MEDICINA PSICOSOMÁTICA Y PSIQUIATRÍA DE ENLACE REVISTA IBEROAMERICANA DE PSICOSOMÁTICA

Psicoterapia integradora de trastornos de la conducta alimentaria durante el embarazo

Integrative psychotherapy of eating disorders during pregnancy

Inés García del Castillo¹, Ibone Olza Fernández²

Recibido: 31/05/12 Aceptado: 01/03/13

Resumen

Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) pueden complicar gravemente el embarazo, con consecuencias como aborto, parto prematuro, bajo peso al nacer, restricción del crecimiento intrauterino, complicaciones obstétricas y baja puntuación en el test de Apgar. Hasta el momento, disponemos de poca información concluyente acerca del impacto de los síntomas de TCA en el embarazo. La incidencia de depresión postparto aumenta después del embarazo en mujeres con TCA. Además, se han descrito problemas en la alimentación de niños nacidos de mujeres con TCA.

Por eso, es importante identificar y ofrecer tratamiento a estas pacientes, tanto durante el embarazo como después del parto, proporcionando información nutricional y apoyo profesional, según esté indicado.

A continuación, exponemos el caso clínico de una mujer con antecedentes de TCA, tratado por las autoras durante el embarazo y el puerperio, con el objetivo de estudiar la evolución, complicaciones y posibilidades terapéuticas específicas en este grupo de pacientes. Con este propósito, se ha revisado la literatura más relevante existente hasta el momento. Recomendamos, a través de la experiencia clínica, un enfoque psicoterapéutico integrador, desde un equipo de trabajo multidisciplinar, combinando intervenciones de orientación psicodinámica con otras de corte cognitivo-conductual.

Palabras clave: Embarazo. Trastornos de la conducta alimentaria. Anorexia nerviosa. Bulimia nerviosa.

Summary

Eating disorders (ED) can seriously complicate pregnancy, resulting in miscarriage, preterm labor, low birth weight, intrauterine growth restriction, obstetric complications and a low score on the Apgar test. Until now, there is little information about the impact of ED's symptoms

C. Med. Psicosom, Nº 105 - 2013 _

¹Facultativo Psiquiatría. Hospitales de Madrid. Fax: 911916654. Correo: inesgarciac@gmail.com ²Facultativo Psiquiatría. Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda.

during pregnancy. The incidence of postpartum depression increases after pregnancy in women with ED. In addition, the problems with children's feeding have been explained in women with ED.

Therefore, it is important to identify and offer specific treatment to those patients, during pregnancy as well as after labor, giving nutritional information and professional support as indicated in each case.

In this article, the case report of a pregnant woman with a past history of eating disorder is described with the aim of studying the evolution, complications and specific therapeutic options in this patient group. For this purpose, the existing literature has been reviewed so far. We recommend, through clinical practice, to work with an integrative perspective, with a multidisciplinary team, combining psychodynamic and cognitive/behavioral interventions.

Key words: Pregnancy. Eating disorders. Anorexia nervosa. Bulimia nervosa.

INTRODUCCIÓN

Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) pueden provocar graves complicaciones, tanto en el embarazo (aborto, parto prematuro) como en el recién nacido (bajo peso al nacer, restricción del crecimiento intrauterino, complicaciones obstétricas y baja puntuación en el test de Apgar) (Franko y Walko, 1993; Abraham, 1998; Conti, Abraham y Taylor, 1998; Bullik, Sullivan, Fear et al., 1999; Morgan, Lacey y Sedwick, 1999; Franko y Spurrell, 2000; Franko, Blais, Becker et al., 2001; Solid, Wisborg, Hjort y Secher, 2004; Koubaa, Kouba, Hälström et al., 2005; Micali, Simonoff y Treasure, 2007; Madsen, Hørder y Støving, 2009). Asimismo, existe un mayor riesgo de depresión postparto entre las mujeres con un TCA (James, 2001; Conrad, Schablawski, Schilling y Liedkte, 2003). Debido a que la anorexia nerviosa (AN) y la bulimia (BN) se presentan principalmente en mujeres jóvenes en edad fértil, es importante evaluar las posibles consecuencias médicas y psicológicas durante el embarazo en mujeres con un trastorno de la alimentación. En el presente artículo exponemos un caso clínico de reagudización de TCA durante el embarazo y el tratamiento psicoterapéutico realizado, así como una revisión actualizada de la literatura sobre TCA y embarazo.

CASO CLÍNICO

Se trata de una mujer (M.) de 38 años, soltera y que convive con su pareja (L.). Es derivada al Centro de Salud Mental (CSM) por su médico de

