



IMPACTO DE LA PANDEMIA POR COVID- 19 EN LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

IMPACT OF THE
COVID-19 PANDEMIC
ON EATING BEHAVIOR
DISORDERS

TRABAJO DE FIN DE GRADO
CURSO ACADÉMICO: 2021-2022

Autora: Gema Lastra Pérez
Correo electrónico:
glp971@alumnos.unican.es
Directora: Carolina
Lechosa Muñiz



Aviso de responsabilidad de la Universidad de Cantabria

“Este documento es el resultado del Trabajo Fin de Grado de un alumno, siendo su autor responsable de su contenido. Se trata por tanto de un trabajo académico que puede contener errores detectados por el tribunal y que pueden no haber sido corregidos por el autor en la presente edición. Debido a dicha orientación académica no debe hacerse un uso profesional de su contenido.

Este tipo de trabajos, junto con su defensa, pueden haber obtenido una nota que oscila entre 5 y 10 puntos, por lo que la calidad y el número de errores que puedan contener difieren en gran medida entre unos trabajos y otros. La Universidad de Cantabria, el Centro, los miembros del Tribunal de Trabajos Fin de Grado, así como el profesor tutor/director no son responsables del contenido último de este Trabajo.”

Agradecimientos

Es mi deber comenzar este apartado agradeciendo en un primer lugar a la **Universidad de Cantabria** (y en concreto, a la Facultad de Enfermería), por posibilitar la realización de este trabajo con el que después de cuatro años concluyo mi formación.

El tema en torno al cual se articula es fruto de una de las situaciones más impactantes que experimenté durante el **rotatorio por el Servicio de Pediatría** en el Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Un tercio de los pacientes allí ingresados, padecían trastornos de la conducta alimentaria. Y si bien esto se demarcaba como un problema alarmante entre el personal de la planta, nadie parecía conocer muy bien qué se escondía detrás de este aumento tan repentino durante la pandemia por coronavirus.

Es por ello por lo que me gustaría agradecer a **Carolina Lechosa**, supervisora de enfermería en dicho servicio y directora de este Trabajo Fin de Grado, por haber sembrado en mí la semilla que me impulsó a investigar al respecto y por haberme acompañado y aconsejado en este largo proceso.

Quisiera también dar las gracias a **Carmen Sarabia**, quién desde su asignatura me enseñó el tipo de enfermera en el que quería convertirme. Y a **Isabel Gutiérrez**, por mostrarme cómo hacerlo realidad al verlo reflejado en la práctica.

En un ámbito ya más cercano, me gustaría agradecer a mis **padres** por haberme apoyado desde el primer momento en el que les confesé que había encontrado mi vocación. Por escuchar cada día las anécdotas surgidas en los rotatorios y por reconfortarme en aquellas situaciones difíciles de afrontar.

Y quiero dar las gracias también a mi **familia**. Sobre todo, a mi **abuela**, por ser sinónimo de fuerza y superación. Por creer en mí y por ir proclamando por las consultas y hospitales que tiene a la mejor nieta del mundo como enfermera. Gracias por hacerme ver que cuidar y acompañar puede ser en ocasiones más importante que el propio hecho de curar.

Por último, concluyo agradeciendo a todas las personas con las que he compartido este camino durante estos cuatro años. **Amigos, compañeros y profesores**, cada uno de ellos ha aportado su granito de arena para ayudarme a llegar hasta aquí.

Índice

Resumen _____	4
Resumen.....	4
Abstract	4
Introducción _____	5
Objetivos.....	6
Estrategia de búsqueda bibliográfica.....	6
Descripción de los capítulos	8
Capítulos _____	9
Capítulo I. Trastornos de la conducta alimentaria	9
Capítulo II. Etiología y factores de riesgo	14
Capítulo III. Intervenciones realizadas	18
Reflexiones finales _____	23
Referencias bibliográficas _____	24
Anexos _____	29

Resumen

Resumen

Los trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos engloban aquellas alteraciones en la alimentación (o en el comportamiento relacionado con ella) que implican una modificación en el consumo o en la absorción de los alimentos, deteriorando consecuentemente la salud.

Si bien su existencia se remonta siglos atrás, su prevalencia se ha visto ampliamente incrementada en los últimos años. La llegada de la pandemia por coronavirus ha contribuido a aumentar su incidencia, ocasionando además una mayor morbimortalidad asociada a la enfermedad.

Por todo ello, surgen estudios que intentan estudiar los factores desencadenantes que pueden causarla, destacando la existencia de componentes individuales, familiares y ambientales, siendo este último el que ha cobrado más importancia durante el confinamiento.

El tratamiento, habitualmente basado en una intervención nutricional, psicosocial, familiar e incluso farmacológica, se ha visto también condicionado por el contexto actual. La atención sanitaria presencial se ha relegado a un segundo plano frente al empleo de diferentes métodos a distancia con los que realizar las terapias. Se ha evidenciado una mayor sobrecarga en los progenitores en relación con el aumento de responsabilidades que han asumido. Además, se ha constatado la importancia del papel de la figura de enfermería en la adhesión terapéutica.

Palabras clave: trastornos de la alimentación y de la ingestión de alimentos, adolescentes y pandemia.

Abstract

Feeding and eating disorders encompass disturbances in eating (or related behaviour) that involve a change in the consumption or absorption of food, thereby impairing health.

Although their existence dates back centuries, their prevalence has increased dramatically in recent years. The advent of the coronavirus pandemic has contributed to an increase in its incidence, leading to increased morbidity and mortality associated with the disease.

For all these reasons, studies are emerging that attempt to study the triggering factors that may cause it, highlighting the existence of individual, family and environmental components, the latter being the one that has become more important during confinement.

Treatment, usually based on nutritional, psychosocial, family and even pharmacological intervention, has also been conditioned by the current context. Face-to-face health care has taken a back seat to the use of different remote methods of therapy. There has been evidence of a greater overload on parents in relation to the increased responsibilities they have taken on. In addition, the importance of the role of the nurse in therapeutic adherence has been noted.

Key words: feeding and eating disorders, adolescent and pandemics.

1. Introducción

El ser humano ha estado guiado desde el inicio de su existencia, por ciertas **necesidades básicas inherentes** a su condición de animal racional. El hambre como condición indispensable para la supervivencia y la sexualidad ligada a ciertos requisitos estéticos, son instintos primarios que garantizan además cierta obtención de placer. Todo ello, unido a la **connotación social** consubstancial al propio acto de comer, permite remontar la existencia de trastornos de la conducta alimentaria cientos de años atrás en la historia (1).

En la **civilización romana** ya se empleaban conductas purgativas para proseguir la ingesta descontrolada de alimentos en los banquetes. En esa época, comer era visto como un privilegio. Es a partir de la **Edad Media**, donde estas enfermedades se ven motivadas fundamentalmente por un factor religioso. Las mujeres cesaban el consumo de nutrientes con la única finalidad de transformar su cuerpo pecaminoso en uno carente de atractivo. Tanto es así, que la extrema delgadez y la aparición de vello corporal secundaria a ello, eran apreciadas como un acercamiento a la divinidad. La **leyenda de Santa Liberada**, es uno de los múltiples ejemplos donde se plasma. Cuenta que, en el siglo IX, la hija del rey de Portugal recurrió a ello como negativa a contraer matrimonio con el rey de Sicilia (2). También en ese siglo, un monje de Baviera documenta por primera vez la curación del apetito voraz de una mujer mediante la restricción de alimentos y los posteriores vómitos de aquellos ingeridos previamente (3).

Santa Catalina de Siena, futura asesora del papa Gregorio XI, muestra en el siglo XIV su rechazo a la comida tras recibir una visión de Jesús a los siete años. Llegada a su adolescencia, únicamente se alimentaba con un poco de pan y ciertas hierbas con propiedades laxantes. En esa época, el objetivo detrás de esas conductas consistía en acercarse a Dios a través de la restricción y las purgas, eliminando así cualquier rastro de feminidad pecaminosa (3).

En 1689, el médico Richard Morton es el primer hombre en describir un caso de **anorexia nerviosa** (aunque el término como tal no sería otorgado hasta un siglo más tarde por Robert Whytt). Veinte años después, se publican los primeros trabajos acerca de la **bulimia nerviosa**. Se produce entonces, entre los siglos XVII-XVIII un cambio de paradigma, en el que el fundamento religioso es sustituido por un trasfondo social donde la belleza está encarnada por un cuerpo delgado (1,2).

Actualmente, la **prevalencia mundial** de los trastornos de la conducta alimentaria ha duplicado sus cifras en los últimos veinte años (pasando así de un 3'4% a un 7'8% en la población adolescente) (4). En Europa, se alcanzan cifras de entre un 4-11% (5) y en **España**, los últimos estudios corroboran dicho incremento situando la tasa de prevalencia entre el 4'1-6'4% (6). El canon de belleza presentado por el sector textil y publicitario es el principal causante de ello, suponiendo actualmente un grave problema de Salud Pública (1).

Con la llegada de la **pandemia**, la prevalencia de estas enfermedades se ha acrecentado hasta un 20%, como posible consecuencia de la mayor exposición a las redes sociales, la dificultad para acceder a los centros sanitarios y el detrimento del ejercicio físico durante el confinamiento. El mayor colectivo afectado son los **jóvenes**, especialmente las mujeres de entre 10-19 años (7). Tanto es así que actualmente la cifra de los adolescentes que sufren trastornos de la conducta alimentaria en nuestro país asciende a 300.000. Es por eso por lo que se considera necesario identificar los factores que han favorecido este incremento y evaluar las medidas realizadas al respecto (8).

1.1. Objetivos

Objetivo general

- Analizar la **evidencia científica** disponible acerca de los trastornos de la conducta alimentaria en la adolescencia durante la pandemia por coronavirus.

Objetivos específicos

- Analizar el impacto de la pandemia en la **prevalencia** de los trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes.
- Identificar los cambios en los **factores de riesgo** que ha producido la pandemia en los trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes.
- Describir las diversas **intervenciones** llevadas a cabo ante los trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes durante la pandemia, identificando a su vez el papel de enfermería.

1.2. Estrategia de búsqueda bibliográfica

El **Trabajo de Fin de Grado** (TFG) presentado consiste en una **revisión bibliográfica** basada en la evidencia científica. La búsqueda de información se ha realizado a través de diversos recursos disponibles en la Biblioteca de la Universidad de Cantabria, empleando para ello mayormente **bases de datos** como Dialnet, PubMed, Scopus y Web of Science.

