



## **MÁSTER UNIVERSITARIO EN PSICOLOGÍA GENERAL SANITARIA**

Curso 2021-2022 Trabajo Fin de Máster

### **Influencia de los factores psicosociales y de salud mental en los TCA durante el periodo perinatal y posnatal: una revisión sistemática**

Autora: Alba María Navarro Jordán

Tutoras: Maria José Quiles Sebastián y Yolanda Quiles Marcos

Código de la Oficina de Investigación Responsable: 221205015040

## **Resumen**

El presente estudio tuvo como objetivo realizar una revisión sistemática sobre cuáles son los factores psicosociales y de salud mental que inciden en los TCA durante la vivencia y desarrollo del embarazo y el posparto. Se realizó la revisión sistemática a través del protocolo PRISMA, seleccionando las bases de datos PsycInfo y Pubmed. La búsqueda resultó en 9 artículos, cuya calidad se analizó mediante 10 criterios de riesgo de sesgos. En líneas generales, los diferentes estudios evidenciaron una fuerte asociación entre los TCA y los síntomas depresivos y de ansiedad en los diferentes trimestres de embarazo y el posparto, cursando dichas variables como factores de riesgo. Además, se evidenció que las creencias o actitudes desadaptativas hacia la maternidad y el embarazo mostraron resultados significativos a partir del segundo trimestre hasta el tercero, aumentando así los TCA durante estos periodos. Asimismo, se destacó una relación significativa entre las variables psicosociales autocompasión, apoyo social y autoestima durante el embarazo y posparto, teniendo estos factores repercusiones positivas para ambos periodos. Se concluyó que, si bien los resultados de los diferentes estudios señalaron que ciertos factores podían mediar en los TCA, en otras variables psicosociales como la satisfacción en la relación de pareja no se pudieron sacar conclusiones claras por haberse evidenciado resultados contradictorios y poco concluyentes, por ello se hace necesario el desarrollo de más estudios prospectivos y la necesidad de realizar intervenciones pertinentes para evitar el desarrollo o aumento de los TCA durante la etapa perinatal y posparto.

## **Palabras clave**

Embarazo; trastorno de la conducta alimentaria, impacto emocional, revisión sistemática, método PRISMA.

## **Abstract**

The aim of this study was to carry out a systematic review on the psychosocial and mental health factors that affect ED during the experience and development of pregnancy and postpartum. The systematic review was carried out through the PRISMA protocol, making use of the PsycInfo and Pubmed databases. The search resulted in 9 articles, whose quality was analyzed using 10 risk of bias criteria. In general terms, the different studies showed a strong association between ED and depressive and anxiety symptoms in the different trimesters of pregnancy and postpartum, taking these variables as risk factors. In addition, it was evidenced that maladaptive beliefs or attitudes towards maternity and pregnancy showed significant results from the second to the third trimester, thus increasing ED during these periods. Likewise, a significant relationship between the psychosocial variables, self-compassion, social support and self-esteem variables during pregnancy and postpartum was noticed, with these factors having positive effects for both periods. It was concluded that, although the results of the different studies indicated that certain factors could have an effect on ED, in other psychosocial variables such as satisfaction in the couple relationship, clear conclusions could not be drawn due to contradictory and inconclusive results, for this makes it necessary to develop more prospective studies and the need to carry out relevant interventions to prevent the development or increase of ED during the perinatal and postpartum stage.

## **Keywords**

Pregnancy; eating disorder; emotional impact systematic review; PRISMA method

## **1.Introducción**

Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA), son un conjunto de enfermedades que se caracterizan por una conducta alterada de la ingesta alimentaria y de la aparición de comportamientos de control de peso (Stice et al., 2012). Son una enfermedad de larga duración y son considerados como trastornos mentales graves, los cuales conllevan diversas consecuencias no solo a nivel físico, sino también en ámbitos como el académico, emocional, familiar, etc. (Juarascio, 2011; Stice et al., 2012). Suponen un problema de salud pública debido a su elevada prevalencia, morbilidad asociada, su curso prolongado y su tendencia a cronificarse (Fogarty et al., 2018). En la última década, ha habido un incremento en el riesgo de incidencia en el grupo poblacional que está comprendido entre las edades de 15 a 19 años, siendo este trastorno relativamente común entre las mujeres jóvenes (Smink et al., 2012; Stice et al., 2013).

Los TCA suelen afectar típicamente a mujeres en edad reproductiva, puesto que presentan alteraciones o disfunciones menstruales como la amenorrea o la oligomenorrea, sin embargo, según Mackenna et al., (2021), existe un concepto errado de que la mujer que presenta un TCA no puede concebir, lo que suele conllevar a que presenten embarazos no planificados con mayor frecuencia que la población general (Fogarty et al., 2018).

El embarazo puede ser un periodo de gran estrés para las mujeres, debido a los cambios de peso, imagen corporal y a la ansiedad asociada por la sensación de pérdida de control, lo cual puede afectar tanto a mujeres con o sin TCA (Mackenna et al., 2021). Sin embargo, según Patterson (2021), mujeres que presenten un TCA son más vulnerables a

estos cambios en imagen corporal y otros cambios físicos y hormonales, por lo que el embarazo puede suponer un riesgo para el inicio o reactivación de un TCA (Silviera et al., 2015; Tierney et al., 2011). En 2019, Stringer y Furber (2019) reportaron que existe una estimación aproximada entre el 5% y el 8% de que mujeres embarazadas pueden sufrir un TCA. Posteriormente, de Martínez-Olcina et al., (2020), informaron de que aproximadamente 1 de cada 20 mujeres embarazadas está en riesgo de contraer dicha enfermedad durante la gestación y el postparto. La prevalencia de esta enfermedad en mujeres embarazadas es de un 7,5%, así Broussard (2012) en su estudio piloto reportó que un 27% de las mujeres que estaban embarazadas presentaban características psicológicas y comportamientos asociados a un TCA.

No existe un patrón de conducta que sea uniforme en mujeres con TCA cuando se quedan embarazadas, ya que para algunas de ellas la preocupación por la salud de su bebé por nacer puede motivarlas al cese completo de sintomatología alimentaria, otras pueden llegar a tener una mejoría parcial, con una recaída posterior, mientras que para otras mujeres su TCA se mantiene igual o incluso puede empeorar (Bulik et al., 2012; Tierney et al., 2011). Por lo tanto, como dice Conrad et al., (2003) el embarazo puede funcionar como un catalizador de la remisión para algunas mujeres o puede ser una exacerbación de los síntomas. Así en el trabajo realizado por Cucicea (2021) se expone que, además, los síntomas de TCA pueden empeorar en la etapa postparto y pueden volver a los síntomas previos al embarazo, pudiendo afectar a la lactancia materna y repercutir en el apego de la madre con su bebé, al igual que interferir en la relación de pareja.

Las ingestas disfuncionales y la desadaptación en hábitos alimenticios durante el embarazo pueden tener implicaciones negativas para el nacimiento del bebé a nivel físico

y psicológico (Astrachan-Fletcher et al., 2008; Linna et al., 2014), presentando consecuencias como: retraso del crecimiento intrauterino, deterioro neurocognitivo, prematuridad, anomalía fetal, mortalidad perinatal, etc. (Arnold et al., 2019; Cucicea, 2021; Koubaa et al., 2015). Asimismo, las consecuencias para las mujeres embarazadas con un TCA activo son: hipertensión, anemia, hemorragias, nacimiento prematuro, bajo peso gestacional, entre otros (Marzola et al., 2021; Stringer y Furber, 2019).

Por otro lado, además de afectar negativamente dichas consecuencias al embarazo, podrían manifestarse otro tipo de factores que aumenten la sintomatología y las consecuencias. Sin embargo, existe un vacío en la literatura sobre cuáles son en este caso, los factores psicosociales que pueden incidir en la exacerbación de la sintomatología alimentaria durante el embarazo y el periodo posnatal (Behar et al., 2008). Los factores de salud más comúnmente conocidos que inciden en esta enfermedad son los síntomas depresivos y de ansiedad, los cuales se hacen de notar durante toda la etapa gestacional y posparto y han sido investigados más comúnmente con trastornos alimentarios y se sugieren como enfermedades comórbidas (Galmiche et al. 2019; Nunes et al., 2014; Taborelli et al., 2016). Asimismo, Bye et al., (2018) y Leddy et al., (2009) coinciden también en que existe un vacío sobre los predictores psicosociales asociados con el cambio longitudinal de los síntomas de TCA durante el embarazo y posparto.

Este vacío en la literatura sería interesante estudiarlo y sería especialmente necesario para informar áreas potenciales de evaluación e intervención, incluidos estos factores psicosociales modificables que pueden influir en la mejora o el empeoramiento de los síntomas de los TCA (Bye et al., 2018; Leddy et al., 2009). Además, tal y como señalan Nunes et al., (2014) y Taborelli et al., (2016), la identificación de estos factores durante

el embarazo y el periodo posparto pueden brindar la oportunidad de identificar a las mujeres en riesgo y proporcionar habilidades y ciertas herramientas antes del nacimiento y después de este.