atención primaria, por sintomatología depresiva relacionada con el embarazo en su octava semana de gestación. Desde que supo que estaba embarazada se encuentra triste porque "no he sabido afrontar la situación". Tiene ganas de llorar continuamente, está irritable y no desea relacionarse con otras personas, por lo que se encierra en casa todo el tiempo que puede. Se encuentra cansada, sin energías, pero pese a ello consigue mantener sus actividades cotidianas. Cuenta que desde niña siempre había querido tener un niño adoptado ("incluso mis muñecos eran adoptados", "me enfadaba cuando los reyes me regalaban muñecos blancos, yo solo quería muñecos negros, un keniata"). Nunca había deseado quedarse embarazada, pero sí ser madre. Recientemente, había iniciado trámites de adopción. En su entorno familiar, todos están "muy contentos e ilusionados con la noticia" lo que le hace sentirse culpable ("porque yo soy la única que no se alegra"). Se siente mal y teme recaer en una depresión. Además, desde el inicio del embarazo se siente incómoda con su cuerpo. Aparece el miedo a perder el control en sus hábitos alimentarios y con ello perjudicar al bebé, todo ello asociado a intensos sentimientos de culpabilidad y "ambivalencia" con respecto al embarazo. La insatisfacción con la imagen corporal durante el embarazo ocasiona problemas en la relación con su pareja, dado que M. evitaba cualquier tipo de contacto íntimo con L. ("no me gusto y no tolero que L. se acerque a mí, ni me toque").

La exploración física y pruebas de laboratorio son normales, no se han producido atracones ni conductas purgativas y M. mantiene un peso adecuado para el tiempo de gestación actual (8 semanas de gestación) con un IMC de 20. Como antecedentes médico-quirúrgicos tan solo destacan múltiples caries y alteraciones del esmalte dental, secundarias a conductas purgativas. Tampoco refiere antecedentes de trastornos de la conducta alimentaria u otros trastornos psiquiátricos en la familia.

Como antecedentes psiquiátricos personales cuenta cómo a los 14 años, con la aparición de la menarquia, sufrió cambios físicos propios de la edad, empezó a "verse mal" y aparecieron alteraciones del esquema corporal. Siempre había sido muy delgada y entonces engordó hasta pesar 55 Kg (IMC: 20). Durante la adolescencia pasó periodos de importante restricción alimentaria autoinducida, llegando a alcanzar un peso excesivamente bajo (IMC: 15). Sin llegar a sufrir largos periodos de amenorrea, presentó irregularidades en la menstruación durante este periodo. Posteriormente recuperó peso, pero cambió su patrón alimentario y comenzó a presentar episodios de atracones seguidos de vómitos autoprovocados diariamente. Pese a que en este tiempo no solicitó ayuda, tanto los atracones como las conductas purgativas desaparecieron. Persiste desde entonces una baja autoestima, distorsión de la imagen corporal y miedo intenso a ganar peso.

A los 29 años, sufrió un **episodio depresivo** a raíz de un conflicto laboral y recibió tratamiento con *fluoxetina* durante un año, controlado por su médico de familia. Complementariamente, realizó tratamiento psicológico de orientación psicodinámica, durante el cual también se abordó el trastorno de conducta alimentaria.

Psicobiografía: El embarazo había sido normal y el parto eutócico, sin complicaciones. Las relaciones con sus progenitores vienen marcadas por un padre testarudo (marcado por las secuelas de una polio infantil), un "hombre hecho a sí mismo" pero dedicado a sus hijas; y una madre carente de afectividad y empatía. Fue muy buena estudiante en el colegio hasta que, a los 14 años, coincidiendo con las alteraciones de la conducta alimentaria, empeora su rendimiento en los estudios. En esta época, M. se define como "constante, responsable y autocrítica". Estudió una diploma-

tura. Actualmente trabaja como administrativo, en un puesto de menor rango al que podría acceder dada su formación. Mantiene desde hace 6 años una relación de pareja estable y satisfactoria con L. y han iniciado trámites de adopción. M. cuenta que desde niña quería ser madre pero "no quería quedarse embarazada", quería adoptar. Desde los 6 años pedía que le regalaran muñecos negros. Explica que no quería quedarse embarazada "para no verse gorda". Como pareja tenían planes de adoptar un niño. Además, refiere que el embarazo se produjo de forma accidental. Desde el momento en que sabe que está embarazada ha tenido sentimientos de ambivalencia ante el embarazo y el bebé, lo que le hace sentirse culpable ("porque soy la única que no se alegra"). Se encuentra irritable, sobre todo hacia L., y ha disminuido significativamente el deseo sexual.

En la primera consulta la paciente se muestra colaboradora. Tiene un ánimo bajo, reactivo, y refiere irritabilidad y apatía. Ideas obsesivoides, centradas en un miedo intenso a rechazar al bebé, que generan sentimientos de culpa. Alteración de la imagen corporal y fobia al peso. No presenta ideación ni planificación autolítica en el momento actual. No presenta alteraciones en la conducta alimentaria en el momento actual (restricción alimentaria, vómitos autoprovocados ni otras conductas purgativas o de compensación), aunque las ha presentado en el pasado, como se ha detallado previamente. El resto de la exploración es normal. Durante los dos primeros trimestres de embarazo, predomina un ánimo irritable con preocupación por la imagen corporal y reaparecen conductas purgativas (3 episodios de vómitos autoprovocados). No quiere salir a la calle y evita todo tipo de contacto social. Continuamente se siente atormentada por sentimientos de culpabilidad por "no estar ilusionada con el embarazo". Tiene sueños recurrentes en los que se ve "feliz y nunca embarazada". En la segunda parte, durante el tercer trimestre, va estando progresivamente menos irritable, y predomina un ánimo deprimido con apatía. Disminuye la preocupación por la imagen corporal, que es sustituida por concepciones más realistas y saludables de su propio cuerpo, y no vuelve a presentar conductas purgativas. Poco a poco va haciéndose más consciente del embarazo, de su bebé; y sus preocupaciones van diri-

