

Mireia Ferré Benaiges i Marsela González Lizancos

**IMPACTE D'INTERVENCIONS DIRIGIDES A LA SALUT MENTAL EN NENS, NENES I ADOLESCENTS
AMB TRASTORNS DE LA CONDUCTA ALIMENTÀRIA: UNA REVISIÓ SISTEMÀTICA D'ASSAJOS
CLÍNICS ALEATORITZATS**

TREBALL DE FI DE GRAU

Dirigit per Dr. Carlos Gómez Martínez

Grau de Nutrició Humana i Dietètica



UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

REUS

JUNY 2026

Resum

Introducció: Els trastorns de la conducta alimentària (TCA) en nens, nenes i adolescents s'associen freqüentment amb alteracions psicològiques i emocionals com l'ansietat, la depressió, la baixa autoestima i la distorsió de la imatge corporal. En els darrers anys s'han desenvolupat diverses intervencions psicològiques i nutricionals amb l'objectiu de millorar tant la simptomatologia alimentària com la salut mental d'aquests pacients.

Objectiu: Identificar l'evidència disponible sobre l'eficàcia d'intervencions realitzades mitjançant assajos clínics aleatoritzats sobre la salut mental de nens, nenes i adolescents amb TCA.

Mètodes: Es va realitzar una revisió sistemàtica d'assajos clínics aleatoritzats publicats sobre intervencions aplicades en població infantil i adolescent amb diagnòstic de TCA. Es van revisar intervencions tant psicològiques com nutricionals i el seu impacte sobre variables emocionals, cognitives i conductuals a través del cercador bibliogràfic PubMed.

Resultats: Un total de 5 estudis van ser inclosos en aquest estudi d'un total de 48 identificats. No es van trobar estudis realitzats en població infantil. La majoria de participants adolescents van ser noies. Les intervencions basades en la teràpia familiar, la teràpia cognitiu-conductual, la imatge corporal i el biaix cognitiu van mostrar una tendència favorable en la reducció de la simptomatologia associada als TCA. En anorèxia nerviosa, les principals millores es van observar en ansietat i cognicions negatives, mentre que en bulímia nerviosa es van detectar millores en depressió i autoestima. Tot i això, alguns resultats no van assolir significació estadística i es va observar heterogeneïtat entre els estudis inclosos. Les intervencions nutricionals no van mostrar efectes significatius per les variables analitzades. El grau d'evidència dels estudis varia de dèbil a moderat.

Conclusions: La presència de TCA durant la infància i l'adolescència suposa un problema de salut complex amb un impacte important en les emocions i en la salut mental, afectant a la qualitat de vida. Els estudis revisats indiquen que els tractaments que combinen estratègies familiars, cognitiu-conductuals i emocionals presenten utilitat i millora en adolescents tant de la psicopatologia del TCA com de les comorbiditats associades. Encara que l'evidència disponible suggereix aquest potencial terapèutic, és necessari continuar investigant amb l'objectiu de consolidar una intervenció amb major evidència i rellevància clínica en nens, nenes, i adolescents.

Paraules clau: Trastorns de la conducta alimentària; adolescència; anorèxia nerviosa; bulímia nerviosa; salut mental; teràpia familiar; teràpia cognitiu-conductual.

Abstract

Introduction: Eating disorders (EDs) in children and adolescents are frequently associated with psychological and emotional disturbances such as anxiety, depression, low self-esteem, and body image distortion. In recent years, several psychological and nutritional interventions have been developed with the aim of improving both eating disorder symptomatology and the mental health of these patients.

Objective: To identify the available evidence on the effectiveness of interventions conducted through randomized clinical trials on the mental health of children and adolescents with eating disorders.

Methods: A systematic review of published randomized clinical trials was conducted on interventions applied to children and adolescents diagnosed with eating disorders. Both psychological and nutritional interventions and their impact on emotional, cognitive, and behavioral variables were reviewed through the PubMed bibliographic database.

Results: A total of 5 studies were included in this review out of 48 identified. No studies conducted in children were found. Most adolescent participants were female. Interventions based on family therapy, cognitive-behavioral therapy, body image, and cognitive bias showed a favorable trend in reducing symptomatology associated with eating disorders. In anorexia nervosa, the main improvements were observed in anxiety and negative cognitions, whereas in bulimia nervosa improvements were detected in depression and self-esteem. However, some results did not reach statistical significance, and heterogeneity among the included studies was observed. Nutritional interventions did not show significant effects on the analyzed variables. The level of evidence of the studies ranged from weak to moderate.

Conclusions: The presence of eating disorders during childhood and adolescence represents a complex health problem with a significant impact on emotions and mental health, affecting quality of life. The reviewed studies indicate that treatments combining family-based, cognitive-behavioral, and emotional strategies are useful and improve both ED psychopathology and associated comorbidities in adolescents. Although the available evidence suggests this therapeutic potential, further research is needed to consolidate interventions with greater evidence and clinical relevance in children and adolescents.

Keywords: Eating disorders; adolescence; anorexia nervosa; bulimia nervosa; mental health; family therapy; cognitive-behavioral therapy.

AGRAÏMENTS

Al nostre tutor Carlos,

per fer-nos el camí tan fàcil des del primer moment. Gràcies per estar sempre disposat a ajudar-nos, per donar-nos la llibertat per desenvolupar aquest treball i per confiar en nosaltres inclús sent un tema poc conegut per a tu. Per deixar-nos fer i refer el treball fins aconseguir deixar-lo perfecte. Gràcies per acompanyar-nos durant aquest últim curs i durant el procés d'aquest treball amb tanta proximitat, paciència, implicació i delicadesa. Quina sort haver pogut fer-lo amb tu i tancar una etapa tan important per nosaltres.

A les nostres famílies,

per haver sigut sempre el nostre refugi inclús en els dies en què ens volíem rendir. Gràcies per estimar-nos de la manera més bonica, per acompanyar-nos en cada caiguda i per ensenyar-nos a continuar sempre endavant inclús quan les coses no surten com esperàvem. Gràcies per creure en nosaltres fins i tot quan dubtàvem de tot. Tant de bo algun dia us puguem agrair i tornar tot el que heu fet per nosaltres. Quina sort tenir-vos al nostre costat sempre.

A les persones més especials que m'ha regalat Reus i la universitat,

perquè aquesta etapa no hagués estat la mateixa sense vosaltres. I especialment a la Marina, la meua companya de pis, dupla i confident. Gràcies per estar, ser i fer-me sentir estimada sempre, per estar en els bons moments, però també en els pitjors. M'ha encantat compartir aquesta etapa amb tu i formar una família al piset, m'emporto una de les millors amistats que m'ha regalat la vida.

A la Marsela,

per ser la meua companya durant el grau i sobretot per confiar en mi a l'hora de crear aquest treball, per haver superat juntes tot el que ens ha comportat fer-lo, per intentar-ho i aconseguir-ho inclús sabent que no hi havia molta informació. Gràcies per estimar-me des del primer dia, per les converses, per la nostra complexitat, per les abraçades, per cada moment compartit i sobretot gràcies per ser-hi quan ho volia deixar tot. La universitat no només m'ha regalat una companya, sinó una persona a la qual em vull emportar sempre fora d'ella. Quina sort haver compartit aquesta etapa tan important amb tu, t'estimo.

I, perquè no, a mi mateixa,

perquè la Mireia que va començar aquest camí fa uns anys mai hauria imaginat tot el que arribaríem a viure i superar. Gràcies per no rendir-te mai, fins i tot quan ho volies abandonar tot any rere any. Estudiar Nutrició m'ha ensenyat moltes coses, però sobretot m'ha recordat que per estar bé i poder cuidar a algú, ens hem de cuidar a nosaltres primer. Per continuar sempre endavant, per tenir la força i la valentia de superar aquesta etapa inclús sense saber per què estaves fent el grau. Tant de bo mai perdis aquesta sensibilitat per ajudar als altres ni les ganes de transformar tot el viscut en una experiència positiva. Mai deixis de lluitar pels teus somnis, inclús quan et sentis perduda, continua endavant, ja que així és com has arribat fins aquí.

ÍNDEX

INTRODUCCIÓ	6
OBJECTIU I HIPÒTESIS	10
MÈTODES	11
3a. RECERCA I FONTS D'INFORMACIÓ	11
3b. ESTRATÈGICA DE CERCA	11
3c. CRITERIS D'INCLUSIÓ I EXCLUSIÓ	11
3d. CERCA DE LA INFORMACIÓ	12
3e. GRAU D'EVIDÈNCIA	12
3f. SELECCIÓ DE LA INFORMACIÓ	12
RESULTATS	13
4a. SELECCIÓ D'ARTICLES	13
4b. CARACTERÍSTIQUES DELS ESTUDIS	14
4c. EFECTE DE LES INTERVENCIIONS.....	16
DISCUSSIÓ	21
CONCLUSIONS	25
REFERÈNCIES	26
ANNEXES	29

INTRODUCCIÓ

Els trastorns mentals es caracteritzen per una pertorbació clínicament significativa en la cognició, la regulació emocional o el comportament d'un individu. Normalment s'associa amb dificultats o deficiències en àrees importants de funcionament. La salut mental és un terme més ampli que inclou trastorns mentals, problemes psicosocials i estats mentals associats amb angoixa significativa, deteriorament en el funcionament del dia a dia, o risc d'autolesions (1).

