



COMILLAS
UNIVERSIDAD PONTIFICIA

ICAI

ICADE

CIHS

FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS Y
SOCIALES

El embarazo y la transición a la maternidad
en mujeres con Trastornos Alimentarios

Autor/a: Gracia Astolfi Espinosa

Director/a: Alfonso Méndez

Madrid

2020/2021

ÍNDICE

<i>Introducción</i>	5
<i>Metodología</i>	7
Tipo de investigación	7
Justificación.....	7
Objetivos.....	7
Método	7
Criterios de exclusión e inclusión	8
<i>Marco Teórico</i>	9
Los Trastornos De La Alimentación: La Anorexia y Bulimia Nerviosa	9
La Concepción	10
El Embarazo.....	11
Características	11
Factores Que Intervienen En La Remisión De Síntomas	12
Complicaciones Maternales y Afectaciones En El Hijo	15
Puerperio	16
Recaída sintomatológica y depresión post-parto	16
Lactancia.....	17
TA en los hijos (as)	18
<i>Discusión y Conclusión</i>	20
<i>Bibliografía</i>	23

El embarazo y la transición a la maternidad en mujeres con Trastornos Alimentarios

Resumen

El presente trabajo consiste en llevar a cabo una búsqueda bibliográfica que permita estudiar la experiencia del embarazo en mujeres que padecen un Trastorno Alimentario (TA), especialmente en la Anorexia y la Bulimia Nerviosa. Los objetivos planteados son conocer cuál es el impacto del embarazo en la sintomatología del TA y, contrariamente, cómo repercute el TA en el feto en desarrollo. Por último, sugerir una serie de recomendaciones destinadas al personal sanitario. Se concluye que, por lo general, el embarazo tiene un impacto positivo sobre la sintomatología de los TA, conllevando una remisión de síntomas durante el mismo y pudiendo esperar un embarazo sin complicaciones y un bebé sano. Sin embargo, si esta mejora no se produce, aumenta el riesgo de sufrir un crecimiento intrauterino lento, tener un nacimiento prematuro, sufrir una muerte perinatal, puntuar bajo en la prueba de APGAR, y tener una menor circunferencia craneal.

Palabras clave: Anorexia Nerviosa, Bulimia Nerviosa, complicaciones, embarazo, gestación, lactancia y Trastorno Alimentario.

Pregnancy and the transition to motherhood in women with Eating Disorders

Abstract

The present work consists of carrying out a literature search to study the experience of pregnancy in women suffering from an Eating Disorder (ED), especially in Anorexia and Bulimia Nervosa. The objectives are to determine the impact of pregnancy on the symptomatology of ED and, conversely, the impact of ED on the developing foetus. Finally, to suggest a series of recommendations for healthcare personnel. It is concluded that, in general, pregnancy has a positive impact on AT symptomatology, leading to a remission of symptoms during pregnancy and a complication-free pregnancy and a healthy baby can be expected. However, if this improvement does not occur, the risk of slow intrauterine growth, preterm birth, perinatal death, low APGAR scores, and lower head circumference increases.

Key words: Anorexia Nervosa, Bulimia Nervosa, complications, Eating Disorder, gestation, lactation and pregnancy.

Introducción

A lo largo del tiempo, han sido numerosas las investigaciones centradas en los Trastornos Alimentarios (TA). En cambio, la cantidad de estudios que relacionan el padecimiento de esta enfermedad con el embarazo y la transición a la maternidad es limitada. A continuación, se explicarán brevemente los cambios, tareas y complicaciones que conlleva esta etapa vital para, en la segunda parte del trabajo, tratar de explicar cómo la viven las mujeres con un TA.

El embarazo se caracteriza por ser un periodo de incertidumbre y de grandes cambios emocionales, psicológicos y sociales, a los que la gestante ha de adaptarse, y conlleva la necesidad de reestructurar y reajustar diversas dimensiones, como son la adquisición de una nueva identidad y la definición de roles (Maldonado, 2017). Es, además, una etapa en la que las necesidades y aspiraciones individuales de la mujer entran en conflicto con la obligación de asumir una nueva responsabilidad (Navas, 2013).

Durante esta etapa, más allá del propio desarrollo y crecimiento personal por el que atraviesa la gestante, se produce el desarrollo fisiológico del niño intrauterino (Mateos et al. 2005). Esto implica que necesariamente se den también cambios físicos en la mujer embarazada: su peso y silueta se alteran considerablemente a medida que aumenta la edad gestacional (Fairburn et al. 1992). Adicionalmente, para garantizar su salud y la del feto, el embarazo exige que la gestante adopte una serie de cambios en los hábitos de deporte y alimentación, pues es preciso que se lleve a cabo un ejercicio controlado y que la dieta de la madre proporcione los nutrientes óptimos (Rios, 2010).

Por último, puede ocurrir que algunas mujeres experimenten problemas de salud desde momentos previos a quedarse embarazadas, y en algunas ocasiones tengan que hacer frente a diversas complicaciones que pueden afectar tanto a su salud como a la del feto que llevan en su interior.

Así, atendiendo a todo lo que implica el embarazo, es esperable que el significado de esta etapa vital se corresponda más bien a una construcción individual, que difiere de una persona a otra según sus circunstancias personales (Rios, 2010). En función del significado otorgado, cada mujer tendrá un modo distinto de afrontar el embarazo: es a lo que Joan Raphael Leff llama “la orientación a la maternidad”, y determina que esta

condiciona la calidad de la vinculación materno-fetal, es decir, la conexión emocional que la madre gestante establece con su feto (Salisbury, 2003). El desarrollo de esta conexión emocional es una de las tareas psicológicas más cruciales durante el embarazo pues, según Brandon et al. (2009), su desarrollo favorece el aumento de las buenas prácticas a lo largo de la gestación.