Por todo ello, tratar de comprender el cambio en los trastornos alimentarios durante estos periodos es un primer paso importante que podrá identificar a aquellas mujeres que están en riesgo durante el embarazo y se informará las intervenciones tempranas oportunas para apoyarlas antes del nacimiento del bebé y durante la etapa posparto, dado que estas etapas se han descrito como un momento oportuno para intervención, ya que existe una mayor motivación para proteger al bebé y la participación en los servicios de salud (Forgarty et al., 2018; Lai et al., 2006; Sockol et al., 2014).

Por los motivos expuestos con anterioridad, es necesario un estudio que permita obtener información respecto a cuáles son las variables que inciden además de síntomas depresivos y de ansiedad, en el aumento o mejora de sintomatología TCA durante la etapa de embarazo y posparto. Con ello, el objetivo de este TFM es realizar una revisión sistemática para identificar cuáles son las variables o factores psicosociales junto con los factores de salud mental (ansiedad-depresión) que inciden en los TCA durante la vivencia y desarrollo del embarazo y el posparto.

## **2. Método**

### **2.1. Bases de datos, palabras clave y criterios de elegibilidad**

La revisión sistemática se realizó mediante el protocolo PRISMA (Mother et al., 2009).

Las bases de datos que se emplearon para la revisión de los artículos fueron PsycInfo y

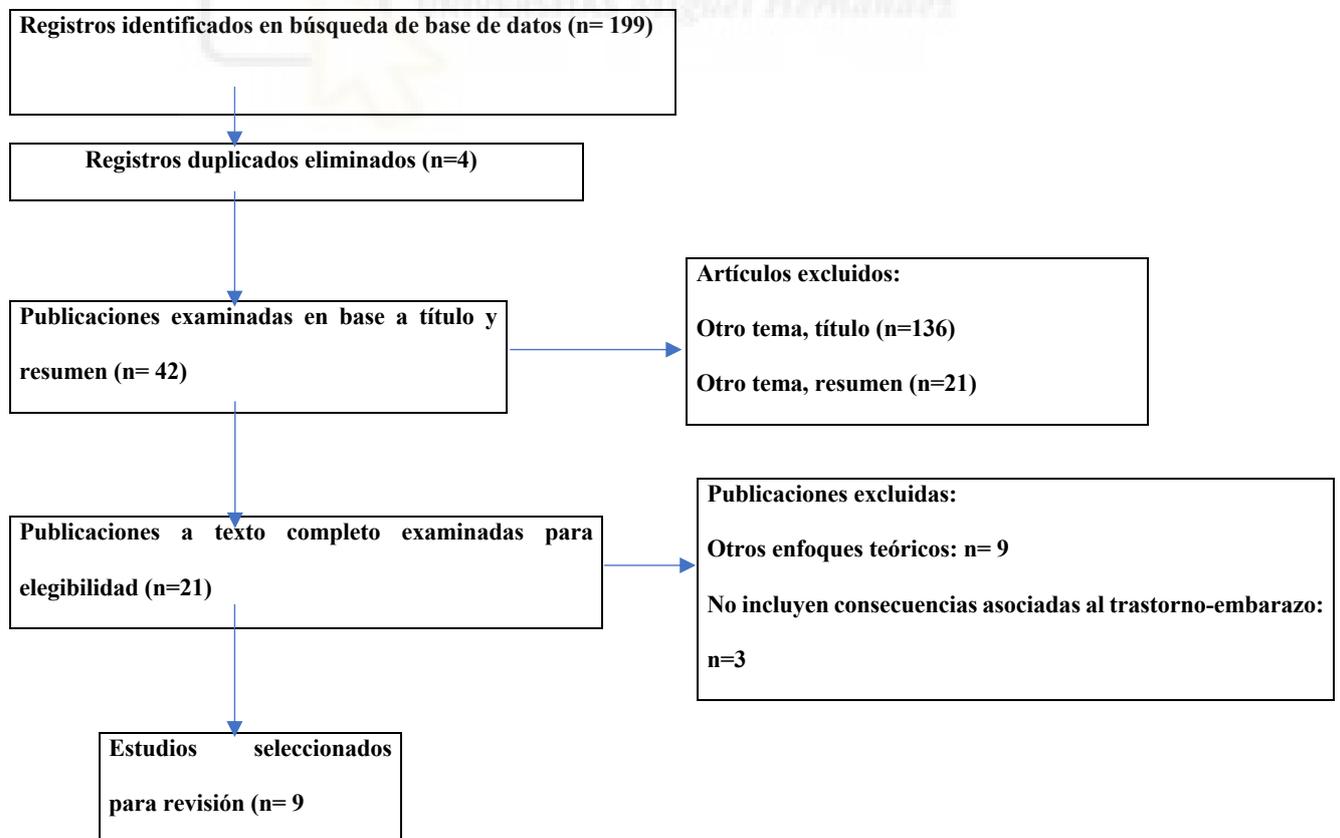
Pubmed, entre los años 2010-2022. En la estrategia de búsqueda se utilizaron las palabras clave “Eating disorders”, “Emotional impact or psychological impact or well-being or wellbeing or coping or satisfaction or retention” y “Pregnancy or pregnant”.

## 2.2. Procedimiento y síntesis de resultados

La realización de la revisión se llevó a cabo de manera independiente por el autor, otra compañera del máster y otros dos profesionales en el área, los cuales siguieron los pasos descritos en el diagrama de flujo PRISMA (Figura 1).

**Figura 1.**

Diagrama de flujo del proceso de revisión de artículos



### 2.3 Herramienta de evaluación de riesgo de sesgos

El análisis de calidad de los estudios se llevó a cabo conjuntamente por el autor y la compañera del máster mediante una herramienta de evaluación de riesgo de sesgos que constó de 10 criterios a partir de los instrumentos “Study Quality Assessment Tools” (National Institute of Health, 2021) y “Academy of Nutrition and Dietetics Quality Criteria Checklist: Primary Research Tool” (Academy of Nutrition and Dietetics, 2016) (Tabla 1).

Se puntuó con 1 cuando se cumplió el criterio, 0 si no se cumplió y NC cuando no era determinable. Se consideró una valoración positiva por obtener más de seis criterios, una valoración neutra si cumplía seis criterios y negativa cuando cumplía menos de seis criterios. De igual modo, se determinó que eran importantes los criterios 2,3,6 y 7.

**Tabla 1**

*Criterios de la herramienta de evaluación de riesgo de sesgos*

---

Criterio 1	¿Se ha formulado claramente la pregunta o el objetivo de la investigación en este trabajo?
Criterio 2	¿La población de estudio se ha especificado y definido claramente y estuvo libre de sesgos?
Criterio 3	¿Fueron comparables los grupos de estudio?
Criterio 4	¿Se describió el método de manejo de retiros?
Criterio 5	¿Se utilizó el cegamiento para evitar la introducción de sesgos?

- Criterio 6 ¿Fueron la intervención/regímenes terapéuticos/factor de exposición o procedimiento y cualquier comparación(es) descritas en detalle? ¿Se describieron los factores intervinientes?
- Criterio 7 ¿Se definieron claramente los resultados y las mediciones fueron válidas y confiables?
- Criterio 8 ¿Fue aprobado el análisis estadístico para el diseño del estudio y el tipo de resultados?
- Criterio 9 ¿Se tienen en cuenta las conclusiones respaldadas por resultados con sesgos y limitaciones?
- Criterio 10 ¿Es improbable el sesgo debido a la financiación o el patrocinio del estudio?
- 

### **3. Resultados**

Inicialmente se obtuvieron 199 publicaciones de acuerdo con las distintas combinaciones de las bases de datos. Posterior al descarte de 4 artículos duplicados, se eliminaron 157 tras el cribado por título y resumen. Como resultado, se seleccionaron para examinar a texto completo 21 artículos restantes, de los que 9 formaron parte de la revisión sistemática. Entre los criterios para la exclusión de los artículos revisados a texto completo se consideraron: no incluir TCA, no incluir sintomatología de ansiedad/depresión y factores psicosociales como, autocompasión, apoyo social/familiar, actitudes y/o satisfacción hacia el embarazo y autoestima. Además de excluir enfoques teóricos basados en otras teorías o metodologías y revisiones sistemáticas.

#### **3.1 Riesgo de sesgos en los estudios analizados**

En análisis de evaluación de riesgos de sesgos se recoge en la Tabla 2. Las puntuaciones de calidad de los artículos fluctuaron entre 7 y 9 puntos de un máximo de 10. La media de las puntuaciones de los artículos fue de 8.8. La totalidad de los artículos se ajustó al

menos a la mitad de los criterios, por lo que se considera que la calidad de los artículos es positiva.