A su vez, se han revisado recomendaciones y publicaciones de **sociedades científicas y organizaciones nacionales e internacionales** como son la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia (SEMG) y el Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, entre otras.

Descriptores de búsqueda

A la hora de realizar la búsqueda se emplearon **descriptores DeCS** (Descriptores en Ciencias de la Salud) y **MeSH** (Medical Subject Headings) pertenecientes a los tesauros de la Biblioteca Virtual de Salud y de la National Library of Medicine respectivamente (*consultar tabla 1*).

Descriptores empleados	
DeCS	MeSH
Trastornos de Alimentación y de la Ingestión de Alimentos	Feeding and Eating Disorders
Anorexia Nerviosa	Anorexia Nervosa
Bulimia Nerviosa	Bulimia Nervosa
Adolescentes	Adolescent
Pandemias	Pandemics
Infecciones por Coronavirus	Covid-19

Tabla 1. Descriptores DeCS y MeSH (*fuentes: elaboración propia*)

A pesar de que el descriptor indicado era “Trastornos de Alimentación y de la Ingestión de Alimentos”, se empleó el término “trastornos de la conducta alimentaria” en la base de datos Dialnet al arrojar un mayor número de resultados.

Todos ellos se combinaron a través de los **operadores booleanos** “AND” y “OR” (consultar tabla 2).

Búsqueda bibliográfica		
Bases de datos	Estrategia de búsqueda	Resultados
Dialnet	("trastornos de la conducta alimentaria") AND (adolescentes)	86 resultados
Pubmed	("feeding and eating disorders") AND ("covid-19" OR pandemics) AND (adolescent)	34 resultados
	((("anorexia nervosa") OR ("bulimia nervosa")) AND (("covid-19") OR (pandemics)) AND (adolescent))	23 resultados
Scopus	((("anorexia nervosa") OR ("bulimia nervosa")) AND (adolescent) AND ((pandemics) OR (covid-19)))	225 resultados
	("feeding and eating disorders") AND (adolescent) AND ((pandemics) OR (covid-19))	27 resultados
Web of Science	((("anorexia nervosa") OR ("bulimia nervosa")) AND (adolescent) AND ((pandemics) OR (covid-19)))	32 resultados
	("feeding and eating disorders") AND (adolescent) AND ((pandemics) OR (covid-19))	20 resultados

Tabla 2. Estrategia de búsqueda bibliográfica (fuente: elaboración propia)

Criterios de inclusión y de exclusión

Para acotar los resultados, se admitieron **filtros** relacionados con el tipo de documento (artículos de revista), la fecha de publicación (máxima antigüedad de cinco años, aunque la mayor parte del trabajo se basa en artículos escritos durante la pandemia, es decir, entre los años 2019-2021), el idioma (artículos en inglés y/o español) y el tipo de acceso (a texto completo) (consultar tabla 3).

Criterios de inclusión	Criterios de exclusión
Documentos disponibles a texto completo	Documentos sin acceso gratuito
Documentos publicados en inglés y/o español	Documentos publicados en cualquier otro idioma
Artículos con menos de cinco años de antigüedad	Artículos con más de cinco años de antigüedad
Artículos cuya población de estudio fueran los adolescentes	Artículos cuya población de estudio fuera diferente a los adolescentes

Tabla 3. Criterios de inclusión y exclusión (fuente: elaboración propia)

Flujograma

A continuación, se presenta el algoritmo de búsqueda y selección de artículos, en forma de diagrama de flujo, seguido en la elaboración del trabajo.

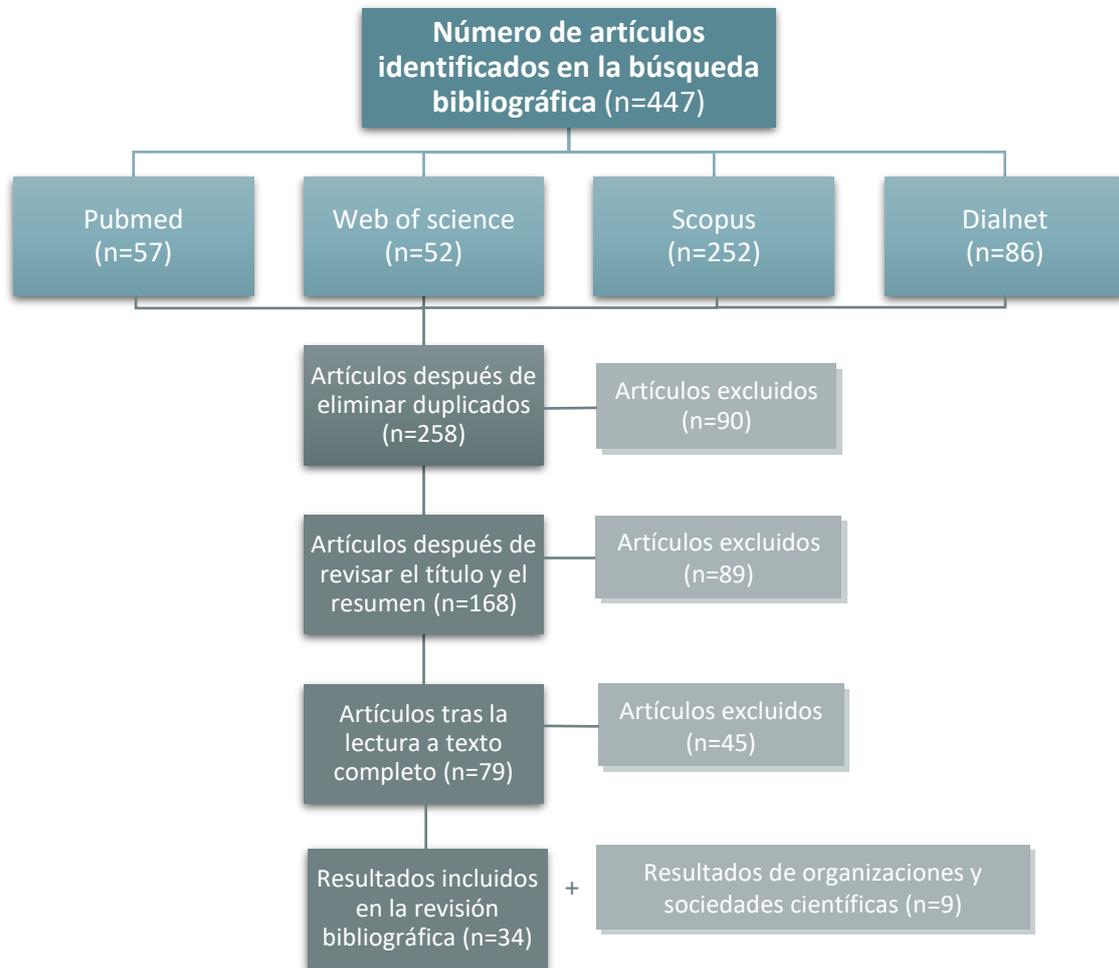


Figura 1. Algoritmo de búsqueda y selección de artículos (fuente: elaboración propia)

1.3. Descripción de los capítulos

El trabajo presentado engloba el tema de los trastornos de la conducta alimentaria basándose en tres aspectos fundamentalmente:

- **Capítulo I: trastornos de la conducta alimentaria.** Aborda datos acerca de su clasificación, su prevalencia y las manifestaciones clínicas que los definen.
- **Capítulo II: etiología y factores de riesgo.** Explica los diferentes factores de riesgo que pueden influir en el desarrollo de estos trastornos, comparándolos con aquellos surgidos durante la pandemia.
- **Capítulo III: intervenciones realizadas.** Se analizan las diversas intervenciones llevadas a cabo, el papel adoptado por la figura de la enfermera y cómo ha tenido que adaptarse todo ello ante la aparición del COVID-19.

2. Capítulos

2.1. Capítulo I. Trastornos de la conducta alimentaria

Los **trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos** hacen referencia a “*la alteración persistente en la alimentación o en el comportamiento relacionado con la alimentación que lleva a una alteración en el consumo o en la absorción de los alimentos y que causa un deterioro significativo de la salud física o del funcionamiento psicosocial*” (9) .

Mayormente se ven propiciados por una **excesiva inquietud** para alcanzar el ideal corporal impuesto por la sociedad, codiciando alcanzarlo a pesar de ser conscientes de la imposibilidad de cumplir con ciertas de las características físicas esperadas (10). También pueden darse casos en los que estas enfermedades afloran como **mecanismos de compensación** ante situaciones y sentimientos dolorosos de afrontar (11).

Clasificación de los trastornos de la conducta alimentaria

De acuerdo con el DSM V, los trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos engloban **diversos diagnósticos** entre los que se encuentran el de anorexia nerviosa, bulimia nerviosa o el trastorno por atracones (otras etiquetas diagnósticas como la pica, el trastorno de rumiación o el de evitación/restricción de la ingestión de alimentos no se describen al ser menos frecuentes) (9).

La **anorexia nerviosa** es la tercera enfermedad crónica más prevalente en los adolescentes de países occidentales (12). Consiste en la restricción de nutrientes frente a las necesidades energéticas del organismo. Cursa con un peso sustancialmente bajo causado por el miedo a incrementarlo. Existe también una alteración de la concepción de la propia persona acerca de su constitución (9,13).

- De acuerdo con la forma escogida para perder peso, se puede **clasificar** en:
 - **Tipo restrictivo:** por medio de la dieta y el ejercicio excesivo.
 - **Tipo con atracones o purgas:** a través de vómitos autoprovocados o el uso incorrecto de fármacos diuréticos o laxantes.

La **gravedad** se calcula de acuerdo con el **Índice de Masa Corporal (IMC)** diferenciándose en: leve (≥ 17 kg/m²), moderado (16-16,99 kg/m²), grave (15-15,99 kg/m²) o extremo (< 15 kg/m²). En niños y adolescentes se puede usar en su defecto, las **tablas de percentiles**. Es importante calcular la gravedad porque indica información acerca de la clínica, el grado de discapacidad funcional y la necesidad de vigilancia (13).