La infància i l'adolescència són etapes de la vida crítiques per a la salut mental, és durant aquesta etapa que el cervell experimenta un creixement i desenvolupament ràpids, on els canvis físics, emocionals i socials, com l'exposició a la pobresa, el maltractament i la violència poden fer que els adolescents siguin més vulnerables a desenvolupar problemes de salut mental. Protegir aquests grups d'edat de les adversitats, promoure el seu benestar psicològic i assegurar-se que tinguin accés a serveis de salut mental són mesures fonamentals per evitar que aquestes s'estenguin a l'edat adulta i limitin les oportunitats de portar una vida sense problemes psicològics (2,3). A nivell mundial, s'estima que el 8% dels nens i nenes i el 14,3% dels adolescents pateixen algun trastorn mental, però una gran majoria no busquen ajuda ni reben atenció (2). A més a més, els problemes de salut mental es relacionen amb la prevalença de suïcidi, essent la tercera causa de mort entre els 15 i els 29 anys (3), així mateix, l'edat mitjana de diagnòstic de la majoria de trastorns de salut mental és als 14,5 anys (4), específicament, en les franges d'edat d'entre 10 i 14 anys és on s'observa una freqüència més elevada de diagnòstics de trastorn de dèficit d'atenció i hiperactivitat (TDAH), entre els 15 i 18 de trastorns de la conducta alimentària (TCA), i entre 19 i 24 anys de casos de depressió i ansietat (5).

Segons el *Diagnostic and Statical Manual of Mental Disorders* (DSM-5), s'especifiquen diferents tipologies de trastorns mentals (6). A continuació s'introduiran breument alguns dels més comuns:

Els trastorns depressius es caracteritzen per una alteració persistent de l'estat d'ànim, que es manifesta principalment com a tristesa, buit emocional o irritabilitat. També acostuma a anar acompanyada de canvis cognitius, conductuals i somàtics, com ara alteracions del son, de l'apetit, de la concentració o de l'energia. Aquest conjunt de símptomes provoca un deteriorament significatiu del funcionament personal, social i acadèmic o laboral de la persona, la qual cosa converteix els trastorns depressius en un important problema de salut (6).

Els trastorns d'ansietat es caracteritzen per la presència de por i es defineixen com una resposta emocional davant d'una amenaça imminent, real o percebuda. D'altra banda, l'ansietat és una resposta natural, adaptativa i anticipatòria davant d'una amenaça futura, que quan es manifesta en excés pot derivar a

trastorns d'ansietat. Aquests trastorns es manifesten amb una sobreestimulació cognitiva, fisiològica i conductual, que poden reduir temporalment el malestar però contribueixen al manteniment del trastorn. A diferència de la por o l'ansietat normals del desenvolupament, els trastorns d'ansietat es caracteritzen per la seva intensitat excessiva, persistència en el temps i impacte significatiu en el funcionament personal, social i acadèmic o laboral de la persona (6).

Els TCA i trastorns de la ingesta d'aliments són un grup d'afeccions d'etiopatogènia multidimensional resultants de la interacció de diferents causes d'origen biològic, psicològic, familiar i sociocultural. Es caracteritzen per una alteració persistent del comportament relacionat amb l'alimentació on es presenten creences negatives sobre el menjar, la imatge corporal i el pes, i s'acompanyen de conductes com la restricció de la ingesta, afartaments, excés d'activitat física, provocació dels vòmits i ús de laxants. Això comporta una alteració en el consum o en l'absorció dels aliments que causa un deteriorament significatiu de la salut física, el funcionament psicosocial i la qualitat de vida, podent arribar a ser de gran gravetat (6–8). En funció de les diferents característiques i els criteris diagnòstics que presenten podem diferenciar els diferents TCAs.

L'anorèxia nerviosa (AN) acostuma a iniciar en el període de l'adolescència i habitualment s'associa amb un esdeveniment vital estressant, la seva prevalença és del 0,4% entre les dones joves. Es caracteritza pels criteris diagnòstics: A) Restricció de la ingesta energètica persistent acompanyada d'un pes corporal significativament baix, B) por a guanyar pes i C) alteració de la percepció del pes i la imatge corporal, encara que l'individu presenti un pes corporal que està per sota de l'indicat saludable per la seva edat, salut i fase de desenvolupament. En canvi, en nens i adolescents s'observa un desenvolupament inadequat com una alteració en l'alçada respecte al pes, i no una pèrdua de pes evident, pel que fa que per determinar aquest criteri sigui necessari. Els individus amb AN poden presentar un ventall de limitacions funcionals associades al trastorn com, aïllament social o incapacitat de mantenir el potencial acadèmic, a més el risc de suïcidi és elevat en individus que la presenten. La comorbiditat que freqüentment s'associa amb aquest trastorn són els trastorns d'ansietat, depressius i bipolars. En alguns individus s'han descrit casos de trastorn obsessiu compulsiu (TOC) especialment de tipus restrictiu i també poden presentar-se trastorns per consum de substàncies com abús de l'alcohol o del tipus afartaments / purgues (6).

La bulímia nerviosa (BN) acostuma a iniciar en l'adolescència o edat adulta primerenca i la seva prevalença entre les dones joves és de 1-1.5% i presenta un pic en l'adolescència tardana i l'adulthood primerenca.

Els criteris diagnòstics d'aquest trastorn són: A) Episodis recurrents d'afartaments, que es caracteritza per la realització d'una ingesta que és clarament superior a una ingesta normal durant un període de temps

determinat i s'acompanya de sensació de falta de control sobre la ingesta durant l'episodi. B) Realització de comportaments compensatoris inapropiats recurrents amb l'objectiu d'evitar un guany de pes, aquestes "purgues" poden ser el vòmit intencional, l'ús de laxants i diürètics, el dejú o l'activitat física excessiva. C) Els afartaments i les conductes compensatòries es produeixen almenys un cop a la setmana durant tres mesos. D) L'autoavaluació està influïda per la constitució i el pes corporal. E) L'alteració no es produeix exclusivament durant els episodis d'AN. Els individus amb BN acostumen a presentar un pes dins del rang adequat o presentar sobrepès. Les deficiències nutricionals associades amb aquest trastorn poden derivar en irregularitats menstruals o amenorrea i es poden constituir problemes mèdics importants resultat de les alteracions hidroelectrolítiques provocades per les purgues (6).

Els individus que presenten aquest trastorn freqüentment manifesten, almenys, un altre trastorn mental. Aquest comorbiditat es produeix dins d'un ampli espectre de trastorns mentals, sent un augment de símptomes depressius i trastorns bipolars que s'inicien amb l'inici de la BN o després del seu desenvolupament encara que en alguns casos l'aparició és primerenca a aquesta. Un percentatge elevat presenta una elevada freqüència de símptomes d'ansietat i característiques de la personalitat, sent la més freqüent el trastorn de personalitat límit (6).

En relació al trastorn per afartament, no es coneix massa informació sobre el seu desenvolupament però, tant els afartaments com la pèrdua de control de la ingesta es presenten en nens i s'associen amb un augment del greix corporal, del pes i de símptomes psicològics. En adolescents i universitaris els afartaments són freqüents i poden representar en alguns individus la fase prodròmica d'un TCA. La seva prevalença en dones i homes és 1,6 i 0,8 respectivament, sent principalment en adults i, a diferència d'altres trastorns, el trastorn per afartament presenta una proporció per gènere menys desequilibrada. Els criteris diagnòstics són: A) Episodis recurrents d'afartaments (definit al criteri diagnòstic de BN), B) Els episodis d'afartaments han d'associar-se a tres o més criteris com: 1) Menjar més ràpid de lo normal, 2) menjar fins a tenir una sensació de plenitud desagradable, entre d'altres. C) Malestar intens en referència als afartaments, D) Els afartaments es produeixen de mitja, almenys un cop a la setmana durant tres mesos, E) L'afartament no s'associa a la presència recurrent d'un comportament compensatori inapropiat com en la BN i no es produeix exclusivament en el curs de la BN o l'AN. El trastorn per afartament està associat amb una comorbiditat psiquiàtrica significativa, sent els més freqüents els trastorns bipolars, trastorns depressius, trastorns d'ansietat i, en menor grau, els trastorns per consum de substàncies (6).

El trastorn d'evitació / restricció de la ingesta d'aliments presenta el seu pic màxim entre els 2 i els 6 anys de vida, amb una reducció gradual del símptomes amb el pas del temps, sent molt poc individus afectats

amb aquest trastorn als primers anys de l'edat adulta. Els criteris diagnòstics són: A) Falta d'interès aparent per menjar o alimentar-se, evitació a causa de les característiques organolèptiques dels aliments, preocupació sobre les conseqüències repulsives de l'acció de menjar, que es posen en manifest per el fracàs persistent per complir les adequades necessitats nutritives i/o energètiques, associat a altres criteris com: pèrdua significativa de pes, deficiència nutritiva significativa, dependència de l'alimentació enteral o suplementos nutritius per via oral i interferència important en el funcionament psicosocial. B) El trastorn no se explica millor per la falta d'aliments disponibles o per una pràctica associada culturalment acceptada. C) No es produeix exclusivament en el curs de l'AN o la BN i no hi ha proves d'un trastorn en la forma en que un mateix experimenta el propi pes o la constitució. D) No es pot atribuir a una afecció mèdica concurrent o no s'explica millor per un altre trastorn mental, en cas que es produeixi amb una altre afecció o trastorn, la gravetat augmenta. En relació a les comorbiditats, un dels trastorns més freqüentment associat són els d'espectre autista. D'altra banda, també poden presentar-se altres com discapacitat intel·lectual, TDAH, TOC, trastorns d'ansietat fins en un 72% i, en menor proporció, trastorns de l'estat d'ànim (9).

