



Universitat
de les Illes Balears

TRABAJO DE FIN DE GRADO

LOS EFECTOS DE LA PANDEMIA DE COVID-19 SOBRE LA ANOREXIA NERVIOSA EN NIÑOS Y ADOLESCENTES

M. de Lluç Matas Barceló

Grado de Enfermería

Facultad de Enfermería

Año Académico 2021-22

LOS EFECTOS DE LA PANDEMIA DE COVID-19 SOBRE LA ANOREXIA NERVIOSA EN NIÑOS Y ADOLESCENTES

M. de Lluç Matas Barceló

Trabajo de Fin de Grado

Facultad de Enfermería

Universidad de las Illes Balears

Año Académico 2021-22

Palabras clave del trabajo:

Anorexia nerviosa (anorexia nervosa), COVID, niño (child), adolescente (adolescent)

Nombre Tutor/Tutora del Trabajo: Antonia Pades Jiménez

Se autoriza la Universidad a incluir este trabajo en el Repositorio Institucional para su consulta en acceso abierto y difusión en línea, con fines exclusivamente académicos y de investigación

Autor		Tutor	
Sí	No	Sí	No
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ÍNDICE DE CONTENIDO

RESUMEN	4
RESUM.....	4
ABSTRACT.....	5
INTRODUCCIÓN.....	6
OBJETIVOS DEL TRABAJO	7
ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA.....	8
RESULTADOS	10
DISCUSIÓN.....	11
EPIDEMIOLOGÍA EN LA COVID-19	14
FACTORES RELACIONADOS CON EL AUMENTO DE INCIDENCIA.....	17
ROL DE LA ENFERMERÍA EN LA PREVENCIÓN Y EL TRATAMIENTO	19
CONCLUSIONES	27
BIBLIOGRAFÍA.....	29
ANEXOS	31
Anexo 1.	31
Anexo 2.	31
Anexo 3.	32
Anexo 4.	33

RESUMEN

La reciente pandemia de COVID-19 ha causado múltiples alteraciones tanto en la vida cotidiana de la población, como en el sistema de salud o a nivel económico y social. Diversas noticias y estudios han demostrado el empeoramiento de la salud mental de la población, especialmente los trastornos alimentarios. La combinación de diversos factores como la reducción del contacto social potenciando el uso de redes sociales, la disminución de la atención sanitaria y un mayor miedo e incertidumbre ha conllevado un repunte de los casos de anorexia nerviosa, así como un agravamiento de su sintomatología, y en consecuencia, de la ansiedad y depresión. Al tratarse de una patología compleja y de la tercera enfermedad crónica más frecuente, para incrementar la probabilidad de recuperación será importante potenciar la adherencia al tratamiento y el apoyo emocional, mejorar la relación terapéutica y la educación a pacientes y sus familias.

RESUM

La recent pandèmia de COVID-19 ha provocat múltiples alteracions tant en la vida quotidiana de la població, com en el sistema de salut o a nivell econòmic i social. Diverses notícies i estudis han demostrar l'empejorament de la salut mental de la població, especialment els trastorns alimentaris. La combinació de diversos factors com la reducció del contacte social potenciant un ús de xarxes socials, la disminució de l'atenció sanitària i una major por i incertesa ha provocat un repunt de casos d'anorèxia nerviosa, a més d'un agreujament de la seva simptomatologia, i en conseqüència, de l'ansietat i depressió. Donat que es tracta d'una patologia complexa i de la tercera malaltia crònica més freqüent, per incrementar la probabilitat de recuperació serà important potenciar l'adherència al tractament i el suport emocional, millorar la relació terapèutica y l'educació a pacients i les seves famílies.

ABSTRACT

The recent COVID-19 pandemic has had a significant impact on population's everyday life, the healthcare system, economy, social life, etc. Many headlines and articles have proven the deterioration of people's mental health, especially regarding eating disorders. The combination of many factors such as a reduction of social life which reinforced social media use, a decreased healthcare assistance and the fear and uncertainty of the situation has caused a spike in anorexia nervosa cases, as well as its symptomatology, and consequently, anxiety and depression's. Since anorexia nervosa is a complex condition and the third most frequent chronic illness, to increase recovery rates it'll be crucial to promote treatment adherence and emotional support, as well as improving therapeutic relationships and patients and their family's education.

INTRODUCCIÓN

La pandemia de COVID-19 iniciada a finales de 2019, declarada como emergencia de salud pública de importancia internacional el 30 de enero de 2020, y como pandemia el 11 de marzo de 2020, ha modificado de forma importante la vida cotidiana de la población (1). Visto su rápido contagio, múltiples países implementaron medidas drásticas para intentar frenar su avance, por ejemplo, confinamiento, uso de mascarillas obligatorio y distancia social.

Dichas medidas han afectado no solo a nivel del sistema de salud, económico, social, etc., sino que además han tenido un gran impacto sobre la salud mental de la población. Estos efectos los podemos ver reflejados en noticias como la publicada por la ONU *“El efecto devastador del COVID-19 en la salud mental”* (2) donde explica como las tasas de ansiedad, depresión y estrés post traumático se han visto disparadas. En el ámbito de nuestra comunidad autónoma también encontramos noticias como *“Las hospitalizaciones en el área de psiquiatría infantil de Son Espases se disparan un 50% en un año”* (3).

Dado que la patología de nuestro estudio es la anorexia nerviosa encontramos artículos más específicos como el de El País *“La pandemia dispara los casos de anorexia en niños y jóvenes”* (4) o el de El Periódico *“La pandemia aumenta el número de trastornos alimentarios en los adolescentes catalanes”* (5). Tal y como sus titulares ya indican, estos artículos evidencian cómo el efecto negativo de la pandemia de COVID-19 sobre la salud mental ha afectado a las cifras epidemiológicas de anorexia nerviosa en España.

Entre las patologías crónicas más frecuentes en los adolescentes los trastornos alimenticios ocupan el tercer lugar. La Anorexia Nerviosa (AN) es una de las enfermedades mentales con mayor tasa de morbimortalidad (6–8). Se conoce que dicha patología multiplica por 6 el riesgo de mortalidad, haciendo que ésta suponga un 4% aproximadamente. A pesar de que entre el 30 y el 50% de estos pacientes podrán recuperarse de la enfermedad, con una media de 6 a 7 años, un porcentaje importante de ellos recaerán (33-63%), o se cronificarán (10-20%) (9,10). Si bien es cierto estos datos varían ligeramente en los casos de niños y adolescentes donde la media se sitúa en los 4-5 años y un 60-70% de los casos se recuperarán de forma completa (11).

Visto que aproximadamente un 10% de la población padece de algún tipo de trastorno alimenticio es muy importante estudiar cómo prevenir y tratar dichas patologías para

evitar posibles complicaciones, comorbilidades y gastos sanitarios y de personal futuros (6,7), especialmente tras el agravamiento de estas patologías a raíz de la COVID-19.

OBJETIVOS DEL TRABAJO

Objetivo general:

- Investigar los efectos de la pandemia de COVID-19 en los casos de AN en niños y adolescentes.

Objetivos específicos:

- Describir las características de la AN.
- Recopilar datos epidemiológicos sobre la AN en la situación de pandemia.
- Analizar los factores relacionados con el aumento de incidencia de la AN en la pandemia de COVID-19.
- Definir las distintas opciones terapéuticas y el papel de la enfermera en el proceso de recuperación.

ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA

El proceso de búsqueda bibliográfica se empieza determinando las palabras clave que posteriormente se introducirán en la plataforma DeCS MeSH para obtener los descriptores correspondientes. Al llevar a cabo este proceso se obtienen 4 palabras: “anorexia nervosa” (anorexia nerviosa), “child” (niño), “adolescent” (adolescente) y coronavirus. Dado que al realizar la búsqueda se observó que se obtenían mejores resultados cambiando el descriptor “coronavirus” por “COVID” se optó por usar dicha variación.

Al comenzar la búsqueda bibliográfica en metabuscadores como PubMed, ERIC y Dialnet la cantidad de artículos encontrados fueron escasos debido a que se trata de un hecho muy reciente. Tras comentarlo con la tutora se decidió llevar a cabo una búsqueda general a través de otras fuentes, gracias a la cual se encontró un artículo epidemiológico publicado a nivel español del cual partimos para realizar una búsqueda en bola de nieve. Asimismo, se llevó a cabo una búsqueda en la página web de la universidad Carlos III, la revista española de endocrinología, DSM-5, PubMed y dos asociaciones contra los trastornos alimenticios: ADANER (Asociación en Defensa de la Atención a la Anorexia Nerviosa y la Bulimia) y ACAB (Associació contra la Anorèxia i la Bulimia).