La **bulimia nerviosa** consiste en la aparición de episodios de atracones, al menos una vez a la semana durante tres meses. Estos están caracterizados por la pérdida de control de lo ingerido durante el mismo o la toma de una cantidad mayor de alimentos a la que se consumiría en circunstancias similares durante el mismo periodo de tiempo (14). Cursa con **conductas compensatorias inapropiadas** para evitar el aumento de peso, entre las que se encuentran el ayuno, la realización de actividad física excesiva, el vómito autoprovocado y el uso incorrecto de fármacos diuréticos o laxantes (13).

La **gravedad** del trastorno se calcula en función del número de conductas compensatorias realizadas semanalmente, pudiendo ser así: leve (1-3 episodios), moderado (4-7 episodios), grave (8-13 episodios) o extremo (más de 14 episodios inadecuados) (13).

Los **trastornos de atracones**, a pesar de caracterizarse también por ser episodios de atracones como en la bulimia nerviosa y de seguir la misma clasificación para valorar su gravedad, no se relaciona con comportamientos compensatorios recurrentes como esta. Están asociados a una mayor velocidad de masticación, una sensación de pesadez al finalizar, a ingerir alimentos sin sentir hambre, a comer solo por vergüenza ante la cantidad consumida o al sentir malestar con uno mismo al finalizar (13,14).

Los **trastornos alimentarios o de la ingestión de alimentos especificados** son aquellos que cuentan con la clínica característica de ellos sin cumplir todos los criterios de los diferentes diagnósticos. Se incluyen dentro de ellos, por ejemplo, el trastorno por purgas o el síndrome de ingestión nocturna de alimentos. Los **no especificados** suelen darse cuando no se posee la suficiente información como para asignar un diagnóstico más concreto (9,14).

Epidemiología de los trastornos de la conducta alimentaria

Son trastornos de **origen multifactorial** con una relación de 10:1 en mujeres frente a hombres (15). Si bien repercute en todas las culturas, etnias y grupos socioeconómicos, predominan en personas con un mayor nivel adquisitivo y que habitan en zonas urbanas (16).

La **edad de inicio** es cada vez más temprana (13). En España, el promedio se estima en 17 años, sin embargo, el 25% de los pacientes cuentan con menos de 13 años al momento de diagnosticarla (11,17). De hecho, se han reconocido casos en niños de tan sólo cinco años (18). Se da un pico máximo a los 14 años seguido de otro a los 18 años (19).

Resulta complicado estimar con exactitud su **incidencia**, pues además de que los estudios epidemiológicos suelen constar de muestras pequeñas, la propia enfermedad supone que sus manifestaciones clínicas sean subestimadas o encubiertas (11,17). Es por ello, que si bien la prevalencia diagnóstica en **España** es de un 4,1-6,4%, se considera que estos valores están valorados a la baja, barajando que los valores reales los ubican en un 12% de los jóvenes (6,16). Lo que sí que está claro es que tanto la incidencia como la prevalencia están aumentando cada vez más rápido (15,19). Tal y como se muestra en la figura 1, en el mundo se han visto duplicadas sus cifras en apenas diez años (20–22).

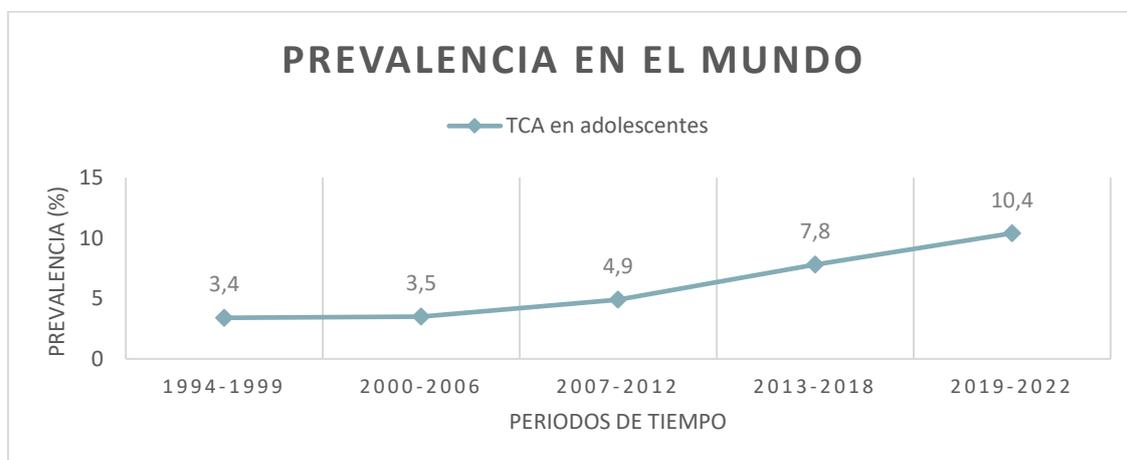


Figura 2. Prevalencia de los trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes en el mundo (11,20–22)

La prevalencia de la **anorexia nerviosa** en los países occidentales ronda en torno a un 0,4%, mientras que la de la **bulimia nerviosa** se halla entre el 1-1,5%, afectando por igual tanto a hombres como a mujeres (11,17).

La **duración** de estos trastornos se sitúa en 6 o 7 años y si bien cuentan con la posibilidad de recuperación, muchos adolescentes no reciben tratamiento, no se recuperan o lo hacen parcialmente (19). Algo similar sucede con la anorexia: la realidad es que después de diez años con ella, únicamente el 30% de los afectados es capaz de recuperarse (24).

Son enfermedades con una alta **morbimortalidad**, siendo el trastorno psiquiátrico con mayor riesgo de mortalidad (tanto por suicidio como por complicaciones médicas) (13,15). Entre el 20-43% de estos pacientes presentan ideaciones autolíticas (12,18). Los jóvenes con **anorexia** tienen 12 veces más riesgo de morir y 57 veces más riesgo de acabar con su vida que las personas de su misma edad (24). En la **bulimia nerviosa**, las tasas de intentos autolíticos son del 3-20% (19). Las comorbilidades como la ansiedad y la depresión contribuyen a ello (13).

Aún no se determinado completamente el impacto que ha tenido la **pandemia** por coronavirus en esta patología, pero muchos estudios indican un aumento de hasta un 20% de los casos. En **España**, el Ministerio de Salud ha publicado los datos de pacientes nuevos en el primer semestre del año 2020 comparándolos con los del mismo periodo en el año anterior. Los varones jóvenes que han pedido ayuda durante el mismo, se han cuadruplicado (25).

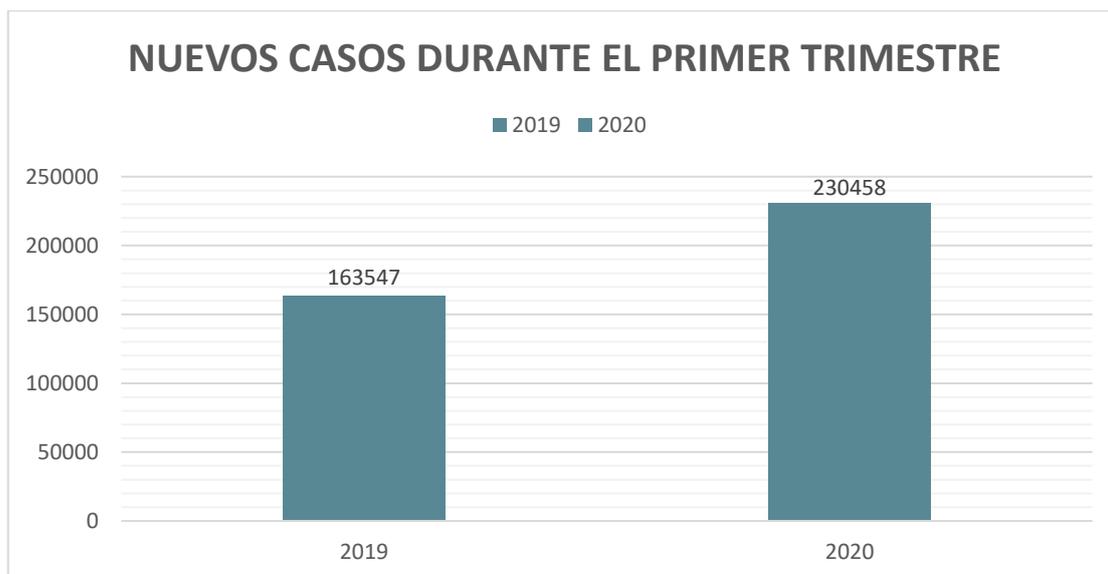


Figura 3. Nuevos casos de TCA adolescentes de España durante el primer trimestre de 2019 y 2020 (25)

El **confinamiento**, con el inicial acaparamiento de comida, impulsó tanto la restricción de nutrientes como el aumento de los atracones (26). Las consecuencias postraumáticas que lo sucedieron originaron mayor inseguridad en jóvenes, una disminución de los factores de protección y una limitación del apoyo social (25). Todo esto conllevó una mayor preocupación por las recaídas al igual que un menor aliciente para la recuperación de estos trastornos (27).

En cuanto a la **anorexia nerviosa**, el aumento de la presencia de las manifestaciones clínicas fue desmesurado con respecto al de otros trastornos psiquiátricos. Las medidas y restricciones impuestas por la pandemia han tendido a desencadenar nuevos casos más que a agravar los existentes, con un 40,4% frente a un 12,8% (28). Durante la primera ola, los casos au-

mentaron en más del 60%, triplicándose también las hospitalizaciones en comparación con las tasas anteriores a la pandemia (28). Se debe tener en cuenta también que, durante el confinamiento, se identificaron antes estas patologías al estar las familias encerradas juntas (27). Los pacientes diagnosticados durante este periodo, tienen más posibilidades de sufrir mayor gravedad en la enfermedad y una más rápida evolución (28).

Respecto a la **bulimia nerviosa**, la frecuencia en los atracones ha aumentado en un 47,3%, mientras que el vómito autoproducido lo ha hecho en un 36,4%, el uso de laxantes en un 9,1% y el de diuréticos en un 7,3% (29).

En cuanto al **tratamiento**, las terapias ambulatorias disminuyeron frente al aumento de consultas no presenciales como llamadas telefónicas, videoconferencias y otras intervenciones online. El 10,7% de los pacientes que ya estaban recibiendo psicoterapia antes de la pandemia, no la recibieron durante la misma. Únicamente el 8,2% de todos los pacientes estuvieron hospitalizados en España durante la pandemia (30).