C. Med. Psicosom, N° 105 - 2013 ___

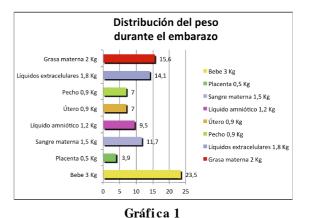
giéndose progresivamente hacia el bienestar del bebé y a desarrollarse como madre. Teme rechazarlo al nacer. Cada vez recupera más vivencias del pasado y está preocupada por "no cometer los mismos errores que mis padres". Comienza a tener sueños en los que se ve "embarazada y feliz". La paciente mantuvo un peso adecuado durante el embarazo, con una ganancia ponderal de aproximadamente 12 Kg. No hubo complicaciones médicas para la madre ni el bebé durante el embarazo.

En el puerperio, M. describe el parto como "un trauma": un parto largo que terminó en cesárea con signos de sufrimiento fetal. Al nacer, el bebé fue separado de su madre y estuvo 24 horas en incubadora. M. no pudo ver al bebé, lo cual recuerda con intensa angustia. Ha desaparecido el miedo a "rechazar al bebé", pero predomina un humor depresivo y ansiedad en relación a la adquisición del rol de madre y los cambios que ha supuesto en ella y en su entorno. Además, después del parto empeoran progresivamente las alteraciones en la conducta alimentaria, comenzando de nuevo restricciones alimentarias y conductas purgativas en forma de vómitos autoprovocados a diario, prácticamente después de cada comida. En los meses siguientes, la sintomatología depresiva fue mejorando progresivamente, persistiendo el descontrol en el patrón alimentario. M. comenzó a asistir a terapia de grupo de pacientes con trastorno de la conducta alimentaria, continuó sesiones psicoeducativas y técnicas de relajación con una enfermera especializada del CSM. En este tiempo, se observó una disminución en la frecuencia de las conductas purgativas, hasta la práctica desaparición de las mismas. Persistía, en cambio, la alteración de la imagen corporal. Tres meses después de dar a luz, su terapeuta fue trasladada a otro centro y la paciente abandonó el tratamiento y seguimiento psiquiátrico. No obstante, en conjunto se observó una mejoría global en el periodo de postparto.

DISCUSIÓN

La literatura (Bayo Fernández, Días Santeliu y Morandé, 2005; Behar, González, Ariza y Aguirre, 2008; Bridget, 2008) sugiere que una terapia integradora, que incluya elementos psico-

dinámicos y cognitivo-conductuales puede resultar eficaz. En este caso, se planteó un tratamiento combinado, con sesiones semanales de psicoterapia de orientación psicodinámica, alternando con sesiones psicoeducativas (Gráfica 1) y de técnicas de orientación cognitivo-conductual (autorregistros, estrategias de control de estrés, análisis de situaciones precipitantes), sobre todo al inicio del tratamiento, para el manejo y control de las conductas restrictivas y purgativas. Se incluyó a su pareja en parte de las sesiones de terapia de orientación dinámica. M. complementó el tratamiento acudiendo a un grupo de relajación y asistiendo a los grupos de preparación del parto y de lactancia, organizados por la matrona. Se propuso tratamiento farmacológico con sertralina ante el empeoramiento de los síntomas depresivos en el tercer trimestre, pero fue rechazado por la paciente.



Ejemplo de Instrumento para Psicoeducación en Embarazadas con TCA. Distribución del peso durante el embarazo.

En las sesiones de terapia cognitiva, M. aprendió a reconocer pensamientos disfuncionales acerca de su propia autoestima y su imagen corporal. Durante la terapia de orientación dinámica la paciente fue capaz de contactar con su mundo emocional, expresar sus sentimientos de ambivalencia hacia el embarazo y su propia maternidad, y mejorar la relación con su pareja. Pese a la mejoría en los síntomas alimentarios durante el embarazo, fue preciso intensificar el tratamiento tras el parto, debido a una recaída con un aumento de la restricción alimentaria y las conductas purgativas.

Se ha descrito miedo al embarazo y el parto como característica de los trastornos de alimentación y trastornos afectivos (Hofberg K y Ward M, 2004). Cuando esta ansiedad o miedo específico es tan intenso que lleva incluso a evitar el parto, aparece un estado fóbico llamado tocofobia, que en ocasiones lleva a evitar el embarazo incluso optando por la adopción como primera opción, como era el caso de esta paciente, aunque este síntoma en ella era anterior a su TCA y probablemente muy relacionado con la mala relación con su madre.