A raíz de la página de la universidad Carlos III, la revista española de endocrinología y la página web de ACAB se obtuvieron artículos para la bibliografía final del trabajo, además de proporcionar diversos documentos en bola de nieve. A partir de la página de ADANER no se obtuvo ningún documento de forma directa, pero sí se extrajeron otros artículos acudiendo a la bibliografía referenciada. El DSM-5 fue seleccionado como fuente de definición diagnóstica de la patología de estudio.

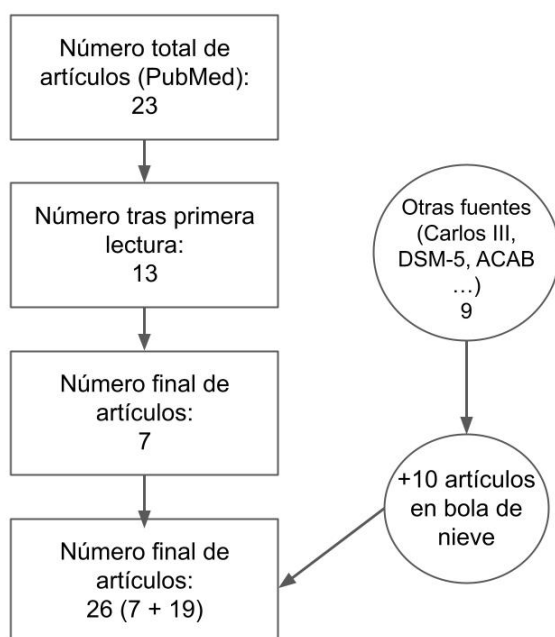
Finalmente, en PubMed se llevaron a cabo dos búsquedas distintas. Primeramente, se combinaron los descriptores Anorexia Nervosa y COVID unidos con el conector AND, acotados a los últimos 10 años y por los rangos de edad de niño y adolescente. Tras esta primera etapa se obtuvieron documentos epidemiológicos de nivel internacional que permitieron realizar la contextualización a nivel mundial de la situación de la AN en relación con la pandemia. Después de recoger dicha bibliografía se advirtió la escasez de documentos centrados en la enfermería por lo que se decidió realizar una segunda búsqueda con los descriptores Anorexia Nervosa AND Nursing Care, siguiendo los mismos criterios para acotar los resultados. Así se obtuvieron 3 documentos, incluido en

la bibliografía final, además de un artículo adicional obtenido mediante bibliografía referenciada.

Los criterios de exclusión para la selección de artículos de este trabajo consistieron en:

- Documentos publicados con anterioridad a 2012
- No tratan el rango de edad seleccionado para el trabajo (6-18 años)
- Artículos repetidos
- Artículos no disponibles
- Artículos de no interés para el tema

RESULTADOS



Como ya ha sido mencionado anteriormente la obtención de bibliografía de este trabajo se realizó mayoritariamente mediante el método de búsqueda en bola de nieve dada la escasez de documentos en los diferentes metabuscadores.

A partir de una serie de documentos se procedió a consultar la bibliografía referente con lo que se obtuvieron como resultado 10 artículos adicionales.

Los otros 7 documentos restantes, como indica el diagrama, fueron obtenidos a través de una búsqueda por el metabuscador PubMed. Esta búsqueda se divide en dos partes. Una primera combinando las palabras clave Anorexia Nervosa AND COVID, y la segunda juntando Anorexia Nervosa AND Nursing Care, ambos acotados a las edades de “niño” y “adolescente”, además de seleccionar únicamente los documentos publicados en los últimos 10 años.

DISCUSIÓN

La AN fue descrita por primera vez en documentos franceses datados del año 1874, definiendo síntomas de hambruna autoprovocada y preocupación por el peso corporal (7,8).

Según el DSM-5 (12) la AN está definida por 3 características principales, las cuales también constituyen su diagnóstico, siendo estas:

- “Una restricción de la ingesta calórica diaria por debajo de las necesidades corporales, ocasionando un bajo peso.”
- “Fobia a ganar peso o conducta persistente que dificulta dicho aumento de peso.”
- “Alteración de la percepción del peso, constitución y autoevaluación.”

Cabe destacar que la percepción de estos pacientes sobre su cuerpo puede oscilar desde verse con sobrepeso, incluso estando en una situación de malnutrición extrema, hasta reconocer la situación de bajo peso, pero estar conforme y a gusto con ello (6).

Actualmente en el DSM-5 encontramos la AN dividida en dos subtipos: tipo restrictivo y tipo con atracones/purgas. La primera se caracteriza por conductas relacionadas con la dieta, el ayuno y/o el ejercicio excesivo, mientras que la segunda presenta episodios de atracones y/o purgas. Dentro de la conducta purgativa se incluyen acciones como el vómito autoprovocado, uso de laxantes, enemas, etc. También es importante destacar que dichas conductas deben ser persistentes como mínimo durante los tres últimos meses antes del diagnóstico (12).

La sintomatología de la AN se verá clasificada de formas muy distintas dependiendo de la fuente que consultemos. Documentos como “*Adolescent Eating Disorders*” de Beate Herpertz-Dahlmann (2014) (6) la dividen en 3 subcategorías: comportamientos alimenticios, relacionados con el ejercicio y por último la distorsión de la percepción corporal y obsesión con el peso.

La mayoría de los casos de enfermedad se inician con dietas y clasificaciones alimentarias estrictas, normalmente seguidas de una pérdida importante de peso. Es durante este tiempo, o incluso antes de dicha pérdida ponderal, que puede aparecer uno de los síntomas más característicos en las mujeres, la amenorrea.

Rituales alrededor de la comida, comer muy despacio y con bocados muy pequeños, conteo exagerado de calorías, etc., son algunos de los muchos otros síntomas más

observados relacionados con el aspecto alimentario del trastorno. Además, es común el rechazo hacia situaciones sociales que estén asociados al acto de comer, como celebraciones familiares o comidas con amigos. En casos de AN en niños se han incluso descrito conductas de rechazo total hacia cualquier tipo de líquidos, incluida el agua, o a entrar en contacto con alimentos grasos por miedo a engordar (6,7,11).

Con gran frecuencia estos comportamientos vienen acompañados por una excesiva actividad física. Más del 30% de los pacientes diagnosticados con AN se pueden clasificar como hiperactivos. Dicha hiperactividad no se manifiesta únicamente con el ejercicio físico desmesurado, sino que también se puede presentar como inquietud, movimientos continuos, necesidad de mantenerse de pie, incluso durante las comidas, etc. (6,11).

Este tipo de patologías suelen ir acompañadas de una alteración de la percepción corporal, frecuentemente siendo sobreestimada. Este fenómeno no es siempre un sentimiento generalizado hacia toda su figura si no que puede verse focalizado en determinadas zonas corporales, más frecuentemente el abdomen y las piernas. Todo esto viene frecuentemente acompañado de una monitorización excesiva del peso, pudiendo llegar a pesarse múltiples veces en un mismo día (6,13).

Cuando hablamos de trastornos alimenticios estos van, en la mayoría de las ocasiones, asociados con otras comorbilidades. A diferencia de los casos en adultos, dichas comorbilidades afectan de forma mucho más severa al desarrollo puberal de pacientes infantoadolescentes (6).

Entre las alteraciones físicas más frecuentes en la AN encontramos alteraciones de la piel como formación de lanugo (crecimiento de vello corporal cuando se da un infra peso severo), baja temperatura corporal, piel seca y amarillenta, hiperpigmentación, deshidratación y alopecia. Los sistemas cardiovascular y gastrointestinal pueden verse afectados presentando bradicardia, alteraciones electrocardiográficas, estreñimiento, etc. Las alteraciones sanguíneas como anemia, leucopenia o trombocitopenia son observadas con frecuencia. El sistema endocrino presentará grandes anormalidades como osteoporosis, retraso puberal en el caso de adolescentes, amenorrea en caso de mujeres y afectaciones en la fertilidad. El estado de hambruna mantenida también provoca la reducción en volumen de sustancia blanca y gris cerebral. Muchos de estos desórdenes se verán resueltos con la recuperación del peso corporal. Aun así, otras como la osteoporosis, disminución de sustancia blanca y gris cerebral o la reducción de fertilidad, permanecerán

afectadas de forma permanente, con la posibilidad de presentar una leve mejoría con dicho aumento de peso (6–8,11,13).

