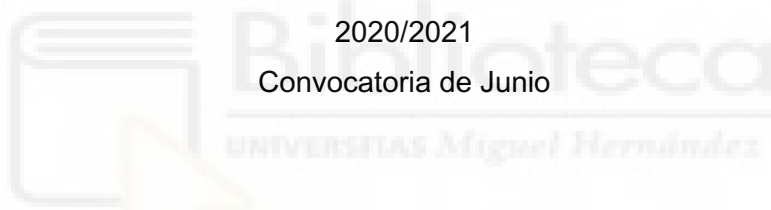




Grado en Psicología
Trabajo de Fin de Grado
2020/2021
Convocatoria de Junio



Modalidad: Revisión bibliográfica

Título: Cómo ha afectado el confinamiento por el Covid-19 a las pacientes con un trastorno de la conducta alimentaria: un estudio de revisión

Autor: Mónica Madrona Martínez

Tutora: Yolanda Quiles Marcos

Elche, 9 de mayo de 2021

Índice:

1.	Resumen.....	3
2.	Introducción.....	4
3.	Método.....	6
4.	Resultados.....	9
5.	Discusión.....	22
6.	Referencias.....	29
Tabla 1	.....	7
Tabla 2	.....	14
Tabla 3	.....	17
Tabla 4	.....	27
Figura 1	.....	8

Resumen

El Coronavirus (COVID-19) está produciendo cambios a nivel mundial desde que comenzó en el año 2020. El estado de pandemia y las medidas que se han llevado a cabo para intentar paliar los efectos negativos, están haciendo que la salud mental de la población se vea gravemente perjudicada, en concreto, las personas diagnosticadas de TCA son especialmente vulnerables a la situación producida por la pandemia, debido al aumento del estrés, la ansiedad por la salud, la falta de control percibido y el aislamiento social. El objetivo de este trabajo ha sido realizar una revisión sistemática de todos aquellos estudios que han evaluado el impacto que ha tenido la pandemia, en la sintomatología tanto general como específica, en las personas diagnosticadas de un trastorno de la conducta alimentaria. Para ello, se realizó una búsqueda en las bases de datos PsycINFO, Scopus y Web of Science, con los descriptores "anorexia" OR "bulimia" OR "eating disorders" AND "COVID-19" OR "lockdown". Se analizaron dieciséis estudios que cumplían los criterios de inclusión. Los resultados mostraron que ha habido un empeoramiento en la sintomatología de las personas con un TCA, sobretodo un aumento de la sintomatología ansiosa/depresiva, las conductas de purga, y el ejercicio compensatorio. Estos resultados ponen de manifiesto la necesidad de seguir investigando en los posibles efectos que la pandemia y el confinamiento implican en estas pacientes, para así poder intervenir de la manera más eficaz posible, teniendo en cuenta el contexto de la pandemia en el tratamiento.

Palabras clave: salud mental, trastornos de la conducta alimentaria, COVID-19, confinamiento, sintomatología, revisión sistemática.

Introducción

El Coronavirus (COVID-19) se propagó con gran rapidez durante el último mes de 2019 y el primer trimestre de 2020, convirtiéndose rápidamente en una emergencia global. Por esta razón, el 11 de marzo de 2020 fue declarada pandemia mundial por la Organización Mundial de la Salud. El Covid-19 ya ha afectado a 180 países, y ha traído consecuencias devastadoras (Abbiati et al., 2020). Las diversas complicaciones médicas, la morbilidad y la rápida propagación internacional han dado lugar a la adopción de importantes medidas políticas y de salud pública en todo el mundo. Por ende, la mayoría de los países se han visto obligados a optar por aislar los casos positivos y aquellos con los que están en estrecho contacto. Limitando así las interacciones sociales para reducir la transmisión (Fernández-Aranda, 2020a).

Durante esta crisis sanitaria, en lo que más se ha hecho hincapié ha sido en los efectos directos del COVID-19 sobre la morbilidad y la mortalidad. Pero no hay que olvidar que la salud mental se está viendo tremendamente afectada debido a esta situación excepcional. Son diversos los estudios que corroboran esta afirmación (Abbiati et al., 2020; Fiorillo y Gorwood, 2020; Holmes et al., 2020; Li et al., 2020; Santini et al., 2020; Spoorthy et al., 2020; Torales et al., 2020). Estas consecuencias englobarían tanto a las personas que han padecido la infección, familiares que han perdido a seres queridos por la enfermedad, profesionales de la salud y población en general.

El distanciamiento social, el autoaislamiento, la cuarentena, los problemas económicos, la incertidumbre general... se encuentran entre los principales factores que han contribuido a un aumento generalizado de la tristeza, el miedo, la frustración, la sensación de impotencia, soledad y el nerviosismo en la población (Ahorsu et al., 2020)

Debido al poco tiempo del transcurso de la pandemia, faltan muchos estudios definitivos sobre el impacto del COVID-19 en la salud mental, pero ya se han publicado algunos estudios al respecto. Esto puede verse reflejado, en la encuesta realizada por Wang et al. (2020), donde más de la mitad de los encuestados en China han reportado impactos adversos de moderados a severos del brote del COVID-19 en su salud mental. Sumado a otras experiencias de pandemia del pasado, los expertos esperan que la pandemia actual aumente el nivel de estrés de las personas y contribuya a aumentar la ansiedad y la depresión (Torales et al., 2020).

Además, las personas con trastornos mentales preexistentes son especialmente propensas a experimentar un empeoramiento de su estado de salud mental cuando se exponen a epidemias de enfermedades (Wang et al., 2020). La ansiedad y la depresión son los trastornos mentales comórbidos más comúnmente reportados (Fairweather-Schmidt y Wade, 2020; Kambanis et al., 2020; Mohammadi et al., 2020). La comorbilidad psiquiátrica es casi omnipresente entre las personas con un diagnóstico de trastorno alimentario (Udo y Grilo, 2019), pudiendo llegar a verse afectadas de manera totalmente desproporcionada tanto por la crisis pandémica, como por las medidas que se han impuesto para mitigar el efecto del COVID-19. Es por ello, por lo que esta revisión sistemática se centrará en personas con un diagnóstico de trastornos de la conducta alimentaria (TCA) (Touyz et al., 2020).

Según el DSM-5 (2014), los TCA se pueden definir como una alteración persistente en la alimentación o en el comportamiento relacionado con la alimentación que lleva a una alteración en el consumo o en la absorción de los alimentos y que causa un deterioro significativo de la salud física o del funcionamiento psicosocial. En cuanto a la clasificación, se proporcionan los criterios diagnósticos para la pica, el trastorno de rumiación, el trastorno de evitación/restricción de la ingesta de alimentos, la anorexia nerviosa, la bulimia nerviosa y el trastorno de atracones (DSM-5, 2014).

Con lo que respecta a la prevalencia de los TCA, algunos estudios hablan de diversos porcentajes según el tipo diagnosticado, estando la anorexia nerviosa (AN) en un 0,14%-2,9%, la bulimia nerviosa (BN) en un 0,41%-2,9% y trastornos no especificados en un 2,79%-5,3% (Lindvall et al., 2017; Fernández, et al., 2007; Olesti et al., 2008). Estos datos se pueden haber modificado durante la pandemia actual que vive la sociedad. Y es que, las personas diagnosticadas de un TCA, pueden haber salido muy perjudicadas durante esta crisis (Reger et al., 2020). En España, el estudio realizado por Fernández- Aranda et al. (2020b), ya informa de un empeoramiento de la sintomatología. También, ha habido un aumento de los ingresos de pacientes con TCA, en este caso del 104%, en un hospital de Australia (Kalin, 2020).

La literatura ha propuesto diversos factores que han podido producir este empeoramiento. En primer lugar, los hábitos alimentarios se han podido ver trastocados debido a una dificultad en el establecimiento de rutinas claras y referencias temporales o espaciales (Abbiati et al., 2020). Un ejemplo de ello es la desaparición de las estructuras que habitualmente apoyaban los planes de alimentación, como los comedores escolares o los de empresa, que podrían haber provocado la búsqueda o consumo de alimentos

fuera de las comidas preestablecidas, fomentando la aparición de episodios de atracones (Heriseanu et al., 2017).

Del mismo modo, las restricciones han jugado un papel fundamental en estos cambios y agravamientos en la sintomatología. Sin duda alguna, el aislamiento social es uno de los principales desafíos para la salud mental y los TCA durante el COVID-19. La necesidad del distanciamiento físico y en algunos casos, el aislamiento, puede conllevar consigo problemas psicológicos en general (Holt-Lunstad et al., 2015) así como al desarrollo y el mantenimiento de los TCA (Levine, 2011). Las restricciones impuestas también han implicado limitaciones en la actividad física regular. Si a esto se le añaden patrones de alimentación interrumpidos, puede conllevar una mayor preocupación por la forma y el peso en personas con TCA, derivando en la realización de purgas, atracones y ejercicio (Phillipou et al., 2020).

Además, también se está observando que, a largo plazo, mucho más allá de la pandemia, la experiencia del COVID-19 resultará en un aumento y exacerbación de las enfermedades mentales (Kalin, 2020). Por ello es imprescindible comprender los efectos actuales de la pandemia sobre los trastornos mentales, para así anticipar las futuras necesidades de salud mental en la población (Kalin, 2020). Para empezar a contribuir en esta labor, esta revisión sistemática tiene como principal objetivo analizar el impacto que ha tenido la pandemia, en la sintomatología tanto general como específica, en las personas diagnosticadas de un TCA.

Método

En la elaboración de esta revisión bibliográfica se han seguido las directrices de Moher, Liberati, Tetzlaff, Altman y The PRISMA Group (2009).

Para llevar a cabo la búsqueda bibliográfica se utilizaron las siguientes bases de datos; PsycINFO, Scopus y Web of Science. En todas se utilizó la siguiente combinación de descriptores: "anorexia" OR "bulimia" OR "eating disorders" AND "COVID-19" OR "lockdown".

Se seleccionaron aquellos artículos publicados en revistas científicas, no tesis doctorales ni capítulos de libro, en inglés o español exclusivamente, con fechas fijadas entre los años 2020-2021(ya que es cuando se inició la pandemia mundial por COVID-

19), centrados en estudios empíricos sobre como ha afectado el confinamiento a los pacientes con un TCA.

Pare ser incluidos en esta revisión los estudios debían de cumplir el siguiente criterio: (a) ser estudios empíricos donde se aportaran datos de variables resultados y se examine la relación entre los cambios de sintomatología en personas diagnosticadas con TCA debido a la situación de pandemia ocasionada por el COVID-19.

En cuanto a los criterios de exclusión, se descartaron los estudios que: (a) no incluyeran los temas de revisión como temas principales; (b) consistieran en un estudio de revisión que no aportaran resultados; (c) la muestra no fuera de pacientes diagnosticados de un TCA.

A continuación, en la Tabla 1 se presenta el número de artículos encontrados en cada una de las bases de datos, siendo un total de 92 artículos.

Tabla 1

Número de artículos encontrados en las bases de datos

Base de datos	Número de artículos
PsycINFO	18
Scopus	27
Web of Science	47

Tras la búsqueda de artículos en las bases de datos, se procedió a realizar la selección de aquellos artículos en los que finalmente se basará el presente trabajo. En la Figura 1, se muestran los pasos seguidos para esta selección.

Resultados

En la Tabla 2 y en la Tabla 3 se presentan las principales variables de los 16 trabajos seleccionados. Como la pandemia del COVID-19 comenzó en el año 2020 hasta la actualidad, todos los artículos seleccionados datan del año 2020 hasta el año 2021. En el mes de abril del 2020 se registraron las primeras publicaciones, mientras que en el mes de junio de 2020 es donde se publicaron el mayor número de trabajos.

Respecto a la muestra, participaron tanto mujeres como hombres, pero la representación de mujeres en los estudios fue superior al número de hombres. Los porcentajes contando el total de los estudios fueron en una proporción del 91,1% de mujeres, 6,17% de hombres, 0,3% de personas transgénero, 0,61% género no binario y 1,81% que prefirieron no relevarlo.