Las alteraciones de la conducta alimentaria afectan a un 5-7% de las mujeres en edad fértil (Mikali, Treasure, Simonoff, 2007a) y complican aproximadamente el 1% de los embarazos (James, 2001). La prevalencia de TCA durante el embarazo parece ser algo menor (Turton, Hughes, Bolton y Sedgwick, 1999; Morgan, Lacey y Sedgwick, 1999; Blais, Becerk y Burwell, 2000; Mitchell-Gieleghem, Mittelstaedt y Bullik, 2002). La menor prevalencia de TCA durante el embarazo, descrita en los estudios disponibles por el momento, puede reflejar una remisión sintomática, la ocultación de los síntomas por las pacientes o una alteración de la fertilidad (Rocco, Orbitello, Perini et al; 2005; Crow, Agras, crosby et al., 2008; Mikali, Sionoff y Treasure, 2007b). La prevalencia de anorexia nerviosa se estima en torno al 0,5-3% de la población general, entre mujeres de 15 a 30 años (King, 1989; James, 2001). En una comparación entre mujeres con historia previa de AN y una muestra aleatorizada de mujeres de población general, no se observaron diferencias entre la tasa de embarazos, la media de embarazos por mujer o la edad del primer embarazo; aunque las mujeres con AN tenían una mayor incidencia de abortos y partos por cesárea (Bulik et al., 1999). Mientras que la anovulación es frecuente en mujeres con AN, la infertilidad a largo plazo no lo es (Manzato, Zanetti y Gualdani, 2009), y las complicaciones durante el parto y el embarazo pueden ocurrir, incluyendo parto pretérmino, bajo peso al nacer, alta incidencia de cesáreas y bajas puntuaciones en el test de Apgar. Una ganancia ponderal adecuada, durante el embarazo, puede mitigar las complicaciones de la anorexia durante la gestación y el parto (Bulik et al., 2009).

La bulimia es en torno a 2-3 veces más frecuente que la anorexia nerviosa. Aproximadamente, entre el 10-19% de las mujeres experimentan episodios de bulimia en algún momento de su vida. La bulimia nerviosa se asocia durante el embarazo con un peso materno bajo o excesivo, abortos espontáneos, hipertensión, muerte fetal, parto de nalgas, paladar hendido e hiperémesis (10-25% de las embarazadas con bulimia) (Franko et al., 1993). La mayoría de los estudios sobre bulimia y embarazo describen pacientes cuyos síntomas de bulimia remiten durante el embarazo. En un estudio descriptivo realizado en 2009 (Knoph et al., 2008) en una cohorte de mujeres embarazadas (n=41,157), se estudió incidencia de BN (n=96). Los resultados de este estudio indican que la incidencia de BN en el primer trimestre del embarazo presenta una asociación estadísticamente significativa con síntomas de ansiedad y depresión y baja autoestima, mientras que la remisión de síntomas de BN se asocia a mayor autoestima y satisfacción vital. Las complicaciones durante el embarazo y el parto son más frecuentes en aquellas pacientes con sintomatología activa durante el embarazo (Morgan et al., 1999; Franko et al., 2001). La mayoría de las pacientes sufren la reaparición de atracones y conductas purgativas poco después del parto, incluso un empeoramiento clínico respecto al previo al embarazo.

Por tanto, se debe subrayar la importancia de una adecuada atención, tanto médica como psicológica, en casos de TCA durante el embarazo (Manzato et al. 2009). Los trastornos de la conducta alimentaria durante el embarazo se asocian con abortos espontáneos, bajo peso al nacer, parto pretérmino, hiperémesis grávida, complicaciones obstétricas y depresión postparto (Fahy, 1991; Fahy, Morrison, 1993; Franko y Walko, 1993; Abraham, 1998; Conti, Abraham y Taylor, 1998; Bullik, Sullivan, Fear et al., 1999; Morgan, Lacey y Sedwick, 1999; Franko y Spurrell, 2000; Franko, Blais, Becker et al., 2001; Sollid, Wisborg, Hjort y Secher, 2004; Koubaa, Kouba, Hälström et al., 2005; Micali, Simonoff y Treasure, 2007; Madsen, Hørder y Støving, 2009) (**Tabla 1**). Un estudio prospectivo comparó los resultados del embarazo en 302 mujeres hospitalizadas con un TCA antes del embarazo con 900 mujeres sin TCA (Sollid et al., 2004). Las mujeres con TCA

C. Med. Psicosom, Nº 105 - 2013 _

Tabla 1 Complicaciones de los trastornos de la alimentación en el embarazo

Complicaciones maternas Complicaciones del bebé Anorexia Nerviosa Ganancia de peso inadecuada Bajo peso al nacer Aborto Retraso en el desarrollo Sangrado vaginal Parto prematuro Disminución del tamaño uterino Muerte prenatal Hiperémesis Aumento de síntomas de bulimia Bulimia Nerviosa Muerte fetal Ejercicio físico excesivo Bajo peso al nacer Ganancia de peso baja o Baja puntuación Apgar excesivamente alta Parto de nalgas Paladar hendido Aborto Hipertensión

Adaptado de Franko D.L., Walton B.E. Pregnancy and eating disorders: a review and clinical implications. Int J Eating Disorders, 1993; 13:41-48.

tuvieron tasas significativamente más elevadas de baja talla al nacer (19,6% frente a 12%) y parto prematuro (7% frente a 4,3%). El Norwegian Mother and Child Cohort Study (MoBa) (Bulik et al., 2009), incluyó 1812 mujeres embarazadas con trastorno por atracón, 304 embarazadas con BN, 35 embarazadas con AN, y 36 embarazadas con conductas purgativas no diferenciadas en los 6 meses previos o durante la gestación. Los resultados del embarazo se compararon con los de 33 742 mujeres sin TCA. Entre las mujeres con cualquier tipo de TCA había más fumadoras que entre las embarazadas sin TCA. Las mujeres con trastorno por atracón tenían bebés de mayor peso y tamaño, y un mayor riesgo de fetos grandes para la edad gestacional y parto por cesárea, que las mujeres sin TCA. Un estudio restrospectivo, que comparaba la gestación y sus complicaciones entre 66 pacientes con AN y 98 mujeres sin TCA, encontró un mayor número de abortos, bajo peso al nacer, más partos prematuros y más partos por cesárea en el grupo de mujeres con AN (Bullik et al., 1999). Entre aquellas mujeres con TCA con conductas restrictivas, el peso del bebé al nacer fue menor que entre las pacientes con conductas purgativas.

