bibliográfica sobre el tema con las palabras clave. En la segunda se ha elaborado un proyecto educativo dirigido a profesionales sanitarios que consta de 4 sesiones de hora y media con metodología participativa que permita la adquisición de conocimientos, habilidades y actitudes que les permitan prevenir, detectar y asistir a las gestantes sobre los TCA. Se ha diseñado la metodología evaluativa que permita garantizar la consecución de los objetivos.

Implicaciones para la práctica enfermera. Se presenta un conocimiento actual sobre los TCA y su repercusión en la gestación y, también, un proyecto educativo que permitirá a los profesionales estar a la altura de las necesidades de la prevención, detección y asistencia de los TCA en la gestación.

Palabras clave: anorexia nerviosa; bulimia nerviosa; embarazo; trastornos de la conducta alimentaria; atención prenatal.

Abstract

Introduction. Eating disorders (ED) entail a disturbance on the behaviour related to the fact of eating. It negatively affect to the health and psychosocial capacities of the people that suffer them. The ED have important repercussions both on the pregnant woman and on the child's health.

Objectives. The first aim is to know about the ED and its repercussions on the pregnant woman and her child. The second aim is to elaborate an educational project for health professionals so that they are aware of the ED and its consequences during the pregnancy, in order to carry out adequate prevention, detection and prenatal health care.

Methodology. In the first part, a bibliographic review of the subject was carried out with the key words. In the second part, is been developed an educational project for health professionals. It consist on 4 sessions of an hour and a half in which is used a participatory methodology. This contribute to the acquisition of knowledge, skills and attitudes that enable them to prevent, detect and assist pregnant women about the ED. The evaluation methodology has been designed to guarantee the achievement of the objectives.

Implications for nursing practice. A current knowledge on ED and its repercussion in pregnancy is presented, as well as an educational project that will allow professionals to meet the needs of prevention, detection and assistance of ED in pregnancy.

Keywords: anorexia nervosa; bulimia nervosa; pregnancy; eating disorder; prenatal care.

2. Presentación

Los TCA son trastornos psicológicos considerados graves que se caracterizan por presentar variaciones de la conducta alimentaria. La persona afectada se caracteriza por tener una gran preocupación con relación a su peso, a la ingesta y a la imagen corporal, entre otros. Debido a estas complicaciones alimentarias, pueden aparecer morbilidades físicas importantes y, en determinadas ocasiones, pueden llegar a provocar la muerte.

La presencia de TCA durante el embarazo conlleva grandes riesgos debido a los comportamientos de la ingesta disfuncionales, que pueden resultar dañinos en la salud materna y en el crecimiento y desarrollo del bebé, presentando consecuencias como: retraso del crecimiento intrauterino, prematuridad, deterioro neurocognitivo, diferencias en el perímetro craneal, entre otros. Las mujeres afectadas del TCA, siempre están muy preocupadas por la alimentación y el control del peso. En algunas mujeres, los síntomas de los TCA empeoran en la etapa postparto y, vuelven a los síntomas previos al embarazo, motivado por el deseo de volver al peso y la figura que tenían antes del embarazo. Volver a los TCA en el periodo posparto puede dar lugar a una duración más corta de la lactancia y puede afectar al apego de la madre con su bebé e interferir en su relación con su pareja.

El propósito de este proyecto es concienciar más a los profesionales de la salud (matronas y enfermeras de consulta de ginecología y obstetricia) sobre el padecimiento de los trastornos alimentarios en la mujer embarazada y proporcionar conocimientos sobre los TCA, con la finalidad de saber detectar estos comportamientos durante la valoración, la exploración física y la entrevista. El mejor momento para la prevención, es durante la atención prenatal que se le ofrece como parte del seguimiento gestacional a la mujer.

La idea del proyecto surgió mientras veía un documental sobre mujeres embarazadas que sufrían de anorexia. Durante la entrevista, la mujer, expresaba que realizaba una restricción calórica diaria muy importante. Sabiendo que le hace daño a su bebé, no podía callar a la voz que le decía que era más importante “no comer”, que comer para poder alimentar a su bebé. Me hizo reflexionar sobre la importancia de la atención prenatal a las embarazadas con TCA, y, en cómo podría contribuir a mejorar esta atención a todas esas personas que trabajan con estas mujeres en esa etapa tan importante que es la gestación, en el que tanto la madre como el bebé tienen que estar muy bien alimentados y nutridos.

Agradecimientos

Quiero agradecer a mis profesores de universidad por guiarme y ayudarme a recorrer todo este camino, que ha sido, en ocasiones largo y cansado, pero, con una luz al final del camino.

También agradecer a Matilde, mi tutora, por atenderme siempre, por guiarme en este recorrido lleno de estrés y preocupaciones y, por brindarme ese preciado y valioso tiempo que he tenido el honor que me dedicara. Por ser una profesora maravillosa, cariñosa y llena de pasión por el campo de la obstetricia, y que también, en parte me ha transmitido esos conocimientos para que me decante por esa especialidad en un futuro.

Quiero agradecer a mis padres por guiarme en el camino y por estar siempre ahí, e inculcarme los valores y principios que tengo. Gracias por siempre confiar en mí y animarme a realizar y estudiar lo que me gusta.

Por último, quiero agradecer especialmente a mi pareja que siempre ha estado ahí para hacerme reír cuando me he venido abajo, para darme un abrazo cuando más lo necesitaba, para apoyarme en todas las decisiones y, simplemente, por estar ahí siempre.

Y, como no, quiero darle las gracias a mi niño, ¡GRACIAS POR EXISTIR!

Gracias por hacerme reír en los momentos más inesperados; porque tu sonrisa me da la vida, porque me has dado fuerzas para seguir adelante, cuando más difícil ha sido el camino y, por hacerme comprender que una madre saca fuerzas de donde sea, aunque algo sea difícil o a veces imposible.

3. Estado de la cuestión

Introducción

En el estado de la cuestión nos hemos centrado en conocer las distintas definiciones de los trastornos de la conducta alimentaria, qué tipos existen, y los distintos tipos de pruebas psicométricas utilizadas para el diagnóstico, ya que esta información es fundamental para poder introducirnos en los TCA en la gestación, que es lo que vamos a conocer en estas líneas. Abordaremos diferentes estudios que nos permitirán conocer las consecuencias prenatales y postnatales, tanto de la embarazada como del neonato. Y, por último, nos centraremos en las necesidades nutricionales de la embarazada y el adecuado incremento de peso que se lleva a cabo en la consulta de atención prenatal. por los profesionales de la salud.

Necesitamos conocer la repercusión del TCA en la gestación para poder ofrecer un plan educativo. Para ello, se ha llevado a cabo una búsqueda bibliográfica desde el mes de octubre de 2020 a enero de 2021 en las bases de datos de PubMed, el portal Dialnet, Mendeley, Google académico, páginas de rigor científico como la Organización Mundial de la Salud (OMS), la asociación americana de psiquiatría, la biblioteca Scielo y la edición electrónica sobre el Manual de Codificación de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10).

Para elaborar los criterios de búsqueda se han utilizado los descriptores de Ciencias de la Salud (DeCS) y los términos del lenguaje controlado Medical Subject Headings (MeSH) tanto en español como en inglés correspondientemente (tabla 1). Las búsquedas se han combinado con las palabras “AND” y “OR”, y los filtros utilizados fueron la fecha (desde el año 2015) y el idioma (español/inglés).

En la tabla 1 se muestran los términos MeSH y DeCS que se han utilizado durante la búsqueda bibliográfica.

<i>Términos MeSH</i>	<i>Eating disorders</i>	<i>Pregnancy</i>	<i>Anorexia nervosa</i>	<i>Bulimia nervosa</i>	<i>Prenatal care</i>
<i>Términos DeCS</i>	<i>Trastornos de la conducta alimentaria</i>	<i>Embarazo</i>	<i>Anorexia nerviosa</i>	<i>Bulimia nerviosa</i>	<i>Atención prenatal</i>

Tabla 1. Términos MeSH y DeCS utilizados en la búsqueda bibliográfica. Elaboración propia.

En la figura nº 1, se muestra el diagrama de flujo de la búsqueda bibliográfica realizada. En la primera búsqueda se seleccionaron 90 artículos que cumplían los criterios de inclusión. Tras la revisión de los resúmenes, se seleccionaron aquellos que cumplían los criterios de calidad en el proceso de investigación y que resultaban relevantes para el tema de estudio, los TCA en la gestación. Quedaron 50 artículos que constituyen la bibliografía.

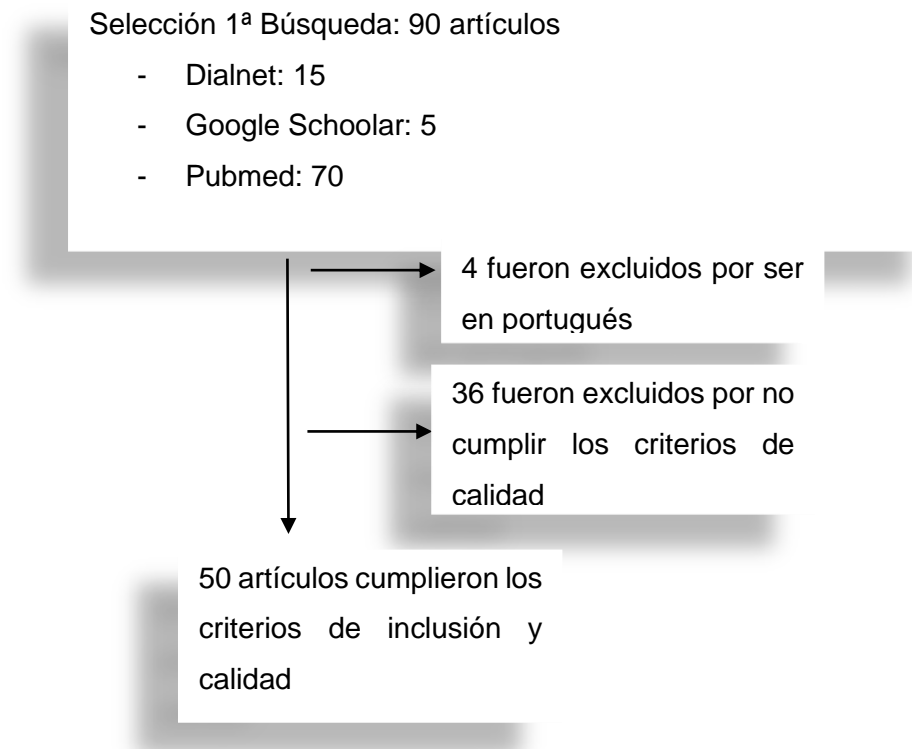


Figura nº1. Diagrama de flujo de búsqueda bibliográfica. Elaboración propia a partir de artículos de Pubmed, Dialnet y Google Scholar.

3.1 Definición de los trastornos de la conducta alimentaria

“Los trastornos de la conducta alimentaria se caracterizan por una alteración persistente de la conducta relacionada con el hecho de alimentarse, que perjudica de forma nociva sobre la salud y las capacidades psicosociales de aquellas personas que lo padecen. Son enfermedades psiquiátricas en continuo cambio en su presentación y gravedad, con gran repercusión alimentaria, por lo que es necesario abordar distintos planes terapéuticos trabajando en equipo desde un enfoque multidisciplinar” (1).

Según el Hospital Clínic de Barcelona, los TCA son enfermedades mentales severas que afectan e influyen a millones de personas en el mundo. Existe una amplia variedad implicada en el progreso de estos trastornos, en el cual están implicados factores biológicos, psicológicos y socioculturales. Pueden afectar a personas de cualquier edad, sexo, raza o nivel socioeconómico, no obstante, lo más frecuente es que se inicien en la adolescencia o adultez joven y afecten en mayor medida a mujeres que a hombres (2).

Según el Manual Diagnóstico Estadístico de los Trastornos Mentales V (DSM-V), los trastornos de la conducta alimentaria y de la ingesta de alimentos están caracterizados por *“una alteración persistente en la alimentación o en el comportamiento que está relacionado con una alimentación que conlleva una alteración del consumo o en la absorción de los alimentos que da lugar a un deterioro significativo de la salud física o del funcionamiento psicosocial”* (3).

Según la “Associació contra l’Anorexia i la Bulímia”, los TCA son trastornos psicológicos considerados graves que se caracterizan por presentar variaciones de la conducta alimentaria. La persona afectada se caracteriza por tener una gran preocupación con relación a su peso, a la ingesta y a la imagen corporal, entre otros. Debido a estas complicaciones alimentarias, pueden aparecer morbilidades físicas importantes y, en determinadas ocasiones, pueden llegar a provocar la muerte (las causas más habituales son la desnutrición y el suicidio) (4).

3.2 Clasificación de los TCA

Se distinguen diferentes tipos de TCA: pica, trastorno de rumiación, trastorno de evitación/restricción de la ingestión de alimentos, anorexia nerviosa (AN), bulimia nerviosa (BN), el trastorno de atracones (TA), otro trastorno alimentario o de la ingestión de alimentos especificado y, el trastorno alimentario o de la ingestión de alimentos no especificado (3,5).

Hasta la fecha, los criterios diagnósticos de los TCA están definidos en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5) (3), y en la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) (6). Lo que las diferencias a la hora de realizar el diagnóstico, son pequeños matices, ya que, es necesario medir el Índice de Masa Corporal (IMC), contar con una distorsión de la imagen corporal y la presencia de amenorrea, entre otros (7,8).

En la **figura 2** se muestra la clasificación del TCA:

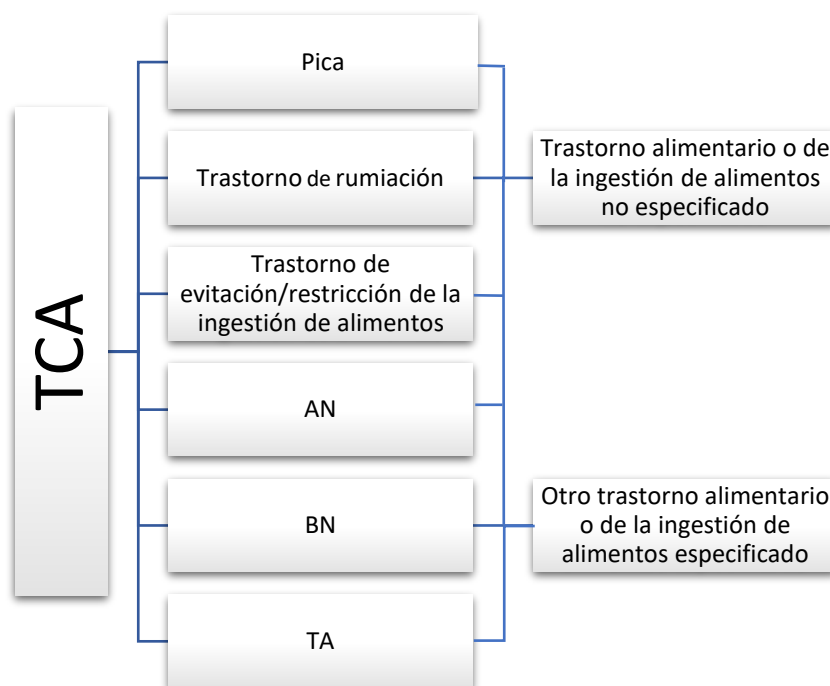


Figura 2. Elaboración propia a partir de la Guía de consulta de los Criterios Diagnósticos del DSM-5, 2014 (9).