El rango de edad fue bastante amplio. En la mayoría de estudios solo participaron pacientes con una edad superior o igual a los 18 años. En otros estudios si participaron menores de edad, siendo el estudio de Richardson et al., (2020) el que presenta la muestra con menor edad, con pacientes a partir de los 11 años. La edad media de los participantes de los estudios fue de 32,34 años. En cuanto a los países donde se han realizado los estudios, destaca Reino Unido con 4 estudios, seguido de Italia con 3, España, Estados Unidos y Alemania con 2, y por último Portugal, Australia y Canadá con 1. En referencia al diagnóstico de TCA, el más prevalente ha sido la anorexia nerviosa (AN), seguido de la bulimia nerviosa (BN). También en algunos estudios se incluye el trastorno por atracón (BED) y también se ha incluido la categoría de otros trastornos alimentarios (OSFED).

Como se observa en la Tabla 3, y respecto al tipo de diseño, se han realizado 3 estudios longitudinales, mientras que el resto fueron transversales (13). En el de Castellini et al., (2020), se evaluó a los participantes en T0 (antes del COVID-19), T1 (antes del confinamiento) y T2 (durante el confinamiento). Machado et al., (2020) realizaron dos tipos de evaluaciones. En una de ellas se comparó al grupo control con el grupo TCA en el pre (T1) y post confinamiento (T2). Mientras que en la otra se comparó al intragrupo (Grupo TCA) en T0 (inicio del tratamiento), T1 (pre confinamiento) y T2 (post confinamiento). En el estudio de Nisticò et al. (2021) también se realizaron dos tipos de evaluaciones. La primera se llamó Evaluación T0, y se comparó al intergrupo (Grupo TCA vs Grupo Control) durante el confinamiento. Mientras que en la Evaluación T1, se comparó al intragrupo (Grupo TCA) antes (T0) y después del confinamiento (T1).

Además, hay que destacar que, aunque los estudios de Fernández-Aranda (2020a) y Monteleone et al., (2021), son de naturaleza transversal, sus pruebas de evaluación miden de manera retrospectiva los síntomas. Por una parte, en el de Fernández-Aranda (2020b), las secciones 2 y 3 del CIES (*COVID Isolation Eating Scale* (Fernández-Aranda, 2020b)), consideran dos momentos temporales diferentes: antes del confinamiento y después del confinamiento. Por otra parte, en el de Monteleone et al., (2021), en la encuesta de evaluación usada, se pregunta a los participantes sobre tres puntos temporales: antes y durante las restricciones pandémicas y durante la transición del confinamiento a la normalidad.

Respecto a la evaluación para valorar los cambios y la evolución de los pacientes debido a la situación de la pandemia, se han empleado métodos, cuantitativos (6) y cualitativos (2) o ambos (8). Por un lado, para la evaluación para obtener la información cualitativa se han usado, sobretodo, las entrevistas clínicas. Para la obtención de los datos cuantitativos se han usado una gran variedad de cuestionarios, tanto para medir sintomatología más general, como sintomatología específica del TCA, destacando el DASS-21 (*Depression, Anxiety and Stress Scales–Version 21* (Lovibond y Lovibond, 1995)) y el EDE-Q (*Eating Disorder Examination Questionnaire* (Calugi et al., 2018)) respectivamente. Es importante destacar que, en dos de los estudios, se han utilizado instrumentos que se han desarrollado específicamente para evaluar el impacto que ha tenido el confinamiento en estas pacientes y en población general. En el estudio de Fernández-Aranda et al., (2020b), se ha usado el *COVID Isolation Eating Scale* (CIES) que es un instrumento desarrollado específicamente para valorar el impacto del COVID en estas pacientes mientras que, en el estudio de Machado et al., (2020), se ha optado por usar el *Coronavirus Impact Scale* (CIS) (Kaufman y Stoddard, 2020), que también mide el impacto del COVID-19, pero centrándose en muchas más áreas de la vida y también se puede usar en otras enfermedades.

Retomando la pregunta que se trata de responder en este estudio, ¿ha habido un cambio en la sintomatología de personas con un TCA debido a la pandemia del COVID-19? La mayoría de los estudios confirman que ha habido un empeoramiento de la sintomatología tanto general, como más específica del TCA.

Respecto al estado emocional, se han usado diversos instrumentos para evaluarlo, siendo el más frecuente el DASS-21 (*Depression, Anxiety and Stress Scales–Version 21* (Lovibond y Lovibond, 1995)). En el estudio de Baenas et al., (2020), en el que se utilizó una entrevista telefónica, después del análisis de los resultados, los

participantes fueron clasificados en dos grupos según el estado de TCA durante el confinamiento (grupo deterioro de los síntomas vs grupo de no deterioro de los síntomas). Los resultados confirmaron que los pacientes que notaron un empeoramiento en su sintomatología informaron una mayor prevalencia en síntomas de depresión ($p= 0,001^*$ $|d|=0,96$) y ansiedad ($p= 0,001^*$ $|d|=0,89$).

En el de Branley-Bell y Talbot (2020), que utilizó metodología cualitativa y cuantitativa, se encontraron diferencias significativas entre los grupos que se establecieron en el estudio. Se dividió a las personas que estaban experimentando actualmente un TCA, de las que se encontraban en periodo de recuperación (ver Tabla 2). En el SWEMWBS (*Short Warwick-Edinburgh mental wellbeing scale* (Tennant et al., 2007)), se obtuvo un mayor empeoramiento del bienestar mental en el grupo que actualmente experimentaba un TCA en comparación con el grupo en recuperación. En el estudio de Clark Bryan et al., (2020), el análisis temático mostró que uno de los temas más repetidos durante las entrevistas con los pacientes fue el incremento del estrés psicológico, del miedo y la ansiedad. Estos resultados son muy similares al estudio de Termorshuizen et al., (2020), donde la encuesta reveló que hubo un incremento en la ansiedad y las preocupaciones en la salud mental desde el 2019.

Siguiendo con el estudio de Monteleone et al., (2021) se encontraron diferencias significativas en ansiedad y depresión entre los diferentes momentos temporales (ver Tabla 3). En el de Nisticò et al., (2020), el grupo de TCA presentó puntuaciones más elevadas en los niveles de ansiedad y depresión que el grupo control con el se le comparó ($p < 0,001$). En el estudio de Phillipou et al., (2020), las pacientes con un TCA informaron un aumento del 50% de ansiedad, estrés y depresión de moderado a extremadamente grave. En el de Richardson et al., (2020), se mostró que los síntomas de ansiedad y depresión en estas pacientes fueron mayores en la pandemia ($p < 0,001$) comparados con el año 2018 y 2019. Por último, en el de Schelgl et al., (2020a) y Schelgl et al., (2020b), se vio un incremento del 70% en los sentimientos de soledad y tristeza.

Por otro lado, hay algunos estudios que no han mostrado este empeoramiento en el estado emocional, pero si cambios en algunas variables relacionadas. Así, por ejemplo, en el estudio de Fernández-Aranda et al., (2020b), no se obtuvieron cambios significativos en ansiedad y depresión en ningún grupo de TCA, pero sí en la regulación de las emociones. Además, en el grupo de AN, se mostró un empeoramiento de la sintomatología en el pre-confinamiento (T1). Tampoco se apreciaron diferencias estadísticamente significativas en el estudio de Castellini et al., (2020), en los síntomas

de ansiedad y depresión. evaluados mediante el BSI (*Brief Symptom Inventory*, (Derogatis y Melisaratos, 1983)). Continuando con el estudio de McCombie et al., (2020), hay resultados diferentes si se comparan las evaluaciones obtenidas mediante las preguntas abiertas y los cuestionarios. Con el primero método de evaluación, el 81% de los pacientes informaron que había habido un empeoramiento de la ansiedad y la depresión. En cambio, en el cuestionario DASS-21 no se encontraron diferencias estadísticamente significativas. Por último, en el estudio de Vuillier et al., se observó un incremento de las emociones angustiosas.

En cuanto a la sintomatología específica de TCA, centrada en las conductas alimentarias, casi todos los estudios muestran un empeoramiento de la sintomatología. En el estudio de Branley-Bell y Talbot (2020), la encuesta en línea reflejó que el 86,7% de estas pacientes había empeorado su sintomatología. Siguiendo con el estudio de Castellini et al., (2020), las conductas de atracón y de ejercicio físico compensatorio fueron estadísticamente superiores ($p < 0,001$) en el grupo con TCA en comparación con el grupo control. En el estudio cualitativo de Clark Bryan et al., (2020), otro de los temas comunes que se comentaron entre los pacientes fue el aumento de la sintomatología de TCA, sobretodo en lo que respecta a las preocupaciones por el acceso a la comida y al ejercicio físico. Siguiendo con estudios cualitativos, en el estudio de Frayn et al., (2020), el 50% de estas pacientes informó de un aumento de la sintomatología de su TCA. En el estudio de Monteleone et al., (2021), se encontraron diferencias significativas entre los diferentes momentos temporales en la sintomatología (ver Tabla 3).

Asimismo, en el estudio de Nisticò et al., (2020) se encontraron diferencias estadísticamente significativas en cuatro de las cinco preguntas (ver Tabla 3) que evaluaba el EDE-Q (*Eating Disorder Examination-Questionnaire* (Fairburn y Beglin, 2008)), entre el grupo con TCA y el grupo control. Así el grupo con TCA presentó mayor pérdida de control con la comida, más pensamiento centrado en la comida y en el cuerpo. Resultados similares obtuvieron, Phillipou et al., (2020), que usaron 4 preguntas del EDE-Q (*Eating Disorder Examination-Questionnaire* (Fairburn y Beglin, 2008)), para evaluar las conductas alimentarias y de ejercicio y se observó que el 64,5% de estas pacientes presentó restricción de alimentos, el 35,5% aumentó los comportamientos de atracones, el 18,9% aumentó los comportamientos de purga y el 47,3% aumentó el ejercicio. Asimismo, en el estudio de Richardson et al., (2020), las dietas, restricciones, el exceso de ejercicio y las purgas fueron significativamente superiores en el año de pandemia en las personas con un TCA comparadas con el 2018 y 2019.

Continuando con los cambios de la sintomatología en TCA, en el estudio de Schlegl et al., (2020b), se mostró un aumento de las preocupaciones en el 70% de estas pacientes relacionadas con el cuerpo y con la alimentación, mientras que en el de, Schlegl et al., (2020a), las preocupaciones también estuvieron presentes en un 80%, junto con los vómitos autoinducidos (36,4%) y el uso de laxantes (9,1%) y de diuréticos (7,3%). Asimismo, Termorshuizen et al., (2020), concluyeron en su estudio, que los pacientes con TCA tuvieron un aumento de las restricciones y del temor de no poder encontrar alimentos compatibles a su plan de alimentación. Además, también se exacerbaron sus episodios de atracón. Respecto al estudio de Fernández-Aranda et al., (2020b), las pacientes con AN mostraron un empeoramiento en la sintomatología y en el estilo de alimentación. No encontrándose estas diferencias en las pacientes con BN. Por último, en el de Vuillier et al., (2021), el 83,1% de pacientes informaron que había habido un empeoramiento de la sintomatología.

No obstante, también hay estudios cuyos resultados no evidenciaron ese aumento de la sintomatología de TCA o se dio con algunos matices. Así, por ejemplo, en el estudio de Baenas et al., (2020), no se encontraron diferencias estadísticamente significativas, entre el grupo con deterioro y no deterioro de los síntomas, en los comportamientos comunes a la AN y la BN, evaluadas mediante el EDI-2 (*Eating disorders inventory-2*, (Garner, 1991)). Asimismo, en el estudio de Machado et al., (2020), los resultados fueron diferentes según el método de evaluación. Por una parte, en la entrevista clínica, un 31% de los pacientes informaron un aumento de peso debido al confinamiento de COVID-19, mientras que el 19% habló de una disminución. Siendo, además, el IMC medio después del confinamiento (T2) significativamente mayor del IMC de la última evaluación (antes del confinamiento (T1)) ($t_{40} = 2,26$, $p = 0,030$). Pero, por otra parte, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el EDE-Q (*Eating Disorder Examination-Questionnaire* (Fairburn y Beglin, 2008)) en los distintos momentos temporales. Estos resultados son similares a los obtenidos en el estudio de McCombie et al., (2021), también con el cuestionario EDE-Q (*Eating Disorder Examination-Questionnaire* (Fairburn y Beglin, 2008)), ya que no se encontraron diferencias significativas entre el grupo TCA y el grupo en recuperación/recuperado.