En línea con lo expuesto y como se explicará más adelante, la propia naturaleza de la maternidad lleva a la gestante a una confrontación directa con diferentes temores centrales que se encuentran arraigados en la psique de las personas con TA (Mitchell y Bulik, 2006). Aunque la mayoría de las madres deseen hacer lo correcto por su bebé, aquellas que comienzan este viaje luchando ya con problemas alimentarios serios y alteraciones de la imagen corporal, pueden considerar el embarazo como un reto (Orbach y Ruben, 2014; Conti et al., 1998).

Es comprensible que ante la posibilidad de que estas mujeres se queden embarazadas surjan algunas preguntas: ¿cuál es el impacto del embarazo en la sintomatología de los TA? ¿Anteponen estas mujeres su identidad anoréxica o bulímica frente a su nueva identidad de embarazada? ¿Cómo repercute el TA en el feto en desarrollo? ¿Están más predispuestos os hijos a padecer esta dolencia?

El presente trabajo consiste en llevar a cabo una revisión bibliográfica de la literatura existente con la finalidad de resolver estas cuestiones con la mayor precisión posible, y sugerir un listado de recomendaciones dirigidas al personal sanitario.

Metodología

Tipo de investigación

La revisión bibliográfica es un tipo de estudio que tiene como finalidad encontrar y relacionar fuentes de datos bibliográficos sobre un tema en particular. Con el propósito de obtener la máxima objetividad, se ha hecho uso de datos de naturaleza cualitativa (entrevistas), de naturaleza cuantitativa (estadísticas), y de naturaleza mixta.

Justificación

Se ha decidido trabajar sobre el tema “El embarazo y la transición a la maternidad en mujeres con Trastornos Alimentarios” debido a la escasa investigación sobre el tema y ante la necesidad de elaborar un documento que además de informar, sirva para sensibilizar a la sociedad en este tema e incentivar a los profesionales a mostrarse más alerta durante esta etapa.

Objetivos

- Entender cuál es el impacto del embarazo en la sintomatología de los TA.
- Conocer cómo repercute el TA durante el embarazo en el feto en desarrollo.
- Describir de qué manera los hijos de mujeres con TA están predispuestos a desarrollar esta patología.
- Plantear una serie de recomendaciones dirigidas al personal sanitario frente a los problemas que se den en estos casos.

Método

La búsqueda bibliográfica se ha llevado a cabo fundamentalmente en inglés, debido al mayor número de investigaciones realizadas por anglosajones acerca de los Trastornos Alimentarios en el embarazo. Aún así, se utilizaron también documentos en portugués y en castellano, sobre todo para aspectos más generales de los Trastornos Alimentarios, la Anorexia Nerviosa, la Bulimia Nerviosa, el embarazo y la maternidad.

Para acotar la búsqueda sobre el tema de los Trastornos Alimenticios durante el embarazo, se consultaron las siguientes bases de datos:

- Psycodoc
- Pubmed
- Dialnet
- Google académico
- Reaserch Gate

Las palabras clave utilizadas fueron:

- Pregnancy
- Eating Disorders
- Motherhood
- Anorexia Nervosa
- Bulimia Nervosa
- Breastfeeding
- Modelos Operativos

Criterios de exclusión e inclusión

Uno de los criterios utilizados para la inclusión de la literatura en el trabajo fue la fecha de publicación, la cual debía ser posterior al 1980. La búsqueda se extendió hasta este año debido a que fue en las décadas de los 80 y de los 90, en las que más investigaciones se realizaron del tema en cuestión, habiéndose llevado a cabo un menor número de estudios durante los últimos años.

Por otro lado, se excluyeron todos aquellos artículos que analizaban únicamente el embarazo en mujeres cuyo TA fue previo al embarazo, pero que se encontraba en remisión en el momento de la concepción.

Marco Teórico

Los Trastornos De La Alimentación: La Anorexia y Bulimia Nerviosa

Para entender cómo influye el padecimiento de un TA en el embarazo y cómo viven estas mujeres dicha experiencia, es importante conocer previamente algunos síntomas y características propias de este trastorno.

Los TA son enfermedades mentales graves de carácter crónico con consecuencias en el plano psicológico, biológico y social. Aunque existen varios tipos, definidos y clasificados por la DSM V¹ y la CIE 10², las dos formas más conocidas son la Anorexia Nerviosa (AN) y la Bulimia Nerviosa (BN) (Moreno Redondo et al., 2019), y es por ello por lo que estas serán objeto de estudio en el presente trabajo.

A pesar de que ambos trastornos coincidan en algunas manifestaciones clínicas a nivel psicopatológico, como son la preocupación por la imagen corporal y la preocupación por el peso, y en las dos se recurra a medidas no saludables para controlarlo o reducirlo, difieren en algunos aspectos. Ruiz Martínez (2020), describe las siguientes diferencias:

En la AN, el sujeto, con un gran temor a engordar, restringe su ingesta alimenticia en relación con sus necesidades, hasta el punto de alcanzar un peso menor al esperado de acuerdo con su edad, sexo, desarrollo y salud física. A pesar de que se niega a reconocer su bajo peso, lo sobreestima en la autovaloración y realiza conductas persistentes para que este no aumente.

En la BN, el sujeto tiene episodios recurrentes de atracones en los que ingiere una cantidad grande de alimentos con sensación de descontrol, y evita el aumento de peso mediante maniobras compensatorias inapropiadas: vomita, ayuna, realiza ejercicio en exceso y/o utiliza medicamentos, laxantes, o diuréticos.

¹ Diagnostical and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th edition

² Clasificación Internacional de Enfermedades, 10^a edición.

