



TRABAJO DE FIN DE GRADO EN TRABAJO SOCIAL

**INFLUENCIA DEL CONFINAMIENTO POR SARS-COV-2 EN LOS
TRASTORNOS DE CONDUCTA ALIMENTARIA DE MENORES RESIDENTES
EN VALLADOLID.**

Autora:

D^a Carla Pradales Varela

Tutora:

D^a Gema Ruiz López del Prado

FACULTAD DE EDUCACIÓN Y TRABAJO SOCIAL
UNIVERSIDAD DE VALLADOLID

**4º Curso Del Grado en Trabajo Social
2020-2021**

Fecha de entrega: 22 de junio de 2021

ÍNDICE DE CONTENIDO

RESUMEN	6
ABSTRACT.....	6
1. INTRODUCCIÓN.....	8
1.1 Concepto.....	8
1.2 Prevalencia e investigaciones de los TCA y del Impacto del confinamiento sobre ellos	12
1.3 Influencia profesional del Trabajo Social y Punto de Mejora	18
2. JUSTIFICACIÓN.....	21
3. OBJETIVOS	22
3.1 Objetivo General	22
3.2 Objetivos Específicos.....	22
4. MATERIAL Y MÉTODO	23
5. RESULTADOS.....	25
6. DISCUSIÓN	33
7. CONCLUSIONES.....	41
8. BIBLIOGRAFÍA.....	43
9. ANEXOS.....	48
9.1 ANEXO A: ENTREVISTA A PSICÓLOGA SANITARIA.....	48
9.1.1 Hoja Informativa.....	48
9.1.2 Estructura de la entrevista	49

ÍNDICE DE ABREVIATURAS

- **TCA:** Trastorno de Conducta Alimentaria
- **OMS:** Organización Mundial de la Salud
- **DSM-V:** Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales de American Psychiatric Association
- **AN:** Anorexia Nerviosa
- **BN:** Bulimia Nerviosa
- **TCANE:** Trastorno de la Conducta Alimentaria No Especificado
- **SEMG:** Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia
- **ANAD:** Asociación Nacional de Anorexia Nerviosa y Trastornos Asociados
- **TOC:** Trastorno Obsesivo Compulsivo
- **ESO:** Educación Secundaria Obligatoria
- **EGB:** Educación General Básica
- **COU:** Curso de Orientación Universitaria

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 5.1. Estudio sobre TCA. Edades medias de pacientes y sus padres y madres.....25

Tabla 5.2. Estudio sobre TCA. Sexo, provincia de nacimiento, situación familiar, convivencia y situación personal de los padres y madres de la población analizada.....29

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 5.1. Estudio sobre TCA. Edades de la población analizada.....	25
Gráfico 5.2. Estudio sobre TCA. Curso educativo de la población analizada.....	26
Gráfico 5.3. Estudio sobre TCA. Porcentajes de sexo de la población analizada.....	26
Gráfico 5.4. Estudio sobre TCA. Dinámica familiar de la población analizada.	27
Gráfico 5.5. Estudio sobre TCA. Escolarización de la población analizada.	27
Gráfico 5.6. Estudio sobre TCA. Fecha de solicitud de cita.	30
Gráfico 5.7. Estudio sobre TCA. Motivo de derivación de la población analizada.	30
Gráfico 5.8. Estudio sobre TCA. Nivel educativo de los padres de la población analizada.	31
Gráfico 5.9. Estudio sobre TCA. Nivel educativo de las madres de la población analizada.	31

ÍNDICE DE ILUSTRACIONES

Ilustración 6.1. Estilos parentales.....	37
Ilustración 6.2. Moderadores de la conducta dietética adolescente.....	38

RESUMEN

Introducción: desde el año 2020, España y el resto de los países se han visto inmersos en una crisis sanitaria sin precedentes, que ha afectado a un gran número de personas, tanto física como psicológicamente. Entre ellas, se encuentran las personas afectadas por Trastornos de la Conducta Alimentaria, sobre quienes el confinamiento vivido a causa de la pandemia por Sars-Cov-2 ha repercutido significativamente.

Objetivos: analizar desde el punto de vista epidemiológico los Trastornos de Conducta Alimentaria entre menores de 18 años de Valladolid, y la influencia del confinamiento.

Material y Método: estudio transversal observacional realizado en el Centro de Salud Mental Infanto-Juvenil del Área de Salud de Valladolid Oeste durante el periodo de estudio comprendido entre enero de 2019 y diciembre de 2020, incluyendo la etapa de confinamiento obligatoria de la Comunidad Autónoma de Castilla y León (del 13 de marzo al 21 de junio de 2020) como consecuencia de la pandemia por SARS-COV-2.

Resultados: se estudiaron las variables epidemiológicas de 30 pacientes. Los datos indicaron un incremento de casos de menores afectados por Trastornos de Conducta Alimentaria tras el confinamiento, siendo el síntoma más frecuente la pérdida peso. La mayor parte de los menores estudiados eran de sexo femenino, con edad media de 13.03 años (17-4 años). A demás se establecen relaciones con datos de los padres y madres de los menores estudiados, así como dinámica familiar o escolar.

Conclusiones: el porcentaje de menores afectados por algún tipo de TCA, que ha acudido al Centro de Salud Mental Infanto-Juvenil en el año 2020 tras el confinamiento, ha aumentado un 47% con respecto a los que acudieron antes de esa situación. El perfil del paciente es mujer, 13 años de edad, situación familiar favorable y pérdida de peso sin enfermedad orgánica concomitante.

Palabras clave: Sars-Cov-2, Trastornos de la Conducta Alimentaria, confinamiento, salud mental, vulnerabilidad, menores, trabajo social

ABSTRACT

Introduction: since 2020, Spain and the rest of the countries have been immersed in an unprecedented health crisis, which has affected many people, both physically and psychologically. Among them are people affected by eating disorders, on whom the confinement experienced by the Sars-Cov-2 pandemic has had a significant impact.

Objectives: to analyze from the epidemiological point of view eating disorders among minors under 18 years of age in Valladolid, and the influence of confinement.

Material and Method: cross-sectional observational study carried out at the Center for Child and Adolescent Mental Health of the Health Area of Valladolid Oeste during the study period between January 2019 and December 2020, including the mandatory confinement stage of the Autonomous Community of Castilla y León (from March 13 to June 21, 2020) because of the SARS-COV-2 pandemic.

Results: the epidemiological variables of 30 patients were studied. The data indicate an increase in cases of minors affected by eating disorders after confinement, the most frequent symptom being weight loss. Most of the minors studied were female, with a mean age of 13.03 years (17-4 years). In addition, relationships are achieved with data from the parents of the minors studied, as well as family or school dynamics.

Conclusions: the percentage of minors affected by some type of eating disorder, who have attended the Child and Adolescent Mental Health Center in 2020 after confinement, has increased by 47% compared to those who attended before this situation. The profile of the patient is female, 13 years old, favorable family situation and weight loss without concomitant organic disease.

Keywords: Sars-Cov-2, eating disorders, confinement, mental health, vulnerability, underage people, social work.

1. INTRODUCCIÓN

Debido a la crisis generada por el Sars-Cov-2, las personas han tenido que permanecer confinadas y expuestas a diferentes factores que son de por sí, un factor de riesgo para la salud mental. En el caso de las personas que padecían un desorden alimentario, esta circunstancia ha disparado situaciones de riesgo que se traducen en un empeoramiento general del problema.

Existe evidencia de que el confinamiento ha sido un factor precipitante para el desarrollo de un Trastorno de la Conducta Alimentaria (en adelante, TCA) en población vulnerable y, en personas con patología alimentaria previa, un factor de riesgo de recaída o empeoramiento de la sintomatología alimentaria, porque la obligación de permanecer en casa para frenar la propagación del coronavirus supuso un doble castigo para estas personas, ya que a la privación de libertad se le sumó el incremento del riesgo de caer en conductas perjudiciales para su salud.

"La alimentación es su válvula de escape cuando no saben cómo gestionar una emoción, ya sea la incertidumbre, el estrés o el aburrimiento" refiere el Doctor Fernando Fernández Aranda, jefe de la Unidad de trastornos alimentarios del Hospital de Bellvitge. Este escenario de ansiedad e incertidumbre provoca en las personas vulnerables una hipervigilancia de su estado físico, así como un miedo a perder el control.

Se tiene la sospecha de que hay más menores que han iniciado la enfermedad, porque la demanda tanto en centros específicos como no específicos se ha incrementado de forma importante (Montserrat, 2020).

1.1 Concepto

El primer paso para poder investigar sobre este fenómeno, es definirlo. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), “los trastornos de la conducta alimentaria consisten en graves alteraciones en las conductas relacionadas con la alimentación y el control de peso y están asociados con una gran variedad de consecuencias psicológicas, físicas y sociales adversas”.

Los TCA, son trastornos psicológicos graves que conllevan alteraciones de la conducta alimentaria, donde la persona afectada muestra una fuerte preocupación en relación con el peso, la imagen corporal y la alimentación, entre otros. Debido a estas alteraciones alimentarias, se pueden desencadenar enfermedades físicas importantes y, en casos extremos, pueden llegar a provocar la muerte (siendo las causas más frecuentes el suicidio o la desnutrición) (Fernández, 2020)

Estos trastornos se caracterizan por su complejidad y afectan a todas las dimensiones del ser humano. Su origen depende de muchos factores de riesgo y no existe una causa específica que resulte más determinante que otra.

“La mayor parte de los trastornos alimentarios tienen en común la alteración persistente en el comportamiento y la relación con la comida, y una notable preocupación por la imagen corporal” (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales de American Psychiatric Association [DSM-V], 2014).

El periodo evolutivo en el que suelen debutar estas enfermedades son la pubertad y la adolescencia, etapas caracterizadas por tensiones, conflictos y cambios, tanto en los aspectos corporales, como en los familiares y sociales, donde la necesidad de estimación y aceptación externa es un valor muy buscado y la autoestima se coloca a menudo en función de esa valoración externa.

El ideal de belleza actual que nos proporciona nuestra sociedad, basado en la delgadez, incide de manera importante en el desarrollo de estas enfermedades, principalmente en jóvenes y adolescentes, que se encuentran en una situación de mayor vulnerabilidad, debido a la inmadurez propia de la edad y la escasez de recursos personales que tienen para hacer frente a las influencias externas (Lahortiga y Cano, 2005).

Además de los síntomas relativos a las conductas alimentarias, existen algunos problemas que pueden dificultar el curso y el pronóstico de la enfermedad, como son los trastornos de personalidad y estados de ánimo, estrés postraumático, ansiedad, desregulación emocional y problemas familiares (Gonzalo y Torres, 2020).

Con respecto a estos últimos, el confinamiento supuso en muchos casos estar sobreexposto a estos problemas sin posibilidad de salir, incrementando así el grado de conflictividad, con las consecuencias que esto trae en el curso y pronóstico (Gonzalo & Torres, 2020), y, es que la familia tiene un papel relevante en la buena evolución de la enfermedad en general y en este momento particular, ya que el paciente con TCA requiere de todo el apoyo emocional de la familia para hacer frente a esta situación excepcional (Oliver, 2020).

