



Artículo original

Viabilidad y Aceptabilidad del Tratamiento Integral Virtual en Trastornos Alimentarios: Perspectiva de Pacientes, Padres y Terapeutas Durante la Pandemia por COVID-19



Maritza Rodríguez Guarin*, Juanita Gempeler Rueda, Sergio Mario Castro, María Mercedes Ospina, Carolina Villanueva Betancourth, Juan Pablo Amórtegui y Laura Vázquez

Programa Equilibrio para trastornos alimentarios, afectivos y de ansiedad, Bogotá, Colombia

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 10 de agosto de 2020

Aceptado el 13 de julio de 2021

On-line el 4 de septiembre de 2021

Palabras clave:

Trastornos alimentarios

Telemedicina

COVID-19

Tratamiento

R E S U M E N

Antecedentes: La cuarentena y el distanciamiento social como resultado de la pandemia de COVID-19 planteó la necesidad de continuar virtualmente el tratamiento de los pacientes con trastornos alimentarios (TA).

Objetivo: Evaluar la viabilidad, aceptabilidad y adherencia al tratamiento virtual de los pacientes, las familias y los terapeutas.

Métodos: Se aplicaron encuestas en línea a 14 pacientes, 10 familiares y 8 terapeutas de un Programa Ambulatorio Intensivo para TA, y se realizó un análisis DOFA con las respuestas. **Resultados:** El tratamiento virtual durante el confinamiento fue considerado factible y útil por todos los encuestados. El miedo al contagio y la presencia de los padres en el hogar se identificaron como fortalezas. Los padres informaron problemas con el cumplimiento del plan nutricional, especialmente en anorexia. Los terapeutas señalaron la necesidad de adaptaciones metodológicas en las sesiones para mejorar la participación. La adherencia de las familias fue total y la de los pacientes, del 90%.

Conclusiones: La adaptación virtual del programa es una opción válida y útil durante el confinamiento obligatorio, mejora la participación familiar, pero no reemplaza el tratamiento presencial.

© 2021 Asociación Colombiana de Psiquiatría. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: maritzarodriguez@programaequilibrio.org (M. Rodríguez Guarin).
<https://doi.org/10.1016/j.rcp.2021.07.011>

Feasibility and Acceptability of Comprehensive Virtual Treatment in Eating Disorders: Perspectives from Patients, Parents and Therapists During the COVID-19 Pandemic

ABSTRACT

Keywords:
Eating disorders
Telemedicine
COVID-19
Therapeutics

Background: Lockdowns and social distancing as a result of the COVID-19 pandemic have brought about the need to continue treatment virtually in patients with Eating Disorders (ED).

Objective: To evaluate feasibility, acceptability and adherence to virtual treatment in patients, families and therapists.

Methods: Fourteen patients, 10 family members and eight therapists from an intensive out-patient program for ED answered online surveys and a SWOT analysis was performed with the responses.

Results: Virtual treatment during lockdown was considered feasible and useful by all respondents. Fear of contagion and the presence of parents in the home were identified as strengths. Parents reported problems with nutritional plan compliance, especially in anorexia patients. Therapists highlighted the importance of methodological adaptations in sessions to improve participation. Adherence to sessions was 100% for family members and 90% for patients.

Conclusions: Adaptation to a virtual program is a valid and useful option during lockdowns. It improves family participation, but does not replace face-to-face treatment.

© 2021 Asociación Colombiana de Psiquiatría. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

A raíz de la rápida diseminación de la enfermedad coronavírica de 2019 (COVID-19) por los 5 continentes, la Organización Mundial de la Salud decretó el 31 de enero de 2020 el estado de emergencia de salud pública mundial. Desde comienzos de marzo, luego de identificar el primer caso en una viajera procedente de Europa, el gobierno colombiano estableció normas encaminadas a la contención y la mitigación de la propagación de la pandemia, trazando directrices de vigilancia epidemiológica, higiene y distanciamiento social. Se ordenó el confinamiento en casa en todo el territorio nacional desde la última semana de marzo. Estas medidas plantearon grandes retos en el tratamiento de los pacientes con enfermedades mentales en general y los pacientes con trastornos alimentarios (TA) que se encontraban en tratamiento en ese momento, tema que se aborda de manera particular en el presente artículo.

Los servicios hospitalarios y ambulatorios especializados en TA en otros países ya han reportado serios obstáculos en la atención de los pacientes durante la contingencia de la COVID-19. Se enfrentan a la necesidad de contar con la participación de otros profesionales, problemas de espacio, incremento en los costos de la atención, rotación de los equipos terapéuticos, reducción del tiempo destinado a psicoterapias, temores de los familiares al contagio, etc.¹.

Por otra parte, para los pacientes que ya están recuperados, el riesgo de recaída aumenta durante el confinamiento por el cambio en las rutinas, la no disponibilidad de los alimentos usualmente consumidos, la presión desde los medios de comunicación que promueven un sin número de rutinas

de ejercicio en casa para «no engordar», la interrupción de actividades en los gimnasios, etc.².

Recientemente se ha publicado en 21 idiomas una serie de estrategias y recomendaciones para pacientes, familiares y terapeutas durante el confinamiento por la COVID-19, que abordan temas relacionados con la alimentación y el peso (probabilidad de aumentar de peso, comer excesivamente, falta de actividad regular, falta de control excesivo); temas relacionados con la incertidumbre, el propio contagio, el aburrimiento y la soledad, entre otros³. Pero más allá de la psicoeducación y las recomendaciones, es preciso continuar el tratamiento y el acompañamiento de estos pacientes y sus familias, con el reto adicional que representa proveer atención psicoterapéutica en condiciones de aislamiento social y en medio de una pandemia.