Otra comorbilidad muy común es la convivencia con otro tipo de patologías psiquiátricas. En el caso de la AN se estima que del 55 hasta el 97% de los pacientes sufren de algún otro tipo de enfermedad mental. La psicopatología observada con mayor frecuencia son alteraciones de la personalidad, del ánimo, trastornos ansiolíticos, trastornos obsesivo-compulsivos y abusos de sustancias/adicciones. Normalmente suelen ser un perfil de pacientes introvertidos y perfeccionistas. Frecuentemente presentan ideación suicida, manifestándose en hasta la mitad de los pacientes adolescentes, causante de 1/5 parte de las muertes por esta patología (6,7,9,11,14).

A pesar de desconocer su etiología al 100%, sí se conoce como la AN, entre otros trastornos alimenticios, viene causada por una combinación de factores tales como alteraciones biológicas, genéticas, psicológicas, comportamentales e influencias ambientales/culturales. Entre los factores más destacables, en general, encontramos el sexo femenino con un ratio aproximado de 10:1, edad joven, historia familiar de trastorno alimenticio/mental, comorbilidad con otras patologías mentales, perfeccionismo, baja autoestima, bullying, abusos físicos y/o sexuales, contacto social escaso, culturas/entornos que potencian dietas e idealizan la delgadez, participación en deportes competitivos, etc. (7,8,11). Cabe destacar que existen estudios realizados en gemelos que demuestran la capacidad de heredar dicho trastorno de entre el 33 y el 84%, aunque esto se trata de un tema aún en estudio (7) y ello podría explicar el amplio intervalo. No se han hallado relaciones con el nivel socioeconómico, educativo o con la raza (15).

Esto último no coincide con la revisión realizada por Marie Galmiche et al. (2019) (16). Ellos explican cómo, a pesar de sus creencias iniciales de que los trastornos alimenticios en la zona oriental eran menos prevalentes que en occidente, esto fue contradicho por estudios recientes donde indican una mayor prevalencia en el continente asiático que en el europeo. Asimismo, América continúa siendo el continente con la mayor prevalencia de trastornos alimenticios del mundo. Teorizan las causas de esta diferencia según la nacionalidad como diferencias genéticas, estilos de vida, culturas y comportamientos alimenticios, diferente exposición a contenidos mediáticos, mayor o menor influencia de cultura dietética e incluso diferencias en la microbiota intestinal.

EPIDEMIOLOGÍA EN LA COVID-19

Conocer exactamente las cifras epidemiológicas de los trastornos alimenticios es una tarea difícil. Esto se debe a la característica negación hacia su enfermedad que presentan los pacientes, y por consecuencia el rechazo a la ayuda profesional (14). A pesar de depender tanto de estos factores y del tipo de estudio que se haya llevado a cabo podemos conocer de forma general datos epidemiológicos sobre los trastornos alimenticios.

Al comenzar la pandemia se observó lo que parecía un repunte de casos de trastornos alimenticios, especialmente de AN en población adolescente (en un estudio realizado en Zaragoza representaron el 87%), en niñas de 10-19 años (9,17). Estudios realizados en periodo pre-COVID estiman una edad media de desarrollo de AN de unos 12'3 años aproximadamente (7,14). Esto demuestra que no hay una variación significativa en el rango de edad de aparición de la patología. Los casos de ingresos incrementaron en aproximadamente un 35% y la cantidad de pacientes que requerían de terapia individual psicológica en un 29% (17). Previo a la pandemia de la COVID encontramos prevalencias del 6'2% en mujeres y del 0'3% en hombres, llegando hasta cifras del 17'9 y 2'4% respectivamente durante el periodo COVID (9).

Dicha hipótesis ha sido verificada, una vez observadas las cifras epidemiológicas presentadas, tanto por países a nivel internacional como a nivel español.

Cifras aportadas por países como Australia evidencian aumentos de ingresos hospitalarios de hasta el 104% comparado con años anteriores. El Reino Unido también aporta datos como la duplicación de derivaciones, tanto urgentes como programadas, a unidades especializadas en salud mental (9).

Otro estudio llevado a cabo en Australia en el Royal Children's Hospital en Melbourne (18) analizó en retrospectiva los datos epidemiológicos de los últimos 4 años para así compararlos con los obtenidos en el 2020. La presentación de estos nuevos casos se mantuvo en mayoritariamente mujeres (>80%) con una edad media de unos 15 años, pero la cantidad de nuevos casos excedió con creces la media de años anteriores ($p=0'01$). Dichos datos representan un aumento del 63% de casos de adolescentes que requirieron de algún tipo de atención por parte del servicio especializado en trastornos alimenticios del hospital. Cabe destacar que estos datos coinciden con los informes proporcionados por líneas telefónicas de ayudas para este tipo de trastornos, las cuales reportan un

aumento de llamadas del 57% en contra de un aumento del 15% en líneas de ayuda para otro tipo de problemática psiquiátrica. Aun así, el estudio remarca que, a pesar de observar un gran aumento de incidencia, la cantidad de pacientes internados o el número de readmisiones requeridas se mantuvieron igual o disminuyeron respectivamente.

A nivel europeo encontramos por ejemplo el estudio realizado por la Schoen Clinic Roseneck en Alemania (19). En este estudio los participantes eran pacientes previamente internados por AN, dados de alta en 2019. Los resultados indicaron que más del 70% de la muestra refería una preocupación aumentada en relación con la comida, figura corporal, ejercicio físico y miedo a ganar peso y perder el control. Mencionaron sensaciones de soledad, tristeza, un aumento significativo de ansiedad y depresión y miedo a la recaída. Además, reportaron una sensación generalizada de empeoramiento de la calidad de vida (>50%) y casi la mitad de la muestra refirió mayor número de conflictos familiares desde el inicio del confinamiento. No obstante, un 50% reportaron no haber vuelto a realizar comportamientos relacionados con su trastorno alimenticio. Esto último a pesar de esperanzador, el mismo estudio explica la posibilidad de que sea debido a que se trataba de pacientes ya dados de alta, es decir, que en teoría tenían su enfermedad más bajo control. Por último, el estudio también hace referencia a como los tratamientos en persona se redujeron del 90 al 55% y las terapias por videoconferencia aumentaron del 12 al 35%. Aun así, casi un 11% de los pacientes refirieron no recibir ningún tipo de terapia durante el confinamiento a pesar de sí estar recibéndola antes de éste.

Finalmente, en relación con la prevalencia e incidencia a nivel mundial, es importante recalcar cómo a pesar de en los últimos años haber sufrido un incremento muy marcado dicha evolución ascendente ya se llevaba observando años atrás, pasando de una prevalencia de 3'5% en los años 2000-2006 a un 7'8% en el 2013-2018 (16).

En cuanto a la epidemiología de los trastornos de la conducta alimentaria en España se estima que su prevalencia conjunta se encuentra entre el 4'1 y 6'41% (15). Otros estudios como el *“Prevención en trastornos de la conducta alimentaria en estudiantes de Educación Secundaria en Cantabria”* (2016) (14) reportan una prevalencia en adolescentes españoles de aproximadamente el 1-4'7%, presentando porcentajes mucho mayores si se trata de adolescentes en riesgo. Coinciden con el hecho de que en la mayoría de los casos la enfermedad se presenta en sujetos de sexo femenino, pero ellos sitúan la edad media alrededor de los 16 años. Datos recogidos en Vizcaya evidencian aumentos

de ingresos hospitalarios por AN en 2020, en comparación con 2019, del 153'33% (9). Asimismo, es relevante destacar como revisiones publicadas sobre la epidemiología de los trastornos alimenticios en España hacen referencia a la dificultad de estimar dicha prevalencia a nivel nacional ya que la mayoría de estudios se han realizado a nivel de cada comunidad autónoma (8).

Un estudio español realizado por Montserrat Graell et al. (2020) (20) expone como un 41'9% de su muestra de pacientes informaron sobre una reactivación de sintomatología relacionada con su trastorno alimenticio. Más del 50% identificaron un aumento o reaparición de su fobia a aumentar de peso, hecho que se tradujo en un incremento de restricciones alimentarias y de ejercicio físico. Casi el 70% de los nuevos casos que requirieron hospitalización y sus familias reconocieron el confinamiento y la situación de pandemia como posible gran desencadenante de su situación.