Los TCA más habituales son: (Fuertes et al., 2010) (Lahortiga y Cano, 2005) (Oliver, 2020) (Salinas et al., 2019) (Vergoñós, 2020)

- Anorexia nerviosa (en adelante, AN): es caracterizada por una pérdida progresiva de peso, hasta llegar en ocasiones a un estado de grave desnutrición, que es originada por la propia persona que lo padece. Se acompaña de una preocupación excesiva por la comida, el peso y/o la imagen, y por la alteración de la alimentación en forma de disminución de la ingesta de alimentos, aumento de la actividad física y a veces vómitos o el abuso de laxantes.

El motivo por el que se inicia esta pérdida de peso es el deseo de adelgazar, consecuencia de la insatisfacción con respecto a la imagen corporal, y la característica psicopatológica fundamental de este trastorno, al igual que ocurre con el resto de TCA de origen psíquico, es la alteración de la percepción de la imagen corporal, sobre todo si se asocia a una baja autoestima, la cual está muy determinada por ella. Las necesidades de aceptación social también son especialmente importantes.

Esta condición va más allá del control del peso, ya que la persona afectada inicia un régimen alimenticio para perder peso hasta que esto se convierte en un símbolo de poder y control. De esta forma, la persona llega al borde de la inanición con el objetivo de sentir dominio sobre su propio cuerpo. Esta obsesión es similar a una adicción a cualquier tipo de droga o sustancia.

Existen dos tipos de anorexia nerviosa:

- Restictiva: la pérdida de peso se debe, sobre todo, a la dieta, el ayuno y/o el ejercicio excesivo.
- Purgativa: durante los últimos tres meses la persona tiene episodios recurrentes de atracones o purgas (vómito autoprovocado o utilización incorrecta de laxantes, diuréticos o enemas).

Las personas que lo padecen tienen gran dificultad para reconocer la gravedad de su bajo peso actual o son incapaces de ver su estado físico real y la pérdida de peso. Además, para estas personas, que mayormente son mujeres, la sensación de estar en casa, sin poder moverse, como ocurrió durante el confinamiento, puede multiplicar el pensamiento obsesivo sobre la comida. Este término puede llevar a error, porque quienes lo padecen generalmente conservan su apetito.

- Bulimia nerviosa (en adelante BN): es un trastorno de la conducta alimentaria en el que el enfermo tiene una sensación de hambre anormal y muy acusada.

Existen también dos tipos de Bulimia Nerviosa:

- Purgativa: se caracteriza por momentos en los que el afectado come compulsivamente, seguidos de otros de culpabilidad y malestar que en ocasiones le inducen a provocarse el vómito, tomar laxantes o diuréticos.
- No purgativa: la persona afectada para contrarrestar el exceso de ingesta abusa del ejercicio físico y dietas.

Este TCA posee muchas características comunes con la AN, pero presenta una característica diferenciadora, que es la presencia de atracones, que son episodios de ingesta de grandes cantidades de alimentos en un espacio corto de tiempo y con una sensación de pérdida de control, de no poder parar de comer.

Tras estos momentos, se hacen promesas de no repetir su conducta y evitan la comida, acabando nuevamente en un atracón y reiniciando el ciclo.

En este caso, las horas muertas que generó el confinamiento pueden llevar a un bucle de ingerir y vomitar, un gran número de veces al día.

Así como en la AN la pérdida de peso es evidente y preocupa pronto a familiares y amigos, lo que hace que acudan con mayor rapidez a consultas de especialistas, en la BN esta atención se puede demorar más, porque el peso se suele mantener dentro de los límites “normales” y el trastorno alimentario es menos evidente que el anterior.

Puede darse el paso de una a otra, especialmente de personas con AN a BN. La persona bulímica suele tener dificultades para el control de impulsos, mientras que la paciente con AN, suele ser todo lo contrario, sumamente controladora.

- Trastorno por atracón: se come compulsivamente, pero después no se expulsa.
- Trastornos alimentarios no especificados (TCANE): se caracterizan por ser alteraciones de la ingesta que no cumplen con todos los criterios necesarios para poder diagnosticar un trastorno específico. Se presentan en la actualidad con mucha más frecuencia que cuadros completos.

Las patologías alimentarias llevan, al contrario que la mayoría de los trastornos psíquicos, a alteraciones físicas y estéticas evidentes (Nardone, 2004).

1.2 Prevalencia e Investigaciones de los TCA y del Impacto del confinamiento sobre ellos

Con respecto al número de personas afectadas por TCA en nuestro país se calcula que hay unas 400.000 personas afectadas, ascendiendo a más de 70 millones de personas en todo el mundo. De hecho, un informe de la Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia (SEMG), de finales de 2018, situaba a los TCA como la tercera enfermedad crónica más frecuente entre adolescentes, afectando en mayor medida a mujeres que a hombres (Fernández, 2020).

Hasta la fecha se han realizado numerosos estudios empíricos de epidemiología de TCA en diferentes Comunidades Autónomas de España, tanto en el ámbito comunitario como en el sanitario, con distintos instrumentos y metodologías. Estos estudios han revelado que la mayor parte de las personas que padecen TCA son mujeres.

Por ejemplo, en el primer estudio epidemiológico de TCA en la Comunidad Autónoma de Madrid fue realizado por Morandé (1990) a personas de 15 años, donde las tasas de prevalencia de TCA encontradas fueron del 0% en varones y del 1,55% en mujeres.

En la provincia de Valladolid, Imaz et al. (2008) realizaron un estudio de doble fase para estimar la prevalencia de TCA en adolescentes y jóvenes de ambos sexos de 12 a 18 años. Los autores informan de una prevalencia de 5,26% en mujeres y de 1,7% en varones.

Por tanto, los TCA son trastornos con una prevalencia alarmante, habiéndose constatado que, en España, entre 4-5% de chicas entre 12 y 21 años padecen un TCA diagnosticado. Teniendo en cuenta las dificultades existentes en nuestro país para la detección precoz, si a esta cifra añadiéramos los casos de TCA que no son diagnosticados por un psiquiatra, la prevalencia podría llegar al 16%, lo cual supone un auténtico problema de salud pública (Martínez-González & de Irala, 2003)

A demás se realizaron otros estudios en Cataluña, Navarra, Aragón, Andalucía, Castilla la Mancha, Valencia, Asturias donde las cifras de prevalencia obtenidas son similares a las obtenidas en países desarrollados (Peláez, 2010).

Tal y como expresan Hilker et al. (2019), la prevalencia a lo largo de la vida de la Anorexia Nerviosa es de hasta un 4,2%, la de la Bulimia Nerviosa oscila entre 2 y 4% aproximadamente, y la del Trastorno por Atracónes es de un 2%.

Haciendo referencia a la Anorexia Nerviosa, este trastorno es considerado como el más grave, porque tal y como comenta Nadorne (2004), la delgadez extrema se corresponde, a menudo con cánones estéticos acentuados por estilistas, personajes del mundo del espectáculo y por todo el ambiente que vive alrededor de la moda, apreciado casi como si se tratase de una virtud, y porque en relación a su tratamiento, según la Asociación Nacional de Anorexia Nerviosa y Trastornos Asociados (ANAD), el 40% de los casos no responde al tratamiento, el 15% muere y solo el 45% mejora sus condiciones.

Concretando según el sexo, se estima que la prevalencia de la anorexia nerviosa a lo largo de la vida en mujeres es en torno al 0,9% mientras que en hombres es en torno al 0,3%. La edad de inicio suele estar entre los 12 y los 18 años.

Existe un aumento de la prevalencia de los TCA y dentro de ellos de la AN, especialmente en países desarrollados o en vías de desarrollo, mientras que es prácticamente inexistente en países del tercer mundo. El aumento de la prevalencia es atribuible al incremento de la incidencia y a la duración y cronicidad de estos cuadros. En España existen datos publicados para la población de mayor riesgo (mujeres de edad de 12 a 21 años) en los que se ha visto una prevalencia del 0,14% al 0,9% de anorexia nerviosa (Fontela et al., 2016).

“La pérdida de rutinas, la ansiedad y el exceso de tiempo libre son factores de riesgo para aquellas personas que se han enfrentado al confinamiento padeciendo un trastorno alimentario. A demás ha interrumpido de forma abrupta los tratamientos presenciales, lo que ha supuesto un riesgo de recaída” (Vergoñós, 2020).

Algo también mencionado frecuentemente en la literatura especializada como uno de los peores pronósticos en la alteración de la conducta alimentaria es el aislamiento concretamente en estos pacientes, y el ocupar todo el tiempo en actividades útiles, como estudiar (Guillén, 2008).

Como ya se ha evidenciado, el coronavirus ha acabado con la vida de más de 50.000 personas en España, generando gran temor en las personas ante el contagio de algún familiar y grandes problemas para gestionar los duelos de familiares fallecidos. Con respecto a esto, “los duelos generan enorme tristeza en los niños y adolescentes con TCA que con frecuencia tienen importantes dificultades en la expresión emocional” (Oliver, 2020). A demás, la muerte de un familiar cercano puede precipitar la aparición del trastorno en una persona predispuesta a ello (Lahortiga y Cano, 2005).

Es importante tener en cuenta que el estado de ánimo influye en la cantidad y la calidad de aquello que comemos, y durante el confinamiento ha habido altas tasas de personas con sintomatología depresiva, unido a la pérdida de interés por aquello que antes padecía placer, lo que tiene como consecuencia que la persona se descuide tanto en aspectos de higiene como de alimentación, incrementando las comidas calóricas y consumo de alcohol, lo que va a tener un efecto directo en el cambio de peso. Además, si esto está acompañado por “atracones” de comida, con el tiempo puede llevar a la obesidad.

Se tiene constancia de una estrecha relación entre la depresión y la obesidad, encontrándose un mayor número de personas obesas que sufren depresión, y personas que sufren depresión tiene un mayor porcentaje de obesidad, aunque por el momento no se sabe con claridad si es la depresión quien origina obesidad o viceversa (Cricun, 1981).

En un estudio observacional realizado en Italia con el fin de evaluar los cambios en el peso y los hábitos de alimentación en una muestra de 150 individuos con obesidad durante la cuarentena, se encontró que, en promedio, los estudiados aumentaron entre 0,58 - 1,51 kg. Adicionalmente, se evidenciaron prácticas no saludables como reducción en las horas de ejercicio o ninguna actividad física.

Varios estudios han demostrado que, complementando la sobrealimentación asociada al sedentarismo tan presente durante la pandemia debido al cierre de espacios de entrenamiento físico, también se representa la disminución del acceso a alimentos frescos no procesados (Suárez, 2018).

A demás, la depresión también puede provocar una “mala” alimentación o pérdida de sueño que hace que el organismo consuma más calorías, teniendo como consecuencia la pérdida de peso (Cricun, 1981).