En cuanto a la personalidad, Ríos (2010) destaca que, mientras las personas diagnosticadas con AN tienden a caracterizarse por el perfeccionismo, la rigidez y por ser obsesivas, aquellas con BN suelen ser impulsivas, inestables y tener una baja autoestima.

La Concepción

Estos trastornos se presentan mayoritariamente en la población femenina, particularmente en mujeres jóvenes de entre 16 y 25 años en la AN, y entre 18 y 25 años en la BN (Duarte y Mendieta, 2019), abarcando, por tanto, los periodos evolutivos de mayor capacidad para la reproducción, con consecuencias sobre el ciclo de la menstruación, la fertilidad y la gestación. Frecuentemente, los periodos de la menstruación sufren un cese tras una disminución entre el 10 y 15 por ciento en la masa corporal normal, lo cual estaría causado por la alteración del mecanismo que regula la secreción de la hormona liberadora de Gonadotropina (GNRH), acompañada de un cambio en el sistema opioide y dopaminérgico.

En este contexto, las personas con TA, y sobre todo aquellas con AN, pueden sufrir amenorrea secundaria, es decir, la desaparición de la menstruación en una mujer que ha tenido varios ciclos previos, durante un tiempo superior a tres meses (Hernández-Valencia y Zárate, 2006). A pesar de que este criterio se eliminó del DSM-5, se estima que la amenorrea se presenta en un 66-84 por ciento en los casos de AN y entre un 7-40 por ciento en los casos de BN (Poyastro, 2007).

Es habitual que, ante la ausencia o irregularidad de los ciclos menstruales, las mujeres con TA tengan la creencia errónea de que son infértiles y, como consecuencia, prescindan o hagan un menor uso de métodos anticonceptivos (Easter et al., 2011). Sin embargo, la realidad es que, la amenorrea no indica de forma concluyente una ausencia de ovulación y, por lo tanto, cabe la posibilidad de que una mujer con TA quede embarazada (Hoffman et al., 2011).

Además, también puede suceder que en el caso de que sí se utilicen anticonceptivos ingeridos por vía oral, sus efectos anovulatorios se vean anulados por los vómitos frecuentes, especialmente en aquellas mujeres con BN (Delgado, 2002).

Como consecuencia de lo anterior, las mujeres con TA se quedan más frecuentemente embarazadas de manera inintencionada (Bulik et al., 2010). Además,

debido a que algunos síntomas del embarazo como son la fatiga y las náuseas, son parecidos a aquellos de los TA, puede ocurrir que la mujer no se de cuenta de que está embarazada hasta una fase mucho más avanzada (Bonne et al., 1996).

Según Kimmel et al., (2016) lo anteriormente mencionado es importante en tanto que si una mujer se queda embarazada cuando está luchando contra un Trastorno Alimentario activo, puede tener un mayor riesgo de sufrir complicaciones durante el embarazo, que provoquen un impacto negativo en el desarrollo de su hijo, tanto en el útero como en el periodo posparto. Estas complicaciones se presentarán en mayor profundidad más adelante.

El Embarazo

Características

Se han identificado cuatro características básicas que describen la experiencia del embarazo de las mujeres con TA:

Una Continua Lucha Mental. Estas mujeres viven una batalla psicológica en la que entran en conflicto, por un lado, sus propias necesidades de restringir el aumento de peso, y por otro, la responsabilidad de satisfacer las necesidades del niño, ya que saben que es imprescindible comprender que aumentar de peso es necesario para su adecuada salud y crecimiento. Como resultado de esta lucha es frecuente que, aunque no siempre se renuncie totalmente a las conductas alimentarias, si se de en ellas un cambio (Tierney et al. 2011; Hollifield y Hobdy., 1990).

Un Intento Por Disimular Su Experiencia. Los sentimientos de vergüenza y culpa hacen poco probable que las personas con TA revelen su enfermedad durante el embarazo, y más allá de esto, suelen tratar de ocultarlo a las enfermeras u obstetras, e incluso a personas significativas (amigos, pareja, o marido). Así, las mujeres con anorexia tienden a utilizar la mentira para esconder el hecho de que no comen, y las mujeres con bulimia intentan ocultar su comportamiento bulímico, racionalizándolo ante sí mismas y ante los demás como si se tratasen de las náuseas que se asocian al embarazo (Shaffer et al., 2008; Lemberg y Philips, 1989)

Sensación De Pérdida De Control. En la gestación, el uso de métodos de regulación emocional a través de las formas habitualmente utilizadas para ello por las personas que sufren este trastorno (ejercicio, alimentación, purgas, atracones o restricciones) se ve limitado. En esta situación, las gestantes luchan por alcanzar métodos de control alternativos, sintiéndose agotadas por las voces del TA en su interior: en el caso de que no consigan lograrlo, experimentan un sentimiento de pérdida de control (Fogarty et al., 2018).

Imagen Corporal. Teniendo en cuenta que una de las características básicas comunes a los TA es la insatisfacción corporal y la preocupación por el peso y la forma, habitualmente en el inicio del embarazo las gestantes tienen sentimientos negativos por sus cuerpos cambiantes, llegando incluso a tener dificultad para mirarse en el espejo (Shaffer et al., 2008).

Factores Que Intervienen En La Remisión De Síntomas

Según Tierney et al. (2011), durante el embarazo las mujeres con TA pueden situarse entre dos polos de un mismo continuo de actitudes y comportamientos.

En un extremo, en el que las gestantes están totalmente vinculadas a su TA, las habilidades maternas se sustentan en marcadores externos; sus estrategias de afrontamiento se basan en prácticas disfuncionales; la identidad se encuentra absorbida por el TA; la vinculación está enfocada en el trastorno, y el cuerpo se ve como defectuoso.

