

**INFLUENCIA DEL EMBARAZO EN LA EVOLUCIÓN DE UN  
TRASTORNO DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA**

**PREGNANCY'S INFLUENCE ON THE COURSE OF AN EATING  
DISORDER**

**Patricia Bolaños Ríos**

Correspondencia: Patricia Bolaños Ríos, [pbr@tcasevilla.com](mailto:pbr@tcasevilla.com)

Instituto de Ciencias de la Conducta, SCP

C/Virgen del Monte 31, CP: 41011, Sevilla

## **RESUMEN**

En el embarazo la creación de tejidos nuevos conlleva un aumento ponderal progresivo. Hay estudios que demuestran que el embarazo y el periodo neonatal pueden precipitar un TCA o incrementar la gravedad de dicho trastorno pero, además, debe tenerse en cuenta que el propio embarazo puede influir en la conducta alimentaria de un paciente con TCA. Por ello, es imprescindible la comunicación entre profesionales sanitarios y el aumento de peso debe estar controlado a fin de garantizar el correcto desarrollo del feto y la adecuada evolución del TCA de la madre. Para todo ello resulta relevante la educación nutricional.

**Palabras clave:** embarazo, trastornos de la conducta alimentaria, educación nutricional.

## **ABSTRACT**

During pregnancy the creation of new tissues leads to a progressive increase of weight. There are studies showing that the pregnancy and the neonatal period may precipitate an eating disorder (ED) or increase the severity of this disorder. In addition, it should be noted that pregnancy itself might influence the eating pattern of a patient with ED. In this way, the communication among health professionals is essential for the pregnant ED patients and weight gain should be controlled in order to ensure the proper development of the fetus and the appropriate course of the mother's ED. Nutrition education is relevant for these proposals.

**Key words:** pregnancy, eating disorders, nutrition education.

## **INTRODUCCIÓN**

El embarazo se considera una etapa anabólica, en la que la creación de tejidos nuevos conlleva un aumento ponderal progresivo (1). La ganancia de peso recomendada durante el embarazo cuando el índice de masa corporal (IMC) anterior a la gestación es normal es de 11,5-16 kg (2).

Las características maternas y ganancia de peso durante la gestación pueden determinar el peso del feto al nacer, especialmente, entre las variables predictivas del peso al nacimiento destacan la ganancia de peso total durante la gestación, el IMC previo al embarazo y el número de visitas al ginecólogo durante el embarazo. Por lo tanto, se confirma la asociación del estado nutricional antes y durante la gestación de la madre con el peso del feto al nacer (3).

Los cambios corporales experimentados durante el embarazo en una mujer con un trastorno de la conducta alimentaria (TCA), aumentan la sensación de obesidad, viviendo esta situación como pérdida de control manifestada en un aumento de ansiedad, ya que además de aumentar el volumen corporal (abdomen y mamas) aumenta el apetito (4).

Hay estudios que demuestran que el embarazo y el periodo neonatal pueden precipitar un TCA o incrementar la gravedad de dicho trastorno (5), influyendo significativamente las alteraciones en el comportamiento alimentario antes del parto, un bajo apoyo de la pareja o la depresión posparto (6).

Por otra parte, es necesario considerar otros factores que pueden influir en la alimentación de una mujer embarazada además del TCA, así como

problemas familiares, el rechazo del embarazo o por el contrario la sobreprotección por ser un embarazo muy deseado, que pueden provocar efectos de ansiedad, perturbación emocional y tristeza durante el embarazo influyendo en el futuro hijo (hiperactividad, irritabilidad, dificultades para conciliar el sueño) (7,8).

## **OBSERVACIÓN CLÍNICA**

Mujer de 26 años de edad, atendida por primera vez en febrero de 2012. En la citada fecha trabajaba como auxiliar de enfermería. Acude a la consulta acompañada por sus padres. La paciente está casada desde hace un año y medio. El núcleo familiar lo componen 4 miembros: la paciente, su hermano (4 años mayor que ella) y sus padres (su madre de 52 años y su padre de 55 años).

Con respecto a los antecedentes familiares recogidos en la entrevista, la madre padecía hipertiroidismo y fue sometida a tratamiento quirúrgico. No se observaron TCA, sobrepeso u obesidad. En cuanto a la patología psiquiátrica, se citó a una prima hermana paterna.