Según el esquema antes mencionado (figura 2), definiremos brevemente cada uno de los tipos de TCA existentes:

Pica

Se caracteriza por la toma de alimentos no nutritivos y no alimentarios durante un periodo mínimo de un mes. Esta ingestión de alimentos que no son nutritivos no es adecuada con el grado de desarrollo del individuo (5).

Trastornos de rumiación

Es la regurgitación reiterada de alimentos durante un tiempo mínimo de un mes. Los alimentos que son regurgitados del estómago pueden ser digeridos, tragados o escupidos. La regurgitación, que es reiterativa, no se puede achacar a una afección gastrointestinal u a otra enfermedad médica (9,10).

Trastornos de evitación/restricción

Es un trastorno alimentario o de la ingestión de alimentos que se caracteriza por una falta de apetito o desinterés por la comida. En estos individuos existe una repulsión hacia la comida y como consecuencia de ello existe un fracaso de las necesidades nutritivas (9).

Anorexia nerviosa

El término anorexia nerviosa (F50.0, 307.1) (6) es de origen griego y quiere expresar “pérdida de apetito”. Se representa en tres criterios:

Limitación excesiva de la ingesta del individuo en relación con las exigencias nutricionales, lo que establece a tener un peso corporal respectivamente bajo para la edad, sexo y estado de salud. Está acompañado de miedo agudo a ganar peso, incluso cuando se está por debajo del peso normal. Existe también una alteración de la percepción del individuo en relación con el peso o la imagen corporal acompañado de una exageración en la autoevaluación o negación del peligro que sobrelleva el bajo peso corporal (1,3). El paciente tiene un gran conflicto interno que no le permite ver la gravedad de su bajo peso y no es capaz de percibir su estado corporal real ni la pérdida de peso. Por otra parte, da un gran valor a su peso e imagen física. (2). Estos pacientes no acuden de forma voluntaria al médico, sino que son

traídos por alguno de sus progenitores, familiares cercanos o por amistades que se dan cuenta de algún síntoma que el paciente presenta. La gran mayoría, tienen dificultad para reconocer su enfermedad y son reacios a los intentos de ayuda por parte de familiares, amigos o profesionales sanitarios (11,12).

La AN se divide en:

- **Tipo restrictivo:** la alimentación en estos pacientes es muy restringida (menos de 300-500 cal/día). Su prevalencia es del 50%.
- **Tipo con atracones/purgas:** los pacientes intentan seguir una dieta estricta, pero alternando episodios de purgas y atracones. Las purgas se realizan para compensar la ingesta de las calorías consumidas. En este tipo la tasa de suicidio es más elevada (9).

En la figura 3, según la OMS se observan los diferentes grados de anorexia que van desde leve a extremo, calculados a partir del IMS.

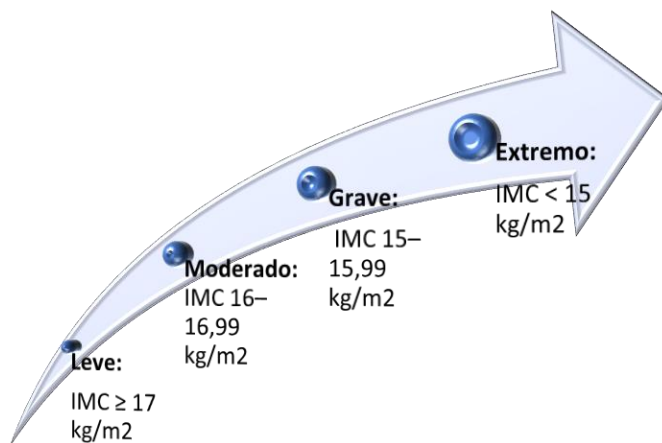


Figura 3. Elaboración propia a partir de The ICD-10 Classification of mental and behavioural disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines (6).

Bulimia nerviosa

En la bulimia nerviosa (F50.2, 307.51) (6) existen 3 características principales:

Apariencia de episodios repetidos de atracones acompañado de conductas compensatorias

inapropiadas y periódicas para evitar un aumento de peso. También se caracteriza por la autoevaluación que es influenciada por el peso y la constitución corporal.

Los episodios de atracones y conductas compensatorias se realizan como media una vez por semana (en lugar de dos, como se definía en el DSM-IV), mantenidos durante un tiempo de al menos 3 meses (3).

Hay dos subtipos:

- **Tipo purgativo.** Los pacientes que están incluidos en este subtipo se provocan el vómito de forma regular o usan métodos de ayuda evacuantes como los laxantes, vómitos o diuréticos.
- **Tipo no purgativo.** Los pacientes apelan a dietas que son muy estrictas, realizan ayunos o practican ejercicio muy vigoroso, pero a diferencia del anterior no se acompaña de métodos purgativos. Estos pacientes suelen ser obesos (9).

Detallar la **gravedad** actual:

La gravedad mínima es la que se basa en una asiduidad que se acompaña de comportamientos que son compensatorios inadecuados. Hay 4 tipos, que se detallan a continuación en la tabla 2.

<ul style="list-style-type: none">- Leve: se estima una media de 1–3 episodios que se acompañan de comportamientos compensatorios inadecuados a la semana.- Moderado: Una media de 4–7 episodios que se acompañan de comportamientos compensatorios inadecuados a la semana.- Grave: Una media de 8–13 episodios que se acompañan de comportamientos compensatorios inadecuados a la semana.- Extremo: Una media de 14 episodios que se acompañan de comportamientos compensatorios inadecuados a la semana.

Tabla 2. Elaboración propia a partir de la Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-V, 2013 (9).

Trastorno de atracones

El trastorno de atracones se define como la presencia de atracones periódicos en los cuales los pacientes ingieren grandes cantidades de alimentos en un espacio de tiempo corto. Está seguido por una sensación que tiene la persona de una falta completa de control sobre lo que come durante el episodio (9). Los atracones se deben dar al menos una vez a la semana durante 3 meses. Se considera el más habitual entre los TCA; es el más prevalente en mujeres (10).

Otro trastorno alimentario o de la ingestión de alimentos especificado

En este grupo están incluidos las sintomatologías propias de un trastorno alimentario o de la ingestión de alimentos que producen un malestar característico o un deterioro laboral, social, o de otras esferas importantes. No se cumplen todos los criterios que son precisos para ser categoría diagnóstica de los trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos.

Está englobado en esta categoría la AN atípica, la BN (de periodicidad baja y/o duración establecida), el TA (de baja frecuencia y/o permanencia limitada), trastorno que se acompaña de purgas y el síndrome de ingestión nocturna de alimentos (9).

Trastorno alimentario o de la ingestión de alimentos no especificado

Esta categoría se aplica a presentaciones en las que predominan la sintomatología característica de un trastorno alimentario o de la ingestión de alimentos que causa malestar clínicamente característico o deterioro en las actividades sociales, laborales u otras actividades, pero que no cumplen todos los criterios de ninguno de los trastornos en la clase diagnóstica de los trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos (9).

3.3 Epidemiología

La prevalencia a lo largo de la vida en mujeres es de 1% para la AN, 2% para la BN y 4% para el TA (13,14). Los TCA son más comunes en las mujeres (se han referido 9 de cada 10 casos). La prevalencia en España es de 4,1 a 6,4% diagnosticado en mujeres entre 12 a 21 años, y solamente un 0,3% diagnosticado en hombres (12). La AN debido al cuadro clínico tan complejo y a los trastornos mentales es el TCA con mortalidad más alta (12). A nivel mundial los casos de TCA han aumentado desde los últimos 18 años. Su prevalencia ha pasado de 3,4% a 7,8% entre los años 2000-2018.

En el gráfico 1 se muestra la prevalencia de TCA en España.



Gráfico 1. Elaboración propia a partir del Órgano de la Sociedad Española de Endocrinología y Nutrición, 2015 (13).

Cada 18 meses incrementan más de un 4% los TCA de tipo AN o BN en adolescentes españolas. También se ha observado que estas enfermedades afectan a adultos de ambos géneros y a niños, pero con menos frecuencia (15). La AN y la BN son prevalentes en el sexo femenino, son de etiología multifactorial y se ha asociado a una mayor tasa de mortalidad. No se ha relacionado que los TCA se produzcan en relación con la raza, el nivel económico, el entorno sociofamiliar de la persona o el nivel educativo (16). Los estudios epidemiológicos indican que se observa un mayor incremento en el riesgo de sufrir una AN en pacientes cuyos parentescos son de primer grado, y la probabilidad de heredabilidad de gemelos llegaría al 80%. Por otro lado, según los estudios genéticos no se han hallado resultados que sean definitivos, ya que, al parecer, la base genética está relacionada con las distintas variables psicopatológicas y biológicas del individuo. Asimismo, se ha hallado una asociación que está compuesta por genes específicos que son importantes en la regulación del peso y también

están conexos con otros componentes de la neurotransmisión de las vías dopaminérgicas y serotoninérgicas. Estos resultados pueden estar influyendo sobre síntomas como la impulsividad del individuo, el estado de ánimo, la presencia de una conducta adictiva y el perfeccionismo o los atracones (13).

3.4 Etiología

Su origen es multifactorial, derivan de una serie de factores predisponentes (individuales, familiares y sociales) o vulnerables como lo son los factores culturales, biológicos, genéticos o psicológicos. Surgen a raíz de uno o más factores que desencadenan la enfermedad y se mantienen en función de los factores que la mantienen. Estos factores que son mantenedores hay que modificarlos y cambiarlos, para poder obtener los resultados requeridos y eficaces en las intervenciones a realizar con estos individuos (16). Se ha relacionado que los TCA tienen más riesgo de aparecer en los individuos que hayan sufrido abusos sexuales y/o físicos (1,13).

A continuación, en la figura 4, se describen los factores predisponentes, desencadenantes y mantenedores de los TCA.

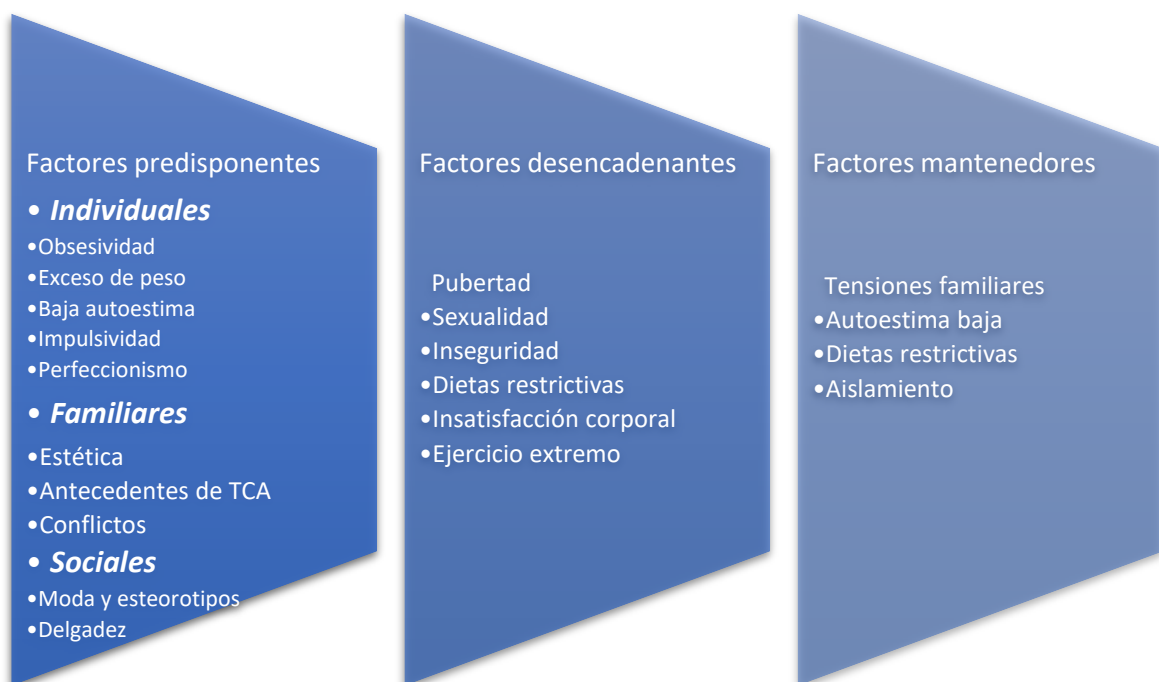


Figura 4. Elaboración propia a partir de Trastornos de la Conducta alimentaria. Revista Medicine, 2015 (16).

3.5 Diagnóstico y pruebas complementarias

La realización de un diagnóstico precoz es la clave para que se realice un buen pronóstico. Sin embargo, la omisión de la enfermedad por parte de los pacientes dificulta la identificación del cuadro clínico por parte de los profesionales sanitarios.

Para realizar el diagnóstico nos centraremos en la valoración, en la exploración física (observaremos el estado nutricional del paciente) y psíquica del paciente. Para ayudarnos a realizar un diagnóstico acertado nos apoyaremos en los criterios del DSM-5 y de la Clasificación Internacional de Enfermedades o por su última versión, la CIE-10. También para confirmar el diagnóstico pediremos pruebas analíticas, un electrocardiograma, mediremos la tensión arterial, y calcularemos el IMC, en función del peso y la talla (8,9).

Existen unos cuestionarios o pruebas psicométricas que detectan riesgo de TCA y nos ayudarán para realizar el cribado y, son las siguientes:

- **La encuesta SCOFF** (*Sick, Control, One, Fat, Food Questionnaire*), validada su traducción al español, consta de cinco preguntas a responder (sí o no) y valora la pérdida del control del individuo sobre la comida, las purgas que realiza, y la insatisfacción corporal (Anexo 1) (16,17).
- **La escala de actitudes hacia la comida** (*eating attitudes test –EAT9*). El objetivo es poder reconocer los síntomas del paciente y las preocupaciones distintivas de los TCA. Tiene 40 ítems (EAT-40) (Anexo 2) que se registran en función de la frecuencia de los hábitos que realiza el paciente, y se puntúa a través de una escala tipo Likert con 6 puntos. Existe también una escala resumida EAT-26 (Anexo 3) (16).
- **Test de investigación de bulimia de Edimburgo** (*bulimia test of Edimburg -BITE-*). Consta de 33 ítems, los cuales ayudan a las personas que presentan estos síntomas bulímicos a comparar y analizar las preguntas con el comportamiento que llevan a cabo en su hábito alimentario (Anexo 4) (16).
- **Inventario de trastornos alimentarios** (*eatting disorder alimentary -EDI-*) valora el riesgo de sufrir TCA, así como las áreas cognoscitivas y conductuales (16).

3.6 Tratamiento

Nos centraremos en el tratamiento de la AN y BN, ya que son los que más prevalencia tienen. El tratamiento más eficaz, en la gran mayoría, es la hospitalización. Lo primero al considerar tratar la AN es reponer el déficit nutricional del paciente. Si el peso se halla debajo del 20% para su estatura, se sugiere un programa de tratamiento hospitalario; si el peso está por debajo del 30% para su estatura, se solicita el ingreso en un servicio de salud mental en un tiempo estimado de 2 a 6 meses. Los programas de tratamiento en los servicios de salud mental se basan en una mezcla de terapia conductual, terapia familiar, psicoterapia individual, educación y en algunos casos el tratamiento es con psicofármacos (10).

