

Trabajos Originales

TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA EN MUJERES EMBARAZADAS CONTROLADAS EN ATENCIÓN PRIMARIA

Rosa Behar A. ¹, Javier González A. ^a, Mario Ariza P. ^a, Andrea Aguirre S. ^a

¹ Departamento de Psiquiatría, Escuela de Medicina, Universidad de Valparaíso.

^a Interno/a, Escuela de Medicina, Universidad de Valparaíso.

RESUMEN

Antecedentes: En relación al impacto de los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) sobre el embarazo, la mayoría de la evidencia advierte sobre consecuencias negativas prenatales y postnatales para la madre y el feto. *Objetivo:* Determinar la presencia de comportamientos alimentarios anormales en gestantes controladas en atención primaria, y analizar descriptiva y comparativamente las pacientes con estas actitudes en relación con variables maternas, del embarazo, rasgos psicológicos y conductuales. *Método:* 141 pacientes embarazadas fueron encuestadas con el test de actitudes alimentarias (EAT-40) y el inventario de trastornos alimentarios (EDI), a los cuales se añadieron preguntas relativas al embarazo e historia de TCA. *Resultados:* 23,4% de las encuestadas obtuvieron puntajes en rango patológico de EAT-40, donde la historia previa de TCA emerge como un factor de riesgo importante para el desarrollo de un desorden alimentario en estas pacientes. Otras diferencias se observaron en los puntajes del EAT-40, el EDI y todas sus subescalas. *Conclusión:* La cifra alcanzada para conductas anormales de alimentación supera ampliamente a la planteada para TCA clínicos, los que además reflejan tendencia a la cronicidad aun en el embarazo. Se requieren estudios adicionales que orienten a los profesionales de salud en la prevención, detección y tratamiento de los TCA en el embarazo.

PALABRAS CLAVE: *Trastornos de la conducta alimentaria, embarazo, bulimia, anorexia nerviosa, control prenatal*

SUMMARY

Background: According to the impact of eating disorders on pregnant women, most evidence shows negative pre and post natal consequences for the mother and the fetus. *Objective:* To determine the presence of abnormal eating behaviors in pregnant women controlled in primary care, and to describe and compare eating disordered patients in relation to the pregnancy, maternal, psychological and behavioral characteristics. *Method:* The Eating Attitudes Test (EAT-40), the Eating Disorders Inventory (EDI) and a questionnaire about demographic and pregnancy data and previous history of eating disorders were administered to 141 pregnant women. *Results:* 23.4% of the polled women scored within the pathological range of EAT-40, in whom the prior history of eating disorders emerged as the most important factor of risk to develop an eating disorder in these patients. Furthermore, considerable differences were seen in the average of EAT-40 scores and in the EDI and its all subscales. *Conclusion:* The percentage of pregnant women who displayed abnormal eating behaviors exceeds the rate described in literature for clinical eating disorders. Besides, it

reflect tendency to be a chronic disease even in pregnancy. Additional studies are required to help health personnel to prevent, detect and treat women with eating disorders in pregnancy.

KEY WORDS: *Eating disorders, pregnancy, boulimia, anorexia nervosa, prenatal care*

INTRODUCCIÓN

Los trastornos de la conducta alimentaria afectan en 90 a 95% de los casos a mujeres, cuyas edades oscilan entre 12 y 25 años (1), comprendiendo las etapas de mayor capacidad reproductiva, con efectos sobre el ciclo menstrual, función ovárica, fertilidad, sexualidad y embarazo (2). Los períodos menstruales a menudo cesan después de una baja del 10 a 15% del peso corporal normal, lo cual se debería a un mecanismo alterado de regulación de la secreción de GnRH, junto a modificaciones en el sistema dopaminérgico y opioide (3). Sin embargo, la presencia de un trastorno de la conducta alimentaria durante el embarazo, es un tema que no ha recibido suficiente atención en la literatura especializada.

Clásicamente se describe que las mujeres portadoras de bulimia nerviosa y formas subclínicas de anorexia nerviosa, tienen la posibilidad de concebir un embarazo y llevarlo hasta el término, pero no existen guías clínicas establecidas, normas de pesquisa ni de manejo de trastornos alimentarios durante el embarazo, a pesar del conocimiento público acerca de los riesgos que conlleva el padecer estas patologías en la población general (4,5). Actualmente el hecho de padecer anorexia nerviosa clínica tampoco parece ser un impedimento para lograr concebir hijos, debido a los avances en las técnicas de inducción de la ovulación y fertilización in vitro (6). Según Chisawsky y cols (4), 3 de cada 100 mujeres podrían presentar un desorden alimentario diagnosticable durante el embarazo, mientras que si se trata de un estado subclínico, las cifras alcanzarían aproximadamente hasta el 15% (7).