Con respecto a los pacientes con AN, durante el confinamiento ha aumentado su miedo a comer “normal” dado que no podían realizar después ejercicio físico o conductas compensatorias. El impacto que esto tiene en la imagen corporal se traduce en problemas de ansiedad, depresión, fobia social e incluso agorafobia.¹

Por otro lado, para las personas que ya tenían preocupación por su imagen corporal, ha supuesto una mayor preocupación, acompañado de un mayor visionado de redes sociales, donde aumentan las comparaciones con el ideal de belleza estético, induciendo en muchas ocasiones al adelgazamiento y generando mayor insatisfacción con su cuerpo.

Estas redes sociales han tenido un papel interesante, amplificando algo que ya existía. Ya que durante esta etapa de confinamiento ha habido una explosión de contenidos con intención de mantener una buena salud en la población, pero que, en

¹ Trastorno de ansiedad en el que se tiene miedo a los lugares o las situaciones que podrían causarte pánico y ha certe sentir atrapado, indefenso o avergonzado, por lo que se evitan este tipo de lugares o situaciones.

personas más vulnerables, con o sin colaboración de la familia, han comenzado en el “comer sano” como una forma de iniciar la sintomatología de restricción. Además, aquellos ejercicios físicos que proliferaban en las redes sociales han servido para comenzar con tablas de ejercicios, etc. Haciendo que estas personas vulnerables los realizasen compulsivamente.

Por tanto, en el ámbito de los TCA, se atribuye a los medios de comunicación el ser generadores y motores socialmente aceptados de insatisfacción personal, ya que el constante bombardeo de mensajes que proyectan acaba penetrando, aunque sea por goteo, en muchos cerebros, con el consiguiente riesgo para la salud mental y somática. De hecho, se puede apreciar una gran variedad de argumentos negativos a propósito de la mala influencia de los medios de comunicación en el ámbito general y en población enferma de TCA (Fuertes et al., 2010).

Con respecto a las personas menores de edad que estaban en tratamiento antes de empezar el confinamiento, las dificultades se encontraron en la accesibilidad a éste, ya que se tuvo que empezar a realizar tratamientos de forma online. De hecho, en un estudio que se realizó en la Unidad de TCA del Hospital Niño Jesús de Madrid, se observó que casi un 45% habían reactivado sus síntomas durante este tiempo, tanto de TCA, como de ansiedad, Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC), depresión, impulsividad, etc. (Montserrat, 2020).

Para aquellos/as pacientes con mayor estabilidad o que se encontraban recibiendo tratamiento ambulatorio durante el confinamiento, esta situación ha favorecido el cumplimiento de las pautas nutricionales y el acompañamiento familiar. Incluso para algunas personas que su malestar era causa del estrés académico o del entorno social, ha supuesto una mejoría (Serrano, 2020, 9:05).

Fernández-Aranda (2020), comentó que independientemente del subtipo de TCA y de su edad, hubo pacientes a quienes esa situación de confinamiento no les afectó, tal vez por un mayor control externo y familiar. Pero un 30-35% de pacientes empezaban a empeorar por la imposibilidad de hacer ejercicio, la incertidumbre, miedos que tenían a su alrededor, por perder el control y, por lo tanto, por una mayor restricción. En el caso de pacientes con bulimia nerviosa o con trastornos por atracón, ese 30-35% que empeoraba,

fue por la generación de situaciones preocupantes, que les incentivaba a utilizar esa alimentación acumulada en casa.

A demás los rasgos de personalidad influían en la sintomatología de estas personas, es decir, aquellas que tenían una la mayor capacidad de afrontar los problemas, de manejar la frustración, y conducir su propia vida ante las dificultades y la adversidad, tenían menos dificultades ante a los síntomas alimentarios, y viceversa.

Tras un estudio internacional colaborativo realizado para analizar el impacto del confinamiento en los TCA, se constata que los impactos positivos y negativos del confinamiento dependen del subtipo de trastorno alimentario. En las personas con bulimia nerviosa no se encontraron cambios significativos, mientras que en aquellas con otro trastorno alimentario subclínico o no especificado respaldaron un aumento en la sintomatología alimentaria y en psicopatología. Este agravamiento se asoció con puntuaciones más bajas en autodirección, que es un rasgo de personalidad relacionado con la capacidad de los individuos para controlar, regular y adaptar sus comportamientos a las demandas de la situación.

Finalmente, los/as pacientes con anorexia nerviosa expresaron la mayor insatisfacción y dificultad de acomodación con la terapia a distancia en comparación con la terapia presencial proporcionada antes del confinamiento (Fernández-Aranda et al., 2020).

Tal y como comentó en una entrevista durante el confinamiento el coordinador de la unidad de TCA del Hospital Sant Joan de Déu, la Anorexia Nerviosa fue el TCA que mayor atención intensiva requirió durante la etapa de confinamiento debido a un riesgo físico y por la necesidad de estar controlados médicamente (Serrano, 2020, 16:30)

Según la OMS, la AN representa la segunda causa de muerte entre los/as jóvenes, después de los accidentes de tráfico. Es el terror de los padres y madres, y la patología más temida por psicoterapeutas, psicólogos y psiquiatras.

Las muertes provocadas directamente por este trastorno oscilan entre el 5% y el 18% de los casos, por lo que se considera la patología mental con mayor tasa de mortalidad (Martínez et al., 2003) (Redacción Médica, 2019).

1.3 Influencia Profesional del Trabajo Social y Puntos de Mejora

El papel que desempeñan los/as profesionales de Trabajo Social con los TCA es interdisciplinar, ya que este tipo de trastornos requieren la implicación de distintos profesionales como médicos, psicólogos, psiquiatras, nutricionistas o enfermeros para gestionar todas las repercusiones del paciente y su entorno.

Esta profesión está ligada a los TCA, porque como se ha comentado anteriormente, es una problemática que está muy influida por el medio social.

La intervención que lleva a cabo el/la profesional de trabajo social con la persona afectada por un TCA se realiza desde un enfoque global, teniendo en cuenta las influencias de cada dimensión de su vida para poder hacer unos diagnósticos adecuados de forma conjunta con la propia persona.

De hecho, el/la trabajador/a social realiza un estudio BIO-PSICO-SOCIAL al paciente durante el periodo de diagnóstico del problema. Este estudio consiste en una batería de preguntas tipo test que gracias al resultado permite catalogar si existe o no un TCA en la persona y el grado en el que se encuentra.

Es importante que en la intervención se trabajen de forma paralela los soportes familiares y sociales de la persona afectada, ayudando a que se retroalimenten y complementen mutuamente de forma positiva, sobre todo cuando la etapa vital de esta es en la adolescencia, ya que el acercamiento al grupo de pares es fundamental, por lo que es importante contar con su ayuda en la recuperación. Además, es fundamental estudiar el apoyo familiar actual, si este es adecuado o si se requieren reformulaciones, si están o no en consonancia con el apoyo social (Juegas et al., 2019).

Antes del confinamiento ya se apreciaban algunas de las dificultades que tienen los procesos de tratamiento de los TCA, pero esta complicada situación las ha evidenciado, haciendo reflexionar más sobre ello. Por una parte, deberían existir especialistas en TCA en todos los ámbitos sanitarios, como en atención primaria, centros de salud mental infanto-juvenil y de adultos, etc. (donde la especialidad y la frecuencia de visitas es baja), en lugar de solamente en hospitales generales, para que de esta manera las personas no tengan la obligación de desplazarse a grandes centros, ayudando también

a que los/as pacientes que se encuentran en una situación grave puedan incluirse dentro de los trastornos mentales severos, pudiendo así adquirir un tratamiento adecuado y especializado allí donde esté el paciente, además de evitar muchos ingresos (Serrano, 2020).

Como comentó Garcés (2010), cada vez se acude más a los/as trabajadores/as sociales para la realización de funciones psicoterapéuticas en cuanto a servicios de rehabilitación y de atención comunitaria, lo que demuestra que el abanico de posibilidades de esta profesión con el paso del tiempo es mayor.

El Trabajo Social tiene gran importancia en la emergencia social y sanitaria que se está viviendo, contribuyendo a una atención integral, integrada y más equitativa a través de sus aportaciones en la realización de valoraciones sociales, planes de intervención social y coordinación sociosanitaria con otros profesionales. (Monrós, 2020)

En una interesante entrevista a distintos profesionales, coordinadores de las unidades de trastornos de la conducta alimentaria de diferentes hospitales, se habla sobre la influencia del SARS-COV-2 en los TCA, comentándose cómo debería afrontarse esta situación si existiese una próxima oleada. En ella se manifiesta que sería favorable generar encuestas online, donde las personas pudiesen comentar cómo están reaccionando ante el confinamiento, ya que, quienes empeoraban eran las personas que presentaban síntomas de ansiedad, depresión, y mayores discusiones familiares, así como aquellas que recurrían más al aislamiento, en lugar de a la socialización como una forma de comunicación eficaz (Fernández-Aranda, 2020, 33:00).

Con respecto a los familiares de las personas afectadas, ante esta situación es importante explicar qué es un Trastorno de la Conducta Alimentaria, informar del acceso al tratamiento, estar en contacto con los diferentes recursos para poder favorecer y/o agilizar el acceso a este, sobre todo considerando casos graves, como, por ejemplo, en familias que han tenido una mayor dificultad al ser atendidas o simplemente se han visto más desorientadas con esta situación.

En aquellos casos donde todavía no se ha iniciado un tratamiento, es fundamental dar pautas sobre aquello que es más o menos conveniente, reforzar la confianza en los servicios terapéuticos y de esta forma, gestionar la situación desde el punto de vista de la salud física y emocional.

En todos estos casos se debe pensar siempre en el tratamiento presencial como primera opción. Posteriormente, una vez establecido el vínculo terapéutico, el uso combinado de la terapia presencial y telemática puede ser un buen recurso, utilizando el teléfono, el correo electrónico, las videoconferencias y las aplicaciones móviles (Bujalance, 2020, 48:23)

Un aspecto importante es que, en los actos terapéuticos a través de video conferencia, se garantice la máxima seguridad y confidencialidad, al igual que en una visita presencial. Por ello se debe firmar un consentimiento informando sobre las condiciones de confidencialidad de la videoconferencia antes de la conexión.

A pesar de los beneficios de la terapia telemática que suelen darse sobre todo en aquellas personas que están más estables, se recomienda priorizar la asistencia presencial en las primeras visitas, en casos graves de TCA que requieren de un control somático estrecho (principalmente en la anorexia nerviosa), cuando la persona afectada presenta ideas de muerte o conductas suicidas, o cuando el tratamiento telemático no muestra eficacia en un tiempo considerado (Serrano, 2020)

2. JUSTIFICACIÓN

La literatura científica arroja datos preocupantes sobre el efecto del confinamiento en pacientes con enfermedades mentales. Los trastornos de la conducta alimentaria se han incrementado durante este periodo según datos internacionales. Pero, a nivel regional no disponemos de estudios recientes que aporten datos objetivos y que analicen este problema desde el punto de vista sociosanitario.

Si hubiera estadísticas reales y completas sobre los trastornos de la conducta alimentaria se podría objetivar que es un problema mucho más extendido de lo que se dice o se piensa y que requiere de muchos más recursos sanitarios para paliar la situación de desprotección, abandono y puesta en riesgo a la que se ven abocadas tantas personas y en una situación de gran fragilidad.