Hay que evaluar el nivel de desnutrición que existe, y subsanar las deficiencias nutricionales, así como ajustar, si existieran, las alteraciones electrolíticas. El objetivo prioritario es reconducir la conducta alimentaria y los hábitos de vida del paciente. Dependiendo del riesgo del cuadro clínico, en determinadas ocasiones se precisará que el tratamiento se realice en un centro hospitalario (18).

- **Tratamiento farmacológico para AN**

Depende de la evolución del paciente, del trastorno que padezca, y de la patología que tenga asociada (ansiedad, depresión). Los fármacos que más se utilizan son los antidepresivos, los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) como paroxetina y sertralina, son los más empleados actualmente. Los inhibidores de la recaptación de serotonina y noradrenalina (duloxetina, venlafaxina y desvelafaxina) se emplean en pacientes que presentan una exacerbación de la sintomatología. Los antidepresivos tricíclicos como la clorimipramina y la imipramina, son útiles, pero no son muy utilizados ya que presentan mayores efectos. Los benzodiacepinas se utilizan de forma estricta, solo en casos para disminuir la ansiedad o para tratar el insomnio. Las de vida intermedia son las más se utilizan y las más recomendadas (clonazepam, lorazepam, lormetazepam). Los estabilizadores del humor han evidenciado ser útiles a la hora de controlar la hiperactividad, la impulsividad, el ansia por comer; logran ayudar a controlar el peso y la conducta de purga. Los antipsicóticos sólo se usan en ansiedad seria, e inquietud psicomotora (18).

- **Tratamiento psicoterapéutico para la AN**

El abordaje psicoterapéutico ha confirmado ser eficaz junto con el tratamiento farmacológico

en el tratamiento de la AN. La finalidad de la terapia cognitivo conductual en la AN es: reducir la actividad física, recuperación del peso, modificación en el hábito de comer, reducción de la conducta purgativa; si existiera el caso, trabajar la disminución de la autoestima, el perfeccionismo, modificar el sentimiento de incompetencia, mantener el peso y el estilo de vida. Las técnicas más utilizadas son los autorregistros, educación en la dieta y las purgas y establecer los contratos conductuales mediante técnicas de refuerzo (10,18).

- **Tratamiento farmacológico de la BN**

Los tratamientos con antidepresivos para la AN son también empleados para la BN, salvo la fluoxetina cuyas dosis son más elevadas. Las benzodiazepinas se suelen emplear de manera puntual. Las más convenientes a utilizar son las de vida media larga, ya que conllevan un alto riesgo de crear abuso y dependencia.

- **Tratamiento psicoterapéutico**

Con relación a la terapia cognitivo conductual, es la más efectiva. Por otro lado, se utilizan los tratamientos de autoayuda cognitivo conductual, la terapia en familia, la psicoterapia interpersonal y la terapia cognitivo-analítica (10).

4. TCA en el embarazo

Durante el embarazo es importante seguir un estilo de vida sano representado por una dieta equilibrada y completa, ya que es un determinante significativo para un buen desarrollo del embarazo, de la progresión y del crecimiento del feto. A partir del cuarto mes de embarazo, existe un aumento en la ingesta de nutrientes junto con una demanda de vitaminas y minerales que aumenta levemente más (19). Se recomienda a la embarazada acompañar la alimentación con un ejercicio regular (pasear, realizar ejercicio no intenso).

Dado que los TCA se caracterizan por comportamientos de la ingesta disfuncionales como la restricción calórica, los hábitos de purga, entre otros, pueden resultar dañinos en la salud materna y en el crecimiento y desarrollo del feto (19). Las mujeres afectadas a menudo están muy preocupadas por la alimentación y el control del peso. La mayoría de los estudios refieren una mejora en la sintomatología del TCA durante el embarazo, pero aportan que hay un escaso conocimiento sobre la ingesta real de alimentos y sobre el comportamiento en las dietas (19).

La identificación precoz y la conciencia del trastorno en el periodo prenatal y postnatal son la clave para una buena gestación (20). En la atención prenatal nos centraremos en vigilar y explorar la nutrición de la embarazada. Es muy importante transmitir a las madres la importancia de que lleven una buena dieta y de cómo afecta la escasez de nutrientes al desarrollo y crecimiento del feto. La salud nutricional de la madre depende de lo bien nutrida que esté antes, durante y después del embarazo. Por eso, es importante que en la atención prenatal haya buena relación que permita una comunicación fluida y en confianza con los profesionales sanitarios.

Muchas mujeres no transmiten que tienen TCA a los profesionales sanitarios por el miedo de ser juzgadas, por lo que la detección precoz mediante indicadores clínicos, encuestas y pruebas psicométricas es muy importante. El IMC es un indicador que nos ayuda a predecir posibles TCA. Un resultado entre 18.5-24.9kg/m² se considera dentro del rango "normal" (21,22). Los resultados por debajo o por encima de 18,5kg/m² nos harían pensar en un problema de salud.

4.1 Prevalencia del TCA en el embarazo

Durante mucho tiempo se ha sabido que la incidencia de TCA en mujeres en edad fértil está en aumento. Existe una estimación entre el 5-8% de las mujeres de sufrir TCA en el periodo prenatal. Aproximadamente 1 de cada 20 mujeres embarazadas está en riesgo de contraer TCA la gestación. Las mujeres embarazadas que tienen TCA representan el 8%. Entre las mujeres europeas, la prevalencia de la AN está entre 1-4%, la BN es del 1-2% y el TA es del 1-4% (tabla 3). El riesgo es muy elevado tanto para la madre como para el feto. Las tasas de prevalencia son variables y, según los estudios muestran que hay una cifra similar de mujeres con AN, BN y TA (22-24).

AN	BN	TA
1-4%	1-2%	1-4%

Tabla 3. Elaboración propia a partir de Eating disorders in pregnant and breastfeeding women 2020 (24).

Aunque los trastornos alimenticios pueden ser a cualquier edad, el equipo sanitario debe ser consciente de que el riesgo es mayor para los hombres y mujeres jóvenes de entre 13–17 años, y esto puede dar lugar a sufrir complicaciones en la etapa fértil de la mujer. Durante el embarazo, la tasa de recaída del TCA es del 22%, y se estima en un aumento de seis veces la mortalidad perinatal (22,25,26) y, se juntan otros factores durante el embarazo, como es la depresión, la cual padecen el 21,7% de las mujeres (24).

4.2 Identificación del TCA

Se recomienda que el equipo profesional debe preguntar sobre la historia de la salud mental en la valoración de la mujer embarazada, incluyendo si padece TCA. A muchas mujeres les resulta difícil hablar y abrirse con los profesionales de la salud, debido al estigma o miedo a ser juzgadas. Por lo tanto, el médico puede ayudarse de escalas y cuestionarios como hemos mencionado anteriormente. Se ha estudiado que los síntomas del trastorno alimentario pueden mejorar en el transcurso del embarazo y, volver en la etapa postparto. En esta etapa, también, aparece la depresión y la ansiedad (22).

Etapa prenatal

El embarazo es una etapa estresante para las mujeres con TCA, por lo que deberán llevar un seguimiento multidisciplinar por parte de los profesionales sanitarios, los cuales deben ofrecerles educación e información, para que se sientan apoyadas en esta etapa de su vida. Desde la atención prenatal, hay que asegurarse en los controles de que la embarazada tiene una buena salud mental y promover el bienestar, por otro lado, controlar si lleva una adecuada ingesta de nutrientes y que limite sus comportamientos de riesgo, como los vómitos autoinducidos, el uso de laxantes, los atracones y el ejercicio excesivo (20,27). Hay que ofrecerle información sobre la naturaleza y los riesgos que estos comportamientos conllevan en especial, en el embarazo. Explicar cómo afectaría este comportamiento al feto tanto a nivel de su desarrollo como a nivel postnatal, siempre desde una postura comprensiva y tranquila en la que la embarazada sienta nuestra empatía y respeto. Si la embarazada está preocupada por su aumento de peso, se debe hablar con ella de una forma respetuosa y con tacto para que pueda expresar sus preocupaciones y sentimientos. Se utilizarán preguntas abiertas como: ¿Cuál ha sido tu estado de ánimo en los últimos días/semanas? o ¿Cómo te sientes en relación con tu peso (22)?

En la tabla 4 se describen los indicadores que ayudan a los profesionales sanitarios a sospechar de un TCA.

El personal sanitario puede ser alertado de la posibilidad de que la embarazada presente un TCA cuando se presentes los siguientes casos:
● Un IMC inusualmente bajo o alto para el peso corporal de su edad
● Existencia de una pérdida rápida de peso
● Realización de dietas o prácticas alimentarias restrictivas
● Familiares o amistades avisan de notar un cambio en el comportamiento alimenticio
● Aislamiento social
● Problemas de salud mental
● Existencia de una preocupación excesiva sobre su peso o imagen corporal
● Problemas en el control de una enfermedad de tipo crónica que les afecta en la dieta, como la diabetes o una enfermedad celíaca.
● Alteraciones endocrinas, menstruales u otros cambios inexplicables
Presencia de síntomas:
● Signos físicos de:
● Desnutrición, desmayos, mareos, palpitaciones, hipoperfusión tisular y palidez.
● Comportamientos compensatorios; uso indebido de laxantes purgas o ejercicio excesivo.
● Dolor abdominal que se asocia al vómito o la restricción calórica y alimenticia que no se puede explicar por una afectación médica
● Hipoglucemia o desequilibrio de electrolitos inexplicable
● Desgaste dental atípico (como la erosión)

Tabla 4. Elaboración propia a partir de National Institute for Health and Care Excellence (NICE) (2017) (28).

Etapas postnatal

Según un estudio retrospectivo en el que participaron 454 mujeres, de tres a siete meses tras el posparto, se obtuvo una prevalencia del 11,5% de algún tipo de TCA, teniendo un predominio de afectación las mujeres más jóvenes (29).

Para las mujeres con un TCA activo durante el embarazo, donde la utilización de laxantes y comportamientos purgativos está restringida y prohibida, la recuperación postparto se hace más difícil. Algunas complicaciones congénitas pueden aparecer afectando a la movilidad e hidratación, y provocar infección y trombosis.

Estas mujeres pueden tener dificultades en establecer una lactancia materna de éxito. Hay estudios que evidencian el cese temprano de la lactancia materna y el uso de lactancia artificial que era más común en las mujeres con TCA, concretamente las que tienen AN. Por otro lado, se encontró que las mujeres con BN eligieron amamantar hasta el año de vida. En algunas mujeres, los síntomas del trastorno alimentario empeoraron en la etapa postparto y, algunas volvieron a los síntomas previos al embarazo, motivado por el deseo de volver al peso y la figura que tenían antes del embarazo. Volver a los TCA en el periodo posparto puede dar lugar a una duración más corta de la lactancia y puede afectar al apego de la madre con su bebé e interferir en la relación de pareja. Durante el periodo posnatal inmediato hay que ayudar a establecer un apego temprano de la madre con su bebé, y desarrollar un plan de apoyo para cuando la mujer se vaya al domicilio.

Los TCA a menudo coexisten con otras enfermedades mentales como la ansiedad y la depresión, cuya incidencia es mayor en el periodo postparto (20,22,28,30-32). En este periodo también es importante si la embarazada en un futuro va a querer tener más descendencia, hay que reforzar la educación sanitaria para poder influir de manera positiva en el próximo embarazo (22,28,30,31).

4.3 Riesgos principales del TCA

Riesgos principales del TCA sobre la embarazada

La incidencia y el bajo IMC previo al embarazo sobre los resultados obstétricos traen graves riesgos para la salud de la madre y el niño (33). Las mujeres embarazadas con un TCA activo tienen mayor riesgo de: sufrir hemorragias, hipertensión, anemia, eclampsia, multiparidad, complicaciones hipóxicas, nacimiento prematuro (< 32 semanas) y bajo peso para la edad gestacional, hiperémesis gravídica, menores tasas de lactancia materna, sufrir depresión postparto, ansiedad, partos prematuros y cesáreas (tabla 5) (22,26,34,35).

Riesgos principales del TCA sobre el bebé

Los neonatos pueden tener bajo peso al nacer o un alto peso al nacer según el TCA que sufra la madre, pueden presentar las siguientes características: retraso del crecimiento intrauterino, prematuridad, deterioro neurocognitivo, diferencias en el perímetro craneal encefálico, perímetro abdominal, anomalía fetal, mortalidad perinatal (tabla 5) (22,34,36).

Hay estudios que han investigado los biomarcadores séricos de nutrición y estrés (ferritina, cortisol) en mujeres embarazadas en relación con antecedentes de AN y BN. Se siguió el desarrollo y crecimiento neurocognitivo de los hijos de estas mujeres hasta la edad de los cinco años. El estudio demostró que estos niños tenían significativamente deterioradas las habilidades motoras, la capacidad de memoria, las habilidades lingüísticas y las habilidades sociales (34). El papel en la alimentación es muy importante, fundamentalmente, los micronutrientes como las vitaminas, son esenciales durante este período. La deficiencia de algunos factores nutricionales implicados en el metabolismo, como las vitaminas B-2, B-6, B-12, betaína, colina, y ácidos grasos poliinsaturados n-3, también pueden estar asociados con defectos de tubo neural de los bebés (24).

En la tabla 5 se muestran los riesgos de padecer TCA durante la gestación sobre la madre y sobre bebé.

Resultados maternos	Resultados fetales
<ul style="list-style-type: none"> • Aumento inadecuado o excesivo del peso • Aumento inadecuado o excesivo de peso corporal • Hiperémesis gravídica • Anemia • Hipertensión • Recaída en la AN o BM • Aborto espontáneo • Contracciones prematuras • Trabajo de parto prolongado • Cesárea • Muerte • Depresión postparto 	<ul style="list-style-type: none"> • Sufrimiento fetal • Restricción del crecimiento intrauterino • Parto prematuro • Muerte perinatal • Bajo peso de nacimiento • Bebé pequeño para la edad gestacional PEG (pequeño para la edad gestacional) o SGA (por sus siglas en inglés, (Small for Gestational Age) • Gran peso para la edad gestacional (GEG) o macrosómico • Microcefalia • Longitud corta del cuerpo • Defecto del tubo neural • Otros defectos congénitos • Puntajes deficientes de la prueba de Apgar

Tabla 5. Elaboración propia a partir de Anorexia Nervosa, Bulimia Nervosa, and Binge-Eating Disorder During Pregnancy y The role of prenatal and perinatal factors in eating disorders: a systematic review (37,38).

4.4 Tratamiento del TCA en la gestación

La depresión durante el embarazo está relacionada con el aumento del riesgo de depresión posparto y la dificultad para crear el apego con el bebé. El tratamiento es la educación nutricional de la embarazada. La ingesta alimenticia adecuada es esencial para compensar las demandas energéticas del cuerpo en el embarazo, y proporcionar los micronutrientes que son esenciales para la evolución y desarrollo del feto. Se presentan requisitos específicos de nutrientes para el embarazo. Los aportes alimenticios necesitan un incremento en los dos últimos trimestres del embarazo para fomentar el correcto desarrollo y crecimiento, así como las proteínas de repuesto para la creación y formación de los nuevos tejidos. El peso adecuado de la mujer y las ganancias adaptadas sirven como indicadores de que estos tejidos se han desarrollado normalmente. En la AN las ingestas son de 200-700 kcal por día, características de una paciente con restricciones nutricionales tipo AN, son inadecuadas para proporcionar la energía necesaria en el embarazo (37).

