

RESUMEN EJECUTIVO DEL DOCUMENTO DE CONSENSO PARA LA PREVENCIÓN DE LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA SENPE-SENC-SEPEAP-SEMERGEN

Coordinación: Carmen Gómez Candela¹, Carmen Pérez Rodrigo², Rocío Campos del Portillo³

¹Unidad de Nutrición Clínica y Dietética. Instituto de Investigación Hospital La Paz (IdiPAZ). Universidad Autónoma de Madrid. Madrid. ²Departamento de Fisiología. Facultad de Medicina y Enfermería. Universidad del País Vasco. Leioa, Vizcaya. ³Servicio de Endocrinología y Nutrición. Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda. Majadahonda, Madrid

DOI: <http://dx.doi.org/10.20960/nh.4172>

EPIDEMIOLOGÍA Y FACTORES DE RIESGO DE LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

Los TCA configuran un grupo de problemas de salud en los que la insatisfacción con la imagen corporal se combina con alteraciones de la conducta alimentaria, baja autoestima, problemas de perfeccionismo, depresión y ansiedad social, entre otros. Estos trastornos pueden ser graves y acompañarse de serias complicaciones y comorbilidades.

Se presentan generalmente en adolescentes y adultos jóvenes, y los mejor caracterizados son la anorexia nerviosa (AN), la bulimia nerviosa (BN) y el trastorno por atracón (TA). Los estudios de prevalencia sugieren que la frecuencia del problema varía mucho según el grupo de edad y sexo. La prevalencia es mayor en las mujeres jóvenes (AN: 0,1-2 %; BN: 0,37-2,98 %; TA: 0,62-4,45 %). Se trata de un problema que afecta a los cinco continentes y se han descrito tasas del 2,2 % (0,2-13,1 %) en Europa, del 3,5 % (0,6-7,8 %) en Asia y del 4,6 % (2,0-13,5 %) en América. La comorbilidad es elevada, destacando problemas psiquiátricos como la depresión, la ansiedad, el déficit de atención e hiperactividad, el trastorno obsesivo compulsivo y los trastornos de personalidad.

La evidencia científica apoya un modelo interactivo de influencias biopsicosociales en la etiología de los TCA. Desde el punto de vista biológico, nuevos estudios de asociación de genoma completo sugieren una base de desregulación metabólica en la AN. Entre los factores psicológicos, la insatisfacción corporal (IC) es el predictor más consistente, principalmente en el género femenino. Entre los determinantes de la IC se han identificado la baja autoestima, el afecto negativo y la interiorización del ideal de delgadez. También se asocian con la IC valores altos del índice de masa corporal (IMC), así como las presiones socio-familiares y del grupo de pares a favor de la delgadez. Algunas actividades deportivas o profesionales inciden sobre el exceso de ejercicio, las dietas restrictivas y la presión por la figura corporal. Determinadas enfermedades crónicas metabólicas y digestivas también pueden ser factores de riesgo de los TCA.

Analizando los programas de prevención de estos trastornos se observa que en su mayor parte se dirigen a mujeres adolescentes en educación secundaria y jóvenes. Son escasas las intervenciones en edades tempranas, en adultos y en varones. Los programas con buenos resultados se han centrado en uno o más factores de riesgo, se basan en enfoques cognitivos o conductuales e incluyen contenidos sobre alimentación saludable o nutrición, alfabetización mediática o presiones socioculturales

y aceptación corporal o satisfacción corporal. Muchos de ellos incorporan nuevas tecnologías y son interactivos. Se necesitan más investigación y programas innovadores de prevención de los TCA dirigidos a niños pequeños, adultos y varones.