Tabla 2

Características principales de los estudios

Autores y año	País	Objetivos	N	Edad media X̄ (SD)	Género	Diagnóstico
Baenas et al., (2020)	España	Evaluar el nivel de deterioro en el funcionamiento de los pacientes con TCA durante el confinamiento y examinar posibles factores contribuyentes	74	32,12 (12,84)	71 M (95,9%); 3 H (4,5%)	Grupo deterioro de síntomas: 19 Grupo no deterioro de síntomas: 55 AN: 19 BN: 12 BED: 10 OSFED/Otros: 33
Branley-Bell y Talbot, (2020)	Reino Unido	Investigar el impacto de la pandemia y el confinamiento del Reino Unido en las vidas de las personas con experiencia con TCA	129	29,27 (8,99)	121 M; 7H; 1 NR	Actualmente con TCA: 80,62% Actualmente en recuperación: <3 meses (6,2%); 3-12 meses (6,2%); >12 meses (25,6%)
Castellini et al. (2020)	Italia	Evaluar el impacto de la epidemia de COVID-19 antes y después del confinamiento en los pacientes con TCA considerando el papel de las vulnerabilidades preexistentes	171	Grupo TCA: 31,74 (12,76) Grupo GC: 30,45 (10,89)	Grupo TCA: 74 M Grupo GC: 97 M	Grupo TCA: 37 AN 37 BN
Clark Bryan et al. (2020)	Reino Unido	Explorar las formas en que la pandemia por (COVID-19) y las medidas de confinamiento asociadas, han afectado la vida de los pacientes adultos con anorexia nerviosa (AN) y sus cuidadores	49	Grupo TCA: 25,5 (5,6) Grupo cuidadores: 54 (7,3)	Grupo TCA: 18 M (85,7%); 3 H (14,3%) Grupo cuidadores: 23 M (82,1%); 5 H (17,9%)	Grupo TCA: 21 AN
Fernández - Aranda et al. (2020b)	España	Explorar los cambios que ocurrieron en sintomatología alimentaria y peso, actitudes, emociones disfuncionales, preocupaciones, ansiedad, sintomatología depresiva y conductas adictivas antes y después del confinamiento por medio de la escala CIES	121	33,7 (15,8)	104 M (86%) 17 H (14%)	Grupo TCA: AN: 55 BN: 18 OSFED: 14 Grupo obesidad: 34
Frayn et al., (2021)	Estados Unidos	Examinar cualitativamente el impacto del COVID-19 en los síntomas del trastorno del espectro alimentario compulsivo	11	42,8 (14,2)	7 M (63,3%); 3 H (27,3%) 1 Transgénero (9,1%)	BED: 7 (63,6%) BN: 2 (18,2%) OSFED-BED: 2 (2%)
Machado et al. (2020)	Portugal	Evaluar el impacto de COVID-19 y las medidas de confinamiento en una cohorte de pacientes con TCA	43	27,60 (8,45)	41 M (95,3%) 2 H (4,7%)	AN: 20 (46,5%); BN: 14 (32,6%); BED: 2 (4,7%); OSFED: 7 (16,3%)

McCombie et al. (2020)	Reino Unido	Investigar las experiencias y percepciones de las personas con TCA en el Reino Unido durante la pandemia de COVID-19 y las restricciones de encierro asociadas	32	Grupo Actualmente con TCA: 36,5 (10,8) Grupo En recuperación/recuperado: 34,1 (10,2)	Grupo Actualmente con TCA: 13 M (92,9%); 1 H (7,1%) Grupo En recuperación/recuperado: 17 M (94,4%); 1 NR (5,6%)	AN: 23 (71,9%) BN: 3 (9,4%) BED: 1 (3,1%) Otro: 5 (15,6%)
Monteleone et al. (2021)	Italia	Evaluar el impacto de la pandemia TCA específico y la psicopatología general en personas con un diagnóstico de TCA durante el período de bloqueo y después del final de las medidas de contención	312	Grupo con AN: 26,92 (10,28) Grupo con otro TCA: 32,24 (13,53)	300 M 11 H 1 NB	AN: 179 (57,4%) BN: 63 (20,2%) BED: 48 (15,4%) OSFED: 22 (7,05%)
Nisticò et al. (2021)	Italia	Explorar la sintomatología de ansiedad y depresión, junto con los síntomas relacionados con el TEPT y los TCA, en pacientes con TCA en comparación con un grupo de control (GC) durante el confinamiento	102	Grupo TCA: 30,1 (12,9) Grupo GC: 34,7 (12,7)	Grupo TCA: 57 M 2 H Grupo GC: 41 M 2 H	Grupo TCA: AN: 22 BN: 15 BED: 22
Phillipou et al. (2020)	Australia	Identificar cambios en las conductas alimentarias y de ejercicio entre personas con TCA y la población general, durante la pandemia por el COVID-19.	189	30,47 (8,19)	181 (95,6%) M 3 (1,7%) H 5 (2,85) NR	AN: 88 BN: 23 BED: 6 OSFED: 4 No especificado: 68
Richardson, et al., (2020)	Canadá	Describir el impacto de la pandemia COVID-19 en las conductas de búsqueda de ayuda entre personas con trastornos alimentarios y cuidadores	439	-	353 M (80,4%) 32 H (7,3%) 8 Transgénero (1,8%) 46 NR (10,5%)	Sin diagnosticar: 53% AN: 19% BN: 10% ARFID: 1% BED: 15% OSFED: 2%
Schlegl et al. (2020b)	Alemania	Explorar los efectos de la pandemia de COVID-19 sobre los síntomas TCA y otros aspectos psicológicos en pacientes que habían ingresado anteriormente con anorexia nerviosa (AN)	159	22,42 (8,67)	159 M	AN: 159
Schlegl et al. (2020a)	Alemania	Investigar el impacto de la pandemia actual en los pacientes con bulimia nerviosa (BN)	55	24,42 (6,36)	55 M	BN: 55

Termors huizen et al. (2020)	Estados Unidos Países Bajos	Evaluar el impacto del COVID-19 en personas con TCA autoinformado de EE. UU. y de los Países Bajos	1021	Grupo TCA EU: 30,61 (9,37)	Grupo TCA EU: 484 M (95%) 13 H (3%) 14 NB (0,5%)	Grupo TCA EU:AN: 318 (62%); BN: 178 (35%); BED: 156 (31%); AN atípica: 100 (20%); OSFED: 122 (24%); Trastorno de purga: 38 (7%); ARFID: 34 (7%); Síndrome de comer de noche: 20 (4%)
				Grupo TCA PB: —	Grupo TCA PB: 498 M (98%) 9 H (2%) 3 NB (0,6%)	Grupo TCA PB:AN: 347 (68%); BN: 117 (23%); BED: 60 (12%); AN atípica: 103 (20%); OSFED: 70 (14%); Trastorno de purga: 9 (2%); ARFID: 2 (0,4%); Síndrome de comer de noche: 5 (1%)
Vuillier et al. (2021)	Reino Unido	Examinar qué aspectos de la pandemia han resultados ser difíciles para las personas con TCA y si ciertas estrategias de afrontamiento y formas de lidiar con las emociones se han asociado con un mejor bienestar. También explorar las experiencias del cambio al tratamiento psicológico en línea	283	30 (9,7)	131 M 76 H	AN: 120 BN: 60 BED: 72 OSFED: 31

Notas: M = Mujer; H = Hombre; TCA = Trastorno de la conducta alimentaria; AN = Anorexia nerviosa; BN = Bulimia nerviosa; BED = Trastorno por atracón; OSFED = Otro TCA; NR = No revelado; GC = Grupo control; NB = Género no binario; ARFID = Trastorno por evitación/restricción de la ingesta de alimentos; EU = Estados Unidos; PB = Países Bajos

Tabla 3

Diseño, instrumentos, variables y resultados de los estudios

Autores y año	Diseño	Instrumentos	VARIABLES MEDIDAS	Resultados
Baenas et al. (2020)	Estudio transversal cuantitativo	EDI-2	Rasgos psicológicos y comportamentales comunes a la bulimia nerviosa y la anorexia nerviosa	Grupo deterioro de síntomas = Grupo no deterioro de síntomas
		YFAS-2	Adicción a la comida	Grupo deterioro de síntomas = Grupo no deterioro de síntomas
		SCLR-90-R	Dimensiones sintomáticas de psicopatología e índices globales de malestar	Grupo deterioro de síntomas = Grupo no deterioro de síntomas
		TCI-R	Personalidad y temperamento	Grupo deterioro de síntomas < Grupo no deterioro de síntomas <i>Autodirección</i> (p= 0,048*, |d|= 0,51*)
		Encuesta telefónica semiestructurada	Información sociodemográfica y del estado del TCA	Grupo deterioro de síntomas < Grupo no deterioro de síntomas <i>Preocupaciones futuras</i> (p= 0,046* |d|= 0,41*) <i>Situaciones adversas</i> (p= 0,023* |d|= 0,62*) <i>Acceso a tratamiento médico</i> (p= 0,004* |d|= 0,68*) <i>Reacciones no adaptativas</i> (p= 0,002* |d|= 0,79*) <i>Síntomas de ansiedad</i> (p= 0,001* |d|= 0,89*) <i>Síntomas de depresión</i> (p= 0,001* |d|= 0,96*) <i>Conflictos familiares</i> (p= 0,006* |d|= 0,68*)
Branley-Bell y Talbot, (2020)	Estudio transversal cuantitativo y cualitativo	Encuesta en línea	Experiencia con el TCA y la pandemia (impacto social, uso de internet, comportamiento alimentario y de ejercicio, impacto general en el TCA)	Impacto general en sintomatología = 86,7% informó que había empeorado; Interrupción de la vida = 85,2% informó que esto había afectado a su sintomatología; aislamiento social = 86,4%; actividad física = 36,5%
		SWEMWBS	Aspectos emocionales y funcionales del bienestar mental	Grupo actualmente con TCA < Grupo en recuperación <i>Bienestar mental</i> (p < 0,05)
		PSS	Grado en el que un individuo percibe situaciones de su vida como estresantes	Grupo actualmente con TCA > Grupo en recuperación <i>Estrés percibido</i> (p = 0,001)
		ESSI	Apoyo social	Grupo actualmente con TCA < Grupo en recuperación <i>Apoyo social</i> (p < 0,05)
		SCI	Sentido de control de dominio general	Grupo actualmente con TCA < Grupo en recuperación <i>Control</i> (p = 0,001)
		RRS-ED	Preocupación de temas rumiativos	Grupo actualmente con TCA = Grupo en recuperación