Como antecedentes personales, la paciente no refirió enfermedades orgánicas hasta el momento de la entrevista. Previamente había sido diagnosticada de Anorexia Nerviosa. No describió alergias o intolerancias conocidas. Menarquía a los 12 años. Refirió periodos de amenorrea de 2 meses.

La paciente comentó *“de pequeña siempre he sido gordita y quería perder peso, nunca me he visto bien”*. Este motivo es considerado por la paciente como el desencadenante del trastorno de la alimentación.

Cuando acude a consulta, la paciente se saltaba la media mañana y la merienda. Realizaba tres comidas al día: desayuno, almuerzo y cena desde junio de 2011 cuando comenzó con una nutricionista. En cuanto a los alimentos, solía tomar productos light, desnatados o integrales y no incluía fritos, dulces, chucherías, comida rápida, refrescos, legumbres, pasta, arroz, patatas, pescado, carne, huevo, pan ni embutidos en su alimentación habitual. La restricción de alimentos y cantidad era llevada a cabo por la propia iniciativa de la paciente sin seguir el consejo de ningún profesional.

La paciente no tiraba ni escondía comida. Sí solía desmenuzar los alimentos además de separar los diferentes ingredientes del plato en el momento de la ingesta. No se daba la presencia de picoteo entre horas. La velocidad para comer era excesivamente lenta, manifestando la paciente *“Me pongo muy nerviosa al comer acompañada”*. La paciente era la encargada de la cocina, y especialmente, de la preparación de sus comidas. No refirió episodios de sobreingesta en el ese momento, aunque destacó su existencia 6 años atrás, produciéndose dichos episodios durante un año y medio de forma aproximada. En el momento de la entrevista, el hecho de tomar dos dulces con un estado de ansiedad, hacía considerar esta situación como un atracón. Negó tener vómitos provocados aunque los había tenido en el pasado. Refirió potomanía. También en años previos a la entrevista tomó laxantes. Negó la toma de diuréticos o anorexígenos. Con respecto al ejercicio, manifestaba hiperactividad. Andaba una hora y media de forma diaria.

Al tratar la preocupación por el peso, la paciente admitió que pesarse se convirtió en una obsesión hasta junio de 2011 cuando comenzó con el

nutricionista, siendo éste el que desde entonces se encargaba del peso. Refirió gran autocrítica negativa. En el momento de la entrevista, la paciente se consideraba gorda, rechazando especialmente dos partes de su cuerpo, la barriga y las piernas. No toleraba ganancia de peso alguna y pensaba continuamente en el peso. Hacía trampas en el peso y se alegraba al perder. *“Aunque me guste la cifra que veo en la báscula nunca me lo creo”*. Destacaba su obsesión por mirarse en el espejo, manifestando emociones y pensamientos negativos, lo que se reflejaba, por ejemplo, en el tiempo que tarda en elegir la ropa que se ponía para salir. *“Me he apuntado muchas veces al gimnasio, pero siempre dejo de ir porque lo paso fatal al haber tantos espejos, no dejo de compararme”*.

Negó el consumo de drogas y alcohol. Afirmó el consumo de tabaco. Refirió auto-agresividad. Habían existido tentativas suicidas, siendo la última en diciembre de 2011 (ingesta de medicamentos). Las autolesiones en el momento de la entrevista eran puntuales, sin embargo 6 años atrás sí eran muy frecuentes.

La paciente refirió alexitimia en cuanto a la dificultad de expresión y descripción de sentimientos: *“No le cuento nada a nadie, tengo que estar muy mal para hacerlo”*. Se observaba importante dificultad de reconocer cambios corporales como la pérdida de peso.

En la exploración psicopatológica la paciente describió sensación de sueño poco reparador por despertar frecuente y dificultad para retomar el sueño. Se detectó inestabilidad emocional. La paciente manifestaba tristeza, tendencia

al llanto, apatía y anhedonia: *“no quiero que nadie me hable, sólo quiero dormir, no me soporto ni yo misma”*. Se apreciaba ideación negativa sobre ella y su futuro. Se observaba ansiedad flotante, taquicardia y temblor en las manos. La paciente destacó la pérdida de conocimiento en crisis de ansiedad. Existía tendencia rumiativa y la paciente sobredimensionaba cualquier tipo de situación. La paciente se describió como exigente y perfeccionista y obsesiva con el orden y la limpieza. Desde enero de 2012 la paciente tomaba Topiramato y Paroxetina.

