

Abordaje de los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) durante la pandemia: La experiencia del centro Comenzar de Nuevo

Eva María Trujillo Chi Vacuán¹

Contribución en la Sección Debates Internaciones

Resumen: Estamos por cumplir un año que se declaró la Emergencia Sanitaria Nacional por la pandemia de covid-19. Todos nos hemos visto afectados de alguna manera, pero quienes trabajamos con pacientes que padecen trastornos de la conducta alimentaria, una población particularmente vulnerable, hemos sido testigos del gran impacto que esta crisis global ha traído a sus vidas. El trastorno de la conducta alimentaria y la pandemia de covid-19 se han combinado para traer la tormenta perfecta. Las alteraciones en las rutinas diarias, como por ejemplo de compra o consumo de víveres, de sueño o de ejercicio, el miedo a enfermarse, la incertidumbre, la previa mala relación con la comida en una época de inseguridades alimentarias o de compras exageradas de pánico, además del aislamiento inherente a los esfuerzos de distanciamiento social y la vulnerabilidad económica agregada, han venido a imponer todavía más obstáculos en el acceso a tratamiento, el sostenimiento de las redes de apoyo y a incrementar importantemente la sintomatología alimentaria y de ansiedad de quienes los padecen. El impacto en los centros de atención a pacientes con estas enfermedades ha sido mayúsculo, y tanto consultantes, como familiares y profesionales se han tenido que ir adaptando a intervenciones virtuales e híbridas para poder sostener el nivel de atención.

La pandemia de covid-19 vino a cambiar la vida y la forma en que la vemos muchos de nosotros. En el área de la salud, se tuvieron que hacer adaptaciones muy radicales, de último momento y prácticamente de un día para otro, para poder seguir llevando a nuestros pacientes y sus familias, una atención de calidad, calidez y eficacia. El campo de los trastornos de la conducta alimentaria y la salud mental, no fue la excepción.

En México, el primer caso detectado de SARS-Cov2 fue reportado el 28 de febrero de 2020, el primer fallecimiento por esta causa fue el 18 de marzo de 2020 y el 24 de marzo de este mismo año el gobierno de México declaró una Emergencia Sanitaria nacional el 30 de marzo. Al momento, México es el segundo país con más muertes reportadas por millón

¹ Directora y co-fundadora de *Comenzar de Nuevo*.
Correo electrónico: eva.trujillo@comenzardenuevo.net

de habitantes² y, desafortunadamente, los programas de vacunación avanzan muy lentamente.

Ante este panorama, las políticas y esfuerzos para tratar de contener esta pandemia, como lo son el distanciamiento social, el aislamiento en caso de contacto o sospecha, el uso de cubre-bocas, el “quédate en casa”, entre otros, ha afectado severamente la salud mental de muchas personas. México es de los países con confinamiento más largo, que, aunque no ha sido obligatorio, muchos hemos optado por hacerlo en forma voluntaria, cuando la situación económica y de trabajo lo permite, por lo que es de los confinamientos más largos que se han reportado. En pocas semanas a la fecha de este escrito, alcanzaremos los 365 días.

A los clínicos nos ha obligado a hacer cambios en la forma en que llevamos a cabo nuestra práctica para tratar de seguir apoyando las patologías previas y las que han surgido. Hemos enfrentado situaciones como manejar trastornos alimentarios en pacientes con enfermedad activa de COVID-19 o con secuelas post COVID, mismas que inicialmente no teníamos idea de cómo iba a afectar a nuestros pacientes o qué curso tomaría la enfermedad al combinarse con un trastorno alimentario; hemos enfrentado colegas y clínicos que han enfermado y han dejado de atender pacientes, desafortunadamente también, la muerte de algunos colegas o de familiares de pacientes, la saturación hospitalaria y la falta de recursos económicos y sanitarios en general. Además, la incertidumbre constante sobre cómo y cuándo acabará esta coyuntura, ha hecho que veamos severamente incrementados los síntomas de ansiedad, depresión y alimentación alterada -y/o conductas alimentarias de riesgo- en nuestras poblaciones de atención.

Es frecuente, sobre todo cuando no tenemos una relación neutral o adecuada con la comida, que la gente, ante situaciones que siente que no poder controlar, se enfoque en lo que sí puede controlar: el ejercicio, la comida o el peso. Hemos visto que se han disparado principalmente tres alertas alrededor de la alimentación:

1. El miedo a que los alimentos escaseen (esto reforzado por medidas que han tomado algunos establecimientos comerciales como vender cantidades limitadas de ciertos productos o que se han agotado productos básicos) y, por otro lado, el exceso de algunos alimentos no perecederos.