En el otro, en el que la maternidad sustituye al TA, las habilidades maternas se basan en marcadores internos; su estrategia de afrontamiento se basa en métodos saludables; la identidad está absorbida por la maternidad; la vinculación está centrada en el bebé y el cuerpo se considera algo productivo.

Afortunadamente la mayoría de las mujeres que padece AN o BN consigue cambiar su actitud y comportamiento durante el embarazo, y alcanza una reducción en la restricción de alimentos y un menor número de atracones y purgas respectivamente (Mitchell y Bulik, 2006). A pesar de que hoy en día las razones por las que esto ocurre no sean del todo claras, Madsen et Al. (2009) trata de relacionarlas con factores psicológicos, sociales y endocrinos.

En cuanto a los factores psicológicos, contribuye el hecho de que aparezca en las gestantes un sentido de responsabilidad materna, un cambio en la percepción de su cuerpo y una capacidad para separar su embarazo del TA.

Desde el punto de vista social, es importante que los propios esfuerzos de la madre embarazada para mantener buenos hábitos de salud se vean respaldados (Stassen Berger y Thompson, 1997). Así, influye el hecho de que se de un mayor apoyo por parte del padre del bebé en desarrollo, la familia y los amigos y una implicación de los proveedores de atención sanitaria.

Por último, parece que los cambios biológicos neuroendocrinos durante el embarazo (neuroesteroides y hormonas sexuales) aumentan de la probabilidad de que los síntomas remitan.

Por otro lado, Franko (2006) plantea que en el embarazo es frecuente que la gestante recuerde cómo ella fue criada y tratada por sus propios padres. En el caso de que la gestante con TA se encuentre en déficit de autoestima porque no se sienta lo suficientemente querida o validada por la familia, es posible que lidie con sentimientos de enojo, tristeza y decepción. En este sentido, puede que luche para no replicar esa experiencia con su propio hijo y quizá esta opción de querer cuidar al feto se traduzca en una reducción de síntomas.

Curso del embarazo

Taborelli et al., (2015) hablan de la transición a la maternidad en mujeres con TA como un proceso: describen el modo en que se producen algunos de los cambios de actitud anteriormente mencionados, y explican la manera en que la experiencia varía a lo largo de las distintas etapas.

Cuando estas mujeres descubren que están embarazadas, aparecen en ellas sentimientos encontrados: por un lado, sienten un alivio al darse cuenta de que son capaces de concebir; por otro, experimentan un conflicto puesto que empiezan a anticipar todos los cambios que les esperan.

Viven el principio del embarazo como un periodo estresante: su peso y forma de su cuerpo comienzan a cambiar previamente a haber adquirido una “identidad de

embarazada”. En el caso de las anoréxicas, cuya autoestima y sentido de sí mismas frecuentemente dependen de su delgadez, perciben estos cambios como una pérdida de control sobre su cuerpo y su sentido de sí mismas. Además, en esta etapa los cambios resultan evidentes para ellas, pero todavía no son claramente reconocibles por el resto como cambios asociados al embarazo, y les estresa el hecho de que quienes le rodean puedan confundirlo con que están gordas. Así, la experiencia durante la primera etapa del embarazo es negativa y la vinculación materno-fetal es pobre, es decir, aún no hay un deseo de proteger al feto que llevan en su interior.

Poco a poco, con la presencia de la otredad, la gestante se empieza a cuestionar si debe apostar por su TA (que conforma una parte integral de su identidad) o por su identidad de madre: se siente presionada para volver a evaluar una parte de su propio yo que se considera incompatible con la gestación. En la mayor parte de las ocasiones acaba triunfando la opción de sacrificar la identidad previa y hacer hueco a la identidad materna.

A partir de la mitad del embarazo, la gestante se siente más cómoda con su identidad y establece una mayor vinculación con su bebé. Empieza a nacer en ella el miedo a dañar al hijo y quiere actuar en su beneficio, por lo que trata de reducir sus conductas alimentarias desordenadas. Algunas mujeres que restringen su ingesta alimentaria antes del embarazo tratan de racionalizar la disminución de estas conductas atribuyéndola a los "cambios hormonales" durante el embarazo, que provocan un aumento del apetito y facilitan una mejor relación con la comida.

Para algunas de las mujeres, el hecho de romper con los hábitos alimentarios poco saludables les ayuda a conseguir patrones de alimentación más sanos, y sienten que tienen una "mejor relación con la comida”. Sin embargo, en algunos casos se observa que se trata más bien de un sentimiento interno y que, a pesar de algunas pequeñas mejoras, los síntomas (sobre todo la restricción) siguen estando presentes. A pesar de esta contradicción, hacia el final del embarazo, para la mayoría de las mujeres su cuerpo y la comida adquieren un significado diferente: una herramienta que sirve para alimentar y cuidar a su bebé.

Complicaciones Maternales y Afectaciones En El Hijo

Si los comportamientos inadecuados asociados al TA remiten, se puede esperar un embarazo sin complicaciones, y un bebé sano. Por lo contrario, si el trastorno se mantiene hasta el momento del parto, es previsible que puedan producirse diversas complicaciones (Franko et al., 2001).

Las gestantes que padecen un TA poseen una mayor vulnerabilidad a tener un parto a través de cesárea, puesto que un parto natural en una madre con AN cuenta con mayores dificultades que en una persona sin este trastorno. En este sentido, es el niño quién se podría someter a un mayor sufrimiento, puesto que se enfrentaría a una mayor probabilidad de afrontar un estado de hipoxia, infección o fallecimiento (Goldman y Koren, 2003).