En el caso clínico descrito en este artículo, no hubo complicaciones durante el embarazo, ni para la madre, ni para el bebé. Bien es cierto, que las alteraciones de la conducta alimentaria estuvieron bien controladas durante prácticamente todo el embarazo, y la ganancia ponderal fue adecuada a la edad gestacional en todo momento. El parto, en cambio, sí fue complicado, terminando en cesárea con signos de sufrimiento fetal. No podemos establecer en este caso una clara relación entre el TCA previo y las complicaciones en el parto.

El impacto de los síntomas de los TCA durante el embarazo continúa siendo relativamente desconocido. Se han postulado dos hipótesis al respecto. La primera, es que los TCA (y los síntomas asociados) mejoran durante el inicio del embarazo, debido a la preocupación por el bienestar del feto. La segunda, es que la ganancia de peso durante el embarazo puede exacerbar preocupaciones latentes sobre el peso y la imagen corporal, que pueden conllevar una exacerbación de los síntomas en el periodo de postparto (Mikali et al, 2007). En general, estudios previos han demostrado una disminución de los síntomas de TCA, entre el primer y el tercer trimestre del embarazo en mujeres con un TCA activo en el momento de la concepción (en particular, en BN) (Lacey y Smith, 1987; Lemberg, Phillip y Phillips, 1989; Morgan, Lacey y Sedgwick, 1999). En un estu-

dio de 15 mujeres con TCA, sin embargo, se observó que los síntomas se mantuvieron o incluso empeoraron durante el embarazo tanto en mujeres con AN como BN, con sintomatología activa en el momento de la concepción (Stewart, Raskin, Garfinkel, McDonald y Robinson, 1987). Morgan et al. (1999) entrevistaron retrospectivamente a una cohorte de 113 pacientes acerca del impacto de la bulimia nerviosa en sus gestaciones. En la mayoría de los sujetos, los síntomas de bulimia mejoraron según progresó la gestación; sin embargo, en el 57% de las pacientes los síntomas empeoraron en el postparto. Se identificaron como predictores de recaída en el postparto, la presencia de síntomas severos de BN en el momento de la concepción, una historia pasada de AN y el embarazo no deseado. Un tercio de las pacientes con BN sufrieron depresión postparto, mientras que esta cifra asciende a dos tercios en pacientes con AN. En tres estudios longitudinales de seguimiento de mujeres con TCA durante el embarazo se observan resultados también contradictorios. En el primero, (Blais et al., 2000) se estudió a mujeres con AN (26 embarazadas) y BN (56 embarazadas), algunas de ellas con sintomatología activa en el momento de la concepción. En la mayoría de los casos de BN se observó una mejoría de los síntomas durante el embarazo; en cambio, no se produjo mejoría en los casos de AN. En los otros dos estudios, se realizó seguimiento de mujeres con BN y se estudiaron los cambios durante el embarazo. En uno de ellos (Crow, Keel, Thuras y Mitchell, 2004), aunque los atracones y conductas purgativas disminuyeron durante el embarazo, la alteración de la imagen corporal empeoró. En el otro, no se observó un descenso significativo de los síntomas de BN en el primer año desde el parto (Carter, McIntosch, Joyce, Frampton y Bulik, 2003). En un estudio realizado por Mikali et al. en 2007a, se evaluaron alteraciones de conducta alimentaria (vómitos autoinducidos, dieta, uso de laxantes, ejercicio excesivo) en una muestra amplia de población (12 254 mujeres), y compararon los resultados entre cuatro grupos: episodio reciente de TCA (n=57), historia pasada de TCA (n=395), obesidad previa al embarazo (n=681) y un grupo control (n=11.184). Observaron que las mujeres con un episodio reciente de TCA presentaban más