2. El miedo a subir de peso o salir con un cuerpo “no deseable” después de la pandemia.

3. El tratar de encontrar las mejores soluciones para los problemas anteriores, sobre todo a través de las redes sociales, para afrontar estados muy incómodos como el aburrimiento, la frustración, el enojo.

² Según Our World in Data. Coronavirus (COVID-19) Deaths: <https://ourworldindata.org/covid-deaths>

Posiblemente los estados más frecuentes con que nos hemos encontrado que llevan a comer en forma emocional, y/o sin hambre, o a presentar patrones severamente alterados en la alimentación, son el aburrimiento y la frustración. La presencia de despensas saturadas a un fácil alcance (FDA 2020: compra de dos o más semanas de despensa para promover el distanciamiento social) puede hacer que la gente trate de compensar emociones incómodas, negativas o desagradables a través de la comida. Además, el miedo y la ansiedad pueden hacer que la gente compre una gran cantidad de comida que en otras circunstancias no lo haría. Por otro lado, tenemos la gente que puede racionar de más la comida por el miedo a que escasee, o en el marco de problemas económicos exacerbados (Weissman et al. 2020). En pacientes con anorexia, por ejemplo, la comida implica una sensación de ansiedad muy elevada, por lo que evitan ingerirla y, según reportan algunos pacientes, con el estrés que todos estamos viviendo, puede ser que su cerebro confunda la ansiedad por la comida con la ansiedad del ambiente, y restrinja todavía más la ingesta para disminuir la ansiedad y sentirse mejor.

El hecho de acumular comida, comer de más, racionarla o comer muy restrictivamente, pueden ser conductas que se relacionan con la ansiedad que vivimos, utilizamos la comida para sentirnos mejor. Además, se ha incrementado considerablemente el *fat-talk*, jerga que utilizamos para dirigirnos despectivamente hacia el peso, la figura, el cuerpo. Desde febrero 2020 se ha reportado un incremento en el consumo de tiempo en internet (Weissman et al. 2020) y sabemos por múltiples investigaciones que más tiempo allí, redundando en más problemas. Se ha reportado que el 72% de los adolescentes tienen Instagram y 68% del billón de usuarios de Instagram son mujeres. Estudios recientes muestran que *selfies* editadas son un factor de riesgo para los trastornos de conducta alimentaria (TCA) (Wick y Keel, 2020).

Otra situación a la que nos estamos enfrentando es que los gimnasios y clubes cerraron sus puertas. Esto ha incrementado los miedos en la gente que solía ejercitarse para controlar su peso o su figura corporal, lo que da la percepción de que se está aumentando de peso por no hacer la misma cantidad de actividad física, lo que ha derivado en un incremento de los problemas de imagen corporal. Además, la gente que utilizaba el ejercicio como una manera de manejar el estrés, también se ha visto afectada. Por otro lado, hay gente que, tratando de compensar esto, se sobre-ejercita en casa, produciéndose lesiones, sufriendo irritabilidad, alimentando pensamientos obsesivos sobre el peso y la figura, conviviendo con miedo a no alcanzar metas en su rendimiento físico, lo que aumenta también el estrés.

Además, con ayuda de las redes sociales, se han incrementado los “consejos” para la alimentación y para reforzar el sistema inmune, y con todas las estrategias de mercadotecnia que hay en las redes y en los mismos supermercados, la gente se confunde e incluso quien padece ortorexia (búsqueda de una alimentación sumamente limpia, saludable, natural) puede exacerbar sus síntomas. El reto de la gente es entender que no se ha encontrado ningún alimento que cure o permita alcanzar la inmunidad. También, ya se ha reportado en la población general, un abuso en el consumo de bebidas con alcohol, incluso como una estrategia para no ganar peso, sustituyendo alimentos.

En nuestro centro, el rango principal de edades que atendemos va desde la infancia, la adolescencia y los adultos jóvenes. Y, aunque estas poblaciones al parecer son las menos alcanzadas por la infección por SARS-Cov2, definitivamente son de las más afectadas en otros aspectos vinculados con ella en el plano social. Son varias las situaciones debido a las cuales las personas han volcado sus ansiedades y emociones negativas sobre la comida. De hecho, tenemos muy poca evidencia, hasta la fecha, sobre cómo todas estas medidas han impactado en el bienestar y en el desarrollo de los niños y adolescentes (Orgilés et al. 2020; Graell et al. 2020).