Castellini et al., (2020)	Estudio longitudinal cuantitativo (T0: inicio del tratamiento; T1: antes de la pandemia; T2: durante el confinamiento)	BSI	Evaluación general de síntomas psicopatológicos	Durante T1 y T2: Grupo TCA = Grupo control Durante T0, T1 y T2: AN: T0 > T1 = T2 <i>Psicopatología general</i> (p < 0,05; |d|= 0,66 ^a) BN: T0 > T1 = T2 <i>Psicopatología general</i> (p < 0,05; |d|= 0,78 ^a)
		EDE-Q	Puntuación total	Durante T1 y T2: Grupo TCA = Grupo control Durante T0, T1 y T2: AN: T0 > T1 > T2 Psicopatología específica TCA (p < 0,05; |d|= 0,39 ^a ; p < 0,05; |d|= 0,36 ^a) BN: T0 > T1 = T2 Psicopatología específica TCA (p < 0,05; |d|= 0,52 ^a)
			Atracones	Durante T1 y T2: Grupo TCA > Grupo control <i>Atracones</i> (|d|=0,53 ^a) Durante T0, T1 y T2: AN: T0 > T1 = T2 <i>Atracones</i> (p < 0,05; |d|=0,41 ^a) BN: T0 > T1 < T2 <i>Atracones</i> (|d|=1,06 ^a ; (p < 0,05; |d|=0,32 ^a)
			Ejercicio físico compensatorio	Durante T1 y T2: Grupo TCA > Grupo control <i>Ejercicio físico</i> (|d|=0,39 ^a) Durante T0, T1 y T2: AN: T0 = T1 < T2 <i>Ejercicio físico</i> (p < 0,05; |d|=0,32 ^a) BN: T0 = T1 < T2 <i>Ejercicio físico</i> (p < 0,05; |d|=0,30 ^a)
		IES-R	Síntomas post-traumáticos	Durante T1 y T2: Grupo TCA > Grupo control Impacto de eventos traumáticos (|d|=0,30 ^a) Durante T0, T1 y T2: _
Clark Bryan et al., (2020)	Ensayo transversal cualitativo	Entrevistas telefónicas semiestructuradas	Impacto del COVID-19 y el confinamiento	El análisis temático dio 4 temas: 1. Acceso reducido a los servicios de TCA; 2. Interrupción en la rutina y en las actividades de la comunidad; 3. Mayor estrés psicológico y aumento de la sintomatología de TCA (preocupación acerca del acceso a la comida y el ejercicio físico; incremento del miedo y la ansiedad); 4. Aumento de los intentos de autogestión en la recuperación
Fernández - Aranda et al., (2020b)	Estudio transversal cuantitativo	CIES	F1 (impacto en los síntomas alimentarios)	AN: T1 > T2 <i>Sintomatología TCA</i> (p= 0,015; |d|= 0,40 ^a) BN, OSFED y obesidad: T1 = T2
			F2 (cambios en el estilo de alimentación)	AN: T1 > T2 <i>Estilo alimentación</i> (p= 0,023; |d|= 0,32 ^a) Obesidad: T1 > T2 <i>Estilo alimentación</i> (p= 0,017; |d|= 0,42 ^a) BN y OSFED: T1 = T2
			F3 (cambios ansiedad y depresión)	AN, BN, OSFED y obesidad: T1 = T2
			F4 (cambios en la regulación de las emociones)	AN: T1 > T2 <i>Regulación de emociones</i> (p= 0,046; |d|= 0,24 ^a) BN, OSFED y obesidad: T1 = T2
Frayn et al., (2021)	Estudio transversal cualitativo	Entrevista semiestructurada	Impacto percibido del COVID-19 en los síntomas del trastorno alimentario	Aproximadamente la mitad de la muestra informó un empeoramiento de los síntomas (n = 5), la mitad restante informó una mejora (n = 3), sin impacto (n = 2), o tanto mejora como deterioro (n = 1)

Machado et al., (2020)	Estudio longitudinal cuantitativo (T1: pre confinamiento; T2: post confinamiento)	Entrevista clínica	Información clínica	31,0% informaron un aumento de peso debido al confinamiento de COVID-19, 19,0% disminución de peso, 9,5% no conocen su peso actual y (40,5%) informan haber mantenido el peso. El IMC medio autoinformado durante T2 fue significativamente mayor del IMC de la última evaluación en T1 ($t_{40} = 2,26, p = 0,030$)
		EDE-Q	Sintomatología de TCA	T1 = T2
		CIA	Deterioro psicosocial secundario debido a los TCA, en los dominios personal, social y cognitivo	T1 = T2
		UPPS-P	Impulsividad cuando se acompaña de emociones negativas	T1 = T2
		DERS-SF	Regulación de las emociones	T1 = T2
		CIS	Impacto del COVID-19 en diversas áreas	Análisis de regresión lineal simple (Variable dependiente = impacto del confinamiento; Variable independiente = Total del CIA) El efecto total del impacto del confinamiento de COVID-19 (CIS total) sobre el deterioro clínico (CIA total) fue significativo ($t = 4.43, p < 0,001$); 51% de la varianza explicada por el total de la CIA
McCombie et al., (2020)	Estudio transversal cuantitativo y cualitativo	Cuestionario de preguntas abiertas	Impacto del COVID-19 en sintomatología TCA y estrategias de afrontamiento	Factores que contribuyeron al empeoramiento de la sintomatología de TCA (88%) = Aislamiento (66%); Preocupación y empeoramiento de la ansiedad y la depresión (81%); Impacto de los medios (47%); Estructura y rutina (69%); Aspectos positivos de la vida encerrado (72%)
		EDE-Q	Sintomatología de TCA	Actualmente con TCA = En recuperación/Recuperado
		DASS-21	Estado emocional	Actualmente con TCA = En recuperación/Recuperado
Monteleone et al., (2021)	Estudio transversal cuantitativo (T0: antes del COVID-19; T1: durante las restricciones; T2: transición del confinamiento a la apertura)	Encuesta en línea cuantitativa (Preguntas derivadas de cuestionarios)	Impacto del COVID-19 en sintomatología general y de TCA	Sintomatología general T1 > T0; T2 > T1 <i>Ansiedad</i> ($t = 6,72, p < 0,001$; $t = 3,76, p < 0,001$) T2 = T1; T1 > T0 <i>Depresión</i> ($t = 6,83, p < 0,001$; $t = 2,15, p < 0,05$) <i>Síntomas de estrés post traumático</i> ($t = 5,11, p < 0,001$; $t = 5,68, p < 0,001$) <i>Síntomas obsesivos compulsivos</i> ($t = 4,99, p < 0,001$; $t = 3,93, p < 0,001$) <i>Síntomas de pánico</i> ($t = 4,71, p < 0,001$; $t = 4,83, p < 0,001$) <i>Insomnio</i> ($t = 5,28, p < 0,001$; $t = 5,73, p < 0,001$) <i>Estrés</i> ($t = 4,36, p < 0,001$) T1 > T0; T0 = T2 <i>Ideación suicida</i> ($t = 2,61, p < 0,02$; $t = 4,05, p < 0,001$) Sintomatología específica T2 = T1; T1 > T0 <i>Inoperancia</i> ($t = 3,74, p < 0,001$; $t = 4,21, p < 0,001$) <i>Regulación de impulsividad</i> ($t = 2,25, p < 0,05$) <i>Purgas</i> ($t = 3,11, p < 0,01$; $t = 2,25, p < 0,05$) T2 = T0; T0 > T1 <i>Seguridad Social</i> ($t = 5,37, p < 0,001$; $t = 6,88, p < 0,001$) <i>Satisfacción con el cuerpo</i> ($t = 2,55, p < 0,05$; $t = 2,78, p < 0,05$) T0 = T1; T1 > T2 <i>Atracones</i> ($t = 3,00, p < 0,01$) <i>Actividad física</i> ($t = 3,61, p < 0,01$) T0 = T1 = T2 <i>Perfeccionismo</i> <i>Alienación emocional</i> <i>Preocupación por el peso</i> <i>Vergüenza por necesidades corporales</i> <i>Uso de laxantes o diuréticos</i>

Nisticò et al., (2021)	Estudio longitudinal cuantitativo (T0: antes del confinamiento; T1: después del confinamiento)	DASS-21	Estado emocional	Evaluación T0*: Grupo TCA > Grupo control <i>Síntomas depresivos y de ansiedad</i> ($p < 0,001$; $|d|= 1,56^*$) Evaluación T1*: T0 = T1
		IES-R	Angustia subjetiva causada por eventos traumáticos	Evaluación T0*: Grupo TCA > Grupo control <i>Angustia</i> ($p < 0,001$; $|d|= 1,39^*$) Evaluación T1*: T0 > T1 <i>Angustia</i> ($p = 0,014$)
		PSS	Grado en que las situaciones en la vida de uno se evalúan como estresantes	Evaluación T0*: Grupo TCA > Grupo control Estrés percibido ($p < 0,001$; $|d|= 1,42^*$) Evaluación T1*: T0 = T1
		EDE-Q (5 preguntas)	Dieta restrictiva	Evaluación T0*: Grupo TCA = Grupo control Evaluación T1*: T0 = T1
			Perder el control sobre la comida	Evaluación T0*: Grupo TCA > Grupo control <i>Pérdida de control en la comida</i> ($p = 0,031$; $|d|= 0,38^*$) Evaluación T1*: T0 > T1 <i>Pérdida de control en la comida</i> ($p < 0,02$)
			Pensando en la comida	Evaluación T0*: Grupo TCA > Grupo control <i>Pensar en comida</i> ($p < 0,001$; $|d|= 0,92^*$) Evaluación T1*: _
			Pensando en mi cuerpo	Evaluación T0*: Grupo TCA > Grupo control <i>Pensar en el cuerpo</i> ($p < 0,001$; $|d|= 0,83^*$) Evaluación T1*: T0 > T1 <i>Pensar en el cuerpo</i> ($p < 0,02$)
			Mirándome el cuerpo	Evaluación T0*: Grupo TCA > Grupo control <i>Mirar el cuerpo</i> ($p < 0,001$; $|d|= 0,96^*$) Evaluación T1*: T0 > T1 <i>Mirar el cuerpo</i> ($p < 0,02$)
		Una pregunta	Bienestar psicológico	Evaluación T0*: Grupo TCA = Grupo control Evaluación T1*: T0 > T1 <i>Bienestar psicológico</i> ($p = 0,051$)

Phillipou et al., (2020)	Estudio transversal cuantitativo y cualitativo	DASS-21: EDE-Q (4 preguntas)	Estado emocional Conductas alimentarias y de ejercicio	50% mostraron niveles de depresión (M = 18,7; SD = 11,7), ansiedad (M = 12,9; SD = 9,3) y estrés (M = 21; SD = 10,5) de moderados a extremadamente graves 64,5% restricción de alimentos; 35,5% aumento de los comportamientos de atracones; 18,9% un aumento comportamientos de purga; 47,3% aumento en el ejercicio. Estos porcentajes tienen errores estándar asociados de entre 2,9 y 3,7%. Relación positiva fuerte entre los cambios en los atracones autoinformados y las conductas de purga (p = 0,004).
Richardson et al., (2020)	Estudio transversal cuantitativo y cualitativo	Autoinforme cuantitativo	Comportamiento alimenticio y sintomatología general (ansiedad, depresión)	Síntomas TCA: 2020 > 2019 y 2018 <i>Dieta / restricción</i> (X ² = 15,19; p < 0,001) <i>Exceso de ejercicio</i> (X ² = 9,75; p = 0,008) <i>Perfeccionismo</i> (X ² = 17,32; p < 0,001) <i>Purga</i> (X ² = 9,04; p = 0,011) Síntomas generales: 2020 > 2019 y 2018 <i>Ansiedad</i> (X ² = 52,70; p < 0,001) <i>Depresión</i> (X ² = 45,41; p = < 0,001)
Schlegl et al., (2020b)	Estudio transversal cuantitativo y cualitativo	Cuestionario ad hoc	Consecuencias psicológicas de la pandemia	70% aumentó la soledad, la inquietud y la tristeza. 50% indicaron temores de no poder detener o controlar las preocupaciones; 46,6% aumento de los conflictos familiares; 41,5% síntomas habían empeorado; 20% nuevos síntomas; más del 70% aumento de las preocupaciones por el cuerpo y la alimentación, el impulso por la actividad física y el miedo a aumentar de peso; Más del 60% aumentaron las salidas a caminar y los entrenamientos en casa.
Schlegl et al., (2020a)	Estudio transversal cuantitativo y cualitativo	Cuestionario ad hoc	Consecuencias psicológicas de la pandemia	La tristeza, la pérdida de energía, la inquietud y la soledad fueron los síntomas depresivos y psicopatológicos generales más pronunciados (más del 75%); 49,1% empeoramiento de la sintomatología del TCA y 61,8% de su calidad de vida; 40,0% desarrollo nuevos síntomas; Las preocupaciones sobre, el peso y la alimentación, aumentaron (más del 80%); Los atracones aumentaron (47,3%), los vómitos autoinducidos (36,4%), el uso de laxantes (9,1%) y el abuso de diuréticos (7,3%)
Termorshui zen et al., (2020)	Estudio transversal cuantitativo y cualitativo	Encuesta	Preocupaciones y desafíos respecto al TCA y la salud mental general	AN: aumento de la restricción y el temor de poder encontrar alimentos compatibles con su plan de alimentación; BN y BED: aumentos en sus episodios de atracón y deseos de atracón; Marcado aumento en la ansiedad desde 2019; Mayores preocupaciones sobre el impacto del COVID 19 en su salud mental que sobre la salud física.
Vuillier et al., 2021	Diseño transversal cuantitativo y cualitativo	Encuesta cuantitativa Encuesta cualitativa	Impacto de la pandemia en sintomatología de TCA y la salud mental Impacto de la pandemia en sintomatología de TCA y la salud mental	83,1% impacto general de la pandemia en su TCA, 83,1% informaron que sus síntomas habían empeorado, 6,8% informó que sus síntomas mejoraron y el 7,7% no informó ningún cambio en los síntomas. Los cambios informados en la sintomatología no difirieron entre los grupos de diagnóstico (X ² (18) = 18,8, p =0,409) Mayor nivel de emociones angustiosas, cambios en la rutina, confinamiento y mensajes de los medios que empeoraron su sintomatología de TCA