Els desencadenants més freqüents per a desenvolupar un trastorn mental en la infància i l'adolescència són els abusos físics i psicològics, l'assetjament escolar, el consum de substàncies com l'alcohol i el tabac, així com una separació dels seus progenitors (10). A més, s'ha descrit que els factors genètics també hi tenen un factor rellevant, juntament amb els sociodemogràfics, com ara la zona de residència, l'entorn social i situacions de migració forçada, d'exclusió social o pobresa, entre d'altres causes (10,11). Tanmateix, molts d'aquests factors predisposants poden provocar que una persona sigui diagnosticada amb més d'un trastorn mental concurrent. Per exemple, s'estima que al voltant d'un 63% d'adolescents amb TCA a Espanya tenen també altres diagnòstics relacionats amb la salut mental (Rojo-Moreno et al. 2015) (12). Algunes de les comorbiditats descrites més freqüents amb el TCA són l'ansietat, la depressió i els trastorns de l'ànim i personalitat, entre altres (13).

La prevenció dels trastorns mentals és fonamental, especialment en nens i adolescents, ja que molts problemes de salut mental en adults s'originen en aquesta etapa inicial de la vida. A més, prevenir i cuidar la salut mental des de la infància permet ajudar a afrontar els problemes d'una manera efectiva i adaptativa, promovent el benestar emocional, psicològic i social (14,15).

Estudiar les intervencions dirigides als TCA i la seva relació amb altres problemes de salut mental és essencial, ja que fins al moment no existeixen revisions sistemàtiques que avaluïn aquest tema basades en evidència obtinguda d'assajos clínics aleatoritzats (RCT: Randomized Control Trial). Focalitzar-se en estudis RCT permet obtenir el grau d'evidència més alt sobre l'eficàcia de les intervencions, establint

relacions causals més sòlides i minimitzant biaixos metodològics que ens permetran complir la finalitat de contribuir a la prevenció i millora de la salut mental en la població estudiada d'aquesta revisió sistemàtica.

OBJECTIU I HIPÒTESIS

Aquesta revisió sistemàtica té com a objectiu identificar l'evidència disponible sobre l'eficàcia d'intervencions realitzades amb un disseny RCT sobre la salut mental de nens, nenes i adolescents amb TCA.

S'hipotetitza que les intervencions psicològiques o multidisciplinàries avaluades mitjançant assaigs controlats aleatoritzats mostrin una millora significativa en la salut mental de nens, nenes i adolescents amb TCA en comparació amb condicions control.

MÈTODES

3a. RECERCA I FONTS D'INFORMACIÓ

La recerca bibliogràfica es va realitzar durant els mesos de setembre i octubre del 2025 utilitzant la base de dades PubMed.

3b. ESTRATÈGICA DE CERCA

Per a la cerca es van utilitzar termes relacionats amb:

1. Els principals TCAs, tals com AN, BN, trastorn per afartament o trastorn restrictiu de la ingesta.
2. La salut mental i trastorns associats, incloent depressió i ansietat.
3. La població objectiu, és a dir, nens, nenes i adolescents.

Els termes es van combinar amb connectors booleans com AND/OR i amb MeSH Terms per garantir resultats precisos. A continuació es detalla l'estratègia de cerca:

("Feeding and Eating Disorders"[MeSH] OR "Anorexia Nervosa"[MeSH] OR "Bulimia Nervosa"[MeSH] OR "Binge-Eating Disorder"[MeSH] OR eating disorder[tiab] OR anorexia[tiab] OR bulimia[tiab] OR ARFID[tiab] OR "avoidant restrictive food intake disorder"[tiab] OR "disordered eating"[tiab]) AND ("Mental Health"[MeSH] OR "Depressive Disorder"[MeSH] OR "Anxiety Disorders"[MeSH] OR depression[tiab] OR anxiety[tiab] OR "well-being"[tiab] OR "emotional problems"[tiab]) AND (Child[MeSH] OR Adolescent[MeSH] OR child*[tiab] OR adolescent*[tiab] OR teen[tiab])

Tanmateix, es van aplicar els següents filtres: publicat en els últims 10 anys, RCT, edat 18 anys, estudis realitzats en humans, text complet gratuït i estudis en anglès o espanyol.

3c. CRITERIS D'INCLUSIÓ I EXCLUSIÓ

Per establir els criteris d'inclusió i exclusió dels articles cercats s'ha utilitzat l'estructura PICO. Els estudis inclosos havien de ser publicats en els últims 10 anys i realitzats en nens, nenes o adolescents de fins a 18 anys d'edat. S'han exclòs estudis realitzats en adults, sense grup control i estudis que no inclouen avaluacions de salut mental. En la **Taula 1** estan definits els criteris PICO aplicats a la selecció dels articles.

Taula 1. Descripció dels criteris PICO aplicats a la selecció dels articles de la revisió sistemàtica.

Població (Population)	Incloure: Nens, nenes i adolescents (≤ 18 anys) amb diagnòstic de TCA (AN, BN, afartament o trastorn restrictiu). Excloure: Adults (> 18 anys) o estudis on no sigui possible distingir entre la població adulta i població infantil o adolescent.
Intervenció (Intervention)	Incloure: Qualsevol intervenció dirigida a nens, nenes i/o adolescents amb diagnòstic de TCA, ja sigui amb intervencions d'estil de vida, psicològiques, farmacològiques o combinades.

	Excloure: Intervencions no específiques per a individus amb TCA o programes preventius sense cap diagnòstic clínic de TCA.
Comparador (Comparator)	Incloure: grup control que rebin placebo, atenció estàndard, tractament alternatiu o cap tractament. Excloure: Estudis sense grup comparador.
Resultats (Outcomes)	Incloure: Mesures de salut mental, incloent símptomes de depressió, ansietat, benestar psicològic, o funcionament emocional o social. Excloure: Estudis que només mesurin paràmetres físics o biomarcadors sense avaluar la salut mental.
Tipus d'estudi (Study design)	Incloure: Assajos clínics aleatoritzats publicats a partir del 2015. Excloure: Estudis observacionals, revisions, casos clínics o protocols sense resultats.
Altres	Idioma: Anglès o Espanyol. Humans: Exclusivament realitzats en humans.

3d. CERCA DE LA INFORMACIÓ

La revisió es va realitzar per parelles, incloent les dues autores de la revisió sistemàtica. Per realitzar el cribratge i la selecció dels estudis es va utilitzar l'Abstrackr, un software desenvolupat per la Universitat de Brown que permet carregar, ordenar, organitzar i seleccionar els articles rellevants per a la realització d'una revisió sistemàtica (16). Per tant, amb l'ús de l'Abstrackr s'han seleccionat exclusivament els articles científics que complien els criteris d'inclusió i exclusió.

3e. GRAU D'EVIDÈNCIA

El grau d'evidència es va determinar responant el qüestionari de "Quality Assessment Tool 2010" extret de "Effective Public Health Practice Project" establert l'any 1999 per dos doctors de McMaster University (veure **Annex 1**) (17).

Cada article seleccionat va passar aquest qüestionari, els resultats es troben a la **Taula 2**.

3f. SELECCIÓ DE LA INFORMACIÓ

Per a cadascun dels 5 estudis seleccionats per aquest treball s'ha identificat la informació relativa als autors, l'any de publicació, característiques dels participants (edat i sexe), tipus d'intervenció (RCT) i tipus de TCA (AN, BN, trastorn restrictiu de la ingesta, trastorn per afartament i altres no especificats).

