



# REVISTA MÉDICA CLÍNICA LAS CONDES

<https://www.journals.elsevier.com/revista-medica-clinica-las-condes>

## Trastornos de la conducta alimentaria en el embarazo

*Eating disorders in pregnancy*

María José Mackenna<sup>a</sup>, María José Escaffi<sup>a</sup>, Trinidad González<sup>a</sup>, María José Leiva<sup>b</sup>, Claudia Cruzat<sup>c</sup>.

<sup>a</sup> Médico Nutrióloga, Centro de Nutrición y Bariátrica, Clínica Las Condes. Santiago, Chile.

<sup>b</sup> Magíster Psicología Clínica, Centro de Nutrición y Bariátrica, Clínica Las Condes. Santiago, Chile.

<sup>c</sup> Doctora en Investigación en Psicoterapia, Magíster en Psicoterapia, Centro de Estudios de la Conducta Alimentaria (CECA), Escuela de Psicología Universidad Adolfo Ibáñez. Santiago, Chile.

### INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

#### Historia del Artículo:

Recibido: 07 03 2020.  
Aceptado: 03 06 2020.

#### Palabras clave:

Trastornos de la Conducta Alimentaria y Embarazo; Anorexia Nerviosa; Bulimia Nerviosa; Trastorno por Atracón.

#### Key words:

Eating Disorders and Pregnancy; Anorexia Nervosa; Bulimia Nervosa; Binge Eating Disorder.

### RESUMEN

*Los trastornos de la conducta alimentaria afectan a mujeres en edad fértil, sin embargo, la intersección de éstos y el embarazo es aún pobremente comprendida, existiendo aún datos limitados en la literatura. Esta revisión narrativa resume la evidencia actual acerca de los trastornos alimentarios durante el embarazo: su prevalencia, curso, el impacto que éstos tienen en la salud materna, fetal y en su descendencia, así como posibles estrategias de intervención.*

### SUMMARY

*Eating disorders affect women of childbearing age, however, their intersection with pregnancy is still poorly understood, while there is still limited data in the literature. This narrative review summarizes the current evidence about eating disorders during pregnancy: their prevalence, course, the impact they have on maternal, fetal and offspring health, as well as possible intervention strategies.*

✉ Autor para correspondencia  
Correo electrónico: [josemackenna@gmail.com](mailto:josemackenna@gmail.com)

<https://doi.org/10.1016/j.rmcl.2020.06.002>  
e-ISSN: 2531-0186/ ISSN: 0716-8640/© 2019 Revista Médica Clínica Las Condes.  
Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).



## INTRODUCCIÓN

Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA), son un grupo de enfermedades que afectan típicamente a mujeres en edad reproductiva, e incluyen anorexia nerviosa (AN), bulimia nerviosa (BN) y trastorno por atracón (TA), entre otros, existiendo frecuentemente una alteración en la percepción del peso y la imagen corporal<sup>1</sup>.

Los TCA pueden tener un impacto tremendo y devastador en la salud de quienes los padecen, pudiendo ser incluso amenazantes para la vida, causando complicaciones como osteoporosis, erosiones dentales, problemas gastrointestinales, falla renal y cardíaca; lo que, en conjunto con un mayor riesgo suicida, resulta en una elevada mortalidad<sup>2,3</sup>. La comorbilidad con trastornos del ánimo como depresión y ansiedad e impedimentos sociales y laborales también son comunes<sup>4</sup>. Sin embargo, a pesar del impacto físico, psicológico y social de estos trastornos, la intersección entre los TCA y el embarazo aún es pobremente comprendida.

Hasta antes del año 2000, existían escasos datos en la literatura con respecto a este tema, con estudios en muestras pequeñas. En los últimos años, se han publicado más estudios, que han abordado la prevalencia, el curso y los riesgos en relación con los TCA en el embarazo y postparto. La asociación entre los TCA en el embarazo, parto y resultados obstétricos, maternos y en la descendencia de estas mujeres han sido también foco de investigación. Estos hallazgos indican que los TCA durante el embarazo son relativamente frecuentes y confieren riesgos en la salud tanto para la madre como para sus hijos, en relación al sueño, resultados perinatales, nutrición materna y alimentación infantil<sup>5</sup>.

Por otra parte, muchas veces los TCA pasan desapercibidos, debido a que las pacientes lo viven en silencio, con altos niveles de sufrimiento personal y estigmatización. Tampoco informan a su tratante acerca de esto<sup>6,7</sup>, lo que puede deberse tanto al temor al estigma como al temor a que el revelar su problema pueda ser percibido por los profesionales de una manera negativa<sup>8</sup>. Existe a la vez entre los profesionales de la salud un desconocimiento generalizado acerca de estas patologías, por lo que muchas mujeres con TCA no son diagnosticadas ni tratadas durante el embarazo, todo lo cual puede agravar esta situación<sup>9</sup>.