Es por ello, que se ha considerado oportuno realizar este estudio epidemiológico con datos actuales, que ayude a dejar constancia de la situación a la que se enfrentan las personas afectadas por un trastorno de la conducta alimentaria.

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo General

- Realizar un análisis epidemiológico de los trastornos de conducta alimentaria entre menores vallisoletanos y la influencia del confinamiento por SARS-COV-2.

3.2 Objetivos Específicos

- Analizar las variables sociodemográficas (edad, sexo, nivel académico, familia, entorno... etc.) de la población de estudio.
- Comparar los casos registrados antes, durante y después del confinamiento.
- Conocer la evolución de los TCA durante el año 2020 en la muestra de pacientes obtenida en Valladolid.
- Reconocer la vulnerabilidad de las personas afectadas por TCA.
- Identificar puntos de mejora sociosanitarios para evitar la desestabilización de estos pacientes.
- Visibilizar el papel del Trabajo Social sobre los TCA.

4. MATERIAL Y MÉTODO

a. Tipo de estudio

Estudio epidemiológico transversal observacional.

b. Población, lugar y periodo del estudio

Estudio descriptivo transversal de 30 casos de Trastornos de Conducta Alimentaria entre menores de 4 a 17 años, registrados en el Centro de Salud Mental Infanto-Juvenil del Área Oeste de Valladolid, perteneciente al Hospital Universitario Río Hortega, durante el periodo de estudio comprendido entre enero de 2019 y diciembre de 2020, incluyendo la etapa de confinamiento obligatoria de la Comunidad Autónoma de Castilla y León (del 13 de marzo al 21 de junio de 2020) como consecuencia de la pandemia por SARS-COV-2.

c. Fuente de información y recogida de datos

Los datos fueron obtenidos de la base de datos poblacional “Personas usuarias de Salud Mental Infanto-Juvenil del Área Oeste de Valladolid”, custodiada por el Centro de Salud Mental Infanto-Juvenil del Área Oeste de Valladolid. La autorización fue solicitada por escrito a Don Aurelio Sanz Sanz, trabajador social del centro. Y la cesión de los datos fue realizada de forma anonimizada y confidencial.

Para llevar a cabo el estudio realizado, se procedió a recoger documentos que nos proveen de datos relativos al problema del confinamiento como consecuencia del coronavirus y los efectos ocasionados en personas con TCA.

Los datos recogidos de internet fueron objeto de reflexión y discusión, y se realizaron búsquedas en las bases de datos Pubmed, Dialnet, Web of Science, Scopus, Scielo, Uptodate, entre otras.

Para un conocimiento más profundo de este fenómeno, se ha realizado una entrevista a profesionales del ámbito de la psicología que tuvieron contacto directo con personas afectadas por TCA durante la situación de confinamiento vivida por la SARS-COV-2.

d. Análisis estadístico

Los datos fueron recogidos en una hoja Excel creada específicamente para este estudio y se analizaron con el programa estadístico SPSS 20.0.

e. Aspectos éticos y deontológicos

Los datos fueron tratados de manera confidencial, anónima y almacenados en una base de datos diseñada para el estudio, cumpliendo con el Reglamento (UE) 2016/679, del Parlamento Europeo y del Consejo, relativo a la protección de personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos (**Reglamento General de Protección de Datos**), asegurando el anonimato y confidencialidad de los datos a analizar.

5. **RESULTADOS**

El total de pacientes analizados/as en nuestro estudio fue de 30 menores atendidos/as en el Centro de Salud Mental Infanto-Juvenil del área oeste de Valladolid, con edad media de 13,03 años (*Tabla 5.1*).

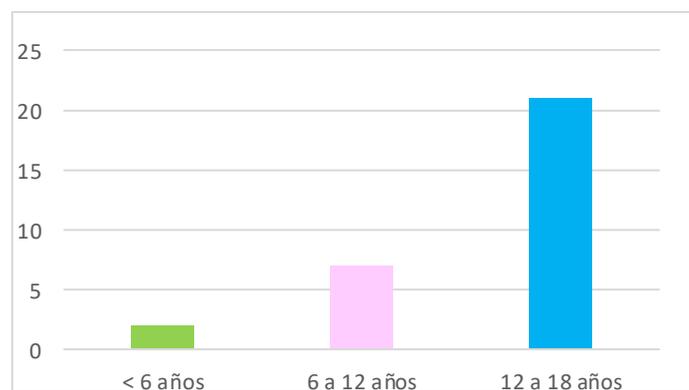
Tabla 5.1 Estudio sobre TCA. Edades medias de pacientes y sus padres y madres

	AÑOS	INTERVALO
Edad Media Paciente	13,03	(4-17)
Edad Media Padre	49,02	(26-65)
Edad Media Madre	46,48	(25-58)

(Fuente: elaboración propia a partir de datos extraídos de la base de datos poblacional)

Con relación a las edades, el mayor porcentaje de pacientes se encontraba entre 12 y 18 años, siendo concretamente veintiuna personas. Seguidamente, siete de ellas comprendían las edades de entre 6 y 12 años, y solamente dos menores tenían una edad inferior a 6 años (*Gráfico 5.1*).

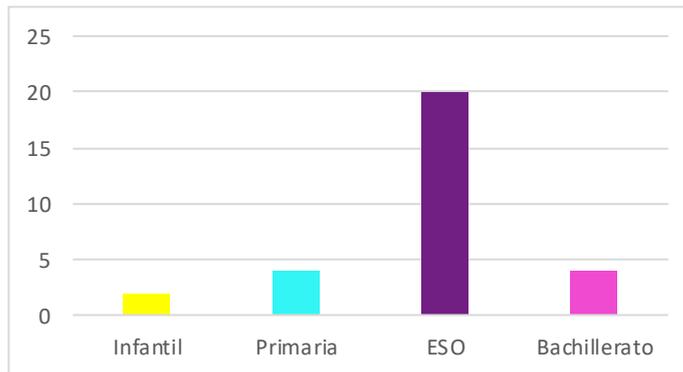
Gráfico 5.1. Estudio sobre TCA. Edades de la población analizada



(Fuente: elaboración propia a partir de datos extraídos de la base de datos poblacional)

Haciendo referencia a los estudios impartidos por los menores, el mayor número de ellos con gran diferencia se encontraba impartiendo Educación Secundaria Obligatoria (en adelante, ESO) (*Gráfico 5.2*).

Gráfico 5.2. Estudio sobre TCA. Curso educativo de la población analizada.

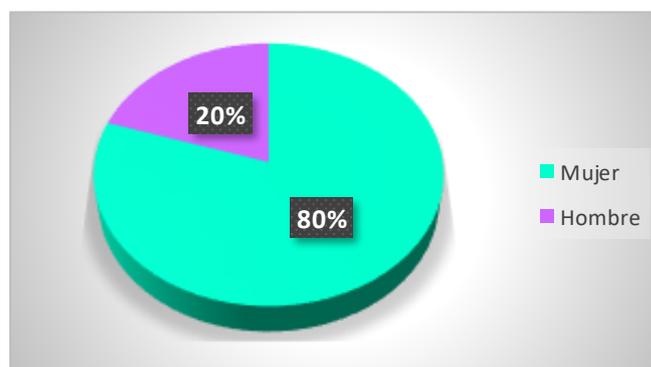


(Fuente: elaboración propia a partir de datos extraídos de la base de datos poblacional)

Respecto a la distribución por sexo, el 80% de las personas valoradas en el estudio eran mujeres y el 20% eran hombres (*Gráfico 5.3*), por lo que, a partir de ahora, voy a hacer referencia a estas personas afectadas utilizando un lenguaje femenino.

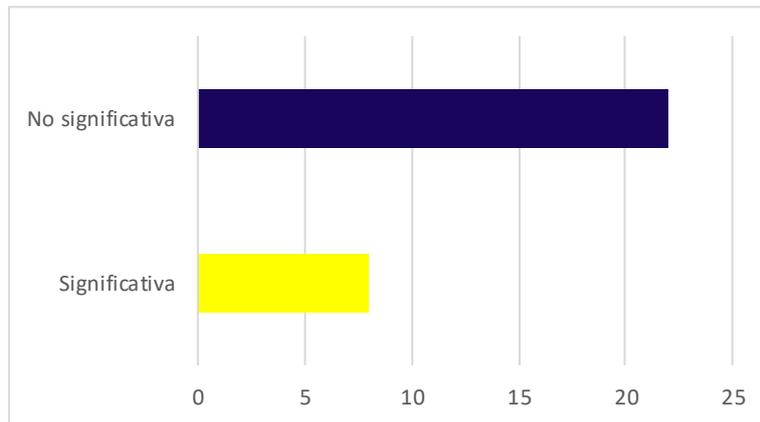
Haciendo referencia a la dinámica familiar, en veintidós de los casos se consideró *No significativa* (*Gráfico 5.4*), es decir, la relación entre los miembros de la familia era cordial, y no existía separación o divorcio contencioso entre los padres del menor, ni la presencia de algún trastorno psíquico por parte de los miembros de la familia. Tampoco se apreciaron otros factores precipitantes como la existencia de patrones de interacción familiar anómalos, ausencia de comunicación entre los miembros de la familia, incapacidad de resolución de conflictos o actitudes de sobreprotección o preocupación excesiva por la imagen corporal, la apariencia externa o el éxito de los hijos, que influyesen en el menor de forma perjudicial.

Gráfico 5.3. Estudio sobre TCA. Porcentajes de sexo de la población analizada.



(Fuente: elaboración propia a partir de datos extraídos de la base de datos poblacional)

Gráfico 5.4. Estudio sobre TCA. Dinámica familiar de la población analizada.

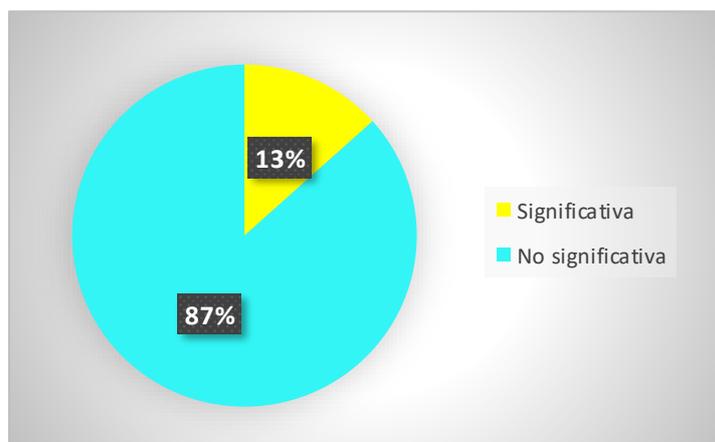


(Fuente: elaboración propia a partir de datos extraídos de la base de datos poblacional)

En cuanto a su situación escolar, en un pequeño número de las menores estudiadas resultó *Significativa*, porque presentaban ciertas dificultades a nivel de estudios (bajada académica, malas notas, etc.), un mal comportamiento en la clase, o las relaciones con los iguales era escasa, dificultosa o incluso, nula.