En este contexto, vuelve a surgir la teleconsulta como una herramienta de trabajo en salud mental. La telemedicina y la teleconsulta fueron establecidas inicialmente por el gobierno australiano para cubrir las necesidades de salud de poblaciones rurales o remotas durante situaciones de emergencia. En Psiquiatría, las primeras experiencias con telemedicina datan de 1972, reportadas por la Universidad de Nebraska. Existen antecedentes de estas herramientas para el tratamiento de depresión, ansiedad, trastorno obsesivo compulsivo, riesgo de suicidio, trastorno bipolar, comportamientos de autolesión, manejo de duelos, estrés postraumático y TA, mediante videoconferencias, foros online, aplicaciones para teléfonos inteligentes, mensajes de texto y otros⁴.

En TA en particular, existen experiencias desde apoyo nutricional para pacientes con bulimia nerviosa y trastorno por atracones, hasta terapia cognoscitivo conductual para bulimia y protocolos de terapia basada en familia para

adolescentes con anorexia nerviosa. Estudios que han comparado la efectividad de la terapia cognoscitivo conductual cara a cara con la realizada por telemedicina con pacientes con bulimia nerviosa y su relación costo-efectividad han coincidido en señalar efectividad equivalente, pero con menores costos en la atención virtual⁵⁻¹⁰. A la fecha no hay reportes de evaluación de terapias individuales, grupales y familiares de pacientes con TA.

En el presente artículo, se revisan la viabilidad y la aceptabilidad del tratamiento integral con psicoterapia virtual individual y grupal y el acompañamiento nutricional de un grupo de pacientes colombianas con TA y sus familias en el marco de la pandemia por COVID-19, y se recoge el punto de vista de las pacientes, sus cuidadores y los terapeutas.

Métodos

Escenario clínico

Equilibrio, en su modalidad presencial, es un programa de atención integral intensivo de carácter ambulatorio, en el cual los pacientes con TA (adolescentes y adultos) reciben de lunes a viernes un tratamiento multidisciplinario y multimodal que consiste en sesiones semanales individuales de psicoterapia cognoscitivo conductual y de orientación psicodinámica, tratamiento médico-psiquiátrico del TA y sus comorbilidades y rehabilitación nutricional. Además, las pacientes reciben terapias grupales de diversos enfoques (cognoscitivo-conductual; conductual dialéctica; trabajo en imagen corporal; terapia expresiva: terapia artística; talleres de nutrición). Se realiza la renutrición a través de una pauta nutricional diseñada según las necesidades del paciente con exposición a todos los grupos de alimentos en comidas terapéuticas diarias. Paralelamente, se trabaja en entrenar a familiares y cuidadores en estrategias de tratamiento en casa, por medio de sesiones semanales a las que acuden las familias y que son una adaptación del nuevo Método Maudsley¹¹. Aunque uno de los criterios de ingreso al programa es la ausencia de riesgo vital médico o psiquiátrico, las pacientes atendidas suelen tener una condición nutricional crónicamente comprometida, lo cual, sumado al impacto emocional del miedo al contagio, la exposición de algunas pacientes a la llegada de parientes desde otros países con altas tasas de la enfermedad que imponían cuarentena, la presencia en casa de personas mayores con comorbilidades o con tratamientos con inmunosupresores por otras dolencias, llevó a decidir la interrupción temporal del tratamiento presencial y observar la indicación de las autoridades sanitarias acerca del confinamiento en casa.

Rápidamente, se planeó y se puso en marcha una estrategia virtual de teleconsulta para pacientes y sus familias, como alternativa para no dejar descubierta la atención de estas personas en medio de una situación particularmente crítica. La totalidad de las participantes se encontraban recibiendo tratamiento en el programa ambulatorio intensivo presencial.

Procedimientos y materiales

El presente es un estudio observacional descriptivo de corte transversal para el cual se diseñaron 3 encuestas con

preguntas semiestructuradas, dirigidas a pacientes, familiares y miembros del equipo tratante. Las encuestas constan de preguntas de selección múltiple, 8 preguntas cerradas (sí o no) y 4 preguntas abiertas. Se realizó un grupo focal con el equipo terapéutico y representantes de los padres de las pacientes. Las pacientes y los padres también fueron observados por los terapeutas mientras usaban la plataforma Zoom y tomaron notas de campo. Durante el proceso, se pidió a todos los participantes que reflexionaran sobre si el nuevo esquema de tratamiento virtual era útil o no: su contenido, su diseño y su metodología adaptada de las sesiones y el proceso de uso de la plataforma. Se les pidió que comentaran cualquier dificultad que pudieran haber enfrentado o que creían que otros podrían enfrentar, sesiones o componentes que consideraban particularmente beneficiosos o deficientes y cómo imaginaban que podría continuar su tratamiento en adelante. De manera específica, se trabajó con las pacientes en 2 de las sesiones grupales, el impacto negativo o positivo del confinamiento en los síntomas alimentarios, las preocupaciones con el peso y la imagen corporal, así como los potenciales beneficios o daños derivados de la situación de pandemia en las relaciones con la familia. En otra sesión grupal se exploró la relación entre la exposición a la videocámara y la vivencia con su imagen corporal. Con las respuestas a las entrevistas, las notas de campo, las discusiones del grupo focal y las sesiones grupales descritas, se discutieron los hallazgos y se construyó una matriz DOFA para explorar fortalezas, debilidades, oportunidades de mejora y opciones de retomar el tratamiento presencial o no. Para evaluar la adherencia, se estableció un registro de participantes a las sesiones en cada sesión de Zoom.