Notas:

Baenas et al. (2020): EDI-2: *Eating disorders inventory-2*, (Garner, 1991); **YFAS-2:** *Yale food addiction scale 2.0* (Gearhardt et al., 2016); **SCLR-90-R:** *Symptom checklist-90-revised* (Derogatis, 1990); **TCI-R:** *Temperament and character inventory-revised* (Cloninger et al., 1999); **a** = tamaño del efecto pequeño ($|d| > 0,2$) tamaño del efecto moderado ($|d| > 0,5$); tamaño del efecto grande ($|d| > 0,8$); * = puntuación significativa // **Branley-Bell y Talbot, (2020):** **SWEMWBS:** *Short Warwick-Edinburgh mental wellbeing scale* (Tennant et al., 2007); **PSS:** *Perceived stress scale* (Cohen et al., 1983); **ENRIHD:** *ENRICH social support instrument* (Smith et al., 2018; Gardner et al., 2019); **SCI:** *Shapiro control inventory* (Beaunoyer et al., 2020); **RRS-ED:** *Rumination response scale for ED* (Southey, 2020); **M** = Media; * = $p < 0,05$; ** = $p < 0,01$ // **Castellini et al., (2020):** **BSI:** *Brief Symptom Inventory*, (Derogatis y Melisaratos, 1983); **EDE-Q:** *Eating Disorder Examination Questionnaire* (Calugi et al., 2018; Fairburn y Beglin, 2008); **CTQ-SF:** *Childhood Trauma Questionnaire-Short Form*, (Bernstein et al., 2003); **ECR-R:** *Experiences in Close Relationships-Revised* (Fraley et al., 2000); **IES-R:** *Event Scale-Revised* (Weiss y Marmar, 1997); **a** = tamaño del efecto pequeño ($|d| > 0,2$) tamaño del efecto moderado ($|d| > 0,5$); tamaño del efecto grande ($|d| > 0,8$); **Durante T1 y T2:** comparación intergrupo (Grupo TCA y grupo control), evaluados meses antes de la pandemia (T1) y durante el confinamiento (T2); **Durante T0, T1 y T2:** comparación intragrupo (Grupo TCA), evaluados al inicio del tratamiento (T0), meses antes de la pandemia (T1) y durante el confinamiento (T2) // **Fernández - Aranda et al., (2020b):** **CIES:** *COVID Isolation Eating Scale* (Fernández-Aranda, 2020b); **AN:** anorexia nerviosa; **BN:** bulimia nerviosa; **OSFED:** otro TCA; **a** = tamaño del efecto pequeño ($|d| > 0,2$) tamaño del efecto moderado ($|d| > 0,5$); tamaño del efecto grande ($|d| > 0,8$); **T1:** pre confinamiento; **T2:** post confinamiento // **Machado et al., (2020):** **EDE-Q:** *Eating Disorder Examination-Questionnaire* (Fairburn y Beglin, 2008; Machado et al., 2014); **CIA:** *Clinical Impairment Assessment* (Bohn y Fairburn, 2008; Vaz et al., 2020); **UPPS-P:** *Impulsive Behavior Scale-Negative Urgency Subscale* (Whiteside et al., 2005); **DERS-SF:** *Difficulties in Emotion Regulation Scale - Short Form* (Kaufman et al., 2016; Moreira et al., 2020); **CIS:** *Coronavirus Impact Scale* (Kaufman y Stoddard, 2020); * $p < 0,05$, ** $p < 0,01$, *** $p < 0,001$; **T1:** pre confinamiento; **T2:** post confinamiento; **IMC:** índice de masa corporal // **McCombie et al., (2020):** **EDE-Q:** *Eating Disorder Examination Questionnaire* (Fairburn y Beglin, 2008); **DASS-21:** *Depression, Anxiety and Stress Scales-Version 21* (Lovibond y Lovibond, 1995); **M** = media; **SD** = desviación típica // **Monteleone et al., (2021):** **T0:** antes del COVID-19; **T1:** durante las restricciones; **T2:** transición del confinamiento a la apertura // **Nisticò et al. (2021):** **DASS-21:** *the Depression, Anxiety and Stress Scale-21* (Henry y Crawford, 2005); **IES-R:** *the Impact of Event Scale-Revised* (Christianson y Marren, 2012); **PSS:** *the Perceived Stress Scale* (Cohen et al., 1983); **EDE-Q:** cinco preguntas seleccionadas del *Eating Disorder Examination Questionnaire* (Calugi et al., 2018); **a** = tamaño del efecto pequeño ($|d| > 0,2$) tamaño del efecto moderado ($|d| > 0,5$); tamaño del efecto grande ($|d| > 0,8$); **Evaluación T0*** = Comparación intergrupo (Grupo TCA vs Grupo Control) durante el confinamiento; **Evaluación T1*** = Comparación intragrupo (Grupo TCA) antes (T0) y después del confinamiento (T1) // **Phillipou et al., (2020):** **DASS-21:** *Depression Anxiety Stress Scale* (Henry y Crawford, 2005); **EDE-Q:** *Eating Disorders Examination Questionnaire* (Calugi et al., 2018); **M** = media; **SD** = desviación típica // **Richardson et al., (2020):** **X²** = Chi cuadrado // **Schlegl et al., (2020b):** **GC** = Grupo control de población general; **TCA** = Grupo diagnosticado de TCA; **AN** = Anorexia nerviosa // **Schlegl et al., (2020a):** **GC** = Grupo control de población general; **TCA** = Grupo diagnosticado de TCA; **BN** = Bulimia nerviosa // **Termorshuizen et al., (2020):** **AN** = Anorexia nerviosa; **BN** = Bulimia nerviosa; **BED** = Trastorno por atracón // **Vuillier et al., 2021:** **DASS:** *Depression, Anxiety and Stress Scale* (Lovibond y Lovibond, 1995); **EDE-Q** *Eating Disorder Examination-Questionnaire* (Fairburn y Beglin, 2008); *Eating Disorder Examination Questionnaire*; **DERS-SF:** *Difficulties in Emotion Regulation Scale* (Kaufman et al., 2016); **X²** = Chi cuadrado; **TCA** = Trastorno de la conducta alimentaria

Discusión

El objetivo de este trabajo ha sido realizar una revisión sistemática de los estudios en los que se ha evaluado como los efectos de la pandemia por el COVID-19 han afectado a la sintomatología de las personas diagnosticadas de un TCA.

En cuanto a los cambios producidos en la sintomatología característica de los TCA, gran parte de los estudios analizados han mostrado un empeoramiento de los síntomas (Baenas et al., 2020; Branley-Bell y Talbot, 2020; Castellini y col., 2020; Fernández-Aranda et al., 2020; Phillipou et al., 2020; Schlegl y et al., 2020a; Schlegl y et al., 2020b; Termorshuizen y et al., 2020). Este empeoramiento puede deberse a diversas causas y aunque, a pesar de que el objetivo de esta revisión no sea evaluar los factores que han dado lugar al empeoramiento de la sintomatología, sería interesante revisar las variables que estos estudios han asociado a este hecho. Primero, en el estudio de Baenas et al., (2020), el deterioro de los síntomas se asoció con bajos niveles de autodirección, entendida como las habilidades del individuo para controlar, regular y adaptar su conducta a las exigencias de la situación de acuerdo con la propia elección de metas y valores. Esta relación también la indican otros estudios como el de Moccia et al.,

(2020) y la literatura que estudia los TCA, donde se asocia que una menor autodirección se relaciona con un peor diagnóstico (Duffy et al., 2019). En el estudio de Vuillier et al., (2021), la exacerbación de la sintomatología del TCA se relacionó con las propias restricciones asociadas al confinamiento. Los participantes tenían el temor de que la nula movilidad asociada al aislamiento les hiciera aumentar de peso, sintiendo mayor presión por comer de manera saludable y hacer ejercicio. Además, este cambio, fue mucho más significativo en personas diagnosticadas de AN, en comparación con otros TCAs.

Otros de los factores que se ha relacionado con este aumento de la sintomatología en los TCA ha sido el apoyo social, que el estado de confinamiento ha reducido de manera considerable en toda la población. Hay evidencias que afirman que el apoyo social es un gran amortiguador en situaciones estresantes (Holmes et al., 2020). Además, en personas diagnosticadas de TCA, Monteleone et al., (2021), identificaron el papel del apoyo social y del aislamiento como factor de riesgo importante. En el caso concreto de estas pacientes el hecho de que muchas de ellas tuvieran que convivir las 24 horas del día con sus cuidadores, pudo hacer que éstos tuvieran mayores conductas de control hacia ellas, o darse más conflictos familiares, lo que puede exacerbar la sintomatología del TCA (Anastasiadou et al., 2014).

Pero en los estudios revisados no solo se asocia un efecto negativo al apoyo social y al aislamiento, sino también positivo. En el estudio de Frayn et al., (2021) los usuarios afirman que la reducción de la exposición a situaciones sociales, que previamente podrían haber desencadenado conductas de atracón (compromisos sociales, trabajo...), pudo hacer que los síntomas mejorasen. Cooper et al., (2020), reforzaron esta afirmación, y propusieron que el distanciamiento social podría verse como un alivio a corto plazo, ya que estas pacientes disminuyen las interacciones sociales, y por lo tanto la ansiedad asociada a las conductas de evitación social. Pero, a largo plazo, este hecho puede hacer que experimenten un empeoramiento de la sintomatología. No todos los pacientes tuvieron dificultades para relacionarse, así por ejemplo, en el estudio de Machado et al., (2020) una minoría de pacientes informó de dificultad moderada a severa en el acceso al apoyo social. Este hecho podría deberse a que la muestra estaba formada por pacientes jóvenes (Edad media = 27,60; SD = 8,45), lo que puede suponer una mayor facilidad para el acceso a las redes sociales u otras herramientas que permiten la comunicación en internet, amortiguando el aislamiento y fomentando el apoyo social.

Con lo que respecta al papel que han desarrollado las redes sociales y los contenidos tecnológicos en esta crisis, los estudios revisados han sacado diferentes conclusiones. Primero, haciendo énfasis en los medios de comunicación, en el estudio de Branley-Bell y Talbot (2020), se revela que la exposición a mensajes en torno a la pandemia en los informativos afectó de manera negativa a las personas diagnosticadas de un TCA. Este hecho, se afirma también en el estudio de McCombie et al., (2020), siendo un factor que impulsa la angustia psicológica. Así, como bien menciona Holmes et al., (2020), el papel de los medios de comunicación a la hora de transmitir información en torno a la pandemia y la salud pública incrementa en gran medida las preocupaciones y el nivel de ansiedad en las poblaciones más vulnerables. Todo ello puede exacerbar la sintomatología de estas pacientes.