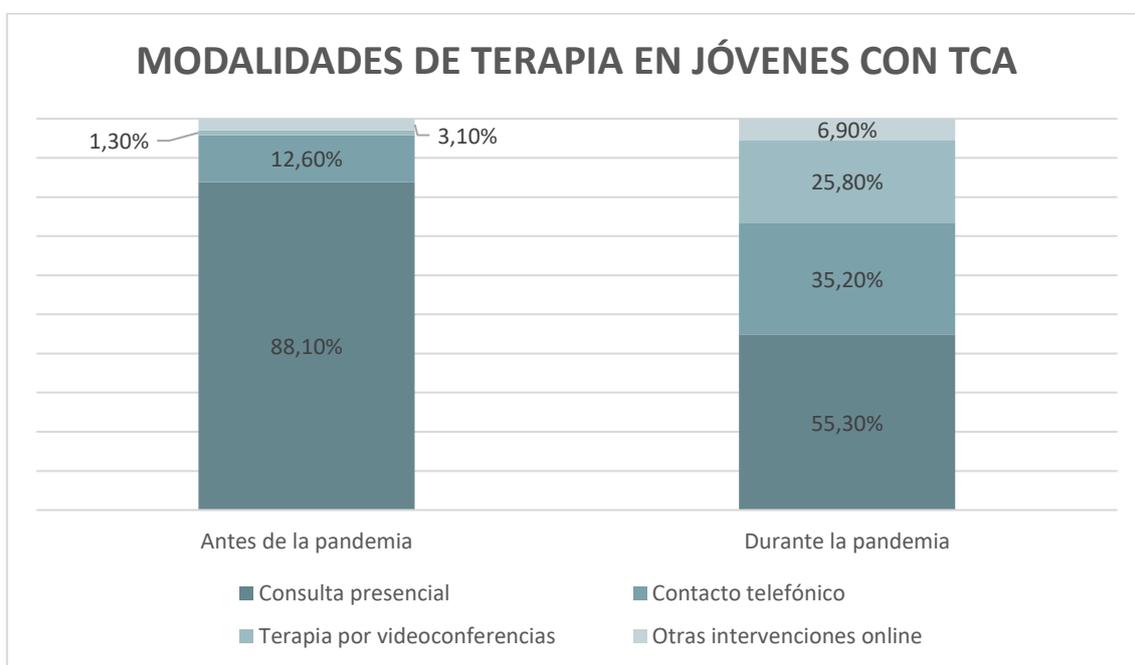


Figura 4. Modalidades terapéuticas antes y después de la pandemia en España (30)

Manifestaciones clínicas de los trastornos de la conducta alimentaria

A **nivel físico**, se dividen los diferentes signos y síntomas que comparten estos trastornos de acuerdo con el aparato o sistema con el que están relacionados:

- **Aparato nervioso:** síncope y mareos.
- **Aparato circulatorio:** hipotensión y bradicardia.
- **Aparato respiratorio:** fatiga.
- **Aparato locomotor:** pérdida de peso y disminución de la fuerza muscular.
- **Aparato reproductor:** amenorrea.
- **Aparato excretor:** estreñimiento.
- **Sistema tegumentario:** piel seca, amarillenta y fría al tacto, cabello frágil, lanugo (en la cara, el cuello y/o los brazos) y uñas cianóticas (14,21,22).

En estas patologías, cobran también vital importancia la **repercusión mental**. Entre los **signos conductuales** se incluyen pesarse compulsivamente, comer de pie o haciendo ejercicio, restringir voluntariamente la ingesta o aislarse socialmente. En cuanto a los **signos emocionales**, estos individuos suelen mostrar una imagen completamente distorsionada acerca de su aspecto físico y suelen tener escasa conciencia de enfermedad (11,20).

Con la llegada de la **pandemia** por coronavirus, las manifestaciones clínicas de estos trastornos se han exacerbado a nivel mundial (18,26). En general, los pacientes que sufrían anorexia nerviosa fueron los que más informaron acerca de ello. Además, el 20% de los individuos ha desarrollado nuevos síntomas de predominio cognitivo: como la preocupación por el aspecto físico y la alimentación, la tendencia a realizar más ejercicio físico y el temor a subir de peso (30).

Signos y síntomas diferenciales de cada trastorno	
Anorexia nerviosa	Bulimia nerviosa
<ul style="list-style-type: none"> • Piel agrietada • Alopecia • Estancamiento de la maduración • Rasgos psicopatológicos: <ul style="list-style-type: none"> — Depresión — Ideas o pensamientos suicidas — Síntomas obsesivos-compulsivos — Problemas para recordar o expresar su malestar — Alexitimia (incapacidad para darse cuenta de las emociones) o anhedonia (para sentir placer) 	<ul style="list-style-type: none"> • Erosiones del esmalte dental • Signo de Russel¹ • Cambios en las amistades • Disminución del rendimiento escolar • Rasgos psicopatológicos: <ul style="list-style-type: none"> — Depresión y ansiedad — Ideas o pensamientos suicidas — Inestabilidad afectiva — Conducta impulsiva — Tendencia al perfeccionismo — Necesidad de aprobación — Creencias fijas

Tabla 4. Manifestaciones clínicas más frecuentes (fuente: elaboración propia)

Ambos trastornos pueden conllevar **complicaciones** médicas y psicosociales posibles de revertir con la recuperación del peso. Sin embargo, si no se tratan a tiempo pueden provocar compromiso cardíaco e inmunitario (al reducir la función de la médula ósea). A largo plazo se asocia con deficiencias de calcio, fosfato y vitamina D (18). En los progenitores, es el trastorno psiquiátrico que mayor carga del cuidador genera 28 (12).

La **anorexia nerviosa** puede ocasionar daños irreparables en el crecimiento óseo y en el aparato reproductivo, llegando a originar osteoporosis, hipercolesterolemia, infertilidad, fallo renal e incluso la muerte (23,31). La **bulimia nerviosa**, por su parte, es capaz de generar esofagitis, hiperuricemia y alteraciones hidroelectrolíticas (como hiponatremia, hipocalcemia, anemia, trombocitopenia, hipoglucemia y alcalosis metabólica) (11,17,20–22).

2.2. Capítulo II. Etiología y factores de riesgo

Los trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos cuentan con un complejo origen multicausal y multifactorial. Existen ciertos **factores de riesgo** que pueden actuar como ele-

¹ Presencia de cicatrices en los nudillos de las manos por los vómitos autoprovocados (43)

mentos predisponentes, mantenedores o desencadenantes de la enfermedad (11,17). Si bien pueden potenciarse en algunas etapas del desarrollo (como puede ser durante la adolescencia), la propia interacción de tres o más factores conlleva un efecto exponencial de los mismos, incrementando la probabilidad de desarrollar la enfermedad (32).

Factores individuales

Los factores individuales se pueden clasificar a su vez en tres subtipos: **biológicos**, psicológicos o conductuales. En cuanto a los primeros, las probabilidades de desarrollar un trastorno de la conducta alimentaria se incrementan únicamente por el simple hecho de ser **adolescente** y **mujer**, aunque también pueden verse favorecidos por los cambios físicos o en el sistema nervioso central (SNC) durante el desarrollo (11,17).

- **Cambios físicos:** una pubertad precoz (asociada a la estimulación de hormonas ováricas como el estradiol) o el padecimiento de obesidad previa acrecientan la posibilidad de sufrir estos trastornos. De hecho, la reducción de estrógeno y la elevación de progesterona se vinculan con una subida de apetito y peso (33).
- **Cambios anatómicos y fisiológicos en el SNC:** estas enfermedades se ven favorecidas ante un descenso del metabolismo basal, un detrimento de la concentración de neurotransmisores ligados al estradiol (serotonina, dopamina o noradrenalina) y una alteración en los circuitos neuronales hipotalámicos que controlan el apetito (31).

En cuanto a los **factores psicológicos**, estas enfermedades se ligan a ciertos aspectos en la **personalidad** como pueden ser la presencia de timidez, baja autoestima, un pensamiento rígido, una necesidad de autocontrol y el ser perfeccionista o tendente a la negatividad. Así pues, es más posible que suceda en aquellos individuos que ya sufrían anteriormente **patologías** como la ansiedad, la depresión o un trastorno obsesivo compulsivo (31).

La **insatisfacción corporal** se engloba también en este apartado al estar relacionada con una posible sobreestimación del tamaño y una necesidad de realizar restricciones para alcanzar las dimensiones deseadas (16). En España se aprecia en el 55% de las niñas entre 7-12 años, acentuando estas cifras hasta el 80% de ellas en la adolescencia (19).

Por último, se encuentran dentro de los **factores conductuales** el empleo de **dietas**, las cuales además de poder conllevar consecuencias negativas para la salud, afectan también a las relaciones de los adolescentes (31). Ciertos tipos de **actividad física**, como el propio hecho de ser atleta o bailarina propician el desarrollo de estas conductas (17).

El consumo de **sustancias tóxicas** como puede ser alcohol, tabaco u otras drogas, genera una mayor probabilidad de aumentar el peso corporal, provocando una inconformidad en relación con su aspecto que puede encaminar hacia el otro extremo (31). Además, estar sometidos a periodos intensos de **estrés** (como un divorcio de sus progenitores, un abandono o la muerte de un ser querido) o haber sufrido un trauma infantil, hace que sean más propensos a padecer estos trastornos, al poder verlos como una forma de afrontamiento frente a estas situaciones (11,27).

Biológicos	Psicológicos	Conductuales
<ul style="list-style-type: none"> • Sexo • Edad • Problemas físicos • Alteraciones en el SNC 	<ul style="list-style-type: none"> • Personalidad • Psicopatología previa • Insatisfacción corporal 	<ul style="list-style-type: none"> • Nutrición • Ejercicio • Consumo de tóxicos • Acontecimientos estresantes

Figura 5. Clasificación de los factores individuales (fuente: elaboración propia)

Factores familiares

Conforman un **aspecto clave** en el desarrollo de estos trastornos, ya que es la propia familia quién debe desempeñar un papel importante en la enseñanza de estilos de vida saludables priorizando la salud sobre la estética (16).

El **funcionamiento de la estructura familiar** es vital, pues la presencia de familias numerosas, desestructuradas o de conflictos dentro de las mismas predisponen a estas enfermedades (11,17). Dentro de los **estilos de crianza**, el mayor peligro radica en aquellos desmesuradamente rígidos y autoritarios, ya que los hijos pueden sentir cierto descontrol que buscarán recuperar usando su propio cuerpo. Si bien los **progenitores autoritarios** son posibles desencadenantes de la bulimia nerviosa, la anorexia nerviosa está ligada a aquellos más **permisivos** (31).