Además de un aumento de incidencia también se ha observado cómo la pandemia de COVID-19 ha provocado un incremento de la gravedad de los casos diagnosticados. El estudio "*Trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes durante la pandemia covid-19: estudio transversal*" (2021) (17) demuestra cómo, en relación con el período pre-COVID, un mayor porcentaje de sujetos presentaron pérdidas de peso de más de 20kg (13'4% vs 6'4%), un incremento de conductas restrictivas (72% vs 65'6%) y un incremento de ejercicio físico y conductas alimentarias restrictivas (77'5% vs 29'5%). Otros síntomas como amenorrea, ansiedad e irritabilidad casi doblaron su incidencia.

FACTORES RELACIONADOS CON EL AUMENTO DE INCIDENCIA

Partiendo de la base de que se observó un aumento de casos y una agudización de síntomas en pacientes ya diagnosticados previamente a la pandemia, se comenzaron a investigar posibles causas de este fenómeno (21). Nuestra investigación parte de la idea de que tanto niños como adolescentes se encuentran en una situación de especial vulnerabilidad ya que patologías como la AN afectan de forma importante al desarrollo de su personalidad y madurez (9,18).

Para empezar, sabemos cómo el contacto social y el establecimiento de relaciones interpersonales entre iguales es un factor indispensable en el crecimiento de los niños. De forma evidente la formación de estos lazos se ha visto interrumpida por la situación de confinamiento y sus restricciones, como el distanciamiento social y la transición a la educación on-line. Esta falta de contacto social ha causado un notable aumento en los niveles de ansiedad y una disminución de la autoestima (9).

Dado el escaso contacto social muchos jóvenes han recurrido al uso de redes sociales como forma de mantenerse conectados. Aunque si es utilizado correctamente este puede ser beneficioso, se ha demostrado como su uso durante la pandemia y confinamiento ha tenido un impacto muy negativo sobre la salud de niños y jóvenes. Esto se ha relacionado tanto con el aumento de uso de las videoconferencias como sustituto a las reuniones en persona, ya que estas aumentan la preocupación y la hiper fijación sobre el aspecto físico; como con el tipo de contenido al que se ha estado expuesto. Durante el confinamiento ha habido un bombardeo de mensajes sobre la importancia de mantener una alimentación sana y realizar ejercicio físico idealizando la delgadez y la cultura dietética (9,19,21,22).

Si añadimos la gran incertidumbre sobre el futuro, el miedo al contagio, miedo ante situaciones familiares y económicas causadas por la pandemia y la ausencia de rutina, la cual afecta directamente a la alimentación y al ejercicio, se crea un estado de estrés crónico que puede desembocar en el posible desarrollo de síntomas depresivos. Tal cúmulo de circunstancias adversas provoca una sensación de falta de control donde los niños y adolescentes vulnerables posiblemente recurrirán a la alimentación para lidiar con el malestar e inestabilidad emocional (8,9,21–23). Estudios como el realizado en el hospital universitario de Bellvitge demuestran como casi el 50% de su muestra de estudio manifestaron la presencia de ansiedad y el 30% síntomas depresivos, durante el confinamiento (23).

El recurrir a la alimentación como método de afrontamiento concuerda con información ya publicada y conocida sobre los trastornos alimenticios, donde se explica que estos están caracterizados por una muy baja tolerancia a la incertidumbre, a situaciones inesperadas y a la falta de control (19). No depende únicamente de estos factores, sino que también se conoce la gran influencia del nivel de autodisciplina que tenga el paciente para hacer frente a estos comportamientos alterados. Se ha reportado como grupos de estudio que presentaban un deterioro de su trastorno alimenticio tenían un nivel de autodisciplina mucho menor que los grupos con mejor control de su enfermedad (23).

El agravante final de esta situación ha sido la disminución en la atención sanitaria. Esta disminución, si bien es cierto, ocurrió de forma general en el sistema sanitario, tuvo un impacto mucho mayor sobre el pronóstico de este tipo de pacientes (9). Uno de los mayores problemas que se plantean es la dificultad para monitorizar las constantes de manera eficaz, principalmente el peso. Los pacientes que acudían diariamente a hospital de día son los que presentarán mayor vulnerabilidad ante esta situación, ya que según indica el estudio realizado por Montserrat Graell et al. (2020) (20) “estos pacientes presentan mayor reactivación de síntomas relacionados con su trastorno alimenticio, síntomas afectivos, autolesiones e incluso suicidio”. Este descenso de atención no ha afectado únicamente a los pacientes que estaban en tratamiento, sino igualmente ha dificultado enormemente la detección precoz y prevención primaria de este tipo de trastornos (9).

El aumento de patrones alimenticios alterados tras la exposición a eventos mundiales traumáticos ya fue estudiado en 2011 después del terremoto sufrido en Japón. En esta ocasión se observó un mayor seguimiento de dietas estrictas restrictivas, hecho que tras ser investigado se asoció a dicho evento (21). Por lo tanto, los acontecimientos consecuentes a la pandemia coinciden con ideas ya planteadas y estudiadas anteriormente.

ROL DE LA ENFERMERÍA EN LA PREVENCIÓN Y EL TRATAMIENTO

Previo a cualquier diagnóstico, del cual se encarga otro profesional, hay distintas actividades de prevención que podemos llevar a cabo como profesionales de enfermería. Primero de todo y lo más importante será llevar un control del peso de nuestros pacientes. Dado que nuestra muestra de estudio en este trabajo se trata de niños y adolescentes también será muy positivo llevar a cabo una entrevista a los familiares o tutores legales que los acompañen para que nos comenten si han observado cambios preocupantes de conducta recientes (7,8). Es muy importante tener en cuenta la evolución de dicho peso en los últimos años y la constitución familiar. Esto se debe a la posibilidad de recibir pacientes que objetivamente tienen un peso por debajo de percentiles clasificados como saludables según el IMC, sin necesariamente un diagnóstico de AN (7).

Al tratarse de una enfermedad mental compleja que afecta al individuo en todas sus esferas, será necesaria una valoración más elaborada que el simple control de su peso. A pesar de ser el peso uno de los indicadores que, de forma objetiva, evidencian de forma más clara la presencia de un trastorno alimenticio, es muy importante destacar como no es el único factor diagnóstico.

Existen diversos cuestionarios que enfermería podemos realizar como cribado, para así determinar si nuestro paciente requiere de una derivación a un servicio de salud mental más especializado. Entre los utilizados con más frecuencia encontramos los 3 cuestionarios siguientes que nos serán de gran utilidad ante un posible caso de AN (15):

- Encuesta SCOFF: Mediante 5 preguntas cortas se evalúa el control sobre la ingesta, la presencia de purgas e insatisfacción con el cuerpo (Anexo 1).
- Escala de actitudes hacia la comida-26: Este cuestionario consta de 26 preguntas donde se valora la presencia, o ausencia, de características propias de un trastorno alimenticio. También existe una versión infantil (Anexo 2).
- Inventario de trastornos de la conducta alimentaria: Se evalúa el riesgo de padecer dichas patologías (Anexo 3).

Antes de iniciar cualquier tratamiento será imprescindible evaluar el estado nutricional y bioquímico en el que se encuentra nuestro paciente para poder tratar posibles carencias (15). Una vez los aspectos más críticos hayan sido cubiertos se deberá iniciar el tratamiento pertinente. Aunque óptimo, el tratamiento desde el ámbito extrahospitalario/ambulatorio (seguimiento por atención primaria o consultas

especializadas) no siempre estará disponible o será suficiente, requiriendo de ingresos hospitalarios o tratamientos de hospitalización parcial, como hospitales de día (7).

En el caso de que se llevara a cabo un ingreso hospitalario los 6 principales criterios a seguir según el artículo publicado por M^a Teresa Muñoz Calvo y Jesús Argente son (2019) (11):

- Inestabilidad de constantes (pulso, tensión arterial, temperatura, etc.).
- Bradicardia u otro tipo de arritmias.
- Anomalías electrolíticas.
- Urgencias psiquiátricas.
- Pérdida de peso excesiva y/o rápida.
- Ausencia de apoyo familiar o imposibilidad/fracaso de tratamiento ambulatorio.