RESULTATS

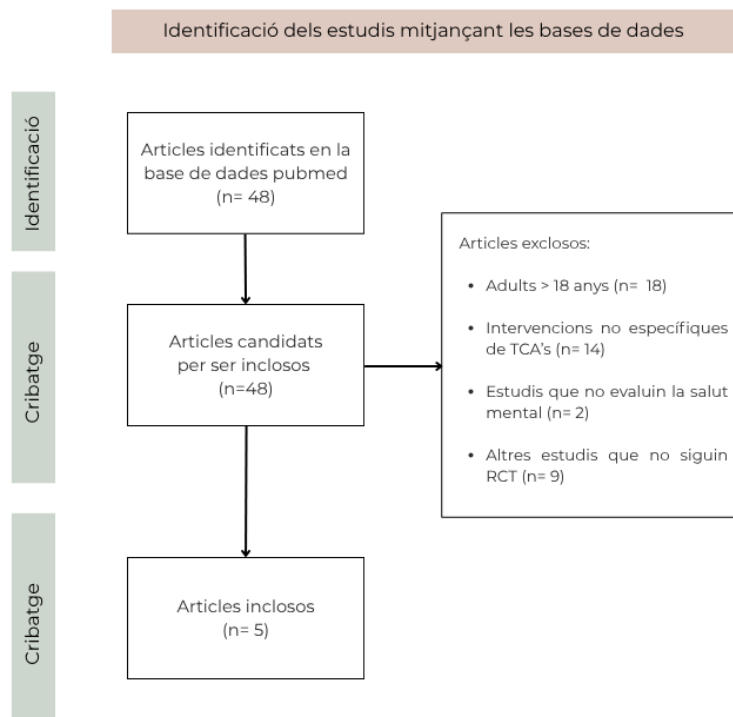
4a. SELECCIÓ D'ARTICLES

Un total de 5 estudis van complir els criteris d'inclusió detallats en la **Taula 1**. El diagrama de flux del procés de cribatge i selecció dels articles inclosos en aquesta revisió sistemàtica està representat en la **Figura 1**.

Un total de 43 articles van ser exclosos degut a:

- L'estudi estava fet a adults >18 anys (n=18).
- No hi havia intervencions específiques en individus amb TCA (n=14).
- Els estudis no incloïen l'avaluació de salut mental (n=2).
- Altres estudis que no eren RCT (n=9).

Figura 1. Diagrama de flux del procés de selecció dels estudis



4b. CARACTERÍSTIQUES DELS ESTUDIS

Les principals característiques i els graus d'evidència dels estudis inclosos es troben en la **Taula 2**.

En el conjunt d'estudis analitzats s'inclouen mostres d'adolescents diagnosticats amb TCA, amb predomini de participants femenines i edats mitjanes compreses entre els 14 i 16 anys. No es van trobar estudis realitzats en nens o nenes. Tots els estudis presenten un disseny aleatoritzat de tipus paral·lel.

L'estudi de Biney H, et al. (2020), incloïa una mostra de 40 noies amb una mitjana d'edat de 14,2 ($\pm 1,6$ SD) anys amb AN. Un total de 9 participants no va completar-lo degut a l'acomiadament de l'equip abans de completar la recerca (n=4), l'alta en contra del consell mèdic (n=2), va perdre pes, per la qual cosa ja no va complir amb el criteri de pes per a la recerca (n=1) i va retirar el consentiment del projecte de recerca (n=2). L'estudi comparava un grup control (GC) que rebia tractament habitual amb un grup intervenció (GI) que rebia una intervenció d'imatge corporal pràctica i exposició al mirall, combinada amb tractament habitual. La durada de la intervenció va ser de 10 setmanes. Per a l'avaluació de l'efecte de la intervenció es van utilitzar instruments específics per avaluar aspectes de salut mental i imatge corporal, com l'escala d'ansietat estat-tret relacionada amb l'aparença física (PASTAS), el qüestionari d'evitació de la imatge corporal (BIAQ) i el qüestionari d'acceptació i acció en imatge corporal (BIAAQ). A més s'incloïa el qüestionari d'examen dels TCA (EDE-Q) per avaluar la simptomatologia associada a aquests. El grau d'evidència d'aquest estudi va ser classificat com a moderat.

L'estudi de Rowlands K, et al. (2022), incloïa una mostra de 66 noies i 1 noi amb una mitjana d'edat de 15,85 ($\pm 1,74$ SD) anys amb diferents diagnòstics (AN, BN, trastorn restrictiu i altres TCA no especificats). La durada de la intervenció va ser de 4 setmanes. El GC va rebre tractament habitual, mentre que el GI va combinar teràpia cognitiva basada en mindfulness i tractament habitual. L'avaluació de salut mental va incloure una escala d'ansietat i depressió infantil (RCADS-25) i l'EDE-Q. El grau d'evidència d'aquest estudi va ser classificat com a dèbil.

Pel que fa a l'estudi de Trainor C, et al. (2020), la mostra estava formada per 82 noies i 13 nois amb una mitjana d'edat de 15,81 ($\pm 1,46$ SD) anys amb AN. La durada de la intervenció va ser de 7 mesos. A diferència dels anteriors, es comparen dues intervencions actives: la teràpia familiar conjunta i el tractament centrat en els pares. L'avaluació inclou l'EDE-Q i l'entrevista neuropsiquiàtrica MINI-Kid. El grau d'evidència d'aquest estudi va ser classificat com a moderat.

L'estudi de Golden N, et al., (2021), incloïa una mostra de 101 noies i 10 nois amb una mitjana d'edat de 16,4 ($\pm 2,5$ SD) anys amb AN, AN atípica, i trastorn per afartament. La durada de l'estudi va transcórrer

durant 3 anys, però la durada de la intervenció va ser de dues setmanes. Es van comparar dues estratègies de realimentació: el GC va rebre una realimentació baixa en calories que s'indicaria com la intervenció estàndard en aquests casos i el GI va rebre una realimentació alta en calories. Per avaluar els resultats s'utilitza l'escala de set punts del trastorn d'ansietat general (GAD-7) i el qüestionari de salut del pacient per adolescent (PHQ-A) i l'EDE-Q. El grau d'evidència d'aquest estudi va ser classificat com a dèbil.

Finalment, l'estudi de Valenzuela F, et al. (2018), incloïa una mostra de 102 noies i 8 nois amb una mitjana d'edat de 15 ($\pm 2,16$ SD) anys diagnosticats amb BN. La durada de la intervenció va ser de 12 mesos. Aquest estudi comparava dues intervencions actives: el tractament familiar per BN i la teràpia cognitiu-conductual per adolescents. Pel que fa l'avaluació de la salut mental es van utilitzar dos instruments: l'inventari de depressió de Beck (BDI-II) i l'escala d'autoestima de Rosenberg (RSE). El grau d'evidència d'aquest estudi va ser classificat com a moderat.

4c. EFECTE DE LES INTERVENCIONS

L'efecte de les intervencions sobre la salut mental en nens, nenes i adolescents amb TCA es mostra en la **Taula 2**.

Els efectes de la intervenció basada en una nova teràpia d'imatge corporal pràctica de l'estudi Biney, et al. (2020), mostren que en el GI en comparació al CG no hi ha efectes significatius en les mesures EDE-Q: Shape Concern (Mean difference: 0.46; 95%IC [-0.03, 0.96]; Magnitud de l'efecte Cohens d: 0.30) i BIAQ: Social (Mean difference: 0.30; 95%IC [-0.09, 0.70]; Magnitud de l'efecte Cohens d: 0.21), però si hi ha millores significatives per les mesures BIAAQ (Mean difference: 5.57; 95%IC [1.59, 9.55]; Magnitud de l'efecte Cohens d: 0.38), PASTAS: Traits (Mean difference: 3.07; 95%IC [0.93, 5.21]; Magnitud de l'efecte Cohens d: 0.27), EDE-Q: Weight Concern (Mean difference: 0.27; 95%IC [0.05, 0.95]; Magnitud de l'efecte Cohens d: 0.27), BIAQ: Clothing (Mean difference: 0.33; 95%IC [0.06, 0.61]; Magnitud de l'efecte Cohens d: 0.43) i BIAQ: Grooming (Mean difference: 0.50; 95%IC [0.22, 0.78]; Magnitud de l'efecte Cohens d: 0.42). En aquest mateix estudi es va realitzar una intervenció addicional al GI basada en una exposició al mirall. L'efecte de la intervenció en el GI va mostrar que no hi ha millores significatives en les mesures EDE-Q: Weight Concern (Mean difference: 0.36; 95%IC [-0.74, 1.53]; Magnitud de l'efecte Cohens d: 0.50), EDE-Q: Shape Concern (Mean difference: 0.49; 95%IC [-0.61, 1.59]; Magnitud de l'efecte Cohens d: 0.32), BIAAQ (Mean difference: 2.87; 95%IC [-9.12, 14.85]; Magnitud de l'efecte Cohens d: 0.14), BIAQ: Clothing (Mean difference: 0.50; 95%IC [-0.05, 1.05]; Magnitud de l'efecte Cohens d: 0.54), BIAQ: Social (Mean difference: 0.49; 95%IC [-0.37, 1.36]; Magnitud de l'efecte Cohens d: 0.39), BIAQ: Grooming (Mean difference: 0.33; 95%IC [-0.31, 0.96]; Magnitud de l'efecte Cohens d: 0.36) i PASTAS: Traits (Mean difference: 6.86; 95%IC [-1.42, 15.14]; Magnitud de l'efecte Cohens d: 0.45). Respecte als efectes intragrup, s'observa que en tant en el GC com el GI hi ha una reducció en totes les mesures avaluades durant les 10 setmanes d'intervenció, el GI tenint reduccions més pronunciades que el GC.