Las **opiniones o estereotipos** que tengan estos sobre el aspecto corporal influyen significativamente, al poder reducir la autoestima de los jóvenes (16). Además, los **hábitos alimentarios o deportivos** se transmiten de padres a hijos (concretamente de madres a hijas). Por lo tanto, se consideran factores de riesgo aquellos asociados con la obesidad en la madre ya que, por ejemplo, al tender a realizar dietas restrictivas influyen a sus hijas sobre la necesidad de perder peso (31).

Factores ambientales y socioculturales

El prominente culto al cuerpo promovido por la sociedad en los países occidentales procede fundamentalmente de la **publicidad** (tanto en medios de comunicación como en redes sociales) (11,17).

La contratación de modelos con pesos inferiores a lo establecido hace que el público tienda a imitarlos al ser expuestos como estándares de perfección. Es esta correlación entre el valor estético y el éxito lo que hace que las industrias promuevan conductas que lleven a la delgadez (31). Se entiende por tanto el canon de belleza como una creación social producto de una amalgama de **intereses comerciales**. Los beneficios de este tipo de publicidad son explotados por diferentes sectores entre los que se encuentran el agroalimentario (al vender productos dietéticos o cremas “para adelgazar”), el textil (con tallajes cada vez más pequeños y ropa más entallada), el sanitario (a partir de tratamientos estéticos o implantes) y el deportivo (mayormente con gimnasios) (16).

Los **adolescentes** son los receptores más vulnerables de estos mensajes, al encontrarse en una etapa de desarrollo fundamental para adquirir la constitución necesaria y saludable para la vida adulta (31). El objetivo de este tipo de publicidad es inculcar en ellos nuevos hábitos de

consumo (al establecerlos como los futuros consumidores), haciéndoles creer que adquirir ciertos productos o servicios les ayudará a aumentar su atractivo y, por ende, obtener un mayor éxito. Es por tanto que estudian las formas de comportamiento y relacionarse entre ellos y exploran la predisposición a imitar los modelos de conducta (16).

Los **medios de comunicación** (como revistas o programas de televisión) y las redes sociales también contribuyen a esa sobrevaloración del aspecto físico. Especialmente cobra gran importancia la influencia de personajes públicos con los que los jóvenes se identifican y tienden a imitar. Un 97% de los adolescentes en España usa las redes sociales, porcentaje que se ha ido incrementando sustancialmente con el paso de los años. Esto ha causado una mayor sensibilidad hacia las críticas y opiniones de sus **pares**, los cuales, debido a su cercanía e influencia externa, pueden a su vez suscitar cierta competencia implícita por ver quién es socialmente más deseable (16).

Los “me gusta” en Instagram, Twitter o TikTok son vistos como una muestra de aceptación, estando ampliamente ligados a la autoestima de los jóvenes. Concretamente **Instagram**, que es la más empleada por los usuarios de esta edad, aunque ha prohibido las etiquetas relacionadas con los trastornos de la conducta alimentaria, ha impulsado en cierta medida estas enfermedades como un estilo de vida que imitar, permitiendo subir fotografías que prueben que tienen una cintura más delgada que una hoja DIN A4 mediante la etiqueta “#A4paperchallenger” (34).

Evolución de los factores de riesgo durante la pandemia por coronavirus

El 40% de los pacientes diagnosticados durante el confinamiento definen la **pandemia** como el origen de su trastorno (28). La reciente manifestación de hábitos inapropiados, la ausencia de distracciones, la exposición a redes sociales y la falta de apoyo social se muestran como factores desencadenantes del aumento de restricciones en la ingesta o la existencia de atracos descontrolados de comida (24).

Los adolescentes han visto incrementado su uso de las **redes sociales** durante este periodo (18,30). Estar expuesto a contenido relacionado con el aspecto físico, formas de alimentación inapropiadas o publicaciones extremas (por ejemplo, pro-anorexia o pro-bulimia nerviosas) puede aumentar el riesgo de sufrir este tipo de enfermedades (25,35). Consumir las noticias relacionadas con el coronavirus ya puede incluso provocar una mayor inquietud respecto a la propia fisionomía (24,36).

En cuanto a la **interrupción de las tareas diarias** que desencadenó el confinamiento, la ausencia de una rutina se asocia con una mayor probabilidad de desarrollar estos trastornos. El aislamiento entre compañeros provocado por las medidas de protección aumentó el deterioro de la salud mental, lo cual se correlaciona con una elevación de la tasa de anorexia nerviosa (28). De hecho, el **aprendizaje por vía telemática** con el correspondiente uso de videocámaras puede llevar a una reducción de la autoestima por la preocupación acerca de la propia figura (24). Esta mayor conciencia del yo corporal no sólo causa estas enfermedades, si no que dificulta su recuperación (36).

La **restricción en las actividades físicas** también repercutió en ello (28). Si bien la realización de ejercicio puede ser una mejora en estos comportamientos si se ve como una forma de afrontamiento (ya que serena el estado de ánimo), también puede suponer un cambio hacia conductas más compulsivas (27,35). Las **actividades extraescolares** también fueron disminu-

das, reforzando indirectamente las cogniciones relacionadas con los trastornos de la conducta alimentaria (18).

Referente a la propia infección, el **miedo al contagio** intensifica en sí el nivel de estrés y los pensamientos centrados en la ortorexia, acrecentando a su vez el riesgo de padecer conductas inapropiadas relacionadas con la comida (35). Existió también un gran impacto por la **inseguridad alimentaria** habida. El acaparamiento de alimentos aumentó los episodios de atracones al existir una mayor disponibilidad de ellos en casa (30). Las restricciones en la compra de comestibles mientras tanto, promovieron la omisión de comidas (35).

La mayor cantidad de **emociones** causadas por el confinamiento o la constante vigilancia de los progenitores a la hora de comer puede deteriorar el bienestar de los adolescentes, afrontando todo ello a través de comportamientos con los que controlar inadecuadamente su peso (12).

Los **factores protectores** contra estos trastornos se han visto disminuidos durante la pandemia. Con las medidas de distanciamiento aplicadas desde la primera ola, los jóvenes han perdido una fuente de apoyo que es vital para sentirse validados y conectados a un grupo de iguales (28). El **apoyo social** otorgado fue únicamente proporcionado a través de las redes sociales, y si bien fue suficiente para disminuir la sensación de estar encerrados, los hizo más vulnerables a padecer conductas inapropiadas con los alimentos (25). De hecho, la sensación de aislamiento y soledad se consideraron el mayor factor de riesgo para desarrollarlas (27).

La reducción del **acceso a la atención** también repercutió en ello. Las provincias españolas con un mayor número de casos de infecciones por coronavirus y medidas más estrictas, experimentaron una mayor tasa de pacientes con anorexia nerviosa. El hecho de que las consultas en atención primaria se limitaran a actividad telefónica o virtual contribuyó a elevar estas cifras al exigir más responsabilidad por parte de los pacientes en su seguimiento (28). El escaso tiempo del que disponían los profesionales sanitarios para prepararlos adecuadamente, desencadenó un mayor sentimiento de falta de control y pánico (18).



Figura 6. Factores de los TCA en la pandemia (fuente: elaboración propia)

2.3. Capítulo III. Intervenciones realizadas

Los trastornos de la conducta alimentaria son **complicados** de percibir ya que, al establecer el peso como un criterio fundamental para reconocerlos, se detectan en fases avanzadas e incluso acompañados de otras patologías (37). El descubrimiento precoz de estas enfermedades resulta imprescindible para establecer un tratamiento adecuado que permita una buena evolución de las mismas (22).

Tratamiento de los trastornos de la conducta alimentaria

Las intervenciones para tratar estos trastornos están enfocadas al ámbito nutricional, psicológico, farmacológico (si fuera necesario mitigar complicaciones o comorbilidades) y familiar (38). Para ello se requiere de un **equipo interdisciplinar** que cuente con un médico especializado en nutrición, un psiquiatra, un psicólogo y enfermeros especializados en salud mental. Dicho tratamiento podrá brindarse según las necesidades individuales en el ámbito ambulatorio o en el hospitalario (11).

El **abordaje nutricional** es uno de los fundamentos básicos sobre el que actuar. Pretende subsanar las **alteraciones en la conducta alimentaria** y los comportamientos relacionados, pero para ello requiere eliminar las cogniciones erróneas que supone (22).

Las **terapias psicológicas o psicoterapia** pretenden abordar eso buscando entender los problemas escondidos tras el trastorno y aumentando la adherencia terapéutica y la motivación para adquirir un peso adecuado, a la vez que también se trabaja en la prevención de recaídas (11). En aquellos jóvenes que se muestren recelosos al cambio, se deberá incentivar dicha necesidad a partir de estrategias cognitivas o conductuales (por ejemplo, basándose en enfoques de premio-castigo) (38). Además de perseguir modificaciones personales, se deben realizar también cambios en las relaciones familiares y/o sociales (22).

- **Terapia cognitivo conductual (TCC):** aborda temas sobre cómo el individuo se ve a sí mismo, a otras personas y a su entorno, además de intentar entender cómo sus acciones conciernen a sus pensamientos y sentimientos. Trata de mejorar el estado de ánimo actual cambiando cómo piensa (cogniciones) y cómo actúa (conductas) el sujeto.
- **Terapia de autoayuda:** pretende proveer a los pacientes de habilidades que les permitan vencer estos problemas.
- **Terapia psicodinámica:** está focalizada y se realiza a corto plazo. Tiene en cuenta la influencia genética, del desarrollo y la personalidad como base de la enfermedad.
- **Terapia interpersonal (ITP):** se emplea mayormente cuando la patología está asociada a una depresión. Estudia las relaciones interpersonales del paciente en la actualidad, intentando prevenir la creación de síntomas asociados al vigente episodio.
- **Terapia familiar:** busca entender cómo se organiza la familia en cuanto a la patología para perfeccionar las relaciones en la misma (por ejemplo, algunas instauran normas y roles en el cuidado del hijo con TCA) (11).