## PREVALENCIA

La prevalencia de estas enfermedades en mujeres embarazadas es de un 7,5% incluyendo TCA subclínicos (que no se ajustan claramente a las categorías definidas en el Manual de Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, DSM-5 por sus siglas en inglés)<sup>10</sup>. Un estudio reportó que un 27% de las mujeres presentaban características psicológicas y comportamientos asociados a TCA durante el embarazo<sup>11</sup>. Esta discrepancia en las cifras se debe

probablemente en parte, a los distintos criterios e instrumentos utilizados para definir los TCA.

En Chile, el único trabajo publicado que ha estudiado la prevalencia de TCA durante el embarazo, fue realizado el año 2008 en la Universidad de Valparaíso en mujeres atendidas en atención primaria, en el que se observó un 23,4% de conductas alimentarias anormales en una muestra de 141 pacientes, superando ampliamente las cifras planteadas para TCA clínicos<sup>12-16</sup>. No se han realizado estudios de prevalencia de TCA en Chile en el sistema privado, lo que sería interesante de estudiar debido a que existe evidencia en la literatura de que un alto nivel sociocultural está asociado a mayor riesgo de TCA<sup>17-19</sup>.

## Efecto de los TCA en la función reproductiva

A pesar de que la fertilidad en mujeres que padecen de un TCA puede verse afectada en períodos de mayor gravedad, muchas mujeres con una historia de TCA o un TCA actual pueden concebir incluso con peso bajo e independientemente del curso del trastorno. Existe una alta prevalencia de mujeres con TCA en clínicas de fertilidad, encontrándose un 7,6% de AN o BN en un estudio realizado por Stewart et al.<sup>20</sup>.

Un estudio de seguimiento de 140 mujeres previamente hospitalizadas por AN mostró una tasa de fertilidad reducida a un tercio del esperado<sup>21</sup>, mientras que otro estudio de seguimiento de 70 mujeres con AN, mostró tasas de embarazo similares entre mujeres con historia de AN en el pasado o AN activa versus los controles<sup>22</sup>. La diferencia en estos datos podría estar dada principalmente por el tiempo de seguimiento y la diferencia en la gravedad de los casos.

En mujeres con BN, el embarazo aparece como un evento más frecuente dado que las mujeres con este trastorno a menudo tienen un peso normal y están más frecuentemente en una relación de pareja. En un estudio de seguimiento a 5-10 años, en mujeres con BN, se observó un 19% de infertilidad<sup>23</sup>, mientras que en otro estudio de seguimiento a 10-15 años no se observó alteraciones en la fertilidad en estas pacientes<sup>24</sup>.

Dado que las alteraciones menstruales como la amenorrea o la oligomenorrea en mujeres con TCA son frecuentes, existe el concepto errado de que la mujer con TCA no puede concebir, lo que lleva a que presenten embarazos no planificados con mayor frecuencia que la población general. A esto se suma probablemente la mala adherencia al uso de métodos anticonceptivos y la asociación con conductas purgativas (vómitos) por parte de quienes padecen un TCA<sup>25</sup>. En el estudio noruego realizado en mujeres embarazadas con AN, Bulik et al.<sup>25</sup> reportaron un 50% de embarazos no deseados en AN versus 18,9% en el grupo sin TCA. Con tasas corregidas por edad materna y tratamiento de fertilidad, el embarazo no deseado fue 2,11 veces más alto en el

grupo con AN, y las tasas de aborto inducido en el pasado fueron de 24,2% en mujeres con AN versus 14,6% en mujeres sin TCA. En BN, las tasas de embarazo no planificado llegan hasta 30 veces más que en mujeres sin TCA.

### CURSO DE LOS TCA DURANTE EL EMBARAZO

El embarazo puede ser un período especialmente estresante para las mujeres, debido a los cambios en el peso, en la imagen corporal y a la ansiedad gatillada por la sensación de pérdida de control. Esto puede afectar tanto a mujeres con o sin TCA<sup>26</sup>.

Mujeres con un TCA o una historia pasada de TCA son más vulnerables a estos cambios en la imagen corporal y otros cambios físicos y hormonales sobre los cuales no tienen control<sup>27</sup>. Dado lo anterior, el embarazo puede ser de riesgo para el inicio o reactivación de un TCA<sup>28-31</sup>.