Aunque algunos autores señalan que ciertas complicaciones del embarazo en madres con historia de anorexia nerviosa y bulimia nerviosa no son significativamente diferentes a la población general (4,8-10), la mayoría de la evidencia indica que la presencia de un trastorno alimentario durante la gestación puede generar múltiples consecuencias, tanto fetales como maternas. Dentro de las fetales se cuentan anomalías faciales congénitas (4), menores puntajes de Apgar de 5 minutos (11), bajo peso de nacimiento (4,12-14), más altas tasas de aborto (13), menor circunferencia craneana y mi-

crocefalia (14), parto por cesárea (15), defectos del tubo neural (16) y mayor mortalidad perinatal (17). Treasure y cols (18), observaron un menor crecimiento fetal evidenciado por circunferencia abdominal por debajo del percentil 3 al momento de nacer. Otros estudios advierten sobre potenciales problemas en la duración de la lactancia (19,20), crecimiento y ganancia de peso del recién nacido (21). La mayoría de estas investigaciones coinciden en que las complicaciones descritas probablemente obedecen a la inadecuada oferta de nutrientes esenciales para el adecuado crecimiento fetal y al eventual uso de laxantes, diuréticos o supresores del apetito con potenciales efectos teratogénicos. Por otra parte, Evans y cols (22), hallaron mayor estructuración y rigidez en la alimentación de los hijos de madres con desórdenes alimentarios respecto de las mujeres del grupo control, que los alimentaban adecuadamente según demanda.

En la madre, la gestación ejerce efectos en múltiples dimensiones, con resultados controvertidos. En una muestra de población general, Fairburn y cols (23), observaron una tendencia a la disminución de conductas alimentarias anormales tempranamente en el embarazo, pero con un incremento posterior. Varios trabajos hablan de una mejoría en síntomas bulímicos (21, 24,25) y tendencia a la remisión de trastornos de las conductas alimentarias durante el embarazo (26-28). Este fenómeno estaría explicado, al menos en parte, por la presión social de cuidado hacia el feto junto a la aprobación de la ganancia ponderal en la preñez (21). Según Rocco y cols (26), esta mejoría se debe a una nueva dimensión psíquica, donde el rol más importante es el bienestar del feto y una correcta maternidad. Larsson y cols (20), afirman que independientemente de la presencia o no de un cuadro alimentario, existe una muy positiva imagen de la experiencia del embarazo y los cambios en la forma corporal que eso conlleva. En contraposición, otros autores (11,29) hallaron un empeoramiento de síntomas de trastornos alimentarios durante y después del embarazo, particularmente una exacerbación de síntomas bulímicos durante el primer trimestre. La personalidad de las mujeres con afecciones alimentarias puede impedir la adquisición de un rol maternal adecuado, ya que la madurez nece-

saría para la maternidad puede contribuir al advenimiento de ansiedades y temores (6). Al respecto, Mazzeo y cols (30), encontraron mayor presencia de sintomatología depresiva durante el embarazo y post parto en mujeres con historia de trastornos alimentarios. Además existe cierta evidencia de una mayor prevalencia de depresión postparto (15) en mujeres con sintomatología activa durante su gestación, sumado a un aparente mayor riesgo de presentarla sobretodo en mujeres con bulimia nerviosa (21,30).

El propósito de este trabajo es establecer descriptivamente la presencia de trastornos de la conducta alimentaria en embarazadas controladas en atención primaria, sus características sociodemográficas, psicológicas y conductuales y calcular el riesgo de presentar un desorden alimentario.