**Tabla 2**

*Evaluación del riesgo de sesgos.*

	C1	C2	C3	C4	C5	C6	C7	C8	C9	C10	T	C
Baskin et al., (2021a)	1	1	1	0	NC	1	1	1	1	NC	7	+
Baskin et al., (2021b)	1	1	1	1	NC	1	1	1	1	1	9	+
Baskin et al., (2020)	1	1	1	1	NC	1	1	1	1	1	9	+
Chan et al., (2019)	1	1	1	1	NC	1	1	1	1	1	9	+
Gonçalves et al., (2015)	1	1	1	0	NC	0	1	1	1	1	7	+
Knoph et al., (2013)	1	1	1	0	NC	1	1	1	1	NC	7	+
Knoph et al., (2011)	1	1	1	0	NC	1	1	1	1	NC	7	+
Sollid et al., (2021)	1	1	1	1	NC	1	1	1	1	1	9	+

Watson	1	1	1	NC	NC	1	1	1	1	7	+
--------	---	---	---	----	----	---	---	---	---	---	---

et al.,

(2015)

Nota NC, no determinable

T=puntuación total; C= Clasificación; +=Valoración positiva

### 3.2 Resumen de las publicaciones seleccionadas

Los datos recabados de los 9 artículos se recogen en la tabla 4, cuyas categorías son las siguientes: autores, diseño, muestra (número, sexo y edad), instrumentos, variables de estudio y resultados.

Con respecto a la muestra de los diferentes estudios, en todos ellos fueron mujeres y todas ellas estaban embarazadas de distintos trimestres o se encontraban en el periodo posparto. En cuanto al tamaño muestral, este varió entre n=105 siendo el número de tamaño de muestra más bajo y entre n=69,030 y n=77,807 puesto que en ambos estudios se medía una gran cohorte. Respecto a la edad, la población estudiada son adultos mayores de edad, los cuales únicamente tenían que cumplir la condición de ser mujer, estar embarazada o en el periodo posparto y presentar sintomatología de TCA.

Teniendo en cuenta el tipo de estudio, los 9 artículos fueron estudios de cohorte prospectivo, en los que se hace un seguimiento a un grupo de individuos que presentan ciertas características similares, como es en este caso: mujeres, embarazo, posparto y sintomatología alimentaria.

Uno de los objetivos comunes de los artículos era evaluar e identificar cómo los factores psicosociales y sintomatología depresiva y de ansiedad pueden influir en los TCA durante

el embarazo y el postparto, al igual que cómo puede variar un TCA durante dichas etapas. Los artículos se pueden dividir en dos categorías, puesto que en 5 estudios (Baskin et al., 2021a; Baskin et al., 2021b; Chan et al., 2019; Knoph et al., 2013; Sollid et al., 2021) abarcan tanto el periodo del embarazo como el postparto o puerperio, en cambio, en 4 de ellos abarca únicamente el periodo de embarazo (Baskin et al., 2020; Gonçalves et al., 2015; Knoph et al., 2011; Watson et al., 2015). Por otro lado, en el estudio de Sollid et al., (2021) el objetivo era distinto, puesto que examinaba la ocurrencia de recaídas de los TCA durante toda la etapa del embarazo.

En cuanto a las variables examinadas en los distintos estudios, todos ellos evaluaron sintomatología alimentaria, síntomas depresivos y ansiedad. En 7 estudios se muestra la variable o factor “satisfacción en las relaciones de pareja” (Baskin et al., 2021a; Baskin et al., 2021b; Baskin et al., 2020; Chan et al., 2019; Knoph et al., 2013; Knoph et al., 2011; Watson et al., 2015). En 4 de ellos se expone la variable “Actitudes hacia la maternidad y embarazo” (Baskin et al., 2021a; Baskin et al., 2021b; Baskin et al., 2020; Gonçalves et al., 2015). Por otra parte, en dos artículos se habla sobre el factor “Autocompasión” (Baskin et al., 2021a; Baskin et al., 2021b). Por último, en tres de ellos, se exponen las variables “Autoestima” y “Apoyo social” (Chan et al., 2019; Knoph et al., 2011; Watson et al., 2015).

### 3.2.1 Variable resultado: evaluación de sintomatología alimentaria.

En 8 estudios la medición de la sintomatología alimentaria se realizó mediante “The eating disorder examination questionnaire (EDE-Q)” (Fairburn, 2008) (Baskin et al., 2021a; Baskin et al., 2021b; Baskin et al., 2020; Gonçalves et al., 2015; Knoph et al., 2013; Knoph et al., 2011; Sollid et al., 2021; Watson et al., 2015) cuyo cuestionario

examina las cogniciones y conductas alimentarias (restricción, preocupaciones sobre la alimentación, preocupaciones sobre el peso y preocupaciones sobre la imagen corporal). Por otra parte, únicamente en el estudio de Chan et al., (2015) se utilizó el “Eating Attitudes Test-26” (EAT-26) (Garner et al., 1982).

### 3.2.2 Variable resultado: evaluación de sintomatología depresiva y de ansiedad.

Entre los instrumentos de evaluación para medir la sintomatología depresiva y de ansiedad se encontraron “The Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS)” (Cox et al., 1987; Murray y Cox, 1990) y la escala de ansiedad “The Depression, Anxiety and Stress scale (DASS)” (Lovibond, 1995) (Baskin et al., 2021a; Baskin et al., 2021b; Baskin et al., 2020; Sollid et al., 2021). Si bien cuatro de los 9 artículos escogieron estos instrumentos, otros autores optaron por: “Hopkins Symptom Checklist-23 anxiety and depression” (Knoph et al., 2013; Knoph et al., 2011; Watson et al., 2015). En cambio, en el estudio de Chan et al., (2019) se utilizó “Antenatal anxiety symptoms Scale” (Leung et al., 1993) y “Antenatal depression symptoms Scale” (Cox et al., 1987). Por último, para el estudio de Gonçalves et al., (2015) se empleó el “Brief Symptom Inventory” (BSI) (Derogatis, 1982)

### 3.2.3 Variable resultado: evaluación de la satisfacción en las relaciones de pareja y apoyo social.

Existe una gran diversidad de instrumentos seleccionados para medir la satisfacción en las relaciones de pareja. Los instrumentos utilizados fueron, por un lado, el “Self-report Relationship Scale (RS10)” (Roysamb et al., 2014) que se utilizó para los estudios de Baskin et al., (2021a), Baskin et al., (2021b), Baskin et al., (2020) y Knoph et al., (2011).

Por otro lado, el instrumento de evaluación “Marital Satisfaction Scale” (Schumm et al., 2008) que se empleó en Chan et al., (2019), Knoph et al., (2013) y Watson et al., (2015).

Respecto a los instrumentos de evaluación para medir el apoyo social percibido, estos fueron los siguientes: el “Social Provisions Scale (PSS)” (Cutrona, 1987) se empleó para el trabajo de Baskin et al., (2021b), el “The Medical Outcomes Study Social Support Survey” (Yu et al., 2004) para Chan et al., (2019) y un Ad Hoc “Social Factors” para los estudios de Knoph et al., (2011) y Watson et al., (2015).

#### 3.2.4 Variable resultado: evaluación de actitudes hacia la maternidad/embarazo

Para medir la variable actitudes hacia la maternidad (creencias desadaptativas sobre la maternidad relacionadas con el juicio de los demás, responsabilidad materna y la idealización del rol materno) y el embarazo (preocupaciones maternas, autoconfianza materna, imagen corporal percibida e identificación con el embarazo) los instrumentos de evaluación utilizados han sido “The Attitudes Towards Motherhood Scale (AToM)” (Sockol y Battle, 2015) y “The Childbearing Attitudes Questionnaire (CAQ)” (Ruble et al. 1990) (Baskin et al., 2021a; Baskin et al., 2021b; Baskin et al., 2020) y el cuestionario “Maternal Adjustment and Maternal Attitudes”, el cual fue utilizado en un único estudio (Gonçalves et al., 2015).

#### 3.2.5 Variable resultado: evaluación de autocompasión y autoestima

Por último, para evaluar la variable autocompasión se utilizó el cuestionario “The Self Compassion Scale-Short Form (SCS-SF)” (Raes et al., 2011) en el estudio de Baskin et al., (2021a) y Baskin et al., (2021b). En cambio, para evaluar la variable autoestima se

escogió “Rosenberg Self-Esteem Scale” (Rosenberg, 1965) para el estudio de Chan et al., (2019), Knoph et al., (2011) y Watson et al., (2015).

### 3.2.6 Resultados de los estudios

Los trabajos analizados tuvieron como objetivo examinar cómo las variables psicosociales (apoyo social, satisfacción en las relaciones de pareja, autoestima, autocompasión, actitudes hacia la maternidad y hacia el embarazo) y sintomatología de ansiedad y depresión podían influir en la evolución de la sintomatología propia del TCA en el periodo de embarazo y posparto.