Para el uso de teleconsulta, se obtuvo un consentimiento informado en servicios bajo la modalidad de telemedicina a padres y pacientes que señalaba los potenciales beneficios, riesgos y responsabilidades de la intervención. Se definió una agenda de sesiones de psicoterapia individual, grupal y de entrenamiento a familiares y cuidadores en el tratamiento en casa durante el confinamiento, que constaba de: 2 sesiones semanales de terapia cognoscitivo conductual; 1 sesión de control por Psiquiatría; 2 sesiones de grupo al día; 1 taller semanal de nutrición y, además, sesiones multifamiliares y unifamiliares de apoyo y acompañamiento. Todas las sesiones eran de 1 hora. Las sesiones grupales con las pacientes y los grupos multifamiliares de entrenamiento a padres y cuidadores fueron de 1 hora. Las sesiones unifamiliares de apoyo duraban media hora. Al momento de escribir este artículo, se habían completado 8 semanas de tratamiento virtual. Participaron 14 pacientes con TA —9 con anorexia nerviosa (3 anorexias atípicas, 3 restrictivas y 3 combinadas con purgas) y 6 con bulimia nerviosa—, 10 familiares y 8 miembros del equipo terapéutico. La edad de las pacientes estuvo comprendida entre los 11 y los 23 años.

Resultados

En general, la totalidad de los familiares y las pacientes consideraron viable el esquema virtual de sesiones individuales, grupales y familiares. Manifestaron preferir el esquema virtual por temor al contagio y valoraron positivamente el acompañamiento de los terapeutas.

Las pacientes resaltaron como fortalezas no tener que salir de casa y poder estar con la familia, así como poder continuar con el tratamiento. En cuanto a las debilidades del esquema virtual, las pacientes señalaron la necesidad de contar con métodos «más didácticos» durante las sesiones grupales y una de ellas manifestó problemas en la conectividad. Al responder sus opiniones acerca de qué mejorarían, señalaron su necesidad de tener más sesiones individuales durante el confinamiento, «dejar hablar más, porque casi no dejan hablar» (refiriéndose a las interrupciones al momento de participar en sesiones grupales), y tener en cuenta el horario para que no se cruzara con los horarios de clases escolares o de la universidad. Frente a la pregunta de su deseo de regresar al tratamiento presencial, la mitad de las pacientes manifestaron que preferían regresar, pero si las condiciones epidemiológicas no mejoraban, todas eligieron mantener el tratamiento virtual.

Los familiares unánimemente valoraron la continuidad del tratamiento para no perder los avances logrados hasta el momento, contar con el apoyo permanente de los terapeutas durante la cuarentena y recibir de parte de ellos modelamiento de cómo proceder a las horas de las comidas. Igualmente, apreciaron la comodidad de no tener que hacer desplazamientos fuera de casa durante la pandemia y el hecho de tener que hacer el esfuerzo en casa para enfrentar la enfermedad. Sin embargo, otros señalaron la experiencia en casa como «un gran esfuerzo; difícil estar con ella en los 5 momentos, sin embargo es un reto que asumí con amor y ya me acostumbré». Otros manifestaron las dificultades por el encierro y el aburrimiento. Fue muy evidente, además, la angustia de los padres frente al manejo de las recomendaciones en la alimentación de sus hijas y el cumplimiento de la pauta nutricional. En este sentido, los familiares respondieron que el modelo virtual «no permite supervisar los momentos de alimentación, que son clave para la renutrición»; «no hay apoyo para la dificultad que se presenta antes y después de la alimentación, para quitar control o evitar la participación del paciente en la preparación de comidas en casa» y «después, para eliminar la ansiedad y que se presenten síntomas»; «incluso el manejo del menú y las porciones se dificulta en el manejo en casa»; «es muy desgastante hacer el programa en casa, pues uno no cuenta con todas las herramientas profesionales para el manejo de la enfermedad» o «cumplir la pauta demanda mucho tiempo». Otro señaló sus dudas acerca de la metodología en las sesiones de imagen corporal.

En cuanto a las propuestas de mejoramiento del esquema, los familiares respondieron: «Incluiría más momentos de alimentación», «intentaría desarrollar una relación más de alianza y apoyo con los padres, en vez de lo que yo percibí muchas veces como llamadas de atención». Otros pidieron «acompañamiento en los 5 momentos, porque es más efectivo el manejo que da el terapeuta». Propusieron sesiones semanales con los papás: «porque se presentan muchas situaciones difíciles de manejar y es bueno tener orientación más directa».

A pesar de lo anterior, al indagar a los familiares la posibilidad de regresar al programa presencial asumiendo todas las precauciones para el desplazamiento y un plan riguroso de bioseguridad, solo 3 mantuvieron su preferencia por el programa virtual por temor al contagio; 8 de las 9 pacientes con anorexia prefirieron volver al tratamiento presencial.