Con respecto a la adaptación social, le resultaba complicado conocer gente nueva. Nunca había tenido un grupo de amigos. La tensión durante las comidas había alterado las relaciones familiares. Intentaba ir a comer con sus padres en días alternos. El día que no comía con ellos, la paciente destacaba la preocupación de éstos por saber si había realizado de manera adecuada las comidas. Manifestaba adecuada adaptación laboral.

Como se ha comentado previamente, la paciente refirió estar casada desde hacía año y medio: *“mi marido está harto, dice que no aguanta mis llantos, mis crisis...Me siento sola en el pueblo, le pido ayuda, él es de allí y tiene a su familia, pero yo no”*.

Describió un nivel muy bajo de autoestima. Manifestaba miedo a relacionarse con los demás. Al preguntar por las estrategias utilizadas de forma habitual para resolver problemas, la paciente no pedía ayuda, intentaba resolverlo sola y en el caso que no pudiese es cuando solicitaba dicha ayuda. Los problemas que dice temer más son los relacionados con su pareja. En

cuanto al manejo de emociones e impulsos, la paciente mostraba mal control cuando se enfrentaba a emociones negativas.

Cuando se planteó con la paciente la existencia de conciencia de enfermedad y motivación para el tratamiento, explicó *“No sé lo que me pasa, la mayor parte del tiempo no siento motivación”*.

La paciente manifestó un miedo intenso a ganar peso y una acusada insatisfacción con su cuerpo y partes de él *“No puedo mirarme en un espejo, pero lo primero que hago al entrar en el coche es bajar el espejito para comprobar continuamente el estado de mis piernas”*.

La paciente comentó que el trastorno de alimentación comenzó 13 años previos al momento de la entrevista. Cuando era pequeña, la paciente sufrió abuso por parte de un familiar durante 3 años. A los 9 años siguió tratamiento psiquiátrico. La paciente recuerda que aproximadamente con 11 años comenzó a tirar la comida cuando su madre no estaba en casa por trabajo. Con 20 años tuvo una relación de pareja, en la que sufrió maltrato psicológico y físico, lo que le llevó a padecer ataques de ansiedad, autolesiones, provocación del vómito, intentos de suicidio y agresividad verbal. La paciente ha realizado varios tratamientos psicológicos y psiquiátricos, así como el seguimiento por parte del nutricionista. En el momento de la entrevista, la paciente destacó la inexistencia de vómitos desde hacía tres años.

El IMC que la paciente describió como habitual era 20 (correspondiendo a un IMC totalmente normal), habiendo alcanzado 22 tres años antes durante uno de los tratamientos. El peso mínimo informado por la paciente,



correspondía a dos meses antes a la entrevista, con un IMC de 18.9. Sin embargo, éste era aún menor el día de la entrevista, siendo 18.8. Los datos de composición corporal fueron: 23% de masa grasa, 77% de masa libre de grasa y 56.3% de agua corporal. Con respecto a los signos clínicos explorados, se observó hipersensibilidad en la dentadura y encías, gran cantidad de llagas en la boca, palidez, sequedad en la piel y pérdida de cabello, así como edemas a la altura de los tobillos. Refirió cansancio de forma constante.

La paciente era la encargada de comprar los alimentos así como de organizar el menú semanal. La paciente mencionó la verdura y la fruta como los grupos de alimentos que prefería en su dieta habitual. Como técnica culinaria prefería la plancha y rechazaba los fritos. Al preguntar por su apetito, la paciente lo calificó de 0 en una escala de 0-10, destacando mejorar a la hora del desayuno. El consumo de agua era excesivo, siendo de 3 litros al día de forma aproximada. Nunca había tomado tipo alguno de suplementos, batidos o barras sustitutivas de comidas.

Solía realizar 3 ingestas al día, y si estaba sola menos (desayuno, almuerzo y cena). Por lo general, las comidas eran en casa, manteniendo horarios regulares (5-6 horas entre comidas).