En el trabajo realizado por Baskin et al., (2021a) se mostró que los síntomas del TCA aumentaron en promedio desde la mitad del embarazo, es decir, el segundo trimestre (T2) hasta el tercer trimestre y comienzo del posparto (T3) en la muestra total. Al investigar qué factores eran los que estaban asociados con este aumento de los TCA, los análisis univariados indicaron que una mayor autocompasión y satisfacción en la relación de pareja redujeron la probabilidad significativamente de pertenecer a un grupo de riesgo, mientras que presentar síntomas de salud mental (ansiedad-depresión) y actitudes desadaptativas hacia la maternidad aumentaron la probabilidad de TCA en T2 y T3. Del mismo modo, un aumento de los TCA durante T3y posparto se asoció en el trabajo de Gonçalves et al., (2015) y en Knoph et al., (2013) con percepciones negativas sobre la imagen corporal, síntomas somáticos, relaciones conyugales pobres, problemas de ansiedad y depresión y actitudes negativas hacia el embarazo y el bebé. Por otra parte, la incidencia de TCA durante el primer trimestre (T1) en el trabajo de Knoph et al., (2011), se asoció con síntomas de ansiedad y depresión, baja autoestima, baja satisfacción con la relación conyugal, baja satisfacción con la vida y bajo apoyo social, coincidiendo por

igual con el estudio de Baskin et al., (2020), en el que se identifica que durante el primer trimestre existe una relación directa entre los factores psicosociales mencionados y los TCA. En esta misma línea, el estudio de Chan et al., (2019) mostró un empeoramiento de los síntomas propios del TCA tanto en los tres trimestres de embarazo como en el periodo postparto, no obstante, las puntuaciones obtenidas en este estudio mediante el EAT-26 tuvieron pequeñas variaciones y no fueron clínicamente significativas.

En contraste, en el estudio de Baskin et al., (2021b) y Chan et al., (2019) los resultados muestran que hubo una disminución de los síntomas alimentarios desde T1 hasta T2, con una mejora significativa en la moderación y preocupaciones sobre la forma del cuerpo, a pesar de que en Baskin et al., (2021b) el 6% de la muestra inicial informó en un primer momento, una puntuación EDE-Q por encima del límite clínico, indicando un riesgo elevado de TCA durante el resto del embarazo. Sin embargo, las restricciones, preocupaciones sobre el peso y la forma y el EDE-Q total final en el mismo trabajo aumentaron significativamente de T2 a T3. Así, en el trabajo de Knoph et al., (2011) y Sollid et al., (2021) se aportan resultados similares entre el primer trimestre y segundo del embarazo, aumentando la sintomatología alimentaria a partir de T2, ya que, en el primer estudio, un 38% de su muestra total presentó síntomas de TCA, mientras que en el segundo hubo un 25% de la muestra total que presentó sintomatología TCA a partir de dicho trimestre.

Asimismo, se ha podido comprobar en los diferentes estudios como los factores autocompasión y un mayor apoyo social son variables que pueden ayudar en la transición del embarazo y posparto, puesto que en el estudio de Baskin et al., (2021b), las mujeres con puntuaciones altas en dichos factores durante T1, T2 y T3 tenían más probabilidades

de demostrar una mejora en la moderación y preocupaciones sobre la alimentación. Además, en el estudio realizado por Baskin et al., (2021a) reveló cuales eran los componentes de la autocompasión que más estaban asociados con el aumento de TCA, siendo estos: la autocrítica (negativa), aislamiento y sobreidentificación. Alternativamente, en el estudio transversal de Knoph et al., (2011), se encontró que la variable apoyo social no estaba asociada con la continuación de los síntomas de TCA durante T1 y T2.

Respecto a la relación entre la satisfacción en la relación de pareja durante el embarazo y los síntomas alimentarios, los resultados resultaron contradictorios. Por una parte, Knoph et al., (2011) informaron de que una mayor satisfacción en la relación de pareja durante T2 se asoció significativamente de forma negativa con la incidencia de TCA. Alternativamente en el estudio de Watson et al., (2015) no se mostró ninguna asociación entre la satisfacción de pareja y sintomatología TCA durante T2. Mientras que, en el estudio transversal de Gonçalves et al., (2015) identificó que la disminución de la calidad de las relaciones de pareja se asociaba con un aumento de los TCA durante T2 y T3.

Por otro lado, se exploró la influencia de factores moderadores (depresión y ansiedad) entre los TCA y los factores psicosociales en los diferentes estudios. Los hallazgos de los resultados de Baskin et al., (2021b) junto con los de Watson et al., (2015) revelaron que experimentar síntomas depresivos o de ansiedad elevados durante el final de T1 hasta comienzos de T2 pueden conferir un mayor riesgo de actitudes maternas desadaptativas, baja autocompasión, poca satisfacción con la relación de pareja, baja autoestima y menor satisfacción con la vida, provocando, por tanto, un aumento de los TCA y haciéndose de notar más estos síntomas a partir de T2 hasta T3. No obstante, hubo una excepción en el

estudio de Baskin et al., (2021b), ya que cuando la ansiedad era elevada, las mujeres con puntuaciones altas en satisfacción en la relación de pareja durante T1, tenían más probabilidades de aumentar la sintomatología de conductas alimentarias durante el embarazo. Asimismo, en el estudio de Baskin et al., (2020) se estudió la influencia de los mismos factores moderadores con los TCA y los resultados indicaron que, los síntomas depresivos y de ansiedad no están directamente asociados con los TCA durante T1, sin embargo, al igual que se muestra en el trabajo de Chan et al., (2019) y Gonçalves et al., (2015), en T2 parecen desempeñar un papel vital y más significativo que abarca hasta el periodo posparto, ya que los factores psicosociales (actitudes negativas hacia el embarazo, actitudes desadaptativas hacia la maternidad y poca satisfacción en la relación de pareja) estaban mediados directamente por dichos síntomas. En contraposición, en el estudio de Baskin et al., (2020) no hubo diferencias significativas en las asociaciones entre factores psicosociales y trastornos alimentarios cuando mediaban factores como la ansiedad o la depresión durante T1 o T2. Los autores explicaron que esto podía deberse a que la prueba utilizada DASS no es específica del embarazo y que los síntomas de ansiedad física se podían superponer con los síntomas normales de embarazo y por tanto confundir dichos hallazgos.

Tabla 3

*Resumen de los estudios*

<b>Autores</b>	<b>Diseño</b>	<b>Muestra</b>	<b>Instrumentos</b>	<b>VARIABLES</b>	<b>Resultados</b>
Baskin et al. (2021a)	Cohorte prospectivo	Mujeres (+18) T1 n=273; T2 n=167; T3 n= 135	EDE-Q EPDS DASS AToM SCS-SF RS10	Sintomatología alimentaria Sintomatología depresiva y ansiedad Actitudes hacia la maternidad Autocompasión Satisfacción en las relaciones de pareja	Los TCA aumentaron desde T2 hasta el periodo posparto. Mayor autocompasión y satisfacción reducen la probabilidad de un TCA durante el embarazo y posparto, mientras que síntomas de salud mental y actitudes desadaptativas hacia la maternidad aumentan la probabilidad de un TCA en embarazo y posparto.

Baskin et al. (2021b)	Cohorte prospectivo	Mujeres (+18) T1 n=249; T2 n= 151; T3 n=124	EDE-Q CAQ AToM SCS-SF RS10 PSS EPDS DASS	Sintomatología alimentaria Sintomatología depresiva y ansiedad Autocompasión Actitudes hacia la maternidad Actitudes hacia el embarazo Satisfacción en las relaciones de pareja Apoyo social	Actitudes negativas, mala imagen corporal o preocupaciones sobre la maternidad son factores de riesgo para TCA  A mayores puntuaciones en autocompasión y apoyo social → mayor probabilidad de moderación en las conductas de alimentación y preocupaciones sobre el embarazo. Autocompasión es un factor importante para mitigar factores de riesgo de los TCA  Experimentar sintomatología depresiva/ansiedad durante T1 un mayor riesgo de factores psicosociales desadaptativos y TCA
Baskin et al. (2020)	Cohorte prospectivo	Mujeres (+18) T1 n=258; T2 n=159	EDE-Q EPDS DASS QAQ AToM RS10	Sintomatología alimentaria Sintomatología depresiva y ansiedad Actitudes hacia la maternidad Actitudes hacia el embarazo Satisfacción en las relaciones de pareja	T1 y T2 → asociaciones directas entre los factores psicosociales y los TCA.  En T2 → asociaciones estaban mediadas por síntomas depresivos y ansiedad.  En T2 → mayor riesgo de asociación entre actitudes desadaptativas hacia el embarazo y síntomas depresivos y TCA
Chan et al. (2019)	Cohorte prospectivo	Mujeres (+18) N=1470	EAT-26, Antenatal anxiety symptoms Scale, Antenatal depression symptoms Scale, Rosenberg Self-Esteem Scale, Marital Satisfaction Scale, The medical outcomes Study Social Support Survey.	Sintomatología depresiva y ansiedad Autoestima Satisfacción en las relaciones de pareja Apoyo social	Los síntomas de ansiedad y depresión se asociaron a TCA durante los 3 trimestres de embarazo.
Gonçalves et al. (2015)	Cohorte prospectivo	Mujeres (+18) N=105	BMI, BSI, EDE-Q, Maternal Adjustment and Maternal Attitudes	Sintomatología alimentaria Actitudes hacia la maternidad Sintomatología general psicológica	TCA se asoció con una imagen corporal negativa, relaciones maritales pobres, actitudes negativas respecto al embarazo y al bebe y problemas emocionales (ansiedad- depresión)