ENFOQUES UTILIZADOS EN LA PREVENCIÓN PRIMARIA DE LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA: REVISIÓN DE LA EVIDENCIA Y EFECTIVIDAD

En cuanto a los enfoques utilizados en las estrategias de prevención de los TCA, la evidencia científica y organismos como la Sociedad Americana de Nutrición Parenteral y Enteral (ASPEN), la Asociación Americana de Dietética (ADA) y la SENPE, reconocen la importancia de la educación nutricional en el tratamiento de los TCA y la importancia de la participación activa de los profesionales de la nutrición en esta tarea. Por tanto, el enfoque de la prevención de los TCA debe ser amplio, de manera que abarque a los grupos vulnerables y a su entorno. De la misma forma, los protocolos de actuación para el tratamiento deben incluir como uno de sus pilares la educación nutricional. Los protocolos de actuación deberán desarrollarse de forma multidisciplinar, con delegación de funciones claras para cada profesional, de forma coordinada, para contribuir a la recuperación y estabilidad del paciente y su entorno socio-familiar. También se reconoce el interés de promover la adquisición de hábitos alimentarios saludables desde edades tempranas, tanto en el entorno familiar como en el educativo. Esta medida contribuiría a la promoción de la salud de los más pequeños, además de reducir la probabilidad de problemas que hoy son frecuentes como la obesidad, al tiempo que reduciría el riesgo de los TCA.

La actividad física (AF) está reconocida como un aspecto clave en la prevención y tratamiento de problemas psicológicos. Recientemente se han actualizado las recomendaciones de su práctica con el fin de mantener y mejorar la salud mental. La AF puede resultar de gran importancia en las intervenciones para prevenir y tratar los TCA. Sin embargo, se desconocen el rol y las dosis para este fin. Los trabajos presentados en la revisión destacan la importancia de la AF en los programas de intervención para prevenir y tratar los TCA. La evidencia emergente sugiere que la AF que disfrutamos, considerada importante y elegida, se asocia a un efecto positivo para la salud mental, mientras que la AF realizada por sentimiento de culpa, presión o sentimiento de estar forzado a realizarla se asocia a un efecto negativo. No hay suficiente evi-

dencia para sugerir que hay un impacto nocivo de la AF en las intervenciones de prevención primaria de los TCA. Se proponen recomendaciones prácticas dentro de las futuras intervenciones, así como recomendaciones para realizar futuras investigaciones.

La IC se considera uno de los factores de riesgo más importantes para el desarrollo de un TCA y una baja autoestima, como rasgo psicológico de vulnerabilidad confirmado. Las personas que tienen TCA o características afines sufren con más frecuencia (dos a tres veces más) acoso escolar o burlas relacionadas con la apariencia. Mención especial merecen los participantes en las conductas de intimidación y acoso, ya sea como víctimas o como verdugos, que tienen más riesgo de desarrollar sintomatología alimentaria. Los resultados son homogéneos cuando el grupo control lo constituye la población general y más contradictorios con los grupos de control psiquiátricos. Se hace necesario también estudiar el *ciberacoso* o *cyberbullying*, por su actualidad. Sin embargo, las intervenciones en las burlas no parecen ser una prioridad en los programas de prevención de los TCA, aunque los resultados del EAT-IV apoyan la importancia de abordar las burlas relacionadas con el peso en las iniciativas de educación y salud, e incluir el ambiente familiar como diana en las intervenciones *antibullying*, especialmente en las chicas.

Parece necesario plantear diferentes modelos de intervención preventiva en función del género. En los dos sexos serían apropiadas intervenciones personales y de educación sociofamiliar para expandir un modelo estético corporal más flexible. Las intervenciones basadas en la promoción y educación de la salud para mejorar la autoestima, donde se promociona la imagen corporal positiva con intervenciones presenciales, han tenido éxito en reducir la insatisfacción corporal y la patología alimentaria.

Los medios de comunicación, a través de la publicidad, transmiten un ideal de belleza no real, asociado con rasgos positivos como popularidad, aprecio, aceptación, inteligencia, etc. Esto puede constituir uno de los factores que comprometen la salud emocional y física, siendo los mismos responsables de crear expectativas poco realistas e IC y ejerciendo una influencia muy destacada en el desencadenamiento o mantenimiento de los malos hábitos alimentarios que pueden abocar en verdaderos trastornos alimentarios. La población más joven tiene una baja capacidad para anticipar los efectos nocivos de ciertos mensajes con intereses comerciales, por lo que se requiere la puesta en marcha de programas preventivos basados en la educación mediática, acompañados de un modelado del núcleo familiar en el que se promueva un estilo de vida saludable.