En nuestro centro contamos con todos los niveles de atención para pacientes con trastornos de la conducta alimentaria y enfermedades relacionadas. Contamos con el programa residencial, de atención al paciente en crisis, hospital parcial, intensivo ambulatorio y consulta externa. De acuerdo con el reporte de Shaw et al. (2021), tanto familiares como pacientes prefieren la interacción cara a cara que cualquier otra opción virtual. Sin embargo, dadas las circunstancias, tuvimos que migrar la consulta externa e intensivo ambulatorio a teleconsulta. Cerramos todos los programas parciales y solamente hemos mantenido abierto nuestro programa residencial bajo estrictas normas de control de higiene y aislamiento. La reorganización de nuestros programas de atención se realizó en pocos días, y aprendimos a dar continuidad a la consulta ya establecida en forma presencial y a evaluar casos nuevos, todo a través de las plataformas digitales. Dejamos las citas presenciales exclusivamente para pacientes que ameritan un manejo obligatorio de este tipo y solamente son vistos dos días a la semana. En pacientes adolescentes y adultos jóvenes, se hizo un manejo combinado de citas presenciales y en línea, particularmente en los casos de anorexia aguda grave. Nuestros hallazgos son similares a los reportados por Graell et al. (2020) donde el 60% de sus pacientes adolescentes recibieron un manejo mixto.

Existe suficiente evidencia de que las intervenciones vía internet pueden ser un complemento factible y efectivo para el cuidado convencional que en última instancia pueden mejorar la disponibilidad, escalabilidad y accesibilidad a tratamientos basados en evidencia (Bauer y Moessner, 2013). Todos nuestros grupos de tratamiento se migraron a teleconsulta,

tanto en las áreas de tratamiento psicológico, pasando por nutrición, medicina y tratamiento familiar; como en las áreas de educación y prevención (*Body Image Program* tanto de implementación como de entrenamiento). Igual que los hallazgos del estudio de Shaw et al. (2021), nuestra población de pacientes no reporta diferencias entre la atención presencial vs. por plataformas digitales, por el contrario, se muestran satisfechos con los resultados. Sin embargo, de acuerdo con Unikel et al. 2015) más del 50% de la población en los países latinos no tiene acceso a internet en forma regular y hay una menor aceptación sobre el tipo de intervención que no se basa en el cara a cara. Se ha reportado que, para el paciente, el contenido de la terapia es más importante que la forma en la que esta se lleva a cabo (Ertelt et al. 2011; Mitchel et al. 2008). Vale hacer notar que nuestro equipo de tratamiento, aunque se ha adaptado, expresa en su mayoría (60%) que prefiere las citas presenciales particularmente por el temor a la ruptura en la alianza terapéutica.

Nuestro programa residencial requirió múltiples adaptaciones, particularmente para poder seguir manteniendo las recomendaciones internacionales, como por ejemplo el distanciamiento social y las medidas de confinamiento. Todo nuestro personal es sometido a pruebas rápidas para covid-19 cada semana, se estableció el uso obligatorio de máscaras y cubre-bocas, se suspendieron las visitas de familiares y el contacto con los residentes es solamente por videollamada durante todo el tiempo que dura el internado. Establecimos variaciones a la terapia familiar: los padres organizan comidas en línea con sus hijos, y se suspendieron las salidas fuera del centro. Siguiendo con el modelo de tratamiento del FBT (*Family Based Treatment*) se migraron a teleconsulta todos los niveles de atención (Hambleton et al. 2020).

Aunque aún no ha sido completamente establecida la adaptabilidad de los tratamientos basados en la evidencia, como la TCC (Terapia Cognitivo Conductual) a los grupos de terapia llevados a cabo en línea, se han reportado una eficacia similar en los tratamientos combinados (presencial-en línea) para disminuir los síntomas de trastorno alimentario al ser comparados con tratamientos tradicionales (Anastasiadou et al. 2018).

El confinamiento, por otro lado, en lugar de propender a una mejor estructura alimentaria y al efectivo monitoreo sobre la ingesta de los niños y adolescentes, por el contrario, ha generado muchos más síntomas alimentarios, incrementando los conflictos entre padres/cuidadores e hijos. En este sentido, han aumentado las conductas de riesgo (tales como: lesiones autoinflingidas o ideación suicida). También hemos tenido que establecer estrategias para el monitoreo médico y de peso en casa. En los casos más difíciles hemos hecho un manejo combinado con citas presenciales y en línea. En aquellos casos cuyos padres o pacientes preferían hacer todo en línea, nos hemos apoyado con los adultos para establecer protocolos especiales.