Els efectes de la intervenció basada en la modificació del biaix cognitiu de l'atenció i interpretació de l'estudi de Rowlands K, et al. (2022) mostren que en el GC s'identifiquen reduccions significatives del EDE-Q total (Mean difference: -0.15; 95%IC [0.33, 0.04]), però no per cap de les altres mesures avaluades. En el GI es mostren reduccions significatives en el EDE-Q total (Mean difference: -5.75; 95%IC [0.97, 0.18]), però no per cap de les altres mesures avaluades. En el GI en comparació al GC es mostren reduccions significatives per a les mesures Best negative completions (Magnitud de l'efecte $\eta^2 = 0.090$; p valor = 0.048), EDE-Q total (Magnitud de l'efecte $\eta^2 = 0.105$; p valor = 0.027),

però no per Total negative completions (Magnitud de l'efecte $np^2 = 0.008$; p valor = 0.562), First negative completions (Magnitud de l'efecte $np^2 = 0.069$; p valor = 0.075), Attention bias to critical faces (Magnitud de l'efecte $np^2 = 0.010$; p valor = 0.498), RCADS-25 anxiety (Magnitud de l'efecte $np^2 = 0.004$; p valor = 0.672), RCADS-25 depression (Magnitud de l'efecte $np^2 = 0.00$; p valor = 0.907) i RCADS-25 total (Magnitud de l'efecte $np^2 = 0.002$; p valor = 0.770).

Els efectes de la intervenció basada en el tractament basat en la família de Trainor C, et al. (2020) mostren que després de la implementació de tractament basat en la família, en el GI respecte al GC es mostra una reducció significativa en la probabilitat de ser diagnosticat amb altres trastorns comorbids com el Major Depressive Disorder (OR = 0.40; 95% IC [0.09, 1.74]; p valor = 0.221), Generalized Anxiety Disorder (OR = 0.17; 95% IC [0.04, 0.77], p valor = 0.022), Panic disorder/Agrophobia (OR = 0.17; 95% IC [0.03, 0.83], p valor = 0.028)

Els efectes de la intervenció basada en l'acceptació del model de realimentació alta en calories o baixa en calories de Golden N, et al., (2021) mostren que després de 12 mesos d'intervenció no hi ha diferències significatives en la remissió del diagnòstic de AN ($p = 0.42$), mostrant el GC una taxa de remissió de 48.1% i el GI de 40.9%. L'efecte de la intervenció mostra que no hi ha millores en l'augment de pes (Mean difference: 0.64; 95%IC [-0.06, 0.04]; p valor = 0.41) encara que ambdós grups mostrin increments de pes, ni tampoc en el EDE-Q score (Mean difference: 0.75; 95%IC [-0.62, 0.87]; p valor = 0.32) encara que els dos grups mostrin reduccions.

Els efectes de la intervenció basada en la teràpia cognitiu-conductual o el tractament basat en la família de Valenzuela F, et al. (2018) mostren que no hi ha diferències significatives entre el grup que segueix la intervenció de teràpia cognitiu-conductual i el grup que segueix la intervenció de tractament basat en la família per les mesures BDI (Mean difference: -0.11; 95%IC [-0.72, 0.49]) i RSES (Mean difference: 0.25; 95%IC [-0.70, 1.20]). Quan els dos grups són evaluats de forma conjunta, es mostra una reducció significativa per BDI (Mean difference: -3.18; 95%IC [-3.78, -2.57]) i una millora significativa per RSES (Mean difference: 3.30; 95%IC [2.35, 4.25]).

Taula 2. Característiques principals dels estudis

Autor i Any de publicació	Mostra (n); País; Sexe (%); Edat (mitjana $\pm$ SD); Tipus de TCA	Disseny d'estudi RCT (paral·lel; creuat; per conglomerats; factorial) i Tipus d'intervenció al GC i al GI	Mesures sobre salut mental	Resultats	Grau d'evidència
Biney H, et al., 2020 (18)	N= 40 GC= 20 GI= 20 País: Regne Unit Sexe: 100% femení Edat: 14,2 (SD: 1,6) Tipus TCA: AN	Paral·lel GC: TAU GI: PBI+TAU	PASTAS BIAQ BIAAQ EDE-Q	En el GI en comparació al CG hi han millores significatives per les mesures BIAAQ (Mean difference: 5.57; 95%IC [1.59, 9.55]; Magnitud de l'efecte Cohens d: 0.38), PASTAS: Traits (Mean difference: 3.07; 95%IC [0.93, 5.21]; Magnitud de l'efecte Cohens d: 0.27), EDE-Q: Weight Concern (Mean difference: 0.27; 95%IC [0.05, 0.95]; Magnitud de l'efecte Cohens d: 0.27), BIAQ: Clothing (Mean difference: 0.33; 95%IC [0.06, 0.61]; Magnitud de l'efecte Cohens d: 0.43) i BIAQ: Grooming (Mean difference: 0.50; 95%IC [0.22, 0.78]; Magnitud de l'efecte Cohens d: 0.42), però no hi ha efectes significatius en les mesures EDE-Q: Shape Concern (Mean difference: 0.46; 95%IC [-0.03, 0.96]; Magnitud de l'efecte Cohens d: 0.30) i BIAQ: Social (Mean difference: 0.30; 95%IC [-0.09, 0.70]; Magnitud de l'efecte Cohens d: 0.21).	A) Fort B) Fort C) Moderat D) Dèbil E) Fort F) Fort G) Total: Moderat
Rownalds K, et al., 2022 (19)	N= 67 GC = 30 GI = 37 País: Regne unit Sexe: 98% femení 2% masculí	Paral·lel GC: TAU GI: TAU+CBTM	RCADS-25 EDE-Q IPSM	En el GI en comparació al GC es mostren reduccions significatives per a les mesures Best negative completions (Magnitud de l'efecte η^2 = 0.090; p valor = 0.048), EDE-Q total (Magnitud de l'efecte η^2 = 0.105; p valor = 0.027), però no per Total negative completions (Magnitud de l'efecte η^2 = 0.008; p valor = 0.562), First negative completions (Magnitud de l'efecte η^2 = 0.069; p valor = 0.075), Attention bias to critical faces	A) Moderat B) Fort C) Moderat D) Dèbil E) Fort F) Moderat G) Total: Dèbil

	Edat: 15,85 (SD: 1,74) Tipus TCA: AN, BN, trastorn restrictiu i altres no especificats			(Magnitud de l'efecte $np^2 = 0.010$; p valor = 0.498), RCADS-25 anxiety (Magnitud de l'efecte $np^2 = 0.004$; p valor = 0.672), RCADS-25 depression (Magnitud de l'efecte $np^2 = 0.00$; p valor = 0.907) i RCADS-25 total (Magnitud de l'efecte $np^2 = 0.002$; p valor = 0.770).	
Trainor C, et al., 2020 (20)	N= 107 GC= 55 GI= 52 País: Estats units Sexe: 86,3% femení 13,7% masculí Edat: 15,81 (SD: 1,46) Tipus TCA: AN	Paral·lel GC: FBT GI: PFT	EDE MINI-Kid	En el GI respecte al GC es mostra una reducció significativa en la probabilitat de ser diagnosticat amb altres trastorns comorbids com el Major depressive disorder (OR = 0.40; 95% IC [0.09, 1.74]; p valor = 0.221), Generalized anxiety disorder (OR = 0.17; 95% IC [0.04, 0.77], p valor = 0.022), i Panic disorder/Agoraphobia (OR = 0.17; 95% IC [0.03, 0.83], p valor = 0.028)	A) Moderat/Fort B) Fort C) Fort D) Dèbil E) Fort F) Fort G) Total: Moderat
Golden N, et al., (2021) (21)	N= 111 GC= 55 GI= 56 País: Estats units Sexe: 91% femení 9% masculí Edat: 16,4 (SD: 2,5) Tipus TCA: AN, AN atípica, trastorn per afartament	Paral·lel GC: LCR GI: HCR	GAD-7 PHQ-A EDE-Q	Els resultats mostren que després de 12 mesos d'intervenció no hi ha diferències significatives en la remissió del diagnòstic de AN ($p = 0.42$), mostrant el GC una taxa de remissió de 48.1% i el GI de 40.9%. L'efecte de la intervenció mostra que no hi ha millores en l'augment de pes (Mean difference: 0.64; 95%IC [-0.06, 0.04]; p valor = 0.41) encara que ambdós grups mostrin increments de pes, ni tampoc en el EDE-Q score (Mean difference: 0.75; 95%IC [-0.62, 0.87]; p valor = 0.32) encara que els dos grups mostrin reduccions.	A) Dèbil B) Fort C) Fort D) Dèbil E) Fort F) Dèbil G) Total: Dèbil

Valenzuela F, et al., 2018 (22)	N= 110 GI (FBT-BN): 58 GI (CBT-A): 52 País: Estats units Sexe: 92,5% femení 7,5% masculí Estat: 15 (SD: 2,16) Tipus TCA: BN	Paral·lel GI: FBT-BN GI: CBT-A	BDI RSE	No hi ha diferències significatives entre el grup que segueix la intervenció de teràpia cognitiu-conductual i el grup que segueix la intervenció de tractament basat en la família per les mesures BDI (Mean difference: -0.11; 95%IC [-0.72, 0.49]) i RSES (Mean difference: 0.25; 95%IC [-0.70, 1.20]). Quan els dos grups són evaluats de forma conjunta, es mostra una reducció significativa per BDI (Mean difference: -3.18; 95%IC [-3.78, -2.57]) i una millora significativa per RSES (Mean difference: 3.30; 95%IC [2.35, 4.25]).	A) Moderat B) Fort C) Fort D) Dèbil E) Fort F) Fort G) Total: Moderat
---------------------------------	---	--	------------	--	---