A los TCA, como patología multifactorial, se les suma hoy en día, como posible potenciador, la difusión y promoción de la cultura de la delgadez y la apología de los TCA a través de las redes sociales (RRSS) usadas por los más jóvenes. Por una parte, a través de las herramientas de *feedback* de las redes (*likes*, *comments*, *visitas*, *retweets*, etc.) y los elementos de comparación entre iguales de las RRSS más visuales, muchos usuarios llegan a desarrollar conductas de riesgo que a su vez retroalimentan a otros. Por otra parte, se crea la sensación de pertenencia a un grupo o tribu a través de comunidades cuyos miembros se sienten apoyados y donde se comparten de forma afectiva dietas muy restrictivas, así

como formas para ocultar estas y otras conductas a quienes no pertenecen al grupo; ambos elementos dificultan la intervención por parte de los profesionales y la familia. Debido al uso extensivo de las RRSS, a la rápida difusión de todo aquello que se publica y al escaso control que hay sobre el contenido que se comparte, resulta prácticamente imposible controlar los sitios donde se hace apología y se promueven las conductas que contribuyen al desarrollo o mantenimiento de los TCA. El *ciberacoso* o intimidación por medio de tecnologías digitales utiliza con frecuencia críticas sobre la imagen corporal que dañan la autoestima de los más vulnerables y es un factor cada vez más presente en los jóvenes que han padecido un TCA. Se considera que la clave en la prevención reside en la alfabetización mediática del uso de las RRSS, así como la supervisión parental de los más jóvenes. Las personas en riesgo o ya diagnosticadas de TCA encuentran en estas redes el apoyo social que buscan, pero sesgado hacia las conductas de riesgo, cuando es posible explotarlas en beneficio de la promoción de hábitos saludables y para la recuperación de estos trastornos.

A partir de la revisión de la evidencia sobre los enfoques psicológicos empleados en las intervenciones orientadas a la prevención de los TCA, se observa que las intervenciones consiguen efectos de magnitud pequeña o moderada en la reducción de los factores de riesgo de los TCA hasta tres años después de la intervención. Para la prevención universal, la educación mediática ha demostrado ser la intervención que reduce significativamente la preocupación por la imagen y el peso corporal tanto en mujeres como en hombres. En relación a la prevención selectiva, las intervenciones de disonancia cognitiva (DC) fueron superiores a las intervenciones de control para reducir los síntomas de los TCA. La terapia cognitivo-conductual (TCC) ha mostrado tamaños del efecto superiores en relación a los factores de riesgo de los TCA en el seguimiento a nueve meses. El programa *Healthy Weight* redujo los factores de riesgo de los TCA y el IMC. Asimismo, las intervenciones multicomponentes fueron efectivas en la reducción de las conductas asociadas a los TCA. Ninguna intervención preventiva indicada demostró ser efectiva para reducir los factores de riesgo de los TCA. No obstante, la bajada en la incidencia de los TCA es incierta. Las intervenciones de prevención de obesidad requieren una mayor investigación, así como las basadas en el *mindfulness*, que han aumentado en los últimos años.