La principal forma de tratamiento consiste en la realimentación. Es primordial establecer una buena relación terapéutica durante este proceso para obtener la confianza del paciente. Primero habrá que ayudarlo a comprender que tiene una enfermedad y en qué consiste. Debe aprender que su organismo tiene unos requerimientos calóricos diarios para poder vivir. Además, el tratamiento nutricional debe realizarse de forma lenta y paulatina. Si este es llevado a cabo demasiado rápida y abruptamente puede desembocar en un síndrome de realimentación, una afectación metabólica potencialmente fatal provocada por un desequilibrio severo de fluidos y electrolitos (7,8).

A la par del tratamiento nutricional se llevará a cabo un tratamiento psiquiátrico donde se tratarán alteraciones irracionales del pensamiento (miedo a la ganancia de peso, alteración de la imagen corporal, baja autoestima...) y cualquier psicopatología asociada. Para poder implementar dicha terapia psicológica es imprescindible haber empezado a tratar el estado de desnutrición de forma previa, ya que este lo dificulta o incluso lo imposibilita (8,11). En los casos de niños y adolescentes se ha demostrado como esta terapia cognitivo conductual combinada con terapias familiares obtiene buenos resultados (15).

El objetivo principal del tratamiento psicológico se trata de ayudar a construir una relación sana con la conducta alimentaria y los hábitos de vida. Se deberán corregir pensamientos irracionales relacionados con la dieta, el ejercicio físico, autoestima, apariencia, perfeccionismo, etc. entre muchos otros (7,15). Si únicamente centráramos el tratamiento en la re-nutrición, una vez alcanzado un peso considerado saludable y fuera

de riesgo dichas conductas retornarían, reproduciendo la situación anterior a cualquier tratamiento.

El tratamiento farmacológico puede o no estar presente en todos los casos ya que dependerá del nivel de progresión de la enfermedad y las patologías psiquiátricas asociadas que padezca el paciente. Aun así, los fármacos usados con más frecuencia se tratan de antidepresivos combinados con tomas de benzodiazepinas de forma puntual, especialmente si van asociados con trastornos ansiolíticos (15).

En todo este proceso de recuperación es imprescindible el rol de la enfermera, empezando por la prevención primaria hasta el tratamiento una vez la enfermedad ya está instaurada. Deberemos tener un enfoque holístico de nuestro paciente, dado que es una enfermedad que afecta de forma notoria a todas las esferas, bio-psico-social, de la vida de la persona, y siempre abordando el problema de una forma no crítica y sin prejuicios (7).

La forma en la que debemos actuar variará dependiendo de la fase de prevención en la que nos encontremos. Estas fases las podemos dividir en tres:

- Prevención primaria, donde la enfermedad todavía no se ha instaurado. Nuestra práctica se basará en disminuir o eliminar completamente factores de riesgo, a la vez que dotar de recursos personales y del entorno para evitar la aparición de la patología. En esta fase será crucial conocer los elementos posiblemente desencadenantes, mencionados ya anteriormente en este trabajo (14).
- Prevención secundaria, donde nuestro objetivo principal se trata de disminuir la prevalencia de la enfermedad, actuando tanto sobre la incidencia como la duración de la enfermedad. Para ello será necesario realizar los diagnósticos clínicos e iniciar los tratamientos pertinentes lo más precozmente posible y actuar sobre la prevención de recaídas (14).
- Prevención terciaria, donde la enfermedad ya se ha instaurado de forma más severa. En esta fase nos centraremos sobre todo en la minimización de los efectos secundarios que pueda tener la patología sobre el organismo, además de, una vez se haya producido una pequeña pero suficiente mejoría en el paciente, actuar sobre la prevención de recaídas (14).

Dado que este trabajo se centra en los efectos de la pandemia y el confinamiento sobre los casos de AN en niños y adolescentes y que el daño por esta situación ya ha sido

provocado, se ha llevado a cabo la revisión bibliográfica sobre las medidas que podemos implementar como enfermeras en la prevención secundaria y terciaria.

Dependiendo de la bibliografía que consultemos veremos clasificadas en distintas categorías las tareas que, según la evidencia, serán más beneficiosas para la recuperación de nuestros pacientes. A grandes rasgos podremos reagruparlas según cuatro categorías:

- Adherencia al tratamiento: Centrada en las normas dietéticas y la pauta de ejercicio que deberán seguir los pacientes. Primero será necesario observar los patrones alimenticios del paciente para identificar los “comportamientos anoréxicos” a la hora de comer. Una vez estos hayan sido identificados, deberemos dar pautas de forma repetida sobre como romper dichos patrones. Esto lo haremos con el propósito de enseñar a normalizar su comportamiento durante las comidas. Los pacientes deben ceder la responsabilidad de controlar, no solo el cómo, sino también la cantidad y el tiempo en el que comen y la cantidad de ejercicio físico permitida a las enfermeras. Todas estas acciones se deberán llevar a cabo de forma firme, directa y repetida, enseñando como el no cumplir las normas tendrá consecuencias, como la toma de suplementos alimenticios o incluso la inserción de una sonda nasogástrica. Esto ayudará, junto a todas las otras acciones que deberemos llevar a cabo, a motivar a los pacientes a seguir su tratamiento de forma adecuada. Aun así, es muy importante encontrar el equilibrio ya que conductas muy estrictas serán percibidas como excesivamente punitivas y resultarán contraproducentes tanto para el paciente como para la enfermera. Para evitar esto, aparte de establecer una buena relación terapéutica, deberemos explicar el razonamiento detrás de nuestras acciones para que puedan entender como nuestras acciones van encaminadas hacia un objetivo, restaurar su salud, y consecuentemente el aumento de peso.

A pesar de ser unas normas difíciles de seguir, la gran mayoría de los pacientes reportaron como su establecimiento y estricto cumplimiento fue muy beneficioso para su recuperación. Del mismo modo, debemos tener en cuenta la gran ansiedad y miedo que nuestras pautas causan a los pacientes con un trastorno de la conducta alimenticia, especialmente la anorexia, ya que son totalmente opuestas a lo que su enfermedad les hace creer o realizar (10,13,24).

- Apoyo emocional: Este apoyo no se delimita únicamente a las horas de comer sino también será necesario ayudarles a procesar sus sentimientos y emociones

antes y después de estas. Durante las comidas es muy importante fijar pequeñas metas a corto plazo, las cuales utilizaremos como refuerzo positivo para reconocer los esfuerzos del paciente. Otra parte muy importante del apoyo emocional se trata de crear un ambiente confortable y lo más normalizado posible.

En el entorno hospitalario, es crucial el papel de la enfermera ya que es una figura presente las 24 horas. Especialmente en edades jóvenes, las largas hospitalizaciones interfieren mucho con su vida diaria por lo que crear un ambiente seguro será crucial para su evolución (10,24). Para conseguir esto podemos implementar actividades y rutinas que les devuelvan una estructura a sus días.

- Relación terapéutica: Diversos estudios demuestran como el establecimiento de una fuerte relación terapéutica deriva en un proceso de recuperación y hospitalización percibido de forma más positiva, un incremento de la motivación y mejor adherencia al tratamiento. Para conseguir esto deberemos adoptar una actitud respetuosa y empática, basando la relación en la compasión hacia el paciente y la confianza mutua para poder acercarnos al paciente e invitarle a compartir sus sentimientos con nosotras (10,13,24).
- Educación: Deberemos instruir a los pacientes sobre su enfermedad, sus características, síntomas, patrones, repercusiones a nivel corporal y, muy importante, enseñarles a reconstruir una relación sana y normalizada con la comida. Este entendimiento les permitirá identificar posibles conductas alteradas y poco a poco ir implementando cambios sobre ellas (24).

Según indica “*The Practice Guideline for the Treatment of Patients with Eating Disorders*” (2019) la monitorización de estos pacientes se centrará primordialmente en la reposición de fluidos y electrolitos, por el riesgo del síndrome de renutrición, y en corregir las carencias nutricionales, ya que son los que comportan un mayor riesgo para su salud (7). A pesar de ser estos los aspectos más importantes a monitorizar también será muy importante controlar diaria/semanalmente las constantes vitales y el estado general de nuestros pacientes. Dados los grandes riesgos que conllevan las distintas comorbilidades presentes en este tipo de enfermedades es imprescindible controlar la tensión arterial, realizar electrocardiogramas, monitorizar la frecuencia respiratoria y saturación de oxígeno, valorar el estado de la piel (deshidratación, presencia de úlceras), monitorizar el patrón miccional, de eliminación y la menstruación en mujeres, realizar

analíticas sanguíneas de control periódicas ... En el caso de niños y adolescentes será muy importante monitorizar su crecimiento y desarrollo, los cuales se ven alterados a causa de la desnutrición. Estos controles nos ayudarán a prevenir mayores complicaciones como fallos cardíacos, edemas pulmonares, aparición de úlceras por presión, vaciamiento gástrico retardado, alteraciones endocrinas y hematológicas, entre otros (8,13).