Llegenda: **N:** Número de la mostra, **GI:** Grup intervenció, **GC:** Grup control, **TAU:** tractament habitual, **PBI:** Teràpia d'imatge corporal pràctica, **ME:** exposició mirall, **PASTAS:** Escala d'ansietat per aspecte físic i tret, **BIAQ:** Qüestionari d'evitació d'imatge corporal, **BIAAQ:** Qüestionari d'acceptació i acció d'imatge corporal, **RCADS-25:** Escala d'ansietat i depressió infantil revisada – 25, **EDE-Q:** Qüestionari d'examinació dels TCA, **IPSM:** Mesura de sensibilitat interpersonal, **LCR:** Realimentació baixa en calories, **HCR:** Realimentació alta en calories, **GAD-7:** Escala de 7 punts del trastorn d'ansietat general, **PHQ-A:** Qüestionari de salut del pacient per adolescents, **FBT:** Tractament basat en la família, **PFT:** Tractament centrat en els pares, **RSE:** Escala d'autoestima de Rosenberg, **CBT:** Tractament de modificació del biaix cognitiu, **BDI:** Inventari de depressió de Beck, **MINI-KID:** Mini entrevista internacional neuropsiquiàtrica per nens i adolescents.

Grau d'evidència: A) Selection bias, B) Study design, C) Confounders, D) Blinding, E) Data collection methods, F) Withdrawals and drop-outs, G) Intervention integrity

DISCUSSIÓ

L'objectiu d'aquesta revisió sistemàtica va ser identificar l'evidència disponible sobre l'eficàcia d'intervencions realitzades amb un disseny RCT sobre la salut mental de nens, nenes i adolescents amb presència d'un TCA.

Els resultats obtinguts indiquen que les diferents intervencions psicològiques aplicades en adolescents amb TCA poden generar millores en variables psicològiques, emocionals i conductuals relacionades amb simptomatologia alimentària. Tot i així, l'efectivitat varia en funció del tipus d'intervenció i de les variables analitzades.

De forma global, les intervencions centrades en la imatge corporal, la modificació del biaix cognitiu, el tractament basat en la família i la teràpia cognitiu-conductual mostren una tendència favorable en la reducció de símptomes associats a la salut mental en els participants diagnosticats amb TCA, encara que en alguns estudis les diferències no arriben a tenir un resultat estadísticament significatiu (18–20,22). D'altra banda, els resultats d'aquesta revisió sistemàtica també mostren que algunes intervencions no van generar millores significatives en determinades variables de salut mental. Concretament, les intervencions centrades en la imatge corporal no van mostrar diferències estadísticament significatives en variables relacionades amb la preocupació per la forma corporal, les situacions socials o l'evitació corporal (18). De la mateixa manera, les intervencions basades en la modificació de biaix cognitiu no van mostrar millores significatives en simptomatologia ansiosa, depressiva ni en la resposta emocional crítica (19). Finalment, les intervencions nutricionals basades en models de realimentació amb major aportació calòrica tampoc van mostrar diferències significatives en el rebuig alimentari ni en el malestar emocional durant les menjades (23).

Intervencions sobre la salut mental en adolescents amb Anorèxia Nerviosa

Les intervencions amb una major eficàcia en adolescents amb AN són principalment les basades en el tractament familiar i les dirigides als processos cognitius i emocionals. En els estudis analitzats, el tractament basat en la família s'associa amb una reducció de la comorbiditat psiquiàtrica, especialment en trastorns d'ansietat generalitzada, l'agorafòbia i la depressió major. Al mateix temps, les intervencions centrades en la modificació de biaix cognitiu mostren millores significatives en les interpretacions negatives i en la simptomatologia pròpia dels TCA. Així mateix, les intervencions enfocades a la imatge corporal tendeixen a reduir conductes d'evitació corporal i la preocupació pel pes, tot i que amb efectes moderats i no sempre estadísticament significatius.

D'altra banda, les intervencions nutricionals basades en models de realimentació amb major aportació calòrica no incrementen significativament el malestar emocional ni el rebuig alimentari en adolescents amb AN. Aquests resultats indiquen que els enfocaments nutricionals més intensius poden ser clínicament segurs i ben tolerats, especialment quan es combinen amb suport psicològic adequat. No obstant això, els participants amb major simptomatologia depressiva o psicopatologia més greu presenten més afecte negatiu, fet que indica que la gravetat emocional inicial pot influir en la resposta al tractament.

Aquests resultats suggereixen que els adolescents amb AN podrien ser especialment sensibles a intervencions dirigides als pensaments disfuncionals, les dinàmiques familiars i els processos cognitius relacionats amb l'ansietat i la rigidesa mental. En particular, en AN les millores més rellevants s'observen en variables relacionades amb les cognicions negatives i la comorbiditat psiquiàtrica.

Intervencions sobre la salut mental en adolescents amb Bulimia Nerviosa

Pel que fa a la BN, tant la teràpia cognitiu-conductual com el tractament basat en la família s'associen amb millores significatives en la simptomatologia depressiva i l'autoestima. Tot i que cap de les dues intervencions es mostra clarament superior, ambdues produeixen beneficis emocionals sostinguts durant el seguiment. En concret, en adolescents amb BN s'observa una reducció més marcada dels símptomes depressius i un increment de l'autoestima, fet que suggereix que les intervencions basades en estratègies cognitiu-conductuals i suport familiar poden ser especialment útils per abordar les alteracions emocionals i l'autoimatge negativa característiques de la BN.

Avaluació conjunta d'intervencions sobre la salut mental

En conjunt, els resultats suggereixen que les intervencions més efectives en adolescents amb TCA són aquelles que integren components cognitius, emocionals i familiars. Tot i això, l'efectivitat varia segons el tipus de trastorn i les característiques psicològiques predominants. En el cas de l'AN, les millores s'observen principalment en ansietat, cognicions disfuncionals i comorbiditat psiquiàtrica, mentre que en BN els beneficis més destacats es relacionen amb la depressió i l'autoestima.

Aquests resultats són consistents amb la literatura prèvia, que identifica la teràpia basada en la família com una de les intervencions amb major evidència en adolescents amb AN, especialment pel que fa a la millora de la simptomatologia alimentària i el funcionament familiar (24,25). De la mateixa manera, la literatura descriu la teràpia cognitiu-conductual com una intervenció eficaç per BN, encara que hi ha menys

evidència de l'eficàcia en AN, motiu per qual s'utilitza com a tractament inicial en aquest tipus de pacients (26,27).

A més, diversos estudis indiquen que els TCA presenten una elevada associació amb alteracions emocionals i psiquiàtriques com l'ansietat, la depressió i la baixa autoestima. Aquests factors poden influir negativament en el pronòstic i la resposta al tractament (28).

Estudis previs també suggereixen que les intervencions cognitiu-conductuals poden contribuir a la millora de la simptomatologia psicològica i del funcionament global en persones amb AN (29).

Finalment, la insatisfacció corporal i la distorsió de la imatge corporal són característiques recurrents en AN i BN, sobretot durant l'adolescència (30). Això podria explicar la tendència favorable observada en les intervencions centrades en la imatge corporal, especialment en la reducció de conductes d'evitació i preocupació pel pes. En conjunt, la literatura existent reforça la idea de que els TCA son trastorns multifactorials i complexos que requereixen abordatges terapèutics integrats.

Mecanismes

Un possible mecanisme que podria explicar els resultats observats en aquesta revisió és la millora en els processos de regulació emocional, de les cognicions disfuncionals i de la percepció corporal associades als TCA. Les intervencions basades en la reestructuració cognitiva i la modificació del biaix cognitiu podrien ajudar a reduir els patrons de pensament negatius relacionats amb el pes, la imatge corporal i l'autoavaluació, afavorint una disminució del malestar psicològic i de la simptomatologia alimentària.

A més, les intervencions familiars poden afavorir una millor gestió emocional i una reducció dels factors de manteniment del trastorn mitjançant l'increment del suport familiar i la disminució de dinàmiques disfuncionals, com l'alta expressió emocional, la crítica o la sobreprotecció (31). Aquest aspecte podria ser especialment rellevant durant l'adolescència, etapa caracteritzada per una elevada vulnerabilitat emocional i per canvis neurobiològics i psicosocials que augmenten la susceptibilitat als trastorns mentals, així com per una major dependència del context familiar per al desenvolupament del benestar psicològic (3,32).

D'altra banda, les intervencions centrades en la imatge corporal podrien actuar sobre els mecanismes d'evitació corporal i la insatisfacció amb el propi cos, afavorint una relació menys negativa amb la imatge corporal i reduint conductes de control o evitació associades als TCA. En conjunt, aquests mecanismes podrien contribuir a una millora global del funcionament emocional i cognitiu dels adolescents amb TCA.