Knoph et al. (2013)	Cohorte prospectivo	Mujeres (+18) n=77,807	Hopkins Symptom Checklist-25 (anxiety and depression), Marital Satisfaction Scale, EDE-Q	Sintomatología alimentaria Sintomatología depresiva y ansiedad Satisfacción en las relaciones de pareja	Sintomatología depresiva, ansiedad y mala relación conyugal se asociaron significativamente con TCA
Knoph et al. (2011)	Cohorte prospectivo	Mujeres (+18) n=45,644	Hopkins Symptom Checklist-25 (anxiety and depression), Satisfaction with Life Scale, Rosenberg Self-Esteem Scale, RS10, ADHOC social factors, EDE-Q	Sintomatología alimentaria Sintomatología depresiva y ansiedad Autoestima Satisfacción en las relaciones de pareja Apoyo social	Satisfacción y autoestima se asoció negativamente con una mayor incidencia de TCA durante T2 hasta T3 y posparto Satisfacción en la relación conyugal y apoyo social se asoció negativamente con una mayor incidencia de TCA durante T2 hasta T3 y posparto Síntomas depresivos y de ansiedad asociados con una mayor incidencia de TCA desde T2 hasta T3 y posparto
Sollid et al. (2021)	Cohorte prospectivo	Mujeres (+18) n=122	EPDS, EDE-Q	Sintomatología alimentaria Sintomatología depresiva	Un 25% de mujeres recayeron durante el periodo de embarazo, al igual que hubo un aumento de sintomatología depresiva.
Watson et al. (2015)	Cohorte prospectivo	Mujeres (+18) n=69,030	Hopkins Symptom Checklist-25 (anxiety and depression), Satisfaction with Life Scale, Rosenberg Self-Esteem Scale, Marital Satisfaction Scale, ADHOC social factors, EDE-Q, ADHOC adverse life events	Sintomatología alimentaria Sintomatología depresiva y ansiedad Autoestima Satisfacción en las relaciones de pareja Apoyo social	Síntomas de ansiedad y depresión elevados durante T1 y T2 confieren mayor riesgo de → actitudes maternas desadaptativas, poca satisfacción en la relación de pareja, baja autoestima, y menor satisfacción con la vida. Síntomas TCA más notables a partir de T2 hasta T3

---

T1= primer trimestre de embarazo; T2= segundo trimestre de embarazo; T3= tercer trimestre + postparto; EDE-Q= The eating disorder examination questionnaire; EPDS=The Edinburgh postnatal depression Scale; DASS= The Depression Anxiety and Stress scale; AToM= The Attitudes Towards Motherhood Scale; SCS-SF= The Self Compassion Scale-Short Form; QAQ= The Childbearing Attitudes Questionnaire; RS10= Self-report Relationship Scale; PSS= Social Provisions Scale; TCA= Trastorno de la conducta alimentaria; EAT-26= Eating Attitudes Test-26; BSI= Brief Symptom Inventory

---

#### **4. Discusión**

El presente estudio tenía como objetivo realizar una revisión sistemática para explorar los factores psicosociales y de salud mental que influyen e inciden en los TCA durante la vivencia del embarazo y el posparto.

Los estudios analizados mostraron la asociación entre los TCA y los síntomas depresivos y de ansiedad durante los diferentes trimestres de embarazo, especialmente a partir de T2 y durante el posparto (Baskin et al., 2021a; Baskin et al., 2020; Baskin et al., 2021b; Chan et al., 2019; Gonçalves et al., 2015; Watson et al., 2015). Al explorar las razones entre la asociación significativa entre los factores de salud mental (depresión-ansiedad) y los TCA, se encontró que, es posible que los mecanismos subyacentes al desarrollo de los TCA pueden contribuir a que una mujer embarazada sea vulnerable a experimentar otras psicopatologías, puesto que los cambios rápidos durante el embarazo, como los endocrinos y hormonales, transformaciones corporales y los ajustes psicológicos, se han relacionado tanto con los TCA como con las dificultades del estado de ánimo (Lowes et al., 2012; Tierney et al., 2013). Asimismo, los cambios físicos suelen ser más notables a partir del final de T1 y comienzo de T2, por lo que explicaría el aumento significativo de incidencia (Tierney et al., 2013). Las dificultades de ajuste psicológico, que son comunes durante el embarazo y el posparto, también pueden desencadenar la aparición o recaída

de sintomatología alimentaria (Baskin y Galligan, 2019) además de que, según investigaciones previas, en el estudio de Ward (2008) se encontró que una mayor frecuencia de conductas alimentarias disfuncionales se asociaba con una mayor prevalencia de trastornos emocionales como ansiedad y depresión. Con todo ello, hubo una excepción en el trabajo de Baskin et al., (2021b), puesto que cuando la ansiedad era elevada, las mujeres con altas puntuaciones en satisfacción en la relación de pareja durante T1, tenían más probabilidad de aumentar la sintomatología TCA durante el embarazo, si bien este es un hallazgo inusual, podría explicarse por la investigación en la literatura sobre TCA, que sugieren que una pareja que brinda apoyo puede llegar a “ignorar” o “acomodar” erróneamente los síntomas de TCA para así, evitar conflictos o un empeoramiento de los síntomas, lo que resulta finalmente en un aumento de los TCA en lugar de una disminución (Sadeh-Sharvit et al., 2019). Por lo tanto, estos hallazgos ponen de manifiesto que los TCA deben examinarse junto con los síntomas de salud mental (depresión-ansiedad), ya que como dicen Micali et al., (2011), ignorar la comorbilidad frecuente entre ellos probablemente pueda conducir a resultados limitados.

La relación significativa entre los TCA y las variables psicosociales específicas, autocompasión, autoestima y apoyo social de los estudios, están en consonancia con otras investigaciones que señalan las repercusiones positivas que pueden tener estos factores durante el curso del embarazo y posparto, puesto que en el estudio de Braun et al., (2016), examinaron que la autocompasión, el apoyo social y los TCA se vinculaban constantemente con niveles más bajos de patología alimentaria y dichas variables se presentaban como factores protectores contra el desarrollo de trastornos alimentarios. De igual modo, en otro estudio se asoció que la baja autocompasión y autoestima aumentaban los síntomas depresivos y de ansiedad y por ende los TCA durante el embarazo y el

posparto (Felder et al., 2016). Así, las intervenciones destinadas a desarrollar la autocompasión durante el embarazo pueden proporcionar a las mujeres en riesgo de TCA una herramienta de regulación afectiva para una voz interna negativa o crítica que les pueda servir no solo durante todo el embarazo, sino en el periodo posparto (Braun et al., 2016; Goss y Allan, 2010). Por tanto, sería interesante tener en cuenta dichas variables para futuras investigaciones o propuestas de intervención.

No obstante, como se ha podido comprobar, existe un nivel contradictorio de evidencia de que los resultados no son concluyentes para la asociación entre satisfacción en la relación de pareja durante el embarazo y los TCA en los distintos estudios (Gonçalves et al., 2015; Knoph et al., 2011; Watson et al., 2015), lo que sugiere que no se pueden sacar resultados significativos con dicho factor. En el estudio de revisión de Lai et al., (2005), se comprobó que no existía una relación común entre los distintos estudios que presentaron en su trabajo con esta variable junto con los TCA, aun así, no hallaron una asociación entre la relación de pareja y los TCA durante el embarazo y el posparto. Pese a estos hallazgos, los mismos autores encontraron que la disminución instrumental en el apoyo de la pareja durante el embarazo se asociaba con un aumento de los TCA posparto (Lai et al., 2006). Por lo que para futuras investigaciones sería importante realizar estudios que analicen estos aspectos sacar conclusiones más claras con dicho factor.

Otras variables que fueron relevantes a la hora de aumentar de forma significativa los TCA fueron las actitudes y creencias hacia la maternidad y el embarazo, las cuales incidieron en los trabajos de Baskin et al., (2021a), Gonçalves et al., (2015) y Knoph et al., (2013) durante T2 y T3. Dentro de la población posparto, los estudios cualitativos muestran que las experiencias de creencias disfuncionales relacionadas con la maternidad

son muy comunes, incluidas las creencias sobre la insuficiencia de una como madre y el juicio negativo percibido por el resto (Benza y Liamputtong, 2014; Nelson, 2003). En trabajos previos las personas que sufren un TCA presentan niveles significativamente más altos de creencias disfuncionales más negativas que las personas sin TCA (Jones et al., 2007; Pugh, 2015). Así, este aumento significativo desde T2 hasta el posparto podría explicarse como dice Faria- Schützer et al., (2018) en que las mujeres presentan sintomatología alimentaria para así “llenar un vacío de impotencia” y encontrar alivio de las emociones conflictivas sobre la maternidad. Finalmente, estos hallazgos sugieren un vínculo entre las creencias maternas disfuncionales y sintomatología TCA, lo que requeriría una exploración directa de esta vía para futuras investigaciones.