síntomas durante el embarazo comparado con los otros grupos, pero en el grupo con historia pasada de TCA también observaron más alteraciones de la conducta alimentaria que en el grupo control. En otro estudio longitudinal reciente (Crow, Agras, Crosby, Halmi y Mitchell, 2008) se estudió a 385 mujeres con diagnostico de AN, BN y trastorno por atracón (clínicos y subclínicos), de las cuales 42 tuvieron un embarazo. Concluyeron que los síntomas de TCA (restricción alimentaria, preocupación por el peso e imagen corporal, atracones y conductas purgativas) disminuyeron durante el embarazo, pero reaparecieron en el postparto al mismo nivel que antes de la gestación. Las razones por las que se produce una mejoría clínica durante el embarazo son todavía desconocidas, pero podrían estar en relación con factores psicológicos, sociales y hormonales (Madsen et al., 2009). Bullik et al. (2007) estudiaron las tasas de incidencia, remisión y continuación de AN, BN, TCA no especificados (TCA-NOS), incluyendo trastorno por atracón, en una población de 41 157 embarazadas (MoBa) en un estudio de cohortes prospectivo. Las proporciones de remisión durante el embarazo fueron de 78% entre los TCA-NOS, 40% en BN purgativa, 39% en trastorno por atracón y 29% en BN no purgativa. Hubo más casos de BN que consiguieron una remisión parcial. No detectaron incidencia de BN ni TCA-NOS durante el embarazo, en cambio la tasa de debut de trastorno por atracón durante el embarazo fue de 1.1 /1000 personas-semana (un total de 711 nuevos casos). En definitiva, los datos publicados hasta el momento, aunque en cierto modo inconsistentes, sugieren que tanto la AN como la BN tienen efectos negativos en la madre y en el feto. Sin embargo, hasta el momento, disponemos de poca información concluyente acerca del impacto de los síntomas de TCA en el embarazo, en mujeres con TCA activo o bien historia pasada de TCA. Además, los estudios de los que disponemos tienen limitaciones que dificultan la interpretación de los resultados, debido al pequeño tamaño muestral, con la inclusión de casos muy heterogéneos y pobremente descritos, y el uso de autoinformes y medidas de carácter retrospectivo en relación a los síntomas.

En el caso de M., una paciente con historia previa de TCA, durante el embarazo se intensifica

inicialmente la preocupación por el peso y las alteraciones de la imagen corporal, llegando a reaparecer, en contadas ocasiones, conductas purgativas en forma de vómitos autoprovocados. A medida que avanza el embarazo y M. toma conciencia del bebé, observamos una remisión prácticamente completa de las alteraciones de la conducta alimentaria, con un predominio de síntomas depresivos. En cambio, en el puerperio, una vez libre de la preocupación por dañar al bebé, reaparecen las conductas purgativas, con mayor intensidad incluso que previamente al embarazo.

Teniendo en cuenta que la vergüenza, el secretismo y la negación son una parte importante de los trastornos alimentarios (Abraham, 2001), es muy probable que las pacientes anoréxicas y bulímicas se resistan a revelar estas conductas a sus profesionales de la salud. Por esta razón, creemos que es vital que los profesionales de la salud sean conscientes de los peligros potenciales para la mujer embarazada y el feto cuando está presente un trastorno de la alimentación. Para aquellas mujeres que previamente estaban preocupadas por el peso y la imagen corporal, el embarazo puede provocar un aumento de la ansiedad. Se piensa que los trastornos de la conducta alimentaria están relacionados con una "necesidad de control"; el embarazo puede ser visto como una situación de pérdida de control y los cambios corporales que se producen durante el mismo pueden ocasionar sentimientos enfrentados, ambivalentes y culpabilidad. Los conflictos sobre los cambios corporales, cambio de roles, y preocupaciones acerca de la propia maternidad han sido documentados en el embarazo (Franko et al., 1993). Estas cuestiones han demostrado ser, además, de suma importancia en la psicología de los trastornos de la alimentación, por lo que es probable que las mujeres anoréxicas y bulímicas tengan problemas específicos durante su embarazo. Aunque la literatura se ha centrado principalmente en las consecuencias médicas y físicas de trastornos de la alimentación en el embarazo, también se han puesto en relieve las secuelas psicológicas que se producen en estas mujeres.

La incidencia de depresión postparto, también aumenta después del embarazo en mujeres con bulimia (James, 2001; Conrad, Schablewski, Schilling y Liedkte, 2003). Estudios basados en muestras clínicas y comunitarias han detectado

frecuentes problemas en la alimentación de niños nacidos de mujeres con TCA, en comparación con mujeres que no sufren este tipo de trastornos (Torgersen et al, 2010). Los resultados de estos estudios sugieren que la mayoría de las mujeres con TCA inician lactancia materna, pero la interrumpen antes que aquellas mujeres sin TCA (Patel, Wheatcroft, Park y Stein, 2002; Bulik C.M., Von Holle A., Hamer R., Berg C.K., Torgersen L., Magnus et al, 2007; Torgersen et al, 2010). Estas diferencias en la alimentación temprana ya aparecen en los primeros 6 meses de vida del bebé (Lancey y Smith, 1987; Russell, Treasure y Eisler, 1998; Torgersen et al, 2010), por lo que los pediatras, también deben incluirse en el tratamiento multidisciplinar en el postparto. Por eso es importante continuar apoyando a estas pacientes después del parto, proporcionando información nutricional y apoyo profesional, a través de equipos multidisciplinares, según esté indicado.

Recomendaciones Terapéuticas

A pesar de que los estudios recientes sobre la prevalencia de anorexia y bulimia son relativamente bajos en la población, las estimaciones de los síntomas de anorexia y bulimia en mujeres en edad fértil son significativamente más altos. En EEUU, la prevalencia de TCA en mujeres embarazadas se estima en un 1% aproximadamente, mientras que los casos de TCA subclínicos pueden alcanzar una prevalencia en torno al 3-15% de mujeres en seguimiento obstétrico (Mazer-Poline y Fornari, 2009). Pero, hasta el momento no tenemos una evaluación precisa de la prevalencia de los trastornos alimentarios y conductas relacionadas en mujeres embarazadas (Franko et al., 1993; Behar et al., 2008; Bridget et al., 2008).