No existe un comportamiento uniforme que ocurra en mujeres con TCA cuando se embarazan. Para algunas de ellas la preocupación por la salud de su hijo por nacer puede motivarlas al cese completo de sus conductas alimentarias anormales, con una recuperación durante el embarazo que se mantiene en el postparto. Otras pueden tener una mejoría parcial, con recaída posterior, mientras que para otro grupo su TCA se mantiene igual o incluso empeora<sup>28,31</sup>.

### IMPLICANCIAS EN LA SALUD MATERNA Y FETAL

Es sabido que una nutrición adecuada durante el embarazo y una adecuada ganancia de peso es crucial para el desarrollo fetal y que el estrés materno genera efectos deletéreos en su descendencia. Existe evidencia de que mujeres que cursan un embarazo con un TCA tienen mayores complicaciones durante el embarazo, parto y resultados perinatales adversos. En cuanto a los problemas maternos existe mayor prevalencia de malestar psicológico, ansiedad, depresión materna, anemia, hiperémesis gravídica, problemas con la reparación de la episiotomía y mayores dificultades con la lactancia materna. En cuanto a problemas asociados al feto, existe mayor riesgo de abortos, de recién nacidos pequeños para la edad gestacional, de restricción de crecimiento uterino, parto prematuro, microcefalia, macrosomía, hipertensión durante el embarazo, diabetes gestacional e incluso muerte fetal<sup>32-37</sup>.

Hacen falta más estudios para poder realizar comparaciones entre determinados "outcomes" en la salud materna y fetal según los distintos tipos de TCA, sin embargo, a continuación, se describen los hallazgos más relevantes en relación con este tema.

El riesgo de aborto aumenta en BN y en TA, mientras que el aumento de abortos en AN no ha podido ser confirmado según los estudios publicados en la literatura. El TA se asocia a obesidad,

la cual también está asociada a infertilidad y aumento del riesgo de aborto. El TA también se asoció a un riesgo 4 veces mayor de recién nacidos grandes para la edad gestacional, mayor cantidad de partos por cesárea, diabetes gestacional e hipertensión en el embarazo<sup>33,35</sup>.

En una revisión sistemática de 18 artículos publicada recientemente por Charbonneau et al.<sup>34</sup>, se encontró 3 veces más riesgo de aborto en TA, y 2,6 veces más riesgo de éste en BN activa que con antecedentes de BN en el pasado. En cuanto a riesgo de parto prematuro, se encontró 2 a 3 veces más riesgo en pacientes con TCA en general y 4,6 veces más riesgo en el subgrupo de AN. En cuanto a restricción de crecimiento intrauterino, se encontró 3 veces más riesgo en pacientes con historia previa de TCA, siendo mayor el riesgo en AN activa, donde el bajo índice de masa corporal previo al embarazo sería el factor de riesgo para recién nacidos de bajo peso. En cuanto a los recién nacidos grandes para la edad gestacional, el mayor riesgo se observa en el TA, lo que se explicaría por qué las mujeres con este trastorno presentan mayor IMC previo al embarazo y mayor ganancia de peso durante este período. Sin embargo, las limitaciones de este estudio son que no existe información acerca del índice de masa corporal previo al embarazo ni tampoco de la ganancia de peso durante éste, que la mayoría de los estudios analizados corresponden a muestras pequeñas y que algunos estudios no definen específicamente el tipo de TCA, además de no separar antecedentes de historia de TCA en el pasado, de presencia de TCA activo. Sin embargo, dado los peores resultados maternos y fetales en mujeres con TCA, los autores destacan la importancia de posponer el embarazo hasta la total remisión del TCA.

En un estudio sueco publicado recientemente<sup>38</sup>, se observó el doble de riesgo de hiperémesis gravídica en pacientes con todos los subtipos de TCA. En mujeres embarazadas con AN, se observó un 60% más de riesgo de hemorragia preparto, sin diferencias en hemorragia postparto en mujeres con y sin TCA. En mujeres con BN o TCA no especificado se observó un 30% y 10% más de riesgo de anemia materna respectivamente. En cuanto a recién nacidos de pretérmino, se observó un 60% más de parto prematuro en AN en comparación a mujeres no expuestas a TCA, mientras que en BN y TCA no especificados el aumento del riesgo fue menor, aunque con significancia estadística (30% y 40% respectivamente). En este mismo estudio, se observó que el riesgo de tener un hijo pequeño para la edad gestacional fue de un 40% mayor en mujeres con AN y de un 20% mayor en mujeres con TCA no especificado versus mujeres no expuestas. La AN materna se asoció a casi el doble de riesgo de tener un recién nacido con microcefalia, la BN se asoció a un riesgo de 60% más y los TCA no especificados con un 40% más de riesgo de microcefalia.