En contraposición, en dos estudios (Baskin et al., 2021b; Chan et al., 2019) se encontró una disminución significativa de los TCA desde T1 hasta T2, esto podría explicarse puesto que, en estudios como Nunes et al., (2014) y Rocco et al., (2005) el potencial de mejora de algunos síntomas de TCA durante el embarazo se han atribuido a una mayor motivación para proteger al bebé. Además, se teoriza que las preocupaciones sobre la apariencia física se pueden transformar temporalmente para centrarse en aspectos más funcionales del cuerpo de la embarazada en relación con la salud del bebé (Rocco et al., 2005).

Asimismo, es necesario tener en consideración las limitaciones en cuanto a los artículos revisados. Una de las limitaciones encontradas de esta revisión incluye la heterogeneidad entre las muestras, las medidas utilizadas y los puntos temporales de medición, lo que podría haber afectado a la capacidad de comparación entre las muestras. En cuanto a la población de estudio, existió una gran variabilidad en los tamaños muestrales, asimismo,

cabe destacar que la muestra es mayoritariamente adulta, dejando quizás a un lado a población más joven de mujeres que pueden estar en proceso de embarazo y, por tanto, generalizando los resultados expuestos. Aun así, para futuras investigaciones deberían de realizarse estudios que incorporasen población más joven junto con adulta.

De igual forma que los artículos incluidos, la presente revisión sistemática muestra una serie de limitaciones. Los artículos incluidos en la revisión se han publicado en los últimos 10 años, pudiendo excluir quizás investigaciones publicadas o en proceso de publicación. Además, únicamente se usaron dos bases de datos, por lo que se podría haber dejado de lado otros estudios con resultados relevantes.

En conclusión, los hallazgos de este estudio refuerzan la importancia de examinar los síntomas de los trastornos alimentarios junto con los factores de riesgo mencionados, incluidos los factores moderadores o de salud mental (ansiedad-depresión), para identificar las áreas de riesgo y proporcionar una comprensión más compleja del cambio en los síntomas de los trastornos alimentarios durante el período perinatal y posparto. Así, para futuros trabajos, la propuesta sería diseñar una intervención que abordase los factores psicosociales expuestos para que se pueda implementar desde el embarazo temprano y prevenir la aparición o el empeoramiento de los trastornos alimentarios durante todo este periodo y el período posparto.

## Referencias bibliográficas

Las referencias marcadas (\*) se corresponden con los artículos incluidos en la revisión

Academy of Nutrition and Dietetics (2016). Evidence Analysis Manual.  
<https://www.andeal.org/evidence-analysis-manual>

Arnold, C., Johnson, H., Mahon, C., y Agius, M. (2019). The effects of eating disorders in pregnancy on mother and baby: a review. *Psychiatria Danubina*, 31(suppl 3), 615-618.

Astrachan-Fletcher, E., Veldhuis, C., Lively, N., Fowler, C., y Marcks, B. (2008). The reciprocal effects of eating disorders and the postpartum period: A review of the literature and recommendations for clinical care. *Journal of Women's Health*, 17, 227–239.  
<https://doi.org/10.1089/jwh.2007.0550>.

Baskin, R., y Galligan, R. (2019). Disordered eating and the perinatal period: A systematic review and best evidence synthesis of mental health and psychosocial correlates. *European Eating Disorders Review*, 27(5), 462-480.  
<https://doi.org/10.1002/erv.2675>

\*Baskin, R., Galligan, R., y Meyer, D. (2021). Disordered eating from pregnancy to the postpartum period: the role of psychosocial and mental health factors. *Appetite*, 156, 104862. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2020.104862>

\*Baskin, R., Meyer, D., y Galligan, R. (2020). Psychosocial factors, mental health symptoms, and disordered eating during pregnancy. *International Journal of Eating Disorders*, 53(6), 873-882. <https://doi.org/10.1002/eat.23264>

\*Baskin, R., Meyer, D., y Galligan, R. (2021). Predicting the change in perinatal disordered eating symptoms: An examination of psychosocial factors. *Body Image*, 37, 162-171. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2021.02.002>

Behar, R., González, J., Ariza, M., y Aguirre, A. (2008). Trastornos de la conducta alimentaria en mujeres embarazadas controladas en atención primaria. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 73(3), 155-162. <https://doi.org/10.4067/s0717-75262008000300004>

Benza S, Liamputtong P (2014) Pregnancy, childbirth and motherhood: A meta-synthesis of the lived experiences of immigrant women. *Midwifery* 30(6): 575–584. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2014.03.005>

Braun, T. D., Park, C. L., y Gorin, A. (2016). Self-compassion, body image, and disordered eating: A review of the literature. *Body Image*, 17, 117–131. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2016.03.003>.

Braun, T. D., Park, C. L., y Gorin, A. (2016). Self-compassion, body image, and disordered eating: A review of the literature. *Body Image*, 17, 117–131. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2016.03.003>.

Broussard, B. (2012). Psychological and behavioral traits associated with eating disorders and pregnancy: a pilot study. *Journal of midwifery & women's health*, 57(1), 61-66. <https://doi.org/10.1111/j.1542-2011.2011.00089.x>

Bulik, C. M., Von Holle, A., Hamer, R., Bergh, C. K., Torgersen, L., Magnus, P., ... y Reichborn-Kjennerud, T. (2012). Patterns of remission, continuation and incidence of broadly defined eating disorders during early pregnancy in the Norwegian Mother and Child

Cohort Study (MoBa)–Corrigendum. *Psychological Medicine*, 42(893).

<https://doi.org/10.1017/s0033291707000724>

Bye, A., Shawe, J., Bick, D., Easter, A., Kash-Macdonald, y Micali, N. (2018). Barriers to identifying eating disorders in pregnancy and in the postnatal period: A qualitative approach. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 18, 1–10. <https://doi.org/10.1186/s12884-018-1745-x>

\*Chan, C. Y., Lee, A. M., Koh, Y. W., Lam, S. K., Lee, C. P., Leung, K. Y., y Tang, C. S. K. (2019). Course, risk factors, and adverse outcomes of disordered eating in pregnancy. *International Journal of Eating Disorders*, 52(6), 652–658. <https://doi.org/10.1002/eat.23065>

Conrad, R., Schablewski, J., Schilling, G., y Liedtke, R. (2003). Worsening of symptoms of bulimia nervosa during pregnancy. *Psychosomatics*, 44(1), 76–78. <https://doi.org/10.1176/appi.psy.44.1.76>

Cox, J. L., Holden, J. M., y Sagovsky, R. (1987). Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh postnatal depression scale. *The British Journal of Psychiatry*, 150(6), 782–786. <https://doi.org/10.1192/bjp.150.6.782>

Cucicea, M. D. (2021). Prevención de los trastornos de la conducta alimentaria en la gestación. [https://doi.org/10.1016/s0212-6567\(03\)70757-4](https://doi.org/10.1016/s0212-6567(03)70757-4)

Cutrona, C. E., y Russell, D. W. (1987). The provisions of social relationships and adaptation to stress. In W. H. Jones & D. Perlman (Eds.), *Advances in personal relationships* (Vol. 1) (pp. 37–67). Greenwich, CT: JAI Press.

- Derogatis, L. R., y Spencer, P. M. (1982). The brief symptom inventory (BSI): Administration, scoring, and procedures manual-I. Baltimore. MD: *Johns Hopkins University School of Medicine, Clinical Psychometrics Research Unit*.
- Fairburn, C. G., y Beglin, S. J. (2008). Eating disorder examination questionnaire (6.0). In C. G. Fairburn (Ed.), *Cognitive behavior therapy and eating disorders* (pp. 309–314). New York, NY: Guilford Press. <https://doi.org/10.1037/t03974-000>
- Faria-Schützer, D. B., Surita, F. G., Rodrigues, L., y Turato, E. R. (2018). Eating behaviors in postpartum: a qualitative study of women with obesity. *Nutrients*, 10(7), 885. Felder, J. N., <https://doi.org/10.3390/nu10070885>
- Lemon, E., Shea, K., Kripke, K., y Dimidjian, S. (2016). Role of selfcompassion in psychological well-being among perinatal women. *Archives of Women's Mental Health*, 19(4), 687–690. <https://doi.org/10.1007/s00737-016-0628-2>.
- Fogarty, S., Elmir, R., Hay, P., y Schmied, V. (2018). The experience of women with an eating disorder in the perinatal period: a meta-ethnographic study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 18(1), 1-18. <https://doi.org/10.1186/s12884-018-1762-9>
- Galmiche, M., Déchelotte, P., Lambert, G., y Tavalacci, M. P. (2019). Prevalence of eating disorders over the 2000-2018 period: A systematic literature review. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 109(5), 1402–1413. <https://doi.org/10.1093/ajcn/nqy342>
- Garner, D. M., Olmsted, M. P., Bohr, Y., & Garfinkel, P. E. (1982). The eating attitudes test: Psychometric features and clinical correlates. *Psychological Medicine*, 12(4), 871–878. <https://doi.org/10.1017/S0033291700049163>