Watson et al., (2014) llevaron a cabo un estudio en la que demostraron que los TA en el transcurso de la gestación se relacionaban con problemas en el parto. Los hijos de aquellas madres que padecían AN y BN nacieron con un bajo peso (<2500g). En las gestantes con BN, se observaba un mayor riesgo de padecer contracciones de parto de forma prematura, unas puntuaciones más bajas en la prueba de APGAR, y una mayor probabilidad de sufrir un aborto espontáneo. Por otro lado, las madres que sufrían AN frecuentemente padecían un retraso en el crecimiento intrauterino, contracciones de parto de forma prematura, nacimiento prematuro y mortalidad perinatal.

De acuerdo con Koubaa et al. (2015), las cabezas de los hijos de madres que padecen AN y BN tienen una circunferencia inferior a lo habitual, lo cual está vinculado a un déficit en el procesamiento cognoscitivo. Además, estos autores señalan que, cuando los hijos de mujeres que padecen TA alcanzan los cinco años, se observa un deterioro importante en las habilidades motrices y sociales, las destrezas comunicativas, y en la memoria. Estas dificultades se asocian más a los casos de AN, y se podrían explicar por una falta de determinados nutrientes durante el crecimiento intrauterino.

Conforme a la teoría de la "programación fetal", el lazo entre la alimentación y el estrés en las gestantes con TA, desencadena la puesta en marcha del eje hipotálamico-pituitario-adrenal tanto de la madre como del feto, incrementando los valores de CRH materna (Triunfo et al., 2015). Consecuentemente, la cantidad más elevada de

glucocorticoides en el torrente sanguíneo del feto repercute en la programación fetal y el desarrollo neural, y se asocia con el bajo peso en el nacimiento (Meaney et al., 2007).

Puerperio

Recaída sintomatológica y depresión post-parto

El periodo post-parto es un momento crítico. Lemberg y Philips, (1989) llevan a cabo un estudio en el que descubren que, a pesar de que durante el embarazo se observe una mejoría general en los síntomas del TA, desafortunadamente únicamente un número reducido de mujeres se mantiene asintomática durante el primer año.

En cuanto a la minoría que sí logra mantenerse asintomática, el embarazo parece tener un impacto psicológico en términos de un mayor significado y propósito en la vida, pues considera que el sentido de esta ha cambiado desde que tiene a su primer hijo. Además, la motivación por mantenerse sanas para poder cuidar mejor del bebé actúa como un factor que influye en la mejora.

Sin embargo, lo más frecuente es que las mujeres vivencien una rápida reactivación en el período posparto. Esta recaída puede explicarse por diferentes factores:

Por un lado, se produce un abandono progresivo de la nueva identidad. Con el nacimiento, lo que hasta entonces la madre había considerado parte de su propio cuerpo, se convierte en algo externo: entonces, a pesar de que la mujer ya no se identifique con la identidad anoréxica o bulímica, tampoco conserva la identidad de embarazo a través de la cual había justificado los cambios corporales y la comida durante los meses anteriores. Por esta razón, se encuentra con que ya no puede racionalizar el mantenimiento de una nutrición saludable mediante la necesidad del adecuado desarrollo del bebé en el útero, y descubre que tampoco tiene una excusa suficientemente válida para no darse atracones ni purgarse (Mitchell y Bulik, 2006).

Por otro lado, intervienen la insatisfacción corporal y la preocupación por el peso. Tras el parto, las madres quedan con un cuerpo no familiar y comienzan a sentirse incómodas por las variaciones en la silueta y el peso que se han producido durante el embarazo. Una necesidad imperiosa de recuperar su cuerpo anterior actúa como factor de

riesgo para la recaída en el TA y les predispone a una depresión post- parto (Behar y Arancibia, 2014).

Tanto el TA como el mayor riesgo de padecer una depresión tienen implicaciones considerables para la interacción entre la madre y su bebé, puesto que las destrezas parentales pueden verse gravemente comprometidas (Stein, 2005). Por un lado, si la madre está demasiado ocupada en su trastorno, se verá afectada su capacidad de cuidar su hijo. Por otro, la depresión puede poner en peligro la vinculación materno-filial y el apego del hijo, ya que puede llevar a las madres a ser irresponsables, inconsistentes o a rechazar al niño (Behar Astudillo, 2013).

Lactancia

La lactancia materna proporciona numerosos beneficios preventivos para la salud de la madre y el bebé y es una prioridad nutricional. Los niños que son amamantados tienen una menor probabilidad de desarrollar enfermedades infecciosas, diabetes, leucemia y enfermedades gastrointestinales y respiratorias. Por su parte, las madres que amamantan corren menos riesgo de padecer diabetes, cáncer de mama y ovarios (Ip, 2007). Además, durante la lactancia se secreta y libera oxitocina, la cual desempeña un papel crucial en la vinculación y el apego, por ejemplo, aumenta las interacciones positivas entre padres e hijos y fomenta la sensibilidad y la sincronía.

De acuerdo con López Jiménez et al., (2006) no existen diferencias significativas en cuanto a la decisión de iniciar la lactancia entre las mujeres con y sin TA. Sin embargo, el porcentaje de mujeres que abandona antes del medio año resulta notablemente superior en las madres con estos problemas.

Esta diferencia es aún más destacable en los casos de AN, pues la reactivación de los comportamientos restrictivos con la finalidad de recuperar la figura corporal previa al embarazo, puede alterar la compleja cascada de factores hormonales y nutricionales de la que depende el suministro de leche, y provocar una dificultad para amamantar al niño (Watson et al., 2014).

Además, las mujeres AN tienden a infra-alimentar a sus hijos: algunas, lo hacen sin tener consciencia de ello, puesto que les parece lo normal (Delgado, 2002); otras, lo hacen porque se preocupan de que sus hijos se vuelvan obesos (Stewart, 1992).

TA en los hijos (as)

Los hijos (as) de madres que están pasando por esta dolencia, tienen una mayor probabilidad de desarrollar trastornos en una multitud de ámbitos, incluyendo los TA. (Behar, 2014).