Los terapeutas fueron 3 psiquiatras, 3 psicólogos y 2 profesionales del área de la nutrición. Todos los miembros del equipo tratante realizaron sesiones grupales y 7 sesiones individuales, y 6 hicieron sesiones con familias. Seis de los 8 participantes del equipo consideraron útil el esquema virtual y manifestaron sentirse cómodos realizándolo. La totalidad de los respondientes señalaron que el número de participantes por sesión les parecía apropiado. Solo 1 de los terapeutas consideró demasiado corto el tiempo de las sesiones. Sin embargo, todos coincidieron en responder que habían experimentado algún grado de incomodidad durante las sesiones virtuales y que habían tenido problemas en la conectividad y con las cámaras apagadas que no les permitían establecer contacto visual y saber si la paciente estaba presente o si estaba haciendo otras actividades mientras transcurría la sesión; 6 observaron que las pacientes no tenían suficiente privacidad durante las sesiones, eran interrumpidas por sus hermanos o las actividades en el hogar; 5 reportaron tener dificultades para lograr la participación de todas las pacientes en las sesiones grupales, y 2 expresaron haber tenido dificultades para adaptar la metodología de las sesiones grupales presenciales al formato virtual.

Al responder sobre las fortalezas, los terapeutas manifestaron que el modelo virtual «es mejor que no tener ningún apoyo, pero es inferior a lo presencial» o que «funciona mejor entre más edad tiene la paciente». Otras fortalezas descritas fueron: «poder trabajar en el ambiente familiar permite reconocer el funcionamiento de cada familia y casa, y con esto intervenir situaciones que generan disfunción para el tratamiento». La nutricionista manifestó que «compartir pantalla a través de Zoom facilita el taller. En las consultas individuales hay más tiempo para escribir las tareas, ideas de menús. Las pacientes se pueden parar y mostrar los platos en los que comen, sus porciones, marcas de alimentos diferentes». En general, los terapeutas consideraron valiosa la disponibilidad horaria, la frecuencia de las sesiones y evitar el desplazamiento y anotaron como otra fortaleza que «se logra conocer el contexto en que ellas viven y adaptar ciertas estrategias a su entorno inmediato».

Al describir las debilidades del formato, los terapeutas expresaron: «mantener la atención de las pacientes cuando la sesión no tiene una metodología dinámica (p. ej., diligenciar una hoja de trabajo)» o «en ocasiones las sesiones grupales no permiten una discusión tan amplia, pues depende de la disposición de las pacientes a participar; esto no es una constante, depende más de la temática, por supuesto que obliga al terapeuta a ser creativo y cambiar la dinámica de la sesión». Otros expresaron que en las sesiones individuales «la posibilidad que las pacientes se distraigan con otras cosas es alta», y que se pierde la posibilidad de la evaluación física. Respecto a la metodología de las sesiones virtuales, agregaron: «la falta de un abordaje experiencial dificulta hacer sesiones más dinámicas de imagen corporal y terapia expresiva» y «las sesiones originales están diseñadas para el trabajo presencial y la interacción directa, el trabajo en parejas o las respuestas en hojas de trabajo que luego se socializan. Este formato debe ser revisado en las virtuales». Coincidieron con la evaluación de los pacientes en las fallas en la conectividad. Pero de manera general, las recomendaciones de los terapeutas señalaron la necesidad de mantener el formato virtual para las sesiones

Tabla 1 – Matriz DOFA

Debilidades:	Oportunidades:	Fortalezas:	Amenazas:
<ul style="list-style-type: none"> • Privacidad • Conectividad • Menor nivel de participación en sesiones grupales • Examen físico ausente 	<ul style="list-style-type: none"> • La virtualidad de las sesiones de entrenamiento en habilidades a padres y cuidadores es una oportunidad para facilitar su participación cada semana • La presencia de padres y demás familiares por el confinamiento obligatorio permite a las pacientes sentir mayor respaldo de sus padres • El trabajo virtual es una oportunidad para continuar el tratamiento o hacer seguimiento de pacientes que viven en otras ciudades o países 	<ul style="list-style-type: none"> • Presencia en casa de familiares • Disposición de familiares a ayudar a su ser querido 	<ul style="list-style-type: none"> • Miedo a salir de casa y exponerse al contagio de las pacientes u otros familiares en riesgo • Pérdida de peso de las pacientes que revelan retrocesos durante la modalidad virtual
Estrategia DO:	Estrategia FO:	Estrategia DA:	Estrategia FA:
<ul style="list-style-type: none"> • Mejoramiento tecnológico para la conectividad • Definir con pacientes y familiares el lugar más privado para el trabajo terapéutico de su ser querido en casa 	<ul style="list-style-type: none"> • Continuar el programa de entrenamiento en habilidades de manejo en casa a padres y cuidadores virtualmente • Realizar las comidas terapéuticas familiares en vivo en casa con plataforma Zoom • Establecer el programa virtual de sesiones individuales y grupales para seguimiento de pacientes que viven fuera de la ciudad • Realizar de forma virtual el grupo de prevención de recaídas 	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluar de manera individual los casos para facilitar el regreso al programa presencial cuando el retroceso clínico es evidente 	<ul style="list-style-type: none"> • Asesorar e involucrar a las familias en el cumplimiento de los protocolos de bioseguridad tanto en casa como en los desplazamientos fuera de casa que sean necesarios

DA: debilidad/amenaza; DO: debilidad/oportunidad; FA: fortaleza/amenaza; FO: fortaleza/oportunidad.

familiares y así garantizar la adherencia al contrarrestar la dificultad con los horarios y desplazamientos; mantener algunas citas individuales de seguimiento en modalidad virtual de las pacientes; entrenar a los padres para detectar signos de deterioro del estado nutricional y general, y adaptar el contenido de las sesiones grupales a metodologías que facilitaran la participación y la interacción de las pacientes.

