



**Universidad  
Zaragoza**

**CAMBIOS EN EL PERFIL CLÍNICO-EPIDEMIOLOGICO DE LA  
UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN DE PSIQUIATRÍA INFANTO-  
JUVENIL DURANTE LOS AÑOS 2019 Y 2021 Y LA INFLUENCIA DE  
LA PANDEMIA SARS-COV-2**

**CHANGES IN THE CLINICAL-EPIDEMIOLOGICAL PROFILE AT THE  
CHILD-YOUTH PSYCHIATRIC HOSPITALIZATION UNIT WITHIN  
THE YEARS 2019 AND 2021 AND THE INFLUENCE OF THE SARS-  
COV-2 PANDEMIC**

**TRABAJO FIN DE MÁSTER UNIVERSITARIO: INICIACIÓN  
A LA INVESTIGACIÓN EN MEDICINA**

**Autor:** Ana Lorente Rubio

**Directores:** Pedro Manuel Ruiz Lázaro

David Vaquero Puyuelo

Servicio de Psiquiatría del Hospital Clínico Universitario

Lozano Blesa Facultad de Medicina. Universidad de

Zaragoza.

Curso académico 2022/2023



## ÍNDICE

GLOSARIO .....	5
RESUMEN .....	6
ABSTRACT .....	7
INTRODUCCIÓN .....	8
Coronavirus .....	8
Trastornos de la conducta alimentaria .....	9
Trastornos de ansiedad .....	14
Trastornos del estado del ánimo.....	15
Trastornos dentro de la esfera sensorial .....	16
Trastornos de la personalidad.....	17
Trastornos por abuso de sustancias.....	18
Ideación tanática y autolítica .....	19
Caso a estudio .....	21
HIPÓTESIS Y OBJETIVOS.....	23
JUSTIFICACIÓN .....	24
MATERIAL Y MÉTODOS .....	25
Diseño.....	25
Material.....	26
Muestreo.....	27
Método y análisis estadístico .....	27
Aspectos ético-legales.....	28
RESULTADOS .....	30
Número de ingresos en planta .....	30
Estancias en el centro hospitalario .....	31
Estancia media .....	32
Altas totales.....	33
Mortalidad.....	34
Sintomatología de psicopatologías concretas: TCAs.....	35
DISCUSIÓN.....	37
Ingresos .....	37
Estancias en el centro hospitalario .....	37
Días de estancia media.....	37
Altas totales.....	38
Mortalidad.....	38

Empleo de psicofármacos en patologías concretas .....	39
Variabilidad en torno a los TCAs .....	40
Cambios en el inicio del manejo terapéutico de los TCAs en el HCULB.....	43
Sintomatología de psicopatologías concretas.....	44
LIMITACIONES .....	46
CONCLUSIONES .....	47
BIBLIOGRAFÍA.....	48
ANEXOS .....	53

## GLOSARIO

AN: Anorexia nerviosa

ANR: Anorexia nerviosa de tipo restrictivo

BM: Bulimia nerviosa

HCE: Historia Clínica Electrónica

HCULB: Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa

IJ: Infanto-juvenil

OMS: Organización Mundial de la Salud

TA: Trastorno por atracones

TCAs: Trastornos de la conducta alimentaria

TD: Trastornos depresivos

TEA: Trastorno del espectro autista

TLP: Trastorno límite de la personalidad

TP: Trastorno de la personalidad

UHA: Unidad de Hospitalización de Adultos de Psiquiatría

UH-IJ: Unidad de Hospitalización de Psiquiatría infanto-juvenil

UTCA: Unidad de Trastornos de la Conducta Alimentaria

## RESUMEN

**Introducción** El impacto de la pandemia SARS-CoV-2 ha generado un cambio significativo en la práctica clínica de los trastornos alimentarios tal y como los conocemos hoy en día. La implementación de medidas de la cuarentena acontecida en el año 2020 implicó la necesidad de un cambio en el abordaje terapéutico, así como en la tipología y posiblemente en la prevalencia del número total de TCAs. En este estudio se pretende analizar el efecto que ha provocado dicha pandemia en pacientes con y sin antecedentes psiquiátricos personales de TCA, abarcando un amplio rango de edades que incluye desde la etapa de la infancia hasta la mayoría de edad.

**Material y métodos:** se realizó una búsqueda bibliográfica en las bases de datos MedLine, WoS y Scopus. Se combinaron los términos *coronavirus, bulimia, anorexia nerviosa y desordenes alimentarios* (MeSH/Emtree) y los operadores booleanos AND, OR, NOT y se utilizó la proximidad con los símbolos "". Se obtuvieron 67 artículos. Se restringieron los resultados a aquellos artículos publicados en los últimos 5 años para obtener una bibliografía lo más reciente y actualizada posible. Todos los resultados fueron filtrados por tipos de estudio, idioma, y tipo de patología psiquiátrica quedando un total de 27 junto con las referencias empleadas para la contextualización del presente estudio. Se comprobó la inclusión de todas las revistas científicas en el indicador de calidad Journal Citation Report (JCR), accesible mediante biblioteca UNIZAR. Posteriormente se realizó un estudio estadístico transversal. Se emplearon las pruebas estadísticas T de Student y Chi2 y se aplicó el nivel de significación estadística  $p < 0.05$ .

**Resultados:** Nuestro estudio mostró resultados estadísticamente significativos en varias medidas: la incidencia del número de ingresos aumentó un 27,3% ( $p < 0.004$ ), las estancias en el centro hospitalario se incrementaron en un 9,1% ( $p < 0.01$ ), las altas experimentaron un incremento del 25% ( $p < 0.002$ ), la AN mantuvo números similares (46,2% y 47%;  $p = 0.021$ ), las conductas restrictivas ascendieron del 55,6% al 71% (valor  $p = 0.017$ ) y los gestos autolesivos se incrementaron un 50,8% de un periodo a otro ( $p = 0.019$ ). Por otra parte, obtuvimos resultados estadísticamente no significativos: la estancia media descendió un total de 1,68 puntos respecto al 2019 ( $p > 0.05$ ), la BN osciló entre 10% y 17% ( $p > 0.4$ ). No se registraron variaciones en la mortalidad.

**Conclusión:** la carga asistencial en la UH-IJ del HCULB ha experimentado un incremento en el año 2021 respecto al año 2019. La patología que más relevancia e incidencia ha experimentado ha sido la anorexia nerviosa de tipo restrictivo. Sin embargo, existe una gran heterogeneidad en cuanto a la forma de expresión clínica que configuran las diversas entidades nosológicas entre los diferentes periodos de estudio. A pesar de los avances descritos, se precisa de una mayor investigación en torno a este tema para comprender en profundidad los factores subyacentes y los mecanismos etiopatogénicos implicados. Además, dado que nos encontramos en un periodo temporal relativamente cercano a la pandemia por SARS-CoV-2, las posibles consecuencias a largo plazo han de ser estudiadas, lo que enfatiza la importancia de continuar con la investigación traslacional sobre este campo específico.

## ABSTRACT

**Background:** The impact of the SARS-CoV2 pandemic has originated a significant change in the clinical practice of eating disorders as we know them nowadays. The implementation of quarantine measures that took place in 2020 produced the need of a change in the therapeutic approach of EDs, its typology and possibly increased prevalence of EDs cases. The aim of this research is to analyse how the effect of the pandemic has compromised the development of eating disorders in patients who previously had and didnt have psychiatric pathology within a range of age that encompasses childhood and adulthood.

**Methods:** a literature research has been carried out in the databases Medline, WoS and Scopus. Different terms such as coronavirus, bulimia, anorexia nervosa, eating disorders were combined, as well as the booleans operators AND, OR, NOT; the symbols "" were also employed in order to generate proximity. A total of 67 articles were obtained. The results were limited within a 5 years period of time with the aim to generate a recent and accurate bibliography. All the results were filtered according to the brand of papers, language and psychiatric disorders, with a total remaining amount of 27, added to the resto f references that were used in order to contextualize this research. The inclusion of all the scientific papers was scrutinized with the Journal Citation Report (JCR), reachable due to "biblioteca UNIZAR". Later on a cross statistic study was carried out. The statistical tests T Student and Chi2 were employed and  $p < 0.05$  was applied as the statistical significant value.

**Results:** our research showed statistical significant results in several measures: the hospitalization incidence increased 27,3% ( $p < 0.004$ ), the hospital stay increased its number 9,1% ( $p < 0.01$ ), hospital discharges increased a total of 25% ( $p < 0.002$ ), NA remained with similar results (46,2% y 47%;  $p 0.021$ ), restrictive conductual behaviour raised up from 55,6% to 71% (valor  $p 0.017$ ), autolytic gestures raised uo to 50,8% from one term to another ( $p 0.019$ ). On the other hand we obtained results without statistical significance: the mean hospital stay decreased 1,68 points from 2019 ( $p > 0.05$ ), BN ranged between 10% y 17% ( $p > 0.4$ ). There were no variations obtained within mortality.

**Conclusion:** the global amount of patients at the CY-HU of the HCULB has increased its number in 2021 compared to 2019. The most relevant and incidental pathology turned out to be restrictive NA. Nevetheless, there is a substantial heterogeneity according to the clinical expresion of several psychopathologies among the periods that we aimed to study. Even with the reported developments, more research is needed around this topic in order to acquire a deeper understanding about the underlying factos and etiopathogenic mechanism that are involved. Besides, as we find ourselves in a period of time nearby the SARS-CoV-2 pandemic, the potential long term consequences need still to be studied, which maximizes the importance to keep the traslational research on this specific field.

# INTRODUCCIÓN

## Coronavirus

A finales del año 2019 el mundo fue testigo del inicio de una nueva tipología de Coronavirus. Dicho patógeno recibió el nombre de SARS-CoV-2 y fue declarado por primera vez por las autoridades chinas en Wuhan, en la provincia de Hubei. Desde ese momento el hasta entonces desconocido virus comenzó a expandirse rápidamente por todo el mundo.

El 11 de marzo de 2020 la Organización Mundial de la Salud reconoció la situación que se vivía en aquellos momentos con el rango de pandemia. Millones de personas en los cinco continentes comenzaron a percibir y experimentar la gran cantidad de consecuencias que ocasionaría el Coronavirus a partir de entonces. (1)

En España empezó el 15 de marzo de 2020 el llamado estado de alarma ante la emergencia sanitaria que se preveía. Bajo marco jurídico se inició, bajo control parlamentario, el famoso confinamiento. A partir de ese momento los ciudadanos españoles no podían abandonar sus domicilios a no ser que fuera por una emergencia médica, adquirir productos alimentarios o de primera necesidad o por otras causas de fuerza mayor.

La pandemia por COVID-19 supuso un nuevo reto para los sistemas sanitarios a nivel mundial y para todas las unidades y centros hospitalarios que los componían, a su vez que para sus sanitarios. Se necesitó adecuar y dotar a los hospitales de recursos, espacios y personal que pudiese afrontar la nueva y compleja situación. En el ámbito de la atención de urgencia, fueron necesarios tanto el aumento de personal, la habilitación de espacios dentro de los hospitales que previamente no tenían un uso específico para tales fines, la telemedicina y la gestión preventiva y comunitaria. (2)

El periodo en el cual se mantuvo el confinamiento y los meses posteriores supusieron un flujo continuo de pacientes que aumentaban la carga asistencial y exigían un incremento de los recursos y el trabajo sanitario. Todo este proceso se vivió de una manera aguda y brusca, pero las implicaciones que la pandemia ha tenido no se circunscriben únicamente al período establecido durante el Estado de Alarma o el confinamiento. (3)

Podemos realizar una división de las consecuencias de la Pandemia por COVID-19 atendiendo al momento agudo en el que se inició la misma y a los meses que la acontecieron. Por otro lado, encontramos las consecuencias a mayor largo plazo que se circunscriben a los meses y años siguientes, las cuales nos encontramos todavía en el día de hoy viviendo; y que sin lugar a duda se mantendrán en años futuros Dichas consecuencias tienen componentes sanitarios, sociales, económicos, administrativos y a los que se deberá atender en su conjunto. (4)

Dentro de una especialidad médica como es la Psiquiatría, las consecuencias provocadas por una Pandemia de tal magnitud no solo afectan en el ámbito sanitario. Las situaciones económicas, laborales, sociales, familiares y culturales que supuso el período que se



vivió durante los meses de Estado de Alarma y los que a continuación se sucedieron han influido notablemente en la Salud Mental de gran parte de la población española y mundial.

El abordaje de ciertas patologías que afectan a la Salud Mental depende enormemente del constructo social en el que se encuentra el paciente en cuestión. En definitiva, no solo es necesario el despliegue de un abordaje psicoterapéutico y/o psicofarmacológico, sino que también resulta fundamental contar con un soporte psicosocial efectivo que permita iniciar, mantener y fortalecer un plan terapéutico dirigido a las necesidades en particular de cada sujeto. Por lo tanto, la situación desencadenada por el SARS-CoV-2 tuvo un impacto negativo no solo en la población general sino también a aquella con antecedentes en salud mental, poniendo a dicha población en una posición de mayor vulnerabilidad. (5)

Dividimos los inconvenientes que supuso la pandemia en base a:

- Inicio de nueva psicopatología en pacientes que previamente no tenían historia previa con Psiquiatría o con Psicología o bien carecían de tratamiento psicofarmacológico.
- Empeoramiento de psicopatología de base ya existente en pacientes que previamente habían tenido historia previa con Psiquiatría o Psicología o bien mantenían un tratamiento psicofarmacológico.
- Dificultad para poder mantener pautas psicoterapéuticas, planes terapéuticos o bien acudir a solicitar primeras consultas o ayuda para el abordaje.
- Carencia de planificación o campañas que potenciasen la Salud Mental en el momento crítico de la Pandemia a causa de la brusquedad de inicio de la misma.

No podíamos, previo al inicio de este estudio, no realizar una breve descripción y explicación de los trastornos psiquiátricos más comunes que precisan ingreso en nuestra UH-IJ; en especial, los trastornos de la conducta alimentaria.