Las redes sociales también han tenido diferentes efectos. Por un lado, como se ha visto anteriormente, las redes sociales pueden suponer una herramienta muy eficaz para mantener los reforzadores sociales (Machado et al., 2020). Pero, por otro lado, pueden aumentar la conciencia del yo corporal, teniendo una influencia inadecuada en la idealización del ideal delgado, exacerbando el círculo vicioso de los atracones, así como las preocupaciones sobre la salud y la forma física (Fernández-Aranda et al., 2020b).

A pesar de estos resultados, también es importante señalar que han sido varios los estudios que han mostrado consecuencias positivas de esta situación e incluso, aunque en muy pequeña medida, su sintomatología no se ha visto afectada. Así por ejemplo, en el estudio longitudinal de Castellini et al., (2020), los resultados obtenidos con los pacientes de AN muestran algunas controversias. Por una parte, se produjo una mejoría en la sintomatología del TCA y un aumento del peso progresivo, no mostrando ninguna diferencia entre T1 (antes del confinamiento) y T2 (durante el confinamiento). Este resultado es bastante revelador, ya que este grupo de pacientes estaban recibiendo tratamiento mediante el uso de la telemedicina, lo que podría explicar esta mejoría. Este hecho reafirma la importancia de usar métodos de tratamiento alternativos a las sesiones presenciales en situaciones de crisis como la ocasionada por la pandemia, en especial, el uso de la telemedicina (Weissman et al., 2020). Los hallazgos preliminares sugieren que el tratamiento de salud administrado de forma remota a través de la tecnología puede ser efectivo para quienes padecen TCA, sin embargo, se observa que todavía hay evidencia limitada a este respecto y se necesita más investigación (Gordon y Katzman, 2020). Es así que también se señala que se estas intervenciones digitales también pueden tener limitaciones debido a las posibles desigualdades en el acceso a la tecnología (Holmes et al., 2020).

En el estudio de Castellini et al., (2020), los pacientes de AN aunque mejoraron en algunos aspectos, si que incrementaron la actividad física compensatoria. Estos resultados podrían explicarse si atendemos al hecho de que reducir en gran medida la movilidad debido al confinamiento, podría aumentar el temor en los pacientes de TCA a subir de peso, dando lugar a un incrementando del ejercicio físico para compensar esos cambios, como sucedía en el estudio de Vuillier et al., (2021). También en el estudio de Fernández-Aranda (2020), no se mostraron cambios en la sintomatología ansiosa/depresivo. No obstante, a este respecto hay que tener en cuenta que para medir estas variables se usó el factor 3 del CIES (*COVID Isolation Eating Scale* (Fernández-Aranda, 2020b)) que evalúa cambios en la ansiedad y la depresión, y no un cuestionario que evalúe específicamente esas variables como podría ser el DASS-21 (*Depression, Anxiety and Stress Scale* (Lovibond y Lovibond, 1995)).

Siguiendo con el estudio de Schlegl et al., (2020b), un número elevado de las pacientes con TCA informaron de un aumento de la sintomatología, sin embargo, otro grupo no estuvo de acuerdo en que sus síntomas hubieran empeorado, y esta diferencia se podría explicar por diversos factores. Primero, en que la muestra de pacientes procedía de antiguos pacientes hospitalizados, por lo que podrían tener ya un abanico de estrategias de afrontamiento. Segundo, en que estas pacientes estaban recibiendo tratamiento durante el confinamiento mediante el uso de la telemedicina. Y, por último, los pacientes partieron con un IMC bastante alto, lo que podría significar que ya tuvieran un poco controlado el TCA. En este estudio también se analizaron las estrategias de afrontamiento más usadas: las rutinas diarias, la planificación del día, las actividades agradables y las actividades físicas leves eran las más útiles. Estos resultados están en línea con las sugerencias propuestas para lograr una buena salud mental durante el aislamiento social de COVID-19 que ofrecieron Diamond y Willan (2020), quienes recomendaron, entre otras cosas, que desarrollar una rutina, la actividad física (incluso la actividad física ligera) y la atención plena podrían ser beneficiosos.

De esta revisión se puede concluir que aunque la mayoría de los estudios muestran resultados asociados con un empeoramiento de la sintomatología, tanto general como más específica del TCA, se han encontrado evidencias que en otros aspectos se están reportando algunas experiencias positivas, la mayoría derivadas de no tener que sufrir la ansiedad derivada de los juicios sociales, así como de las aportaciones de la telemedicina durante el confinamiento.

Dado que se ha comprobado que estas situaciones de emergencia empeoran la sintomatología de estas pacientes se recomienda que la atención que reciben de los profesionales de la salud no se limite y se siga atendiendo. Es por ello, que para futuras investigaciones sería interesante seguir indagando, ya que no se debe subestimar el efecto que tendrá el impacto de la pandemia a lo largo del tiempo, y como este efecto a largo plazo puede perjudicar a los síntomas de personas diagnosticadas de TCA. Y sin duda alguna, no hay que olvidar el papel que podría tener la telemedicina para los pacientes con TCA en situaciones donde no se puede acceder de manera presencial a los servicios de salud, como ha pasado con la crisis del COVID-19 (Weissman et al., 2020). Además, considerando los incrementos de sintomatología ansiosa/depresiva que se han producido en este periodo, habría que destinar intervenciones para ayudar a controlar el estado emocional de estas pacientes. Cooper y colaboradores (2020) han sugerido que la activación conductual, como la programación de actividades que resulten placenteras, podría estar indicada para tratar el aumento de los síntomas depresivos, siendo también prometedora en el tratamiento de la ansiedad (Stein et al., 2020). Por último, estos estudios han señalado diferentes factores que podrían estar relacionados con este incremento en la sintomatología, como pueden ser el bajo apoyo social, la baja autodirección, los medios de comunicación, el cambio en las rutinas... por lo que las intervenciones futuras deberían incluir estrategias para intervenir sobre estos factores de riesgo y así poder hacer frente a los eventos estresantes que suponen las situaciones de emergencia mundial, como la vivida con la pandemia del COVID-19.

Estos resultados han de considerarse con cautela considerando las limitaciones que presentan los estudios revisados. A continuación, en la Tabla 4, se puede ver un resumen de estas limitaciones:

Tabla 4

Limitaciones presentadas en los estudios.

Autores y año	Limitaciones
Baenas et al., (2020)	Tamaño de la muestra modesto y sin una comparación de control.
Branley-Bell y Talbot, (2020)	Los participantes fueron reclutados a través de las redes sociales, posible sesgo hacia aquellos que están más familiarizados con la tecnología. No se recopiló información sobre diagnósticos específicos. Datos recopilados en un único momento. Al no tener una medida de referencia prepandémica no es posible hacer suposiciones sobre el impacto de la pandemia en las puntuaciones de la escala cuantitativa dentro de la muestra.
Castellini et al., (2020)	Tamaño muestral pequeño. El intervalo T1 (meses antes del confinamiento) -T2 (durante el confinamiento) incluyó algunas semanas antes del comienzo del confinamiento, por lo que no es posible separar completamente el cambio que ocurre antes y después del confinamiento. Solo los pacientes recibieron un tratamiento, los GC no recibieron ningún tipo de apoyo durante el confinamiento, es posible que no sea posible separar los efectos del tratamiento de los efectos del virus / confinamiento. La fase de confinamiento se evaluó principalmente con cuestionarios en línea. No se disponía de niveles de referencia de la escala de impacto de eventos revisada (IES-R).
Clark Bryan et al., (2020)	Solo se hizo una pregunta abierta directamente sobre el impacto de COVID-19, este enfoque limitó la capacidad de explorar algunas cuestiones planteadas con mayor profundidad. Los resultados pueden representar a pacientes y sus cuidadores más comprometidos y dispuestos a compartir sus experiencias, y no los más gravemente enfermos.
Fernández-Aranda et al., (2020b)	Sesgo de memoria debido al carácter retrospectivo de la evaluación, tamaño muestral limitado y heterogeneidad de los grupos de pacientes analizados.
Frayn et al., (2020)	Tamaño de muestra pequeño, que era predominantemente femenino y caucásico, lo que limita la generalización a otras razas, etnias y géneros. La mayoría de los pacientes tenían un diagnóstico de BED, por lo que los resultados pueden no ser aplicables a los diferentes trastornos alimentarios. Aunque se pidió a los pacientes que informaran sobre los impactos del COVID-19 en los síntomas del TCA antes del tratamiento, estas percepciones se evaluaron en una evaluación de mitad del tratamiento y, por lo tanto, su recuerdo puede haber sido diferente si se pregunta antes de iniciar el tratamiento. Pequeño tamaño de la muestra.
Machado et al., (2020)	Muestra pequeña. Uso de entrevistas telefónicas en la segunda ola de recopilación de datos en lugar de cara a cara. La altura y el peso de autoinforme podrían haber introducido algún sesgo. La mayoría de los pacientes contactados, no participaron del estudio.
McCombie et al., (2020)	Muestra no es representativa de la diversidad étnica y de género. La estrategia de reclutamiento puede haber excluido a personas con acceso limitado a Internet. La pequeña muestra impidió el análisis de subgrupos en todos los diagnósticos. Los hallazgos no se pueden generalizar necesariamente a otros países. Proporciona experiencias en un punto en el tiempo.
Monteleone et al., (2021)	Naturaleza retrospectiva de la recopilación de datos. El bajo número de participantes con diagnóstico TCA distinto de AN. La falta de un grupo de control no permite determinar si los hallazgos caracterizan específicamente a las personas con TCA. No se pudo evaluar la confiabilidad test-retest de todo el cuestionario.
Nisticò et al., (2021)	Falta de una evaluación psicométrica previa al confinamiento. No se evaluó el grupo GC en T1 (después del confinamiento), no pudiendo evaluar si los resultados eran específicos de los pacientes con TCA o generalizables a la población sana; Selección arbitraria de cinco preguntas del EDE-Q, que podrían haber afectado la validez psicométrica del cuestionario. El tamaño limitado de la muestra, que hizo poco confiable cualquier análisis estadístico que comparara pacientes con diferentes subtipos de TCA; Los datos fueron autoinformados. Solo participantes caucásicos. No consideración de la situación socioeconómica y laboral.
Phillipou et al., (2020)	Datos de TCA fueron autoinformados. La muestra representó a los encuestados sin antecedentes de trastornos alimentarios y, por lo tanto, habrá incluido a personas con otras afecciones médicas o de salud mental. La generalización de los hallazgos en la muestra de la población general. Naturaleza auto-selectiva de la participación. La redacción de las preguntas tiene sus limitaciones.
Richardson et al., (2020)	Dada la naturaleza anónima de NEDIC 's servicios, no se pudo determinar si las mismas personas se comunicaron con NEDIC varias veces. Los síntomas se evaluaron con base en un formulario de estadísticas de llamadas estandarizado que puede no haber reflejado con precisión todo el espectro de síntomas experimentados por los clientes. Los diagnósticos de TCA fueron autoinformados. Posibilidad de que los aumentos en los contactos totales con NEDIC entre 2018 y 2020 fueran causados por una tendencia natural hacia un aumento de los síntomas en lugar de la pandemia.
Schlegl et al., (2020b)	Solo evaluación de mujeres con AN que fueron dadas de alta del tratamiento hospitalario el año anterior y tenían un IMC medio relativamente alto. Todos los datos fueron autoinformados. Solo se evaluó la frecuencia con la que se utilizaron las intervenciones de salud mental electrónica, pero no la frecuencia con la que se ofrecieron.
Schlegl et al., (2020a)	La tasa de finalización del 27% fue relativamente baja. Es posible que aquellos que no se vieron considerablemente afectados por la pandemia de COVID-19 tuvieran menos probabilidades de responder.
Termorshuizen et al., (2020)	TCA autoinformado. Diferencias entre los EE. UU. Y los Países Bajos en términos de composición de la muestra, así como en el enfoque de los países para el control de la pandemia. Muestreo de conveniencia podría introducir sesgos. Algunas preguntas pueden haber utilizado un lenguaje que podría interpretarse de múltiples maneras. Se omitió por error la pregunta sobre raza / etnia.
Vuillier et al., 2021	Diagnósticos autoinformados. Muestra fue autoseleccionada y mayor de 18 años. La muestra incluyó grupos étnicos minoritarios y una proporción desigual de participantes femeninos y masculinos. Diseño transversal excluye cualquier conclusión sobre los vínculos causales entre las estrategias de regulación de las emociones y sus resultados de bienestar.