En un estudio realizado en Finlandia por Linna et al.<sup>33</sup>, se observó que un muy bajo puntaje en el Apgar al minuto de nacimiento

fue más común en recién nacidos de mujeres con BN en comparación con mujeres no expuestas a TCA y que recién nacidos de madres con AN tuvieron 4 veces más riesgo de muerte perinatal.

## IMPLICANCIAS EN LA DESCENDENCIA

### Ciclo de riesgo, lactancia materna, depresión y ansiedad y efectos en el desarrollo cognitivo, conductual y emocional de los niños

#### “Ciclo de riesgo”

A pesar de la suficiente evidencia de los distintos resultados adversos de los TCA directamente en la madre y su embarazo, los efectos de los TCA no se limitan exclusivamente al período del embarazo. Bulik et al.<sup>39</sup> fueron los primeros en describir el “ciclo de riesgo” que puede jugar un rol en la AN, donde una malnutrición durante el embarazo en mujeres con bajo peso debido a un TCA, puede llevar a complicaciones en el recién nacido; como parto prematuro, bajo peso al nacer y puntuaciones más bajas en el “APGAR score”; que predisponen a éstos al desarrollo tanto de enfermedades metabólicas crónicas como de un TCA en el futuro<sup>39</sup>. Debido a lo anterior, para romper este ciclo de riesgo, es fundamental implementar medidas que aseguren una adecuada nutrición y apoyo a las mujeres con TCA, previo y durante el embarazo.

## LACTANCIA MATERNA

La lactancia materna otorga numerosos beneficios para la madre y el niño. Los niños alimentados con lactancia materna son menos susceptibles de presentar enfermedades infecciosas, diabetes, leucemia, enfermedades gastrointestinales y respiratorias y muerte súbita, mientras que las madres que amamantan disminuyen su riesgo de diabetes y cáncer de mama y de ovario<sup>40</sup>.

Diversos estudios han descrito que las mujeres con TCA tienen mayores dificultades con la lactancia materna. Un estudio sueco encontró que tanto mujeres con historia previa de TCA como con TCA activo, presentaron tasas significativamente mayores de cese de la lactancia materna a los 3 meses postparto<sup>41</sup>. En el estudio noruego de Torgersen et al.<sup>42</sup>, se observó un mayor riesgo de cese de la lactancia materna antes de los 6 meses postparto para todos los subgrupos de TCA en comparación a mujeres sanas. Luego de ajustarse por índice de masa corporal materno, edad, educación, peso al nacer y recién nacidos de pretérmino, sólo en madres con AN (HR 2,35; IC95% 1,22-4,53) y en TCA no especificados con conductas purgativas (HR 1,95; IC95% 1,08-3,53) se observó un aumento del riesgo de cese precoz de la lactancia materna.

El cese precoz de la lactancia materna puede deberse a dificultades en la producción de leche, la cual es dependiente de una compleja cascada hormonal y de factores nutricionales que pueden estar alterados en mujeres con TCA, como la restric-

ción calórica o las conductas de purgas. Los resultados sugieren que las intervenciones que apoyan la lactancia materna pueden ser una manera de mejorar la salud de la madre y del niño en mujeres con TCA<sup>5</sup>.

### DEPRESIÓN Y ESTRÉS MATERNO Y SU IMPACTO EN LA DESCENDENCIA: DESARROLLO COGNITIVO, CONDUCTUAL Y EMOCIONAL DE LOS NIÑOS

La depresión postparto es el trastorno psiquiátrico materno más frecuente y tiene una prevalencia descrita en la literatura con tasas que van desde un 15 a un 20%. El estrés materno puede tener efectos deletéreos en la descendencia, y se ha descrito relación entre depresión materna y efectos negativos en sus hijos, como alteración del lenguaje y de las competencias sociales<sup>43</sup>. En presencia de un TCA, las tasas de depresión materna aumentan a más de 30%, y las tasas de ansiedad materna a casi un 50%<sup>44</sup>. También existe evidencia de que los hijos de madres con TCA presentan mayor prevalencia de alteraciones en el desarrollo, reflejándose esto en alteraciones del lenguaje, del desarrollo motor y de las competencias sociales<sup>45-47</sup>.