Fortaleses i limitacions

Les fortaleses d'aquest treball es basen en una anàlisi detallat d'RCT, considerats el nivell més alt d'evidència científica, fet que aporta a les conclusions una major robustesa, ja que la revisió sistemàtica permet combinar i resumir les dades dels diversos estudis, proporcionant una visió clara i organitzada sobre la temàtica analitzada. L'ús d'una metodologia sistemàtica, amb criteris d'inclusió i exclusió definits i una estratègia de cerca estructurada, ajuda a garantir la reproductibilitat de l'estudi i a minimitzar possibles biaixos en la selecció dels articles. Així mateix, la temàtica d'aquest treball té el potencial de traslladar diversa evidència científica als àmbits de la nutrició i la psicologia, i potencialment per a la pràctica clínica i professional.

Tot i les fortaleses del treball, aquest també presenta algunes limitacions que cal tenir en compte en la interpretació dels resultats. En primer lloc, el nombre d'estudis inclosos és limitat, fet que pot reduir la capacitat de generar conclusions. A més, s'observa una certa heterogeneïtat entre els estudis analitzats, tant pel que fa a les característiques de la població com a les intervencions aplicades i la durada dels estudis, cosa que dificulta la comparació directa dels resultats obtinguts i la seva anàlisi. Tanmateix, la qualitat de la metodologia dels RCT inclosos ha sigut variable, ja que han existit diferències en aspectes com el cegament, l'aleatorització, o les pèrdues durant el seguiment dels diversos estudis. Per tant, la possible existència de biaix de publicació, així com el grau d'evidència de qualitat metodològica dels articles, poden limitar la magnitud de les conclusions globals de l'evidència obtinguda. Addicionalment en nens i nenes no s'ha observat cap intervenció realitzada. Això pot ser degut a la dificultat d'identificar TCA en poblacions infantils i de realitzar intervencions a causa de l'obtenció de consentiment informat i ètiques en recerca. D'altra banda, una altra limitació de l'estudi és la carència de participants masculins. Segons l'estudi de Keke L, et al. (2025) (33), la càrrega dels trastorns alimentaris, inclosos AN i BN, ha augmentat més ràpidament entre el homes en termes d'incidència, prevalença i taxes de DALY en els darrers 20 anys, el que suposa una augment significatiu de la disfunció erèctil entre el homes. Per tant, aquesta revisió encoratja que es realitzin més estudis incloent població masculina per tal d'augmentar el grau d'evidència disponible.

Finalment, cal destacar les dificultats inherents a la recerca en nutrició, especialment pel que fa al control de la ingesta dietètica dels participants que pot afectar a la precisió dels resultats, cal destacar també que no hi ha cap estudi que inclogui una intervenció conjunta alimentària i psicològica.

CONCLUSIONS

Els TCA durant la infància i l'adolescència representen un problema de salut complex que sovint s'associa amb alteracions emocionals i psiquiàtriques que poden afectar de manera important el benestar i la qualitat de vida de les persones. En aquest context, les intervencions terapèutiques no només es dirigeixen a la simptomatologia alimentària, sinó també a la salut mental, fet que pot tenir un paper rellevant en el seu tractament.

Els estudis analitzats en aquesta revisió van mostrar efectes beneficiosos en diferents variables relacionades amb la salut mental en nens, nenes i adolescents amb TCA, principalment en l'ansietat, la depressió, l'autoestima, les cognicions negatives i la presència de comorbiditats psiquiàtriques. Així mateix, els tractaments que combinaven estratègies familiars, cognitiu-conductuals i emocionals semblen ser especialment útils en adolescents, essent aquesta etapa caracteritzada per una major vulnerabilitat psicològica i emocional.

No s'ha observat cap RCT realitzada en nens i nenes, essent tots realitzats en adolescents i la majoria d'intervencions realitzades en població femenina. Tanmateix, la limitada quantitat d'estudis disponibles i la variabilitat metodològica observada dificulten l'extracció de conclusions definitives. Per aquest motiu, és necessari la promoció d'estudis RCT amb mostres més amples que permetin consolidar l'evidència científica disponible i millorar les estratègies terapèutiques dirigides a nens, nenes i adolescents amb TCA amb l'objectiu millorar la simptomatologia psiquiàtrica i la salut en el aquest període tan crític en el desenvolupament dels éssers humans.

En conclusió, els resultats d'aquesta revisió sistemàtica indiquen la necessitat d'un abordatge integral dels factors psicològics i emocionals en el tractament dels TCA en població infanto juvenil. L'evidència disponible, de qualitat baixa a moderada, suggereix un possible benefici d'aquestes intervencions, tot i que calen més estudis per confirmar-ne l'eficàcia.

REFERÈNCIES

1. WHO. World Health Organization. 2025. Mental disorders. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>
2. WHO. World Health Organization. 2025. Improving the mental and brain health of children and adolescents. Available from: <https://www.who.int/activities/improving-the-mental-and-brain-health-of-children-and-adolescents>
3. WHO. World Health Organization. 2025. Mental health of adolescents. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health>
4. Tarasenko A, Josy G, Minnis H, Hall J, Danese A, Lau JYF, et al. Mental health of children and young people in the WHO Europe region. THE LANCET. 2025 ;57(101459).
5. Diari digital acció social Catalunya. 2025. Els trastorns mentals entre adolescents i joves es dupliquen entre 2008 i 2022 a Catalunya. Available from: https://www.social.cat/noticia/22511/trastorns-mentals-entre-adolescents-joves-dupliquen-entre-2008-2022-catalunya#google_vignette
6. Asociación Americana de Psiquiatría. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. 5th ed. Arango C, Ayuso JL, Vieta E, editors. Panamericana; 2014.
7. Arijá V, Santi MJ, Novalbos JP, Canals J, Rodríguez-Martín A. Caracterización, epidemiología y tendencias de los trastornos de la conducta alimentaria. Revista Española de Nutrición Comunitaria. 2022;10–7.
8. Torra i Pla J. BOE. 2019. p. 1–4. DECRETO LEY 2/2019, de 22 de enero, de modificación de la Ley 22/2010, de 20 de julio, del Código de consumo de Cataluña, para incorporar medidas contra los trastornos de la conducta alimentaria.
9. Pediatría Integral. 2020. Trastorno de evitación y restricción de la ingestión de alimentos en Pediatría: un diagnóstico novedoso para una entidad frecuente en la práctica clínica | Pediatría integral. Available from: <https://www.pediatriaintegral.es/publicacion-2020-06/trastorno-de-evitacion-y-restriccion-de-la-ingestion-de-alimentos-en-pediatria-un-diagnostico-novedoso-para-una-entidad-frecuente-en-la-practica-clinica/>
10. Aldeas Infantiles. Aldeas Infantiles SOS. 2025. Factores que derivan en problemas de salud mental en la infancia. Available from: <https://www.aldeasinfantiles.es/blog/factores-salud-mental-en-la-infancia>
11. Canals J, Arijá-Val V. Factores de riesgo y estrategias de prevención en los trastornos de la conducta alimentaria. Scielo España. 2022 Oct 31;39:16–26.
12. Rojo-Moreno L, Arribas P, Plumed J, Gimeno N, García-Blanco A, Vaz-Leal F, et al. Prevalence and comorbidity of eating disorders among a community sample of adolescents: 2-year follow-up. Psychiatry Res. 2015 May 30;227(1):52–7. PubMed PMID: 25771751.

13. Arago M. SOM360. 2024. «Mai no havíem vist tanta comorbiditat en els trastorns alimentaris» | SOM Salut Mental 360 Available from: <https://tca.som360.org/ca/entrevista/mai-no-haviem-vist-tanta-comorbiditat-trastorns-alimentaris>
14. Sarró S, Ortiz JM. SOM360. 2024. Quan el TCA coincideix amb altres problemes de salut mental | SOM Salut Mental 360. Available from: <https://tca.som360.org/ca/article/quan-tca-coincideix-altres-problemes-salut-mental>
15. García L. ACADE educación privada. 2025. La importancia de la salud mental en la infancia: desde el entorno escolar hasta el familiar - ACADE.
16. abstrackr: home. Available from: <http://abstrackr.cebm.brown.edu/account/login>
17. Effective Public Health Practice Project (EPHPP) - McMaster Evidence Review & Synthesis Team. Available from: <https://merst.healthsci.mcmaster.ca/ephpp/>
18. Biney H, Astbury S, Haines A, Grant J, Malone N, Hutt M, et al. A novel 'practical body image' therapy for adolescent inpatients with anorexia nervosa: a randomised controlled trial. *Eating and Weight Disorders*. 2020 Aug 1;26(6):1825. PubMed PMID: 32949382.
19. Rowlands K, Beaty T, Simic M, Grafton B, Hirsch C, Treasure J, et al. Cognitive bias modification training of attention and interpretation to reduce expectations of social rejection in adolescents with eating disorders: A small efficacy randomized controlled trial. *Int J Eat Disord*. 2022 Nov 1;55(11):1506. PubMed PMID: 36147018.
20. Trainor C, Gorrell S, Hughes EK, Sawyer SM, Burton C, Le Grange D. Family-based treatment for adolescent anorexia nervosa: What happens to rates of comorbid diagnoses? *Eur Eat Disord Rev*. 2020 May 1;28(3):351. PubMed PMID: 31995262.
21. Golden NH, Cheng J, Kapphahn CJ, Buckelew SM, Machen VI, Kreiter A, et al. Higher-calorie refeeding in Anorexia Nervosa: 1-year outcomes from a randomized controlled trial. *Pediatrics*. 2021 Apr 1;147(4). PubMed PMID: 33753542.
22. Valenzuela F, Lock J, Le Grange D, Bohon C. Comorbid depressive symptoms and self-esteem improve after either cognitive-behavioural therapy or family-based treatment for adolescent bulimia nervosa. *Eur Eat Disord Rev*. 2018 May 1;26(3):253–8. PubMed PMID: 29446174.
23. Accurso EC, Cheng J, Machen VI, Buckelew S, Kreiter A, Adams S, et al. Hospital-based higher calorie refeeding and mealtime distress in adolescents and young adults with anorexia nervosa or atypical anorexia nervosa. *Int J Eat Disord*. 2023 Jun 1;56(6):1219–27. PubMed PMID: 36919264.
24. Stewart MP, Baumann O. The Effectiveness of Adolescent-Focused Therapy and Family-Based Therapy for Anorexia Nervosa. *Psychol Rep*. 2026 Feb 1;129(1):7–28. PubMed PMID: 38239005.
25. Gorrell S, Loeb K, Le Grange D. Family-based Treatment of Eating Disorders: A Narrative Review. *Psychiatr Clin North Am*. 2019 Jun 1;42(2):193–204. PubMed PMID: 31046922.
26. Agras WS. Cognitive Behavior Therapy for the Eating Disorders. *Psychiatr Clin North Am*. 2019 Jun 1;42(2):169–79. PubMed PMID: 31046920.