Durante el primer año, el bebé va acumulando experiencias de cómo le trata su figura de apego, es decir, cómo se comporta cuando él tiene una necesidad física o psicológica. Así, el niño va formando un modelo operativo interno de sí mismo, esto es, una imagen inconsciente de sí mismo como un ser más o menos digno de ser cuidado. De la misma manera, construirá un modelo operativo o imagen inconsciente de los demás, a partir de la cual espera que estos se muestren más o menos atentos a él (Bowlby, 1988).

Por lo general, una madre responsiva que se muestra accesible a su bebé genera en él un modelo operativo interno positivo de sí mismo “se merece ser atendido” y, de igual forma, aprende que su madre es alguien que estará disponible y a quien podrá acudir cuando tiene problemas, esto es, un modelo operativo positivo de los demás.

Sin embargo, en el caso del TA puede ocurrir que la madre atienda a su hijo de manera asistemática, puesto que esté centrada en su enfermedad tras la recaída en las conductas alimentarias desordenadas. De esta forma, es posible que los modelos operativos que se formen sean negativos y que, cuando el niño crezca, no considere que le corresponda el cuidado de los demás y tenga una cierta desconfianza acerca de qué respuesta puede esperar del otro, lo cual se traduce en una autoestima baja.

Esto es importante en tanto que la baja autoestima se relaciona directa y positivamente con la insatisfacción corporal, la cual es un factor importante en el desarrollo del TA (Mas et al, 2011).

Por otro lado, los progenitores son grandes transmisores de las presiones sociales y culturales. Se ha constatado que la influencia de sus mensajes tiene una gran repercusión en la preocupación por el cuerpo de los niños (as) y en sus comportamientos alimenticios. (Rodgers y Chabrol, 2009).

Cooley et al., (2008) examinaron los efectos de las conductas y actitudes alimentarias maternas, sobre la imagen corporal y la TA de las hijas. Concluyeron que las

variables que predicen el TA de las niñas comprenden los mensajes negativos de la madre, la tendencia de las madres a interiorizar los mensajes de los medios de comunicación con respecto a la delgadez y la belleza, la desaprobación de la figura corporal de la hija por parte de la madre, y la percepción de las hijas de las actitudes alimentarias de su madre.

En cuanto al último factor, los niños pueden aprender mediante aprendizaje vicario a comportarse de forma semejante a sus padres, de tal forma que si crecen en un entorno en el que se desprecia a las personas con un peso superior al socialmente esperado y en el que se promueve la infra-alimentación, ellos actuarán de la misma manera.

Discusión y Conclusión

Parece que el embarazo puede ser una ventana de oportunidad para combatir el trastorno. Por lo general, el impacto del embarazo sobre la sintomatología del TA es positivo: cuando una mujer con TA se queda embarazada, se produce un cambio de actitudes que conlleva una modificación de las conductas alimentarias desordenadas. Sin embargo, esto no ocurre de un momento a otro, ni siquiera en el instante en el que estas mujeres se enteran de que están embarazadas, sino que se lleva a cabo de manera progresiva a lo largo de la gestación. En este periodo, la mayoría de las madres logran abandonar su identidad anoréxica o bulímica, sustituyéndola por la identidad de embarazada: un elemento clave para que en la gestante surja la necesidad de llevar a cabo esta transición es la percepción de los movimientos del bebé en el interior del vientre materno.

Gracias a esta investigación podríamos comprender una posible explicación del motivo por el que no siempre se cumple el hallazgo de Headt (2007), el cual hace referencia a que las gestantes con puntuaciones altas en preocupación corporal se van desvinculando del niño a medida que crece el volumen del vientre. El presente trabajo ha demostrado que muchas mujeres logran cambiar el significado de la comida y de su propio cuerpo, dejando de percibirlo como algo defectuoso y viéndolo como un instrumento para nutrir al niño: esto permite que sí se cumpla la habitual correlación positiva entre edad gestacional y vinculación materno-fetal.

Pese a esta mejora, con el nacimiento la identidad de embarazada desaparece y la madre retoma su anterior identidad, siendo frecuente que el alivio de los síntomas no se manenga tras el parto, sino que reaparezcan.

En cuanto al resultado del embarazo, si la gestante no logra combatir el TA durante la gestación y este se mantiene hasta el momento del parto, tendrá un mayor riesgo de sufrir complicaciones y el niño en desarrollo se verá afectado en diversas maneras. Dependiendo de si la gestante padece AN o BN, el hijo tendrá más probabilidades de experimentar un crecimiento intrauterino lento, tener un nacimiento prematuro (temporal o ponderal), sufrir una muerte perinatal, puntuar bajo en la prueba de APGAR, y tener una menor circunferencia craneal. Por lo contrario, se espera un embarazo sin complicaciones.

En cualquiera de los casos, resulta imprescindible que estas mujeres reciban apoyo por parte del personal sanitario. En primer lugar, es fundamental que las mujeres que tienen un TA sean conscientes de que a pesar de padecer irregularidades en su menstruación tienen un riesgo de quedarse embarazadas. Para ello es importante que los ginecólogos superen la barrera que conllevan los estereotipos vinculados a la infertilidad en estos trastornos y aborden este tema con sus pacientes.

En el caso de que una mujer con bajo peso manifieste haberse quedado embarazada, y no se descarte la posibilidad de que pueda padecer un TA, se ha de utilizar una medida de evaluación de este trastorno para lograr un diagnóstico precoz de cara a implantar un tratamiento apropiado y reducir las complicaciones maternas y fetales. Para una mayor eficacia, se recomienda la intervención de un equipo multidisciplinar que esté formado por obstetras, psiquiatras, psicólogos, enfermeras y dietistas, entre otros.