Con respecto a la mayoría de ellas, no se presentaba ningún signo preocupante en cuanto a relaciones con otros/as compañeros/as del centro educativo, comportamiento y rendimiento en el aula (*Gráfico 5.5*)

Gráfico 5.5. Estudio sobre TCA. Escolarización de la población analizada.



(Fuente: elaboración propia a partir de datos extraídos de la base de datos poblacional)

Con relación al lugar de nacimiento de las personas analizadas, se observa que la mayoría de ellas nacieron en la provincia de Valladolid, exceptuando tres casos (*Tabla 5.2*).

En otros datos de esta misma tabla, se concreta la situación personal de los padres y las madres de cada una de las menores, donde existe una alta cifra de “significatividad”, ajustándose mucho a la cifra de “no significatividad”. Esto quiere decir que el número de padres y madres que presentaron una situación característica o alarmante debido a diversas causas entre ellas, como una difícil relación con los miembros de su familia, una muerte trágica de alguno de ellos, la presencia de una enfermedad, de un pasado complicado u otro motivo que haya podido afectarles de cierta forma en su vida, era similar al número de aquellos padres y madres para quienes su situación no era relevante o preocupante, por la ausencia de algunas de las situaciones o características mencionadas.

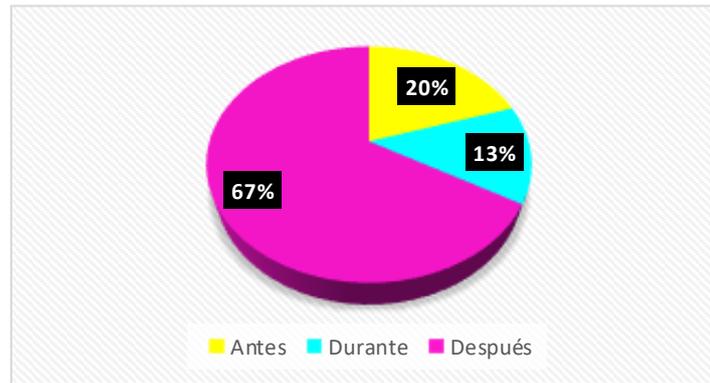
Tabla 5.2. Estudio sobre TCA. Sexo, provincia de nacimiento, situación familiar, convivencia y situación personal de los padres y madres de la población analizada.

		Número (N)	Porcentaje (%)
Sexo	Mujer	24	80
	Hombre	6	20
Provincia de nacimiento			
	Palencia	1	3,3
	Reino Unido	1	3,3
	Salamanca	1	3,3
	Valladolid	27	90
Familia			
	No significativa	22	73,3
	Significativa	8	26,7
Convivencia			
	Monoparental	4	13,3
	Nuclear	26	86,7
Padre			
	No significativa	18	60
	Significativa	12	40
Madre			
	No significativa	16	53
	Significativa	14	47

(Fuente: elaboración propia a partir de datos extraídos de la base de datos poblacional)

A continuación, se muestra que el 67% de las menores de nuestro estudio solicitó cita después del confinamiento para acudir al trabajador social, derivadas por el pediatra o médico de cabecera, por motivos relacionados con la conducta alimentaria, cuando solo una pequeña parte de ellos (20%) pidió cita antes de que la situación de emergencia social comenzase (*Gráfico 5.6*).

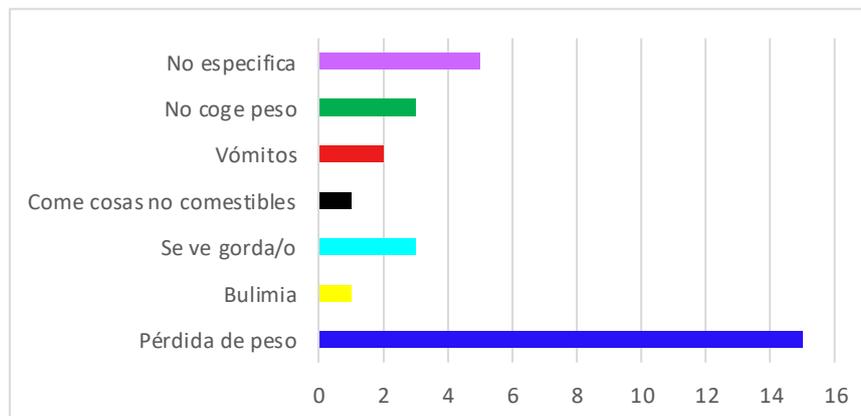
Gráfico 5.6. Estudio sobre TCA. Fecha de solicitud de cita.



(Fuente: elaboración propia a partir de datos extraídos de la base de datos poblacional)

En el *Gráfico 5.7* se representa cuál ha sido el motivo más común por el que las menores de nuestro estudio han acudido al Centro de Salud Mental en el periodo de tiempo estudiado.

Gráfico 5.7. Estudio sobre TCA. Motivo de derivación de la población analizada.



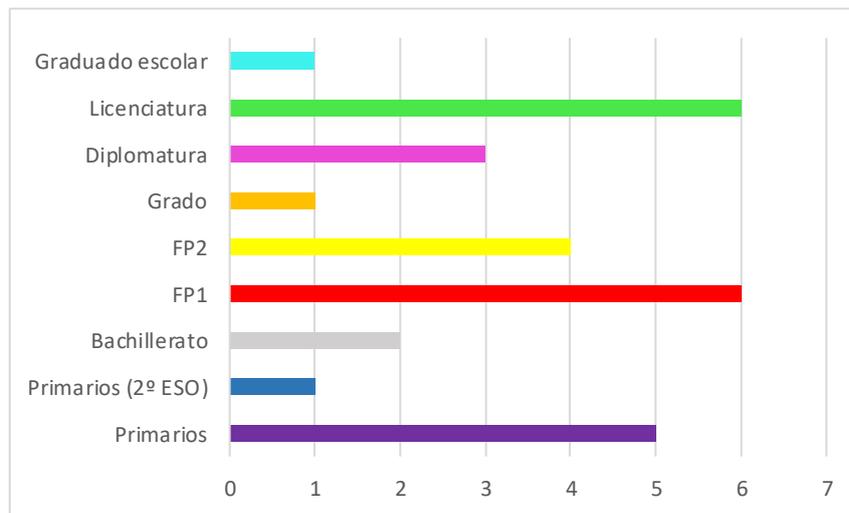
(Fuente: elaboración propia a partir de datos extraídos de la base de datos poblacional)

La causa más frecuente fue la pérdida de peso, siendo 15 personas las que acudieron por ello. Hubo 4 casos en los que los motivos de consulta no fueron detallados en la base de datos, por lo que no se sabe con claridad qué les ocurría a las menores, solamente se conoce que se trataba de un problema relacionado con la alimentación.

Tal y como se refleja en el gráfico, hay una menor que ingería materiales no comestibles, lo que se denomina PICA. Esto es un trastorno que consiste en ingerir sustancias no nutritivas como plástico, papel, pelo, hilo, etc. También había un menor ya diagnosticado de BN.

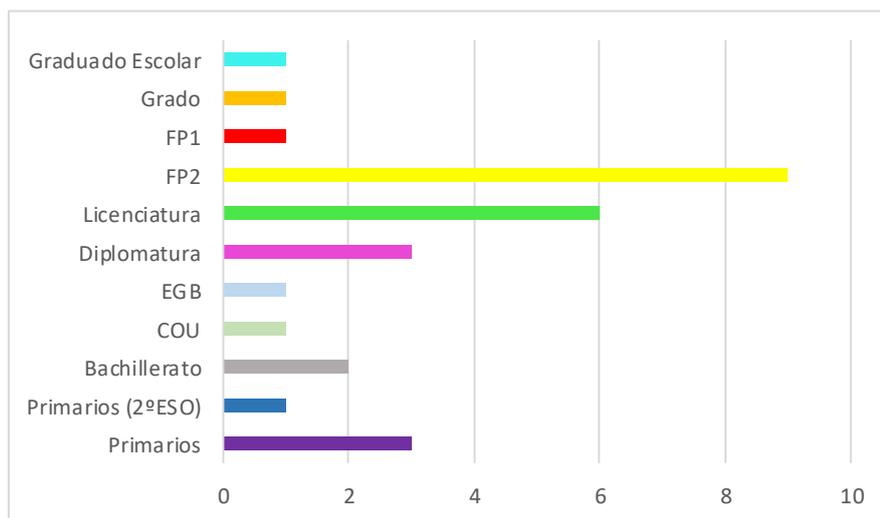
Por otro lado, ha resultado interesante analizar el nivel educativo de los padres y madres de cada una de las menores, para conocer la influencia que esta variable puede tener sobre ellas (*Gráfico 5.8 y Gráfico 5.9*).

Gráfico 5.8. Estudio sobre TCA. Nivel educativo de los padres de la población analizada.



(Fuente: elaboración propia a partir de datos extraídos de la base de datos poblacional)

Gráfico 5.9. Estudio sobre TCA. Nivel educativo de las madres de la población analizada.



(Fuente: elaboración propia a partir de datos extraídos de la base de datos poblacional)

En términos generales, se observó que los estudios obtenidos con mayor frecuencia tanto por las madres como por los padres fueron los ciclos formativos superiores (FP2) y las licenciaturas.

Algo que coincide en los estudios obtenidos por ambos, es el número de licenciaturas, diplomaturas y el número de aquellos/as que tiene únicamente estudios primarios. El estudio más frecuente en las madres fue la realización de un FP2, y en los padres, tuvo la misma reiteración el desarrollo de un FP1 como la adquisición de una licenciatura. A demás dos de las mujeres desarrollaron Educación General Básica (EGB) y Curso de Orientación Universitaria (COU), en cambio, de los padres no hay ninguno que posea estos estudios. Por último, hubo un paciente del que se desconoce el nivel académico de sus padres porque no fue registrado en la base de datos.

6. DISCUSIÓN

El confinamiento ha tenido efectos negativos sobre las personas que padecen algún tipo de TCA, pero también ha desencadenado nuevos casos que, según un estudio realizado por el Hospital General de Castellón, la mayoría de ellos han sido debidos paradójicamente al intento de introducir hábitos saludables (El Mundo, 2020).

A comienzos de esta etapa de confinamiento (fecha en Castilla y León fue el 13 de marzo de 2020), el hecho de acudir al supermercado para acaparar provisiones (tener mucha despensa) desencadenó en las personas con bulimia nerviosa una mayor facilidad de incurrir en conductas desfavorables para ellas, además, los episodios de atracón que caracterizan a este trastorno, suelen llevarse a cabo en secreto, generalmente en el propio domicilio (Lahortiga y Cano, 2005), lo que pudo haber afectado en mayor medida a aquellas personas que vivían solas.

Con respecto a la anorexia nerviosa, un factor que incide de forma directa en su aparición es el nivel de bienestar y de abundancia de comida de que se dispone, no es casual que a lo largo de la historia solo se hayan detectado casos de esta patología en nobles y ricos, y en cambio no se tiene noticia de ningún hambriento que haya enfermado de anorexia (Nardone y Valteroni, 2018).