Si la mujer embarazada tiene una depresión no tratada, es posible que su comportamiento ante el cuidado prenatal no sea el adecuado y la mujer no tenga una dieta saludable, sino todo lo contrario, su dieta sea muy restrictiva. Presentar una depresión durante la etapa de embarazo está relacionado con un incremento en el riesgo de parto prematuro, bajo peso al nacer, retraso en el crecimiento intrauterino y otros problemas para el bebé.

¿Los antidepresivos se recetan durante el embarazo? La respuesta es sí. Con el asesoramiento médico adecuado el riesgo de defecto congénito para el bebé es muy bajo. El médico prescribirá el medicamento ajustando (monoterapia) la dosis eficaz más baja, especialmente en el primer trimestre. Algunos tratamientos de primera línea son los ISRS, antes comentados en el tratamiento de la AN y BN. Se pueden utilizar durante el embarazo como el citalopram y la sertralina. Los posibles efectos secundarios son cambios en el peso de la madre y nacimiento prematuro. Los inhibidores de la recaptación de serotonina y norepinefrina también son otra opción, los más utilizados son la duloxetina (Cymbalta) y la venlafaxina (Effexor XR) (39).

También se emplea la psicoterapia para tratar la depresión (leve a moderada). La autoayuda cognitivo conductual, la terapia familiar, la psicoterapia interpersonal, entre otras utilizadas (10,39).

4.5 Necesidades nutricionales

Durante el embarazo, aumentan las necesidades nutricionales para suministrar suficiente energía y nutrientes para consentir el crecimiento de estructuras como la placenta, el útero y los pechos, por otro lado, se necesita esta energía para el desarrollo y crecimiento del feto, y el acúmulo de reservas para el desarrollo del feto y para la lactancia en la etapa postparto.

En la tabla 6 distinguiremos las recomendaciones de la ganancia de peso de la embarazada, las cuales deben ser de forma incrementada, progresiva y por trimestres.

Primer trimestre	0,5-1.5kg
Segundo trimestre	3,5-4 kg
Tercer trimestre	5-5,5kg o 400 gr cada semana

Tabla 6. Recomendación en la ganancia de peso en la mujer embarazada. Elaboración propia a partir de ¿Cuánto peso debo ganar durante el embarazo? Inatal (40).

Las directrices de la OIM y de la American Pregnancy Association recomiendan que el aumento del peso sea según el IMC previo de la mujer (tabla 7).

Mujer con peso normal con un IMC de 18.5-24.9	6,8–11,3 kg
Mujer con un bajo peso antes del embarazo con IMC menos de 18.5	6,8-15,8 kg
Las mujeres que comienzan el embarazo con sobrepeso IMC de 25-29,	6,8-11,3 kg

Tabla 7. Recomendación en la ganancia de peso según el IMC previo de la mujer embarazada. Elaboración propia a partir de American Pregnancy Association y Weight Gain Recommendations For Women Pregnant With One Baby (41,42).

4.6 Atención en consulta

La mujer durante el embarazo debe cuidar la nutrición y su salud, ya que es esencial para el buen desarrollo del feto. Es vital que el estado nutricional de la madre con anterioridad al embarazo sea saludable, ya que tiene mayor impacto en el peso del recién nacido. El déficit nutricional severo, antes y durante el embarazo puede causar una mayor morbilidad del bebé y puede morir en el momento de nacer o en los primeros días tras el nacimiento. Por otro lado, el exceso nutricional se relaciona con un mayor riesgo de padecer hipertensión arterial, cesárea, diabetes gestacional, entre otros.

La imagen corporal y el perfeccionismo son problemas psicológicos relacionados con el TCA en el embarazo. Por esta razón, parece que asistir a las clases de preparación al parto embarazadas y sus cónyuges puede reducir la incidencia de este trastorno (31,43).

El comportamiento alimentario desordenado durante, y principalmente después del embarazo, puede ser más frecuente de lo que se pensaba hasta ahora. El embarazo puede complicar un TCA, ya que los cambios del cuerpo son continuos y pueden aumentar la ansiedad debido al aumento de peso. Las mujeres con antecedentes de TCA está recomendado vigilarlas y deben ser monitoreadas con periodicidad durante el embarazo y el posparto; también necesitan una mayor educación y apoyo con la lactancia materna. La función de los profesionales de salud es hacer una buena valoración y diagnóstico de estos problemas y, por otro lado, realizar una educación mediante la sensibilización, la mejora y el aumento de los servicios especializados, así como la implementación de programas educativos y preventivos (29).

Es importante dar consejos dietéticos y aportarle a la embarazada la suplementación de vitaminas. Muchas mujeres se ayudan de suplementos herbarios de pérdida de peso que contienen cafeína y efedrina, es importante preguntarles sobre todo lo que toman, y advertir de las consecuencias que conlleva tomar medicación sin el consentimiento médico.

Algunos autores sugieren que dar datos sobre el impacto de algunos comportamientos del TCA (como los comportamientos de purga o los vómitos después de darse atracones, esto no soluciona la pérdida de peso, ya que todavía se conservan en el cuerpo aproximadamente en torno a 1100 -1200 calorías, lo que sí provoca es deshidratación) ayuda en la sensibilización de la mujer. Hay que informar a la mujer sobre el uso de laxantes, cuya utilización disminuye la absorción de calorías un 10%, pero lo que más causa es una disminución de electrolitos y

estreñimiento a largo plazo. Esta información puede ayudarle a entender lo que está haciendo a su organismo, que su comportamiento no es adecuado y ayudarla a reeducar estos hábitos. Para trabajar con mujeres jóvenes necesitaremos el apoyo de la familia y parientes cercanos, para poder trabajar en la gestión y resolución de problemas teniendo en cuenta siempre la privacidad y confidencialidad de la paciente (22).

Hay que trabajar también la parte emocional, social y la educación, ya que el embarazo no es el único foco de preocupación. Hay que tener cuidado con la confidencialidad en menores de 16 años para las evaluaciones clínicas, tratamientos y pruebas a realizar (28).

5. Justificación

Según varios proyectos educativos sobre TCA en los que se realizan sesiones con alumnos, la imagen corporal es uno de los factores que influyen en el TCA, ya que hoy en día, la sociedad está influenciada por el peso, las dietas y la imagen corporal. Durante la etapa del embarazo todos estos factores influyen mucho más, debido a que, es cuando más se nota el incremento de peso, y es ahí donde el TCA tiene un poder de crecimiento (44,45).

En este proyecto queremos formar en la prevención y detección de los TCA a los profesionales de la salud, ya que son los encargados de tener ese contacto continuo durante el seguimiento a la mujer durante la gestación. Son los que deben realizar un diagnóstico precoz y transmitir a las madres la importancia de llevar una buena dieta y de explicar lo que la carencia y el déficit de nutrientes afecta al desarrollo y crecimiento del feto. La salud nutricional de la madre depende de lo bien nutrida que esté antes, durante y después del embarazo. Por eso, es importante que en la atención prenatal haya buena relación que permita una comunicación fluida y en confianza con la enfermera/matrona y el médico. Teniendo en cuenta los datos que hemos obtenido y analizado en los apartados anteriores, es importante tener en cuenta el TCA en la gestación para poder ofrecer a la embarazada una adecuada información en la consulta de atención, para poder sensibilizar y llevar un seguimiento en la prevención del TCA; y si, ya se hubiese establecido y detectado el TCA, llevar una adecuada atención, brindar una educación sanitaria en la importancia de la dieta y elaborar un correcto seguimiento durante la gestación y después del parto.

Hemos elegido este tema ya que consideramos que el papel de la enfermería es clave en todo este proceso para la anticipación y prevención. Cuanto mejor formados estén los profesionales de la salud mayor será la prevención y la temprana detección de los casos, ya que el TCA conlleva muchos riesgos para la madre y su bebé. Según diversos artículos, los riesgos de presentar malos resultados para la madre y el bebé, y, están recogidos y bien documentados (31,46). Las mujeres embarazadas que padecen de TCA tienen más riesgo de padecer tanto a nivel emocional como a nivel físico. A nivel físico tienen más riesgo de sufrir hemorragias, anemia, eclampsia, nacimiento prematuro, menores tasas de lactancia materna, entre otros muchos. A nivel emocional tienen riesgo de sufrir depresión perinatal y ansiedad (22). Por otra parte, hay complicaciones asociadas al TCA para el feto, a nivel de desarrollo pudiendo tener riesgo de sufrir retraso en el crecimiento intrauterino, prematuridad, mortalidad perinatal, baja puntuación en el Test de Apgar, entre otros descritos en la tabla 5 (22,26,34,35).

6. Proyecto Educativo

El propósito de este proyecto educativo es que los profesionales de la salud que atienden a las gestantes tengan los conocimientos, las habilidades y las actitudes para detectar, prevenir y acompañar los trastornos de conducta alimentaria que puedan presentarse en la gestación.

6.1 Población y Captación

El proyecto de educación va dirigido a los profesionales sanitarios, especialmente a las matronas y a las enfermeras de ginecología y obstetricia. Este programa se llevará a cabo en el Centro de Salud CEP Carabanchel, ya que es el centro de referencia del distrito de Carabanchel, situado en la Avenida de Carabanchel Alto 150, es un centro de especialidades donde está presente la figura de la matrona, (ya que todas las mujeres embarazadas tienen una matrona de referencia), aunque esta no esté situada en su centro de salud.

La población que he escogido se encuentra ubicada en el distrito de Carabanchel, concretamente en los barrios de Comillas, Opañel, San Isidro, Vista Alegre, Puerta Bonita, Buenavista y Abrantes. Carabanchel es uno de los 21 distritos madrileños que conforman la ciudad de Madrid. Las zonas concretas donde se llevará a cabo el proyecto serán en el centro de Salud CEP Carabanchel por ser un centro especializado en mujeres embarazadas que lleva un seguimiento por parte de la matrona y la obstetra y/o ginecóloga.

La captación se realizará a través de diversas estrategias:

- **Cartelería.** Se colocarán carteles informativos en los centros de salud del distrito sur de la Comunidad de Madrid (Anexo 9).

- **Folletos informativos.** Estos se colocarán en la entrada de los centros de salud y en las mesas de las salas de espera (Anexo 10-13).

- **Correo corporativo.** Se enviarán los folletos informativos y los carteles (Anexo 9-13) por el correo corporativo a todos los profesionales sanitarios susceptibles de poder acudir al programa educativo. Se informará a todos los responsables de docencia de los centros de salud del distrito Sur de la Comunidad de Madrid.

- **Sesiones informativas.** Mediante la plataforma "ZOOM" de la consejería de sanidad de la Comunidad de Madrid se realizan sesiones informativas del programa de 10 minutos de

duración.

- Utilización de **plataformas de internet** como medio de propagación para la captación de los usuarios a través de las redes sociales como Facebook, Twitter, Instagram, etc.

Para seleccionar a los asistentes al programa se han establecido los siguientes criterios de inclusión y de exclusión.

Criterios de inclusión

- Personal mayor de 18 años
- Con titulación en Enfermería
- Servicio de obstetricia y ginecología
- Matronas

Criterios de exclusión

- Personal no sanitario
- Personal que no quiera asistir a las sesiones
- Personal no titulado en Enfermería

7. Objetivos

Objetivo General:

Que los profesionales de la salud que atienden a las gestantes tengan los conocimientos, las habilidades y las actitudes para detectar, prevenir y acompañar los trastornos de conducta alimentaria que puedan presentarse en la gestación.

Objetivos Específicos:

Los objetivos específicos de este programa educativo abarcan tres áreas. El área de los conocimientos, el saber; el área de las habilidades, el saber hacer; y el área de las actitudes, el saber ser.

- **Objetivos de conocimiento (cognitivos, saber):** los profesionales de la salud serán capaces de:
 - Identificar los conceptos clave de TCA, (definición, tipos, epidemiología, etiología).
 - Conocer los riesgos psicológicos de los TCA (ansiedad, depresión).
 - Conocer los tratamientos de los TCA, entre los que se encuentran los antidepresivos.
 - Identificar los instrumentos de detección precoz de los TCA.
 - Conocer la existencia del TCA en la gestación.
 - Conocer el incremento adecuado de peso en la gestación según el IMC previo (dieta y ejercicio).
 - Conocer los tratamientos del TCA en la gestación.
 - Conocer la repercusión de los tratamientos de los TCA en la gestación (maternos: ansiedad, depresión; fetales: desarrollo).
 - Conocer la atención que se les debe dar a las mujeres con TCA durante el embarazo.
 - Identificar los riesgos de los TCA para la madre y el bebé.
 - Conocer el seguimiento multidisciplinar de los TCA en el postparto.
 - Identificar que puede haber coexistencia de TCA y de depresión y/o ansiedad en la mujer en la etapa postparto.
 - Identificar la dificultad en lograr una lactancia materna de éxito en una mujer con TCA.

- **Objetivos de habilidades (psicomotor, saber hacer):** los profesionales de la salud serán capaces de:
 - Adquirir habilidades en la detección de los riesgos psicológicos de los TCA (ansiedad, depresión).
 - Adquirir habilidades en el manejo del tratamiento de los TCA mediante la resolución de casos clínicos.
 - Entrenar en la utilización de los instrumentos de detección precoz de los TCA.
 - Entrenar en el manejo del incremento adecuado de pesos en la gestación según el IMC previo (dieta y ejercicio).
 - Entrenar en la forma de hablar con la mujer embarazada con TCA.
 - Entrenar habilidades de seguimiento en la mujer con TCA durante la gestación.
 - Adquirir habilidades en la detección de los signos y síntomas del TCA durante el embarazo.
 - Entrenar mediante la resolución de casos clínicos para saber cuáles son los riesgos para la madre con TCA y su bebé.
 - Demostrar haber incorporado a sus conocimientos el diálogo con preguntas abiertas.
 - Entrenar en la detección de signos de ansiedad y depresión en las mujeres con TCA en el postparto.
 - Entrenar la identificación de dificultades con la lactancia materna en los TCA en el postparto.

- **Objetivos de actitudes/intereses (emociones/ saber ser):** Los profesionales de la salud serán capaces de:
 - Trabajar los riesgos psicológicos de los TCA mediante un ejercicio de casos clínicos.
 - Trabajar las dificultades de los tratamientos de los TCA a través de casos clínicos.
 - Trabajar la necesidad de la detección precoz de los TCA mediante la utilización de los instrumentos validados al respecto.
 - Reflexionar sobre la repercusión de los tratamientos de los TCA en la gestación (maternos: ansiedad, depresión; fetales: desarrollo).
 - Reflexionar sobre la correcta atención que se les debe dar a las mujeres con TCA durante el embarazo.

- Reflexionar sobre la importancia de llevar un seguimiento durante el embarazo y postparto.
- Reflexionar sobre cómo prevenir, atender y realizar el seguimiento a la mujer con TCA.
- Reflexionar sobre como el padecer TCA afecta a la lactancia materna.