Las limitaciones de los trabajos primarios influyen en las propias limitaciones de esta revisión sistemática. En primer lugar, la mayoría de los participantes seleccionados son mujeres (91,1% vs 6,1%) haciendo que la muestra no sea representativa en cuanto al género y los resultados no pueden ser generalizados. También hay que señalar que varios de los trabajos revisados (Nisticò et al., 2021; Phillipou et al., 2020; Richardson et al., 2021; Schlegl et al., 2020a; Schlegl et al., 2020b; Termorshuizen et al., 2020; Vuillier et al., 2021), incluyen diagnósticos de TCA que han sido autoinformados, pudiendo estar potencialmente sesgados. Como se ha dicho anteriormente, las condiciones de la pandemia hicieron muy difícil el uso de entrevistas para verificar el diagnóstico. Además, se han usado diferentes metodologías de evaluación, tanto cuantitativas como cualitativas, lo que ha dificultado el análisis integrado de los resultados. Por último, es importante señalar que la mayoría de los estudios (n = 13) presentados son de naturaleza transversal, estudiando las experiencias solo en un punto del tiempo, lo que podría llegar a limitar la comprensión de como la sintomatología puede cambiar más con el paso del tiempo, y siendo más óptimo optar por estudios longitudinales.



Referencias

- Abbiati, F. A., Soraci, P., Lagattolla, F., Parente, G., y De Pace, R. (2020). COVID-19-A Short-review of the pandemic's mental health impact, personality traits, economics, eating disorder, homeless and education. *Psychology Hub*, 37(2), 41-46.
- Ahorsu, D. K., Lin, C. Y., Imani, V., Saffari, M., Griffiths, M. D., y Pakpour, A. H. (2020). The fear of COVID-19 scale: Development and initial validation. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 1-9. <https://doi.org/10.1007/s11469-020-00270-8>
- American Psychiatric Association - APA. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-5* (5a. ed). Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Anastasiadou, D., Medina-Pradas, C., Sepulveda, A. R., y Treasure, J. (2014). A systematic review of family caregiving in eating disorders. *Eating behaviors*, 15(3), 464-477. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2014.06.001>
- *Baenas, I., Caravaca-Sanz, E., Granero, R., Sánchez, I., Riesco, N., Testa, G., Vintró-Alcaraz, C., Treasure, J., Jiménez-Murcia, S y Fernández-Aranda, F. (2020). COVID-19 and eating disorders during confinement: Analysis of factors associated with resilience and aggravation of symptoms. *European Eating Disorders Review*, 28(6), 855-863. <https://doi.org/10.1002/erv.2771>
- Beaunoyer, E., Dupéré, S. y Guitton, MJ (2020). COVID-19 and digital inequalities: Reciprocal impacts and mitigation strategies. *Computers in Human Behavior*, 111, 106424. <https://doi.org/10.1016/j.chb.2020.106424>
- Bernstein, D. P., Stein, J. A., Newcomb, M. D., Walker, E., Pogge, D., Ahluvalia, T., Stokes, J., Handelsman, L., Medrano, M., Desmond, D. y Zule, W. (2003). Development and validation of a brief screening version of the childhood trauma questionnaire. *Child Abuse y Neglect*, 27 (2), 169–190. [https://doi.org/10.1016/S0145-2134\(02\)00541-0](https://doi.org/10.1016/S0145-2134(02)00541-0)
- Bohn, K, y Fairburn, C. G. (2008). The clinical impairment assessment questionnaire (CIA). *Cognitive Behavioral Therapy for Eating Disorders*, 315-317.

- *Branley-Bell, D., y Talbot, C. V. (2020). Exploring the impact of the COVID-19 pandemic and UK lockdown on individuals with experience of eating disorders. *Journal of Eating Disorders*, 8 (1), 1-12. <https://doi.org/10.1186/s40337-020-00319-y>
- Calugi, S., Sartirana, M., Milanese, C., El Ghoch, M., Riolfi, F., y Dalle Grave, R. (2018). The clinical impairment assessment questionnaire: validation in Italian patients with eating disorders. *Eating and Weight Disorders*, 23(5), 685–694. <https://doi.org/10.1007/s40519-018-0477-2>
- *Castellini, G., Cassioli, E., Rossi, E., Innocenti, M., Gironi, V., Sanfilippo, G., Felciai, F., Monteleone, A, M. y Ricca, V. (2020). 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. *International Journal of Eating Disorders*, 53(11), 1855-1862. <https://doi.org/10.1002/eat.23368>
- Christianson, S. y Marren, J. (2012). The impact of event scale--revised (IES-R). *Medsurg Nursing*, 21(5), 321-323.
- *Clark Bryan, D., Macdonald, P., Ambwani, S., Cardi, V., Rowlands, K., Willmott, D., y Treasure, J. (2020). Exploring the ways in which COVID-19 and lockdown has affected the lives of adult patients with anorexia nervosa and their carers. *European Eating Disorders Review*, 28(6), 826-835. <https://doi.org/10.1002/erv.2762>
- Cloninger, C. R. (1999). The Temperament and Character Inventory—Revised. St. Louis, MO: Washington University. *Center for Psychobiology of Personality*.
- Cohen, S., Kamarck, T., y Mermelstein, R. (1983). A global measure of perceived stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 24(6), 385-396. <https://doi.org/10.2307/2136404>
- Cooper, M., Reilly, E. E., Siegel, J. A., Coniglio, K., Sadeh-Sharvit, S., Pisetsky, E. M. y Anderson, L. M. (2020). Eating disorders during the COVID-19 pandemic and quarantine: an overview of risks and recommendations for treatment and early intervention. *Eating Disorders*, 1-23. <https://doi.org/10.1080/10640266.2020.1790271>

- Dahlgren, C. L., Wisting, L., y Rø, Ø. (2017). Feeding and eating disorders in the DSM-5 era: a systematic review of prevalence rates in non-clinical male and female samples. *Journal of Eating Disorders*, 5(1), 1-10. <https://doi.org/10.1186/s40337-017-0186-7>
- Derogatis, L. (1990). *SCL-90-R. Administration, scoring and procedures manual—II for the revised version*. Baltimore, MD: Clinical Psychometric Research
- Derogatis, L. R., y Melisaratos, N. (1983). The brief symptom inventory: An introductory report. *Psychological Medicine*, 13(03), 595–605. <https://doi.org/10.1017/S0033291700048017>
- Diamond, R. y Willan, J. (2020). Coronavirus disease 2019: achieving good mental health during social isolation. *The British Journal of Psychiatry*, 217(2), 408-409. <https://doi.org/10.1192/bjp.2020.91>
- Duffy, M. E., Rogers, M. L., Joiner, T. E., Bergen, A. W., Berrettini, W., Bulik, C. M., Brandt, H., Crawford, S., Crow, S., Fichter, M., Halmi, K., Kaplan, A, S., Klump, K, L., Lilenfeld, L., Magistretti, P, J., Mitchell, J., Schork, N, J., Strober, M., Thorton, L, M., ... Keel, P. K. (2019). An investigation of indirect effects of personality features on anorexia nervosa severity through interoceptive dysfunction in individuals with lifetime anorexia nervosa diagnoses. *International Journal of Eating Disorders*, 52 (2), 200 – 205. <https://doi.org/10.1002/eat.23008>
- Fairburn, C. G. y Beglin, S. J. (2008). Eating disorder examination questionnaire. *Cognitive Behaviour Therapy and Eating Disorders*, 309, 313.
- Fairweather-Schmidt, A. K., y Wade, T. D. (2020). Common genetic architecture and environmental risk factors underpin the anxiety disordered eating relationship: Findings from an adolescent twin cohort. *International Journal of Eating Disorders*, 53(1), 52–60. <https://doi.org/10.1002/eat.23155>
- Fernández-Aranda, F., Casas, M., Claes, L., Bryan, D. C., Favaro, A., Granero, R., Gudiol, C., Jiménez-Murcia, S., Karwautz, A., Le Grange, D., Menchón, J, M., Tchanturia, K. y Treasure, J. (2020a). COVID-19 and implications for eating disorders. *European Eating Disorders Review*, 28(3), 239. <https://doi.org/10.1002/erv.2738>
- *Fernández-Aranda, F., Munguía, L., Mestre-Bach, G., Steward, T., Etxandi, M., Baenas, I., Granero, R., Sánchez, I., Ortega, E., Andreu, A., Moize, V, L., Fernández-Real, J, M.,

Tinahones, F. J., Dieguez, C., Frübeck, G., Le Grange, D., Tchanturia, K., Karwautz, A., Zeiler, M. y Jiménez-Murcia, S. (2020b). COVID Isolation Eating Scale (CIES): Analysis of the impact of confinement in eating disorders and obesity—A collaborative international study. *European Eating Disorders Review*, 28(6), 871-883. <https://doi.org/10.1002/erv.2784>

Fernández, M. A. P., Labrador, F. J., y Raich, R. M. (2007). Prevalence of eating disorders among adolescent and young adult scholastic population in the region of Madrid (Spain). *Journal of Psychosomatic Research*, 62(6), 681-690. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2006.12.010>

Fiorillo, A., y Gorwood, P. (2020). The consequences of the COVID-19 pandemic on mental health and implications for clinical practice. *European Psychiatry*, 63(1), e32. <https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2020.35>

Fraley, R. C., Waller, N. G., y Brennan, K. A. (2000). An item response theory analysis of self-report measures of adult attachment. *Journal of Personality and Social Psychology*, 78(2), 350–365. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.78.2.350>

*Frayn, M., Fojtu, C., y Juarascio, A. (2021). COVID-19 and binge eating: Patient perceptions of eating disorder symptoms, tele-therapy, and treatment implications. *Current Psychology*, 1-10. <https://doi.org/10.1007/s12144-021-01494-0>

Gardner, B., y Rebar, A. L. (2019). Habit formation and behavior change. In *Oxford Research Encyclopedia of Psychology*. <https://doi.org/10.1093/acrefore/9780190236557.013.129>

Garner, D. M. (1991). *Eating disorder inventory-2*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources. Inc.[*Google Scholar*].

Gearhardt, A. N., Corbin, W. R., y Brownell, K. D. (2016). Development of the Yale Food Addiction Scale Version 2.0. *Psychology of Addictive Behaviors*, 30(1), 113. <https://doi.org/10.1037/adb0000136>

Gordon, C. M., y Katzman, D. K. (2020). Lessons learned in caring for adolescents with eating disorders: The Singapore experience. *Journal of Adolescent Health*, 67(1), 5-6. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2020.03.041>

- Henry, J. D., y Crawford, J. R. (2005). The short-form version of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS-21): Construct validity and normative data in a large non-clinical sample. *British Journal of Clinical Psychology*, 44(2), 227-239. <https://doi.org/10.1348/014466505X29657>
- Heriseanu, A. I., Hay, P., Corbit, L., y Touyz, S. (2017). Grazing in adults with obesity and eating disorders: A systematic review of associated clinical features and meta-analysis of prevalence. *Clinical Psychology Review*, 58, 16–32.
- Holmes, E. A., O'Connor, R. C., Perry, V. H., Tracey, I., Wessely, S., Arseneault, L., Ballard, C., Christensen, H., Silver, R. C., Everall, I., Ford, T., John, A., Kabir, T., King, K., Madan, I., Michie, S., Przybylski, A., Shafran, R., Sweeney, A., ... y Bullmore, E. (2020). Multidisciplinary research priorities for the COVID-19 pandemic: a call for action for mental health science. *The Lancet Psychiatry*, 7(6), 547-560. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30168-1](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30168-1)
- Holt-Lunstad, J., Smith, T. B., Baker, M., Harris, T., y Stephenson, D. (2015). Loneliness and social isolation as risk factors for mortality: A meta-analytic review. *Perspectives on Psychological Science*, 10(2), 227–237. <https://doi.org/10.1177/1745691614568352>
- Kalin, N. H. (2020). COVID-19, Substance Use, Anorexia Nervosa, 22q11. 2 Deletion Syndrome, and Stress. *The American Journal of Psychiatry*, 177, 561-563. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2020.20050685>
- Kambanis, P. E., Kuhnle, M. C., Wons, O. B., Jo, J. H., Keshishian, A. C., Hauser, K., Becker, K., R., Franko, D. L., Misra, M., Micali, M., Lawson, E. A., Eddy, K T. y Thomas, J. J. (2020). Prevalence and correlates of psychiatric comorbidities in children and adolescents with full and subthreshold avoidant/restrictive food intake disorder. *International Journal Eating Disorders*, 53(2), 256–265. <https://doi.org/10.1002/eat.23191>
- Kaufman, E. A., Xia, M., Fosco, G., Yaptangco, M., Skidmore, C. R., y Crowell, S. E. (2016). The Difficulties in Emotion Regulation Scale Short Form (DERS-SF): Validation and replication in adolescent and adult samples. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 38(3), 443-455. <https://doi.org/10.1007/s10862-015-9529-3>
- Kaufman J, Stoddard J. Coronavirus impact scale. 2020; <https://disasterinfo.nlm.nih.gov/search/?source=2587>. Accessed 28 April 2020.