MATERIAL Y MÉTODO

Sujetos. A partir de mujeres cuyo control prenatal se realiza sólo en atención primaria, en las comunas de Concón y Valparaíso, en la V Región, se dispuso de una muestra total de 141 gestantes, de cualquier edad o paridad, sin antecedentes mórbidos médicos o psiquiátricos de relevancia conocidos (exceptuando un trastorno de la conducta alimentaria diagnosticado previamente), asistentes a control prenatal, de las cuales 94 fueron obtenidas del Centro de Salud Familiar de Concón, entre abril y julio de 2007, a las cuales se agregaron 47 pacientes controladas en Consultorio Plaza Justicia de Valparaíso, entre septiembre y diciembre de 2002. La muestra fue obtenida encuestando sólo a las gestantes que cumplieran con los requisitos mencionados, previa autorización de la paciente y con consentimiento informado.

Procedimientos. A todas se les aplicó las versiones traducidas al español y validadas del Test de Actitudes Alimentarias (EAT-40) (31) y del Inventario de Trastornos Alimentarios (EDI) (32), añadiendo los datos personales de edad gestacional, deseo previo de embarazo y antecedente de diagnóstico de trastorno de la conducta alimentaria anterior. Las pacientes respondieron voluntaria, individual y confidencialmente, bajo consentimiento informado, los instrumentos citados durante su control prenatal.

El EAT-40 (31) comprende 40 preguntas que evalúan 3 aspectos: 1) Dieta, relativo a la evitación de alimentos que engordan; 2) Control oral, que aborda el control en el hábito de comer y presión percibida de parte del resto para aumentar de peso y; 3) Bulimia y preocupación por el alimento, referido a pensamientos relativos a la comida y con-

ductas bulímicas. Cada respuesta tiene un valor máximo de 3 puntos. Un puntaje igual o superior a 30 en el EAT-40 indica un trastorno de la conducta alimentaria (TCA) clínicamente evidente o subclínico, que pudiera desencadenarse bajo ciertas circunstancias.

El EDI (32) consta de 64 preguntas contenidas en 8 ítems que miden: 1) *Motivación por la delgadez*: una preocupación desmedida en relación a la comida y el peso; 2) *Conciencia interoceptiva*: la incapacidad para identificar sensaciones y emociones propias; 3) *Bulimia*: presencia de comilonas y purgas; 4) *Insatisfacción corporal*: la distorsión de la imagen del propio cuerpo; 5) *Sensación de ineficacia*: sentimientos de inseguridad e inutilidad; 6) *Temor a la madurez*: el deseo de volver a la niñez frente a las responsabilidades y demandas de la edad adulta; 7) *Perfeccionismo*: las expectativas excesivas orientadas a la obtención de metas superiores, y 8) *Desconfianza interpersonal*: que trata la dificultad para establecer relaciones cercanas con los demás. Cada pregunta tiene un máximo de 3 puntos y no se consideró un punto de corte en su ponderación, analizándose cada ítem independientemente.

Análisis estadístico. El análisis descriptivo se efectuó mediante la obtención y comparación de promedios y desviaciones estándar para las variables edad materna, edad gestacional, EAT-40 y EDI con sus 8 ítems. Para escolaridad, estado civil, ocupación actual, deseo previo de embarazo y presencia de trastorno de la conducta alimentaria preconcepcional se realizó el test de Chi Cuadrado. Además, se calculó mediante Odds ratio el posible riesgo de presentar conductas alimentarias anormales en presencia o ausencia de deseo previo de embarazo, e historia de trastorno alimentario clínico diagnosticado previamente. Los cálculos mencionados fueron realizados mediante los programas computacionales de Microsoft Excel 2000 y EpiInfo versión 3.3.2.

RESULTADOS

En función de los puntajes obtenidos por las pacientes en EAT-40, las embarazadas encuestadas se subdividieron en dos grupos:

Grupo 1: configurado por 108 pacientes cuyos puntajes obtenidos en EAT-40 fueron menores a 30.

Grupo 2: conformado por 33 pacientes cuyos puntajes obtenidos en EAT-40 fueron iguales o mayores a 30.

Analizando los promedios de edad materna y edad gestacional se observa que no existe una diferencia significativa entre ambos grupos, siendo

estos valores casi los mismos para ambas variables (Tabla I).