La AN “es la enfermedad mental más letal, y muchas personas con trastornos alimentarios están inmunodeprimidas, lo que las coloca directamente en el grupo de personas para las que la COVID-19, la enfermedad causada por el coronavirus podría ser más peligrosa” (Baird, 2020)

En nuestro estudio incluimos a 30 personas, de las cuales 24 empeoraron o desarrollaron un TCA a raíz el confinamiento, por lo que es evidente que éste ha afectado en gran medida en el incremento y deterioro de los TCA.

Por otro lado, el riesgo de colapso de los hospitales, los cuales se han visto desbordados en cuanto a recursos humanos y materiales, debido a su obligación de priorizar la atención a las personas contagiadas por COVID-19, ha hecho que determinadas unidades hospitalarias, como las relativas a Salud Mental, vean alterada su capacidad de atención, detección e ingresos hospitalarios para los casos más graves. Por lo que muchas personas que padecen desórdenes alimentarios (entre otras) no han tenido

la posibilidad de recibir este tipo de ayuda (Gonzalo y Torres, 2020). A demás, el tener que pedir citas a través de dispositivos móviles, ha ocasionado que muchas personas que carecían de recursos o de conocimiento para hacerlo, no pudiesen ser atendidas.

Como se ha podido observar en el estudio, son solamente 4 personas las que acudieron al Centro de Salud Mental Infanto-Juvenil durante el periodo de confinamiento, en cambio, tras esta situación el número de menores atendidos por esta enfermedad se incrementó un 54%, lo que demuestra que se produjo un retraso de los nuevos casos en acudir al pediatra o médico de familia, que ha supuesto, como comentaron Serrano Troncoso, et al., (2020) una derivación a los centros especializados, en un estadio de la enfermedad más avanzado.

El tener que realizarse las consultas médicas vía telemática también ha afectado en la primera consulta del profesional de trabajo social con la persona afectada por TCA, ya que en muchos casos no se pudo contar con los volantes médicos donde se detalla la problemática de la menor que en ocasiones les es difícil de explicar a ellas misma, por lo que es un instrumento necesario y de gran ayuda para que el transcurso de la entrevista, facilitando al profesional recabar información relevante.

Por otro lado, el aburrimiento ha estado muy presente durante este periodo de aislamiento social, derivando en algunos casos en conductas compulsivas con la comida y a estar hipervigilantes del peso corporal. Una evidencia clara es que la causa más frecuente de consulta fue la bajada de peso, muy relacionada con el miedo a engordar o la insatisfacción con el propio cuerpo, así como a una obsesión con la imagen corporal y las calorías. Este síntoma es uno de los más preocupantes, pero que sin embargo no se da tal importancia, porque la pérdida de peso en sí no es vista como un problema, y esto aumenta su inquietud (Fuertes et al., 2010).

A demás, como comentó Sheila, psicóloga sanitaria, en la entrevista que se le realizó para ampliar nuestros conocimientos sobre este ámbito (Anexo A), el TCA más reiterado en el Centro de Psicología y Nutrición donde ella ejerce su labor profesional, fue la anorexia nerviosa, ya que se observaba en las redes sociales que al estar parados en casa y sin hacer ejercicio, había que comer menos para evitar coger peso (Mulero, 2021).

Las personas que son víctimas de ella, o pueden llegar a serlo, son justamente las que no temen esta peligrosa enfermedad, porque paradójicamente es la patología más amada (Nardone y Valteroni, 2018). Se ha pasado de asociar la delgadez con escasez, enfermedad y penuria a asociarla con un bien de alto valor que hay que conseguir, aunque sea a costa de ayuno, abstinencia y sacrificio (Lahortiga y Cano, 2005).

Por otro lado, en el estudio realizado, hubo 3 casos de menores de sexo femenino que se veían “gordas”, lo cual les hacía encontrarse en un bajo estado de ánimo, sintiéndose incómodas con su propio cuerpo, e incluso llegando a sentir odio hacia él.

En lo que corresponde a las menores que padecían de vómitos, fueron 2, de edades e historias de vida muy distintas. Una de ellas tenía tan solo 5 años y padecía una discapacidad de grado 2, le costaba mucho ingerir la comida y solía vomitar de forma involuntaria al encontrarse en situaciones donde no se sentía cómoda. En cambio, la otra paciente, también de sexo femenino, tenía 16 años y se autoproducía los vómitos porque sentía culpabilidad al comer. Ambos casos se han dado después del confinamiento, y demuestran que este tipo de trastornos no dependen de una edad concreta y pueden afectar de muy diversas formas a cada persona que los padece.

A demás, la situación de confinamiento, aparte de aumentar la probabilidad de sufrir un TCA y agravar la situación de las personas que ya lo padecían, también ha incrementado el riesgo de padecer una recaída en aquellas personas que ya estaban recuperadas, como se observó en dos de las consultas realizadas en el Centro de Salud Mental Infanto-Juvenil después del confinamiento, donde pacientes que ya acudieron con anterioridad al centro por el mismo problema, habían recaído en él. Ambos son de sexo masculino, y la causa concreta por la que se solicitó una cita fue porque ninguno de ellos ganaba peso y ambos escondían la comida.

Por lo tanto, lo que se ha percibido a lo largo del estudio es que la situación de confinamiento ha afectado negativamente en los/as menores afectados/as por TCA, pero esto varía según distintas variables. Es decir, la influencia del confinamiento en estos casos no ha sido la misma para aquellas menores que ya se encontraban diagnosticadas que para aquellas que no, o para los casos donde las personas convivientes conocían de la existencia del sufrimiento de la menor, que para aquellos que no eran conscientes de ello, o incluso para quienes convivieron sin su familia (Mulero, 2021), porque la pérdida

de hábito de comer en familia y el hecho cada vez más frecuente de comer solo, hace que se pierda el vínculo social y afectivo de la comida familiar, a la vez que facilita la existencia en la persona de hábitos alimentarios anómalos, ya que su conducta no queda sobre el control externo (Lahortiga y Cano, 2005).

Aunque nuestro tamaño muestral utilizado en el estudio incluye el análisis de 30 personas, es probable que este número esté infravalorado y haya más personas con este mismo problema que todavía no se vieron capaces de compartirlo o que no han sido correctamente diagnosticadas hasta el momento. Pero, con relación a esto, como comentó Bujalance (2020), desde un punto de vista más positivo, la situación de confinamiento ha favorecido la toma de conciencia de la necesidad de explicar el problema y de pedir ayuda.

Continuando con el estudio, es bastante llamativo y preocupante que dos de las pacientes que presentaban síntomas de TCA fuesen menores de 6 años. Por lo que no es de extrañar que, en la adolescencia, una época de mayor sensibilidad y necesidad de ser aceptado por el grupo y de agradar al entorno de iguales, sobre todo chicas, estén permanentemente a dieta. Y esto es aún más probable que suceda así si los padres y madres, además de otras figuras de referencia, no les apoyan en esta etapa de cambios, a entender y apreciar el desarrollo normal de su cuerpo, fortaleciendo su autoestima e inculcando otros valores personales en ellos, que tal vez no se vean reflejados en un espejo, pero que engrandecen y enriquecen a las personas (Fuertes et al., 2010).

Por ello, es esencial el papel de la familia en estas situaciones, y la situación familiar (salud, relación, estilo de parentalidad, ...) es un determinante crucial en el correcto desarrollo de los menores hacia la vida adulta, influyendo en el desarrollo del TCA del/la menor (Montserrat, 2020).

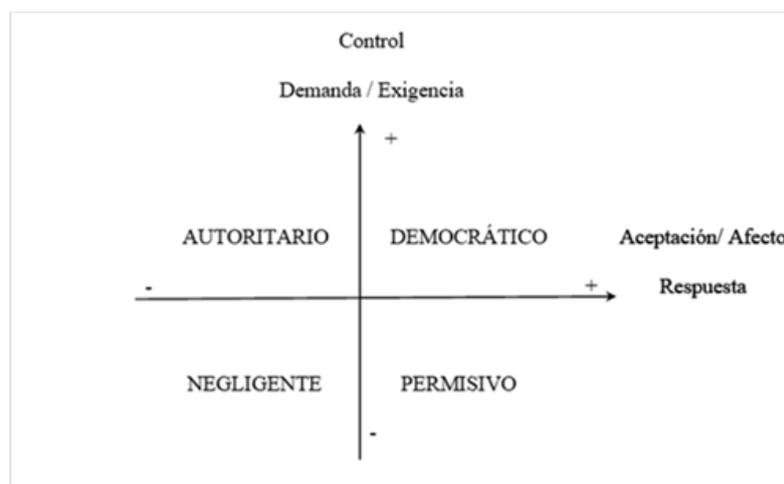
Es por esto, que en el actual estudio también se ha analizado la dinámica familiar de las menores que padecen un TCA, ya que las familias en las que no existe una estructura estable y segura, o, por el contrario, aquellas en las que la comunicación y la dinámica familiar es excesivamente rígida, controladora y exigente pueden influir en el desarrollo de estos trastornos, sobre todo en personas con mayor vulnerabilidad individual (Hilker et al., 2019).

Tal y como se recoge en la base de datos, muchas de las discusiones producidas entre los padres de la menor son ocasionados por el TCA que esta padece, haciéndole sentir presionado. Haciendo referencia a esto, algunas de las afirmaciones que hicieron los padres en la primera consulta con el trabajador social, fueron: *“tenemos algún encontronazo por el tema de la niña, mi marido opina de una forma y yo de otra”*, *“el padre se enfada por los problemas de la niña”*, *“tenemos temporadas peores a cuenta del niño”*, *“discutimos mi marido y yo por el niño, por la comida”*.

Algunos padres también reconocieron que ejercían presión sobre sus hijos e hijas y/o centraban toda su atención en ellas: *“se pasa la mayor parte del día en su habitación”*, *“presiono mucho a Lidia para que salga”*, *“ha sido un palo muy duro, yo tuve que dejar de trabajar, reducir mi jornada, me dedico a ella solo”*.

Bujalance (2020), comentó como un aspecto positivo del confinamiento, que la mayor convivencia entre los miembros de la familia generó una mejor comunicación y un mayor vínculo.

Ilustración 6.1. Estilos parentales



Fuente: (Marmo, 2014)

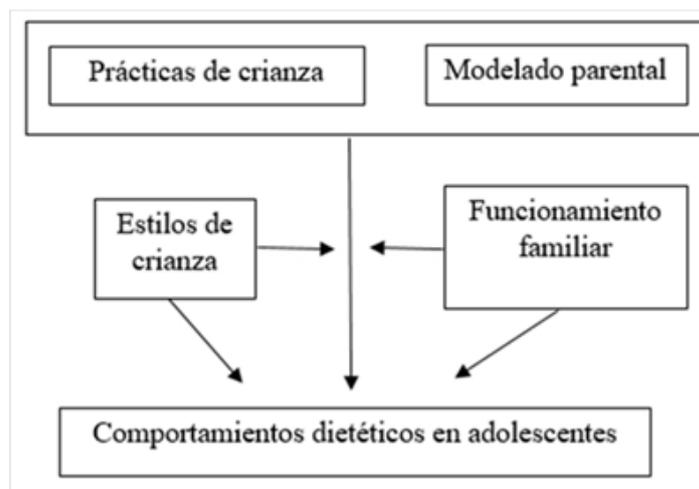
Haciendo referencia a la importancia de la dinámica familiar en los casos de TCA; Baumrind (1966) clasificó los estilos parentales en función de los parámetros de control y aceptación (afecto) y Maccoby y Martin (1983), en función de la demanda (exigencia) y la respuesta (consecuencias).