### Trastornos de la conducta alimentaria

Dentro de las psicopatologías más representativas y relevantes que parecen haber padecido un viraje en su tendencia habitual destacan los Trastornos de la Conducta Alimentaria (los definiremos como TCAs a partir de ahora). En las últimas décadas han tenido una gran repercusión clínico, social, intrafamiliar y terapéutica. Estos trastornos, que suelen iniciarse en la infancia tardía, adolescencia o adultez temprana tienen una alta tasa de morbi-mortalidad, por ello es de gran interés clínico su estudio y tendencia en relación con la pandemia por Coronavirus. Se trata de entidades en las cuales se ven involucrados gran cantidad de factores, tanto biológicos, genéticos, culturales y ambientales. Por lo tanto, el impacto de la pandemia y del confinamiento ha generado un cambio significativo en las manifestaciones de los TCA. Esta repercusión ha despertado un gran interés en su estudio y comprensión. (6)

Los trastornos de la conducta alimentaria son entidades de gran prevalencia e incidencia en nuestro medio, viéndose afectas millones de personas en todo el mundo. Se define como TCA a aquellos trastornos mentales que se caracterizan por un comportamiento

patológico frente a la ingesta alimentaria, existiendo de forma concomitante a su vez en la mayoría de los casos una obsesividad por el control del peso corporal. Se trata de enfermedades mentales graves y complejas que pueden tener una gran variedad de pronósticos en función de los tratamientos aplicados, el diagnóstico, abordaje precoz y la tipología individual de cada paciente que los padece.

Todo el espectro de enfermedades que engloban los TCAs conllevan una gran repercusión tanto física como mental. Ocasionan un gran deterioro en un elevado número de pacientes teniendo repercusión en múltiples esferas vitales: familiares, personales, académicas, sociales, laborales etc. El tratamiento de estas patologías por tanto tiene un gran número de frentes que pueden ser abordados. Pese a la existencia de múltiples abordajes terapéuticos resulta complicado conseguir una eficacia adecuada, por ello es de gran relevancia enfocar el tratamiento en aquellos aspectos específicos para cada paciente. Para ello es necesario poder realizar un abordaje psicoterapéutico individual, potenciando aquellos aspectos psicopatológicos o farmacológicos que mejor se adapten o convengan a cada paciente. El abordaje ideal sin duda es aquel que comprenda un equipo multidisciplinar que incluya tanto un equipo de facultativos especialistas en salud mental tales como psiquiatras, enfermería, psicología, grupos de apoyo y si es preciso tratamiento psicofarmacológico pautado. (7)

La anorexia nerviosa y la bulimia son las entidades más representativas dentro de los TCAs. En un segundo plano podemos englobar otro tipo de patologías como el Trastorno por atracones (TA) o PICA (consumo persistente de sustancias no nutritivas durante un periodo superior a mínimamente un mes, de manera inadecuada y siempre que dicha ingesta no sea castigada culturalmente).

Enfocando en primer lugar la anorexia nerviosa podemos definir esta entidad como la grave pérdida de peso que es resultado de la restricción de la ingesta de una manera voluntaria y consciente. Dicha pérdida de peso se ve incentivada por una preocupación excesiva por la imagen corporal. La esencia principal en la anorexia nerviosa es el rechazo voluntario para mantener un peso corporal dentro de los rangos entendidos como habituales o saludables en un individuo sano. Los pacientes que padecen esta entidad tienen a mantener un peso que se encuentra por debajo de los niveles considerados normales para su edad, talla, raza y sexo. Dentro de la AN encontramos diferentes subtipos en relación con la existencia o no de atracones o purgas en la conducta restrictiva seguida por los pacientes (8) (9):

- Anorexia nerviosa de tipo purgativo o compulsivo: los episodios de atracones o purgas se encuentran presentes en estos individuos, pudiendo existir uno o ambos coetáneamente. Suele ser común que al realizar un episodio de atracón éste se vea “compensado” o seguido de un episodio de purga que consiste en la inducción consciente y voluntaria del vómito con el objetivo de eliminar aquellos alimentos consumidos. Numerosas pacientes recurren también a técnicas purgativas que no incluyen el vómito (que es el método más comúnmente extendido) como el uso de diuréticos, laxantes y enemas. Existen también pacientes que realizan episodios purgativos (indiferentemente de vómitos o

empleo de laxantes y/o diuréticos) sin haber realizado previamente un episodio de atracón, es decir, llevan a cabo estos episodios tras ingestas alimentarias de pequeñas cantidades de comida o sus comidas habituales.

- Anorexia nerviosa de tipo restrictivo: los episodios de atracones o purgas no se encuentran presentes en estos pacientes. Los principales métodos para aumentar la delgadez o la pérdida de peso son el ejercicio, el ayuno, dietas hipocalóricas etc.

El inicio medio de la AN es de 16 años, incluyéndose en un rango medio de 14-18 años donde se producen la mayoría de los picos. La aparición de esta psicopatología en mujeres de mayor edad es más rara y a su vez conlleva un peor pronóstico. (8), (9).

Sin lugar a duda esta psicopatología es más común en aquellos países desarrollados donde existe una cultura de dieta y en su mayoría las mujeres se ven sometidas a una exposición constante de un ideal de belleza femenino marcado por un prototipo corporal delgado. El ideal al que nos referimos intenta traducir la delgadez corporal como belleza y/o éxito. Las constantes campañas publicitarias que emplean una tipología corporal excesivamente delgada, la imagen cinematográfica o televisiva que constantemente es mostrada y los ideales de las últimas décadas reflejan a una mujer que es atractiva debido a estar delgada.

La AN está influenciada por un gran número de factores. En su mayoría, como ya ha sido mencionado, hay una influencia social, pero a su vez hay otros factores que empujan a las mujeres hacia este trastorno: episodios vivenciales complejos (entorno estudiantil, laboral, rupturas sentimentales, fallecimientos o abandonos de familiares etc.) y la influencia hormonal. Se ha encontrado relación con el nivel de estrógenos existentes en las mujeres y la aparición de TCAs, aumentando la prevalencia de dichos trastornos en episodios o momentos vitales que se ven más influenciados por las hormonas que se relacionan con la reproducción. (10)

La Bulimia Nerviosa es el otro gran representante dentro de espectro de los TCAs. Es un tipo de trastorno que se caracteriza por una relación con la comida de carácter impulsivo, existiendo episodios de atracones que suelen verse seguidos de estrategias compensatorias para evitar un aumento de peso dada la preocupación existente por el aspecto físico.

Se trata de una entidad que se ve más relacionada con otras alteraciones psicopatológicas como intentos autolíticos, ideación tanática en distintos contextos, abuso de sustancias, dificultad para el control de impulsos, mayor desinhibición conductual y sexual, trastornos afectivos; cabe destacar la especial relación existente con el trastorno de la personalidad en cluster B de tipo límite o borderline (TLP, caracterizado por una gran impulsividad). En esta entidad para poder realizar un diagnóstico los atracones y las conductas compensatorias deben producirse, al menos, una vez a la semana durante como mínimo un periodo de tres meses. Al igual que en la AN podemos dividir la BM en dos entidades o subtipos (11):

- Bulimia nerviosa de tipo purgativo: se trata de un subtipo caracterizado por la auto-provocación de vómitos en su mayor parte o bien por el uso de laxantes, diuréticos y enemas.
- Bulimia nerviosa de tipo no purgativo: se trata de un subtipo que no se caracteriza por la auto-provocación del vómito o uso de otros métodos como laxantes, enemas o diuréticos. Sin embargo, cobran una mayor importancia aquellas estrategias compensatorias que incluyen la práctica de ejercicio excesivo o el ayuno intermitente tras atracones o esporádicamente.

Se entiende por atracón el consumo de una cantidad de comida notablemente superior a lo que un individuo llevaría a cabo en una ingesta normal, todo ello en un periodo de tiempo corto en el tiempo. Dichos atracones se ven asociados a una falta de control o de impulsividad, posteriormente a que se produzca el atracón la mayoría de las pacientes se sienten avergonzadas por la conducta que han llevado a cabo, por ello intentan compensar dichos impulsos con estrategias compensatorias como vómitos, laxantes enemas o purgas de otro tipo.

Al igual que en la anorexia nerviosa de tipo purgativa, el vómito es la estrategia compensatoria más extendida. Con menor frecuencia se recurre al uso de laxantes o enemas, pero hasta un tercio de los pacientes pueden llegar a emplear estos métodos. Otro tipo de estrategia compensatoria es la rumiación, consistente en la regurgitación de la comida que ha sido tragada previamente, dicho mecanismo se ve normalmente asociado a aquellos individuos que han desarrollado conductas purgativas de larga evolución. (8), (9), (11).

Es común que tras episodios de atracones o tras periodos de una alimentación basal aumentada o no compensada existan etapas en las que las pacientes no ingieren alimentos a lo largo de uno, dos o incluso más días o bien realizan un ejercicio físico de gran intensidad con el objetivo de intentar compensar el aporte calórico que los atracones han supuesto para ellas. Dichas rutinas de ejercicio pueden ocurrir a horas del día poco comunes, en lugares poco habituales y de una manera excesiva que llega a influir en el día a día de las pacientes.

Como se ha mencionado previamente la Bulimia Nerviosa se ve altamente relacionada con otras entidades psiquiátricas. La sintomatología depresiva está altamente ligada a esta tipología de pacientes, así como los rasgos distímicos. En un tercio de estas pacientes aparece dependencia a sustancias y abuso de las mismas (alcohol, marihuana y otros tóxicos y psicoestimulantes). Los trastornos de la personalidad también aparecen altamente ligados a este trastorno, destacando TP de tipo límite caracterizado por una gran impulsividad. Los síntomas y trastornos ansiosos se ven muy relacionados a su vez con esta patología, así como las conductas autolesivas (que pueden englobarse dentro del componente impulsivo de esta entidad). (12)

Centrándonos en el motivo principal de este trabajo haremos alusión al componente social que influye en los TCAs. Como ha sido comentado previamente el impacto de la cultura de dieta, culto al cuerpo y bombardeo publicitario de la imagen corporal parece

ser el eslabón más potente a la hora de la aparición de un TCA. Un momento vivencial tan crítico como el que supuso la pandemia causada por el Coronavirus ha parecido tener una gran influencia en la nueva aparición o empeoramiento de los trastornos ya existentes. Numerosos estudios estadísticos llevados a cabo desde el año 2020 han intentado establecer una relación entre la pandemia y el confinamiento en base a los TCAs.

Es necesario destacar el crecimiento exponencial que estas patologías han tenido a lo largo de las últimas décadas. El interés clínico, social, sanitario y cultural es creciente, así como las repercusiones que estas entidades conllevan. Estas enfermedades aparecieron o tuvieron un incremento en España en los años 70. En dichos años lo común era atender un caso de anorexia nerviosa al año, a partir de la década de los años 80 se atendía un caso al mes y a finales de la misma, un caso a la semana. A partir de los años 90 el crecimiento se vio enormemente incrementado. Se ha observado la tendencia de dichas enfermedades a experimentar un auge en momentos de crisis económicas y sociales, donde la incidencia se ve incrementada. (8), (10).

Genera un gran impacto el hecho de que estos trastornos apenas tuvieran relevancia hace apenas tres o cuatro décadas y en el momento actual los servicios sanitarios y unidades hospitalarias se vean desbordadas por las mismas. Se intenta achacar en la medida de lo posible el aumento de la incidencia y prevalencia de estas psicopatologías a los problemas de conceptualización y contextualización existentes hace unos años, ya que las conductas de exceso con la comida y las estrategias compensatorias aparecen definidas hace años en múltiples manuales o documentos recogidos.

El culto al cuerpo se trata, a día de hoy, de un fenómeno de gran impacto social. En el momento actual nuestra social construye un constructo en el cual se excluye enormemente a aquella población con obesidad. El cuerpo ideal se circunscribe a aquel ideal de belleza representado por modelos que estéticamente representan a una mujer idílica que refleja la utopía de la delgadez, fragilidad y delicadeza. Sin duda alguna se trata de un constructo social, ya que es enormemente representativa la diferencia existente entre la imagen corporal femenina en diferentes culturas: en sociedades del norte de África y pueblos de Oriente Medio se idealiza a una mujer con mayor corpulencia, en países de África Central antes de ceremonias matrimoniales se fuerza a la mujer a engordar como muestra de prosperidad para el matrimonio. Por ello deberíamos preguntarnos cómo una apariencia tan dependiente de lo cultural, lo social y lo geográfico puede afectar con tanta fuerza e ímpetu a las mujeres de nuestro medio más cercano. (13).

Según Gardner la imagen corporal se compone de dos entidades: un componente perceptivo y otro actitudinal. El componente perceptivo engloba el estigma del tamaño y la apariencia y el componente actitudinal recoge los sentimientos y actitudes hacia el propio cuerpo.

El hecho de vivir un periodo histórico en el cual la sociedad se vio impuesta a permanecer gran cantidad de meses en su domicilio repercutió en gran medida a los

trastornos de la conducta alimentaria. Mujeres adolescentes y jóvenes se vieron expuestas de manera continua y sin interrupción a días, semanas y meses en los cuales el bombardeo acerca de la imagen corporal y el culto al cuerpo se vieron potenciados exponencialmente. Las redes sociales se inundaron de planes deportivos, dietas adelgazantes o rutinas que permitían mantener un físico durante la época de la cuarentena o incluso mejorarlo. Todo ello añadido al componente ansioso y obsesivo que acompaña a estos trastornos, la presión social sufrida por parte de los adolescentes y jóvenes (en especial las mujeres) y la presión grupal explícita o implícita parece que ha provocado un aumento en la gravedad, incidencia, prevalencia y tendencia de estos temidos y emergentes trastornos. (14).

### Trastornos de ansiedad

La ansiedad es uno de los temas centrales dentro de la Salud Mental, adquiriendo un gran protagonismo en los últimos años y décadas. La ansiedad se define como un estado emocional displacentero de causas múltiples y no establecidas claramente; se trata de un constructo difuso y complejo de difícil conceptualización. Se acompaña comúnmente de alteraciones fisiológicas y conductuales.

Se trata del grupo de trastornos psiquiátricos de mayor frecuencia en la población general. Muchos de estos trastornos tienen un componente genético, pero en su mayoría se asocian a la agregación familiar y constructos culturales. Podemos dividir estos trastornos en múltiples subgrupos.