Son tiempos difíciles, donde no solamente los pacientes y sus familias sino todos los clínicos y los que formamos el campo de los trastornos de la conducta alimentaria nos hemos tenido que adaptar a tratamientos “no convencionales”. No ha sido fácil encontrar la combinación adecuada entre tratamientos en línea y presenciales. Esperamos que las futuras investigaciones, que tengan como eje los efectos de esta pandemia, se extiendan cada vez más y, a partir de ellas, podamos trabajar con nuestros pacientes con nuevas formas para lidiar con las enfermedades que ya existían previamente a la pandemia, del mismo modo que con aquellas que surgieron luego de los períodos de confinamiento prolongado. Esperamos que tanto clínicos, como investigadores, pacientes y familias, continúen reportando sus experiencias y durante esta crisis global, pues sus vivencias son una fuente invaluable para el desarrollo de nuevas y mejores intervenciones, siempre con el note puesto en disminuir el sufrimiento de quien(es) padecen un trastorno de la conducta alimentaria. Ojalá que todos aprendamos de esta crisis en beneficio de los demás.

Referencias

- Anastasiadou, D., Folkvord, F. y Lupiáñez-Villanueva, F. (2018). A systematic review of mHealth interventions for the support of eating disorders. *European Eating Disorders Review*, 26(5), 394-416. <https://doi.org/10.1002/erv.2609>
- Bauer, S. y Moessner, M. (2013). Harnessing the power of technology for the treatment and prevention of eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 46(5), 508–515. <https://doi.org/10.1002/eat.22109>
- Ertelt, T. W., Crosby, R. D., Marino, J. M., Mitchell, J. E., Lancaster, K. y Crow, S. J. (2011). Therapeutic factors affecting the cognitive behavioral treatment of bulimia nervosa via telemedicine versus faceto-face delivery. *International Journal of Eating Disorders*, 44(8), 687–691. <https://doi.org/10.1002/eat.20874>
- Graell, M., Morón-Nozaleda, M. G, Camarneiro, R., Villaseñor, Á., Yáñez, S., Muñoz, R., Martínez-Núñez, B., Miguélez-Fernández, C., Muñoz, M. y Faya, M. (2020). Children and adolescents with eating disorders during COVID-19 confinement: Difficulties and future challenges. *European Eating Disorders Review*, 28(6), 864-870 <https://doi.org/10.1002/erv.2763>
- Hambleton, A., Le Grange, D., Miskovic-Wheatley, J., Touyz S., Cunich M. y Maguire S. (2020). Translating evidence-based treatment for digital health delivery: a protocol for family-based treatment for anorexia nervosa using telemedicine. *Journal of Eating Disorders*, 8. <https://doi.org/10.1186/s40337-020-00328-x>

- Mitchell, J. E., Crosby, R. D., Wonderlich, S. A., Crow, S., Lancaster, K., Simonich, H., ... Myers, T. C. (2008). A randomized trial comparing the efficacy of cognitive-behavioral therapy for bulimia nervosa delivered via telemedicine versus face-to-face. *Behavior Research and Therapy*, 46(5), 581–592. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2008.02.004>
- Orgilés, M., Morales, A., Delvecchio, E., Mazzeschi, C. y Espada, J. (2020). Immediate psychological effects of the COVID-19 quarantine in youth from Italy and Spain. *Front Psychol.* 10.3389/fpsyg.2020.579038
- Our World in Data. Coronavirus (COVID-19) Deaths. Statistics and Research <https://ourworldindata.org/covid-deaths>
- Shaw, H., Robertson, S. y Ranceva, N. (2021). What was the impact of a global pandemic (COVID-19) lockdown period on experiences within an eating disorder service? A service evaluation of the views of patients, parents/carers and staff. *Journal of Eating Disorders* 9(14). <https://doi.org/10.1186/s40337-021-00368-x>
- Unikel, C., Sanchez, M., Trujillo, E., Bauer, S. y Moessner, M. (2015). Internet-based aftercare program for patients with bulimia nervosa in Mexico - A pilot study. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 6(1), 64-69. <http://dx.doi.org/10.1016/j.rmta.2015.05.004>
- Weissman, R. S., Bauer, S. y Thomas, J. J. (2020). Access to evidence-based care for eating disorders during the COVID-19 crisis. *International Journal of Eating Disorders*, 53(5) 639-646. <https://doi.org/10.1002/eat.23279>
- Wick, M. R., Keel, P. K. (2020). Posting edited photos of the self: Increasing eating disorder risk or harmless behavior? *International Journal of Eating Disorders*, 53(6), 864-872. <https://doi.org/10.1002/eat.23263>