Estos destacan que en relación con los TCA:

- Los modelos autoritarios, poco afectuosos y que no brindan apoyo a sus hijos, pueden provocar baja autoestima e inseguridad en ellos, dando lugar a ciertas conductas inadecuadas y la posible aparición de TCA.
- Los modelos democráticos, caracterizados por el afecto, el control y las exigencias de madurez, muestran un mejor ajuste emocional comportamental, niveles altos de autoestima y de desarrollo moral, mayor interés hacia la escuela y un mejor rendimiento académico.

Adoptar un estilo democrático promueve el desarrollo de hábitos alimentarios más saludables, al establecerse una disciplina congruente, con normas y dotar de autonomía al niño/a durante las comidas en la etapa de crecimiento. Siendo esta crianza democrática, un factor protector que previene de la aparición de TCA en adolescentes. (Marfil et al., 2019)

Ilustración 6.2. Moderadores de la conducta dietética adolescente.



Fuente: (Carbert et al., 2019)

En el caso concreto de la obesidad, Carbert et al., 2019 señalan que el modelado parental influye significativamente en la calidad de la dieta de niños y adolescentes con sobrepeso u obesidad, y que un estilo de crianza autoritario basado en estrategias restrictivas o procesos de negociación, desarrolla hábitos alimentarios poco saludables, aumenta los conflictos familiares y disminuye la cohesión entre sus miembros.

Con respecto a nuestro estudio, la dinámica familiar de la mayoría de las menores que han acudido a consulta no fue relevante. Quedando en una minoría aquellas menores con padres separados o en proceso de divorcio, o con presencia de un trastorno en el estado de ánimo de algún miembro de la familia, que complica la dinámica familiar e influye en la menor de forma perjudicial. Quizás sean necesarios más estudios cualitativos y con mayor tamaño muestral para evidenciar la importancia que la dinámica familiar tiene en la génesis de estos trastornos.

Por último, con relación al nivel académico de los padres y madres de la menor. Es relevante conocer los estudios impartidos por ellos, ya que como indican Rodríguez y Guzmán (2019), el nivel educativo de los padres es identificado como uno de los factores familiares que inciden en el rendimiento académico de los hijos e hijas, y que estudiantes con padres con estudios universitarios tienden a tener un mejor desempeño escolar.

De hecho, tal y como aparece en nuestro estudio, teniendo en cuenta que el nivel educativo de los padres y madres de los menores estudiados era favorable (el de las madres algo superior al de los padres), el de los hijos e hijas también lo era, ya que solamente 4 de ellas tenían una situación significativa en la escuela; en dos de los casos esta situación estaban vinculada con las relaciones con los compañeros, otro caso fue debido a una dependencia de grado 2 que le dificultaba la escolarización y precisaba de un asistente personal que le ayudaba en ella, y solamente uno de los menores repitió curso, tenía notas bajas, y refirió que no le gustaba estudiar. En cambio, en los casos restantes de la base de datos, se ha podido observar que los resultados académicos y el rendimiento en general era favorable, o lo que es lo mismo, no tenían una situación significativa en la escuela.

Algunos adjetivos que los padres y madres atribuyeron a los menores en la primera consulta fueron: “responsable en exceso”, “perfeccionista”, “brillante”. En referencia a esto, en las investigaciones realizadas por Behar y Hernández (2002) se ha identificado a la insatisfacción corporal manifestada en conjunto y simultáneamente, con rasgos de perfeccionismo como factores de riesgo para el desarrollo de un trastorno de la alimentación. La ambición por la obtención del logro y de la excelencia, así como del logro de las metas propuestas en los diferentes ámbitos de la vida es un factor de riesgo para individuos insatisfechos con su imagen corporal.

La ley que estas personas siguen para valorar sus propios logros es la del “todo o nada”, del “0 al 10”, lo que hace que cuando no alcanzan las altas metas que se proponen, sus logros sean considerados por ellas mismas como fracasos, y esto aumenta los sentimientos de inferioridad, ya presentes en estas personas.

Se podría decir que el perfeccionismo, la autoexigencia o el autocontrol son características más propias de personas con AN, mientras que la baja tolerancia a la frustración, la dificultad para el control de impulsos o la ausencia de hábitos bien estructurados, lo serían de las personas que padecen BN (Lahortiga y Cano, 2005). Todo ello les afecta en distintas esferas de su vida, pero, en gran medida en el ámbito educativo.

Además, la educación de los padres y madres mejora la manera en que interactúan los miembros de la familia, al fomentar la adopción de guiones cognitivos, creencias y valores que están relacionados con el comportamiento académico, y se relaciona con la consecución de logros (Abuya et al., 2018).

7. CONCLUSIONES

1. La edad media de los 30 menores incluidos en nuestro estudio fue de 13.03 años. El 80% eran de sexo femenino. Y la mayoría de ellos cursaban estudios de ESO.
2. Más de la mitad de las menores que han acudido al Centro de Salud Mental Infanto-Juvenil del Área Oeste de Valladolid, perteneciente al Hospital Río Hortega en el año 2020, lo hicieron en la etapa posterior al confinamiento solamente un 20% acudió anteriormente y un 13% durante esa situación.
3. El porcentaje de menores afectadas por algún tipo de TCA, que ha acudido al Centro de Salud Mental Infanto-Juvenil en el año 2020 tras el confinamiento, ha aumentado un 47% con respecto a los que acudieron antes de esa situación.
4. Un 27% de las menores estudiadas, tuvo una dinámica familiar significativa o preocupante, pudiendo influir negativamente sobre ellas. Frente al 73% restante, cuya situación familiar era favorable.
5. Un 13% de las pacientes estudiadas tenía una situación significativa o preocupante con respecto a la escolarización. Del porcentaje restante, muchos destacaban por su perfeccionismo y por su gran responsabilidad.
6. La pérdida de peso fue la causa más frecuente de consulta al Centro de Salud Mental Infanto-Juvenil con un 50%. Así como la que necesitó mayor atención durante el confinamiento por su gravedad y la que tuvo mayor dificultad de seguimiento con el tratamiento telemático.
7. Los TCA afectan sobre todo a la juventud, ya que esta es una etapa de gran influencia social, donde se busca constantemente ser aceptado por el entorno de iguales, repercutiendo en la autoestima, en la adaptación al medio e incluso en el rendimiento de la propia persona. Por ello, algunos de los factores protectores para la prevención y recuperación de un TCA, son el establecimiento de un buen clima familiar y escolar.

8. El aislamiento social es un factor precipitante para las personas afectadas por TCA, ya que se trata una problemática difícil de gestionar emocionalmente, transmitiendo su mayor importancia normalmente a la comida o al ejercicio, los cuales se encontraban limitados por el espacio.
9. Es necesario promover la aceptación corporal en los/as jóvenes, y concienciar sobre la importancia de la Salud Mental. Las personas afectadas con algún tipo de TCA deberían ser tenidas en cuenta en las estrategias de salud pública, ya que se trata de personas de riesgo a quienes las consecuencias del confinamiento por coronavirus pueden afectar de forma más agresiva.
10. La profesión del Trabajo Social está ligada a los TCA por la gran influencia que el medio social tiene sobre ellos/as, siendo una función de los/as trabajadores sociales la adaptación de las personas al entorno y viceversa. Este profesional en ocasiones de encarga de determinar si las personas padecen un TCA y si es así, el grado en el que se encuentran, y participa en el seguimiento de las personas enfermas junto con otros profesionales.

8. **BIBLIOGRAFÍA**

1. Serrano Troncoso, E., Montserrat Graell, Fernández Fernández Aranda, & Bujalance Arguijo, S. (17 de noviembre de 2020). *SOM*. Recuperado de <https://www.som360.org/es/webinar/covid-19-trastornos-conducta-alimentaria>
2. Fernández Civieta, Ó. (10 de diciembre de 2020). *Business Insider*. Recuperado de <https://www.businessinsider.es/covid-dispara-casos-trastornos-conducta-alimentaria-770759>
3. American Psychiatric Association - APA. (2014). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-5 (5a. ed.
4. Lahortiga Ram, F., & Cano Prous, A. (2005). *Trastornos de la conducta alimentaria. Anorexia y bulimia nerviosas*. Navarra, España: Ever
5. Gonzalo, M., & Torres, E. (2020). Patologías por la pandemia el confinamiento potenciadas tras de la Covid-19. 10–14.
6. Oliver, D. (25 de abril de 2020). *El País*. Recuperado de https://elpais.com/elpais/2020/04/19/mamas_papas/1587284749_373590.html
7. Vergoñós Pascual, M. (26 de marzo de 2020). *HERALDO*. Recuperado de <https://www.heraldo.es/noticias/salud/2020/03/26/el-confinamiento-un-doble-castigo-para-quien-padece-un-trastorno-alimentario-1366102.html>
8. Hilker Salinas, I., Flamarique Valencia, I., & Caballero, M. (14 de enero de 2019). *PortalClínic*. Recuperado de <https://www.clinicbarcelona.org/asistencia/enfermedades/trastornos-de-la-conducta-alimentaria/factores-de-riesgo>
9. Fuertes Ortiz, J., Pérez, R., & Hernández, A. (marzo de 2010). *ELSEVIER*. Recuperado de <https://www.elsevier.es/es-revista-offarm-4-articulo-trastornos-conducta-alimentaria-anorexia-bulimia-X0212047X10489696>

10. Morandé, G. (1990). Trastornos de la alimentación en niños y adolescentes. En A. I., Romero y A. Fernández. Salud mental. Formación continuada en atención primaria. Madrid: IDEPSA.
11. Imaz C, Ballesteros M, Higuera M, Conde V. Análisis asistencial en los trastornos del comportamiento alimentario en Valladolid. *Actas Esp Psiquiatr.* 2008; 36: 75-81.
12. Martínez-González, M. A., & de Irala, J. (2003). Eating disorders in Spain: are we ready to take public health action? *Gaceta Sanitaria / S.E.S.P.A.S.*, 17(5), 347–350. <https://doi.org/10.1157/13053645>
13. Peláez Fernández, M. Á. (2010). Trastornos de la conducta alimentaria en España: Revisión de estudios epidemiológicos. *Revista mexicana de trastornos alimentarios*, 52-55.
14. Fontela Vivanco, E., Gómez Pardiñas, S. M., González Santos, M., & Ávila González, M. J. (19 de mayo de 2016). *Fisterra*. Recuperado de <https://www.fisterra.com/guias-clinicas/anorexia-nerviosa/>
15. Guillén, A. B. (2008). *El trabajo social frente a los trastornos de la conducta alimentaria (tca) en pacientes menores de edad. Aproximación al fenómeno y propuesta de intervención* (pp. 232–241).
16. Cricun, M. S. (1981). Aspectos Psicologicos Del Dolor. In *Revista Neurologica Argentina* (Vol. 7, Issue 1).
17. Suarez, Y. B. (2018). *Revista salud y sociedad uptc issn 2389-8038.* 53.
18. Serrano Troncoso, E., Montserrat Graell, Fernández Fernández Aranda, & Bujalance Arguijo, S. (17 de noviembre de 2020). *SOM*. Recuperado de <https://www.som360.org/es/webinar/covid-19-trastornos-conducta-alimentaria>
19. Serrano Troncoso, E. (2020). *SOM*. Recuperado de <https://www.som360.org/es/blog/teleterapia-trastornos-alimentarios>