- \*Gonçalves, S., Freitas, F., Freitas-Rosa, M. A., y Machado, B. C. (2015). Dysfunctional eating behaviour, psychological well-being and adaptation to pregnancy: A study with women in the third trimester of pregnancy. *Journal of health psychology*, 20(5), 535-542. <https://doi.org/10.1177/1359105315573432>
- Goss, K., y Allan, S. (2010). Compassion focused therapy for eating disorders. *International Journal of Cognitive Therapy*, 3(2), 141–158. <https://doi.org/10.1521/ijct.2010.3.2.141>.
- Jones, C., Leung, N., y Harris, G. (2007). Dysfunctional core beliefs in eating disorders: A review. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 21(2), 156. <https://doi.org/10.1891/088983907780851531>
- Juarascio, A. (2011). Acceptance and commitment therapy as a novel treatment for eating disorders: an initial test of efficacy and mediation. Pennsylvania: Drexel University. <https://doi.org/10.17918/etd-3791>
- \*Knoph Berg, C., Torgersen, L., Von Holle, A., Hamer, R. M., Bulik, C. M., y Reichborn-Kjennerud, T. (2011). Factors associated with binge eating disorder in pregnancy. *International Journal of Eating Disorders*, 44(2), 124-133. <https://doi.org/10.1002/eat.20797>
- \*Knoph, C., Von Holle, A., Zerwas, S., Torgersen, L., Tambs, K., Stoltenberg, C., ... y Reichborn-Kjennerud, T. (2013). Course and predictors of maternal eating disorders in the postpartum period. *International Journal of Eating Disorders*, 46(4), 355-368. <https://doi.org/10.1002/eat.22088>

- Koubaa, S., Hällström, T., Brismar, K., Hellström, P. M., y Hirschberg, A. L. (2015). Biomarkers of nutrition and stress in pregnant women with a history of eating disorders in relation to head circumference and neurocognitive function of the offspring. *BMC pregnancy and childbirth*, 15(1), 1-8. <https://doi.org/10.1186/s12884-015-0741-7>
- Lai, B. P., Tang, C. S., y Tse, W. K. (2005). Prevalence and psycho-social correlates of disordered eating among Chinese pregnant women in Hong Kong. *Eating Disorders*, 13, 171–186. <http://doi.org/10.1080/10640260590918991>
- Lai, B. P., Tang, C. S., y Tse, W. K. (2006). A longitudinal study investigating disordered eating during the transition to motherhood among Chinese women in Hong Kong. *The International Journal of Eating Disorders*, 39(4), 303–311. <https://doi.org/10.1002/eat.20266>
- Leddy, M. A., Jones, C., Morgan, M. A., y Schulkin, J. (2009). Eating disorders and obstetric-gynecologic care. *Journal of Women's Health*, 18(9), 1395–1401. <https://doi.org/10.1089/jwh.2008.1183>
- Leung, C. M., Ho, S., Kan, C. S., Hung, C. H., y Chen, C. N. (1993). Evaluation of the Chinese version of the hospital anxiety and depression scale: A cross-cultural perspective. *International Journal of Psychosomatics*, 40(1–4), 29–34. <https://doi.org/10.1037/t05677-000>
- Linna, M. S., Raevuori, A., Haukka, J., Suvisaari, J. M., Suokas, J. T., y Gissler, M. (2014). Pregnancy, obstetric, and perinatal health outcomes in eating disorders. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 211(4). <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2014.03.067>,

Lovibond, S. H., y Lovibond, P. F. (1995). Manual for the depression anxiety stress scales. (2nd. Ed.) NSW, Australia: Psychology foundation. <https://doi.org/10.1037/t01004-000>

Lowes, H., Kopeika, J., Micali, N., y Ash, A. (2012). Anorexia nervosa in pregnancy. *The Obstetrician & Gynaecologist*, 14, 179–187. <http://doi.org/10.1111/j.1744-4667.2012.00110.x>

National Institute of Health. (26 de abril de 2021). Study Quality Assessment Tools. <https://www.nhlbi.nih.gov/health-topics/study-quality-assessment-tools>

Mackenna, M. J., Escaffi, M. J., González, T., Leiva, M. J., y Cruzat, C. (2021). Trastornos de la conducta alimentaria en el embarazo. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 32(2), 207-213. <https://doi.org/10.1016/j.rmclc.2020.06.002>

Martínez-Olcina, M., Rubio-Arias, J. A., Reche-García, C., Leyva-Vela, B., Hernández-García, M., Hernández-Morante, J. J., y Martínez-Rodríguez, A. (2020). Eating disorders in pregnant and breastfeeding women: a systematic review. *Medicina*, 56(7), 352. <https://doi.org/10.3390/medicina56070352>

Marzola, E., Cavallo, F., Panero, M., Porliod, A., Amodeo, L., y Abbate-Daga, G. (2021). The role of prenatal and perinatal factors in eating disorders: a systematic review. *Archives of women's mental health*, 24(2), 185-204. <https://doi.org/10.1007/s00737-020-01057-5>

Micali, N., Simonoff, E., y Treasure, J. (2011). Pregnancy and post-partum depression and anxiety in a longitudinal general population cohort: The effect of eating disorders and past depression. *Journal of Affective Disorders*, 131, 150–157. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2010.09.034>.

- Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., Altman, D. G. y The Prisma Group. (2009). Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. *PLoS Medicine*, 6(7), e1000097. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000097>
- Murray, D., y Cox, J. L. (1990). Screening for depression during pregnancy with the Edinburgh depression scale (EDDS). *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 8, 99–107. <https://doi.org/10.1080/02646839008403615>.
- Nelson, A. M. (2003). Transition to motherhood. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 32(4), 465-477. <https://doi.org/10.1177/0884217503255199>
- Nunes, M. A., Pinheiro, A. P., Hoffmann, J. F., y Schmidt, M. I. (2014). Eating disorders symptoms in pregnancy and postpartum: A prospective study in a disadvantaged population in Brazil. *The International Journal of Eating Disorders*, 47(4), 426–430. <https://doi.org/10.1002/eat.22236>
- Nunes, M. A., Pinheiro, A. P., Hoffmann, J. F., y Schmidt, M. I. (2014). Eating disorders symptoms in pregnancy and postpartum: A prospective study in a disadvantaged population in Brazil. *The International Journal of Eating Disorders*, 47(4), 426–430. <https://doi.org/10.1002/eat.22236>
- Patterson, R. (2021). Eating Disorders in Pregnancy and Lactation. In *Women's Mood Disorders* (pp. 181-189). Springer, Cham. [https://doi.org/10.1007/978-3-030-71497-0\\_15](https://doi.org/10.1007/978-3-030-71497-0_15)
- Pugh, M. (2015). A narrative review of schemas and schema therapy outcomes in the eating disorders. *Clinical psychology review*, 39, 30-41. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2015.04.003>

- Raes, F., Pommier, E., Neff, K. D., y Van Gucht, D. (2011). Construction and factorial validation of a short form of the Self-Compassion Scale. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 18, 250–255. <https://doi.org/10.1002/cpp.702>.
- Rocco, P. L., Orbitello, B., Perini, L., Pera, V., Ciano, R. P., y Balestrieri, M. (2005). Effects of pregnancy on eating attitudes and disorders: A prospective study. *Journal of Psychosomatic Research*, 59(3), 175–179. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2005.03.002>
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton: Princeton University Press.
- Røysamb, E., Vittersø, J., y Tambs, K. (2014). The relationship satisfaction scale- psychometric properties. *Norsk Epidemiologi*, 24(1–2), 187–194. <https://doi.org/10.5324/nje.v24i1-2.1821>.
- Ruble, D. N., Brooks-Gunn, J., Fleming, A. S., Fitzmaurice, G., Stangor, C., y Deutsch, F. (1990). Transition to motherhood and the self: Measurement, stability and change. *Journal of Personality and Social Psychology*, 58(3), 450–463. <https://doi.org/10.1037//0022-3514.58.3.450>
- Sadeh-Sharvit, S., Sacks, M. R., Runfola, C. D., Bulik, C. M., y Lock, J. D. (2019). Interventions to empower adults with eating disorders and their partners around the transition to parenthood. *Family Process*, 59(4), 1407–1422. <https://doi.org/10.1111/famp.12510>
- Schumm, W. R., Crock, R. J., Likcani, A., Akagi, C. G., y Bosch, K. R. (2008). Reliability and validity of the Kansas Marital Satisfaction Scale with different response formats in a recent sample of U.S. Army personnel. *Individual Differences Research*, 6(1), 26–37.