Además del cuidado físico de la embarazada con anorexia, es imprescindible evaluar los síntomas psicológicos comúnmente presentados en estas pacientes. Preguntas centradas en el peso corporal, conductas de control de peso, conductas y patrones alimentarios y rituales en torno a la alimentación, servirán como guía hacia intervenciones apropiadas, mejorarán la adherencia a las recomendaciones terapéuticas y ayudarán a generar sentimientos de seguridad en estas mujeres. Es importante destacar, que para estas pacientes el ser pesadas en cada consulta de seguimiento de la

gestación puede ser un factor altamente estresante, que desencadene descompensaciones del trastorno alimentario.

Se recomienda un enfoque multidisciplinar para el tratamiento de mujeres con un TCA durante el embarazo. El uso de técnicas cognitivo-conductuales y psicoterapia de apoyo pueden ayudar a disminuir las conductas anoréxicas o bulímicas, especialmente las conductas purgativas. Estos tratamientos requieren la colaboración entre diferentes profesionales (enfermera, matrona, terapeuta) y un apoyo significativo por parte de la familia. Esta colaboración ayuda a crear un ambiente de contención y estabilización para las pacientes, que pueden vivir el embarazo con un sentimiento de mayor seguridad. El entrenamiento en técnicas de relajación ha demostrado disminuir la ansiedad y sentimientos de culpa, asociados a comer o al aumento de peso (Conrad et al., 2003).

Para el profesional de salud mental, la psicoterapia podría comenzar por confrontar la negación y limitar la restricción alimentaria, los atracones y las conductas purgativas. Puede ser beneficioso hacer que el feto sea lo más real posible para la paciente desde etapas tempranas para que pueda conocer los posibles riesgos de su problema de alimentación, siempre desde un enfoque desculpabilizador pero psicoeducativo. También, resulta útil informar a la paciente de las complicaciones potenciales que se han documentado, anticiparse a los sentimientos que pueden surgir si alguno de estos síntomas apareciera, y abordar con empatía sus temores al aumento de peso y la sensación de pérdida de control (Franko et al, 1993). Siempre que las restricciones alimentarias sean severas o haya un deterioro del estado físico de la embarazada, se debe considerar el ingreso en una unidad hospitalaria para continuar el tratamiento y disminuir los riesgos, tanto para el bebé como para la madre. Estas sugerencias terapéuticas son solo hipótesis clínicas, ya que, hasta la fecha, no hay evidencia empírica que sugiera que este tipo de intervenciones tenga un efecto positivo sobre los comportamientos alimentarios.

BIBLIOGRAFÍA

1. **Abraham S.:** Obstetricians and maternal body weight and eating disorders during pregnancy. J Psychosom Obstet Gynaecol 2001; 22: 159.

- Bayo Fernández C, Días Santeliu L, Morandé M.: Trastornos de la conducta alimentaria: dificultades en embarazo y maternaje. 6° Congreso Virtual de psiquiatría. Interpsiquis Febrero de 2005. Psiquiatria.com.
- 3. **Behar R, González L, Ariza M, Aguirre A.:** Trastornos de la conducta alimentaria en mujeres embarazadas controladas en atención primaria; Rev Chil Obstet Ginecol, 2008; 73 (3): 155-162.
- 4. Blais MA, Becker AE, Burwell RA, Flores AT, Nussbaum KM, Greenwood DN, et al.: Pregnancy: outcome and impact on symptomatology in a cohort of eating-disordered women; Int J Eat Disord 2000; 27: 140–9.
- 5. **Bridget V.:** Eating disorders in pregnancy; BMJ, 2008; 336: 93-96.
- 6. Bulik CM, Sullivan PF, Fear JL, Pickering A, Dawn A, McCullin M.: Fertility and reproduction in women with anorexia nervosa: A controlled study; J Clin Psychiatry 1999; 60: 130-135.
- 7. Bulik CM, Von Holle A, Hamer R, Berg CK, Torgersen L, Magnus P.: Patterns of remission, continuation and incidence of broadly defined eating disorders during early pregnancy in the Norwegian Mother and Child Cohort Study (MoBa). Psychological Medicine 2007; 37: 1109–1118.
- 8. Bulik CM, Von Holle A, Siega-Riz AM, Torgersen L, Lie KK, Hamer RM, Berg CK, Sullivan P, Reichborn-Kjennerud T.: Birth outcomes in women with eating disorders in the Norwegian Mother and Child cohort study (MoBa); Int J Eat Disord. 2009 Jan; 42(1): 9-18.
- Carter FA, McIntosh VVW, Joyce PR, Frampton CM, Bulik CM.: Bulimia nervosa, child-birth, and psychopathology; J Psychosom Res 2003; 55: 357-61.
- Conrad R., Schablewski L., Schilling M., Liedkte R.: Worsening of symptoms of bulimia nervosa during pregnancy; Psychosomatics, 2003; 44 (1): 76-78.
- 11. **Conti J, Abraham S, Taylor A.:** Eating behavior and pregnancy outcome. J Psychosom Res 1998; 44: 465.
- 12. Crow SJ, Keel PK, Thuras P, Mitchell JE.: Bulimia symptoms and other risk behaviors during pregnancy in women with bulimia nervosa; Int J Eat Disord 2004; 36: 220–3.
- 13. Crow SJ, Agras WS, Crosby R, Halmi K, Mitchell JE.: 13. Eating disorder symptoms in pregnancy: a prospective study; Int J Eat Disord. 2008 Apr; 41(3): 277-9.