La ansiedad es un proceso reactivo normal, fisiológico y sano. La mayoría de la población la experimenta a lo largo de su vida. En circunstancias de preocupación, peligro, emocionales etc. la ansiedad provoca un aumento de la velocidad de las funciones del organismo; dicha aceleración puede suponer una ventaja ya que prepara al sujeto para la acción, haciéndole reaccionar más rápidamente y mejorando su actuación en momentos de mayor dificultad. La ansiedad comienza a ser un problema cuando aparece en momentos o circunstancias donde el peligro no es real, o aparece de forma desmesurada o bien persiste durante un periodo de tiempo demasiado extenso repercutiendo en la vida normal del sujeto y afectando a la forma en la que se desenvuelve en su día a día. (15).

Por un lado, encontramos el Trastorno de Angustia (trastorno de pánico), definido como la repetición continua de episodios de crisis de angustia. Tienen un inicio brusco, llegando a tener una gran intensidad en segundos o pocos minutos. Pueden aparecer síntomas de carácter somático, como sudoración, palpitaciones, taquicardia, mareo, temblores, náuseas; o de carácter psicológico como sentimiento de despersonalización, desrealización, sensación de muerte inminente etc.

Otro espectro a destacar son los trastornos fóbicos, donde de manera dual junto con los TCAs podemos incluir la “fobia a engordar”. A su vez encontramos en Trastorno por ansiedad generalizada (TAG).

Durante el periodo de pandemia y post pandemia temprana se ha observado una tendencia al alza de la incidencia y prevalencia de dichos trastornos, así como de su

clínica de manera aislada. Los servicios sanitarios han experimentado un aumento de consultas y visitas s urgencias debido a clínica de estas características. (8),(15).

### Trastornos del estado del ánimo

Dentro de los trastornos anímicos encontramos dos grandes grupos: los síndromes de características depresivas y los de características maniacas. Nos centraremos en aquellos trastornos depresivos (TD) que han tenido una mayor caracterización para el presente trabajo.

Los síndromes depresivos engloban una serie de propiedades que los caracterizan. Existen dentro de ellos una serie de síntomas fundamentales que los definen y distinguen de otras entidades pertenecientes a la Psiquiatría. Se trata de síntomas de carácter subjetivo que son, en ocasiones, difíciles de diagnosticar y distinguir al llevar a cabo una entrevista clínica. En todo TD encontramos un estado anímico descendido, una tristeza vital que puede definirse como melancólica. Los pacientes definen situaciones en las que no son capaces de sentir nada con una falta total de reactividad y la pérdida de la capacidad de disfrute (anhedonia). En múltiples ocasiones se encuentra presente una ansiedad coexistente e irritabilidad, todo ello asociado a un peor pronóstico. Puede haber una alteración de los ritmos circadianos, lo cual tiene una marcada relación con los ritmos de cortisol que pueden verse alterados en los TD. (8), (16).

Existen a su vez síntomas de carácter somático. Por un lado, encontramos las alteraciones del sueño (despertar precoz, hipersomnia, insomnio de conciliación, insomnio de mantenimiento, etc.), las disfunciones del apetito y el peso; todo ello influyendo en un estado de fatiga crónica y cansancio extremo.

A su vez pueden aparecer alteraciones conductuales o del comportamiento: disminución de la atención y la concentración (disfunción cognitiva), afectación de la conducta y el aspecto personal y en casos extremos estados de estupor y catatonía.

En un grado superior puede haber pensamientos o cogniciones depresivas que son altamente específicas y se relacionan con la esfera sensorceptiva. En casos extremos encontramos:

- Depresiones psicóticas o delirantes
- Delirios de negación (síndrome de Cotard)
- Delirios de persecución y de autorreferencia
- Alucinaciones, en especial auditivas, con tendencia a asumir “órdenes” de ideación tanática y autolítica.
- Síntomas psicóticos que conllevan un peor pronóstico, ya que se ven relacionados con un aumento del riesgo de suicidio.

Este tipo de entidad ha experimentado de igual manera un aumento durante el periodo de pandemia y de post pandemia. Si bien es cierto que la mayoría de afectados, en este caso, son adultos y no pacientes infanto-juveniles; afectando en mayor medida a mujeres con una edad comprendida entre 35 y 65 años. (8), (17).

## Trastornos dentro de la esfera sensorial

Dentro de este espectro de trastornos psiquiátricos encontramos aquellas enfermedades o estados en los cuales los pacientes pierden en algún momento el correcto juicio de la realidad y no son plenamente conscientes de sus actos y de las consecuencias que de ellos deriven. Dentro de este grupo de entidades podemos observar psicopatologías tales como demencias, esquizofrenia, cuadros paranoicos, delirios, autismos etc.

El objetivo principal del presente trabajo trata de analizar el impacto, que la pandemia acontecida a causa del Coronavirus, ha provocado. Dicha pandemia ha influido enormemente en gran cantidad de trastornos psiquiátricos, pero sobre todo en aquellos que son más dependientes de entidades o constructos sociales. La Psiquiatría es una especialidad dual, en la cual la etiología de muchas enfermedades se ve compartida no solo por motivos orgánicos o mentales directos sino también por la influencia social. Por todo ello, es comprensible entender el hecho de que ciertas patologías se vean más o menos influenciadas por un hecho tan reseñable como una pandemia global o bien no haya ninguna influencia en aparición de ciertas enfermedades. (8), (18).

Con todo ello nuestra intención es aclarar que hay patologías que van a experimentar unos cambios más notables que otras ya sea en términos de prevalencia, incidencia, empeoramiento clínico, cambios en el manejo, distinciones sintomáticas etc. Por otro lado, habrá patologías en las cuales un evento social de tal calibre tenga un impacto menor, o bien el impacto sea percibido de manera más tardía. La mayor demora de la aparición de empeoramiento de sintomatología o signos característicos de una enfermedad puede deberse o bien a la propia pandemia a la que nos estamos refiriendo o bien al desbordamiento sanitario que existió durante la época de máximo esplendor de esta. Durante el periodo en el cual el sistema sanitario se vio saturado o incluso paralizado hubo patologías que no tuvieron un empeoramiento en sí mismas por la aparición del coronavirus sino por la mayor demora en el tiempo de manejo, diagnóstico o plan terapéutico.

Por todo ello los trastornos que se incluyen dentro de la esfera sensorial pueden verse influidos por la aparición de la nueva cepa de Coronavirus; bien por la influencia de etiología social y cultural o bien por las dificultades de gestión sanitaria que existieron. Una vez realizada tal aclaración se muestra a continuación una breve descripción de los trastornos incluidos dentro de la esfera sensorial.

Dentro de este grupo de trastornos la entidad más destacable es la esquizofrenia. Se trata de una enfermedad de curso crónico, deteriorante que provoca alteraciones en el curso y contenido del pensamiento, lenguaje, conducta. Distinguimos dentro de ella una gran variedad de síntomas que dividimos en positivos o negativos. Los síntomas de tipología positiva son aquellos que previamente no se encontraban en el curso lógico y normal del paciente, es decir, no son parte de la experiencia normal, sino fenómenos añadidos que aparecen a causa de la propia enfermedad (alucinaciones, delirios, disgregación etc.). Los síntomas negativos son aquellas propiedades que un individuo pierde o ve deteriorados debido a la enfermedad, es decir, son características que



existían previamente en la experiencia normal del paciente pero que se ven afectados o deteriorados por la propia enfermedad. (19).

Otro espectro perteneciente a estos trastornos es el trastorno delirante crónico o paranoia. Suele presentarse en mujeres de sexo femenino y no suele afectar a población infantil, siendo más característico en sujetos mayores de 35-45 años. Existe una clara asociación con rasgos de la personalidad anormales o disruptivos además de poblaciones de mayor riesgo (nivel socio-económico bajo, inmigrantes, etc). A diferencia de la esquizofrenia estos pacientes sufren un delirio bien estructurado, sistematizado, monotemático y que puede resultar creíble o no parece carecer de tanta lógica o sentido como tal. Su inicio es menos brusco, insidioso, pudiendo llegar a tener años de duración, por lo que es más extraño o anormal encontrarlo en población infantil. Es importante destacar y especificar que esta clase de psicopatologías (TDC, esquizofrenia, etc.) puede tener un desarrollo más larvado y necesitar varios episodios para un diagnóstico concreto. Por todo ello su aparición puede verse en la infancia, pero su diagnóstico definitivo puede ser más tardío debido a que no cumple todos los criterios requeridos en el momento de su primera aparición. (8), (18), (19).

Otro tipo de entidades con menor incidencia o prevalencia son los trastornos esquizoafectivos, esquizofreniformes, psicosis breves, trastornos psicóticos compartidos etc. (8).

### Trastornos de la personalidad

Dentro de los trastornos de la personalidad encontramos aquellos englobados en los clusters A, B y C. Se trata de patrones de comportamiento de índole permanente, inflexibles, que afectan tanto a la esfera afectiva como cognitiva. Se trata de entidades egosintónicas, ya que los pacientes no las experimentan como si fueran desagradables o poco adecuadas. El paciente no suele reconocer dónde radican los problemas que puede tener al relacionarse con otras personas, achacando en la mayoría de ocasiones sus desavenencias a los demás (locus de control externo). (8).

Dentro de dichas entidades encontramos los trastornos de personalidad englobados en el Grupo A. Realizando una breve definición, en primer lugar, encontramos el TP de tipo Paranoide, con una clínica definida como recelosa, desconfiada, rígida, radical, hipersensibilidad, que puede desembocar en una clínica incluso delirante. Por otro lado, encontramos el trastorno esquizoide, englobando a individuos con tendencia al aislamiento, introvertidos, frialdad emocional, desinterés en relaciones afectivas. El TP de tipo esquizoide consta de alteraciones del pensamiento (susplicacia, pensamiento mágico), alteraciones en la percepción (despersonalización, desrealización), lenguaje peculiar, es más común que en otros trastornos la presentación de episodios psicóticos breves.

Los trastornos de la personalidad englobados en el grupo B acogen a sujetos emocionalmente inmaduros y caracterizados por una gran inestabilidad afectiva y emocional. Se relacionan en gran medida con el control de impulsos, consumo de sustancias, asociación con otros trastornos afectivos etc. El TP de tipo disocial presenta

un gran riesgo de consumo y dependencia de sustancias. Dichos sujetos carecen de un sentido de culpa propio o remordimiento, no atajando las normas sociales establecidas en la comunidad en la que se encuentran, a su vez no respetan los derechos y libertades de los demás. Son sujetos cargados de una gran impulsividad y pueden llegar a graves y severos episodios de violencia, teniendo una clínica con una empatía mínima.

El TP de tipo borderline o límite es el más interesante dentro de este estudio, ya que una gran cantidad de TCA tienen una clínica compartida. Son los pacientes que más acuden a consulta, más ingresos precisan, más recursos consume y más autolesiones y riesgo suicida presenta. Se trata de sujetos con una gran inestabilidad emocional, así como conductual y en las relaciones interpersonales. Presentan un sentimiento crónico de vacío, gran impulsividad, consumo de tóxicos. Pueden asociarse a su vez con episodios de disociación, episodios psicóticos breves e incluso depresivos.

El TP de tipo narcisista representa a aquellas personas con un marcado egoísmo, necesitando la admiración de los demás, con tendencia a fantasear con la grandeza. Presentan una tendencia a la depresión latente y su autoestima es baja. El TP de tipo histriónico representa a personas muy dependientes, con una gran necesidad de apoyo, seductores, sin llegar a establecer relaciones profundas.

Por último, encontramos a los trastornos de personalidad englobados en el grupo C. Se trata de sujetos muy ligados a los trastornos de ansiedad y neuróticos. En primer lugar, encontramos a los TP de tipo evitativo, muestran una gran hipersensibilidad al rechazo y al contacto social, tienen una muy baja autoestima y fobia social. En segundo lugar, podemos mostrar los TP de tipo dependiente; son sujetos pasivos, no son capaces de asumir responsabilidades ni tomar decisiones, de nuevo personas con una autoestima muy baja que suelen establecer relaciones muy patológicas. Por último, uno de los TP más representativos es este grupo es el TP de tipo obsesivo. Estos sujetos son meticulosos, escrupulosos y perfeccionistas. Tienen una gran dificultad para expresar sus emociones y son muy rígidos. Son individuos que pueden presentar una buena adaptación social, pero presentan gran dificultad para expresar sus emociones. (8), (9).

#### Trastornos por abuso de sustancias

Se trata de un grupo de trastornos de gran trascendencia clínica, terapéutica y sin duda social. Debido a que nuestro presente proyecto se centra en pacientes que han requerido ingresos en la unidad de hospitalización aguda estos trastornos no aparecen en este estudio ya que su manejo es de carácter ambulatorio o en unidades especializadas en el abuso de sustancias tóxicas.

En caso de que existan rasgos en pacientes que hayan sido ingresados en los periodos citados en la planta de Psiquiatría infanto-juvenil y sean de relevancia para el objetivo que se está tratando será reflejado en los resultados y discusión de este trabajo. Con ello hacemos referencia a que dichos trastornos o rasgos aparezcan de manera comórbida en pacientes incluidos en la muestra analizada. (20).

## Ideación tanática y autolítica

No se trata de un tipo de trastorno psiquiátrico en sí mismo, pero dado el viraje que ha parecido experimentar este tipo de sintomatología y la importancia numérica que está adquiriendo en la actualidad consideramos de gran relevancia realizar una breve explicación.

El suicidio es un problema que actualmente va en aumento, afectando a todos los estratos sociales y de relevancia a nivel mundial. Previamente definiremos conceptos tales como (21):

-Suicidio: se entiende por suicidio el acto con resultado letal, deliberadamente llevado a cabo por el sujeto con la finalidad de resultado letal, siendo la muerte un instrumento para obtener cambios deseables en la actividad consciente y en el medio social (ref).

-Intento de suicidio: acto no habitual con resultado no letal, deliberadamente iniciado y realizado por el sujeto, que le cause autolesión o que, sin la intervención de otros, la determinaría, o bien aquel en el que haya una ingesta de medicamentos en dosis superior a la reconocida como terapéutica.