20. Martínez, P., Zusman, L., Hartley, J., Morote, R., & Calderón, A. (2003). Estudio epidemiológico de los trastornos alimentarios y factores asociados en Lima Metropolitana 1 Los trastornos alimentarios son entidades clínicas complejas con principalmente a la población femenina . Dichos trastornos se caracterizan por un comportam. *Revista de Psicología de La Pontificia Universidad Católica Del Perú*, 21(2), 234–269.
21. Redacción Médica. (15 de julio de 2019). Recuperado de <https://www.redaccionmedica.com/secciones/psiquiatria/la-anorexia-es-la-patologia-psiquiatrica-con-la-mortalidad-mas-alta--7557>
22. Jueas Celorio, R., García Meré, B., Álvarez Alonso, M., & Otero del Castillo, B. (31 de 12 de 2019). *Revista médica*. Recuperado de <https://revistamedica.com/trabajo-social-sanitario-trastornos-conducta-alimentaria/>
23. Garcés Trullenque, E. (2010). El Trabajo Social en Salud Mental. *Cuadernos de Trabajo Social*, 333-352.
24. Monrós, M. J. (16 de junio de 2020). *uvnoticias*. Recuperado de <https://www.uv.es/uvweb/uv-noticies/es/noticias/importancia-del-trabajo-social-crisis-del-coronavirus->
25. SOM Salud Mental 360. (19 de noviembre de 2020). *Covid-19 y Trastornos de la Conducta Alimentaria* [Vídeo]. YouTube. <https://youtu.be/0vHni8-MJkk>
26. Asociación contra la Anorexia y la Bulimia. (18 de junio de 2020). *El TCA después del confinamiento*. Eduard Serrano, Coord. Unidad de TCA Hospital Sant Joan de Déu [Vídeo]. YouTube. <https://youtu.be/mbS6Xm1R41A>
27. El *Mundo*. (30 de noviembre de 2020). Recuperado de <https://www.elmundo.es/comunidad-valenciana/castellon/2020/11/30/5fc5445b21efa068198b4576.html>
28. Baird, A. (2020). *The Coronavirus Outbreak Is “Like A Nightmare” For People With Eating Disorders*. Nueva York, Estados Unidos.
29. Nardone, G., & Valteroni, E. (2018). *La anorexia juvenil* (Vol. I). (M. Marco Cramer, Ed.) Herder

- 30.** Mulero, S. (2 de abril de 2021). (C. Pradales Varela, Entrevistador)
- 31.** Nardone, G. (2004). *Más allá de la anorexia y la bulimia*. Barcelona, España: Ediciones Paidós.
- 32.** Marmo, J. (2014). Estilos parentales y factores de riesgo asociados a la patología alimentaria Parental styles and risk factors associated with eating pathology. *Unife.Edu.Pe*, 22(2), 165–178. http://www.unife.edu.pe/publicaciones/revistas/psicologia/2014_2/165_Julieta_Marmo.pdf
- 33.** Carbert, N. S., Brussoni, M., Geller, J., & Mâsse, L. C. (2019). Moderating effects of family environment on overweight/obese adolescents' dietary behaviours. *Appetite*, 134 (February 2018), 69–77. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2018.12.034>
- 34.** Marfil, R., Sánchez, M. I., Herrero-Martín, G., & Jáuregui-Lobera, I. (2019). Alimentación familiar: influencia en el desarrollo y mantenimiento de los trastornos de la conducta alimentaria Family feeding: eating disorders development and maintenance influences This work is licensed under a Creative Commons Attribution -NonCommercial.
- 35.** *Journal of Negative and No Positive Results*, 4(9), 931–932. <https://doi.org/10.19230/jonnpr.3171>
- 36.** Rodríguez, R. D. y Guzmán, R. R. (2019). Rendimiento académico de adolescentes declarados en situación de riesgo. *Revista de Investigación Educativa*, 37(1), 147-162.
- 37.** Behar A, R., & Hernández T, P. (2002). Deportes y trastornos de la conducta alimentaria. *Revista Medica de Chile*, 130(3), 287–294. <https://doi.org/10.4067/s0034-98872002000300007>
- 38.** Abuya, B., Mumah, J., Austrian, K., Mutisya, M. and Kabiru, C. (2018). Mothers' Education and Girls' Achievement in Kibera: The Link With Self-Efficacy. *SAGE Open*, 8(1).

- 39.** Instituto Clínic de Neurociencias, Psiquiatría y Psicología, Psiquiatría y Psicología Infantil y Juvenil. (s.f.). *PortalClínic*. Recuperado de <https://www.clinicbarcelona.org/asistencia/enfermedades/trastornos-de-la-conducta-alimentaria/equipo-y-estructura>
- 40.** Tovar, J. (2 de junio de 2020). *EFE: SALUD*. Recuperado de <https://www.efesalud.com/trastornos-conducta-alimentaria-dia-internacional-confinamiento/>
- 41.** *Asociación contra la Anorexia y la Bulimia*. (s.f). Recuperado de <https://www.acab.org/es/los-trastornos-de-conducta-alimentaria/que-son-los-tca/tipos-de-tca/>

1. ANEXOS

9.1 ANEXO A: ENTREVISTA A PSICÓLOGA SANITARIA

9.1.1 Hoja Informativa

Universidad de Valladolid

(Trabajo Fin de Carrera para la obtención del grado de Trabajo Social por la Universidad de Valladolid)

Proyecto de investigación

Soy Carla Pradales Varela, estoy realizando mis estudios de Trabajo Social en la Universidad de Valladolid. Mi propuesta de fin de carrea (TFG) pretende estudiar la influencia del confinamiento por SARS-COV-2 en los trastornos de conducta alimentaria de menores residentes en Valladolid. El objetivo principal de este trabajo es realizar un análisis epidemiológico de los trastornos de conducta alimentaria entre menores vallisoletanos y la influencia del confinamiento por SARS-COV-2.

Importancia de la investigación

La premisa de partida de este trabajo ha sido la constatación de un incremento de casos de TCA durante el periodo de confinamiento.

Considero que la investigación me permitirá llegar a ser más consciente de los problemas y las dificultades a las que se enfrentan las personas que padecen un TCA, cuáles son los factores de riesgo predominantes y de cómo el confinamiento les ha podido afectar anímica y emocionalmente.

Colaboración

La actividad para la que se necesita vuestra colaboración consiste en una entrevista conjunta en la que hablaremos de vuestras experiencias como psicólogas sanitarias en un Centro de Psicología y Nutrición, junto a pacientes que padecen algún tipo de TCA, permitiéndonos así conocer aspectos significativos de esta problemática.

La entrevista tendrá un formato abierto para profundizar en los temas. Usted decidirá qué información quiere o no facilitar.

Confidencialidad y anonimato

Se realizará una entrevista que servirá para el análisis de la información. A esta información solo tendré acceso yo como responsable del desarrollo del proyecto TFG. La confidencialidad y el anonimato tanto de las entrevistas como de todo lo que se pueda comunicar a cerca de la Asociación estará recogido y protegido por la actual Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.

Contacto

Para cualquier información que precise puede ponerse en contacto conmigo, mediante correo electrónico (carlapradales15@hotmail.com) o a través del número de teléfono 646796207. Para información adicional también puede contactar con la profesora Gema Ruiz López del Prado, Tutora del TFG (gruizl@saludcastillayleon.es).

Agradezco su colaboración

9.1.2 Estructura de la entrevista

Para recabar información de primera mano sobre cómo el confinamiento ocasionado por SARS-COV-2 ha influido en los TCA, me puse en contacto con Sheila Mulero, una psicóloga sanitaria que tiene su propio Centro de Psicología y Nutrición de Tenerife, donde trabaja junto con otras psicólogas, teniendo contacto diario y directo con personas afectadas por algún tipo de TCA.

¿Ustedes han detectado un incremento del número de casos de pacientes con TCA a raíz del confinamiento, o un empeoramiento de los mismos? ¿Han existido recaídas de pacientes que ya estuvieron afectados anteriormente, y el confinamiento les ha perjudicado?

Sí a todo. Definitivamente el confinamiento no ha ayudado en absoluto a las personas con problemas de TCA.

Por otro lado, me gustaría saber ¿cuáles creen que han podido ser los principales factores de riesgo para estas personas durante esa situación de confinamiento?, ¿qué papel tiene en estos casos la familia de los/as pacientes? ¿influye en el desarrollo o empeoramientos de los TCA la dinámica familiar de los/as pacientes?

Tanto las personas que viven con familiares, pareja, como solas, a nivel emocional, estar tanto tiempo en casa con la comida disponible y poco más que hacer ha sido un disparador. También depende mucho del caso, no es lo mismo las personas que tienen un TCA diagnosticado que las que no (o que no lo saben su sufrimiento las personas con las que conviven) ... Por supuesto, empeora la convivencia porque emocionalmente es muy difícil de gestionar y o lo vuelcan en la comida o en el ejercicio normalmente, y ambas cosas estaban limitadas por el espacio...

Al haber sido una situación tan complicada ¿cómo se llevó a cabo el seguimiento de estas personas? ¿se combinaron tratamiento presencial con tratamiento telemático? ¿cómo respondieron los pacientes a esto?

Nos vimos de forma telemática con todos los pacientes excepto algunos que si no era presencial no querían... La mayoría retomaron al volver a abrir los centros y empezar a hacer vida "normal" con los protocolos de desinfección en los centros, etc.

Tras haber experimentado esta situación impredecible. Desde su punto de vista, ¿sería necesario realizar mejoras a nivel sociosanitario que pudiesen haber evitado la desestabilización de estos pacientes, o que ayuden a mejorar en la "nueva normalidad"? Si fuese así, ¿cuáles propondría?

Totalmente, ojalá mucha más concienciación en las estructuras de poder de lo importante que es la salud mental y lo complicado que está siendo esto para la gran mayoría de personas que sufre por ello a diario.

¿Cuál fue el TCA más común detectado a raíz del confinamiento?

Después del confinamiento el que más: anorexia (porque veían en redes que al estar parados en casa y sin hacer ejercicio, hay que comer menos para no engordar...).

Para ti ¿qué es lo más importante a tener en cuenta en la intervención con jóvenes y adolescentes afectados por algún TCA?

Lo más importante en jóvenes es promover la aceptación corporal... Que siempre empieza por ahí.

¿Cuál es vuestra actuación en términos generales?

En términos generales y que abarque todos los tipos de TCA diría que aumentar autoestima, gestión emocional, conocer nuestra esencia y valores, afrontamiento de problemas, estrategias comunicativas.