C. Med. Psicosom, N° 105 - 2013 ___

- 14. Ekéus C, Lindberg L, Lindblad F, Hjern A.: Birth outcomes and pregnancy complications in women with a history of anorexia nervosa. BJOG 2006; 113: 925.
- 15. **Fahy T.A.:** Eating disorders in pregnancy; Psychol Medicine, 1991; 21: 577-580.
- 16. **Fahy T.A., Morrison L.:** The clinical significance of eating disorders in obstetrics; Br J Obstetrics and Gynaecology, 1993; 100: 708-710.
- 17. **Franko DL, Walton BE.:** Pregnancy and eating disorders: a review and clinical implications; Int J Eating Disorders, 1993; 13: 41-48.
- 18. Franko DL, Spurrell EB.: Detection and management of eating disorders during pregnancy. Obstet Gynecol 2000; 95: 942.
- 19. Franko DL, Blais MA, Becker AE, et al.: Pregnancy complications and neonatal outcomes in women with eating disorders. Am J Psychiatry 2001; 158: 1461.
- 20. **Hofberg K, Ward MR.:** Fear of birth, tocophobia and mental Health: The obstetric-psychiatric interface; Clinical Obstetrics and Gynecology 2004; 47 (3): 527-534.
- 21. **James DC.:** Eating disorders, fertility and pregnancy: relationships and complications; J Perinat Neonat Nurs, 2001; 15 (2): 36-48.
- 22. Koubaa S, Kouba S, Hällström T, et al.: Pregnancy and neonatal outcomes in women with eating disorders. Obstet Gynecol 2005; 105: 255.
- 23. Knoph Berg C, Bulik CM, Von Holle A, Torgersen L, Hamer R, Sullivan P, Reichborn-Kjennerud T.: Psychosocial factors associated with broadly defined bulimia nervosa during early pregnancy: findings from the Norwegian Mother and Child Cohort Study; Aust N ZJ Psychiatry. 2008 May; 42(5): 396-404.
- Lacey JH, Smith M.: Bulimia nervosa. The impact of pregnancy on mother and baby; Br J Psychiatry 1987; 150: 777–81.
- 25. **Lemberg R, Phillip J, Phillips R.:** The impact of pregnancy on anorexia nervosa and bulimia; Int J Eat Disord 1989; 8: 285–95.
- 26. Madsen IR, Hørder K, Støving RK.: Remission of eating disorder during pregnancy: five cases and brief clinical review; J Psychosom Obstet Gynaecol. 2009 Jun; 30(2): 122-6.

- 27. Manzato E, Zanetti T, Gualandi M.: Pregnancy in severe anorexia nervosa; Int J Eat Disord. 2009 Jan; 42(1):84-6.
- 28. Mazer-Poline C, Fornari V.: Anorexia nervosa and pregnancy: having a baby when you are dying to be thin—case report and proposed treatment guidelines; Int J Eat Disord. 2009 May; 42(4): 382-4.
- 29. Mikali N, Treasure J, Simonoff E.: Eating disorders symptoms in pregnancy: Alongitudinal study of women with recent and past eating disorders and obesity; J Psychosom Res 2007; 63: 297-303.
- 30. Micali N, Simonoff E, Treasure J.: Risk of major adverse perinatal outcomes in women with eating disorders. Br J Psychiatry 2007; 190: 255.
- 31. Mitchell-Gieleghem A, Mittelstaedt ME, Bulik CM.: Eating disorders and childbearing: concealment and consequences. Birth 2002; 29: 182.
- 32. Morgan JF, Lacey JH, Sedgwick PM.: Impact of pregnancy on bulimia nervosa; Br J Psychiatry 1999; 174: 135–40.
- 33. Patel P, Wheatcroft R, Park RJ, Stein A.: The children of mothers with eating disorders; Clinical Child & Family Psychology Review 2002; 5: 1–19.
- 34. Rocco PL, Orbitello B, Perini L, et al.: Effects of pregnancy on eating attitudes and disorders: a prospective study. J Psychosom Res 2005; 59: 175.
- 35. Russell GF, Treasure J, Eisler I.: Mothers with anorexia nervosa who underfeed their children: their recognition and management. Psychol Med 1998; 28: 93.
- 36. Sollid CP, Wisborg K, Hjort J, Secher NJ.: Eating disorder that was diagnosed before pregnancy and pregnancy outcome. Am J Obstet Gynecol 2004; 190: 206.
- 37. Stewart DE, Raskin J, Garfinkel PE, Mac-Donald OL, Robinson GE.: Anorexia nervosa, bulimia, and pregnancy; Am J Obstet Gynecol 1987; 157: 1194–8.
- 38. Turton P, Hughes P, Bolton H, Sedgwick P.: Incidence and demographic correlates of eating disorder symptoms in a pregnant population. Int J Eat Disord 1999; 26: 448.