La Tabla II muestra que la diferencia más clara entre ambos grupos está dada por la presencia de una historia pasada o reciente de trastorno de la conducta alimentaria ($\chi^2=9,2623$), donde además existe un riesgo casi 15 veces mayor de mantener trastornos de la conducta alimentaria en las pacientes con estos antecedentes (*Odds ratio*=14,7586). Las variables de estado civil, escolaridad, ocupación y deseo previo de embarazo no presentan diferencias significativas.

cado entre otros objetivos a la búsqueda del éxito, la soltería y la independencia (34-36). No obstante, en nuestra investigación no se aprecia un perfil particular de pacientes con trastornos de la conducta alimentaria en cuanto a edad materna, estado civil, escolaridad u ocupación al comparar ambos grupos. Quizá esto se deba porque tanto la adolescencia como la adultez temprana son las edades de mayor potencial reproductivo, independiente de la existencia de estos hábitos. Tal vez para los factores recién mencionados se necesitaría una muestra mayor para observar diferencias claras en los

Tabla I
EDAD MATERNA Y EDAD GESTACIONAL EN EMBARAZADAS CON Y SIN TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

Variable	Grupo 1 (EAT-40 < 30) X ± DE n=108	Grupo 2 (EAT-40 ≥ 30) X ± DE n=33
Edad materna (años)	24,2 ± 6,3	24,9 ± 5,4
Edad gestacional (semanas)	25,7 ± 8,7	25,6 ± 9,2

X ± DE: promedio ± desvío estándar.

A diferencia de lo anterior, los promedios para los puntajes de EAT-40, EDI y sus 8 subescalas, a excepción del ítem de desconfianza interpersonal, fueron ampliamente diferentes entre los grupos estudiados, siendo siempre mayores en el grupo 2, observándose además las mayores diferencias en los subítems de motivación por la delgadez, sensación de ineficacia y conciencia interoceptiva (3,4; 3,1 y 2,8 veces mayor en grupo 2 que en grupo 1, respectivamente), seguido por el promedio del puntaje obtenido en EAT-40 (2,6 veces mayor) (Tabla III).

DISCUSIÓN

Si bien Turton y cols (33) advierten una relación entre trastornos de la conducta alimentaria, entre otros factores, menor educación y peores condiciones laborales y de vivienda, es sabido que el perfil clásico de las pacientes con desórdenes alimentarios corresponde a mujeres adolescentes o adultas jóvenes, de alto nivel educacional, y especialmente sensibles al modelo cultural actual de mujer, enfo-

patrones alimentarios asociados a estas variables. Otra limitación de este estudio fue la no inclusión de comorbilidades, tales como consumo de drogas, alcohol o tabaco, que puedan ejercer efectos sobre el apetito o la digestión de los alimentos. Asimismo, cabe destacar que nuestra investigación fue realizada en establecimientos pertenecientes al sistema público de salud, donde muy probablemente no se incluye la evaluación de pacientes de niveles socioeconómicos más altos, que usualmente son atendidas en el sistema privado, y que corresponde al segmento poblacional más tradicionalmente asociado a patologías alimentarias. Cabe señalar que, en el caso de que nuestra muestra se hubiese escogido al azar, tanto los puntajes del EAT-40, como las diferencias observadas en los subítems conductuales de EDI entre los grupos 1 y 2, serían estadísticamente significativas ($p < 0,05$).

En cuanto a las variables propias del embarazo analizadas en este estudio, entendidas como edad gestacional y deseo previo de embarazo, tampoco se observa una diferencia considerable entre los grupos 1 y 2. De hecho, la edad gestacional prome-

Tabla II
VARIABLES DEMOGRÁFICAS, DESEO PRECONCEPCIONAL DE EMBARAZO E HISTORIA PREVIA DE PATOLOGÍA ALIMENTARIA EN EMBARAZADAS CON Y SIN TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

Variable	Grupo 1 (EAT-40 < 30) n=108 X (%)	Grupo 2 (EAT-40 ≥ 30) n=33 X (%)	Total
Estado civil (1):			
Casada	49(45,4)	11(33,3)	60
Soltera	34(31,5)	13(39,4)	47
Conviviente	25(23,1)	9(27,3)	34
Escolaridad (2):			
Básica	10(9,3)	4(12,1)	14
Media	71(65,7)	20(60,6)	91
Superior	27(25,0)	9(27,3)	36
Ocupación (3):			
Dueña de casa	63(58,3)	20(60,6)	83
Trabajadora	26(24,1)	7(21,2)	33
Estudiante	19(17,6)	6(18,2)	25
Embarazo (4)*:			
Deseado	95(88,0)	26(78,8)	121
No deseado	13(12,0)	7(21,2)	20
Trastorno alimentario previo (5)**:			
Con historia	1(0,9)	4(12,1)	5
Sin historia	107(99,1)	29(87,9)	136