Por otro lado, como se ha explicado anteriormente, puede ocurrir que las mujeres con TA no comenten su condición de embarazada por miedo a lo que puedan pensar quienes le rodean. Por tanto, es necesario que el personal sanitario, y sobre todo los psicólogos y médicos de cabecera, cuiden mucho su vínculo con el paciente, para que en el caso de que la mujer ya haya concebido, no oculte este hecho y se vea con la confianza de contárselo sin miedo a los prejuicios.

Por último, podemos considerar que existen dos periodos en el que el apoyo adicional es de crucial importancia: uno, para el adecuado desarrollo del embarazo, y otro, para tratar de evitar la reaparición de los síntomas. El primero de ellos se refiere a los primeros meses de gestación, en el que surgen más sentimientos negativos hacia el embarazo. Los médicos han de tratar de hacer que el bebé se perciba como lo más real posible, advirtiéndole a la gestante de los daños que pueden ocasionar sus conductas en el feto y proporcionándole herramientas para reducirlas. El segundo, se refiere al final del embarazo y a los primeros meses después de dar a luz, en el que la mujer no sólo debe ser apoyada y animada a desvincularse de la enfermedad, sino que también debe ser informada del gran riesgo de recaída tras el parto.

Se les debe explicar a las madres la importancia que sigue teniendo su salud en el desarrollo adecuado del recién nacido, e informarles acerca de los beneficios que conlleva el mantenimiento de la lactancia. Además, durante esta etapa, se puede sugerir a las

madres que acudan a un nutricionista que les pueda recomendar estrategias convenientes para la pérdida de peso.

En relación con futuras líneas de investigación, sería interesante estudiar el fenómeno de la “Pregorexia”, un término que hasta ahora únicamente ha sido utilizado por medios de comunicación tales como la prensa o internet, para hacer referencia a aquellas mujeres que restringen su alimentación durante el embarazo para combatir el aumento de peso. Dada la importancia de este fenómeno, sería conveniente estudiar su posible introducción en los manuales diagnósticos de psicología.

Bibliografía

- Behar, A.R. (2013). Trastornos de la conducta alimentaria, embarazo y puerperio. *Médicas UIS*, 26(1), 21-28.
- Behar, R., y Arancibia, M. (2014). Trastornos alimentarios maternos y su influencia en la conducta alimentaria de sus hijas (os). *Revista chilena de pediatría*, 85(6), 731-739.
- Bonne, O. B., Rubinoff, B., y Berry, E. M. (1996). Delayed detection of pregnancy in patients with anorexia nervosa: two case reports. *International Journal of Eating Disorders*, 20(4), 423-425.
- Brandon, A. R., Pitts, S., Denton, W. H., Stringer, C. A., y Evans, H. M. (2009). A history of the theory of prenatal attachment. *Journal of prenatal & perinatal psychology & health: APPPAH*, 23(4), 201
- Bowlby (1988) *A Secure Base: Clinical applications of attachment theory*. London: Routledge.
- Bulik, C. M., Hoffman, E. R., Von Holle, A., Torgersen, L., Stoltenberg, C., y Reichborn-Kjennerud, T. (2010). Unplanned pregnancy in anorexia nervosa. *Obstetrics and gynecology*, 116(5), 1136.
- Cooley, E., Toray, T., Wang, M. C., y Valdez, N. N. (2008). Maternal effects on daughters' eating pathology and body image. *Eating Behaviors*.
- Conti, J., Abraham, S., y Taylor, A. (1998). Eating behavior and pregnancy outcome. *Journal of Psychosomatic Research*, 44(3-4), 465-477.
- Delgado, P. (2001) Trastornos de la conducta alimentaria y fecundidad en Garcia- Camba, E. (2002) (Ed.), *Avances En Trastornos De La Conducta Alimentaria. Anorexia Nerviosa, Bulimia Nerviosa, Obesidad* (pp. 171-187). Masson, S.A.
- Duarte, J.M., y Mendieta-Zerón, H. (2019) Trastornos de la Conducta Alimentaria. *Problema de Salud Pública*.

- Easter, A., Treasure, J., y Micali, N. (2011). Fertility and prenatal attitudes towards pregnancy in women with eating disorders: results from the Avon Longitudinal Study of Parents and Children. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 118(12), 1491-1498.
- Fairburn, C.G., Stein, A., y Jones, R. (1992) Eating habits and eating disorders during pregnancy. *Psychosomatic Medicine*, 54(6), 665-672.
- Fogarty, S., Elmir, R., Hay, P., y Schmied, V. (2018). The experience of women with an eating disorder in the perinatal period: a meta-ethnographic study. *BMC pregnancy and childbirth*, 18(1), 1-18.
- Franko, D. L. (2006). Eating disorders in pregnancy and the postpartum. *Psychiatric Disorders in Pregnancy and the Postpartum*, 179-196
- Goldman, R. D., y Koren, G. (2003). Anorexia nervosa during pregnancy. *Canadian family physician*, 49(4), 425-426.
- Haedt, A., y Keel, P. (2007). *Maternal attachment, depression, and body dissatisfaction in pregnant women*. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 25(4), 285-295.
- Hernández-Valencia, M., y Zárate, A. (2006). Amenorrea y trastornos de la menstruación. *Acta Médica Grupo Ángeles*, 4(3), 197-201.
- Hoffman, E. R., Zerwas, S. C., y Bulik, C. M. (2011). Reproductive issues in anorexia nervosa. *Expert review of obstetrics & gynecology*, 6 (4), 403-414
- Hollifield, J., y Hobdy, J. (1990). The course of pregnancy complicated by bulimia. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 27(2), 249.
- Ip, S., Chung, M., Raman, G., Chew, P., Magula, N., DeVine, D., Trikalinos, T., y Lau, J. (2007). Breastfeeding and Maternal and Infant Health Outcomes in Developed Countries. *Evidence Report/Technology Assessment*, 153, 1-186.