- Levine, M. P. (2011). Loneliness and eating disorders. *The Journal of Psychology: Interdisciplinary and Applied*, 146(1–2), 243–257. <https://doi.org/10.1080/00223980.2011.606435>
- Li, S., Wang, Y., Xue, J., Zhao, N., y Zhu, T. (2020). The impact of COVID-19 epidemic declaration on psychological consequences: A study on active Weibo users. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(6), E2032. <https://doi.org/10.3390/ijerph17062032>
- Lovibond, S, Lovibond, P. Manual for the Depression Anxiety Stress Scales. 2nd ed. Sydney: Psychology Foundation (1995).
- Machado P., P., P., Martins C., Vaz A, R., Conceição E., Pinto-Bastos A. y Gonçalves, S. (2014). Eating disorder examination questionnaire: Psychometric Properties and Norms for the Portuguese Population. *European Eating Disorders Review* 22(6), 448-453. <https://doi.org/10.1002/erv.2318>
- *Machado, P. P., Pinto-Bastos, A., Ramos, R., Rodrigues, T. F., Louro, E., Gonçalves, S., Brandao, I. y Vaz, A. (2020). Impact of COVID-19 lockdown measures on a cohort of eating disorders patients. *Journal of Eating Disorders*, 8(1), 1-8. <https://doi.org/10.1186/s40337-020-00340-1>
- *McCombie, C., Austin, A., Dalton, B., Lawrence, V., y Schmidt, U. (2020). “Now It's Just Old Habits and Misery”—Understanding the Impact of the Covid-19 Pandemic on People With Current or Life-Time Eating Disorders: A Qualitative Study. *Frontiers in Psychiatry*, 11, 1140. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.589225>
- Moccia, L., Janiri, D., Pepe, M., Dattoli, L., Molinaro, M., De Martin, V., Chieffo, D., Janiri, L., Fiorillo, A., Sani, G. y Di Nicola, M. (2020). Affective temperament, attachment style, and the psychological impact of the COVID- 19 outbreak: An early report on the Italian general population. *Brain, Behavior, and Immunity*, 87, 75–79. <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.04.048>
- Mohammadi, M. R., Mostafavi, S. A., Hooshyari, Z., Khaleghi, A., Ahmadi, N., Molavi, P., Kian, A, A., Safavi, P., Delpisheh, Ali., Talepasand, S., Hojjat, S, K., Pourdehghan, P., Ostovar, R., Hosseine, S, H., Mohammadzadeh, S., Salmanian, M., Alavi, S, S., Ahmadi, A. y

Zarafshan, H. (2020). Prevalence, correlates and comorbidities of feeding and eating disorders in a nationally representative sample of Iranian children and adolescents. *International Journal of Eating Disorders*, 53(3), 349–361. <https://doi.org/10.1002/eat.23197>

Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., Altman, D.G., y The PRISMA Group (2009). Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: *The PRISMA Statement*. *PLoS Med.* 6 (7): e1000097. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000097>

*Monteleone, A. M., Marciello, F., Cascino, G., Abbate-Daga, G., Anselmetti, S., Baiano, M., Balestrieri, M., Barone, E., Bertelli, S., Carpiniello, B., Castellini, G., Corriveti, G., De Giorgi, S., Favaro, A., Gramalia, C., Marzola, E., Meneguzzo, P., Monaco, F., Oriani, M G. y Monteleone, P. (2021). The impact of COVID-19 lockdown and of the following “re-opening” period on specific and general psychopathology in people with eating disorders: the emergent role of internalizing symptoms. *Journal of Affective Disorders*, 285, 77-83. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.02.037>

Moreira, H., Gouveia, M. J., y Canavarro, M. C. (2020). A bifactor analysis of the difficulties in emotion regulation scale-short form (DERS-SF) in a sample of adolescents and adults. *Current Psychology*, 1-26. <https://doi.org/10.1007/s12144-019-00602-5>

*Nisticò, V., Bertelli, S., Tedesco, R., Anselmetti, S., Priori, A., Gambini, O., y Demartini, B. (2021). The psychological impact of COVID-19-related lockdown measures among a sample of Italian patients with eating disorders: a preliminary longitudinal study. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 1-7. <https://doi.org/10.1007/s40519-021-01137-0>

Olesti Baiges, M., Piñol Moreso, J. L., Martín Vergara, N., de la Fuente García, M., Riera Solé, A., Bofarull Bosch, J. M., y Ricomá de Castellarnau, G. (2008). Prevalencia de anorexia nerviosa, bulimia nerviosa y otros trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes femeninas de Reus. In *Anales de Pediatría* (Vol. 68, No. 1, pp. 18-23). <https://doi.org/10.1157/13114466>

*Phillipou, A., Meyer, D., Neill, E., Tan, E. J., Toh, W. L., Van Rheenen, T. E., y Rossell, S. L. (2020). Eating and exercise behaviors in eating disorders and the general population during the COVID-19 pandemic in Australia: Initial results from the COLLATE project.

International Journal of Eating Disorders, 53(7), 1158-1165.
<https://doi.org/10.1002/eat.23317>

Redondo, F. J. M., Brito, N. B., Robayna, B. P., Fariña, Y. R., y Flores, C. D. (2019). Prevalencia de Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) en España: necesidad de revisión. *Revista Española de Nutrición Humana y Dietética*, 23(Supl. 1), 130-131.

Reger, M. A., Stanley, I. H., y Joiner, T. E. (2020). Suicide mortality and coronavirus disease 2019—a perfect storm? *JAMA Psychiatry*, 77(11), 1093-1094.
doi:[10.1001/jamapsychiatry.2020.1060](https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2020.1060)

*Richardson, C., Patton, M., Phillips, S., y Paslakis, G. (2020). The impact of the COVID-19 pandemic on help-seeking behaviors in individuals suffering from eating disorders and their caregivers. *General Hospital Psychiatry*, 67, 136-140.
<https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2020.10.006>

Santini, Z. I., Jose, P. E., Cornwell, E. Y., Koyanagi, A., Nielsen, L., Hinrichsen, C., et al. (2020). Social disconnectedness, perceived isolation, and symptoms of depression and anxiety among older Americans (NSHAP): A longitudinal mediation analysis. *The Lancet Public Health*, 5(1), 62–70. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(19\)30230-0](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(19)30230-0)

*Schlegl, S., Meule, A., Favreau, M., y Voderholzer, U. (2020). Bulimia nervosa in times of the COVID-19 pandemic—Results from an online survey of former inpatients. *European Eating Disorders Review*, 28(6), 847-854. <https://doi.org/10.1002/erv.2773>

*Schlegl, S., Maier, J., Meule, A., y Voderholzer, U. (2020b). Eating disorders in times of the COVID-19 pandemic—Results from an online survey of patients with anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 53(11), 1791-1800.
<https://doi.org/10.1002/eat.23374>

Smith, K. E., Mason, T. B., y Lavender, J. M. (2018). Rumination and eating disorder psychopathology: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 61, 9-23.
<https://doi.org/10.1016/j.cpr.2018.03.004>

Spoorthy, M. S., Pratapa, S. K., y Mahant, S. (2020). Mental health problems faced by healthcare workers due to the COVID-19 pandemic—A review. *Asian Journal of Psychiatry*, 51, e102119. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2020.102119>

- Stein, A. T., Carl, E., Cuijpers, P., Karyotaki, E., y Smits, J. A. J. (2020). Looking beyond depression: a meta-analysis of the effect of behavioral activation on depression, anxiety, and activation. *Psychological Medicine*, 1–14. <https://doi.org/10.1017/s0033291720000239>
- Tennnt, R., Hiller, L., Fishwick, R., Platt, S., Joseph, S., Weich, S., Parkinson, J., Secker, J. y Stewart-Brown, S. (2007). The Warwick-Edinburgh Mental Well-being Scale (WEMWBS): development and UK validation. *Health and Quality of Life* 5 (63). <https://doi.org/10.1186/1477-7525-5-63>
- *Termorshuizen, J. D., Watson, H. J., Thornton, L. M., Borg, S., Flatt, R. E., MacDermid, C. M., Harper, L. E., Furth, E. F., Peat, C. M. y Bulik, C. M. (2020). Early impact of COVID-19 on individuals with self-reported eating disorders: A survey of~ 1,000 individuals in the United States and the Netherlands. *International Journal of Eating Disorders*, 53(11), 1780-1790. <https://doi.org/10.1002/eat.23353>
- Torales, J., O'Higgins, M., Castaldelli-Maia, J. M. y Ventriglio, A. (2020). The outbreak of COVID-19 coronavirus and its impact on global mental health. *International Journal of Social Psychiatry*, 66(4), 317-320. <https://doi.org/10.1177/0020764020915212>
- Touyz, S., Lacey, H., y Hay, P. (2020). Eating disorders in the time of COVID-19. *Journal of Eating Disorders* 8 (19). <https://doi.org/10.1186/s40337-020-00295-3>
- Udo, T., y Grilo, C. M. (2019). Psychiatric and medical correlates of DSM-5 eating disorders in a nationally representative sample of adults in the United States. *International Journal of Eating Disorders*, 52(1), 42–50. <https://doi.org/10.1002/eat.23004>
- Vaz, A. R., Conceição, E., Pinto-Bastos, A., Silva, D., y Machado, P. P. (2020). Validation of the Portuguese version of the clinical impairment assessment (CIA) in eating disorders patients. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 25(3), 627-635. <https://doi.org/10.1007/s40519-019-00661-4>
- *Vuillier, L., May, L., Greville-Harris, M., Surman, R., y Moseley, R. L. (2021). The impact of the COVID-19 pandemic on individuals with eating disorders: the role of emotion regulation and exploration of online treatment experiences. *Journal of Eating Disorders*, 9(1), 1-18. <https://doi.org/10.1186/s40337-020-00362-9>

- Wang, Y., Di, Y., Ye, J., y Wei, W. (2021). Study on the public psychological states and its related factors during the outbreak of coronavirus disease 2019 (COVID-19) in some regions of China. *Psychology, Health y Medicine*, 26(1), 13-22. <https://doi.org/10.1080/13548506.2020.1746817>
- Weissman, R. S., Bauer, S., y Thomas, J. J. (2020). Access to evidence based care for eating disorders during the COVID-19 crisis. *International Journal of Eating Disorders*, 53(5), 369–376. <https://doi.org/10.1002/eat.23279>
- Weiss, D., y Marmar, C. (1997). The Impact of Event Scale—Revised. W: Wilson J., Keane T.(red.). *Assessing psychological trauma and PTSD: A handbook for practitioners*.
- Whiteside, S. P., Lynam, D. R., Miller, J. D., y Reynolds, S. K. (2005). Validation of the UPPS impulsive behaviour scale: a four-factor model of impulsivity. *European Journal of Personality*, 19 (7), 559-574. <https://doi.org/10.1002/per.556>