La revisión de la bibliografía existente para determinar el estado actual del conocimiento acerca de los programas de prevención de TCA en relación con la estigmatización-discriminación, la búsqueda de ayuda, el empoderamiento, la educación emocional y la alfabetización en salud mental muestra que hay que diseñar intervenciones preventivas durante la adolescencia y la edad adulta joven, con el foco en reducir la discriminación basada en el peso y la estigmatización de los TCA. En esta tarea deben considerarse algunas especificidades de género, con atención al estrés y el aislamiento social, el consenso social y los TCA en varones, con intención de disminuir la conformidad con algunas normas del género masculino, como una de las dianas en el desarrollo de los programas de prevención. También disminuir las burlas de los compañeros y la familia, y las experiencias de estigmatización en la familia y en el trabajo, que predicen una mayor internalización del prejuicio por el peso. Ade-

más, parece aconsejable realizar actividades de alfabetización de salud mental como en el programa *Media Smart*, fomentar la búsqueda de ayuda y el empoderamiento, como en el programa REBel, y mejorar la educación emocional y el manejo de las emociones negativas con actividades para la mejora de las emociones como medidas adicionales al *Body Project* (disonancia cognitiva).

PREVENCIÓN PRIMARIA DE LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

Los TCA son poco frecuentes en las edades de la etapa escolar, siendo predominantes en el sexo femenino. Los principales factores predictivos a esta edad son similares a los de otros grupos de edad, siendo particularmente importante la influencia de los cambios corporales, sobre todo en las niñas. Los programas preventivos en este grupo de edad son escasos; centrados principalmente en la aceptación de la imagen corporal, la internalización del ideal de apariencia y la alfabetización mediática, en ellos se ha observado cierta eficacia. No obstante, son necesarias nuevas investigaciones que confirmen las líneas de investigación con mejores resultados.

La prevención de los TCA en los centros educativos de enseñanza secundaria es importante, ya que se dirige a alumnos con edades en las que el individuo es más vulnerable y el trastorno puede cronificarse. Tras la revisión de la evidencia fuera y dentro de nuestro país, se recogen una serie de recomendaciones que nos conducirán a obtener una mayor eficacia a la hora de implementar programas preventivos en la educación secundaria: uso de contenido interactivo, abordaje de factores de riesgo, prevención de la obesidad, aplicación a edades tempranas, intervenciones realizadas por el propio personal del centro, inclusión de la perspectiva de género y evaluación de los programas de forma controlada, rigurosa y científica.

Existen ciertos colectivos más vulnerables en la comunidad, como los adolescentes y jóvenes involucrados en actividades lúdicas o deportivas que implican una alta competitividad y que llevan asociadas una elevada importancia del peso corporal, que tienen significativamente más riesgo de presentar un TCA. Para una prevención primaria efectiva a nivel comunitario, la evidencia nos indica la conveniencia de dirigir nuestros esfuerzos hacia esos grupos con más riesgo, siendo el paradigma de la promoción de la salud la fórmula más indicada. Se sugiere poner en práctica un enfoque participativo, multimodal e interactivo, basando los programas en la terapia motivacional y la disonancia cognitiva, tratando de que estos sean sostenibles e intentando contar con el apoyo de líderes comunitarios.

PREVENCIÓN SECUNDARIA DE LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

Por lo que se refiere a los enfoques utilizados en la prevención secundaria de los TCA, el desarrollo de programas preventivos eficaces, coste-efectivos y ampliamente accesibles es crucial para reducir la carga de enfermedad relacionada con estos tras-

trornos. Los programas que usan enfoques basados en la disonancia y los cognitivo-conductuales son los más efectivos para la prevención selectiva. Los programas de prevención universal e indicada deben investigarse más y expandirse a un rango más amplio de edades, razas y culturas, y abordar múltiples problemas de salud pública como la obesidad y los TCA, y los problemas relacionados con el peso y con factores de riesgo compartidos. El *Body Project*, MABIC y ZARIMA son exitosos programas para la prevención de los problemas relacionados con la alimentación y el peso (PRAP). Una evaluación rigurosa de la eficacia, efectividad e implementación es necesaria. Podría ser óptimo implementar el *Body Project* con grupos dirigidos por pares para abordar las barreras asociadas con la intervención dirigida por un clínico. Las limitaciones de los programas tradicionales podrían superarse con intervenciones basadas en internet y móviles. La intervención basada en internet podría maximizar el alcance y el impacto de los esfuerzos preventivos. Sin embargo, las pruebas científicas actuales para la prevención de los TCA *online* son limitadas. Las intervenciones por internet son menos efectivas que las cara a cara, con tamaños del efecto pequeños o medianos.