Un estudio que abordó el efecto de los TCA maternos en los resultados neurobiológicos de sus hijos, encontró que los hijos de madres con TCA presentaron alteraciones en el desarrollo neurobiológico tempranamente al nacer y peores resultados en lenguaje y desarrollo motor al año de vida. Los recién nacidos de madres con TCA tendrían alteración de estabilidad del sistema autónomo, es decir, tendrían mayor dificultad en controlar la respiración y la temperatura corporal. El sistema autonómico es base para el desarrollo de otros sistemas, por lo tanto, estos niños tendrían además alteraciones en el temperamento y reactividad al estrés en la infancia. Estos resultados sugieren evidencia de marcadores neurobiológicos tempranos en niños de riesgo<sup>47</sup>.

## ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN

Las implicancias clínicas y fisiológicas que tienen los TCA en las mujeres embarazadas y en su descendencia, hacen necesario la asignación de recursos para la detección precoz y el manejo de estas pacientes a través de un enfoque multidisciplinario que incluya obstetras, matronas, psicólogos y psiquiatras, nutricionistas y nutriólogos, entre otros profesionales de la salud. Toma importancia también la formación y educación en este tema dentro de los mismos profesionales que se enfrentan al control y manejo de estas pacientes, debido a que existe aún un desconocimiento generalizado de estas patologías y de su impacto a corto y largo plazo en la salud materna, fetal y en los hijos de las mujeres que padecen estos trastornos<sup>49</sup>.

Es de conocimiento universal que los profesionales que trabajan en salud mental con mujeres con TCA deben realizar un trabajo

en conjunto con el equipo de obstetricia con el objetivo de mejorar el cuidado de las mujeres con TCA. Si bien se requiere mayor evidencia en cuanto a la efectividad e impacto del trabajo multidisciplinario en los resultados maternos y fetales, la detección precoz y el tratamiento de las mujeres que padecen un TCA durante el embarazo es fundamental para prevenir las complicaciones que éstos conllevan, siendo beneficioso el consejo reproductivo a las mujeres afectadas<sup>49,50</sup>.

Schmidt et al. realizaron diversos estudios controlados aleatorizados comparando el efecto de distintas estrategias de intervención en mujeres con AN. En particular, se encontró que la terapia psicológica mejoró los resultados en el grupo de pacientes con AN tratadas en forma ambulatoria y que un programa de prevención de recaídas a través de mails aumentó el índice de masa corporal y disminuyó el estrés materno a los 12 meses del alta<sup>51</sup>. Proponemos que dichas intervenciones preventivas pueden beneficiar también al grupo de mujeres embarazadas con TCA, junto a su abordaje multidisciplinario.

## SÍNTESIS

Los TCA son un grupo de enfermedades de alta prevalencia en mujeres en edad fértil. Los datos revisados permiten hipotetizar que existe un sub-diagnóstico de éstos en el embarazo y dados los riesgos y consecuencias negativas que éstos conllevan, tanto en la salud y el funcionamiento psicosocial de la madre como en la de su descendencia que tiene el no diagnóstico de los TCA, se torna especialmente relevante generar espacios de capacita-

ción y actualización a los profesionales que trabajan con mujeres embarazadas para pesquisar estos casos a tiempo y derivarlos a un tratamiento especializado.

Existen escasos estudios y aún menos estudios concluyentes sobre la relación entre los TCA y el embarazo; ésta puede ser una etapa de remisión para muchos, pero no para todos los casos. Los estudios indican por un lado riesgo para mujeres con síntomas activos y en el otro extremo encontramos pacientes con embarazos exitosos y sin complicaciones. El postparto puede ser una etapa desafiante para mujeres con TCA, debido a que dichas pacientes presentan mayor riesgo de depresión postparto y problemas en lactancia y alimentación del recién nacido, por lo que dada la evidencia de resultados negativos en mujeres e hijos de madres con TCA, la identificación y tratamiento precoz es muy importante. De esta forma, el embarazo puede ser un excelente período para identificación y tratamiento de TCA, ya que las mujeres podrían estar más abiertas a cambios y ofrecer un tratamiento en esta etapa puede hacer que estos cambios perduren más en el tiempo. Faltan más estudios, especialmente en la literatura hispanoamericana. Es importante seguir estudiando nuestra realidad local; de esta manera, se podrá trabajar en programas de prevención, detección precoz y tratamiento oportuno en estas pacientes, a la vez que desarrollar más investigación en esta área que está aún poco explorada, con el objetivo de que el reconocimiento e intervención temprana con un enfoque multidisciplinario mejore el curso y pronóstico del embarazo, el parto y el puerperio, con beneficios tanto para la madre como para su descendencia.