Las comidas las realizaba sola o bien acompañada por su familia, y por lo general con algún tipo de distracción como la televisión además de mantener alguna conversación. Describió una estructura inadecuada en las comidas, ya que tomaba plato único (verduras), no tomaba pan y a veces finalizaba la

comida con la ingesta de una fruta como postre. La bebida habitual con la que acompañaba las comidas era agua, pero siempre al finalizar la ingesta.

La paciente valoraba de forma subjetiva la comida como un acto mecánico, siendo además obligatorio y con el que no disfrutaba: *“Sé que la comida es necesaria, pero para mi cabeza la hora de enfrentarse al plato es una tortura”*; *“como lo mínimo para tener fuerzas para ir a trabajar”*. Comía muy lento, tardando incluso una hora en cenar un trozo de queso fresco. Le gusta mucho cocinar, pero le suponía un gran esfuerzo todo aquello relacionado con la alimentación como el comprar los alimentos o manipularlos. Refirió algo de picoteo, especialmente cuando cocinaba dulces *“Cuando hago dulces no me controlo y picoteo algo, por lo que siempre suelo darlos”*. No refirió ingestas por la noche. Mencionó importante relación entre los estados de ánimo y la ingesta: la ansiedad o la tristeza disminuían la ingesta. Describió el volumen de los platos que se servía como pequeño y nunca repetía. Se terminaba toda la comida del plato. No solía comer fuera de casa, intentaba evitarlo.

Tras la valoración inicial por grupos de alimentos, se observó un consumo deficitario de arroz y pasta, legumbres, patatas, carne, pescado, huevo, lácteos, pan y cereales siendo excesivo el de verduras. Se pidió a la paciente un recuento de 24 horas correspondiente al día anterior:

- Desayuno: 1 rebanadas de pan integral con aceite y un café manchado con leche desnatada.

- Almuerzo: sopa de fideos.

- Cena: trozo de queso fresco y probó 2 trozos de tarta.

Al comenzar el tratamiento, se les explicaron a los padres de la paciente así como a ésta, pautas de alimentación así como un plan de vida (referente a horarios de comidas, comidas fuera de casa, control del baño, habitación y dinero). La paciente debería completar un registro semanal de alimentación, además de realizar fotos de las comidas. Durante la primera semana, debido a problemas familiares, la paciente tuvo que comer dos días fuera de casa. Destacó llevar *“un poco mejor”* el hecho de comer al estar controlada por su familia y por el hecho de tener que asistir a consulta. No tomó nada en las medias mañanas y sólo un café en las meriendas. En las fotos de esta primera semana se podía apreciar gran cantidad de restos en los platos. Tuvo además una boda, en la que ingirió alcohol y al día siguiente, para compensar la ingesta de ese día no tomó nada en el desayuno, media mañana ni cena. La ingesta que peor realizaba la paciente solía ser la cena, sólo basada en un poco de queso, yogur o tostada. A partir de este momento, los almuerzos los haría acompañada de su madre y las cenas de su marido. Además el desayuno debía ser antes de ir a trabajar. La estructura de las comidas debía ser: 1º plato, 2º plato, pan y postre.

En la segunda semana de tratamiento, tras la aplicación de las pautas la paciente se mostró más irritable. Destacó que lo que más le costaba cumplir era la realización del desayuno antes de ir a trabajar y el aumento de cantidad en las cenas. Mejoró las ingestas de media mañana y merienda, así como la estructura de almuerzo y cena. Los restos de comida también habían disminuido. En ese momento, el encargado de preparar y servir la cena era el marido. En esta ocasión se apreciaba que las cenas no eran correctas desde el punto de vista

nutricional, ni en cuanto a calidad ni cantidad (patatas aliñadas + pizza, sopa de fideos + lasaña + arroz con leche, pescado + tortilla o puré de calabacín + alcachofas servidas directamente de la lata de conserva. Mostraba interés en recuperarse en detalles como la propia iniciativa de tomar un plátano, fruta a la que temía bastante. Destacaba pasarlo mal en el trabajo, ya que allí sí debe manipular alimentos, las compañeras picoteaban y le insistían en que ella también lo hiciera, hablaban de dietas, de peso, etc. Destacaba llevar toda la semana sin ponerse vaqueros por el miedo a que le quedasen estrechos. Sentía menor *craving* (intenso deseo de consumir algún alimento en concreto) al realizar las 5 comidas. Intentaba buscar estrategias para evitar pensar en la comida, el peso, la enfermedad, el tratamiento, etc. Para mejorar las cenas, se indicaban menús con primeros y segundos establecidos.