La sintomatología de los trastornos alimentarios comprende aspectos psicológicos y conductuales con preocupaciones alimentarias subclínicas y de larga evolución. Estas constituyen un claro precursor del desarrollo de los TCA establecidos y con frecuencia graves. Por ello resulta crucial investigar sus antecedentes y correlatos, para informar posteriormente el desarrollo de programas de prevención con el fin de proporcionar a los profesionales sanitarios de Atención Primaria la información más actual y relevante para la identificación precoz de los TCA, de manera que sirva de ayuda para la toma de las mejores decisiones sobre los problemas que plantea su asistencia inicial. Existe un creciente, pero aun reducido, cuerpo de literatura que aboga por un mayor énfasis en los programas para prevenir los TCA y adelantar el reconocimiento de este grupo de trastornos en el primer nivel del sistema sanitario. La revisión de los documentos consultados permite establecer alguna recomendación basada en la evidencia, donde se identifican de forma importante las guías de práctica clínica y revisiones sistemáticas, apoyadas por otro tipo de artículos de consistencia científica menor pero que se han considerado suficientes para ser tenidos en cuenta. Estas recomendaciones aparecen estratificadas y ordenadas como respuesta a las preguntas de partida formuladas.

Dentro de los grupos de especial riesgo para los TCA destacan las personas con obesidad. La obesidad constituye un problema de salud pública por su alta prevalencia y elevada morbimortalidad. La relación entre los TCA y la obesidad está ampliamente establecida. Es importante que el profesional que atiende a personas con obesidad tenga en cuenta una serie de premisas que minimicen el riesgo de aparición de los trastornos alimentarios en el transcurso del tratamiento para la pérdida de peso. La cirugía bariátrica constituye un tratamiento efectivo a largo plazo en los pacientes adecuadamente seleccionados con obesidad grave. Por un lado, la elevada prevalencia de los TCA en este colectivo hace imprescindible la detección de estos trastornos en el preoperatorio. Por otro lado, la presencia de TCA poscirugía y su posible relación en cuanto a peores resultados hace fundamental

el cribado durante el seguimiento tras la intervención. Desde el punto de vista preventivo, la realización de TCC antes de la cirugía bariátrica podría influir positivamente en los resultados postoperatorios, y su empleo después podría mejorar la eficacia en cuanto a pérdida de peso y disminuir los atracones y el *grazing*. Desde una perspectiva más global en relación a la prevención, son muchos quienes apuestan por un enfoque integrador en la obesidad y los TCA. Para ello es fundamental identificar factores de riesgo y protectores que tengan relevancia en ambos trastornos.

Existen numerosas situaciones clínicas (infertilidad, gestación) y patologías (diabetes *mellitus* de tipo 1, enfermedad inflamatoria intestinal, entre otras) cuyo manejo se realiza de forma habitual en la atención especializada (AE) y que están estrechamente relacionadas con los TCA. De hecho, la AE es a menudo el primer (y a veces único) contacto con el profesional sanitario en

un paciente con TCA. En este contexto, los TCA pueden pasar inadvertidos para el profesional que trata al paciente si no tiene una adecuada formación. Es fundamental que los profesionales de la AE conozcan la posible asociación de estas patologías con los TCA y su papel en el desarrollo o mantenimiento de estos trastornos, con el fin de poder realizar una detección precoz.

Se revisa la bibliografía existente para determinar el estado actual del conocimiento acerca de los programas de prevención de TCA en relación con los nuevos abordajes, aproximaciones y desafíos en la metodología, el uso de nuevas tecnologías (internet, pantallas, redes sociales), la prevención conjunta de problemas relacionados con el peso y la alimentación, y la realización de recomendaciones para futuras direcciones.