El **mindfulness** también puede ayudar a paliar la clínica en estas enfermedades. Procura conseguir un estado de completa conciencia y reconocimiento del presente en el que no se pretende juzgar pensamientos o sentimientos (39). A partir de esta práctica, se potencia la resiliencia y la empatía hacia uno mismo. Concretamente, en los pacientes con anorexia o bulimia nerviosa ayuda a perfeccionar las habilidades de regulación emocional, permitiéndoles tolerar mejor las emociones desagradables y reducir las rumiaciones respecto a su propio

cuerpo. Además, al posibilitar percibir las sensaciones corporales, contribuye a diferenciar entre el hambre y la excitación emocional, disminuyendo los episodios de atracones y antojos (11).

Los **psicofármacos** se emplean mayormente para moderar los síntomas que pueden incrementar el apetito o la necesidad de volver a alimentarse. En la **anorexia nerviosa**, se suelen usar antipsicóticos sedantes como la olanzapina ante pacientes agitados que se resisten a alimentarse. En la **bulimia nerviosa**, para evitar los atracones y los vómitos, se emplean mayormente antidepresivos (aunque aún están en estudio porque su eficacia hasta el momento es pobre, al no centrarse en la propia distorsión corporal o en las cogniciones compulsivas) (22).

Resulta vital la inclusión de la **familia** en el tratamiento, debiendo tener los **progenitores** un papel central y activo en el manejo de estas enfermedades. Según sus preferencias (además de la gravedad y la duración del trastorno) se decidirá a qué nivel de actuación se procederá (11).

Actuaciones de enfermería

El papel del **profesional enfermero** es vital en la detección precoz de estos trastornos. Realiza un seguimiento de estos pacientes durante todo el proceso de su enfermedad, acompañándolos y procurando aumentar su calidad de vida. Además, se encarga de aplicar un tratamiento individualizado aplicando un enfoque holístico en su atención (14). Los **enfermeros especialistas en salud mental** desarrollan una función esencial en cuanto a la realización de la rehabilitación nutricional y la psicoterapia (tanto para prevenir recaídas como para apoyar a los familiares) (11,22).

En las **etapas tempranas** de los trastornos de la conducta alimentaria, asentar una adecuada **relación enfermera-paciente** mediante la empatía, ayuda a favorecer la revelación de los sentimientos de los jóvenes, contribuyendo a aumentar su resiliencia. Se debe transmitir sinceridad, confianza, respeto y franqueza. Una vez logrado eso, es más sencillo convencer al paciente de que las actuaciones llevadas a cabo son en su propio beneficio, aumentando por tanto su autocontrol, desarrollando una buena **adherencia terapéutica** y dándole herramientas para evitar las ideas negativas (31).

Dentro de la **psicoterapia**, los enfermeros emplean fundamentalmente la **terapia cognitivo conductual** y la **terapia interpersonal**. Con ellas, pretenden producir cambios en su conducta, dotándoles de habilidades psicosociales para la resolución de conflictos. También se encargan de trabajar en **terapia familiar**, la cual resulta crucial para favorecer el compromiso y la motivación de los adolescentes, pero también, para disminuir los sentimientos de culpa en los progenitores (pudiendo animarlos incluso a hablar de su experiencia con otras familias que hayan sufrido algo similar para disminuir el sufrimiento que sienten) (31).

En cuanto a la **función** de estos profesionales según el nivel asistencial en el que se encuentran:

- **Enfermera de Atención Primaria:** se encarga de la detección precoz (identificando la existencia de factores de riesgo) a la vez que realiza promoción de salud en los jóvenes. En pacientes que conviven con el trastorno, les ayuda a subsanar las cogniciones inapropiadas mediante un enfoque cognitivo-conductual y la aplicación de terapias grupales. Facilita la exteriorización de las necesidades familiares, garantizando una adecuada relación terapéutica que facilite el entendimiento de las indicaciones.

- **Enfermera de Atención Especializada:** realiza una valoración holística usando escalas y comenzando a enseñar estilos de vida saludable. Según los Patrones Funcionales de Marjory Gordon, se deben explorar más exhaustivamente el nutricional – metabólico (abordando el IMC, los hábitos en la ingestión de alimentos y los conocimientos del paciente sobre una alimentación adecuada) y el de autopercepción – autoconcepto. Además, estos profesionales consiguen empatizar con el individuo con el objetivo de que alcancen el peso mínimo saludable y eliminen el empleo de medidas purgativas. Suelen administrarles también suplementos alimentarios durante su estancia en el hospital.
- **Enfermera escolar:** se encarga también de promover la educación sanitaria en los centros escolares, formando y asesorando a los adolescentes en materia de salud y alimentación para fomentar un estilo de vida saludable (14).

La **no actuación del personal enfermero** ocasionaría una ausencia de control durante la recuperación de estos pacientes, al prescindir de uno de sus principales pilares de apoyo. La **falta de conciencia de enfermedad** (que no sería estimulada por estos profesionales) aumentaría el tiempo de evolución de estas enfermedades, provocando que los jóvenes tendieran a minimizar su situación e incrementando la comorbilidad psiquiátrica y psicológica (38). La **nula adherencia al tratamiento** aumentaría por tanto la morbimortalidad y el coste sanitario. La falta de empatía que suele proporcionar la enfermera, causaría conflictos con los individuos, dificultando la modificación de la conducta de los pacientes. Es por eso, que se puede afirmar que la aplicación de los cuidados de enfermería **beneficia** a estos jóvenes, ya que el interés evidenciado mediante la escucha activa ayuda a que sientan que pueden compartir sus pensamientos libremente, auspiciando la recuperación (31).

En el **anexo 1** se establece un **plan de cuidados estandarizado**, en el cual se deberán individualizar los diagnósticos, indicadores y actividades en función de cada usuario (13,40).

Intervenciones durante la pandemia

Desde el inicio de la pandemia, el número de **consultas presenciales** en adolescentes con estos trastornos se ha visto reducido frente a la atención virtual. De hecho, aquellos pacientes que terminaban ingresados estaban más graves que en los años anteriores. La mayor presencia de conflictos familiares emanados del confinamiento, aumentaron la comorbilidad psiquiátrica y el riesgo de suicidio en estos individuos. Concretamente en los **hospitales**, los protocolos obligaron a suspender las salidas con los familiares y los permisos para acudir a casa en la etapa final de la enfermedad. El alta apresurada para crear espacio para nuevos pacientes, aumentó las recaídas y provocó el descenso de la confianza de los cuidadores en el sistema sanitario como medio de apoyo (18).

La aparición del coronavirus conllevó por tanto un nuevo paradigma en la atención de los trastornos de la conducta alimentaria. La clave para prestar una asistencia continuada se depositó en los **métodos basados en la distancia**, aunque aún está pendiente evaluar su eficacia frente al tratamiento convencional (23,41).

En muchos países se estableció una **línea de ayuda** tanto anónima como gratuita (con la posibilidad de poder usar un servicio de chat instantáneo) para adolescentes que padecían este tipo de enfermedades. Concretamente, **Canadá** ha sido uno de los lugares en los que más se ha empleado. Los datos aportados fueron que un 28,70% de jóvenes refirieron conductas restrictivas y/o purgativas en 2020 (frente al 11,22% presentado en el año 2019). Solicitaron

sobre todo peticiones de ayuda para acceder a tratamientos y apoyo ante el empeoramiento de la clínica, ya que sentían una pérdida de control sobre la misma (25). Si bien **Madrid** dispone también de una línea telefónica gratuita (900 60 50 40), únicamente está disponible de lunes a viernes de nueve a seis de la tarde. El resto de Comunidades Autónomas en España no cuentan con este tipo de recursos dentro de la Sanidad Pública (aunque sí que están recogidos en algunas asociaciones como la Associació contra l'Anorèxia i la Bulímia para aquellos mayores de 18 años) (33,42).

La intervención más empleada y respaldada en adolescentes para este tipo de problemas, es el **tratamiento basado en la familia** (FBT) (26). Los médicos de Atención Primaria derivan a jóvenes con sospecha de problemas alimentarios a estos programas donde, además de llevar a cabo una **exploración médica y del estado nutricional**, se les realizará una **valoración biopsicosocial** sobre:

- **Factores individuales:** el propio trastorno y las posibles comorbilidades asociadas.
- **Factores familiares:** antecedentes familiares y posibles estresores en la crianza.
- **Factores ambientales:** vulnerabilidades cognitivas y sentimientos de presión en el ámbito académico y/o social (12).

Con la aplicación de estas terapias en remoto, se busca un mayor cuidado por parte de los **progenitores**, siendo estos responsables de realizar las diferentes evaluaciones clínicas tales como pesar dos veces a la semana a sus hijos, registrar la ingesta precisa de alimentos y estimar el gasto energético de los mismos (12). Cada **sesión** cuenta con un breve periodo de tiempo (de unos 10 minutos) a solas con el adolescente, continuando el resto de la consulta con los familiares. Frente al resto de psicoterapias, busca potenciar la conciencia de enfermedad a través de la externalización de esta y empoderar a los familiares como encargados del cambio de conducta necesario. Cuenta con tres fases a desarrollar en 6 o 12 meses (41).

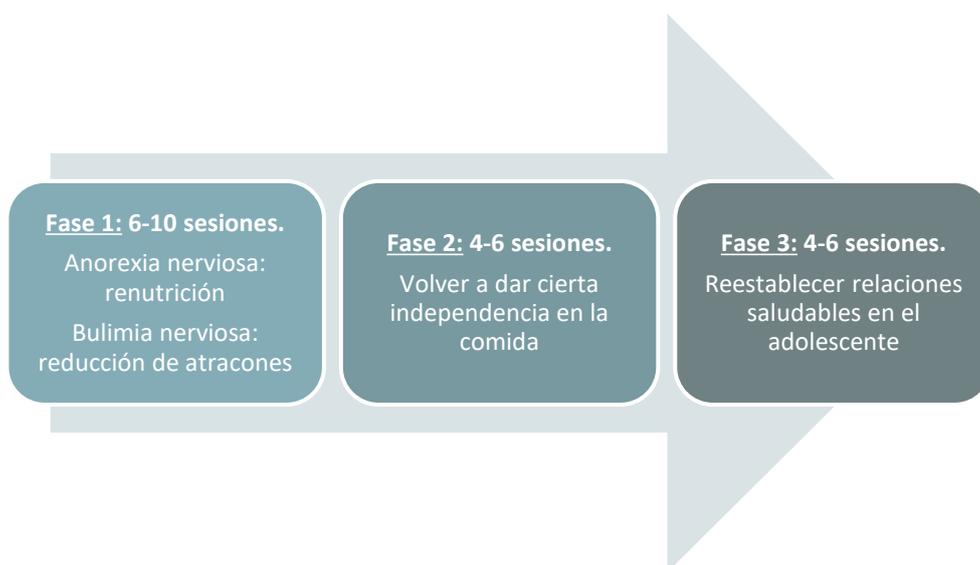


Figura 7. Fases de la FBT (fuente: elaboración propia)

Realizar este tratamiento en un entorno no presencial, ha generado ciertos **beneficios**. El hecho de disponer de más tiempo en casa generó una **mayor conexión** en las relaciones con los miembros de la familia. Estar en el propio hogar permitió a los progenitores poder **complementar** una comida insuficiente con alimentos de los que ya disponían. También facilitó la atención a aquellos que vivían en **zonas más alejadas** de los centros sanitarios (26).