## Declaración de conflicto de interés

Las autoras declaran no tener conflictos de intereses.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. American Psychiatric Association: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition*. Arlington, VA: American Psychiatric Association, 2013.
2. Pomeroy C, Mitchell JE. *Medical complications of anorexia nervosa and bulimia nervosa. Eating disorders and obesity: A comprehensive handbook*. 2002; 2:278-85. ISBN: 1572306882.
3. Arcelus J, Mitchell AJ, Wales J, Nielsen S. Mortality rates in patients with anorexia nervosa and other eating disorders. A meta-analysis of 36 studies. *Arch Gen Psychiatry*. 2011 Jul;68(7):724-31. doi: 10.1001/archgenpsychiatry.2011.74.
4. Hudson JI, Hiripi E, Pope HG Jr, Kessler RC. The prevalence and correlates of eating disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Biol Psychiatry*. 2007 Feb 1;61(3):348-58. doi: 10.1016/j.biopsych.2006.03.040.
5. Watson HJ, Torgersen L, Zerwas S, Reichborn-Kjennerud T, Knop C, Stoltenberg C, et al. *Eating Disorders, Pregnancy, and the Postpartum Period: Findings from the Norwegian Mother and Child Cohort Study (MoBa)*. *Nor Epidemiol*. 2014 Jan 1;24(1-2):51-62. doi: 10.5324/nje.v24i1-2.1758.
6. Freizinger M, Franko DL, Dacey M, Okun B, Domar AD. The prevalence of eating disorders in infertile women. *Fertil Steril*. 2010 Jan;93(1):72-8. doi: 10.1016/j.fertnstert.2008.09.055.
7. Morgan JF, Lacey JH, Chung E. Risk of postnatal depression, miscarriage, and preterm birth in bulimia nervosa: retrospective controlled study. *Psychosom Med*. 2006 May-Jun;68(3):487-92. doi: 10.1097/01.psy.0000221265.43407.89.
8. Mason Z, Cooper M, Turner H. The experience of pregnancy in women with a history of anorexia nervosa: An interpretive phenomenological analysis. *J Behav Addict*. 2012 Jun;1(2):59-67. doi: 10.1556/JBA.1.2012.2.3.
9. Bye A, Shawe J, Bick D, Easter A, Kash-Macdonald M, Micali N. Barriers to identifying eating disorders in pregnancy and in the postnatal period: a qualitative approach. *BMC Pregnancy*