8. Contenidos

Los conceptos básicos que se van a transmitir son los siguientes:

- Conceptos de TCA: pica, trastorno por restricción/evitación, AN, BN, TA, otros trastornos no especificados.
- Epidemiología y etiología (factores predisponentes, mantenedores, desencadenantes)
- Riesgos psicológicos de los TCA (ansiedad, depresión) de los TCA (AN, BN, depresión, psicoterapia).
- Manejo de los tratamientos de los TCA.
- Instrumentos de identificación precoz de los TCA.
- TCA en la gestación.
- Prevalencia de embarazadas con TCA.
- Manejo del incremento progresivo de peso (dieta y ejercicio).
- Tratamiento de los TCA (AN, BN, depresión, psicoterapia).
- Repercusión de los tratamientos de los TCA en la gestación (maternos: ansiedad, depresión; fetales: desarrollo).
- Habilidades de detección de los TCA mediante el conocimiento de las diferentes escalas.
- Consecuencias y riesgos para la madre y su bebé al padecer TCA durante el embarazo.
- Fomentar la educación nutricional en la embarazada.
- Promover la asistencia con la pareja a las clases de preparación al parto.
- Habilidades de detección mediante la resolución de un caso clínico en los riesgos y consecuencias de padecer TCA durante la gestación para la madre y el bebé.
- Reforzar la educación sanitaria.
- Entrenar en el diálogo a utilizar mediante preguntas abiertas durante la entrevista a la mujer en la etapa postparto.
- Dificultad en la lactancia materna.
- Coexistencia del TCA con depresión o ansiedad durante la etapa postparto (mayores incidencias).
- Utilización de preguntas abiertas.
- Apoyo en la lactancia materna.
- Prevención o detección de la depresión y ansiedad.
- Refuerzo de los contenidos impartidos durante el taller.
- Conceptos clave de la sesión, integrar la información en la práctica profesional.

8.1 Sesiones, técnicas de trabajo y utilización de materiales

8.1.2 Planificación

La planificación o cronograma general del proyecto será el siguiente:

Número de sesiones: se realizarán 4 sesiones (tabla 8), de 1h 30 min cada sesión destinada a los profesionales de enfermería de consultas de obstetricia y ginecología y matronas de hospital y centros de salud, con el objetivo de que los profesionales de la salud que atienden a las gestantes tengan los conocimientos, las habilidades y las actitudes para detectar, prevenir y acompañar los trastornos de conducta alimentaria que puedan presentarse en la gestación.

Número de participantes: entre 15-20.

Personal: será impartido por una enfermera docente y una enfermera que realizará la función del observador, la cual evaluará cualitativamente el proceso del taller.

Lugar de celebración: se realizará en el centro de salud CEP Carabanchel, en la calle del Aguacate, 13 Madrid (centro de referencia que pertenece al Hospital 12 de Octubre).

En la tabla 8 se muestra los temas a ver en cada una de las sesiones.

Sesiones

Sesión 1: ¿Qué son los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA)?

Sesión 2: TCA durante la gestación. Indicadores para una detección precoz

Sesión 3: Atención del TCA en el embarazo. Riesgos para la madre y el bebé

Sesión 4: Atención del TCA durante el periodo postnatal

Tabla 8. Elaboración propia de las sesiones.

En las sesiones se explicará lo siguiente:

PRIMERA SESIÓN: *¿Qué son los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA)?*

Las sesiones tendrán una duración de 90 min y, en esta primera sesión veremos las siguientes partes: una breve presentación de quiénes somos y una presentación breve del programa. Después mediante técnicas de iniciación grupal se presentarán los discentes para romper la tensión de grupo y que se conozcan entre ellos. Antes de empezar la presentación con los contenidos se les pasará un breve cuestionario pre (Anexo 6) para identificar el conocimiento que tienen sobre los TCA. Después se introducirá a modo de teoría que es el TCA (conceptos, tipos de TCA, epidemiología, etiología). Para fomentar el desarrollo de las habilidades se realizará un ejercicio en pareja sobre los riesgos psicológicos que ejercen los TCA. Por otro lado, se impartirán contenidos sobre el tratamiento y la psicoterapia utilizada para tratar los TCA y se explicarán los tipos de tratamiento y técnicas psicoterapéuticas utilizadas para poner en conocimiento a los profesionales, y después, realizarán un caso clínico por parejas. También se introducirán contenidos como los instrumentos de identificación precoz de los TCA (encuesta SCOFF, la escala de actitudes hacia la comida, la prueba de investigación de bulimia de Edimburgo y el inventario de los trastornos alimentarios). Por último, nos aseguraremos de que los profesionales hayan comprendido los principales elementos de los TCA, y, se destinará un tiempo para que valoremos si han integrado los conceptos. Se dejará tiempo para resolución de dudas y reforzar lo explicado.

Programa: Prevención de los trastornos de la conducta alimentaria en la gestación

Sesión 1: ¿Qué son los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA)?

Fecha	hora	Objetivos educativos	Contenidos	Metodología	Recursos	Evaluación
5/05/21	17h (10')	Que los profesionales de salud conozcan el programa que se va a impartir y a los miembros del profesorado.	Breve presentación de las personas que se encargarán de dar el taller y del contenido de este.	Expositiva	Ordenador, proyector, power point.	Preguntas del cuestionario final sobre el profesorado y el programa (Anexo 8).
	17:10 (5')	Que los profesionales de salud identifiquen su conocimiento previo sobre las TCA.	Conocimiento previo sobre las TCA.	Cuestionario	Cuestionario de conocimiento previo sobre las TCA.	Resultado del cuestionario previo sobre detección de TCA durante la gestación (Anexo 6).
	17:15 (5')	Que los profesionales discentes se presenten entre ellos y se conozcan.	Técnicas de iniciación grupal para romper la tensión. Presentación de los discentes que asisten en el taller.	Técnica del ovillo	Ovillo de lana	Observador
	17:20 (20')	Que los profesionales identifiquen los principales elementos de los TCA (definición, tipos, epidemiología, etiología).	Conceptos de TCA: pica, trastorno por restricción/evitación, AN, BN, TA, otros trastornos no especificados. -Epidemiología y etiología (factores predisponentes, mantenedores, desencadenantes).	Técnica expositiva-participativa	Ordenador, proyector, power point.	Observador Preguntas del cuestionario post sobre detección de TCA durante la gestación (Anexo 7).
	17:40 (20')	Que los profesionales realicen un caso clínico sobre los riesgos psicológicos de los TCA (ansiedad, depresión).	Riesgos psicológicos de los TCA (ansiedad, depresión).	Ejercicio por parejas para resolver un caso clínico sobre los riesgos psicológicos de los TCA.	Casos clínicos de riesgos de alteración psicológica de los TCA que se resuelven por parejas en cartulinas que se exponen en el gran grupo al final.	Observador Preguntas del cuestionario final detección de TCA durante la gestación (Anexo 7).
	18:00 (10')	Que los profesionales conozcan los tratamientos de los TCA, entre los que se encuentran los antidepresivos.	Tratamiento (AN, BN) de los TCA (AN, BN, depresión, psicoterapia).	Técnica expositiva-participativa	Ordenador, proyector, power point.	Observador Preguntas del cuestionario final sobre detección de TCA durante la gestación (Anexo7).

18:10 (10')	Que los profesionales adquieran habilidades en el manejo de los tratamientos de las TCA.	Manejo de los tratamientos de las TCA.	Ejercicio en pequeños grupos sobre el manejo de los tratamientos de los TCA.	Ordenador, power point, proyector, caso clínico.	Observador Preguntas del cuestionario final sobre detección de los TCA durante la gestación (Anexo 7).
18:20 (5')	Que los profesionales identifiquen y entrenen los instrumentos de detección precoz de los TCA.	Instrumentos de identificación precoz de los TCA: <ul style="list-style-type: none"> - La encuesta SCOFF. - La escala de actitudes hacia la comida - Test de investigación de bulimia de Edimburgo - Inventario de trastornos alimentarios. 	Técnica de investigación de aula	Tormenta de ideas ordenador, proyector, power point, pizarra, tiza.	Observador Preguntas del cuestionario final sobre detección de los TCA durante la gestación (Anexo 7).
18:25 (5')	Que los profesionales identifiquen los principales elementos de los TCA tratados en la sesión.	Principales elementos de los TCA tratados en la sesión.	Participativa con fotos de conceptos clave que se van poniendo en la pizarra.	Ordenador, cañón, tarjetas de conceptos clave.	Observador Preguntas del cuestionario final sobre detección de los TCA durante la gestación (Anexo 7).

Tabla 9. Guía de objetivos y contenidos para la primera sesión, a partir de la elaboración propia.

SEGUNDA SESIÓN: “TCA durante la gestación. Indicadores para una detección precoz”

Se hará un breve recordatorio de la primera sesión y, se explicará a los profesionales de la salud qué existen TCA en la gestación y qué prevalencia existe hoy en día, tanto a nivel mundial como en España. Mediante la realización de casos clínicos los profesionales de la salud entrenarán en el manejo del incremento adecuado del peso en la gestación según el IMC previo (dieta y ejercicio). A continuación, nos centraremos en impartir contenidos sobre los tratamientos de los TCA en la gestación (AN, BN, depresión, psicoterapia). Luego, trabajaremos el debate mediante la visualización de un video sobre la repercusión de los tratamientos de los TCA en la gestación (maternos: ansiedad, depresión; fetales: desarrollo). Después del coloquio entre los profesionales y el profesorado, nos centraremos en la adquisición de las habilidades en la detección de los signos y síntomas del TCA en la gestación a través de técnicas de investigación en aula y visualización de otro video. Por último, se dará un tiempo para aclarar dudas y recibir feedback por parte de los participantes de haber entendido los principales elementos de los contenidos tratados en la sesión.

Programa: Prevención de los trastornos de la conducta alimentaria en la gestación

Sesión 2: TCA durante la gestación. Indicadores para una detección precoz

Fecha	hora	Objetivos educativos	Contenidos	Metodología	Recursos	Evaluación
Sáb. 12/05/21	17h (15')	Que los profesionales de salud recuerden los principales elementos de la sesión anterior.	Repaso de los conceptos más importantes de la última sesión y presentación de la segunda sesión.	Expositiva Participativa Resolución y resultado del Cuestionarios pre.	Ordenador, cañón, power point.	Observador Resultados del cuestionario pre (Anexo 6)
	17:15 (30')	Que los profesionales conozcan la existencia del TCA en la gestación.	- TCA en la gestación -Prevalencia de embarazadas con TCA.	Técnica expositiva-participativa	Ordenador, power point, cañón.	Observador Preguntas cuestionario pre sobre detección de los TCA durante la gestación (Anexo 7).
	17:30 (20')	Que los profesionales entrenen el manejo del incremento adecuado de pesos en la gestación según el IMC previo (dieta y ejercicio).	Manejo del incremento progresivo de peso (dieta y ejercicio).	Casos clínicos	Ordenador, power point, cañón, casos clínicos.	Observador Preguntas cuestionario post detección de los TCA durante la (Anexo 7).
	17:40 (20')	Que los profesionales conozcan los tratamientos de la TCA en la gestación.	Tratamiento de los TCA (AN, BN, depresión, psicoterapia).	Expositiva Participativa	Ordenador, power point, cañón.	Observador Preguntas cuestionario post sobre el tratamiento de la TCA en la gestación (Anexo 7).
	18:00 (10')	Que los profesionales conozcan y reflexionen sobre la repercusión de los tratamientos de los TCA en la gestación (maternos: ansiedad, depresión; fetales:	Repercusión de los tratamientos de los TCA en la gestación (maternos: ansiedad, depresión; fetales: desarrollo).	Visualización de videos y coloquio.	Ordenador, power point, cañón, vídeos.	Observador Preguntas cuestionario post detección de los TCA durante la (Anexo 7).

		desarrollo).				
18:10 (10')	Que los profesionales adquieran habilidades en la detección de los signos y síntomas del TCA durante el embarazo.	Habilidades de detección de los TCA mediante el conocimiento de las diferentes escalas.	Técnica de investigación de aula Técnica expositiva video con discusión.	Tormenta de ideas Ordenador, power point, cañón, pizarra, tiza.	Observador Preguntas cuestionario post sobre detección de los TCA en la gestación (Anexo 7).	
18:20 (10')	Que los profesionales identifiquen los principales elementos de los TCA en la gestación tratados en la sesión y resuelvan sus dudas sobre el tema.	Principales elementos de los TCA en la gestación tratados en la sesión y resolución de dudas.	Expositiva-participativa Charla participativa.	Ordenador, proyector, power point.	Observador Tarea para el próximo día "Búsqueda y lectura sobre artículos de TCA en el embarazo". Reflexión sobre la lectura.	

Tabla 10. Guía de objetivos y contenidos para la segunda sesión, a partir de la elaboración propia.

TERCERA SESIÓN: “Atención del TCA durante el embarazo. Riesgos para la madre y el bebé”

Al inicio de la sesión se realizará un repaso de la última sesión recordando conceptos clave y se presentará el contenido a impartir en esta sesión. Después procederemos a explicar los contenidos en educación nutricional en la embarazada, la importancia de la asistencia con la pareja a las clases de preparación al parto, y las consecuencias y riesgos para la madre y su bebé al padecer TCA durante el embarazo. Después, nos centraremos en que adquieran las habilidades de detección mediante la resolución de un caso clínico sobre los riesgos y consecuencias de padecer TCA durante la gestación para la madre y el bebé. Por último, cerraremos la sesión identificando que los profesionales de la salud hayan reconocido los principales elementos dados en la sesión y, acabaremos la sesión con dudas y preguntas.

SESIÓN 3: Atención de los TCA durante el embarazo. Riesgos para la madre y el bebé.

Fecha	Hora	Objetivos educativos	Contenidos	Metodología	Recursos	Evaluación
19/05/21	17h (15')	Que los profesionales de salud recuerden los principales elementos de la sesión anterior.	Repaso de los conceptos más importantes de la última sesión. Presentación de la tercera sesión.	Expositiva Preguntas cuestionario pre	Ordenador, proyector, power point.	Observador Preguntas cuestionario pre sobre detección de los TCA durante la gestación (Anexo 6).
	17:15 (45')	Que los profesionales reflexionen sobre la correcta atención que se les debe dar a las mujeres con TCA durante el embarazo. Que los profesionales de la salud reflexionen sobre la importancia de llevar un seguimiento durante el embarazo y postparto Que los profesionales de la salud identifiquen los riesgos para la madre y el bebé.	- Educación nutricional en la embarazada. - Asistencia con la pareja a las clases de preparación al parto. -Consecuencias y riesgos para la madre y su bebé al padecer TCA durante el embarazo.	Técnica expositiva-participativa Charla participativa	Ordenador, power point, proyector.	Observador Preguntas cuestionario pre sobre detección de los TCA durante la gestación (Anexo 6).
	18:00 (20')	Que los profesionales reflexionen sobre cómo prevenir, atender y realizar el seguimiento a la mujer con TCA. Que los profesionales de salud entrenen para saber cuáles son los riesgos para la madre con TCA y su bebé.	Conceptos clave de la sesión: Habilidades de detección mediante la resolución de un caso clínico en los riesgos y consecuencias de padecer TCA durante la gestación para la madre y el bebé.	Técnica de investigación de aula Caso clínico	Ordenador, power point, proyector, pizarra, tiza, caso clínico.	Observador Cuestionario post sobre detección de los TCA durante la gestación (Anexo 7).
	18:20 (10')	Conclusión y dudas de los discentes. Que los profesionales de la salud identifiquen	Principales elementos sobre la atención de los TCA durante la gestación y los riesgos tratados en	Expositiva-participativa	Ordenador, proyector, power point.	Observador Preguntas cuestionario post sobre detección

	los riesgos que provocan los TCA en la mujer embarazada, y en su bebé tratados en la sesión y que resuelvan sus dudas.	la sesión y resolución de dudas.			de los TCA durante la gestación (Anexo 7).
--	--	----------------------------------	--	--	--

Tabla 11. Guía de objetivos y contenidos para la tercera sesión, a partir de la elaboración propia.