-Ideación suicida: pensamientos universales sobre el cese de la propia vida en situaciones de estrés o sufrimiento intolerables. Valorado clínicamente, como la persistencia de la ideación en dos semanas previas a la exploración.

Según la OMS, cada año cerca de un millón de personas realizan un acto autolítico con éxito, aumentando las cifras hasta en un 60% en los últimos 50 años (ref), todo ello teniendo en consideración que por cada suicidio existen aproximadamente 20 intentos autolíticos. Todo ello genera una gran afectación social, familiar, sanitaria y política.

Los factores de riesgo para el suicidio son aquellos que aumentan de forma proporcional o exponencial los intentos autolíticos, convirtiéndose en desencadenantes potenciales de dichas conductas o actos. Cuantos más factores predisponentes de riesgo existan en relación numérica mayor será la probabilidad del paso al acto en las conductas suicidas. Múltiples estudios clasifican de manera muy diferente los factores de riesgo, los dividiremos en modificables y no modificables. Aquellos modificables son los que se asocian a factores que pueden verse alterados y provocar cambios de aumento o disminución del riesgo autolítico. Los factores de riesgo inmodificables son aquellos que se ven asociados al propio usuario y que no pueden alterarse ni cambiarse. Podemos clasificar a su vez la división anterior en:

### 1. Factores de riesgo biológicos:

- Edad: la senectud o vejez aumenta el riesgo suicida, sin embargo, el suicidio constituye actualmente la primera causa de muerte en personas con edades comprendidas entre los 15 y los 29 años en España, habiéndose visto un cambio de tendencia en los últimos años.
- Sexo: los intentos autolíticos han aumentado en relación al género femenino, sin embargo, son los hombres los que consuman un mayor número de suicidios.

- Sexualidad: las personas pertenecientes a la comunidad LGTBI se consideran una comunidad con mayor riesgo suicida, no por su orientación sexual o de género por sí misma sino por los constructos sociales actuales de índole negativa que suelen acompañarlos tales como discriminación, presión social, aislamiento, pérdida de lazos sociales etc.
  - Enfermedades somáticas u orgánicas: enfermedades de tipo crónico como VIH, cáncer, lesiones medulares, accidentes cerebrovasculares constituyen un factor de riesgo asociado.
2. Factores de riesgo psicosociales-demográficos:
- Estado civil: aquellos estados donde el apoyo afectivo o emocional es menor de una manera constante (divorcio, soltería, viudedad) aumentan los intentos autolíticos.
  - Etnia-religión-cultura: constituye un factor protector frente al riesgo suicida ya que las personas religiosas constituyen un porcentaje menor frente a las personas ateas en relación con el suicidio.
  - Estatus laboral: el desempleo, las situaciones de pobreza o bajo nivel socio económico aumentan el riesgo de suicidio.
  - Migración: se considera un factor de riesgo ya que la aceptación en otro tipo de cultura y cambios tan grandes y/o trascendentales como la cultura, política, estilo de vida, idioma generan un potencial asociado al riesgo.
3. Factores de riesgo asociados a antecedentes familiares:
- Trastorno en la infancia
  - Disfunción familiar
4. Factores de riesgo en relación con trastornos psiquiátricos:
- Trastornos psiquiátricos per se: la depresión mayor es la enfermedad que más relación tiene con la actividad o ideación suicida, entre el 70 y 90% de suicidios o intentos tienen relación con algún grado de depresión. La esquizofrenia constituye otro factor de riesgo asociado, además dichas conductas aparecen de una forma más inesperada, no deliberada ni estructurada y más agresivas o cruentas. Dentro del conjunto de enfermedades que engloban los TCA la anorexia nerviosa es el mayor factor de riesgo existente. El consumo de alcohol y otras sustancias de índole tóxica se relacionan de manera íntima y estrecha con la tentativa suicida y el suicidio consumado, relacionadas en su mayoría con estratos sociales más bajos o niveles socio-económicos menores. El trastorno bipolar constituye a su vez un factor de riesgo, ya sea en fases depresivas (como se ha mencionado anteriormente en relación con cuadros de depresión mayor) o en fases de manía o hipomanía por la actitud impulsiva y eufórica existente.
  - Sintomatología psiquiátrica asociada: ansiedad, impulsividad, agresividad etc.

- Personalidad: conlleva un elevado riesgo suicida dependiendo del tipo de personalidad. Las personalidades más susceptibles de este tipo de ideación o actos son el trastorno límite de la personalidad, antisocial e histriónico.
- Tratamiento psiquiátrico: durante las primeras semanas de administración de fármacos antidepresivos existe una elevación del riesgo suicida. Esto se debe principalmente a que el proceso de inhibición de serotonina y noradrenalina no es inmediato (en relación con el mecanismo de acción de múltiples antidepresivos), se necesitan varias semanas para observar una mejoría clínica de dichos neurotransmisores. Sin embargo, el bloqueo de la recaptación de dopamina es más rápido (casi inmediato) lo que provoca un efecto incitante y/o estimulante negativo que aumenta el riesgo de paso al acto.
- Intentos autolíticos previos: suponen un signo de alarma. Son el predictor más importante, de manera aislada o recurrente.

#### 5. Factores de riesgo ambientales:

- Acontecimientos estresantes: conflictos personales, situaciones con alta carga de estrés, desavenencias vivenciales, pérdidas de seres queridos etc. son desencadenantes de conductas suicidas.
- Acceso a metodología autolítica
- Bioclimatología: climas con mayor número de días nublados/ lluviosos, número de horas de sol y temperaturas más bajas se han relacionado con un incremento del riesgo suicida. (22).

Una vez explicados los conceptos anteriores podemos tomar la pandemia provocada por el coronavirus y el confinamiento derivado de ella como una situación ambiental/social que ha podido tener consecuencias negativas en la ideación y acto suicida. Esta situación a su vez afecta de manera más exponencial a aquellas personas que previamente se encontraban en una situación de mayor vulnerabilidad en torno al suicidio: como se ha mencionado previamente estados civiles de divorcio, estratos sociales más bajos, abuso de sustancias etc.

Por todo ello la suma obtenida de factores de riesgo previos más el gran potencial de la situación acontecida en España y a nivel mundial han provocado un aumento del número de intentos de suicidio y suicidios consumados, a su vez como un aumento del número de personas con ideación suicida.

#### Caso a estudio

La unidad asistencial a la cual hacemos referencia en el presente documento se trata de la Unidad de Hospitalización Aguda de Psiquiatría Infanto-Juvenil del Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Dicho hospital es un centro de tercer nivel, de carácter público, con un total de 802 camas y se encuentra ubicado en la Avenida de San Juan Bosco, 15 Zaragoza.

La unidad asistencias de UHA de Psiquiatría Infanto-Juvenil cuenta en el momento actual con un total de 12 camas. Este número se ha visto aumentado a finales del año 2022

debido a reformas llevadas a cabo como plan de expansión del propio centro hospitalario y la Comunidad de Aragón. Previamente esta unidad contaba únicamente con 6 camas.

El HCULB se trata del único centro de la Comunidad de Aragón que cuenta con una unidad especializada en Psiquiatría Infanto-Juvenil. En la UHA-IJ las patologías que parecen tener a priori una mayor relevancia son los TCAs. No solo dichas entidades se encuentran hospitalizadas, pero sí aparentar tener un mayor peso.

Los datos que se han recogido en este estudio y toda la información analizada se encuentra circunscrita al periodo en el cual el servicio contaba únicamente con 6 camas. El nivel de ocupación del servicio era continuamente de 6 camas. Los ingresos pueden realizarse mediante varias vías:

- Ingresos programados: vía psiquiatra de referencia o bajo consenso con la propia UHA P-IJ.
- Ingresos de carácter urgente: ante descompensación de psicopatología aguda, riesgo vital o médico para el propio paciente o bajo causa de fuerza mayor se puede a su vez ingresar en la unidad.
- Ingreso a través de derivación de otras plantas hospitalarias: en especial a través del servicio de Pediatría, quien en un primer momento realiza el control médico, clínico y analítico de gran parte de pacientes afectados por TCAs o TCAs que no cumplen criterios diagnósticos completos.
- Ingreso a través de otros centros hospitalarios: al ser el único centro hospitalario de la Comunidad de Aragón que cuenta con una planta de hospitalización aguda psiquiátrica infanto juvenil otros centros (HRV, HUMS, etc.) realizan derivaciones al centro.

Por otro lado, cabe destacar la existencia de la UTCA (unidad de trastornos de la conducta alimentaria). Se trata de una unidad de carácter ambulatorio en la que la recopilación de información se adecua a los TCAs. Es decir, se recogen cuestionarios completos y se rellenan encuestas con información precisa acerca de los TCAs que mantienen un seguimiento en dicha unidad.

## HIPÓTESIS Y OBJETIVOS

El objetivo principal del presente estudio es describir qué cambios se han producido en el perfil de usuario de la planta de hospitalización aguda infanto-juvenil del Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa (Zaragoza) a raíz de la pandemia ocasionada por el COVID-19. Todo esto conlleva que los objetivos establecidos específicamente para este trabajo sean:

- Cambios en la incidencia y prevalencia en relación con los ingresos acontecidos en el período comprendido entre los años 2019 y 2021, centrándonos en los TCAs.
- Determinar, en la medida de lo posible, el viraje numérico que han experimentado patologías concretas como TCAs, TDAH, depresiones etc.
- A su vez dentro de las patologías concretas a estudio comparar los cambios de síntomas y signos psiquiátricos, en relación con su gravedad y frecuencia: viraje en el número de intentos autolíticos, viraje en el número de crisis ansiosas o somatizaciones de las mismas.
- Analizar los tratamientos aplicados a los pacientes, en relación con psicofármacos y psicoterapias aplicadas.

## JUSTIFICACIÓN

La Pandemia por SARS-Cov2 ha supuesto un gran impacto para la Salud Mental, teniendo un elevado número de consecuencias negativas dentro de este ámbito. Existe una necesidad de conocer cuáles han sido los cambios acontecidos dentro de la psiquiatría infantil para poder abordar estas patologías de manera más eficiente y completa, logrando un abordaje multidisciplinar que consiga ayudar a nuestros pacientes, mitigar su enfermedad y mejorar su calidad de vida.

Dada la gran cantidad de cambios y el viraje que muchas patologías parecen estar experimentando, creemos que es necesario profundizar y ahondar en poder conocer las nuevas tendencias psiquiátricas reactivas a la insólita e inesperada pandemia provocada por el COVID-19. Por todo ello nos gustaría poder trasladar este estudio a la población psiquiátrica infanto-juvenil de nuestro hospital, el HCULB.



## MATERIAL Y MÉTODOS

### Diseño

Para poder conocer el posible cambio en el perfil clínico de los pacientes ingresados en la unidad de hospitalización aguda de psiquiatría infanto-juvenil del Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa se ha llevado a cabo un estudio de tipo transversal (conocido a su vez como de prevalencia o de corte). Se han estudiado de manera transversal dos períodos temporales y posteriormente se ha realizado una comparativa entre ambos.

Los períodos de tiempo que han sido estudiados se definen de tal manera: aquellos períodos temporales que comprenden las fechas establecidas desde el 1 de enero de 2019 hasta el 31 de diciembre de 2019 y aquel que comprende las fechas establecidas entre el 1 de enero de 2021 hasta el 31 de diciembre de 2021. De esta manera se quieren establecer las posibles variaciones que la pandemia por COVID-19 ha podido provocar en el perfil de pacientes entre estos dos años.

A su vez se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica. Con el objetivo de realizar una búsqueda actualizada y veraz se han seleccionado distintas palabras clave. Las palabras seleccionadas fueron traducidas al inglés debido a que las revistas con mayor impacto científico están redactadas en dicha lengua. De igual manera se empleó el tesoro (vocabulario controlado con términos específicos para evitar sinonimias y ausencia de información) MeSH, disponible en los recursos electrónicos de PubMed. Las palabras claves empleadas o *key words* fueron: “*eating disorder*”, “*anorexia nervosa*”, “*COVID-19*”, “*bulimia nervosa*”, “*adolescents*”, “*child psychiatry*”.

Se han empleado los recursos electrónicos de la Universidad de Zaragoza (Unizar, biblioteca Unizar) para poder acceder a las diferentes bases de datos disponibles. Con el objetivo principal de poder ejecutar una búsqueda bibliográfica de calidad se emplearon las bases de datos PubMed (en su mayoría) y Embase, pudiéndose obtener resultados en orden decreciente de relevancia. Se emplearon los operadores booleanos AND y OR en su mayoría para poder obtener una búsqueda más avanzada.

Se filtraron los resultados permitiendo realizar una revisión de numerosos artículos publicados en inglés y en español. Los resultados se restringieron, en su mayoría, a aquellos artículos publicados en los tres últimos años. A su vez fueron añadidos artículos de mayor data, ya que muchos aportaban un rico contenido académico al presente estudio, tales como definiciones o conceptualizaciones. De esta manera se ha querido generar una búsqueda bibliográfica actualizada, reciente y de interés.

Se verificó la inclusión de todas las revistas a las cuales pertenecían los artículos para comprobar su indicador de calidad JCR (*Journal Citation Report*), pudiéndose acceder desde la biblioteca de Unizar. EL número de referencias en torno a este tema es muy elevado debido al gran impacto que está teniendo en el momento actual y en tiempos venideros por ello es importante recalcar la importancia de seleccionar artículos de los últimos años.

Se analizó el contenido de los artículos en referencia a los distintos trastornos de la conducta alimentaria. Aquellos artículos que incluían a pacientes por encima de 18 años no fueron incluidos en la revisión ya que pertenecen al bloque de Psiquiatría de Adultos o bien se extrajo de ellos aquella información puntual que pudiera resultar pertinente. A su vez aquellos artículos que se centraran o hiciesen más hincapié en otros ámbitos o espectros de la Psiquiatría como esquizofrenia infantil, disociación, bipolaridad, abuso de sustancias, patología delirante fueron examinados, pero no han tenido un gran peso en el presente estudio. Esto es debido a que no se trata de la temática primordial que se ha querido abordar en este estudio. Por otro lado, aquellos artículos que incluían trastornos del espectro de la ansiedad, obsesividad, ideación autolítica o tanática fueron revisados y han tenido un mayor peso o influencia en el presente estudio ya que son entidades directamente relacionadas con los TCAs o que tienen una gran influencia sobre los mismos.