En relación con la adherencia a las 8 semanas, la asistencia de las pacientes a sus citas individuales y de las familias a sus sesiones de entrenamiento en habilidades para manejo en casa fue total. Mejoró sustancialmente la participación de los padres en las tareas de renutrición de sus hijas, asumiendo el control de la preparación de los alimentos, la información sobre los componentes de la pauta nutricional, las preparaciones, los intercambios y la búsqueda de acompañamiento para los momentos críticos. Los padres de pacientes con anorexia tuvieron dificultades mayores para evitar los intentos de control de sus hijas en la preparación de los alimentos, la «negociación» de los momentos de comidas y la contención emocional. En las sesiones grupales, la adherencia fue total en las primeras 6 semanas, pero la asistencia descendió a 11 de los 14 pacientes, lo que denota cierto agotamiento con las sesiones virtuales, que además coincidían con sus horas de clase. La participación activa durante las sesiones de grupo fue intermitente para algunas pacientes, que apagaban la cámara,

interactuaban con su celular o se ausentaban a mitad de la sesión.

Los hallazgos y las estrategias derivadas del análisis se sintetizan en la [tabla 1](#), que resume la matriz DOFA.

Discusión

Para alguien con un TA, el aislamiento físico y el acceso limitado a los alimentos, sumados al estado permanente de alerta frente al contagio propio o de sus seres queridos, la interrupción de sus rutinas, la incertidumbre y la carencia de control frente a la situación, pueden aumentar los síntomas de la enfermedad. Por otra parte, el estado nutricional precario de estas pacientes puede aumentar su riesgo de infección viral.

Dado lo reciente de la situación por la pandemia de COVID-19, los datos disponibles provienen en su mayoría de estudios transversales como encuestas telefónicas. Schlegl et al.¹² encuestaron a 159 pacientes con anorexia que habían salido de tratamiento hospitalario a raíz de la pandemia. Cerca del 70% de las pacientes informaron mayores preocupaciones por su alimentación, la imagen corporal y el peso, así como incremento en la necesidad de ejercitarse para quemar calorías, sensación de soledad, tristeza e inquietud por la pandemia. El acceso a sus sesiones de psicoterapia presencial se había

reducido notoriamente, el 26% estaba recibiendo seguimiento por videollamada y el 35%, llamadas telefónicas. En las pacientes con bulimia, el reporte ha sido un incremento notorio de los atracones, las conductas de purga y otros comportamientos compensatorios e, igualmente, carencia de seguimiento en su tratamiento psicoterapéutico y nutricional¹³.

Se ha reportado que la pandemia ha incrementado tanto el riesgo de desarrollar un TA como el empeoramiento de los síntomas de las personas ya enfermas¹⁴. La disminución de los factores de protección contra un TA (socialización, desarrollo de proyectos personales, etc.) y el aumento de las barreras para recibir tratamiento, situación ya de por sí problemática desde antes del confinamiento, agravan el panorama. La interrupción de las rutinas diarias y la restricción de las actividades al aire libre pueden incrementar las preocupaciones por el peso y afectan negativamente al patrón alimentario, el ejercicio y los patrones de sueño, los cuales a su vez incrementan los síntomas del TA. De otra parte, el deterioro de los pacientes con TA durante el confinamiento se ha asociado con mayores tasas de ansiedad y depresión previas, estilos de afrontamiento y regulación emocional más pobres¹⁵⁻¹⁷.

Además del empeoramiento de los síntomas alimentarios durante el confinamiento obligatorio y el papel perturbador de la videocámara descrito, surgen componentes mayores de ansiedad frente a lo incierto, el miedo al contagio o a la pérdida de seres queridos y el manejo de múltiples duelos derivados de la interrupción abrupta de la vida social, académica o laboral, el temor a la pérdida del trabajo o reducción en los ingresos familiares, la preocupación por el cuidado de los adultos mayores de la familia, etc. Es decir, que existen múltiples factores de estrés que deben afrontar los pacientes con TA y sus familias, que componen el escenario más propicio para el recrudecimiento de los síntomas alimentarios, de los síntomas ansiosos y/o depresivos que suelen acompañar a los TA.

En una sesión grupal acerca de los síntomas alimentarios durante la cuarentena y las estrategias de afrontamiento usadas, las pacientes notaron un incremento de las preocupaciones obsesivas acerca de comida, peso e imagen corporal. Reportaron unánimemente haber aumentado la restricción por el temor a subir de peso, así como mantenerse hiperactivas o haciendo rutinas de ejercicio más exhaustivas, realizar más rituales frente al espejo como chequearse las prominencias óseas, revisar el contenido calórico de los alimentos, chequear más la preparación de los alimentos en casa e intentar saltarse comidas, especialmente los refrigerios. Las pacientes con síntomas bulímicos reportaron además un incremento en los picoteos a lo largo del día, y aumento en las purgas. En otra sesión, todas, expresaron su incomodidad para exponerse a la videocámara, que ha incrementado rituales y conductas evitativas y de chequeo de la autoimagen; buscaban ángulos que les parecieran más favorables o se maquillaban antes de las citas para disimular los defectos percibidos. Apagar la cámara constituye una opción para controlar la ansiedad de exponerse tanto a los demás como a su propia imagen en el recuadro que aparece en la pantalla. La videocámara se convierte en «otro espejo» muy perturbador que interfiere en la concentración de las pacientes en la sesión. Una de las pacientes expresó una mayor preocupación con su imagen corporal al exponerse a la cámara que la que habitualmente experimenta