Sin embargo, se estima que únicamente un tercio de los adolescentes con anorexia nerviosa y un quinto de aquellos con bulimia nerviosa usaron estos tratamientos en línea (29,30). Son diversas las **dificultades** experimentadas, tanto por los profesionales sanitarios como para los propios jóvenes, para implantarlo. En primer lugar, realizar videollamadas permitía a los jóvenes camuflarse con ropa holgada, retrasando la **detección precoz** de signos de alarma de deterioro físico (18). Esa pérdida de información va ligada también a aquella que presencialmente se obtenía a partir del lenguaje corporal. Además, dado que normalmente son individuos con escasa adherencia terapéutica, al tener el control sobre la llamada, podían **finalizar la sesión** cuando desearan. Concretamente, aquellos con anorexia nerviosa podían negarse rotundamente a siquiera empezarla dada su nula conciencia de enfermedad, mientras que los que padecían bulimia nerviosa, podían sentirse avergonzados o incómodos al ver su propio cuerpo reflejado en las pantallas. Supuso también desafíos en la **comunicación**, ya que era más complicado saber a quién iban destinadas las preguntas, ocasionaba más distracciones que la terapia convencional y debían tenerse en cuenta las consideraciones éticas y legales pertenecientes a la confidencialidad de los datos (41).

La **sobrecarga** que han padecido los cuidadores de estos adolescentes, puede considerarse otro conflicto más a tener en cuenta. El acceso reducido a la asistencia sanitaria, la exacerbación de la comorbilidad sufrida por sus hijos, las mayores exigencias y responsabilidades volcadas sobre estos progenitores y la disminución del apoyo social percibido, son **factores** que han causado que estos puedan sentirse estresados, aislados y encarcelados. Si bien antes de la propia pandemia ya se identificaban **niveles elevados de tensión** tanto física como psicológica en ellos (considerándolos como los cuidadores dentro de todos los trastornos mentales que más carga tenían), con el confinamiento se han implicado aún más en el cuidado, precisando tanto proteger a sus hijos de la constante existencia de alimentos en casa como de tener que hacer frente a los episodios de atracones cuando era complicado conseguir comida para reemplazar la que se agotaba. Se han realizado **intervenciones grupales online** personalmente diseñadas para ellos a partir de entrenamiento en habilidades y autoayuda que han conseguido disminuir la angustia expresada (18).



Figura 8. Beneficios y desventajas de la terapia a distancia (fuente: elaboración propia)

3. Reflexiones finales

Los **trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos** son alteraciones en la alimentación o en el comportamiento relacionado con ella que conllevan una modificación en el consumo o en la absorción de los alimentos, provocando así un deterioro significativo en la salud.

Con la llegada de la **pandemia** por coronavirus, la prevalencia de estas enfermedades en adolescentes se ha incrementado a tal nivel que actualmente constituye un problema de extrema importancia tanto nacional como internacionalmente.

Han surgido numerosos estudios que buscan explicar el porqué de dicho aumento. La evidencia científica existente es capaz de demostrar que la mayor influencia de los **factores ambientales o socioculturales** a los que se han visto expuestos los jóvenes durante el confinamiento, ha jugado un papel crucial a la hora de desarrollar estos trastornos. Disponer de más tiempo para navegar por las redes sociales, llegando a basar incluso las interacciones con sus pares en ellas, ha reforzado la imagen de la **delgadez** como sinónimo de éxito en nuestra sociedad.

A su vez, han surgido **nuevos desencadenantes** propios de la pandemia (tales como la interrupción de la rutina, las restricciones aplicadas por los diversos gobiernos y la inseguridad por el futuro). Esto hace replantearse a la comunidad científica si los tratamientos están bien enfocados al contexto actual.

El **menor acceso a la atención sanitaria** ha provocado el paso de una atención presencial a una basada en la distancia. Si bien el uso de contactos telefónicos y videollamadas son opciones flexibles y de bajo costo, queda pendiente evaluar su **efectividad** en la intervención sobre estas enfermedades.

El **personal de enfermería**, por su parte, continúa constituyendo un pilar fundamental, generando una buena adherencia terapéutica y reduciendo la morbimortalidad asociada a estos trastornos.

Por todo lo anteriormente comentado, queda demostrado que el aumento de la prevalencia de los trastornos de la conducta alimentaria durante la pandemia por coronavirus está ligada a la **exacerbación** de los factores de riesgo existentes y a la **aparición** de otros específicos del propio contexto vivido. Esto desencadena, por tanto, la necesidad de realizar **nuevas investigaciones** que estudien si los beneficios de los tratamientos adaptados a la distancia superan a las ventajas que han supuesto en estos pacientes y sus familias.

Bibliografía

1. San Sebastián J. Aspectos históricos en la medicina sobre los trastornos alimentarios [monografía en Internet]. Madrid: Instituto Nacional de Gestión Sanitaria; 2020 [acceso el 19 de diciembre de 2020]. Disponible en: <https://ingesa.sanidad.gob.es/ciudadanos/suSalud/jovenes/anorexia/aspectosHistoricos.html>
2. López R, Mérida C, Aliaga AL, Moreira L, Fernández D. Cuatro estudios sobre trastornos de la conducta alimentaria. Bolivia: IIPP Universidad Mayor de San Andrés; 2021.
3. Gorab A, Iñarritu M. Anorexia y bulimia: trastornos de conducta alimentaria. 2ª ed. Madrid: UNAM; 2008.
4. Galmiche M, Déchelotte P, Lambert G, Tavolacci MP. Prevalence of eating disorders over the 2000-2018 period: a systematic literature review. Am J Clin Nutr [revista en Internet] 2019 [acceso el 22 de diciembre de 2021]; 109(5): 1402-1413. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31051507/>
5. Keski A, Mustelin L. Epidemiology of eating disorders in Europe: prevalence, incidence and comorbidity. Curr Opin Psychiatry [revista en Internet] 2017 [acceso el 27 de diciembre de 2021]; 29(6): 340-345. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27662598/>
6. Morales S. Los trastornos de la conducta alimentaria son la tercera enfermedad crónica más frecuente entre adolescentes. SEMG. En prensa 2018.
7. Rivas A. Anorexia nerviosa del adolescente y COVID.19: la pandemia colateral. Rev Esp Endocrinol Pediatr [revista en Internet] 2021 [acceso el 29 de diciembre de 2021]; 12(2). Disponible en: <https://www.endocrinologiapediatrica.org/revistas/P1-E38/P1-E38-S3128-A705.pdf>
8. Fita Fundación. Trastornos alimentaris i Covid-19 [sede Web]. Barcelona: Fita fundación; 2020 [acceso el 29 de diciembre de 2021]. Disponible en: <https://fitafundacion.org/comunicacion/>
9. Asociación Americana de Psiquiatría. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales: DSM-5. 5ª ed. Madrid: editorial médica panamericana; 2014.
10. Heras D, Díaz F, Cruzat C, Lecaros J. (In) Satisfacción con la imagen corporal en jóvenes chilenas de 15 a 25 años. RELACES [revista en Internet] 2017 [acceso el 3 de enero de 2022]; 9(23): 69-80. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6983957>
11. Berdejo P, Gutiérrez I, Fanlo A, Carnicer M, Embid A, Gil R. Mindfulness como terapia en trastornos de la conducta alimentaria: programa de educación para la salud. Rev sanit investig [revista en Internet] 2021 [acceso el 9 de enero de 2022]; 2(7). Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8068619>

12. Walsh O, McNicholas F. Assessment and management of anorexia nervosa during COVID-19. *Ir J Psychol Med* [revista en Internet] 2020 [acceso el 9 de enero de 2022]; 37(3). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7550882/>
13. Sanz L, Alastruey M, Aranda B, Ferrando M. Cuidados de enfermería en salud mental: trastorno de la conducta alimentaria. *Rev sanit investig* [revista en Internet] 2021 [acceso el 9 de enero de 2022]; 2(5). Disponible en: <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/cuidados-de-enfermeria-en-salud-mental-trastorno-de-la-conducta-alimentaria-caso-clinico/>
14. Hernando C, Aznar D, Pinilla L, López C, Gadea B, Barreu C. Cuidados de enfermería en pacientes con trastornos alimenticios. *Rev sanit investig* [revista en Internet] 2021 [acceso el 9 de enero de 2022]; 2(10). Disponible en: <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/cuidados-de-enfermeria-en-pacientes-con-trastornos-alimenticios/>
15. Villalobos A, Unikel C, Hernández M, Bojórquez I. Evolución de las conductas alimentarias de riesgo en adolescentes mexicanos: 2006-2018. *Salud Públ Méx* [revista en Internet] 2020 [acceso el 16 de enero de 2022]; 62(6): 734-744. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7654198>
16. Rueda A, Hernández N, Navarro P, Duque H, Bermúdez G, Barrientos E. El impacto de los medios de comunicación y las influencias socioculturales como factor precipitante de trastornos de la conducta alimentaria y sus comorbilidades en adolescentes y adultos jóvenes. *Rev sanit investig* [revista en Internet] 2021 [acceso el 16 de enero de 2022]; 2(5). Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/extart?codigo=8067282>
17. González J, Madrazo I, Gil E, Carral L, Benito P, Calcedo G et al. Prevalencia, incidencia y factores de riesgo de los trastornos de la conducta alimentaria en la Comunidad de Cantabria. *Rev med Valdecilla* [revista en Internet] 2017 [acceso el 16 de enero de 2022]; 2(1): 14-20. Disponible en: <https://repositorio.unican.es/xmlui/handle/10902/13792>
18. Maunder K, McNicholas F. Exploring career burden amongst those caring for a child or adolescent with an eating disorder during COVID-19. *Int J Eat Disord* [revista en Internet] 2021 [acceso el 16 de enero de 2022]; 9(1). Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34602093/>
19. López I, Anarte C, Lorenzo A, Masoliver Á, Martínez N, Perelló M. Autopercepción del peso y conductas de riesgo relacionadas con los trastornos alimentarios. *Enferm Comunitaria* [revista en Internet] 2017 [acceso el 16 de enero de 2022]; 5(4): 49-60. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/extart?codigo=6224483>
20. Cipatli N, Covarrubias JD. Trastornos de la conducta alimentaria. *Rev mex de pediatría* [revista en Internet] 2019 [acceso el 22 de enero de 2022]; 86(2): 80-86. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S003500522019000200080&script=sci_abstract
21. Gabler G, Olgún P, Rodríguez A. Complicaciones médicas de los trastornos de la conducta alimentaria. *Rev méd clín Las Condes* [revista en Internet] 2017 [acceso el 22 de enero de 2022]; 28(6): 893-900. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-complicaciones-medicas-de-los-trastornos-S0716864017301487>