### Material

Se ha diseñado un registro en el cual se analizan distintas variables (dependientes o de efecto e independientes o de causa) que se definen a continuación.

-Variable o variables independientes o causales: aquella que se supone que es el factor que causa, afecta o condiciona en forma determinante a la variable o variables dependientes.

- Fecha en la que se producen los ingresos en la unidad de hospitalización aguda de Psiquiatría infanto-juvenil del HCULB, ya sea en el periodo que engloba el año 2019 o el que abarca el año 2021.

-Variable o variables dependientes o de efecto: son aquellas que se ven afectadas por la presencia de la variable independiente.

- Distribución de la carga asistencial
- Estancia media
- Índice de ocupación
- Índice de rotación
- Porcentaje de mortalidad
- Presión de urgencias
- Camas
- Ingresos: programados, urgentes o bien por traslado del servicio (generalmente provenientes de la planta de hospitalización pediátrica).
- Altas totales: ya sea a domicilio, por exitus, otras altas externas o bien por traslado del servicio.

## Muestreo

Los pacientes incluidos en este estudio han sido seleccionados a través de una selección consecutiva no probabilística.

Los criterios que se han seguido para obtener la muestra final han sido:

- Criterios de inclusión:
  1. Pacientes cuya edad esté comprendida dentro de los rangos de 12-18 años de edad.
  2. Pacientes que hayan estado hospitalizados (pudiendo ser un primer ingreso o sucesivos) durante el período comprendido entre el 1 de enero de 2019 hasta el 31 de diciembre de 2019 o bien en el período comprendido entre el 1 de enero de 2021 hasta el 31 de diciembre de 2021 en el HCULB.
- Criterios de exclusión:
  1. Pacientes cuya edad comprenda períodos superiores o inferiores al intervalo comprendido entre 12-18 años. Estos pacientes no se encuentran en los listados agregados que se generan anualmente en el Servicio de Psiquiatría Infanto-juvenil.
  2. Pacientes que hayan estado hospitalizados (primer ingreso o sucesivos) fuera del período comprendido entre el 1 de enero de 2019 hasta el 31 de diciembre de 2019 o bien en el período comprendido entre el 1 de enero de 2021 hasta el 31 de diciembre de 2021 en el HCULB.
  3. Pacientes ingresados fuera de la unidad infanto-juvenil del HCULB, es decir, pacientes pediátricos y adolescentes que se hayan encontrado hospitalizados en otras unidades como Cardiología, Digestivo, Traumatología, etc. Estos pacientes no se encuentran en los listados agregados que se generan anualmente en el Servicio de Psiquiatría Infanto-juvenil.

## Método y análisis estadístico

Se ha empleado el paquete estadístico JAMOV para el análisis estadístico de datos. El límite de la significación estadística ha quedado establecido como  $p < 0,05$ , aquellos resultados comprendidos entre  $p > 0,05$  y  $p < 0,1$ , han sido definidos como “cercanas a la significación estadística”.

A su vez se ha realizado una búsqueda y recopilación de datos a través de la Historia Clínica Electrónica y los informes existentes en la planta de hospitalización aguda infantil. En dichos informes e historias constan fármacos y tratamientos aplicados a los pacientes durante su estancia en la planta.

A la hora de realizar el análisis estadístico propiamente dicho en primer lugar plantearemos si la distribución que deseamos estudiar sigue una distribución normal. Para determinar la normalidad de las variables cuantitativas se ha utilizado la prueba de Kolmogórov-Smirnov (prueba K-S); dependiendo del valor obtenido de  $p$  podemos

rechazar o no rechazar  $H_0$ . En caso de que no debamos rechazar  $H_0$  la distribución sería normal. Para el estudio de las variables de tipo cuantitativo donde se querían comparar dos muestras independientes se ha empleado el test estadístico T de Student. Para el análisis y comparación de muestras cualitativas independientes se ha empleado el test de Chi<sup>2</sup>.

El Servicio de Estadística del HCULB genera resúmenes anuales donde agrupan anualmente los datos de distintos servicios del centro hospitalario. El análisis y estudio estadístico que se ha realizado en el presente estudio se ha valido de dichos resúmenes, en especial en el año 2019. Durante el periodo de 2019 está recogido de manera prácticamente completa los datos de interés para nuestro estudio. A su vez, como se ha mencionado anteriormente, se han recogido otros datos no reflejados en los resúmenes.

Datos de carácter subjetivo como: sintomatología concreta o más “servicio o facultativo dependiente” (elección de psicofármacos etc.) se han recogido de las HCE y de protocolos hospitalarios del propio centro.

En el apartado denominado *Resultados*, se reflejan tablas a modo de resumen para generar una idea global que muestre las medias aritméticas en base a los meses de los periodos anuales a estudio. A su vez para la comparativa estadística se emplean los valores medios del año 2019 en comparación con los datos recogidos del 2021.

### Aspectos ético-legales

Se ha solicitado permiso al Comité de Ética de la Investigación de la Comunidad de Aragón para garantizar todos los aspectos éticos relevantes. El permiso se obtuvo el día 16 de diciembre de 2022, a partir de ese momento comenzó el acceso online a través de las fuentes de información disponibles en el Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Se ha solicitado la autorización de la dirección médica del Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa para el uso de historias clínicas de los pacientes, obteniéndose un resultado favorable para el acceso a datos pertinentes para el presente estudio.

Este estudio a su vez está exento de la solicitud de un consentimiento informado de los pacientes. El acceso a las historias clínicas se realizó enteramente en el Servicio de Psiquiatría del Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa bajo la supervisión del tutor y cotutor del presente estudio. Parte de la información ha sido extraída de los listados que se generan anualmente en la unidad de Psiquiatría infanto-juvenil, en los cuales los pacientes aparecen ANONIMIZADOS. Cada paciente es incluido en el estudio y resumen anual que se realiza en el Servicio de Psiquiatría por parte del Servicio de Estadística, por ello los datos aparecen de manera anonimizada, no es posible correlacionar ni discernir a los pacientes, ya que los datos que se analizan no son de manera individual, sino del propio resumen que se genera. Esto quiere concluir que aparecen como medidas los resúmenes mensuales del servicio en el periodo de un año

La autora, director y cotutor garantizan la confidencialidad de la información recogida y de la que se obtenga. Se han comprometen al empleo de dicha información únicamente con carácter científico, analítico y clínico para el avance de la investigación científica y médica. Los participantes/pacientes han sido registrados de manera anónima, empleando códigos numéricos que hacen imposible su rastreo personal.

Los registros anonimizados, cumplen con los criterios de la Ley Orgánica 3/2018 de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y Garantía de los Derechos Digitales y el Reglamento General 2016/679. A su vez se ha seguido lo establecido según la Ley 14/2007 de 3 de julio, de Investigación Biomédica; la Ley 41/2002 de 14 de noviembre, de Autonomía del Paciente; los principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos recogidas en la Declaración de Helsinki en la Asamblea Médica Mundial.

## RESULTADOS

### Número de ingresos en planta

Se han recogido y recopilado datos de un total de 250 ingresos, de los cuales ya se han establecido las posibles pérdidas debido al no cumplimiento de criterios de inclusión y exclusión. Del total de ingresos analizados, 110 (44%) corresponden de manera válida al año 2019 y 140 (56%) al año 2021. Esto supone un incremento de ingresos en 2021 del 27,3% con respecto a 2019. Se refleja en la siguiente tabla la distribución de dichos ingresos:

Mes correspondiente	anual	Número de ingresos año 2019	Número de ingresos año 2021
Enero		7	10
Febrero		12	13
Marzo		15	14
Abril		7	9
Mayo		9	11
Junio		14	15
Julio		5	14
Agosto		10	9
Septiembre		6	12
Octubre		12	15
Noviembre		7	8
Diciembre		6	10

*Tabla 1. Relación número de ingresos por año y mes en la UHA-IJ del HCULB.*

Se han dividido a su vez los ingresos dependiendo de su origen: ingresos programados, urgentes, por traslado de servicio (mayoritariamente del servicio de Pediatría).

Tipo de ingreso	Año 2019	Año 2021
Programado	11	13
Urgente	78	101
Por traslado de servicio	21	26

*Tabla 2. Tipología de ingreso en UHA en año 2019 y 2021*

Del total de ingresos pertenecientes al periodo del año 2019 un 10% consisten en ingresos programados, 70,9% son ingresos de carácter urgente y un 19,1% se deben a traslados de servicio. Destacar que los traslados de servicio se deben en su mayoría a traslados por parte del servicio de Pediatría. Los traslados pertenecientes de otros centros sanitarios de la Comunidad de Aragón se incluyen dentro del apartado de ingresos urgentes ya que su vía de ingreso al centro hospitalario es a través del servicio de urgencias psiquiátricas.

Del total de ingresos pertenecientes al año 2021 un 9,2% se deben casos programados, un 72,1% a casos urgentes y un 18,7% se deben a traslados desde el servicio de Pediatría.

		Estadístico	gl	p	Diferencia de medias	Intervalo de Confianza al 95%	
						Inferior	Superior
Ingresos 2021	T de Student	3.70	11.0	0.004	2.67	1.08	4.25

*Tabla 3. Prueba T en una muestra para número de ingresos en planta.*

Como  $p < 0,01$  ( $< 0.05$ ) con una confianza del 95% se puede asegurar que existen diferencias estadísticamente significativas con respecto a los ingresos en 2019 y 2021. Los valores medios de ingresos en 2021 son entre 1,08 y 4,25 mayores que los del año 2019.

### Estancias en el centro hospitalario

Se han calculado las estancias de cada mes y año específico. Dicha información se ha generado a través de un sumatorio de los días que los pacientes han permanecido ingresados en función de cada mes. Durante el año 2019 la estancia media total en función de cada mes suponía un número total de 1952, frente a un total de 2130 en el periodo de 2021; lo cual supone un incremento del 9,1% de los días de estancia entre un periodo y otro.

Mes correspondiente	anual	Estancia 2019	Estancia 2021
Enero		141	177
Febrero		169	147
Marzo		145	182
Abril		154	180
Mayo		171	186
Junio		173	179
Julio		185	186
Agosto		161	176
Septiembre		175	168
Octubre		164	183
Noviembre		152	180
Diciembre		162	186

*Tabla 4. Relación estancia en función de mes y año.*

		Estadístico	gl	p	Diferencia de medias	Intervalo de Confianza al 95%	
						Inferior	Superior
Estancia media 2021	T de Student	4.93	11.0	< .001	15.5	8.58	22.4

*Tabla 5. Prueba T de una muestra para estancias en el centro hospitalario.*

Como  $p < 0,01$  ( $< 0,05$ ) con una confianza del 95% se puede asegurar que existen diferencias estadísticamente significativas con respecto estancias en 2019 y 2021. Los valores medios de ingresos en 2021 son entre 8.58 y 22,4 mayores que los del año 2019.

### Estancia media

Para poder conocer los días de estancia media se ha generado un sumatorio, en el cual se ha realizado un cálculo de la media de días que los pacientes permanecían ingresados en la UHA.

Mes correspondiente	anual	Estancia 2019	Estancia 2021
Enero		20,14	17,70
Febrero		14,08	11,31
Marzo		9,67	13,00
Abril		22,00	20,00
Mayo		19,00	16,91
Junio		12,36	11,93
Julio		37,00	13,29
Agosto		16,10	19,56
Septiembre		29,7	14,00
Octubre		13,67	12,20
Noviembre		30,14	22,5
Diciembre		10,14	18,6

*Tabla 6. Relación estancia media (en días) en función de mes y año.*

Tras la generación sumatorio de medias por cada mes de manera individualizada se ha realizado un cálculo de la media anual en relación a ambos años. Durante el periodo de 2019 los días de estancia media adquirirían el valor de 16,89 días por paciente. En cambio, en el periodo recogido en el año 2021 la media de días de estancia fue de 15,21.



		Estadístico	gl	p	Diferencia de medias	Intervalo de Confianza al 95%	
						Inferior	Superior
Días estancia media	T de Student	-0.899	11.0	0.388	-0.973	-3.36	1.41

*Tabla 7. Prueba T de una muestra para días de estancia media.*

Como obtenemos un resultado de p de 0.388 con una confianza del 95% se puede asegurar que no existen diferencias estadísticamente significativas con respecto a los días de estancia media en 2019 y 2021. Dado que el intervalo de confianza a su vez arroja unos valores comprendidos entre -3,36 y 1,41 no podemos afirmar la existencia de una diferencia estadística con significación.

### Altas totales

Se pueden dividir las altas totales en altas a domicilio, exitus y otras altas externas. En su totalidad todas las altas que fueron dadas durante los periodos de 2019 y 2021 fueron a domicilio o bien a otros servicios hospitalarios.

Mes correspondiente	anual	Altas 2019	Altas 2021
Enero		7	10
Febrero		11	12
Marzo		17	14
Abril		7	9
Mayo		7	11
Junio		14	15
Julio		5	14
Agosto		10	10
Septiembre		6	11
Octubre		12	15
Noviembre		7	8
Diciembre		8	10

*Tabla 8. Número de altas totales en relación a ambos periodos anuales.*

El número de altas totales durante el periodo comprendido durante el año 2019 fueron de un total de 111 frente a un número total de altas de 139 en 2021. Esto supone un aumento del 25% en el número total de altas.

A	T de Student	Estadístico	gl	p	Diferencia de medias	Intervalo de Confianza al 95%	
						Inferior	Superior
		3,93	11.0	0.002	2,68	1,18	4,18

*Tabla 9. Prueba T de una muestra para altas totales.*

Como  $p < 0,01$  (0.002) con una confianza del 95% se puede asegurar que existen diferencias estadísticamente significativas con respecto a las altas totales en 2019 y 2021. Los valores medios de ingresos en 2021 son entre 1,18 y 4,18 mayores que los del año 2019.