durante las relaciones sociales en persona. Otra reconoció que, al menos, frente a la cámara puede «controlar» que no se ve todo su cuerpo, sino solamente la cara, apagarla o prenderla, mientras que en las relaciones sociales presenciales se siente mucho más escrutada por la mirada del otro. Las pacientes reportan mayor preocupación entre una sesión y otra acerca de los cambios que ha podido tener su apariencia física («verse más gorda») o crea el espacio para la fantasía de lograr bajar todo el peso deseado durante la cuarentena para que al salir del aislamiento, y que al volver a su vida social y académica ya haya logrado el cuerpo deseado.

Pero los riesgos de interrumpir un tratamiento en pacientes con TA como hemos planteado antes son de doble dirección. Son bien conocidas las alteraciones inmunológicas en los pacientes con TA. La inmunidad celular alterada en la anorexia y la bulimia nerviosas se refleja en los cambios observados en la médula ósea, el recuento de linfocitos, la relación alterada de células T auxiliares citotóxicas (CD4/CD8); el aumento de la secreción y concentración de las citocinas proinflamatorias interleucina 1 y 6 y factor de necrosis tumoral alfa, fuerte indicio de un sistema inmunitario desregulado¹⁸⁻²⁰. Esta situación puede plantear, por una parte, un incremento potencial del riesgo de contagio y/o de complicaciones derivadas de este pero, por otra, la interrupción súbita del tratamiento presencial puede derivar en retrocesos en el proceso de recuperación, con deterioros de la salud física y mental que obliguen a los clínicos a referir a los pacientes al hospital en el momento más riesgoso. Y este fue precisamente el dilema que padres, pacientes y terapeutas enfrentamos durante la primera cuarentena general, y optamos por continuar el tratamiento con sesiones virtuales cuya evaluación da origen a este artículo.

Los otros afectados en esta situación son los familiares y cuidadores. Durante la pandemia de COVID-19, el problema principal que han enfrentado las familias de las personas diagnosticadas con un TA es el acceso limitado a los recursos médicos, incluidas las dificultades para ir a los hospitales, obtener medicamentos y mantener el tratamiento como antes, especialmente para los pacientes ambulatorios. Esta situación agrava la sensación de carga que experimentan los cuidadores y que se suma a los niveles de ansiedad y depresión que suelen experimentar. Por otra parte, el confinamiento obligatorio contribuye a visibilizar los problemas relationales al interior del núcleo familiar, con lo cual se hacen más marcados los conflictos no resueltos, la emocionalidad expresada, que puede llegar hasta los actos de maltrato y violencia intrafamiliar y que, al ocurrir, agravan los niveles de sufrimiento del paciente y las dificultades de la familia para enfrentar su rol de cuidador de su ser querido enfermo.

La efectividad de los programas de psicoeducación en línea a cuidadores de pacientes con TA fue evaluada por Guo et al. en 2020. Los autores observaron los niveles de ansiedad y depresión de un grupo de cuidadores durante la pandemia en China y los compararon con un grupo control. Los cuidadores de pacientes con TA mostraron niveles significativamente más altos de depresión y ansiedad que el grupo de comparación. El programa de educación en línea no mostró ningún efecto significativo en la disminución de los niveles de depresión y ansiedad de los cuidadores de pacientes con TA en general. Los cuidadores de pacientes con una enfermedad de mayor

duración tenían menos probabilidades de disminuir sus niveles de ansiedad^{21,22}. En nuestro estudio, los cuidadores fueron muy receptivos, avalando la intervención virtual y reconocieron sus ventajas; sin embargo, aquellos cuyas hijas tenían anorexia nerviosa experimentaron muchas dificultades para tomar el control de la renutrición de sus hijas, cumplir con la pauta nutricional indicada, evitar la «supervisión» de sus hijas en la preparación de los menús y manejar los conflictos a las horas de las comidas. En 4 de las pacientes con anorexia hubo pérdida de peso y en las 5 restantes la ganancia de peso no se logró. El desgaste en el rol del cuidador fue evidente. Los padres expresaron sus temores de librarse una «batalla campal» a las horas de las comidas, lo cual perturbaba la relación entre todos los miembros de la familia. Algunos cuidadores hicieron una propuesta diferente de la pauta nutricional de Equilibrio estaba implementando antes de la pandemia, pactando con sus hijas alimentos, porciones y preparaciones más seguras en las horas de las comidas. Expresaron que la exposición firme que hacía el equipo terapéutico durante las comidas en Equilibrio era muy difícil de conseguir. No tenían el apoyo de las otras pacientes del grupo ni de los terapeutas en vivo señalando rituales y comportamientos disfuncionales y evitando compensaciones. En ese aspecto, surgió de parte de los familiares de estas pacientes la propuesta de retomar el tratamiento presencial. En este sentido, se puede decir que, aunque los padres, las pacientes y los terapeutas consideraron viable el tratamiento virtual durante la pandemia y aceptaron su implementación y que la adherencia a las sesiones en términos de asistencia fue muy buena, la adopción de las indicaciones terapéuticas en casa reveló dificultades. El confinamiento y las cuarentenas ponen a familias y pacientes frente a retos que exigen pensamiento flexible, ajuste a los cambios, movilización de estrategias adaptativas para mejorar la convivencia, el autocuidado y la importancia del cuidado a los demás y el sentido de lo comunitario, entre otros.