27. Waller G, Tatham M, Turner H, Mountford VA, Bennetts A, Bramwell K, et al. A 10-session cognitive-behavioral therapy (CBT-T) for eating disorders: Outcomes from a case series of nonunderweight adult patients. *Int J Eat Disord*. 2018 Mar 1;51(3):262–9. PubMed PMID: 29417603.
28. Types of Eating Disorders: Symptoms & Treatment | NEDA. Available from: <https://www.nationaleatingdisorders.org/what-are-eating-disorders/>
29. Fairburn CG, Cooper Z, Doll HA, O'Connor ME, Palmer RL, Dalle Grave R. Enhanced cognitive behaviour therapy for adults with anorexia nervosa: a UK-Italy study. *Behaviour research and therapy*. 2013;51(1). PubMed PMID: 23084515.
30. Muhlheim L. Verywellmind. 2025. Body Image and Eating Disorders. Available from: https://www.verywellmind.com/body-image-and-eating-disorders-4149424?utm_source=chatgpt.com#toc-body-image-issues-in-eating-disorders
31. Gkintoni E, Kourkoutas E, Vassilopoulos SP, Mousi M. Clinical Intervention Strategies and Family Dynamics in Adolescent Eating Disorders: A Scoping Review for Enhancing Early Detection and Outcomes. *J Clin Med*. 2024 Jul 1;13(14). PubMed PMID: 39064125.
32. Blakemore SJ. Adolescence and mental health. *The Lancet*. 2019 May 18;393(10185):2030–1. PubMed PMID: 31106741.
33. Liu K, Gao R, Kuang H, E R, Zhang C, Guo X. Global, regional, and national burdens of eating disorder in adolescents and young adults aged 10–24 years from 1990 to 2021: A trend analysis. *J Affect Disord*. 2025 Nov 1;388:119596. PubMed PMID: 40480381.

ANNEX 1

QUALITY ASSESSMENT TOOL FOR QUANTITATIVE STUDIES



COMPONENT RATINGS

A) SELECTION BIAS

(Q1) Are the individuals selected to participate in the study likely to be representative of the target population?

- 1 Very likely
- 2 Somewhat likely
- 3 Not likely
- 4 Can't tell

(Q2) What percentage of selected individuals agreed to participate?

- 1 80 - 100% agreement
- 2 60 – 79% agreement
- 3 less than 60% agreement
- 4 Not applicable
- 5 Can't tell

RATE THIS SECTION	STRONG	MODERATE	WEAK
See dictionary	1	2	3

B) STUDY DESIGN

Indicate the study design

- 1 Randomized controlled trial
- 2 Controlled clinical trial
- 3 Cohort analytic (two group pre + post)
- 4 Case-control
- 5 Cohort (one group pre + post (before and after))
- 6 Interrupted time series
- 7 Other specify _____
- 8 Can't tell

Was the study described as randomized? If NO, go to Component C.

No Yes

If Yes, was the method of randomization described? (See dictionary)

No Yes

If Yes, was the method appropriate? (See dictionary)

No Yes

RATE THIS SECTION	STRONG	MODERATE	WEAK
See dictionary	1	2	3

C) CONFOUNDERS

(Q1) Were there important differences between groups prior to the intervention?

- 1 Yes
- 2 No
- 3 Can't tell

The following are examples of confounders:

- 1 Race
- 2 Sex
- 3 Marital status/family
- 4 Age
- 5 SES (income or class)
- 6 Education
- 7 Health status
- 8 Pre-intervention score on outcome measure

(Q2) If yes, indicate the percentage of relevant confounders that were controlled (either in the design (e.g. stratification, matching) or analysis)?

- 1 80 – 100% (most)
- 2 60 – 79% (some)
- 3 Less than 60% (few or none)
- 4 Can't Tell

RATE THIS SECTION	STRONG	MODERATE	WEAK
See dictionary	1	2	3

D) BLINDING

(Q1) Was (were) the outcome assessor(s) aware of the intervention or exposure status of participants?

- 1 Yes
- 2 No
- 3 Can't tell

(Q2) Were the study participants aware of the research question?

- 1 Yes
- 2 No
- 3 Can't tell

RATE THIS SECTION	STRONG	MODERATE	WEAK
See dictionary	1	2	3

E) DATA COLLECTION METHODS

(Q1) Were data collection tools shown to be valid?

- 1 Yes
- 2 No
- 3 Can't tell

(Q2) Were data collection tools shown to be reliable?

- 1 Yes
- 2 No
- 3 Can't tell

RATE THIS SECTION	STRONG	MODERATE	WEAK
See dictionary	1	2	3

F) WITHDRAWALS AND DROP-OUTS

(Q1) Were withdrawals and drop-outs reported in terms of numbers and/or reasons per group?

- 1 Yes
- 2 No
- 3 Can't tell
- 4 Not Applicable (i.e. one time surveys or interviews)

(Q2) Indicate the percentage of participants completing the study. (If the percentage differs by groups, record the lowest).

- 1 80 -100%
- 2 60 - 79%
- 3 less than 60%
- 4 Can't tell
- 5 Not Applicable (i.e. Retrospective case-control)

RATE THIS SECTION	STRONG	MODERATE	WEAK	
See dictionary	1	2	3	Not Applicable

G) INTERVENTION INTEGRITY

(Q1) What percentage of participants received the allocated intervention or exposure of interest?

- 1 80 -100%
- 2 60 - 79%
- 3 less than 60%
- 4 Can't tell

(Q2) Was the consistency of the intervention measured?

- 1 Yes
- 2 No
- 3 Can't tell

(Q3) Is it likely that subjects received an unintended intervention (contamination or co-intervention) that may influence the results?

- 4 Yes
- 5 No
- 6 Can't tell

H) ANALYSES

(Q1) Indicate the unit of allocation (circle one)

community organization/institution practice/office individual

(Q2) Indicate the unit of analysis (circle one)

community organization/institution practice/office individual

(Q3) Are the statistical methods appropriate for the study design?

- 1 Yes
- 2 No
- 3 Can't tell

(Q4) Is the analysis performed by intervention allocation status (i.e. intention to treat) rather than the actual intervention received?

- 1 Yes
- 2 No
- 3 Can't tell

GLOBAL RATING**COMPONENT RATINGS**

Please transcribe the information from the gray boxes on pages 1-4 onto this page. See dictionary on how to rate this section.

A	SELECTION BIAS	STRONG	MODERATE	WEAK
		1	2	3
B	STUDY DESIGN	STRONG	MODERATE	WEAK
		1	2	3
C	CONFOUNDERS	STRONG	MODERATE	WEAK
		1	2	3
D	BLINDING	STRONG	MODERATE	WEAK
		1	2	3
E	DATA COLLECTION METHOD	STRONG	MODERATE	WEAK
		1	2	3
F	WITHDRAWALS AND DROPOUTS	STRONG	MODERATE	WEAK
		1	2	3
				Not Applicable

GLOBAL RATING FOR THIS PAPER (circle one):

- | | | |
|---|----------|----------------------------|
| 1 | STRONG | (no WEAK ratings) |
| 2 | MODERATE | (one WEAK rating) |
| 3 | WEAK | (two or more WEAK ratings) |

With both reviewers discussing the ratings:

Is there a discrepancy between the two reviewers with respect to the component (A-F) ratings?

No Yes

If yes, indicate the reason for the discrepancy

- | | |
|---|---|
| 1 | Oversight |
| 2 | Differences in interpretation of criteria |
| 3 | Differences in interpretation of study |

Final decision of both reviewers (circle one):

- | | |
|----------|-----------------|
| 1 | STRONG |
| 2 | MODERATE |
| 3 | WEAK |