Mes correspondiente	anual	Altas 2019	Altas 2021
Enero		7	8
Febrero		11	11
Marzo		16	13
Abril		6	8
Mayo		7	11
Junio		13	14
Julio		4	12
Agosto		6	10
Septiembre		10	10
Octubre		6	14
Noviembre		12	7
Diciembre		6	9

*Tabla 6. Número de altas a domicilio en relación a ambos periodos anuales.*

El número de altas a domicilio en el periodo comprendido durante el año 2019 fue de 89 frente a un total de 127 en el año 2021.

### Mortalidad

Durante ambos periodos anuales la mortalidad de los pacientes ingresados en la UHA fue de 0.

### Sintomatología de psicopatologías concretas: TCAs.

El análisis de la sintomatología de ciertas entidades patológicas de los grandes trastornos de la Psiquiatría suscitaba un gran interés en el presente estudio (en especial los TCAs).

La tipología de TCA y las diferentes conductas o clínica asociada a los mismos suponía el mayor cambio psicopatológico experimentado en la UH-IJ. Por ello se recoge a continuación las variables clínicas y numéricas que generaron un mayor cambio en el perfil de la planta.

Se expresan los resultados en porcentajes y no en números absolutos. Esto se debe a que se incluyen los TCA con criterios diagnósticos completos y aquellos que cumplen varios criterios, pero no el total de los necesarios por el DSM-5.

Centrándonos en los TCAs, dentro de aquellos pacientes ingresados en planta, se observa que durante ambos periodos la AN de tipo restrictivo supone la patología con mayor porcentaje. El porcentaje es similar en ambos periodos temporales (46,2% y 47%), siendo este valor estadísticamente significativo ( $p < 0.021$ ) aplicando la prueba  $\chi^2$  de Pearson (comparativa en muestras cualitativas).

En el periodo de 2019 los ingresos por BN consistieron en un total de 10%, obteniendo un valor de 17% en 2021. Sin embargo, no mostraron un valor estadísticamente significativo ( $p < 0.4$ ) aplicando la prueba  $\chi^2$  de Pearson (comparativa en muestras cualitativas).

Otro dato arrojado por el presente estudio es un aumento de las conductas de tipología restrictiva en el periodo 2021. En el periodo de 2019 dichas conductas tienen un porcentaje total del 55,6% y en el periodo 2021 de 71% (con un valor  $p < 0.017$ ) siendo estadísticamente significativo, aplicando la prueba  $\chi^2$  de Pearson (comparativa en muestras cualitativas) aplicando la prueba  $\chi^2$  de Pearson (comparativa en muestras cualitativas).

Si los pacientes permanecían varios días ingresados en la UHA los controles evolutivos reflejaban los eventos sintomatológicos o clínicos que iban experimentando diariamente, así como los eventos más destacables durante su ingreso. Se hacían resúmenes detallados, pero existían variables que dificultaban la recopilación de clínica, como la subjetividad de cierto tipo de sintomatología como: ansiedad, angustia, nerviosismo etc. Por todo ello se realizará una revisión de la literatura existente en torno a la sintomatología y cambios clínicos en TCAs y otras patologías psiquiátricas de interés.

Si bien no se reflejan de manera numérica o en forma de escala (Escala de Hamilton para la ansiedad, escala de Hamilton o Montgomery Asberg para la depresión etc.). Por lo que no es posible concretar el grado o intensidad de ciertos signos o síntomas de manera numérica pero sí en forma de recopilación sintomatológica descriptiva. Sin embargo, sí es posible reflejar de manera porcentual otro tipo de sintomatología, tal y como se describe a continuación.

Un indicador muy relevante y a la hora de la valoración de la gravedad de diferentes psicopatologías son los intentos o gestos autolesivos o de suicidio. Dicho parámetro se ha visto incrementado en un 50,8% en los pacientes afectos de TCA que se encontraban ingresados en la UHA-IJ durante el periodo 2021, mostrando un valor estadísticamente significativo ( $p < 0.019$ ), aplicando la prueba  $\chi^2$  de Pearson (comparativa en muestras cualitativas).

## DISCUSIÓN

### Ingresos

Según los datos obtenidos en nuestro estudio, acorde a la revisión de historias clínicas realizadas, con la comparativa realizada a través del servicio estadístico y los datos arrojados por este mismo estudio se puede notificar un aumento de los ingresos en un 27,3%. La pandemia ocasionada por el coronavirus a finales del 2019 supuso un cambio para la sanidad de manera brusca e imprevista; por todo ello se esperaba inicialmente un posible aumento de la carga asistencial. Tal y como analizó *Zhang et al, 2020 (23)*. en su estudio de pacientes con afectaciones psicopatológicas en edades infanto-juveniles, los cambios y variaciones que la pandemia ha supuesto ha llevado a un aumento del flujo y de la carga asistencial.

Durante el aumento de ingresos ciertas psicopatologías sufrieron un mayor incremento que otras. Por ello el Servicio de Psiquiatría Infanto-juvenil en consonancia con el Servicio de Pediatría, se vieron obligados a la creación de un nuevo protocolo de ingreso en patologías como los TCAs (*ver apartado Cambios en el inicio del manejo terapéutico de los TCAs en el HCULB*).

La afluencia constante de pacientes afectos por psicopatología psiquiátrica infantil y en definitiva el aumento de la carga asistencial, sugieren una mayor necesidad de mecanismos de contención personal y familiar para poder hacer frente al aumento de las necesidades de ingreso, expresado a su vez por *Vinkers et al, 2020*. en su estudio. (24).

### Estancias en el centro hospitalario

Se han calculado las estancias de cada mes y año específico. Como se ha mencionado con anterioridad, dicha recopilación se ha generado a través de un sumatorio de los días que los pacientes han permanecido ingresados en función de cada mes. Durante el año 2019 la estancia media total en función de cada mes suponía un número total de 1952, frente a un total de 2130 en el periodo de 2021; lo cual supone un incremento del 9,1% de los días de estancia entre un periodo y otro.

Cabe suponer que el hecho de un mayor número de ingresos acarrea un mayor número de estancias intrahospitalarias.

### Días de estancia media

En un primer momento se adoptó como supuesto el hecho de que en el año 2021 los días de estancia media hospitalaria serían mayores que en el periodo de 2019. Esto se debió a que el aumento del número de ingresos y la nueva variedad de psicopatología hicieron suponer un cambio al alza en la necesidad de abordaje terapéutico intrahospitalario. A su vez la posible variación sintomatológica podría hacer presuponer un aumento de la necesidad de días de estancia media.

Sin embargo, con los datos obtenidos a través de las historias clínicas, la comparativa realizada anualmente por el propio servicio de estadísticos y los datos de este mismo estudio muestran datos no estadísticamente significativos en torno a nuestra hipótesis.

De manera objetiva se puede afirmar que los días de estancia media en la planta de hospitalización tenían una media mayor en el año 2019 respecto al 2021 (16,89 frente a 15,21 respectivamente). Sin embargo, al no haberse hallado datos estadísticos relevantes no se puede asumir la hipótesis planteada.

En futuros estudios podría plantearse la hipótesis de: un menor número de días de estancia media de hospitalización en relación con las necesidades de carga asistencial. Es decir, plantear el hecho de que la reducción de días de estancia media se debe a una mayor carga asistencial o a una mayor necesidad de ingresos. Dado que en el presente estudio no se valora dicha posibilidad, ni era objeto de discusión en un primer momento, no se ha realizado ningún análisis de dicha hipótesis.

En las historias clínicas y altas analizadas a lo largo de la recogida de bases se ha observado un mayor número de recomendaciones terapéuticas a domicilio. Dicha referencia refuerza nuevamente la teoría propuesta en base a la carga asistencial en dicho periodo. Es decir, la posible saturación o el aumento de la carga asistencial (recogida objetivamente observándose un aumento del número de ingresos totales) podría haber conllevado a una reducción de los días de estancia media. Por ello, nuevamente mencionamos que tal hipótesis podría ser interesante de cara a futuras investigaciones.

Como se menciona más adelante en el presente estudio (*véase apartado variabilidad en torno a los TCAs y Sintomatología de psicopatologías concretas*) se han recopilado múltiples estudios que establecen la necesidad de continuar un manejo y seguimiento estrecho en domicilio de pacientes tras altas hospitalarias.

### Altas totales

El número de altas totales durante el periodo comprendido durante el año 2019 fueron de un total de 111 frente a un número total de altas de 139 en 2021, lo que supone un incremento de altas del 25%. El hecho de que el número de ingresos se viera aumentado puede llevar a la suposición de que el número de altas se vería por ende incrementado.

### Mortalidad

Durante ambos periodos anuales la mortalidad de los pacientes ingresados en la UHA fue de 0.

Cabe destacar que los ingresos realizados en la Unidad de Hospitalización Infanto-Juvenil consisten en abordaje terapéuticos que, de manera generalizada, no conllevan un riesgo vital u orgánico. Los ingresos en dicha unidad tienen como objetivo la estabilización de

las posibles descompensaciones psicopatológicas o aparición de nueva psicopatología que pueda aparecer en pacientes infanto-juveniles.

Mencionar la importancia del abordaje de la posible patología orgánica existente en pacientes afectados por TCAs. Por protocolo hospitalario aquellas pacientes con afectación orgánica o con criterios médicos de ingreso ingresa en un primer momento en el Servicio de Pediatría. Tras conseguirse una estabilización a nivel médico se realiza el traslado a la UH infanto-juvenil.

### Empleo de psicofármacos en patologías concretas

Los psicofármacos más empleados en este tipo de patologías han mostrado ser los ISRS (inhibidores selectivos de la recaptación de Serotonina), destacando los antidepresivos *Sertralina* y *Fluoxetina*.

Resulta interesante realizar una reflexión o resumen acerca de las terapias farmacológicas más empleadas en trastornos concretos como los TCAs, con la intención de poder adquirir una idea más global y general en dicho ámbito.

Ambos fármacos se encuentran indicados en pacientes infanto-juveniles en contexto de trastorno depresivo mayor, síndrome disfórico premenstrual, trastorno de pánico. Ambos tienen un buen perfil anti-obsesivo que consigue disminuir los pensamientos de tipología intrusiva que padecen los pacientes. Como bien se define en *Guía del prescriptor de antidepresivos (Stephen M. Stahl)* la fluoxetina tiene a su vez indicación en pacientes afectas de bulimia nerviosa y la sertralina en pacientes con trastorno obsesivo-compulsivo, reforzando el concepto de reducción de obsesividad. (25).

Por todo ello el empleo de este tipo de psicofármacos ha sido constante durante ambos periodos de tiempo analizados en el presente estudio. El cambio destacable es el aumento del número absoluto de pacientes que pueden verse beneficiados de dichos psicofármacos. No se han encontrado diferencias significativas en el abordaje psicofarmacológico excepto el aumento del número de pacientes y las dosis empleadas.

Durante el año 2019 (previo a la pandemia) se recogen datos de psicofármacos entre los que destacan como se ha mencionado la *Sertralina* y la *Fluoxetina*. Respecto a la sertralina las dosis de inicio encontradas se encontraron en torno a 25mg o 50mg (dependiendo de las características individuales de cada paciente). Posteriormente se realizan ajustes de dosis que se elevan hasta 100mg, o incluso 200mg.

Durante el año 2021 (posterior a la pandemia) se vio un incremento en números absolutos de pacientes con este tipo de psicopatología como se ha comentado anteriormente. Las dosis de inicio de ambos fármacos son similares a las descritas en el periodo de 2019 (25-50mg Sertralina y 15-30mg Fluoxetina).

En ambos periodos destaca el empleo de *Olanzapina* para aquellos pacientes con una gran sintomatología obsesiva y una clínica de mayor gravedad ya fuera psiquiátrica o médica propiamente dicha. Como bien define en este caso *Guía del prescriptor de*

*antipsicóticos*. (Stephen M. Stahl) se trata de un fármaco que bloquea los receptores dopaminérgicos tipo 2, ayudando con la reducción de cierta sintomatología como la obsesiva en ciertos momentos puntuales. Además de mejorar el ciclo nictameral se trata de un fármaco que aumenta el apetito y permite potenciar la orexia en los pacientes con TCA o TCAs que no cumplen criterios. En ambos periodos pre y post-pandemia las dosis de inicio solían circunscribirse a alrededor de 2,5mg. Se han encontrado datos en los registros clínicos en los cuales se muestra que la dosis de 5mg no es atípica. (26)

### Variabilidad en torno a los TCAs

Durante la pandemia causada por el COVID-19 el acceso a los servicios habituales de consulta y tratamiento de múltiples de las patologías psiquiátricas en pacientes infanto-juveniles se vio comprometido. Todo ello debido, sobre todo, al confinamiento que se instauró por parte del Gobierno. Tal como describe *Dragovic et al. 2020 (27)*, el hecho de no poder mantener una rutina habitual y el estrés psicológico que todo ello conllevó, supusieron también un claro detonante del empeoramiento o aparición de nueva clínica, sintomatología o psicopatología.

Como se ha mencionado previamente, los resultados porcentuales atendiendo al número de ingresos por TCA en la UH-IJ son similares. Sin embargo, se ha de tener en cuenta que existe un mayor número de ingresos en el periodo de 2021, por lo que en números absolutos los ingresos a causa de TCA tipo AN restrictiva son mayores en el segundo periodo estudiado. Además, se debe recalcar la creación de un nuevo protocolo de ingreso de TCAs en 2020. Múltiples pacientes ingresaban en un primer momento en Pediatría debido al desbordamiento del centro, con un posterior traslado a la planta psiquiátrica infanto-juvenil. Esto hace pensar en la posibilidad de que el número total del TCAs sea mayor a nivel intrahospitalario. Sin embargo, en UTCA (comparativa ambulatoria en una unidad altamente específica) no se observaron variabilidades numéricas en torno al número total de pacientes que acudían.

Dentro del propio centro hospitalario HCULB existe una unidad denominada UTCA (unidad de trastornos de conducta alimentaria). En dicha unidad se lleva un seguimiento y control y pacientes afectos de TCAs de una manera incisiva y especializada.