A medida que avanzaba el tratamiento, el estado de ánimo y la insatisfacción corporal empeoraban dada la creencia por parte de la paciente de una excesiva ganancia de peso. El principal problema continuaban siendo las comidas organizadas por el marido, ya que intentaba que la paciente comiera todos los alimentos “conflictivos” (fritos, comida rápida, nata, salsas) desde el primer momento, además de servirle excesivas cantidades de comida. A pesar de todo, la paciente no protestaba y terminaba toda la comida, pero la ansiedad aumentaba. La situación le hacía sentirse culpable a pesar de su buena actitud frente al tratamiento. La paciente refirió molestias como poco apetito, gases o saciedad precoz.

Tras un mes de tratamiento, la paciente alcanzó un IMC de 20. De nuevo, seguía insistiendo en regular las cantidades de comida para adaptar la ingesta a las necesidades de la paciente y evitar, con esto, una continua ganancia de peso.

Gracias a la colaboración de los padres, el tema de las cantidades mejoró. Comenzó a sentir *craving* por los dulces. La paciente seguía con gran insatisfacción corporal pero intentaba no pensar. Desde el inicio del tratamiento la paciente no se pesaba “*aunque estoy deseando*”. Su peso ideal correspondía al IMC con el que llegó a tratamiento. Los sueños acerca del peso, así como de comentarios sobre su físico y la comida eran frecuentes.

A medida que avanzaba el tratamiento, la paciente se iba involucrando más en las comidas, tanto en la compra como en la organización y preparación. Además se comenzaba a servir sus platos. La paciente iba introduciendo todos aquellos alimentos que fueron excluidos como los dulces. En un principio lo hizo sintiendo *craving* que poco a poco fue desapareciendo.

En cuanto al estado de ánimo, éste iba fluctuando en función a su insatisfacción corporal, que empeoraba tras comentarios en el trabajo por parte de sus compañeras. En su evolución, la paciente iba aprendiendo a separar sus emociones en cuanto a su imagen de la alimentación. Para poner un ejemplo, la paciente en una de las visitas, destacó verse más gorda que una compañera de menor altura y con 15 kilos más que lo que pesaba la paciente en ese momento. Comenzaba a llevar dicha insatisfacción corporal de otra forma “*ya incluso me llego a reír*” y se enfrentaba a algunos miedos como ponerse ciertas prendas de ropa con las que se veía peor.

En cuanto a grupos de alimentos, el que presentaba más dificultad para ser introducido con normalidad era el pescado, dado su excesivo consumo antes de comenzar el tratamiento, siendo uno de los grupos que le hacían sentir segura.

Con respecto a la actividad física, al mantener un IMC de 20-21, la introdujo de forma regular. Al llegar de trabajar acostumbraba a ir una hora a andar.

En cuanto a su conducta alimentaria, también comenzó a normalizarse. El hecho de comer fuera de casa ya no suponía un problema, sabía adaptarse a las diferentes situaciones que se le planteaban. Empezó a disfrutar de las comidas, un hecho significativo fue mojar pan: *“Ahora me hace falta el pan para comer”*.

En el mes de julio, le llegó la noticia inesperada de que estaba embarazada de dos meses. Se desarrolló un tremendo terror a engordar y a que se le ensanchasen las caderas. Se comenzó a manifestar falta de apetito, asco por ciertos alimentos como el pescado (grupo con el que ya tenía problemas por el consumo excesivo antes del tratamiento). Al eliminar la medicación el descanso empeoró y la ansiedad aumentó. Al recibir la noticia de embarazo, se comenzó a ver más barriga de inmediato. Comenzaron las náuseas y vómitos. Se ponía ropa que descubría que le estaba estrecha, con tan solo dos meses de embarazo, en el trabajo las compañeras le hacían comentarios acerca de su físico, de lo que estaba engordando, etc. Tenía miedo a ser como su madre, que en el embarazo aumentó en 30 kilos su peso dada una importante retención de

líquidos. A medida que avanzaba el embarazo, desaparecieron las náuseas y los vómitos y comenzó a sentir *craving* (provocado en parte por la falta de medicación). Además le detectaron hipotiroidismo al tercer mes de embarazo, para lo que prescribieron medicación. Comenzó a picotear, a tomar más cantidad de comida y aumentó un poco el consumo de dulces, pero no aparecieron atracones. A pesar del aumento de cantidad de comida, la ingesta seguía siendo totalmente normal. La paciente seguía yendo a andar una hora al día.