- Childbirth. 2018 May 15;18(1):114. doi: 10.1186/s12884-018-1745-x.
10. Easter A, Bye A, Taborelli E, Corfield F, Schmidt U, Treasure J, Micali N. Recognising the symptoms: how common are eating disorders in pregnancy? *Eur Eat Disord Rev.* 2013 Jul;21(4):340-4. doi: 10.1002/erv.2229.
  11. Broussard B. Psychological and behavioral traits associated with eating disorders and pregnancy: a pilot study. *J Midwifery Womens Health.* 2012 Jan-Feb;57(1):61-6. doi: 10.1111/j.1542-2011.2011.00089.x.
  12. Behar R. Trastornos de la conducta alimentaria: Clínica y epidemiología. En: Behar R, Figueroa G, editores. *Trastornos de la conducta alimentaria. Segunda Edición.* Santiago de Chile: Mediterráneo, 2010. p.121-147.
  13. Behar R, González J, 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. doi: 10.4067/S0717-75262008000300004.
  14. Behar R. Trastornos de la Conducta Alimentaria, Embarazo y Puerperio. *MÉD. UIS.* 2013;26(1):21-8.
  15. Mitchell AM, Bulik CM. Eating disorders and women's health: an update. *J Midwifery Womens Health.* 2006 May-Jun;51(3):193-201. doi: 10.1016/j.jmwh.2006.01.005.
  16. Rodríguez-Blanque R, Sánchez-García JC, Menor-Rodríguez MJ, Sánchez-López AM, Aguilar-Cordero MJ. Trastornos alimentarios durante el embarazo. *JONNPR.* 2018;3(5):347-356. doi: 10.19230/jonnpr.2388.
  17. O'Brien KM, Whelan DR, Sandler DP, Hall JE, Weinberg CR. Predictors and long-term health outcomes of eating disorders. *PLoS One.* 2017 Jul 10;12(7):e0181104. doi: 10.1371/journal.pone.0181104.
  18. Razaz N, Cnattingius S. Association between maternal body mass index in early pregnancy and anorexia nervosa in daughters. *Int J Eat Disord.* 2018 Aug;51(8):906-913. doi: 10.1002/eat.22921.
  19. Sundquist J, Ohlsson H, Sundquist K, Kendler KS. Common adult psychiatric disorders in Swedish primary care where most mental health patients are treated. *BMC Psychiatry.* 2017 Jun 30;17(1):235. doi: 10.1186/s12888-017-1381-4.
  20. Stewart DE, Robinson E, Goldbloom DS, Wright C. Infertility and eating disorders. *Am J Obstet Gynecol.* 1990 Oct;163(4 Pt 1):1196-9. doi: 10.1016/0002-9378(90)90688-4.
  21. Brinch M, Isager T, Tolstrup K. Anorexia nervosa and motherhood: reproduction pattern and mothering behavior of 50 women. *Acta Psychiatr Scand.* 1988 May;77(5):611-7. doi: 10.1111/j.1600-0447.1988.tb05175.x.
  22. 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 Feb;60(2):130-5; quiz 135-7. doi: 10.4088/jcp.v60n0212.
  23. Abraham S. Sexuality and reproduction in bulimia nervosa patients over 10 years. *J Psychosom Res.* 1998 Mar-Apr;44(3-4):491-502. doi: 10.1016/s0022-3999(97)00272-9.
  24. Crow SJ, Thuras P, Keel PK, Mitchell JE. Long-term menstrual and reproductive function in patients with bulimia nervosa. *Am J Psychiatry.* 2002 Jun;159(6):1048-50. doi: 10.1176/appi.ajp.159.6.1048.
  25. Bulik CM, Hoffman ER, Von Holle A, Torgersen L, Stoltenberg C, Reichborn-Kjennerud T. Unplanned pregnancy in women with anorexia nervosa. *Obstet Gynecol.* 2010 Nov;116(5):1136-40. doi: 10.1097/AOG.0b013e3181f7efdc.
  26. Coker E, Abraham S. Body weight dissatisfaction before, during and after pregnancy: a comparison of women with and without eating disorders. *Eat Weight Disord.* 2015 Mar;20(1):71-9. doi: 10.1007/s40519-014-0133-4.
  27. Koubaa S, Hällström T, Hirschberg AL. Early maternal adjustment in women with eating disorders. *Int J Eat Disord.* 2008 Jul;41(5):405-10. doi: 10.1002/eat.20521.
  28. Bulik CM, Von Holle A, Hamer R, Knoph Berg C, Torgersen L, Magnus P, Stoltenberg C, Siega-Riz AM, Sullivan P, Reichborn-Kjennerud T. Patterns of remission, continuation and incidence of broadly defined eating disorders during early pregnancy in the Norwegian Mother and Child Cohort Study (MoBa). *Psychol Med.* 2007 Aug;37(8):1109-18. doi: 10.1017/S0033291707000724.
  29. Silveira ML, Ertel KA, Dole N, Chasan-Taber L. The role of body image in prenatal and postpartum depression: a critical review of the literature. *Arch Womens Ment Health.* 2015 Jun;18(3):409-21. doi: 10.1007/s00737-015-0525-0.
  30. Fogarty S, Elmir R, Hay P, Schmied V. The experience of women with an eating disorder in the perinatal period: a meta-ethnographic study. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2018 May 2;18(1):121. doi: 10.1186/s12884-018-1762-9.
  31. Tierney S, Fox JR, Butterfield C, Stringer E, Furber C. Treading the tightrope between motherhood and an eating disorder: a qualitative study. *Int J Nurs Stud.* 2011 Oct;48(10):1223-33. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2010.11.007
  32. 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. doi: 10.1002/eat.20578.
  33. Linna MS, Raevuori A, Haukka J, Suvisaari JM, Suokas JT, Gissler M. Pregnancy, obstetric, and perinatal health outcomes in eating disorders. *Am J Obstet Gynecol.* 2014 Oct;211(4):392.e1-8. doi: 10.1016/j.ajog.2014.03.067.
  34. Carbonneau KD, Seabrook JA. Adverse Birth Outcomes Associated with Types of Eating Disorders: A Review. *Can J Diet Pract Res.* 2019 Sep 1;80(3):131-136. doi: 10.3148/cjdrp-2018-044.
  35. Kimmel MC, Ferguson EH, Zerwas S, Bulik CM, Meltzer-Brody S. Obstetric and gynecologic problems associated with eating disorders. *Int J Eat Disord.* 2016 Mar;49(3):260-75. doi: 10.1002/eat.22483.
  36. Watson HJ, Zerwas S, Torgersen L, Gustavson K, Diemer EW, Knudsen GP, et al. Maternal eating disorders and perinatal outcomes: A three-generation study in the Norwegian Mother and Child Cohort Study. *J Abnorm Psychol.* 2017 Jul;126(5):552-564. doi: 10.1037/abn0000241.
  37. Eagles JM, Lee AJ, Raja EA, Millar HR, Bhattacharya S. Pregnancy outcomes of women with and without a history of anorexia nervosa. *Psychol Med.* 2012 Dec;42(12):2651-60. doi: 10.1017/S0033291712000414.
  38. Mantel Ä, Hirschberg AL, Stephansson O. Association of Maternal Eating Disorders With Pregnancy and Neonatal Outcomes. *JAMA Psychiatry.* 2020 Mar 1;77(3):285-293. doi: 10.1001/jamapsychiatry.2019.3664.
  39. Bulik CM, Reba L, Siega-Riz AM, Reichborn-Kjennerud T. Anorexia nervosa: definition, epidemiology, and cycle of risk. *Int J Eat Disord.* 2005;37 Suppl:S2-9; discussion S20-1. doi: 10.1002/eat.20107.
  40. Ip S, Chung M, Raman G, Chew P, Magula N, DeVine D, et al. Breastfeeding and maternal and infant health outcomes in developed countries. *Evid Rep Technol Assess (Full Rep).* 2007 Apr;(153):1-186.
  41. Larsson G, Andersson-Ellström A. Experiences of pregnancy-related body shape changes and of breast-feeding in women with a history of eating disorders. *European Eating Disorders Review.* 2003; 11(2):116-24. doi: 10.1002/erv.497.
  42. Torgersen L, Ystrom E, Haugen M, Meltzer HM, Von Holle A, Berg CK, et al. Breastfeeding practice in mothers with eating disorders. *Matern Child Nutr.* 2010 Jul 1;6(3):243-52. doi: 10.1111/j.1740-