CUARTA SESIÓN: “Atención del TCA durante el periodo postnatal”

En esta sesión se realizará un recordatorio de la tercera sesión mencionando conceptos clave vistos y, a continuación, se presentará el contenido a impartir en esta última sesión. Mediante agrupación en pequeños grupos, y de forma participativa, se trabajará en los siguientes conceptos: utilización del diálogo con preguntas abiertas durante la entrevista a la mujer en la etapa del postparto, actitudes ante la lactancia materna, la coexistencia de los TCA con otras enfermedades, como son la depresión y la ansiedad, las cuales registran mayores incidencias en la etapa postparto y, sobre todo centrarnos en reforzar la educación sanitaria. Después, nos aseguraremos mediante las técnicas de investigación en aula que los profesionales de la salud demuestren haber incorporado y adquirido los conocimientos antes practicados en grupos. Como ya finalizamos el contenido del programa, se realizará el cuestionario post sobre detección de los TCA durante la gestación (Anexo 7), para detectar los conocimientos adquiridos por parte de los profesionales de la salud durante las sesiones.

Por último, en los quince minutos sobrantes se realizará una conclusión sobre las sesiones y dudas que hayan tenido los participantes y, se pasará una encuesta sobre preguntas de evaluación del programa, la cual se medirá en una escala tipo Likert que puntúa del 1 al 10 la satisfacción con el programa (organización y metodología) (Anexo 8).

Sesión 4: Atención del TCA durante el periodo postnatal

Fecha	hora	Objetivos educativos	Contenidos	Metodología	Recursos	Evaluación
19/05/21	17h (15')	Que los profesionales de salud recuerden los principales elementos de la sesión anterior.	Repaso de los conceptos más importantes de la última sesión. Presentación de la cuarta sesión.	Expositiva	Ordenador proyector, power point.	Observador Cuestionario pre sobre detección de los TCA durante la gestación (Anexo 6).
	17:15 (30')	Que los profesionales reflexionen sobre la importancia de realizar un seguimiento multidisciplinar en la etapa postparto. Que los profesionales entrenen en la forma de hablar con la mujer embarazada con TCA Que los profesionales de la salud reflexionen sobre como el padecer TCA afecta a la lactancia materna.	Entrenar en el diálogo a utilizar mediante preguntas abiertas durante la entrevista a la mujer en la etapa postparto Dificultad en la lactancia materna Coexistencia del TCA con depresión o ansiedad durante la etapa postparto (mayores incidencias) Reforzar la educación sanitaria.	Técnica expositiva-participativa Agruparse en pequeños grupos de dos o tres.	Ordenador, power point, proyector.	Preguntas cuestionario post detección de los TCA durante la gestación (Anexo 7).
	17:45 (30')	Que los profesionales de la salud demuestren haber incorporado a sus conocimientos un diálogo con preguntas abiertas. Que los profesionales identifiquen que puede haber coexistencia de TCA y de depresión y/o ansiedad en la mujer en la etapa postparto. Que los profesionales de la salud sepan identificar la dificultad.	Conceptos clave de la sesión: -Utilización de preguntas abiertas -Apoyo en la lactancia materna -Prevención o detección de la depresión y ansiedad.	Técnica de investigación de aula	Cuestionarios post Tormenta de ideas Ordenador, power point, proyector.	Preguntas cuestionario post sobre detección de los TCA durante la gestación (Anexo 7).

	en conseguir una lactancia materna de éxito en una mujer con TCA.				
18:15 (15')	<p>Conclusión de los talleres y dudas de los discentes.</p> <p>Que los profesionales de la salud sepan integrar en su práctica la información que se les ha impartido durante estas sesiones.</p>	<p>Conceptos clave de la sesión, integrar la información en la práctica médica.</p> <p>Refuerzo de los contenidos impartidos durante el taller.</p>	<p>Expositiva-participativa</p> <p>Feedback y resumen y cierre del taller.</p>	<p>Ordenador, proyector, power point.</p>	<p>Observador</p> <p>Preguntas de evaluación del programa (Anexo 8).</p>

Tabla 12. Guía de objetivos y contenidos para la cuarta sesión, a partir de la elaboración propia.

8.2 Técnicas que vamos a emplear

Las técnicas que vamos a utilizar en las sesiones son:

Técnicas de iniciación grupal: la utilizamos para que los profesionales se conozcan entre ellos, es una técnica que se utiliza para romper la tensión de grupo y favorecer la confianza y la participación. Dentro de esta técnica, la que utilizaremos será la técnica del ovillo, que realizaremos en la primera sesión.

-**Técnica del ovillo:** técnica utilizada para conocerse los miembros de un grupo. Para poder ejecutarse hay que tener un ovillo de lana que se va pasando de un miembro a otro, en lo que cada miembro dice algo de sí mismo (nombre, edad, afición).

Técnicas de producción: esta técnica se utiliza para poder organizar a un grupo con el fin de alcanzar los objetivos propuestos. Se pretende conseguir los resultados propuestos inicialmente. Dentro de esta técnica, utilizaremos diferentes métodos:

- **Método de investigación en aula:**
 - **Tormenta de ideas:** consiste en plantear un tema a los miembros del grupo y que cada uno aporte sus ideas sobre el tema en concreto.
 - **Cuestionarios:** son preguntas que se utilizan para saber el grado de conocimiento de los asistentes.
 - **Foto-palabra:** se ofrece a los miembros diferentes fotografías y se les pide que las identifiquen.

- **Métodos expositivos:**
 - **Charla con coloquio.**
 - **Video- discusión:** se reproduce un video sobre el tema a tratar para posteriormente dialogar y que los participantes cuenten sus experiencias.

- **Método de desarrollo de habilidades:**
 - **La demostración** mediante resolución de casos clínicos.

- **Método de evaluación:** sirve para evaluar la consecución de los objetivos marcados inicialmente.
 - **Cuestionarios pre y post**
 - **Cuestionario de evaluación** del programa (contenido, metodología, recursos y profesorado).

8.3 Recursos

Los recursos **humanos** que se van a utilizar van a ser:

Una **enfermera docente** que impartirá el contenido de las sesiones del programa de prevención de los TCA de las mujeres embarazadas en la gestación.

Una **enfermera** que realizará la función de **observador**, y analizará de forma cualitativa durante las cuatro sesiones: el grado de participación, el ambiente, las dinámicas de grupo, los recursos a utilizar, las técnicas, etc.

Los materiales que vamos a utilizar en las sesiones son los siguientes:

- Un ordenador.
- Un proyector.
- Una presentación de power point.
- Video explicativo.
- Casos clínicos.
- Fotos.
- Cuestionarios pre y post de las sesiones.
- Cuestionario de evaluación de contenido, metodología, recursos y profesorado.
- Cuestionario de evaluación del programa (Anexo 8).

Para fomentar la presentación y participación se usarán los siguientes materiales:

- Un ovillo de lana.
- Pizarra.
- Rotuladores y bolígrafos.
- Tiza.

9. Evaluación

La evaluación en educación para la salud trata de establecer como se están llevando a cabo los procesos de enseñanza en relación con los conocimientos, habilidades y actitudes que se están adquiriendo. Existen dificultades para evaluar proyectos o diferentes programas de educación ya que el tiempo suele ser largo entre la acción educativa y los cambios en el comportamiento de los hábitos.

Siempre que se realizan actividades de la salud, antes de empezar se plantea qué se va a evaluar, cuándo, quién, y cómo se va a realizar la evaluación. También, es importante determinar los instrumentos que ayudarán en la consecución de los objetivos.

9.1 Evaluación de la estructura y el proceso

Se evaluará la estructura y el proceso educativo, es decir las actividades desarrolladas durante las diferentes sesiones, la planificación y la utilización adecuada de los diferentes recursos y materiales, la difusión, las técnicas, el contenido de las sesiones, la participación de los alumnos, etc.

- **La estructura:** se evaluará de forma cuantitativa mediante un cuestionario de evaluación del programa (Anexo 8) post programa que evaluará con una escala tipo Likert que puntúa del 1 al 10 la información de las sesiones, la flexibilidad del horario, los recursos utilizados, las instalaciones, el número de alumnos, el nivel del profesorado, la profesionalidad y el tiempo dedicado en las sesiones.
- **El proceso:** se evaluará si las técnicas educativas utilizadas han sido las adecuadas, y si se ha conseguido explicar las sesiones de manera que los asistentes lo hayan entendido. Se evaluará de forma cuantitativa y cualitativa. Para la evaluación cuantitativa, se ha dispuesto en el cuestionario de evaluación del programa (Anexo 8) post programa una serie de preguntas agrupadas en un apartado denominado metodología. Se evalúan mediante una escala tipo Likert que puntúa del 1 a 10. Los parámetros que se contemplan en este apartado de metodología para su posterior evaluación son: contenido de las sesiones, clarificación en las explicaciones, la resolución de dudas, el buen ambiente entre compañeros, la cercanía y el ambiente del profesor, la implicación de los alumnos mediante sus opiniones y preguntas, la participación y si les ha gustado el taller. La metodología participativa nos permite la

realización de una evaluación, tanto cuantitativa mediante la realización del cuestionario post programa sobre metodología como cualitativa mediante la presencia de un observador en todas las sesiones. Se evaluará a través del observador la dinámica y la participación de los asistentes, ya que, en todas las sesiones, estará registrando todas las interacciones que se produzcan en el aula. También se evaluará el tiempo empleado en dar las sesiones, y lo evaluaremos mediante el mismo cuestionario, el cuestionario post de evaluación del programa (Anexo 8).

En las **técnicas expositivas**, nos ayudaremos de un power point para impartir los contenidos de las sesiones. Mediante charlas participativas haremos que los participantes se relacionen entre ellos, que dialoguen y que den su opinión sobre el tema propuesto.

En las **técnicas de investigación de aula** usaremos la tormenta de ideas para hacer participar a los alumnos y saber el grado de conocimiento que tienen con respecto al tema a impartir. La evaluación la realizará el observador (otra enfermera) que estará presente evaluando el grado de participación, la actitud de atención a las explicaciones que se están dando, el número de preguntas que tienen en cuanto a la teoría. También evaluará el tiempo dedicado a las explicaciones, a la teoría y a la resolución de dudas. Evaluará por otra parte si la forma de presentar el contenido ha sido la apropiada, el material utilizado, el ambiente del grupo, etc.).

En relación con la evaluación del profesorado realizaremos una encuesta al finalizar el taller para evaluar al profesorado (Anexo 8), y por otra parte para la valoración global del taller, en la última sesión se les entregara un cuestionario de evaluación del programa para que valoren de forma anónima que les ha parecido el taller (valorarán la estructura, proceso, metodología y contenidos impartidos) (Anexo 8).

9.2 Evaluación de los resultados

La evaluación de los resultados educativos permite evidenciar y comprobar si se han cumplido y en qué medida se han cumplido los objetivos generales y específicos propuestos en función de los aprendizajes y programas impartidos. Al finalizar el programa se realizará una evaluación de resultados cualitativa y cuantitativa.

La evaluación de los resultados cuantitativa se hará mediante un cuestionario pre de detección de los TCA, que se realizará antes de impartir los contenidos (Anexo 6), para saber el grado de conocimiento previo de los asistentes y un cuestionario post a final de la cuarta sesión

(Anexo 7), para ver si los asistentes han adquirido, integrado y entendido los conocimientos y adquirido las actitudes y habilidades que se han explicado y trabajado en cada sesión.

La evaluación de resultados cualitativa, la llevará a cabo el observador. En los casos clínicos, las intervenciones de desarrollo de habilidades y de actitudes, se valorará la adquisición de estas, por parte de los participantes mediante el registro continuado del observador en todas las sesiones del programa.

Para la evaluación a largo plazo, a los seis meses del programa, se enviará a todos los participantes el cuestionario de evaluación de resultados (Anexo 7) mediante una aplicación online, lo que permitirá conocer el grado de impacto del programa en el largo plazo.

Bibliografía

- (1) Gómez-Candela C, Milla SP, Miján-De-La-Torre A, Ortega PR, Martín PM, Kohen VL, et al. Nutr Hosp. 2018;35:489.
- (2) Inés Hilker Salinas, María Caballero, Itziar Flamarique Valencia. Trastornos de la Conducta Alimentaria. 2019; [Internet] [citado 21 Enero 2021]. Disponible en: <https://www.clinicbarcelona.org/asistencia/enfermedades/trastornos-de-la-conducta-alimentaria>.
- (3) American Psychiatric Association (APA) (2013). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder (5.th ed.[DSM-5]). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- (4) ¿Qué son los TCA? - Associació Contra l'Anorèxia i la Bulímia. [Internet] [citado 24 Enero 2021]. Disponible en: <https://www.acab.org/es/los-trastornos-de-conducta-alimentaria/que-son-los-tca/>.
- (5) Vázquez Arévalo R, Aguilar XL, Ocampo Tellez-Girón MT, Mancilla-Díaz JM. Eating disorders diagnostic: from the DSM-IV to DSM-5. Rev Mex Trastor Aliment. 2015;6(2):108-120.
- (6) World Health Organization (1992), The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines. Geneva: World Health Organization.
- (7) Moreno Redondo FJ, Benítez Brito N, Pinto Robayna B, Ramallo Fariña Y, Díaz Flores C. Prevalencia de Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) en España: necesidad de Revisión. Congreso iberoamericano de nutrición. Rev Esp de Nutr Hum Diet. 2019;23(Extra 1):130-131.
- (8) Organization WH. CIE 10: Trastornos mentales y del comportamiento: descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico.1992.
- (9) Asociación Americana de Psiquiatría. Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-V. Arlington, VA; 2013.
- (10) Sadock J, Ahmad S, Alcott Sadock V. Kaplan & Sadock Manual bolsillo de psiquiatría clínica. 6th ed. Philadelphia; 2018.
- (11) Servicio de Medicina Familiar y Comunitaria del Hospital Italiano de Buenos Aires, Kopitowski K, Durante E, Villalón G. Medicina Familiar y práctica ambulatoria. 3rd ed.: Médica Panamericana S.A.C.F.; 2016; 578-582.
- (12) Los trastornos de la conducta alimentaria son la tercera enfermedad crónica más frecuente entre adolescentes. Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia. [Internet] [citado 21 Enero 2021]. Disponible en : <https://www.semq.es/index.php/noticias/item/326-noticia-20181130>.
- (13) Fornieles JC. Panorama actual de los trastornos de la conducta alimentaria. Endocrinología y nutrición: Órgano de la Sociedad Española de Endocrinología y Nutrición. 2015;62(3):111-113.