X: promedio

(1) $\chi^2=1,5137$ (3) $\chi^2=0,1156$

%: Porcentaje

(2) $\chi^2=0,3629$ (4) $\chi^2=1,7481$ (5) $\chi^2=9,2623$

* Odds ratio= 0,5083

** Odds ratio= 14,7586

dio para ambos grupos de mujeres es casi la misma ($25,7 \pm 8,7$ y $25,6 \pm 9,2$ respectivamente). El deseo previo de embarazo tampoco muestra diferencias claras, ni parece ser un factor de riesgo para mujeres con puntajes mayores a 30 en EAT-40.

Pese a lo anteriormente mencionado, llama la atención que un 23,4% de las encuestadas presenta trastornos de la conducta alimentaria, que si bien puede tratarse en la mayoría de los casos de cuadros subclínicos o que no cumplen los criterios diagnósticos para los síndromes completos de ano-

rexia nerviosa y/o bulimia nerviosa (37), pero que pueden gatillarse bajo ciertas condiciones favorecedoras, es una cifra considerablemente superior a la planteada tradicionalmente para un desorden de la conducta alimentaria clínicamente manifiesto, cuya prevalencia fluctúa alrededor del 1% para anorexia nerviosa y entre 1% a 3% en bulimia nerviosa (33). La mayoría de estas mujeres eran casadas (39,4%), con un nivel de escolaridad media (60,6%), dueñas de casa (60,6%), su embarazo era deseado en el 78,8% de los casos y sólo alrede-

Tabla III
PUNTAJES DE EAT-40, EDI Y SUBESCALAS EN PACIENTES EMBARAZADAS CON Y SIN TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

Variable	Grupo 1 (EAT-40 < 30) (n=108) X ± DE	Grupo 2 (EAT-40 ≥ 30) (n=33) X ± DE
EAT-40	15,9 ± 7,0	41,3 ± 10,6
EDI	33,5 ± 17,4	64,5 ± 30,4
Motivación por la delgadez	3,1 ± 3,8	10,4 ± 5,2
Conciencia interoceptiva	3,0 ± 3,8	8,4 ± 6,6
Bulimia	2,3 ± 2,2	3,4 ± 3,2
Insatisfacción corporal	5,8 ± 6,2	11,1 ± 7,3
Sensación de ineficacia	2,2 ± 3,2	6,8 ± 6,7
Temores a la madurez	6,8 ± 4,3	9,2 ± 5,9
Perfeccionismo	6,8 ± 4,3	10,2 ± 3,7
Desconfianza interpersonal	3,5 ± 3,3	4,9 ± 4,7

X ± DE: promedio ± desvío estándar.

por del 12% poseía antecedente de historia previa de cuadros alimentarios. Dentro de los rasgos psicológicos y conductuales de estas pacientes se aprecia que son motivadas considerablemente por alcanzar la delgadez, presentan baja autoestima y dificultades para identificar las propias sensaciones y emociones. La historia de un trastorno de la conducta alimentaria clínicamente diagnosticado surge claramente como un factor de riesgo de padecer una patología alimentaria aún durante el embarazo, reafirmando la tendencia a la cronicidad de estas afecciones.

La principal implicancia de este trabajo es el aporte al conocimiento de estos trastornos, en una población que en nuestro medio no ha recibido mucha atención investigativa en esta área ni en cuyo contexto no se toma habitualmente en cuenta la posibilidad de encontrarse frente a un caso de este tipo, sobretodo considerando que se trata de estados que tienden a cronificarse y eventualmente podrían amenazar seriamente el bienestar o incluso la vida tanto de la madre como del feto y su desarrollo, teniendo presente además que frecuentemente son los ginecólogos o médicos de atención primaria los

primeros en tomar contacto con mujeres jóvenes y adolescentes con desórdenes alimentarios (38). Franko y Spurrell (39), basados en su experiencia clínica, alertan a los profesionales obstetras sobre factores de riesgo y signos de alarma, proponiendo además ciertas líneas de seguimiento y tratamiento de mujeres embarazadas con estos trastornos. Un adecuado control prenatal implica que el médico obstetra o la matrona logren relacionarse adecuadamente con la gestante en orden a obtener algunos indicadores de riesgo psicopatológico, que permitan derivar oportunamente a la embarazada a una interconsulta psicológica y/o psiquiátrica (40). Tan sólo unas sencillas preguntas sobre historia actual o pasada de trastorno de la conducta alimentaria, los hábitos alimentarios o el deseo de alcanzar la delgadez; por ejemplo, pueden revelar la presencia o riesgo de un cuadro alimentario incluso en mujeres con peso dentro de los rangos normales.