El tratamiento integral para TA vía telemedicina carece de evidencia porque a la fecha los estudios que la sintetizan provienen de tratamientos presenciales que permiten monitorear los riesgos, pesar a los pacientes, etc. Por otra parte, los estudios realizados a distancia no tuvieron lugar en situaciones de confinamiento por una pandemia. Waller et al.²³ han señalado recientemente algunos puntos que considerar en la terapia cognoscitivo conductual para pacientes con TA, vía telemedicina, cuando no es posible el tratamiento cara a cara. Entre ellos, señalan las preocupaciones de pacientes y clínicos frente a la telemedicina, los cambios en el entorno y las adaptaciones metodológicas que se requieren.

En nuestro estudio, la experiencia virtual de tratamiento individual y grupal fue aceptada, en el entendido de que era una forma temporal de continuar el proceso y evitar una mayor morbilidad de las pacientes, y la adherencia de las familias al tratamiento de sus hijas fue significativamente mayor que en la modalidad presencial, gracias a la misma situación de confinamiento que exigía a los padres permanecer en casa junto a sus hijos y por no tener que desplazarse hacia nuestra sede en horas de alto tráfico, como sucede en condiciones regulares.

Aunque el protocolo presencial de manejo del programa Equilibrio tiene componentes de terapia basada en familia,

como las comidas terapéuticas familiares y el entrenamiento constante a padres y cuidadores para el desarrollo de habilidades de manejo en casa, el acompañamiento virtual de los terapeutas a pacientes y familias en algunos momentos de comidas «en vivo» fue muy bien recibido. Sin embargo, se pusieron de manifiesto las dificultades que siguen teniendo los padres, a pesar del acompañamiento y el entrenamiento que reciben, para manejar los momentos antes, durante y después de las comidas, cumplir con la pauta nutricional y asumir el control en la preparación de los alimentos. Esto fue particularmente mayor en los casos de anorexia nerviosa. En este sentido, los padres resaltaron su desgaste en la tarea de renutrición y la importancia del rol de los terapeutas en el esquema presencial. De manera general, los terapeutas observaron mejor participación en las pacientes mayores que en las niñas pequeñas en las sesiones grupales.

En otros aspectos, como la evaluación del riesgo vital que se hace a diario en el programa presencial con la revisión del peso y los cambios en los signos vitales, así como la evaluación del riesgo suicida, chequeo de autolesiones, etc., los clínicos señalaron las limitaciones del modelo virtual. Tal como señala Waller, el trabajo presencial permite al clínico monitorear progresos o retrocesos día tras día, trabajar en condiciones de privacidad, a puerta cerrada, esquema que facilita la exploración de pensamientos, comportamientos o planes suicidas²². Igualmente, en el modelo virtual las interrupciones son otra limitación, no solo por problemas de conectividad, sino por la interferencia de avisos de correos electrónicos o mensajes de texto como los que llegan a una pantalla a la que paciente y terapeuta están conectados.

Conclusiones

La situación de confinamiento y cuarentenas por la pandemia de COVID-19 ha empeorado las condiciones de las pacientes con TA al agregar más preocupaciones con el peso, la imagen corporal y la alimentación e incrementar las conductas de purga, tal como lo han reportado otros autores. La adaptación virtual de un protocolo de manejo integral fue una estrategia viable y bien aceptada al inicio, pero a pesar del compromiso de los padres y los esfuerzos para adoptar las indicaciones de manejo en casa, no puede reemplazar el tratamiento presencial. Aunque la telemedicina es una opción en épocas de pandemia, las pacientes con TA requieren exposición directa a todo tipo de alimentos, al menos en las primeras etapas del tratamiento, para lograr la renutrición y controlar las conductas de compensación y los rituales disfuncionales. En el tratamiento virtual, también se pierden la interacción directa con otras pacientes que nutren el proceso grupal y el monitoreo de signos vitales y examen físico, que son imprescindibles en pacientes con TA en fase aguda. Por otra parte, la inclusión de la cámara en las sesiones de las pacientes con TA agrega un aspecto perturbador que en ocasiones funciona como «otro espejo» e incrementa las conductas de chequeo y evitación y las preocupaciones con la imagen corporal. No obstante, para nuestro programa la experiencia de tratamiento virtual dejó buenos frutos, como consolidar los procesos de seguimiento de pacientes y mantener el programa de

entrenamiento a padres y cuidadores en modalidad virtual con una mayor adherencia de estos.