El *food craving* fue desapareciendo a partir del cuarto mes de embarazo y de nuevo se produjo falta de apetito. Dada la excesiva ganancia de peso que estaba experimentando por la retención de líquidos, la ginecóloga la proporcionó una dieta para perder peso. Dicha dieta (1500 kcal) era superior a la ingesta que realizaba en el momento de la consulta con la ginecóloga, ya que el aporte calórico de la dieta de la paciente durante esta etapa del embarazo raramente alcanzaba las 1300 kcal. Por tanto, la paciente siguió con las mismas pautas de alimentación que hasta el momento. A partir de ahí, la falta de apetito se hizo cada vez más evidente, apareciendo además reflujo gastroesofágico, por lo que aún disminuyó más la cantidad. Entre el 5º y 6º mes de embarazo, la ganancia de peso se ralentizó, lo que ayudó a la paciente a asimilar mejor su imagen corporal.

A pesar de aceptar que esta ganancia de peso es debida al embarazo y a la retención de líquidos, en algunas ocasiones la paciente se muestra bastante triste y agobiada. Siente vergüenza al salir a la calle, no puede dejar de mirarse, ni siquiera se reconoce en el espejo.

En la semana 32 de embarazo, el IMC es de 28.4. La evolución del feto es correcta. La ginecóloga la felicita dado que es admirable la forma en la que lleva el embarazo, a pesar de la ganancia de peso excesiva con un TCA previo y además presente.

## **DISCUSIÓN**

- En las pacientes embarazadas con TCA, es imprescindible la comunicación entre ginecólogos/as y el equipo profesional que lleve a cabo el tratamiento del TCA, con objeto de facilitar el éxito del embarazo, tanto para la madre como para el feto.

- El aumento de peso debe estar controlado de forma exhaustiva en pacientes embarazadas con TCA. Una ganancia deficitaria puede provocar problemas de desnutrición tras el parto a la madre, así como problemas en el feto. Una ganancia excesiva, además puede dar lugar a un retroceso en la evolución psicológica de la paciente.

- La educación nutricional es esencial a lo largo del embarazo, y especialmente en pacientes con TCA.

## **REFERENCIAS**

1. Requejo AM, Ortega RM. Nutriguía: manual de nutrición clínica en atención primaria. Madrid: Editorial Complutense; 2000. p. 61-68; 318-322; 325-327.



2. Institute of Medicine of the National Academies [homepage in the Internet]. Weight gain during pregnancy: reexamining the Guidelines. Available from: [www.nap.edu](http://www.nap.edu)
3. De Carvalho Padilha P, Accioly E, Chagas C, Portela E, Da Silva CL, Saunders C. Birth weight variation according to maternal characteristics and gestational weight gain in Brazilian women. *Nutr Hosp* 2009;24(2):207-212.
4. De Luis DA, Aller de la Fuente R, Izaola O. Fertilidad y embarazo en los trastornos de la conducta alimentaria. En: Miján de la Torre A. *Nutrición y Metabolismo en Trastornos de la Conducta Alimentaria*. Barcelona: Glosa; 2004. p. 449-455.
5. Raevuori A, Niemelä S, Keski-Rahkonen A, Sourander A. Early risk factors of eating disorders--do events of prenatal and perinatal periods bear significance? *Duodecim* 2009;125(1):38-45.
6. Lai BP, Tang CS, Tse WK. A longitudinal study investigating disordered eating during the transition to motherhood among Chinese women in Hong Kong. *Int J Eat Disord* 2006;39(4):303-311.
7. Costa M. *Modelo de competencia en salud comunitaria*. Barcelona: Editorial Martínez Roca; 2000. p. 65-72.
8. Costa M, López E. *Salud comunitaria*. Barcelona: Editorial Martínez Roca; 1996. p. 135-143.