Con este estudio esperamos además aportar datos nacionales preliminares sobre el tema, resaltando la necesidad de contar con más estudios que orienten a los profesionales de la salud y especialmente a aquellos encargados del control prenatal,

en el reconocimiento temprano y prevención de estas afecciones durante el embarazo, en las cuales la detección e intervención oportunas con enfoque multidisciplinario mejoran ostensiblemente el desenlace y por ende el pronóstico.

AGRADECIMIENTOS. Los autores agradecen a todas aquellas personas, que prestaron su valiosa colaboración en esta investigación, especialmente a las matronas de CESFAM Concón, Catherina Pinto y Ruth San Martín y al Profesor Dunny Casanova, bioestadístico de la Escuela de Medicina de la Universidad de Valparaíso, sin la cual ésta no habría podido realizarse.

BIBLIOGRAFÍA

- Behar R. Trastornos de la conducta alimentaria. En: Correa E, Jadresic E. PSICOPATOLOGÍA DE LA MUJER. 2ª Edición. Santiago de Chile: Editorial Mediterráneo, 2005. p. 307-348.
- Morgan J. Eating disorders and reproduction. Aust NZ J Obstet Gynecol 1999;39(2):167-73.
- The ESHRE Capri Workshop Group. Nutrition and reproduction in women. Human Reproduction Update 2006;12(3):193-207.
- Chizawsky L, Newton M. Eating disorders. Identification and treatment in obstetrical patients. AWHONN Lifelines 2006;10(6):482-88.
- Newton M, Chizawsky L. Treating vulnerable populations: The case of eating disorders during pregnancy. J Psychosom Obstet Gynecol 2006;27(1):5-7.
- Mitchell A, Bulik C. Eating disorders and women's health: An update. J Midwifery Women's Health 2006;51(3):193-201.
- Pui-Yee Lai B, So-Kum Tang C, Kwok-Lai Tse W. Prevalence and psychosocial correlates of disordered eating among chinese pregnant women in Hong Kong. Eating Disorders 2005;13:171-86.
- Ekéus C, Lindberg L, Lindblad F, Hjern A. Birth outcomes and pregnancy complications in women with a history of anorexia nervosa. BJOG 2006;113:925-9.
- Willis D, Rand C. Pregnancy in bulimic women. Obstet Gynecol 1988;71(5):708-10.
- American Psychiatric Association. Practice guideline for the treatment of patients with eating disorders. Third edition. American Psychiatric Association Work Group on Eating Disorders. Am J Psychiatry 2006;58-60.
- Stewart D, Raskin J, Garfinkel P, MacDonald O, Robinson E. Anorexia nervosa, bulimia, and pregnancy. Am J Obstet Gynecol 1987;157:1194-8.
- Sollid C, Wisborg K, Hjort J, Jorgen N. Eating disorders that was diagnosed before pregnancy and pregnancy outcome. Am J Obstet Gynecol 2004;190: 206-10.
- Micali N, Simonoff E, Treasure J. Risk of major adverse perinatal outcomes in women with eating disorders. Br J Psychiatry 2007;190:255-9.
- Kouba S, Hällström T, Lindholm C, Lindén A. Pregnancy and neonatal outcomes in women with eating disorders. Obstet Gynecol 2005;105(2):255-60.
- Franko D, Blais M, Becker A, Selwin S, Greenwood D, Flores A, *et al.* Pregnancy complications and neonatal outcomes in women with eating disorders. Am J Psychiatry 2001;158(9):1461-6.
- Carmichael S, Shaw G, Schaffer D, Laurent C, Selvin S. Dieting behaviors and risk of neural tube defects. Am J Epidemiol 2003;158(12):1127-31.
- Brinch M, Isager T, Tolstrup K. Anorexia nervosa and motherhood: Reproductonal pattern and mothering behaviour of 50 women. Acta Psychiatr Scand 1988;77:98-104.
- Treasure JL, Russell GF. Intrauterine growth and neonatal weight gain in babies of women with anorexia nervosa. BMJ 1988; 296(6628):1038.
- Waugh E, Bulik C. Offspring of women with eating disorders. Int J Eat Disord 1999;25:123-33.
- Larsson G, Andersson-Ellström A. Experiences of pregnancy-related body shape changes and of breastfeeding in women with a history of eating disorders. Eur Eat Disorders Rev 2003;11(2):116-24.
- Levey L, Ragan K, Hower-Hartley A, Newport D, Stowe Z. Psychiatric disorders in pregnancy. Neurol Clin 2004;22:863-93.
- Evans J, le Grange D. Body size and parenting in eating disorders: A comparative study of the attitudes of mothers towards their children. Int J Eat Disord 1995;18(1):39-48.
- Fairburn C, Stein A, Jones R. Eating habits and eating disorders during pregnancy. Psychosom Med 1992;54(6):665-72.
- Crow S, Keel P, Thuras P, Mitchell J. Bulimia symptoms and other risk behaviors during pregnancy in women with bulimia nervosa. Int J Eat Disord 2004;36:220-3.
- Morgan J, Lacey J, Sedgwick P. Impact of pregnancy on bulimia nervosa. Br J Psychiatry 1999;174:135-40.
- Rocco P, Orbitello B, Perini L, Pera V, Ciano R, Balestrieri M. Effects of pregnancy on eating attitudes and disorders. A prospective study. J Psychosom Res 2005;59:175-9.
- Lacey H, Smith G. Bulimia nervosa: The impact of pregnancy on mother and baby. Br J Psychiatry 1987;150:777-81.
- Blais M, Becker A, Burwell R, Flores A, Nussbaum K, Greenwood D, *et al.* Pregnancy: Outcome and impact on symptomatology in a cohort of eating-disordered women. Int J Eat Disord 2000;27:140-9.
- Conrad R, Schablewski J, Schilling G, Liedtke R. Worsening of symptoms of bulimia nervosa during pregnancy. Psychosomatics 2003;44(1):76-8.
- Mazzeo S, Slof-Op't Landt M, Jones I, Mitchell K, Kendler K, Neale M, *et al.* Associations among postpartum depression, eating disorders, and perfectionism in a population-based sample of adult women. Int J Eat Disord 2006;39(3):202-11.
- Garner D, Olmstead M, Bohr I, Garfinkel P. The eating attitudes test: Psychometric features and clinical correlates. Psychological Med 1982;12:871-8.
- Garner D, Olmstead M, Polivy J. Development and validation of a multidimensional eating disorder inventory for anorexia nervosa and bulimia. Int J Eat Disord 1983;2:15-34.