Dado el amplio abanico de presentaciones y gravedades que pueden padecer los pacientes con esta enfermedad será imprescindible individualizar para cada caso las acciones terapéuticas que llevaremos a cabo (8). Será muy importante la interdisciplinariedad y el trabajo en equipo con los diferentes profesionales, no solo para conseguir individualizar al máximo su tratamiento, sino para que este también cubra al máximo todas las necesidades y prevenga de la forma más eficaz posibles comorbilidades.

Una vez se haya alcanzado una situación médica estable, junto con una recuperación del peso razonable para la situación del paciente y un cierto control de las alteraciones conductuales, se deberá empezar a valorar de forma interdisciplinar el alta hospitalaria. Para que esta se pueda llevar a cabo deberemos estar seguros de que se podrá proveer al paciente de unos cuidados continuados adecuados. Esta atención al alta se podrá realizar únicamente por el servicio especializado en trastornos alimentarios del hospital o de forma conjunta con atención primaria (8).

Antes del alta hospitalaria se deberán planificar junto con el paciente, familia o tutor legal y con el equipo profesional el tipo de tratamiento, tanto psicológico como farmacológico y nutricional, que deberán seguir. También será muy importante que proporcionen información de contacto en caso de que sea necesaria para poder garantizar dicha continuidad del cuidado. En la consulta deberemos manejar y atender las necesidades nutricionales, sociales y psicológicas de nuestros pacientes además de monitorizar todos los aspectos físicos como el peso o su crecimiento y desarrollo, entre otros. Además, deberemos seguir con la educación sobre su enfermedad, educación nutricional y sobre estrategias para afrontar sus conductas alteradas (8,13). Por último, se podrá valorar el inicio de terapias grupales o familiares en el caso de que no se hayan iniciado ya previamente (13).

Causado por la situación de pandemia, el tratamiento y seguimiento de estos pacientes desde el ámbito ambulatorio se ha visto gravemente afectado. Primero de todo ha supuesto un gran esfuerzo de adaptación para los pacientes, los cuales explican como la

transición a llamadas por vídeo ha tenido consecuencias negativas sobre su autoestima, ya que verse continuamente en la pantalla les provocaba una gran inseguridad. Estudios mencionan como la transición a tratamientos por vía digital también puede potenciar sentimientos de soledad y de falta de acompañamiento. Además, la rápida implementación de medidas ha impedido la preparación ante este cambio, tanto de pacientes como familias o cuidadores. Dicha situación ha provocado que estos se vean repentinamente con la responsabilidad de monitorizar todos los parámetros que previamente eran controlados por la enfermera desde la consulta, provocando un gran estrés y ansiedad (25).

Ya sea desde hospitalización como en las consultas una de nuestras tareas como enfermeras se trata de atender las necesidades de las personas cercanas al paciente. Con esto no tan solo promoveremos su salud individual, sino que también ayudará de forma secundaria con la recuperación de la persona enferma, ya que les brindará estrategias y recursos para poder manejar su enfermedad de una forma más adecuada.

Las preocupaciones o problemas expresados por los padres y madres con mayor frecuencia suelen ser sentimientos de culpabilidad, remordimientos por sentir alivio cuando el paciente no está presente, la interrupción de actividades de ocio personales para poner todos sus esfuerzos en la recuperación de su hijo/a y, en el caso de que tenga hermanos, si deben hablar con estos abiertamente sobre lo que sucede. Para los hermanos igualmente se trata de una situación difícil, ya sea por el desconocimiento sobre la patología, la tensión en el ámbito familiar, no saber cómo responder o ayudar ante la situación o por el riesgo de padecer cierto “abandono” ya que toda la atención de sus padres se centra en el otro hijo. En el círculo de apoyo del paciente debemos incluir a posibles parejas y amigos, a los cuales se les presenta el gran dilema de desconocer cómo actuar ante esta situación (26).

Para poder ayudar necesitaremos mostrar una actitud abierta y comprensiva para que depositen su confianza en nosotros. Dado que gran parte de las preocupaciones más frecuentemente presentadas se deben a la incertidumbre y el desconocimiento lo primero y más importante que deberemos hacer es educarlos sobre la patología. Aconsejaremos mantener la dinámica familiar/de amistad habitual, o lo máximo que la situación permita, y llevar a cabo actividades de ocio. Deberemos enseñarles a manejar sus emociones y a ser comprensivos. La enfermedad provoca situaciones de gran estrés que pueden causar

tensiones en las relaciones personales por lo que comprender que se trata de una enfermedad mental que abarca mucho más que el peso será imprescindible (26).

CONCLUSIONES

La AN se trata de una patología altamente compleja que afecta las diferentes esferas, bio-psico-sociales, del individuo a diferentes niveles.

A pesar de tratarse de una enfermedad mental, tiene unas grandes repercusiones a nivel físico que si no son prevenidas o tratadas correctamente conllevarán, en ocasiones de forma permanente, mayores problemas de salud para el individuo. El entorno social del paciente también se ve gravemente afectado, primero por los conflictos y el rechazo originados por el desconocimiento y el estigma, además del aislamiento que provoca la enfermedad en el propio individuo.

No se deben olvidar los grandes gastos sanitarios y de personal que implican. Dada la complejidad que requiere su tratamiento, es muy importante conocer y educar a la población sobre estrategias de prevención y de manejo de emociones y sentimientos.

Diversos estudios epidemiológicos, desde años anteriores a la pandemia ya observaron una tendencia creciente en la incidencia de casos de AN, pero el COVID-19 aceleró de forma importante dicha tendencia, aumentando de forma exponencial las cifras epidemiológicas.

Teniendo en cuenta los factores de riesgo de la AN, en la situación de pandemia se han identificado la incertidumbre y sensación de falta de control, además del mayor uso de redes sociales como principales factores causales de este repunte de casos. Para intentar manejar el malestar emocional resultante los individuos recurren a un excesivo control de su alimentación.

En cuanto al tratamiento, este se va a centrar principalmente en el proceso de re-nutrición junto con terapia psicológica. Ambos deberán administrarse de forma simultánea y compenetrada para que sean efectivos. Asimismo, a pesar de no siempre estar presente, también se puede acompañar con tratamiento farmacológico.

Como enfermeras tendremos un rol imprescindible en el proceso de recuperación de nuestros pacientes dada la constante presencia de nuestra figura. Nuestras acciones se dividen principalmente en 4 grupos: adherencia al tratamiento, apoyo emocional, establecimiento de una relación terapéutica y educación.

Por tanto, la complejidad de la AN como patología implica la necesidad de un tratamiento integral y multidisciplinar. Se deberá abordar de forma conjunta con diferentes

profesionales de la salud como psicólogos, psiquiatras, etc., además de desde otros sectores como el educativo.

Deberemos educar a la población sobre este tipo de patologías para reducir su estigma y su desconocimiento. Dado que la mayor incidencia se presenta en edades infantiles-adolescentes y que los niños pasan gran parte de su tiempo en los colegios sería interesante plantear el desarrollo de la figura de la enfermera escolar. Esta no solo brindaría la educación, ya mencionada como necesaria, sino que permitiría detectar de forma mucho más precoz posibles casos de AN. Esto no solo supondría un beneficio para la recuperación del paciente y de su entorno familiar y social, sino también una gran reducción del coste sanitario a largo plazo.