Conflictos de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA

1. Davis C, Chong NK, Oh JY, Baeg A, Rajasegaran K, Chew CS. Caring for children and adolescents with eating disorders in the current COVID-19 pandemic: Singapore perspective. *J Adolesc Health.* 2020; <http://dx.doi.org/10.1016/j.jadohealth.2020.03.037>.
2. Tanner A. *Eating Disorders and COVID-19: how families and healthcare providers can save lives.* 2020. Disponible en: <https://www.edcatalogue.com/eating-disorders-covid-19-families-healthcare-providers-can-save-lives/>.
3. Fernandez-Aranda F, Casas M, Claes L, Bryan DC, Favaro A, Granero R, Gudiol C, et al. COVID-19 and implications for eating disorders. *Eur Eat Disord Rev.* 2020;28:239-45, <http://dx.doi.org/10.1002/erv.2738>.
4. Zhou X, Snoswell CL, Harding LE, Bambling M, Edirippulige S, Bai X, et al. The role of telehealth in reducing the mental health burden from COVID-19. *Telemed e-Health.* 2020;26:377-9, <http://dx.doi.org/10.1089/tmj.2020.0068>.
5. Anderson KE, Byrne C, Goodey A, Reichel R, Le Grange D. Telemedicine of family-based treatment for adolescent anorexia nervosa: A protocol of a treatment development study. *J Eat Disord.* 2015;3:25, <http://dx.doi.org/10.1186/s40337-015-0063-1>.
6. Crow SJ, Mitchell JE, Crosby RD, Swanson SA, Wonderlich S, Lancaster K. The cost effectiveness of cognitive behavioral therapy for bulimia nervosa delivered via telemedicine versus face-to-face. *Behav Res Ther.* 2009;47:451-3.
7. Mitchell J, Myers T, Swan-Kremeier L, Wonderlich S. *Psychotherapy for bulimia nervosa delivered via telemedicine.* *Eur Eat Disord Rev.* 2003;11:222-30, <https://doi.org/ezproxy.javeriana.edu.co/10.1002/erv.517>.
8. Mitchell JE, Crosby RD, Wonderlich SA, Crow S, Lancaster K, Simonich H, et al. A randomized trial comparing the efficacy of cognitive-behavioral therapy for bulimia nervosa delivered via telemedicine versus face-to-face. *Behav Res Ther.* 2008;46:581-92, <http://dx.doi.org/10.1016/j.brat.2008.02.004>.
9. Ertelt TW, Crosby RD, Marino JM, Mitchell JE, Lancaster K, Crow A. Therapeutic factors affecting the cognitive behavioral treatment of bulimia nervosa via telemedicine versus face-to-face delivery. *Int J Eat Disord.* 2010;44:687-91.
10. Hildebrandt T, Michaelides A, Mayhew M. Randomized controlled trial comparing health coach-delivered smartphone-guided self-help with standard care for adults with binge eating. *Am J Psychiatry.* 2020 Feb 1. Epub ahead of print.
11. Treasure J, Smith G, Crane A. Skills-based caring for a loved one with an eating disorder. London: Routledge. 2017, <http://dx.doi.org/10.4324/9781315735610>.
12. 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.* 2020;53:1791-800, <http://dx.doi.org/10.1002/eat.23374>.
13. 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.* 2020;28:847-54, <http://dx.doi.org/10.1002/erv.2773>.
14. Machado PP, Pinto-Bastos A, Ramos R, Rodrigues TF, Louro E, Goncalves S, et al. Impact of COVID-19 lockdown measures on a cohort of eating disorders patients. *J Eat Disord.* 2020;8:57. <https://doi.org/10.1186/s40337-020-00340-1>.
15. Phillipou A, Meyer D, Neill E, Tan EJ, Toh WL, Van Rheenen TE, et al. Eating and exercise behaviors in eating disorders and the general population during the COVID-19 pandemic in Australia: Initial results from the COLLATE project. *Int J Eat Disord.* 2020;53:1158-65, <http://dx.doi.org/10.1002/eat.23317>.
16. Yahya AS, Khawaja S. The course of eating disorders during COVID-19. *Prim Care Companion CNS Disord.* 2020;22:20com02657, <http://dx.doi.org/10.4088/PCC.20com02657>.
17. Baenas I, Caravaca-Sanz E, Granero R, Sanchez I, Riesco N, Testa G, et al. COVID-19 and eating disorders during confinement: Analysis of factors associated with resilience and aggravation of symptoms. *Eur Eat Disord Rev.* 2020;28:855-63, <http://dx.doi.org/10.1002/erv.2771>.
18. Corcos M, Guilbaud O, Paterniti S, Moussa J, Chambry G, Chaouat SM, et al. Involvement of cytokines in eating disorders: a critical review of the human literature. *Psychoneuroendocrinology.* 2003;28:229-49.
19. Gibson D, Mehler PS. Anorexia nervosa and the immune system—a narrative review. *J Clin Med.* 2019;8:1915, <http://dx.doi.org/10.3390/jcm8111915>.
20. Nova E, Samartín S, Gómez S, Morandé G, Marcos A. The adaptive response of the immune system to the particular malnutrition of eating disorders. *Eur J Clin Nutr.* 2012;56:S34-7, <http://dx.doi.org/10.1038/sj.ejcn.1601482>.
21. Guo L, Wu M, Zhu Z, Zhang L, Peng S, Li W, et al. Effectiveness and influencing factors of online education for caregivers of patients with eating disorders during COVID-19 pandemic in China. *Eur Eat Disord Rev.* 2020;28:816-25, <http://dx.doi.org/10.1002/erv.2783>.
22. Taylor CB, Fitzsimmons-Craft EE, Graham AK. Digital technology can revolutionize mental health services delivery: The COVID-19 crisis as a catalyst for change. *Int J Eat Disord.* 2020;53:1155-7, <http://dx.doi.org/10.1002/eat.23300>.
23. Waller G, Pugh M, Mulkens S, Moore E, Mountford VA, Carter J, et al. Cognitive-behavioral therapy in the time of coronavirus: Clinician tips for working with eating disorders via telehealth when face-to-face meetings are not possible. *Int J Eat Disord.* 2020;53:1132-41, <http://dx.doi.org/10.1002/eat.23289>.