- Kimmel, M. C., Ferguson, E. H., Zerwas, S., Bulik, C. M., y Meltzer-Brody, S. (2016). Obstetric and gynecologic problems associated with eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 49(3), 260-275.
- Koubaa, S., Hällström, T., Brismar, K., Hellström, P. M., y Hirschberg, A. L. (2015). 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 and childbirth*, 15(1), 1-8.
- Lemberg R., y Phillips J. (1989). The impact of pregnancy on anorexia nervosa and bulimia. *Int J Eating Disord*, (8), 285–295.
- Madsen, I. R., Hørder, K., y Støving, R. K. (2009). Remission of eating disorder during pregnancy: five cases and brief clinical review. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*, 30(2), 122-126.
- Maldonado, M. T. (2017). *Psicologia da gravidez*. Ideias y Letras
- Mas, M. B., Navarro, M. L. A., Jiménez, A. M. L., Pérez, I. T., Sánchez, C. D. R., y San Gregorio, M. Á. P. (2011). Personality traits and eating disorders: Mediating effects of self-esteem and perfectionism. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 11(2), 205-227.
- Mateos, L. M. F., y Cabaco, A. S. (2005). Influencia de la ansiedad en la salud de la mujer gestante y la vinculación afectiva. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 1(1), 569-584
- Meaney, M. J., Szyf, M., y Seckl, J. R. (2007). Epigenetic mechanisms of perinatal programming of hypothalamic-pituitary-adrenal function and health. *Trends in molecular medicine*, 13(7), 269-277.
- Mitchell, A. M., y Bulik, C. M. (2006). Eating disorders and women's health: an update. *Journal of midwifery & women's health*, 51(3), 193-201.
- Moreno Redondo, F. J., Benítez Brito, N., Pinto Robayna, B., Ramallo Fariña, Y., y Díaz Flores, C. (2019). Prevalencia de Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) en

España: necesidad de revisión. *Revista Española de Nutrición Humana y Dietética*, 23(1), 130 - 131.

Navas, W. (2013). Depresión postparto. *Revista médica de Costa Rica y Centroamérica*, 70(608), 639-647.

Orbach, S., y Rubin, H. (2014). TWO FOR THE PRICE OF ONE The impact of body image during pregnancy and after birth.

Poyastro, A.P., Thornton L.M., Plotonicov K.H., Tozzi F., Klump K.L., Berrettini W.H., Brandt, H., Crawford, S., Crow, S., Fichter, M.M., Goldman, D., Halmi, K.A., Johnson, C., Kaplan, A.S., Keel, P., LaVia, M., Mitchell, J., Rotondo, A., Strober, M.,... Bulik, C.M. (2007) Patterns of menstrual disturbance in eating disorders. *Int J Eating Disorder*, 5(40), 424–434.

Ríos, P. B. (2010). La importancia de la alimentación en el embarazo: Su significado en trastornos de la conducta alimentaria. *Trastornos de la conducta alimentaria*, (11), 1196-1230.

Rodgers, R., y Chabrol, H. (2009). Parental attitudes, body image disturbance and disordered eating amongst adolescents and young adults: A review. *European Eating Disorders Review: The Professional Journal of the Eating Disorders Association*, 17(2), 137-151.

Ruiz Martinez, A.O. (2020) *Prevención de Trastornos Alimentarios en jóvenes basada en factores de riesgo y protección*. Universidad Autónoma del Estado de México

Salisbury, A., Law, K., LaGasse, L., y Lester, B. (2003). Maternal-Fetal Attachment. *JAMA: The Journal of the American Medical Association*, 289(13), 1701

Shaffer, S. E., Hunter, L. P., y Anderson, G. (2008). The Experience of Pregnancy for Women With a History of Anorexia or Bulimia Nervosa. *Revue Canadienne de la Recherche et de la Pratique Sage-femme* 7(1), 17-30

- Stassen Berger, K. y Thompson R.A., (1997) El desarrollo Prenatal en Guijarro, X. y Castellino, G. (Ed.) *Psicología del Desarrollo: Infancia y Adolescencia* (pp. 137) Editorial Medica Panamericana
- Sein, A. (2005). Eating Disorders and Childrearing. *Eating Disorders and Obesity: A Comprehensive Handbook*, 221-225.
- Stewart, D. E. (1992). Reproductive functions in eating disorders. *Annals of Medicine*, 24(4), 287-291.
- Taborelli, E., Easter, A., Keefe, R., Schmidt, U., Treasure, J., y Micali, N. (2015). Transition to motherhood in women with eating disorders: A qualitative study. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*.
- Tierney, S., Fox, J. R. E., Butterfield, C., Stringer, E., y Furber, C. (2011). Treading the tightrope between motherhood and an eating disorder: A qualitative study. *International Journal of Nursing Studies*, 48(10), 1223-1233.
- Triunfo, S., y Lanzone, A. (2015). Impact of maternal under nutrition on obstetric outcomes. *Journal of endocrinological investigation*, 38(1), 31-38.
- Watson, H. J., Torgersen, L., Zerwas, S., Reichborn-Kjennerud, T., Knoph, C., Stoltenberg, C., Siega-Riz, A.M., Von Holle, A., Hammer R.M., Meltzer H.M., Ferguson E.H., Haugen, M., Magnus, P., Kuhns, R., y Bulik, C. M. (2014). Eating disorders, pregnancy, and the postpartum period: Findings from the Norwegian Mother and Child Cohort Study (MoBa). *Norsk epidemiologi*, 24(1-2), 51.