Tras el análisis estadístico se ha comprobado un resultado porcentual similar en los casos de AN en ambos periodos estudiados. Si bien, como se ha mencionado anteriormente, los números absolutos se han visto incrementados; por lo que porcentualmente la tendencia parece mantenerse, pero no en el número absoluto de casos. Estos resultados tienen valores muy similares a los obtenidos en UTCA en los mismos periodos temporales (45,2%). *Samatán et al. 2021. (28)*.

Comparando los resultados obtenidos en torno a la BN, parece existir un incremento porcentual de los casos en el año 2021, pero estos resultados no han sido estadísticamente significativos. Comparando con los datos de UTCA, podemos observar nuevamente unos valores similares entre ambos dispositivos en dichos periodos temporales (8,2%-2019; 18,1%-2021).



Las conductas restrictivas nuevamente han obtenido valores similares con la UTCA del centro. Parece haber habido un aumento de dichas conductas en la UHA en 2021, pero en comparación con UTCA el aumento porcentual es menor (65%-2019; 89%-2021). Es decir, en ambos dispositivos existe un aumento de las conductas restrictivas, pero en UHA el aumento es menor.

Los programas terapéuticos se vieron modificados debido a que el acceso a servicios como consultas, hospital de día y unidades propiamente dichas, en especial de TCAs, se vieron sometidos a un hiperaflujo. Todo ello se vio dificultado no solo por el confinamiento, sino también por el aumento de la demanda de dichas patologías en población infanto-juvenil.

La relación terapéutica que se puede establecer a distancia, tal y como define *Bashshur et al. 2020 (29)* (video llamadas, llamadas telefónicas etc.) no parecen tener la misma influencia ni relación terapéutica que el contacto cara a cara permite establecer. Numerosos casos o series de casos, como reportan que la comunicación fue sentida como insuficiente y “abandonada”.

Se ha descrito que los cambios o falta de rutina y estructura del día a día modificada supusieron un sentimiento de despropósito y falta de control. Sin embargo, *Clark et al. 2020 (30)* definió en su recopilatorio de casos y entrevistas a pacientes, el beneficio que suponía para algunos pacientes permanecer en su domicilio tanto tiempo. Muchos pacientes aseguraban tener una gran sensación de control al no tener que verse enfrentados a situaciones sociales como comidas en público, salidas constantes con estímulos continuos. Gran cantidad de pacientes refieren una gran sábana de seguridad aportada por sus familiares, ya que podían encargarse de la supervisión de las comidas y del control de las citas terapéuticas de carácter online.

El confinamiento supuso un bombardeo constante de información y estímulos desde las redes sociales. Por ello, para mantener un físico en forma durante los meses que no se permitían las salidas de casa, las conductas de ejercicio intensivo para recuperar el estado previo al confinamiento aumentaron y se intensificaron.

La ansiedad se vio incrementada en torno al tópico del ejercicio, en ocasiones debido a la falta de movimiento por no poder abandonar el domicilio o por el contrario por el hecho de intentar controlar la “no-ganancia” de peso durante la estancia en casa. Las redes sociales y los medios de comunicación provocaban estímulos constantes en torno a lo anteriormente descrito, tal y como refleja *Baenas et al. 2020. (31)*.

Sentimientos, pensamientos, actos y rituales obsesivo-compulsivos se incrementaron de manera comórbida en torno al mantenimiento o cambio de peso en la mayoría de los pacientes. La ansiedad incrementada o naciente se vio fuertemente achacada a las intensas notificaciones de la pandemia por parte de los medios de comunicación.

En su investigación *Weissman et al. 2020 (32)*, aprecia como comenzó una nueva tendencia: el autocuidado o automanejo de los TCAs existentes. Estudios reportan que hasta la mitad de los pacientes entrevistados en relación a sus TCAs afirman que se

vieron instigados y motivados a demostrar un mayor manejo terapéuticos sobre sí mismos. Utilizando internet o redes sociales intentaron aplicar sobre sí mismos técnicas cognitivo-conductuales para poder paliar la ansiedad o el malestar emocional que la pandemia y el confinamiento les generaba. (30).

Se aprecia un incremento de patologías concretas en gran medida, siendo la anorexia nerviosa restrictiva la entidad que más protagonismo toma. Otras patologías como la bulimia nerviosa y diferentes conductas purgativas o trastornos por atracones se ven incrementados, pero en menor grado y con menor significación. De la misma manera, cada vez es más frecuente y común encontrar de manera comórbida en ANR autolesiones infligidas con intencionalidad o bien ansiolítica o autolítica. *Rolland et al.2020. (33).*

*Clark et al. 2020 (30)*, recopiló en el estudio que llevó a cabo declaraciones y primeras impresiones de pacientes afectados por un TCA (centrándose en AN). El manejo de pacientes en domicilio supuso un nuevo reto y estrategia terapéutica, ya que la variedad de percepciones de las pacientes tenía una gran variabilidad: *“El manejo de mi AN es muy complicado, se hace más duro aún bajo estas circunstancias, pierdo peso y lucho contra ello pero es complicado”(Abril 24, 2020); “salir a la calle para comprar comida, pero no sabes qué comida queda en las tiendas y eso añade aún más estrés a todo” (Abril 2, 2020), “ha sido muy beneficioso el haberme podido quedar el casa, aquí tengo apoyo, de normal estaría cuatro días fuera de casa y aquí me ayudan las 24 horas los 7 días de la semana” (Abril 11, 2020), “la ansiedad me crece día a día, las cosas no van bien así como puedes imaginar, sin poder seguir mis pautas...” (Mayo 5, 2020).*

Todo ello resulta contradictorio en gran medida, ya que en numerosos estudios se percibe como beneficioso el hecho de poder mantener un mejor control doméstico. Sin embargo, la mayoría de artículo recogidos en la búsqueda bibliográfica del presente estudio *Serafini et al. 2020 (34)* sostienen que el manejo de la AN se vio muy dificultado. La propia Pandemia COVID-19 y el confinamiento afectó enormemente a los pacientes. Todo ello sumado a la falta de planificación y recursos, la transición de cuidados hospitalarios a domésticos, el aumento y combinación de sintomatología de carácter ansioso, el aumento de preocupación y obsesividad en torno a la comida y ejercicio catapultó a un muy complicado manejo y plan terapéutico de dichos pacientes.

A su vez el confinamiento supuso un obstáculo para la reintegración de los pacientes afectados de TCA en la sociedad. *Trott et al, 2021 (35)* define una gran dificultad para la recuperación de las personas afectas por este tipo de patologías. La reintegración y restauración de hábitos parecía ser “una gran barrera a superar”, ya que la motivación esperada se encontraba completamente decaída.

Los cuidadores percibían a su vez una mayor carga de responsabilidad. *Tiggemann et al. 2021.(36)*.define como, en aquellos casos en los que los pacientes dependían de cuidadores en domicilio. Las personas responsables de la vigilancia de pacientes afectados por TCAs veían la falta de recursos y dispositivos como un condicionante extremo a la hora de realizar un buen abordaje terapéutico.

Sin embargo, *Naumann et al. 2020 (37)* concluyó que en numerosos casos muchos cuidadores se adaptaron enormemente a la situación requerida y parecieron encontrar un beneficio en las nuevas condiciones. Definiendo casos y situaciones en las que el soporte familiar ofrecido y las pautas on-line y a distancia permitían un control más estrecho, cercano y continuo.

### Cambios en el inicio del manejo terapéutico de los TCAs en el HCULB

Analizando la Historia Clínica Electrónica de aquellos pacientes ingresados en la unidad de hospitalización aguda infantil resulta complicado establecer una filiación concreta de ciertas psicopatologías. Previamente en el apartado denominado *Introducción* del presente estudio aparecen las definiciones de entidades psiquiátricas concretas. Centrándonos en TCAs se presenta, en este mismo documento, una definición concreta de los criterios que debe cumplir un paciente para poder ser catalogado con el diagnóstico de TCA. Si bien es cierto, no todos los TCAs son subsidiarios de ingreso y no todos los TCAs que ingresan cumplen los criterios diagnósticos en su totalidad.

Existe un gran número de casos o situaciones en los cuales se procede al ingreso de un paciente que presenta sintomatología o clínica relacionada con un trastorno de la conducta alimentaria sin cumplir plenamente criterios diagnósticos. Por lo tanto, en el Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa se han establecido una serie de criterios de ingreso por gravedad o por necesidad que quedan recogidos en *Manejo de los pacientes hospitalizados con trastornos de conducta alimentaria en menores de 18 años. (38)* Dicho documento fue elaborado con fecha 20 de junio de 2020, siendo los responsables del procedimiento médicos con categoría de adjuntos de los servicios hospitalarios de Psiquiatría y Pediatría. Dicho documento a su vez fue revisado con el coordinador de Calidad del Sector III de Zaragoza y aprobado por la propia comisión del hospital.

Los criterios de ingreso hospitalario se dividían en criterios nutricionales y criterios médicos:

- **Criterios nutricionales:**
  1. Pérdida persistente de peso de >25% con respecto al peso previo en un periodo de 6 meses o pérdida del 1% en un mes.
  2. Índice de masa corporal inferior a 15kg/m<sup>2</sup>.
  3. IMC menos de 16kg/m<sup>2</sup> asociado a complicaciones, pérdidas de peso aguda o negativa a alimentarse.
- **Criterios médicos:**
  1. Frecuencia cardíaca < de 50 lpm
  2. Tensión arterial (< 80/50 mmHg y/o síntomas derivados.
  3. Hipotensión ortostática: cambios a >20 lpm o >10 mm Hg. –
  4. Potasio < 3 mEq/, sodio < 130 mEq/L y/o alteraciones en ECG.
  5. Hipoproteinemia severa y/o edemas en miembros inferiores.
  6. Hipoglucemia persistente y/o hipertransaminasemia.
  7. Deshidratación/alteraciones hidroelectrolíticas.

8. Hipotermia ( $T^a < 35.5^{\circ}\text{C}$ )
  9. Fallo hepático, renal o vascular.
  10. Otras complicaciones agudas (pancreatitis, hemorragia digestiva, etc).
- **Criterios psiquiátricos:**
    1. Negativa absoluta a comer o imposibilidad de control de conductas bulímicas (uso incontrolado de laxantes, diuréticos).
    2. Hiperactividad incontrolable.
    3. Fracaso del tratamiento ambulatorio.
    4. Embarazo con riesgo de aborto.
    5. Lejanía geográfica, conflictos familiares graves.
    6. Trastornos psiquiátricos asociados.

Si existen pacientes que no cumplen los criterios diagnósticos de TCA propiamente dicho, pero presentan alguna de las condiciones que se han descrito se puede proceder a un ingreso de dicho paciente por criterio orgánico. Por ello es importante recalcar que el ingreso puede llevarse a cabo en la UH psiquiátrica o bien en la planta a cargo del servicio de Pediatría. Por todo ello una de las limitaciones existentes en el presente estudio es la dificultad para el acceso a los informes e historias clínicas pertenecientes al servicio de pediatría.

Sin lugar a duda, el número de ingresos de pacientes afectados por un TCA o un TCA sin criterios completos es mayor en la UH de Psiquiatría infanto-juvenil. Sin embargo, un análisis que recogiese a su vez los ingresos pediátricos de las características discretas podría producir (aunque sea de manera ligera o leve) modificaciones en los resultados obtenidos tanto en la incidencia, prevalencia y medicación o medidas aplicadas.

Por lo tanto, el hecho de un mayor número de aflujo de TCAs que solicitaron ayuda clínica y/o tratamiento al hospital y a los Servicios de Pediatría y Psiquiatría infanto-juvenil supusieron la necesidad de la creación del documento citado anteriormente. (38)

#### Sintomatología de psicopatologías concretas

En la revisión bibliográfica de *Gao et al, 2022, (39)* se pretendía llevar a cabo un análisis de la literatura con el objetivo de analizar y resumir la severidad de los síntomas de los TCAs durante la Pandemia por Coronavirus. Tomando como muestra inicial un total de 132 artículos que presentaba resultados o análisis acerca de la pandemia en consonancia con TCAs finalmente un total de 11 fueron seleccionados para su revisión.

Previamente se ha comentado el hecho de como en ciertas revisiones y artículos, los pacientes y usuarios de los sistemas sanitarios veían dificultado el acceso a los servicios de emergencia o servicios clínicos habituales. Sin embargo, *Fernández-Aranda et al. 2020 (40)*, encontró una reducción significativa de los síntomas centrándose en TCAs de pacientes afectas de anorexia nerviosa. Achacó dicho fenómeno a un mayor acceso telemático a psicoterapia individualizada o de grupo.

*Clark et al. 2020 (30)* afirmaban a su vez, que el hecho de los pacientes infanto-juveniles afectados de TCAs permaneciesen más tiempo en su domicilio permitía a sus progenitores un mayor control de los alimentos y pautas dietéticas que realizaban. Nuevamente *Termosuizen et al. 2020 (42)* postulaba en su investigación la importancia del apoyo familiar. Los pacientes que convivían con sus familias recibían un mayor soporte socio-familiar y fortificaban sus relaciones intrafamiliares durante el periodo de confinamiento.

Desde otra perspectiva *Brooks et al. 2020 (43)* sostiene en su artículo como la instauración del confinamiento provocó un aumento de miedos, temores y/o fobias a la infección por coronavirus, exclusión social y ansiedad.

Por otro lado, *Hasan et al. 2020 (40)*, coincidiendo con lo anterior, explica una ambivalencia respecto a los efectos clínicos durante el confinamiento y el periodo inmediatamente posterior a él. Describe un estudio en el cual se observa un incremento de sintomatología de carácter autolítico y clínica ansiosa. Sin embargo, no parece haber un aumento de las conductas de tipo restrictivo tal y como se comenta en otros artículos llevados a estudio.

*Termoshuizen et al. 2020 (42)* describió un aumento de los eventos de carácter restrictivo en pacientes afectas de AN durante el periodo en el que se mantuvo el confinamiento. A su vez pacientes afectas por BN experimentaron un incremento del número de atracones y rituales. Los pacientes afectos por un trastorno de atracones (TA) vieron a su vez, incrementado el número de atracones que tenían basalmente.