- (14) Portela De Santana ML, da Costa Ribeiro Junior H, Mora Giral M, Raich RM. Epidemiology and risk factors of eating disorders in adolescence: a review. *Nutr Hosp*. 2012; 27(2): 391-401.
- (15) Trastornos de la Alimentación. [Internet] [citado 21 Enero 2021]. Disponible en: <https://www.quironsalud.es/hospital-madrid/es/cartera-servicios/trastornos-alimentacion>.
- (16) Rojo SF, Linares TG, Arguis CB, Félix-Alcántara MP. Trastornos de la conducta alimentaria. *Medicine*. 2015;11(86):5144-5152.
- (17) Garcia-Campayo J, Sanz-Carrillo C, Ibañez JA, Lou S, Solano V, Alda M. Validation of the Spanish version of the SCOFF questionnaire for the screening of eating disorders in primary care. *J Psychosom Res*. 2005; 59 (2): 51-55.
- (18) Mackenna MJ, Escaffi MJ, González T, Leiva MJ, Cruzat C. Trastornos de la conducta alimentaria en el embarazo. *Rev médica Clin Las Condes*. 2021;32(2):207-13.
- (19) Dörsam AF, Preißl H, Micali N, Lörcher SB, Zipfel S, Giel KE. The impact of maternal eating disorders on dietary intake and eating patterns during pregnancy: A systematic review. *Nutrients*. 2019;11(4).
- (20) Fogarty S, Elmir R, Hay P, Schmied V. The experience of women with an eating disorder in the perinatal period: a meta-ethnographic study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2018;18(1):121.
- (21) World Health Organization. Body Mass Index. [Internet] [Accessed 2020 January 22]. Available at: <http://https://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/nutrition/a-healthy-lifestyle/body-mass-index-bmi>.
- (22) Stringer EC, Furber C. Eating disorders in pregnancy: Practical considerations for the midwife. *Br J Midwifery*. 2019;27(3).
- (23) Sebastiani G, Andreu-Fernández V, Herranz Barbero A, Aldecoa-Bilbao V, Miracle X, Meler Barrabes E, et al. Eating Disorders During Gestation: Implications for Mother's Health, Fetal Outcomes, and Epigenetic Changes. *Front Pediatr*. 2020;8:587 - PubMed - NCBI. Accessed Oct 24, 2020. Available at: <https://pmlegacy.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/33042925>.
- (24) Martínez-Olcina M, Rubio-Arias JA, Reche-García C, Leyva-Vela B, Hernández-García M, Hernández-Morante JJ, et al. Eating disorders in pregnant and breastfeeding women: A systematic review. *Medicina (Lithuania)*. 2020 July;56(7):1-19.
- (25) Micali N, Stemann Larsen P, Strandberg-Larsen K, Nybo Andersen AM. Size at birth and preterm birth in women with lifetime eating disorders: a prospective population-based study. *BJOG: Int J of Gynecol Obstetr*. 2016;123(8):1301-1310.
- (26) Arnold C, Johnson H, Mahon C, Agius M. The effects of eating disorders in pregnancy on mother and baby: a review. *Psychiatr Danub*. 2019 Sep;31(Suppl 3):615-618.
- (27) Watson HJ, Zerwas S, Torgersen L, Gustavson K, Diemer EW, Knudsen GP, et al. Maternal eating disorders and perinatal outcomes: A three-generation study in the Norwegian mother and child cohort study. *J Abn Psychol*. 2017;126(5).

- (28) National Institute for Health and Care Excellence. Eating disorders: recognition and treatment treatment [NG69]. London: NICE; 2017.
- (29) Pettersson CB, Zandian M, Clinton D. Eating disorder symptoms pre- and postpartum. *Archives of Women's Mental Health* .2016;19(4):675-680.
- (30) Bye A, Mackintosh N, Sandall J, Easter A, Walker M. Supporting women with eating disorders during pregnancy and the postnatal period. *J Health Visit*. 2018;6(5):224– 228. <https://doi.org/10.12968/johv.2018.6.5.224>.
- (31) Harrison ME, Obeid N, Haslett K, McLean N, Clarkin C. Embodied Motherhood: Exploring Body Image in Pregnant and Parenting Youth. *J Pediatr Adolesc Gynecol*. 2019;32(1).
- (32) Makino M, Yasushi M, Tsutsui S. The risk of eating disorder relapse during pregnancy and after delivery and postpartum depression among women recovered from eating disorders. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2020;20(1).
- (33) Bulik CM, Blake L, Austin J. Genetics of Eating Disorders: What the Clinician Needs to Know. *Psychiatr Clin North Am* 2019 03;42(1):59-73.
- (34) Koubaa S, Hällström T, Brismar K, Hellström PM, Hirschberg AL. Biomarkers of nutrition and stress in pregnant women with a history of eating disorders in relation to head circumference and neurocognitive function of the offspring. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2015 Nov 27;15:318. Doi:10.1186/s12884-015-0741-7.
- (35) Marzola E, Cavallo F, Panero M, Porliod A, Amodeo L, Abbate-Daga G. The role of prenatal and perinatal factors in eating disorders: a systematic review. *Arch Womens Ment Health*. 2021;24:185-204.
- (36) Knoph Berg C, Torgersen L, Von Holle A, Hamer RM, Bulik CM, Reichborn-Kjennerud T. Factors associated with binge eating disorder in pregnancy. *Int J Eat Disord*. 2011;44(2).
- (37) Nickols-Richardson SM. Anorexia Nervosa, Bulimia Nervosa, and Binge-Eating Disorder During Pregnancy. *Handbook of Nutrition and Pregnancy*. 2018:247-271.
- (38) Ekeus C, Lindberg L, Lindblad F, Hjern A. Birth outcomes and pregnancy complications in women with a history of anorexia nervosa. *MJOG*. 2006;113:925-9
- (39) Antidepressivos: ¿son seguros durante el embarazo? Mayo Clinic. 2021 [Internet] [citado 21 Enero 2021]. Disponible en: <https://www.mayoclinic.org/es-es/healthy-lifestyle/pregnancy-week-by-week/in-depth/antidepressants/art-20046420#:~:text=%20Por%20lo%20general,%20estos%20antidepressivos%20son%20una,el%20bupropi%C3%B3n%20no%20suele%20considerarse%20un...%20More>.
- (40) Pajares B. ¿Cuánto peso debo ganar durante el embarazo? - inatal - El embarazo semana a semana. Inatal - El embarazo semana a semana: [Internet] [citado 24 Enero 2021]. Disponible en <https://inatal.org/el-embarazo/peso-y-dieta/80-claves-de-la-dieta-en-el-embarazo/77-cuanto-peso-es-normal-que-gane-durante-el-embarazo.html#:~:text=El%20incremento%20de%20peso%2C%20por%20trimestres&text=As%C3%AD%3A,y%204%20kg%20de%20peso>.
- (41) Weight Gain During Pregnancy | Pregnancy | Maternal and Infant Health | CDC [Internet]. 2021 [cited 2021 January 27]. Available from:

<https://www.cdc.gov/reproductivehealth/maternalinfanthealth/pregnancy-weight-gain.htm#recommendations>.

(42) Pregnancy weight gain. [Internet]. Asociación Americana del Embarazo. 2021 [cited 2021 January 27]. Available from: <https://americanpregnancy.org/es/healthy-pregnancy/pregnancy-health-wellness/pregnancy-weight-gain-968/>.

(43) Kiani-Sheikhabadi M, Beigi M, Mohebbi-Dehnavi Z. The relationship between perfectionism and body image with eating disorder in pregnancy. *Int J Health promot Educ*. 2019;8(1):242.

(44) Abad Orea C, Castellà Riu L. Proyecto de prevención en trastornos de la conducta alimentaria para jóvenes adolescentes [trabajo fin de grado]. Zaragoza: Universidad Zaragoza, Facultad de Ciencias Sociales y del Trabajo; 2016.

(45) Navarro Alarcón MM. Prevención de los trastornos de la conducta alimentaria en: Una propuesta de intervención en Institutos de educación Secundaria [trabajo fin de máster]. Catalunya: Universidad Oberta de Catalunya; 2016.

(46) Micali N, Larsen PS, Strandberg-Larsen K, Andersen AMN. Size at birth and preterm birth in women with lifetime eating disorders: a prospective population-based study. *BJOG: Int J Gynecol Obstetr*. 2016;123(8):1301-1310.

(47) Castro J, Toro J, Salamero M. & Guimerá E. The Eating Attitudes Test: Validation of the Spanish versión. *Psychol Assess*. 1991;(2),175-190.

(48) Ruiz Lázaro PJ, (2010). Medicina de la adolescencia tabla 2. Eating attitudes test (EAT-26). 2010;10(61); 4234-7.

(49) Rivas T, Bersabé R, Jiménez M. Fiabilidad y validez del Test de Investigación Bulimia de Edimburgo (BITE) en una muestra de adolescentes españoles. *Psicol Conductual*. 2004; 12: 447-461.

(50) Peláez-Fernández MA, Labrador FJ y Raich RM. Validation of the Spanish Version of the Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q) for the screening of eating disorders in community samples. *Span Psychol*. 2012; 15(2), 817-824. http://dx.doi.org/10.5209/rev_SJOP.2012.v15.n2.38893.

ANEXOS

Anexo 1: Traducción del cuestionario SCOFF

Cuadro 1. Traducción del cuestionario SCOFF

-
1. ¿Usted provoca el vómito porque se siente muy llena?
 2. ¿Le preocupa que haya perdido el control sobre la cantidad de comida que ingiere?
 3. ¿Ha perdido recientemente más de 7 kg en un período de 3 meses?
 4. ¿Cree que está gorda aunque los demás digan que está demasiado delgada?
 5. ¿Usted diría que la comida domina su vida?
-

Tabla 8. Validation of the Spanish version of the SCOFF questionnaire for the screening of eating disorders in primary care (17).

Anexo 2: Escala de actitudes Eat 40

Esta prueba ayuda a distinguir entre pacientes con AN, BN y población normal.

E.A.T.-40

Nombre: _____

Apellidos: _____

Edad: _____

Nº Historia: _____

Fecha: _____

Puntuación: _____

Marca con una X tu respuesta.

	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Bastantes veces	Casi siempre	Siempre
1. Me gusta comer con otras personas						
2. Preparo comidas para otros, pero yo no me las como						
3. Me pongo nervioso/a cuando se acerca la hora de las comidas						
4. Me da mucho miedo pesar demasiado						
5. Procuro no comer aunque tenga hambre						
6. Me preocupo mucho por la comida						
7. A veces me he "atrachado" de comida, sintiendo que era incapaz de parar de comer						
8. Corto mis alimentos en trozo pequeños						
9. Tengo en cuenta las calorías que tienen los alimentos que como						
10. Evito, especialmente, comer alimentos con muchos hidratos de carbono (p.ej. pan, arroz, patatas, etc.)						
11. Me siento lleno/a después de las comidas						
12. Noto que los demás preferirían que yo comiese más						
13. Vomito después de haber comido						
14. Me siento muy culpable después de comer						
15. Me preocupa el deseo de estar más delgado/a						
16. Hago mucho ejercicio para quemar calorías						
17. Me peso varias veces al día						
18. Me gusta que la ropa me quede ajustada						
19. Disfruto comiendo carne						
20. Me levanto pronto por las mañanas						
21. Cada día como los mismos alimentos						

	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Bastantes veces	Casi siempre	Siempre
22. Pienso en quemar calorías cuando hago ejercicio						
23. Tengo la menstruación regular						
24. Los demás piensan que estoy demasiado delgado/a						
25. Me preocupa la idea de tener grasa en el cuerpo						
26. Tardo en comer más que las otras personas						
27. Disfruto comiendo en restaurantes						
28. Tomo laxantes (purgantes)						
29. Procuro no comer alimentos con azúcar						
30. Como alimentos de régimen						
31. Siento que los alimentos controlan mi vida						
32. Me controlo en las comidas						
33. Noto que los demás me presionan para que coma						
34. Paso demasiado tiempo pensando y ocupándome de la comida						
35. Tengo estreñimiento						
36. Me siento incomómodo/a después de comer dulces						
37. Me comprometo a hacer régimen						
38. Me gusta sentir el estómago vacío						
39. Disfruto probando comidas nuevas y sabrosas						
40. Tengo ganas de vomitar después de las comidas						

Tabla 9. The Eating Attitudes Test: Validation of the Spanish versión (47).

Anexo 3: Escala de actitudes EAT 26

MEDICINA DE LA ADOLESCENCIA

TABLA 2
Eating attitudes test (EAT-26)

	Siempre	Muy a menudo	A menudo	Algunas veces	Raramente	Nunca
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						
21						
22						
23						
24						
25						
26						

Tabla 10. Eating attitudes test (EAT-26) (48).

Anexo 4: Test de Bulimia de Edimburgo Spanish versión

1. ¿Tiene usted costumbres regulares en su alimentación diaria?	SÍ	NO
2. ¿Sigue habitualmente dietas de forma estricta?	SÍ	NO
3. ¿Considera un fracaso romper su dieta alguna vez?	SÍ	NO
4. ¿Cuenta las calorías de todo lo que come, incluso cuando no está a régimen?	SÍ	NO
5. ¿Ha ayunado alguna vez durante un día completo?	SÍ	NO
6. Si la respuesta es sí, ¿con qué frecuencia?	Días alternos (5) 2-3 veces por semana (4) Un día a la semana (3) Alguna vez (2) Una vez (1)	
7. ¿Utiliza alguno de los siguientes métodos para perder peso?		
	<i>Nunca</i>	<i>Raramente</i>
	<i>1 vez/semana</i>	<i>2-3 veces/semana</i>
	<i>Diariamente</i>	<i>2-3 veces/día</i>
	<i>5 veces/día</i>	
Pastillas para adelgazar	0	2
Diuréticos	0	2
Laxantes	0	2
Provocar el vómito	0	2
	3	4
	5	6
	7	
8. ¿Se ve su vida diaria gravemente afectada por su forma de comer?	SÍ	NO
9. ¿Cree usted que la comida «domina» su vida?	SÍ	NO
10. ¿Le ha ocurrido alguna vez «comer y comer» hasta que las molestias físicas le obligan a parar?	SÍ	NO
11. ¿Existen momentos en los cuales «sólo» puede pensar en comida?	SÍ	NO
12. ¿Come delante de los demás racionalmente y se excede en privado?	SÍ	NO
13. ¿Puede parar de comer siempre que se lo propone?	SÍ	NO
14. ¿Ha experimentado alguna vez deseos imperiosos de «comer, comer y comer»?	SÍ	NO
15. ¿Cuándo se siente ansioso/a tiene tendencia a comer demasiado?	SÍ	NO
16. ¿La idea de engordar le aterroriza?	SÍ	NO
17. ¿Alguna vez ha comido grandes cantidades de alimento, rápidamente? (fuera de horas)	SÍ	NO
18. ¿Se siente avergonzado/a por sus hábitos alimentarios?	SÍ	NO
19. ¿Le preocupa no tener control sobre «cuánto» come?	SÍ	NO
20. ¿Se refugia en la comida para sentirse bien?	SÍ	NO
21. ¿Es usted capaz de dejar comida en el plato al final de una comida?	SÍ	NO
22. ¿Engaña a los demás acerca de la cantidad que come?	SÍ	NO
23. ¿Se corresponde la sensación de hambre que usted tiene, con lo que come?	SÍ	NO
24. ¿Se da alguna vez «atracones» de grandes cantidades de comida?	SÍ	NO
25. Si es así, cuando termina de «atracarse», ¿se siente usted «miserable»?	SÍ	NO
26. ¿Se da usted «atracones» únicamente cuando está solo/a?	SÍ	NO
27. ¿Con qué frecuencia ocurren estos «atracones»?	Raramente (1) Una vez al mes (2) Una vez a la semana (3) 2-3 veces a la semana (4) Diariamente (5) 2-3 veces al día (6)	
28. ¿Se desplazaría grandes distancias para satisfacer la necesidad urgente del «atración»?	SÍ	NO
29. Después de comer mucho, ¿se siente muy culpable?	SÍ	NO
30. ¿Come alguna vez en secreto?	SÍ	NO
31. ¿Cree usted que sus hábitos alimentarios pueden considerarse normales?	SÍ	NO
32. ¿Se considera a sí mismo un comedor/a «compulsivo/a» (no puede evitarlo)?	SÍ	NO
33. ¿Varía su peso más de 2 kg a la semana?	SÍ	NO

Tabla 11. Test de bulimia de Edimburgo adaptado a la versión española (49).