- 8709.2009.00208.x.
43. González G, Moraes M, Sosa C, Umpierrez E, Duarte M, Cal J, et al. Depresión materna postnatal y su repercusión en el neurodesarrollo infantil: estudio de cohorte [Maternal postnatal depression and its impact on child neurodevelopment: a cohort study]. *Rev Chil Pediatr.* 2017 Jun;88(3):360-366. Spanish. doi: 10.4067/S0370-41062017000300008.
  44. Santos AMD, Benute GRG, Santos NOD, Nomura RMY, de Lucia MCS, Francisco RPV. Presence of eating disorders and its relationship to anxiety and depression in pregnant women. *Midwifery.* 2017 Aug;51:12-15. doi: 10.1016/j.midw.2017.05.005.
  45. Rocco PL, Orbitello B, Perini L, Pera V, Ciano RP, Balestrieri M. Effects of pregnancy on eating attitudes and disorders: a prospective study. *J Psychosom Res.* 2005 Sep;59(3):175-9. doi: 10.1016/j.jpsychores.2005.03.002.
  46. Faria-Schützer DB, Surita FG, Nascimento SL, Vieira CM, Turato E. Psychological issues facing obese pregnant women: a systematic review. *J Matern Fetal Neonatal Med.* 2017 Jan;30(1):88-95. doi: 10.3109/14767058.2016.1163543.
  47. Barona M, Taborelli E, Corfield F, Pawlby S, Easter A, Schmidt U, et al. Neurovegetativo and cognitive development in infants born to mothers with eating disorders. *J Child Psychol Psychiatry.* 2017 Aug;58(8):931-938. doi: 10.1111/jcpp.12736.
  48. Arnold C, Johnson H, Mahon C, Agius M. The effects of eating disorders in pregnancy on mother and baby: a review. *Psychiatr [REV. MED. CLIN. CONDES - 2021; 32(2) xx-xx]219 Danub.* 2019 Sep;31(Suppl 3):615-618.
  49. Eik-Nes TT, Horn J, Strohmaier S, Holmen TL, Micali N, Bjørnelv S. Impact of eating disorders on obstetric outcomes in a large clinical sample: A comparison with the HUNT study. *Int J Eat Disord.* 2018 Oct;51(10):1134-1143. doi: 10.1002/eat.22916.
  50. Linna MS, Raevuori A, Haukka J, Suvisaari JM, Suokas JT, Gissler M. Reproductive health outcomes in eating disorders. *Int J Eat Disord.* 2013 Dec;46(8):826-33. doi: 10.1002/eat.22179.
  51. Schmidt U, Sharpe H, Bartholdy S, Bonin EM, Davies H, Easter A, et al. Treatment of anorexia nervosa: a multimethod investigation translating experimental neuroscience into clinical practice. *Southampton (UK): NIHR Journals Library; 2017 Aug.*