22. Gaete V, López C. Eating disorders in adolescents: a comprehensive approach. Rev chil [revista en Internet] 2020 [acceso el 22 de enero de 2022]; 91(5): 784-793. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33399645/>
23. Hambleton A, Le Grange D, Miskovic J, Touyz S, Cunich M, Maguire S. Translating evidence-based treatment for digital health delivery: a protocol for family-based treatment for anorexia nervosa using telemedicine. J eat disord [revista en Internet] 2020 [acceso el 22 de enero de 2022]; 8(1). Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/33052259>
24. Juli M, Juli G, Juli R. An epidemic in the pandemic: the most difficult challenge for young adolescents. Psychiatr danub [revista en Internet] 2021 [acceso el 22 de enero de 2022]; 33(9): 142-147. Disponible en: https://www.psychiatria-danubina.com/UserDocs/Images/pdf/dnb_vol33_noSuppl%209/dnb_vol33_noSuppl%209_142.pdf
25. Miniati M, Marzetti F, Palagini L, Marazziti D, Orrù G, Conversano C et al. Eating disorders spectrum during the COVID pandemic: a systematic review. Front psychol [revista en Internet] 2021 [acceso el 22 de enero de 2022]; 12(1). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8511307/>
26. Couturier J, Pellegrini D, Miller C, Agar P, Webb C, Anderson K et al. Adapting and adopting highly specialized pediatric eating disorder treatment to virtual care: a protocol for an implementation study in the COVID-19 context. Implement sci [revista en Internet] 2021 [acceso el 23 de enero de 2022]; 38(2). Disponible en: <https://implementationsciencecomms.biomedcentral.com/articles/10.1186/s43058-021-00143-8>
27. Springall G, Cheung M, Sawyer SM, Yeo M. Impact of the coronavirus pandemic on anorexia nervosa and atypical anorexia nervosa presentations to an australian tertiary paediatric hospital. J paediatr child health [revista en Internet] 2022 [acceso el 23 de enero de 2022]; 58(3): 491-496. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34570958/>
28. Agostino H, Burstein B, Moubayed D, Taddeo D, Grady R, Vyver E et al. Trends in the incidence of new-onset anorexia nervosa and atypical anorexia nervosa among youth during the COVID-19 pandemic in Canada. JAMA netw open [revista en Internet] 2021 [acceso el 23 de enero de 2022]; 4(12). Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/34874405>
29. Schlegl S, Meule A, Favreau M, Voderholzer U. Bulimia nervosa in times of the COVID-19 pandemic: results from an online survey of former inpatients. Eur eat disord rev [revista en Internet] 2020 [acceso el 23 de enero de 2022]; 28(6): 847-854. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/343528421_Bulimia_nervosa_in_times_of_the_COVID-19_pandemic-Results_from_an_online_survey_of_former_inpatients
30. Schlegl S, Maier J, Meule A, Voderholzer U. Eating disorders in times of the COVID-19 pandemic: results from an online survey of patients with anorexia nervosa. Int j eat disord [revista en Internet] 2020 [acceso el 23 de enero de 2022]; 53(11): 1791-1800. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32841413/>

31. Castiblanco R, Parra J, Sánchez Y, Rey L, Rodríguez L, Solano P. Cuidados enfermeros que modifican conductas alimentarias en adolescentes, etapa inicial de anorexia. *Cienc cuid [revista en Internet]* 2020 [acceso el 23 de enero de 2022]; 17(2): 102-115. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/extart?codigo=7490963>
32. Schaumberg K, Welch E, Breithaupt L, Hübel C, Baker J, Munn M et al. The science behind the academy for eating disorders' nine truths about eating disorders. *Eur eat disord rev [revista en Internet]* 2017 [acceso el 23 de enero de 2022]; 25(6): 432-450. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28967161/>
33. Marí A, Burgos J, Hidalgo R. Trastornos de conducta alimentaria en la práctica deportiva: actualización y propuesta de abordaje integral. *Endocrinol diabetes nutr [revista en Internet]* 2022 [acceso el 23 de enero de 2022]; 69(2): 131-143. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S2530016421001257>
34. Branley DB, Covey J. Pro-ana versus pro-recovery: a content analytic comparison of social media users' communication about eating disorders on twitter and tumblr. *Front psychol [revista en Internet]* 2017 [acceso el 23 de enero de 2022]; 8(1): 131-143. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5554530/>
35. Robertson M, Duffy F, Newman E, Prieto C, Ates HH, Sharpe H. Exploring changes in body image, eating and exercise during the COVID-19 lockdown: a UK survey. *Appetite [revista en Internet]* 2021 [acceso el 23 de enero de 2022]; 159(1). Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33278549/>
36. Fernández F, Casas M, Claes L, Bryan DC, Favaro A, Granero R et al. COVID-19 and implications for eating disorders. *Eur eat disord rev [revista en Internet]* 2020 [acceso el 23 de enero de 2022]; 28(3): 239-245. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32346977/>
37. Méndez YL, Cerquera AM. Apoyo social en población con trastornos alimentarios. *Rev virtual univ catol norte [revista en Internet]* 2021 [acceso el 29 de enero de 2022]; 62(1). Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/extart?codigo=7726192>
38. Beato L, Rodríguez T. Identidad y proceso emocional de cambio en los trastornos del comportamiento alimentario. *Rev psicot [revista en Internet]* 2020 [acceso el 29 de enero de 2022]; 31(115): 17-31. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/extart?codigo=7279504>
39. Asensio A, Magallón R, García J. Revisión histórica de los conceptos utilizados para definir mindfulness y compasión. *Mindfulness & compassion [revista en Internet]* 2017 [acceso el 29 de enero de 2022]; 2(2): 86-91. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-mindfulness-compassion-188-articulo-revision-historica-conceptos-utilizados-definir-S2445407917300216>
40. NANDA International. *Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación*. 12ª ed. Barcelona: Elsevier Health Sciences; 2021. 616 p.
41. Matheson B, Bohon C, Lock J. Family-based treatment via videoconference: clinical recommendations for treatment providers during COVID-19 and beyond. *Int j eat disord [revista en Internet]* 2020 [acceso el 29 de enero de 2022]; 53(7): 1142-1154. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32533799/>

42. Associació contra l'anorèxia i la bulímia. Los trastornos de la conducta alimentaria. [sede Web]. Barcelona: associació contra l'anorèxia i la bulímia; 2018 [acceso 29 de enero de 2021]. Disponible en: <https://www.acab.org/es/los-trastornos-de-conducta-alimentaria/>
43. Rioja salud. Trastornos del comportamiento alimentario. [sede Web]. La Rioja: rioja salud; 2018 [acceso 29 de enero de 2021]. Disponible en: [https://www.riojasalud.es/servicios/salud-mental/articulos/trastornos-del-comportamiento-alimentario#:~:text=Signo%20de%20Russell%20\(callosidades%20en,contacto%20con%20el%20jugo%20g%C3%A1strico](https://www.riojasalud.es/servicios/salud-mental/articulos/trastornos-del-comportamiento-alimentario#:~:text=Signo%20de%20Russell%20(callosidades%20en,contacto%20con%20el%20jugo%20g%C3%A1strico)

Anexos

Anexo 1. Plan de cuidados estandarizado en trastornos de la conducta alimentaria *(fuente: elaboración propia)*

Diagnósticos (NANDA)	Resultados (NOC)	Intervenciones (NIC)
[00276] Autogestión ineficaz de la salud	[1601] Conducta de cumplimiento	[4410] Establecimiento de objetivos comunes [4420] Acuerdo con el paciente [7140] Apoyo a la familia
	[1813] Conocimiento: régimen terapéutico	[5602] Enseñanza: proceso de enfermedad [5616] Enseñanza: medicamentos prescritos [5618] Enseñanza: procedimiento/tratamiento
[00002] Desequilibrio nutricional	[1006] Peso: masa corporal	[1240] Ayuda para ganar peso
	[1008] Estado nutricional: ingestión alimentaria y de líquidos	[1160] Monitorización nutricional [4130] Monitorización de líquidos
[00269] Dinámica de comidas ineficaz del adolescente	[1622] Conducta de cumplimiento: dieta prescrita	[1030] Manejo de los trastornos de la alimentación [4360] Modificación de la conducta
[00118] Trastorno de la imagen corporal	[1200] Imagen corporal	[4700] Reestructuración cognitiva [5220] Mejora de la imagen corporal
[00120] Baja autoestima situacional	[1205] Autoestima	[5270] Apoyo emocional [5400] Potenciación de la autoestima
[00069] Afrontamiento ineficaz	[1302] Afrontamiento de problemas	[5230] Mejorar el afrontamiento [5240] Asesoramiento
	[1405] Autocontrol de los impulsos	[4480] Facilitar la autorresponsabilidad [4370] Entrenamiento para controlar los impulsos
[00146] Ansiedad	[1402] Autocontrol de la ansiedad	[5820] Disminución de la ansiedad [6160] Intervención en caso de crisis
[00140] Riesgo de violencia autodirigida	[1406] Autocontrol de la mutilación	[4354] Manejo de la conducta: autolesión [4640] Ayuda para el control del enfado
	[1408] Autocontrol del impulso suicida	[6487] Manejo ambiental: prevención de la violencia [6650] Vigilancia
	[1902] Control del riesgo	[4420] Acuerdo con el paciente [4920] Escucha activa