33. Turton P, Hughes P, Bolton H, Sedgwick P. Incidence and demographic correlates of eating disorder symptoms in a pregnant population. *Int J Eat Disord* 1999;26:448-52.
 34. Behar R. Trastornos de la conducta alimentaria: Clínica y epidemiología. En: Behar R, Figueroa G, (ed). ANOREXIA NERVIOSA Y BULIMIA. CLÍNICA Y TERAPÉUTICA. Santiago de Chile: Editorial Mediterráneo, 2004. p.17-54.
 35. Behar R. La identidad de género en la etiopatogenia de los trastornos del hábito del comer. En: Behar R, Figueroa G, (ed). ANOREXIA NERVIOSA Y BULIMIA. CLÍNICA Y TERAPÉUTICA. Santiago de Chile: Editorial Mediterráneo, 2004. p.55-72.
 36. Trastornos de la alimentación y personalidad anormal. En: Riquelme R, Oksenberg A, (ed). TRASTORNOS DE PERSONALIDAD. HACIA UNA MIRADA INTEGRAL. Santiago de Chile: Sociedad Chilena de Salud Mental, 2003. p.331-48.
 37. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Text revision. Washington (DC): American Psychiatric Association, 2000.
 38. Rome E. Eating disorders. *Obstet Gynecol Clin N Am* 2003;30:353-77.
 39. Franko D, Spurrell E. Detection and management of eating disorders during pregnancy. *Obstet Gynecol* 2000;6:942-6.
 40. Rapaport E, Florenzano R. Enfermedades psiquiátricas y aspectos psicológicos del estado grávido-puerperal. En: Pérez A, Donoso E, (ed) OBSTETRICIA. Tercera edición. Santiago de Chile: Editorial Mediterráneo, 1999. p.820-30.
-