Estudios estadísticos y revisiones bibliográficas realizadas de estudios llevados a cabo en base a las posibles variaciones que ha experimentado la UTCA arrojan resultados diferentes. De igual manera que los ingresos referidos en la UH-IJ, los pacientes vieron un incremento de sus propios números absolutos en porcentaje del 100%. *Samatán et al. 2021 (28)*.

A su vez las pacientes que ingresaban en la UH-IJ afectas por un TCA eran en su mayoría pertenecientes al sexo femenino, ocurriendo lo mismo en UTCA. La ratio de pacientes de acuerdo con el sexo, coincide a su vez con otros autores, como *Pierce et al. 2020 (44)* En dicho estudio se recoge una ratio mujer-hombre de 7:1, y con una edad de inicio en torno a los 13 años.

## LIMITACIONES

El estudio realizado presenta la siguiente serie de limitaciones:

Las muestras a estudio representan únicamente a la población de pacientes que necesitaron ingreso en la unidad infanto-juvenil de Psiquiatría del Hospital Clínico Universitario de Zaragoza. Por lo que las conclusiones que se obtengan no podrán ser extrapolables a otros servicios hospitalarios, centros o regiones (aun así, cabría pensar la posible similitud existente).

Dado que nos encontramos en un periodo temporal relativamente cercano a la pandemia por SARS-CoV-2, las posibles consecuencias a largo plazo todavía han de ser estudiadas y observar su evolución. Aun es necesario mantener un estudio constante sobre los TCAs, en especial, debido a la variedad y heterogeneidad sintomatológica advertida en relación a distintos TCAs y su expresión clínica.

## CONCLUSIONES

-La carga asistencial ha sufrido un aumento, en relación, al número de ingresos infanto-juveniles en la Unidad de Hospitalización Infanto-Juvenil del Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Los trastornos psiquiátricos con mayor aumento de incidencia hospitalaria han sido los TCAs, en especial la anorexia nerviosa de tipología restrictiva.

-El diagnóstico mayoritario de ingreso en la UHA-IJ se ha mantenido en ambos periodos, siendo la AN la entidad psiquiátrica más representativa.

-La sintomatología de carácter ansioso y autolítico ha sufrido un aumento, estando presente dicha clínica en un mayor número de pacientes tanto a nivel intrahospitalario como ambulatorio. Sin embargo, existe una notable ambivalencia en relación a dicha sintomatología en la literatura revisada. Por todo ello sería conveniente una ampliación del estudio estadístico valorando posibles factores confusores u otras variables (sociodemográficas, edad etc.).

-Aunque las alteraciones provocadas por la Pandemia COVID19 son notables en la actualidad, aún es necesario mantenerse expectante para poder discernir las distintas complicaciones venideras.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Who statement regarding cluster of pneumonia cases in Wuhan, China [Internet]. [citado 1 de mayo de 2023]. Disponible en: <https://www.who.int/china/news/detail/09-01-2020-who-statement-regarding-cluster-of-pneumonia-cases-in-wuhan-china>
2. Wu Z, McGoogan JM. Characteristics of and important lessons from the coronavirus disease 2019 (COVID-19) outbreak in china: summary of a report of 72 314 cases from the chinese center for disease control and prevention. *JAMA*. 7 de abril de 2020;323(13):1239.
3. WHO Director-General's opening remarks at the media briefing on COVID-19 - 11 March 2020 [Internet]. [citado 1 de mayo de 2023]. Disponible en: <https://www.who.int/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-openingremarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---11-march-2020>
4. Melamed OC, Hahn MK, Agarwal SM, Taylor VH, Mulsant BH, Selby P. Physical health among people with serious mental illness in the face of COVID-19: Concerns and mitigation strategies. *Gen Hosp Psychiatry*. octubre de 2020;66:30-3.
5. Ness E, Salvador EM, Gardsjord ES. Patient visits to a psychiatric casualty clinic during the initial phase of the COVID-19 pandemic. *Tidsskr Nor Laegeforen*. 18 de agosto de 2020;140(11).
6. Kash J, Ekselius L, Brandt L et al. Mortality in Women with Anorexia Nervosa: The Role of Comorbid Psychiatric Disorders. *Psychosom Med*. 2016 Oct; 78 (8):910-919.
7. Association AP. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4th edition, text revision. Washington, DC, American Psychiatric Press, Inc; 2000.
8. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5. 5th ed. Arlington TX: American Psychiatric Publishing; 2013.
9. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales CIE-10. Editorial Paramericana; 1995.



10. Solmi F, Hotopf M, Hatch SL, Treasure J, Micali N. Eating disorders in a multi-ethnic inner-city UK sample: prevalence, comorbidity and service use. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2016; Mar; 51(3): 369-81.
11. Rojo Moreno L, Beato-Fernández L, Vaz-Leal F, Genetic and environmental contributions to perfectionism and its common factors. *Psychiatric Res.* 2015; Dec;30; 230(3): 932-9.
12. Lloyd S, Schmidt U, Simic M, Tchanturia K. Self-reported and performance based perfectionism in mothers of individuals with Anorexia Nervosa: a pilot study. *Neuropsychiatr.* 2015; 29(4):192-9. Doi: 10.1007 / s40211-015-0161-y. Epub 2015 Sep 23.
13. Kessler RC, Berglund PA, Chiu WT, et al. The prevalence and correlates of binge eating disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *Biol Psychiatry.* 2013;73:904-914.
14. Organización Mundial de la Salud. Guía Práctica de Salud Mental en Desastres. Washington DC. Organización Panamericana de la Salud. 2009.
15. Martínez Barrondo S., Saíz Martínez PA, García-Portillo González MP. Trastornos de ansiedad en atención primaria. *Salud mental en atención primaria.* 2008; no 1.714: 9-13.
16. Fernández Márquez L. Modelo de Intervención en Crisis. En busca de la resiliencia personal. 2010.
17. Vallejo Ruiloba J, Leal Cercós C. Directores. Tratado de Psiquiatría. 2ª Edición. Barcelona: Ars Médica. 2010.
18. Waltham MA. Clinical manifestations, differential diagnosis, and initial management of psychosis in adults [Internet]. 2014.
19. Haltigan JD, Roisman GI. Infant attachment insecurity and dissociative symptomatology: findings from the NICHD Study of Early Child Care and Youth Development. *Infant Ment Health J.* 2015;Jan-Feb; 36 (1);30-41. doi: 10.1002/imhj.21479. Epub 2014 Oct 12.

20. Helle Ac, Watts AL, Trull TJ, Sher, KJ. Alcohol Use Disorder and Antisocial and Borderline Personality Disorders. *Alcohol Res* 2019; 40: e1-16.
21. García E. Braquehais MD. El paciente suicida. En: Chinchila A, Correas J, Quintero FJ, Vega M. *Manual de urgencias psiquiátricas*. Barcelona: Masson; 2003. p123-148.
22. Miró E. Suicidio. En: Vallejo J. *Introducción a la psicopatología y a la psiquiatría*. 5ª ed. Barcelona: Masso; 2003.p.299-309.
23. Zhang J, Ren Y, Huang H, Kauer AJ, Liu Y, Du Q, et al. Timely psychological care for patients with severe mental illness during COVID-19 epidemic. *Asian J Psychiatr*. agosto de 2020;52:102178.
24. Vinkers CH, van Amelsvoort T, Bisson JI, Branchi I, Cryan JF, Domschke K, et al. Stress resilience during the coronavirus pandemic. *European Neuropsychopharmacology*. junio de 2020;35:12-6.
25. Stalh, SM. :*Psicofarmacología Esencial de Stahl: Guía del prescriptor Antidepresivos*. Editorial Aula Médica. Sexta edición. Edición especial para la UNED, 2018.
26. Stalh, SM. :*Psicofarmacología Esencial de Stahl: Guía del prescriptor Antipsicóticos*. Editorial Aula Médica. Sexta edición. Edición especial para la UNED, 2018.
27. Dragovic M, Pascu V, Hall T, Ingram J, Waters F. Emergency department mental health presentations before and during the COVID-19 outbreak in Western Australia. *Australas Psychiatry*. diciembre de 2020;28(6):627-31.
28. Samatán-Ruiz EM, Ruiz-Lázaro PM. Trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes durante pandemia covid-19: estudio transversal. *Rev Psiquiatr Infanto-Juv [Internet]*. 31 de marzo de 2021 [citado 17 de junio de 2023];38(1):40-52. Disponible en: <https://www.aepnya.eu/index.php/revistaaepnya/article/view/40>
29. Bashshur, R. L., Howell, J. D., Krupinski, E. A., Harms, K. M., Bashshur, N., & Doarn, C. R. (2016). The empirical foundations of telemedicine interventions in primary

- care. *Telemedicine and e-Health*, 22(5), 342–375.  
<https://doi.org/10.1089/tmj.2016.0045>
30. Clark Bryan D, Macdonald P, Ambwani S, et al. Exploring the ways in which COVID-19 and lockdown has affected the lives of adult patients with anorexia nervosa and their carers. *Eur Eat Disorders Rev*. 2020;28:826–835.  
<https://doi.org/10.1002/erv.2762>
31. 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 [en línea]. *Eur Eat Disord Rev* 2020; 28(6): 855-863.<https://dx.doi.org/10.1002/erv.2771>
32. Weissman, R. S., Bauer, S., and Thomas, J. J. (2020). Access to evidence-based care for eating disorders during the COVID-19 crisis. *Int. J. Eat. Disord*. 53, 369–376. doi: 10.1002/eat.23279
33. Rolland, B., Haesebaert, F., Zante, E., Benyamina, A., Haesebaert, J., and Franck, N. (2020). Global changes and factors of increase in caloric/salty food intake, screen use, and substance use during the early COVID-19 containment phase in the general population in France: survey study. *JMIR Publ. Health Surveill*. 6, e19630. doi: 10.2196/19630
34. Serafni G, Parmigiani B, Amerio A, Aguglia A, Sher L, Amore M (2020) The psychological impact of COVID-19 on the mental health in the general population. *QJM An Int J Med*. <https://doi.org/10.1093/qjmed/hcaa201>
35. Trott M, Johnstone J, Pardhan S, Barnett Y, Smith L (2021) Changes in body dysmorphic disorder, eating disorder, and exercise addiction symptomology during the COVID-19 pandemic: a longitudinal study of 319 health club users. *Psychiatry Res* 298:113831. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2021.113831>
36. Tiggemann M, Raven M (1998) Dimensions of control in bulimia and anorexia nervosa: internal control, desire for control, or fear of losing self-control? *Eat Disord* 6(1):65–71. <https://doi.org/10.1080/10640269808249248>
37. Naumann E, Tuschen-Cafer B, Voderholzer U, Cafer D, Svaldi J (2015) Rumination but not distraction increases eating-related symptoms in anorexia and bulimia nervosa. *J Abnormal*

38. *Manejo de los pacientes hospitalizados con trastornos de conducta alimentaria en menores de 18 años. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, 2020.*
39. Gao, Y., Bagheri, N. & Furuya-Kanamori, L. Has the COVID-19 pandemic lockdown worsened eating disorders symptoms among patients with eating disorders? A systematic review. *J Public Health (Berl.)* **30**, 2743–2752 (2022). <https://doi.org/10.1007/s10389-022-01704-4>
40. Fernández-Aranda F, Casas M, Claes L, Bryan DC, Favaro A, Granero R, Treasure J (2020a) COVID-19 and implications for eating disorders. *Eur Eat Disord Rev* **28**(3):239–245. <https://doi.org/10.1002/erv.2738>
41. Hasan N, Bao Y (2020) Impact of “e-Learning Crack-up” perception on psychological distress among college students during COVID19 pandemic: a mediating role of “fear of academic year loss” *Children Youth Serv Rev* **118**:105355. <https://doi.org/10.1016/j.chilyouth.2020.105355>
42. Termorshuizen JD, Watson HJ, Thornton LM, Borg S, Flatt RE, MacDermid CM, Harper LE, van Furth EF, Peat CM, Bulik CM (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. *Int J Ea*
43. Brooks SK, Webster RK, Smith LE, Woodland L, Wessely S, Greenberg N, et al. The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *The Lancet* [Internet] **2020**;395(10227):912–20. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30460-8](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30460-8)
44. Pierce M, Hope H, Ford T, Hatch S, Hotopf M, John A, Kontopantelis E, Webb R, Wessely S, McManus S, Abel KM (2020) Mental health before and during the COVID-19 pandemic: a longitudinal probability sample survey of the UK population. *Lancet Psychiat* **7**:883–892

Dña. María González Hinjos, Secretaria del CEIC Aragón (CEICA)

**CERTIFICA**

**1º.** Que el CEIC Aragón (CEICA) en su reunión del día 14/12/2022, Acta Nº 22/2022 ha evaluado la propuesta del Trabajo:

**Título: Cambios en el perfil clínico-epidemiológico de la Unidad de Hospitalización de Psiquiatría infanto-juvenil durante los años 2019 y 2021 y la influencia de la pandemia por SARS-CoV-2**

**Alumna: Ana Lorente Rubio**

**Directores: Pedro Manuel Ruiz Lázaro y David Vaquero Puyuelo**

**Versión protocolo: 12/12/2022**

**Se acepta el uso de datos retrospectivos sin consentimiento**

**2º.** Considera que

- El proyecto se plantea siguiendo los requisitos de la Ley 14/2007, de 3 de julio, de Investigación Biomédica y los principios éticos aplicables.
- El Tutor/Director garantiza la confidencialidad de la información, la obtención de los permisos necesarios para el acceso a los datos y el adecuado tratamiento de los datos, en cumplimiento de la legislación vigente y la correcta utilización de los recursos materiales necesarios para su realización.

**3º.** Por lo que este CEIC emite **DICTAMEN FAVORABLE a la realización del proyecto.**

Lo que firmo en Zaragoza

GONZALEZ  
HINJOS MARIA - MARIA - DNI 03857456B  
DNI 03857456B

Firmado digitalmente  
por GONZALEZ HINJOS  
MARIA - DNI 03857456B  
Fecha: 2022.12.16  
09:49:11 +01'00'

María González Hinjos  
Secretaria del CEIC Aragón (CEICA)