Anexo 5: Eating Disorder Examination Questionnaire –Spanish Version- (S-EDE-Q)

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 8 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 influya en 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 cuánto o cuándo 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. ¿Has 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 un 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 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

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
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 gordo/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 TRES 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 sobreingesta?

- 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 anormalmente 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 o tu peso? 0 – No 1 – Sí

En caso afirmativo:

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 desvistes 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 ropas 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

Tabla 12. Validation of the Spanish Version of the Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q) (50).

Anexo 6: Detección de los trastornos de la conducta alimentaria durante la gestación.

Cuestionario pre

Nombre y apellidos:

Categoría profesional:

1. ¿Qué es el trastorno de la conducta alimentaria?

- a) Disimución del apetito por la comida que es pasajero
- b) Una alteración persistente de la conducta relacionada con la alimentación
- c) Ninguna de las anteriores

2. ¿Qué tipos de TCA existen?

- a) Pica, trastorno de rumiación, trastorno de evitación/restricción, bulimia nerviosa, anorexia nerviosa, trastorno por atracón.
- b) Trastorno alimentario o de la ingestión de alimentos no especificado , otros trastornos alimentarios o de la ingestión de alimentos no especificado.
- c) Todas las anteriores son correctas.

3. ¿Cuál crees que es el tratamiento más eficaz?

- a) Psicofármacos
- b) Psicoterapia
- c) Todas las anteriores

4. ¿Crees que puede haber TCA durante el embarazo?

- a) Si
- b) No
- c) Sí, pero en muchas ocasiones, la embarazada no lo verbaliza.

5. ¿Crees que por padecer TCA durante el embarazo, existe mayor riesgo de parto prematuro?

- a) Si
- b) No
- c) Nunca

6. ¿Consideras que habrá importantes daños neurocognitivos y retraso de crecimiento intrauterino para el bebe al padecer la mujer embarazada TCA?

- a) Si
- b) No
- c) La prevalencia de depresión es igual

7. El papel en la alimentación es muy importante, fundamentalmente, los micronutrientes como las vitaminas:

- a) B2, B6, B12, betaína, colina
- b) Ácidos grasos poliinsaturados
- c) Todas las anteriores son verdaderas

8. ¿Crees que hay mayor depresión en las mujeres embarazadas con TCA que en las mujeres embarazadas sin TCA?

- a) Si
- b) No
- c) La prevalencia de depresión es igual

9. ¿Consideras que hay relación entre el cese temprano de la lactancia materna y el uso de lactancia artificial en las mujeres con TCA?

- a) No
- b) Si
- c) No, ya que no hay diferencia entre lactancia materna y artificial

10. La prevalencia de la depresión cuando aumenta :

- a) En la etapa prenatal
- b) Durante el embarazo
- c) En la etapa postparto

Anexo 7: Detección de los trastornos de la conducta alimentaria durante la gestación.

Cuestionario post

Nombre y apellidos:

Categoría profesional:

1. Señala las opción o opciones verdaderas: son indicadores de detección del TCA:

- a) Aislamiento social
- b) Existencia de una preocupación excesiva de su peso o imagen corporal
- c) Perfeccionismo

2. ¿Qué antidepressivos se recetan durante el embarazo? Señala las opción o opciones verdaderas

- a) Floxetina
- b) Paroxetina
- c) Tricíclicos

3. Consideras que el aumento de peso debe ser igual en una mujer embarazada con un IMC previo normal que en una embarazada con un IMC previo menor de 18,5?

- a) Sí, debe ser igual ya que hay que aportar necesidades nutricionales para el desarrollo correcto del bebé
- b) No, ya que el incremento de peso debe ser igual en ambas mujeres
- c) No, ya que el incremento del peso depende del IMC previo al embarazo de cada mujer

4. Señala la opción falsa: las consecuencias para la madre al tener un TCA son :

- a) Trabajo de parto prolongado
- b) Trabajo de parto corto
- c) Depresión postparto

5. Señala las opciones verdaderas, si las hay: el papel en la alimentación es muy importante, fundamentalmente, los micronutrientes:

- a) B2, B6, B12, betaína, colina
- b) Ácidos grasos poliinsaturados
- c) Ácidos grasos Omega 3 y 4

6. Los riesgos de la mujer que padece TCA son:

- a) Hipertensión
- b) Muerte
- c) Diabetes

7. Los riesgos fetales intraútero son :

- a) Sufrimiento fetal
- b) Bebé pequeño para la edad gestacional
- c) Todas las anteriores son correctas

8. Los TCA a menudo coexisten con otras enfermedades mentales cuya incidencia es mayor en el posparto, cuáles de las siguientes consideras que son:

- a. La ansiedad
- b. La depresión
- c. Trastorno de personalidad
- d. a y b son correctas

9. La prevalencia de la depresión cuando aumenta :

- a) En la etapa prenatal
- b) Durante el embarazo
- c) En la etapa postparto

10. Hay un tipo de TCA donde la lactancia materna se mantiene hasta el año, sabrías decir cuál es:

- a) AN
- b) BN
- c) TA

Anexo 8: Cuestionario evaluación del programa

Valore del 1 al 10 poniendo con una (x) en cada casilla para la valoración del programa impartido:

Valoración del programa										
ORGANIZANIZACIÓN	1=opinión muy negativa; 10 opinión muy positiva									
Infomación de las sesiones	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Flexibilidad del horario	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
La duración de las sesiones ha sido adecuada	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Los recursos utilizados (power point, videos)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
las instalaciones han sido las adecuadas	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Número de alumnos adecuado	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nivel del profesorado	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Profesionalidad del profesorado	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Tiempo dedicado del profesorado	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
METODOLOGÍA										
Me he enterado del contenido de las sesiones	1=opinión muy negativa; 10 opinión muy positiva									
Las explicaciones han sido claras	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Se han resuelto las dudas	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Hay buen ambiente entre compañeros	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
La profesora es cercana y amable	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Puedo expresar mi opinion	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Hay participación entre cmpañeros	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
En general, hay buen ambiente	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Me ha gustado el taller	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

En el apartado de observación nos podrías indicar aspectos que te han gustado y cuales no, para poder mejorar en próximas sesiones.

Observación:



Aprendamos a prevenir los TCA en el embarazo

TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA EN MUJERES EMBARAZADAS

TALLER PARA PROFESIONALES DE LA SALUD

APÚNTATE!

4 SESIONES
INICIO: 5 /05/2021
FIN:26/5/2021
LUGAR:
Centro de salud
CEP Carabanchel,
Calle del Aguacate,
13, 28044 Madrid



Anexo 10: Folleto informativo sobre la primera sesión

¿Qué son los trastornos de la conducta alimentaria?

Es una alteración persistente en la alimentación o en el comportamiento que está relacionado con una alimentación. Conlleva una alteración del consumo, de la absorción de los alimentos y esto da lugar a un deterioro significativo de la salud física o del funcionamiento psicosocial

1ª SESIÓN: 5 junio a las 17h

<h4>TIPOS</h4> <p>PICA TRASTORNO POR RUMIACION TRASTORNO EVITACION/RESTRICCIÓN ANOREXIA NERVIOSA BULIMIA NERVIOSA OTROS TRASTORNOS NO ESPECIFICADOS</p>	<h4>EPIDEMIOLOGÍA</h4> <p>1% para la AN, 2% para la BN y 3,5% para el TA (13,14). Los TCAs son más comunes en las mujeres (se han referido 9 de cada 10 casos). La prevalencia en España es de 4,1 a 6,4% diagnosticado en mujeres entre 12 a 21 años, y solamente un 0,3% diagnosticado en hombres.</p>
<h4>ETIOLOGÍA</h4> <p>Su origen es multifactorial, derivan de una serie de factores predisponentes (individuales, familiares y sociales) o vulnerables como lo son los factores culturales, biológicos, genéticos o psicológicos</p>	<h4>DIAGNÓSTICO</h4> <p>La realización de un diagnóstico precoz es la clave para que se realice un buen pronóstico. nos ayudaremos de escalas:</p> <ul style="list-style-type: none">• La encuesta SCOFF• La escala de actitudes hacia la comida (eating attitudes test -EAT9)• Test de investigación de bulimia de Edimburgo (bulimia test of Edimburg -BITE-)• Inventario de trastornos alimentarios (eating disorder alimentary -EDI-)
<h4>TRATAMIENTO</h4> <p>El tratamiento más eficaz es la hospitalización. Lo primero al considerar tratar la AN es reponer el déficit nutricional del paciente. Los programas de tratamiento en los servicios de salud mental se basan en una mezcla de terapia conductual, terapia familiar, psicoterapia individual, educación y en algunos casos el tratamiento es con psicofármacos</p>	<h4>TRATAMIENTO AN -BN</h4> <p>AN: Los fármacos que más se utilizan son los antidepresivos, los inhibidores selectivos de la receptación de serotonina (ISRS) como paroxetina, fluoxetina, o sertralina</p> <p>BN: Los tratamientos con antidepresivos para la AN son también utilizados para la BN.</p>
<h3>TRATAMIENTO PSICOTERAPÉUTICO</h3> <p>El abordaje psicoterapéutico se ha demostrado eficaz junto con el tratamiento farmacológico. En cuanto a la terapia cognitivo conductual, es la más efectiva. Por otro lado, se utilizan los tratamientos de autoayuda cognitivo conductual, la terapia familiar, la psicoterapia interpersonal y la terapia cognitivo analítica</p>	

Anexo 11: Folleto informativo sobre la segunda sesión

TCA DURANTE LA GESTACIÓN

Indicadores para una detección precoz

2ª SESIÓN: 12 junio a las 17h

TCA DURANTE LA GESTACIÓN

Las mujeres afectadas a menudo están muy preocupadas por la alimentación y el control del peso. La mayoría de los estudios refieren una mejora en la sintomatología del TCA durante el embarazo, pero aportan que hay un escaso conocimiento sobre la ingesta real de alimentos y sobre su comportamiento en las dietas



PREVALENCIA DEL TCA EN EL EMBARAZO



Existe una estimación entre el 5-8% de las mujeres de sufrir TCA en el periodo prenatal. Aproximadamente 1 de cada 20 mujeres embarazadas está en riesgo de contraer TCA la gestación. Las mujeres embarazadas que tienen TCA representan el 8%. Entre las mujeres europeas, la prevalencia de la AN es entre 1-4%, la BN del 1-2%, el TA del 1-4%.

IDENTIFICACIÓN DEL TCA

El médico puede ayudarse de escalas y cuestionarios como hemos mencionado anteriormente. Aunque los trastornos alimenticios pueden presentarse a cualquier edad, el riesgo es mayor para los hombres y mujeres jóvenes de entre 13-17 años, y que por lo tanto, puede tener riesgos en los años fértiles de una mujer.



INDICADORES QUE AYUDAN AL MÉDICO A SOSPECHAR DE UN TCA

- Un IMC inusualmente bajo o alto para el peso corporal de su edad
- Existencia de una pérdida rápida de peso
- Realización de dietas o prácticas alimentarias restrictivas
- Familiares o amistades avisan de notar un cambio en el comportamiento alimenticio
- Aislamiento social
- Problemas de salud mental
- Existencia de una preocupación excesiva sobre su peso o imagen corporal

Anexo 12: Folleto informativo sobre la tercera sesión

ATENCIÓN DE LOS TCA DURANTE EL EMBARAZO

Riesgos para la madre y el bebé

3ª SESIÓN: 19 junio a las 17h

ATENCIÓN ...

1 La mujer durante el embarazo debe mantener un buen estado de nutrición y salud, ya que es fundamental para el buen desarrollo del feto. Es vital que el estado nutricional de la madre antes del embarazo sea saludable ya que tiene impacto mayor en el peso del recién nacido. La incidencia y el bajo IMC previo al embarazo sobre los resultados obstétricos traen graves riesgos para la salud de la madre y el niño

2 RIESGOS PARA LA MADRE

- Aumento inadecuado o excesivo del peso
- Aumento inadecuado o excesivo de peso corporal
- Hiperémesis gravídica
- Anemia
- Hipertensión
- Recaída en la AN o BM
- Aborto espontáneo
- Contracciones prematuras
- Trabajo de parto prolongado
- Cesárea
- Muerte
- Depresión postparto

3 RIESGOS PARA EL BEBÉ

- Sufrimiento fetal
- Restricción del crecimiento intrauterino
- Parto prematuro
- Muerte perinatal
- Bajo peso de nacimiento
- Bebé pequeño para la edad gestacional PEG (pequeño para la edad gestacional) o SGA (por sus siglas en inglés, (Small for Gestational Age)
- Gran peso para la edad gestacional (GEG) o macrosómico
- Microcefalia
- Longitud corta del cuerpo
- Defecto del tubo neural
- Otros defectos congénitos
- Puntajes deficientes del test de Apgar



Anexo 13 : Folleto informativo sobre la cuarta sesión

ATENCIÓN DEL TCA EN EL POSTPARTO. DEPRESIÓN Y LACTANCIA

4ª SESIÓN: 26 junio a las 17h



El comportamiento alimentario desordenado durante, y principalmente después del embarazo, puede ser más frecuente de lo que se pensaba hasta ahora. El embarazo puede complicar un TCA, ya que los cambios del cuerpo son continuos y pueden aumentar la ansiedad por el aumento de peso. Las mujeres con antecedentes de TCA está recomendado vigilarlas y deben ser monitoreadas con periodicidad durante el embarazo y el posparto; también necesitan una mayor educación y apoyo con la lactancia materna



DEPRESIÓN Y LACTANCIA

La depresión durante el embarazo está relacionada con el aumento del riesgo de depresión posparto y la dificultad para establecer el apego con el bebé

Hay estudios que evidencian el cese temprano de la lactancia materna y el uso de lactancia artificial que era más común en las mujeres con TCA, concretamente las que tienen AN. Por otro lado, se encontró que las mujeres con BN eligieron amamantar hasta el año de vida