BIBLIOGRAFÍA

1. WHO. Cronología de la respuesta de la OMS a la COVID-19 [Internet]. 2020 [cited 2022 Mar 26]. Available from: <https://www.who.int/es/news/item/29-06-2020-covidtimeline>
2. ONU. El “efecto devastador” del COVID-19 en la salud mental [Internet]. 2021 [cited 2022 Mar 26]. Available from: <https://news.un.org/es/story/2021/11/1500512>
3. Última Hora. Las hospitalizaciones en el área de psiquiatría infantil de Son Espases se disparan un 50% en un año. 2022 Apr 11 [cited 2022 Apr 26]; Available from: <https://www.ultimahora.es/noticias/local/2022/04/11/1718555/coronavirus-baleares-duplican-casos-tca-ninos-ano-por-pandemia.html>
4. el País. La pandemia dispara los casos de anorexia en niños y jóvenes. 2021 Feb 24 [cited 2022 Mar 26]; Available from: <https://elpais.com/mamas-papas/2021-02-24/la-pandemia-dispara-los-casos-de-anorexia-en-ninos-y-jovenes.html>
5. el Periódico. La pandemia aumenta el número de trastornos alimentarios en los adolescentes catalanes. 2021 Nov 29 [cited 2022 Mar 26]; Available from: <https://www.elperiodico.com/es/sociedad/20211129/pandemia-aumento-casos-trastornos-alimentacion-anorexia-bulimia-adolescentes-eso-catalunya-encuesta-acab-12917276>
6. Herpertz-Dahlmann B. Adolescent Eating Disorders: Update on Definitions, Symptomatology, Epidemiology, and Comorbidity. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*. 2014;24(1):177–96.
7. Peterson K, Fuller R. Anorexia nervosa in adolescents: An overview. *Wolters Kluwer Health, Inc*. 2019;49:24–30.
8. Gómez-Candela C, Palma Milla S, Miján-de-la-Torre A, Rodríguez Ortega P, Matía Martín P, Loria Kohen V, et al. Consenso sobre la evaluación y el tratamiento nutricional de los trastornos de la conducta alimentaria: anorexia nerviosa. *Nutricion hospitalaria*. 2018 Mar 7;35(1):11–48.
9. Fernández Rivas A. Anorexia nerviosa del adolescente y COVID - 19: la pandemia colateral. *Revista Española de Endocrinología Pediátrica*. 2021;12(2).
10. Zugai J, Stein-Parbury J, Roche M. Effective nursing care of adolescents with anorexia nervosa: A consumer perspective. *Journal of Clinical Nursing*. 2013 Jul;22(13–14):2020–9.
11. Muñoz Calvo MT, Argente J. Trastornos del comportamiento alimentario. *Sociedad Española de Endocrinología Pediátrica* [Internet]. 2019;295–306. Available from: www.aeped.es/protocolos/
12. Cordova TJ. DSM-5 [Internet]. American Psychiatric Association; 2014. Available from: www.appi.org
13. Wolfe BE, Dunne JP, Kells MR. Nursing Care Considerations for the Hospitalized Patient with an Eating Disorder. *Nursing Clinics of North America*. 2016 Jun 1;51(2):213–35.
14. Calcedo Giraldo JG. Prevención en trastornos de la conducta alimentaria en estudiantes de Educación Secundaria en Cantabria. 2016.

15. Fernández Rojo S, Grande Linares T, Banzo Arguis C, Félix-Alcántara MP. Trastornos de la conducta alimenticia. *Medicine* . 2015 Oct 1;11(86):5144–52.
16. Galmiche M, Déchelotte P, Lambert G, Tavolacci MP. Prevalence of eating disorders over the 2000-2018 period: A systematic literature review. Vol. 109, *American Journal of Clinical Nutrition*. Oxford University Press; 2019. p. 1402–13.
17. Samatán-Ruiz EM, Ruiz-Lázaro PM. Trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes durante pandemia covid-19: estudio transversal. *Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil*. 2021 Mar 31;38(1):40–52.
18. Springall G, Cheung M, Sawyer SM, Yeo M. Impact of the coronavirus pandemic on anorexia nervosa and atypical anorexia nervosa presentations to an Australian tertiary paediatric hospital. *Journal of Paediatrics and Child Health*. 2021 Mar 1;58(3):491–6.
19. 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. *International Journal of Eating Disorders*. 2020 Nov 1;53(11).
20. Graell M, Morón-Nozaleda MG, Camarneiro R, Villaseñor Á, Yáñez S, Muñoz R, et al. Children and adolescents with eating disorders during COVID-19 confinement: Difficulties and future challenges. Vol. 28, *European Eating Disorders Review*. John Wiley and Sons Ltd; 2020. p. 1–7.
21. Rodgers RF, Lombardo C, Cerolini S, Franko DL, Omori M, Fuller-Tyszkiewicz M, et al. The impact of the COVID-19 pandemic on eating disorder risk and symptoms. *International Journal of Eating Disorders*. 2020 Jul 1;53(7):1166–70.
22. Castellini G, Cassioli E, Rossi E, Innocenti M, Gironi V, Sanfilippo G, et al. The impact of COVID-19 epidemic on eating disorders: A longitudinal observation of pre versus post psychopathological features in a sample of patients with eating disorders and a group of healthy controls. Vol. 53, *International Journal of Eating Disorders*. John Wiley and Sons Inc; 2020. p. 1–8.
23. Baenas I, Caravaca-Sanz E, Granero R, Sánchez I, Riesco N, Testa G, et al. COVID-19 and eating disorders during confinement: Analysis of factors associated with resilience and aggravation of symptoms. Vol. 28, *European Eating Disorders Review*. John Wiley and Sons Ltd; 2020 Nov.
24. Beukers L, Berends T, de Man-van Ginkel JM, van Elburg AA, van Meijel B. Restoring normal eating behaviour in adolescents with anorexia nervosa: A video analysis of nursing interventions. *International Journal of Mental Health Nursing*. 2015 Dec 1;24(6):519–26.
25. Fernández-Aranda F, Casas M, Claes L, Bryan DC, Favaro A, Granero R, et al. COVID-19 and implications for eating disorders. Vol. 28, *European Eating Disorders Review*; 2020. p. 239–45.
26. Alimbau Sendros N, Babio N, Bujalance S, Curet M, Fernandez Aranda F, Fernàndez L, et al. GUIA PER A FAMILIES DE PERSONES AFECTADES PER UN TCA [Internet]. Generalitat de Catalunya. 2019. Available from: http://canalsalut.gencat.cat/ca/salut-a-z/t/trastorns_conducta_ali-

ANEXOS

Anexo 1.

Fuente: ELSEVIER; Validación del cuestionario SCOFF para el cribado de los trastornos del comportamiento alimentario en adolescentes escolarizadas

TABLA 1
Traducción al español del cuestionario SCOFF

Pregunta 1. ¿Usted se provoca el vómito porque se siente muy llena?
Pregunta 2. ¿Le preocupa que haya perdido el control sobre la cantidad de comida que ingiere?
Pregunta 3. ¿Ha perdido recientemente más de 7 kg en un periodo de 3 meses?
Pregunta 4. ¿Cree que está gorda aunque los demás digan que está demasiado delgada?
Pregunta 5. ¿Usted diría que la comida domina su vida?

Anexo 2.

Fuente: Transcripción de la conferencia de Conxa Perpiñá; Escala de actitudes hacia la comida-26

	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Bastantes veces	Casi siempre	Siempre
1. Me gusta comer con otras personas						
2. Procuro no comer aunque tenga hambre						
3. Me preocupo mucho por la comida						
4. A veces me he "atracado" de comida, sintiendo que era incapaz de parar de comer						
5. Corto mis alimentos en trozos pequeños						
6. Tengo en cuenta las calorías que tienen los alimentos que como						
7. Evito, especialmente, comer alimentos con muchos hidratos de carbono (por ejemplo: pan, arroz, patatas, etc)						
8. Noto que los demás preferirían que yo comiese más						
9. Vomito después de haber comido						
10. Me siento muy culpable después de comer						
11. Me preocupa el deseo de estar más delgado/a						
12. Pienso en quemar calorías cuando hago ejercicio						
13. Los demás piensan que estoy demasiado delgado/a						
14. Me preocupa la idea de tener grasa en el cuerpo						
15. Tardo en comer más que las otras personas						
16. Procuro no comer alimentos con azúcar						
17. Como alimentos de régimen						
18. Siento que los alimentos controlan mi vida						
19. Me controlo en las comidas						
20. Noto que los demás me presionan para que coma						
21. Paso demasiado tiempo pensando y ocupándome de la comida						
22. Me siento incómodo/a después de comer dulces						
23. Me comprometo a hacer régimen						
24. Me gusta sentir el estómago vacío						
25. Disfruto probando comidas nuevas y sabrosas						
26. Tengo ganas de vomitar después de las comidas						

Anexo 3.