Silviera, M. L., Ertel, K. A., Dole, N., y Chasan-Taber, L. (2015). The role of body image in prenatal and postpartum depression: a critical review of the literature/Review. *Arch of Women's Mental Health*, 409-421. <https://doi.org/10.1007/s00737-015-0525-0>

Smink, F., van Hoeken, D., y Hoek, H. (2012). Epidemiology of eating disorders: Incidence, prevalence and mortality rates. *Current Psychiatry Reports*, 14, 406-414. <https://doi.org/10.1007/s11920-012-0282-y>

Sockol, L. E., y Battle, C. L. (2015). Maternal attitudes, depression, and anxiety in pregnant and postpartum multiparous women. *Archives of Women's Mental Health*, 18, 585–593. <https://doi.org/10.1007/s00737-015-0511-6>.

Sockol, L. E., Epperson, C. N., y Barber, J. P. (2014). The relationship between maternal attitudes and symptoms of depression and anxiety among pregnant and postpartum first-time mothers. *Archives of Women's Mental Health*, 17, 199–212. <https://doi.org/10.1007/s00737-014-0424-9>.

\*Sollid, C., Clausen, L., y Maimburg, R. D. (2021). The first 20 weeks of pregnancy is a high-risk period for eating disorder relapse. *International Journal of Eating Disorders*, 54(12), 2132-2142. <https://doi.org/10.1002/eat.23620>

Stice, E., Marti, C., y Nathan, R. (2013). Prevalence, incidence, impairment, and course of the proposed DSM-5 eating disorder diagnoses in an 8-year prospective community study of young women. *Journal of Abnormal Psychology*, 122(2), 445-457. <https://doi.org/10.1037/a0030679>

- Stringer, E. C., y Furber, C. (2019). Eating disorders in pregnancy: practical considerations for the midwife. *British Journal of Midwifery*, 27(3), 146-150. <https://doi.org/10.12968/bjom.2019.27.3.146>
- Taborelli, E., Easter, A., Keefe, R., Schmidt, U., Treasure, J., y Micali, N. (2016). Transition to motherhood in women with eating disorders: A qualitative study. *Psychology and Psychotherapy*, 89(3), 308–323. <https://doi.org/10.1111/papt.12076>
- Tierney, S., Fox, J. R. E., Butterfield, C., Stringer, E., y Furber, C. (2011). Treading the tightrope between motherhood and an eating disorder: A qualitative study. *International Journal of Nursing Studies*, 48(10), 1223-1233.
- Tierney, S., McGlone, C., y Furber, C. (2013). What can qualitative studies tell us about the experiences of women who are pregnant that have an eating disorder? *Midwifery*, 29, 542–549. <http://doi.org/10.1016/j.midw.2012.04.013>
- Ward, V. B. (2008). Eating disorders in pregnancy. *BMJ*, 336(7635), 93-96. <https://doi.org/10.1136/bmj.39393.689595.be>
- \*Watson, H. J., Von Holle, A., Knoph, C., Hamer, R. M., Torgersen, L., Reichborn-Kjennerud, T., ... y Bulik, C. M. (2015). Psychosocial factors associated with bulimia nervosa during pregnancy: An internal validation study. *International Journal of Eating Disorders*, 48(6), 654-662. <https://doi.org/10.1002/eat.22361>
- Yu, D. S., Lee, D. T., y Woo, J. (2004). Psychometric testing of the Chinese version of the medical outcomes study social support survey (MOS- SSS-C). *Research in Nursing & Health*, 27(2), 135–143. <https://doi.org/10.1002/nur.20008>



**MODELO DE AUTORIZACIÓN PARA EL DEPÓSITO DE TRABAJOS ACADÉMICOS:  
TFG Y TFM**

**Documento de cesión de derechos y autorización para la difusión de trabajos académicos a favor de la  
Universidad Miguel Hernández de Elche**

D./D.<sup>a</sup> Alba María Navarro Jordán ..... DNI/NIF, NIE o pasaporte 74392420-R .....  
Nacionalidad Española ..... Domicilio José Mas Esteve, 53 .....  
Localidad Elche ..... País España ..... e-mail albanjcm@gmail.com .....

En calidad de:

Autor/a;  Coautor/a. En caso de varios autores/as, especificar .....

1. Cede, con carácter no exclusivo, en virtud del presente documento, a la Universidad Miguel Hernández de Elche, los derechos de reproducción, distribución, comunicación pública y transformación sobre la obra titulada:  
Influencia de los factores psicosociales y de salud mental en los TCA durante el periodo perinatal y posnatal: una revisión .....

..... con la finalidad de su depósito en el repositorio institucional RediUMH de acceso abierto. En ningún caso esta autorización implica una cesión en exclusiva de los derechos de explotación del autor/a sobre la obra ni impide la explotación normal de la obra a través de las formas habituales.

2. Mediante la presente cesión, se autoriza a la Universidad Miguel Hernández de Elche a adaptar la obra en la medida que sea necesario para ponerla a disposición electrónica a través de Internet o a cualquier otra tecnología susceptible de adscripción a Internet, así como incorporar 'marcas de agua' o cualquier otro sistema de seguridad en el formato electrónico del trabajo académico. No se autoriza a realizar ninguna modificación sobre el contenido.

3. El autor/a declara que es el legítimo/a propietario/a de los derechos de explotación de la obra cuya cesión concede con este documento. Si el Trabajo objeto de custodia incluye obras de las cuales el autor/a (o los autores/as) no es el propietario de los derechos de explotación (fotografías, dibujos, textos, etc.), se declara mediante el presente documento que ha obtenido el permiso sin restricción del titular correspondiente para conceder la presente autorización. En caso de no haberse obtenido estos permisos el Trabajo tendrá que ser depositado sin las obras (fotografías, dibujos, textos, etc.)

4. El autor/a se responsabiliza de la veracidad de los datos, así como de la originalidad de la/s obra/s y del goce en exclusiva de los derechos cedidos.

5. La Universidad, sin perjuicio de cualquier otro derecho que pueda corresponderle, podrá rescindir unilateralmente la presente cesión en caso de que un tercero haga prevalecer cualquier derecho sobre todo o parte del trabajo académico. En caso de la existencia de cualquier reclamación de un tercero relacionada con la obra, la Universidad quedará exenta de toda responsabilidad.

6. Esta cesión posee carácter gratuito y tendrá eficacia a nivel mundial. Asimismo, esta cesión tendrá la duración correspondiente al periodo legalmente establecido hasta el paso de la/s obra/s al dominio público.

7. El Trabajo Fin de Grado/Máster quedará depositado en el repositorio institucional RediUMH protegiendo los derechos de autor del trabajo mediante licencia Creative Commons bajo las siguientes condiciones:



**Reconocimiento** — Debe reconocer adecuadamente la autoría, proporcionar un enlace a la licencia e indicar si se han realizado cambios. Puede hacerlo de cualquier manera razonable, pero no de una manera que sugiera que tiene el apoyo del licenciador o lo recibe por el uso que hace.



**NoComercial** — No puede utilizar el material para una finalidad comercial.



**SinObraDerivada** — Si remezcla, transforma o crea a partir del material, no puede difundir el material modificado.

8. En cualquier caso, en el repositorio institucional RediUMH de acceso abierto se mantendrá la mención de la autoría y se prohibirá el uso de la obra con fines comerciales, excepto con fines de investigación y docencia.

9. La Universidad no garantiza ni asume ninguna responsabilidad por la forma y manera como los usuarios/as hagan uso del posterior trabajo académico.

10. La Biblioteca de la UMH, como técnica y depositaria del documento/s en el repositorio institucional "RediUMH" para el acceso en abierto del/de los mismos, no asume en ningún caso responsabilidad alguna ni en la forma ni en el contenido de los documentos que se depositen, no teniendo ninguna potestad, responsabilidad y poder para posibles modificaciones respecto a la información, datos personales u otros, sobre la forma o el contenido de los mismos.

11. El presente documento se registrará de conformidad con la legislación española en todas aquellas situaciones y consecuencias no previstas en forma expresa en el presente acuerdo y, en concreto, de acuerdo con las prescripciones de la legislación española sobre propiedad intelectual vigente (RDL 1/1996, de 12 de abril) y demás legislación aplicable.

Información en materia de protección de datos:

Responsable: Universidad Miguel Hernández de Elche.

Finalidad: Gestionar el depósito del Trabajo Fin de Grado/Máster en el repositorio institucional RediUMH de acceso abierto.

Legitimación: consentimiento expreso (art. 6.1.a RGPD).

Cesiones /transferencias internacionales: Publicación repositorios públicos de la UMH. No se prevén transferencias internacionales de datos.

Derechos: Acceder, rectificar y suprimir tus datos personales, así como otros derechos, como se explica en la información adicional.

Más información: <https://vdo.estudios.umh.es/files/2022/03/Informacion-DI-RAT-TFG-TFM.pdf>

Doy mi consentimiento expreso al efecto que la UMH pueda proceder a la publicación de mis datos personales (nombre, apellidos, titulación) y depósito de mi Trabajo Fin de Grado/Máster en el repositorio RediUMH de acceso abierto.

En Elche ..... a 6 ..... de enero ..... de 2023 .....

Fdo. El autor/a

Nota: En caso de disponer de un certificado digital válido, el autor/a puede firmar el documento digitalmente. En caso contrario, se debe imprimir y firmar manualmente.