Fuente: Inventario de trastornos de la conducta alimentaria

Factores de riesgo	Contribución / Potencia (1)	Cuestionario, escala o índice del EDI-3 que lo evalúa
Socioculturales		
Vivir en una sociedad occidental	Alta	
Deportes que enfatizan la delgadez	Alta	
Individuales / psicológicos		
Sexo femenino	Alta	Cuestionario: EDI-3 SC
Orientación sexual	Baja	
Etnia	Media	Cuestionario: EDI-3 SC
Dieta restrictiva	Alta	Cuestionario: EDI-3 SC Escala: Obsesión por la delgadez Índice: Riesgo de trastorno de la conducta alimentaria (EDRC)
Peso corporal premórbido alto	Bajo	Cuestionario: EDI-3 SC
Insatisfacción corporal y preocupación por el peso	Alta	Escala: Obsesión por la delgadez e Insatisfacción corporal Índice: Riesgo de trastorno de la conducta alimentaria (EDRC)
Altos niveles de ejercicio físico	Media	Cuestionario: EDI-3 SC
Baja autoestima y sentimientos de ineficacia	Alta	Escala: Baja autoestima y Desconfianza interpersonal Índice: Riesgo de trastorno de la conducta alimentaria (EDRC)
Afecto negativo	Baja	
Perfeccionismo	Media	Escala: Perfeccionismo, Ascetismo Índice: Exceso de control (OC)

Factores de riesgo	Contribución / Potencia (1)	Cuestionario, escala o índice del EDI-3 que lo evalúa
Trastorno obsesivo compulsivo	Media	
Trastornos de ansiedad	Media	Escala: Perfeccionismo, Ascetismo Índice: Exceso de control (OC)
Baja conciencia introceptiva	Media	Escala: Déficits introceptivos Índice: Problemas afectivos (APC)
Estilo de comunicación evitativo	Baja	Escala: Perfeccionismo, Ascetismo Índice: Exceso de control (OC)
Miedo a la madurez psicológica	Baja	Escala: Miedo a la madurez
Abuso de alcohol o de drogas	Baja	Escala: Desajuste emocional Índice: Problemas afectivos (APC) Conjunto de ítems: Riesgo de abuso de sustancias
Problemas de control de impulsos	Baja	Escala: Desajuste emocional Índice: Problemas afectivos (APC)
Bajo apoyo social percibido	Baja	Escala: Inseguridad interpersonal, Alienación personal Índice: Problemas interpersonales (IPC)
Factores genéticos	Alta	
Factores de desarrollo		
Problemas de alimentación en la infancia	Baja	
Nacimiento prematuro o complicaciones durante el embarazo	Baja	
Problemas de ansiedad durante la infancia	Baja	Escala: Perfeccionismo, Ascetismo Índice: Exceso de control (OC)
Obesidad infantil	Baja	Cuestionario: EDI-3 SC
Pubertad temprana	Baja	Cuestionario: EDI-3 SC Escala: Miedo a la madurez
Adolescencia	Alta	
Eventos vitales adversos		
Maltrato físico o abandono	Media	Escala: Inseguridad interpersonal, Alienación personal Índice: Problemas interpersonales (IPC)
Abuso sexual	Media	Escala: Inseguridad interpersonal, Alienación personal Índice: Problemas interpersonales (IPC)
Acoso escolar	Media	Escala: Inseguridad interpersonal, Alienación personal Índice: Problemas interpersonales (IPC)
Enfermedades físicas	Baja	
Pérdida de peso durante la adolescencia	Media	
Factores relacionados con los padres		
Obesidad	Baja	
Hacer dieta	Media	
Madre con trastornos de la conducta alimentaria	Alta	
Comentarios críticos sobre el peso	Media	Conjunto de ítems: Perfeccionismo socialmente impuesto
Altos niveles de ejercicio físico	Baja	
Altas expectativas de ejecución y logro	Baja	Conjunto de ítems: Perfeccionismo socialmente impuesto
Sobrepotección y sobreprotección	Baja	Escala: Inseguridad interpersonal
Depresión	Baja	Escala: Inseguridad interpersonal
Poco contacto / abandono / conflictos	Baja	Escala: Inseguridad interpersonal
Uso o abuso de sustancias	Baja	

Anexo 4.

Año de publicación	Autor principal	Tipo de estudio	Lugar	Fecha de recolección de datos	Inclusión de casos	Sujetos de estudio	Fuente	Tamaño muestral	Rango de edad
2020	WHO (1)	Informe técnico poblacional	Ginebra	2019-2021	ND	Enfermos por COVID-19	Autoridades sanitarias correspondientes	ND	ND
2014	Herpertz-Dahlmann, Beate (6)	Informe técnico	Alemania	ND	ND	Adolescentes con trastornos alimenticios	ND	ND	ND
2019	Peterson, Kathleen (7)	Informe técnico	ND	ND	ND	Adolescentes con trastornos alimenticios	ND	ND	ND
2018	Gómez Candela, Carmen (8)	Informe técnico	España	ND	ND	Pacientes con AN	ND	ND	ND
2021	Fernández Rivas, Aranzazu (9)	Informe técnico	Bilbao	ND	ND	Adolescentes con AN	ND	ND	ND

2013	Zugai, Joel (10)	Estudio cualitativo	Sydney	ND	Los pacientes han estado hospitalizados y dados de alta	Adolescentes con trastornos alimenticios	Entrevistas semi-estructuradas	8	12-18
2019	Muñoz Calvo, M ^a Teresa (11)	Informe técnico	Madrid	ND	ND	ND	ND	ND	ND
2014	Cordova, Tammy J.(12)	Informe técnico	Washington, Londres	ND	ND	ND	ND	ND	ND
2016	Wolfe, Barbara (13)	Informe técnico	Chestnut Hill	ND	ND	ND	ND	ND	ND
2016	Calcedo Giraldo, José Gabriel (14)	Ensayo controlado aleatorizado multicéntrico	Cantabria	2007	Matriculados en 1º de la ESO, consentimiento informado de padres	Adolescentes en secundaria	Cuestionarios, entrevistas semi-estructuradas	434	12-17
2015	Fernández Rojo, S (15)	Informe técnico	Madrid	ND	ND	ND	ND	ND	ND

2019	Galmiche, Marie (16)	Revisión bibliográfica de diferentes estudios	Francia	2000-2018	Datos de interés para el estudio	Población general sin patologías específicas	Búsqueda bibliográfica	121 estudios	ND
2021	Samatán Ruiz, Eva María (17)	Estudio transversal retrospectivo descriptivo	Zaragoza	2019-2020	Diagnóstico de trastorno alimenticio	Adolescentes con diagnóstico	Historia clínica, cuestionarios y escalas	132	<18
2021	Springall, Gabriella (18)	Estudio retrospectivo	Melbourne	2017-2020	ND	Pacientes del hospital con diagnóstico de AN	Historia clínica	457	ND
2020	Schlegl, Sandra (19)	ND	Munich	2020	Pacientes hospitalizados y datos de alta en 2019	Pacientes hospitalizados y datos de alta en 2019	Cuestionario online anónimo	241	Media 16-25
2020	Graell, Montserrat (20)	Estudio retrospectivo	Madrid	Marzo 16- Mayo 10 2020	Pacientes que acuden al hospital por trastornos alimenticios	Pacientes ambulatorios, en hospital de día y hospitalizados	Historia clínica	1818	Media 13-14
2020	Rodgers, Rachel (21)	Informe técnico	Boston	ND	ND	ND	ND	ND	ND

2020	Castellini, Giovanni (22)	Estudio de casos y controles	Florenia	Abril 22- Mayo 3 2020	Pacientes en tratamiento y en seguimiento	Mujeres entre 18 y 60 años con un diagnóstico de AN o bulimia nerviosa	Entrevista clínica y cuestionarios	171	18-60
2020	Baenas, Isabel (23)	ND	Barcelona	Marzo 14- Mayo 11 2020	Unidad de trastornos alimenticios	Pacientes adultos con un diagnóstico de trastorno alimenticio y en tratamiento	Entrevista telefónica semi-estructurada y cuestionarios	74	Media 32 años +/- 12
2015	Beukers, Laura (24)	Estudio descriptivo cualitativo	Países Bajos	Grabaciones realizadas en el curso de 5 días	Hospital especializado	Personal sanitario y pacientes del centro	Videos recogidos en un curso de 5 días	8 horas de grabaciones	12-18
2020	Fernández Aranda, Fernando (25)	Informe técnico	Barcelona	ND	ND	ND	ND	ND	ND
2019	Generalitat de	Informe técnico	Cataluña	ND	ND	ND	ND	ND	ND

	Catalunya (26)								
--	-------------------	--	--	--	--	--	--	--	--

*ND: No disponible