El análisis DAFO (debilidades, amenazas, fortalezas y oportunidades) sobre la prevención de los TCA se muestra en tabla I.

Tabla I. Análisis de las debilidades, amenazas, fortalezas y oportunidades (DAFO) en relación con la prevención de trastornos de la conducta alimentaria

Debilidades	Amenazas
<ul style="list-style-type: none"> – Las controversias sobre la clasificación y las terminologías utilizadas en relación con los TCA. – Los estudios epidemiológicos han utilizado diferentes criterios y metodología para tipificar los TCA, lo que dificulta la comparación de datos y su evolución. Faltan estudios de seguimiento a largo plazo y también sobre factores de riesgo. – Investigación insuficiente sobre la efectividad de las intervenciones y estrategias mediante estudios bien diseñados con grupo de control, especialmente en algunos grupos y en relación con patologías específicas. – Falta de coordinación y colaboración interdisciplinar entre los distintos perfiles profesionales y niveles asistenciales implicados en la detección y el abordaje integral de los trastornos de la conducta alimentaria. – Falta de coordinación y colaboración entre salud pública, sanidad, educación y familias para la detección precoz y la implementación de acciones preventivas. – Deficiente diseminación de programas efectivos y promoción de programas no evaluados o no examinados empíricamente. – Pobre comunicación y colaboración interdisciplinar en la prevención. – No hay evidencias de que la detección temprana mejore el pronóstico. – Inadecuada formación en salud mental de los profesionales sanitarios y de otros ámbitos, como educadores, implicados en la detección precoz y en las acciones preventivas. – Insuficiente formación y capacitación de los profesionales sanitarios y no sanitarios para la detección precoz. – Escaso conocimiento por parte de algunos profesionales sobre la relación entre TCA y obesidad. – La prevalencia de los TCA tras la cirugía bariátrica es probable que aumente a medida que transcurre el tiempo desde la cirugía, por lo que se requiere tiempo de seguimiento prolongado para detectar su aparición. – Limitación para aplicar los criterios diagnósticos de los TCA tras la CB. – Limitada evidencia del papel de algunas patologías en el desarrollo de los TCA. 	<ul style="list-style-type: none"> – Recortes presupuestarios. – Limitados recursos humanos y financieros tanto en la práctica asistencial como en la prevención. – Falta de evaluación rigurosa de algunos programas. – Intervenciones preventivas escolares breves, esporádicas. – Cortos periodos de seguimiento de las intervenciones preventivas. – Secretismo y miedos en centros deportivos, gimnasios, conservatorios, escuelas de danza en relación con los TCA. – Riesgo de modelos poco saludables entre instructores, monitores, entrenadores, profesores. – La atención integral puede estar dificultada por visiones parciales e intereses particulares de grupos de interés. – No hay políticas integrales de prevención y asistencia. – En ocasiones, las actividades preventivas y de asistencia específica se dejan en manos de asociaciones o colectivos poco profesionales. – Escasa sensibilización de los profesionales de Atención Primaria para su identificación temprana. – No existe en nuestro medio una predisposición al trabajo multidisciplinar ni a la colaboración internivel, lo que dificultará el éxito para desarrollar programas amplios de intervención y estudio que persistan en el tiempo. – La falta de una propuesta consistente sobre la valoración inicial representa un riesgo de retrasos diagnósticos y, por tanto, de casos más graves y de cura más difícil. – La población más vulnerable es la que corresponde a la transición de los cuidados pediátricos a los cuidados del médico de adultos, especialmente alejada del sistema asistencial y con pérdida progresiva del control familiar. – Manejo de la obesidad por parte de personal no cualificado cuyas prácticas puedan favorecer la aparición de TCA. – Dificultad para identificar un TCA previo a la cirugía bariátrica. – El manejo nutricional de los pacientes con determinadas patologías (EII) a menudo se basa en la búsqueda de información de fuentes no científicas y poco fiables por parte del propio paciente. – La minimización de los síntomas de TCA y/o su gravedad dificulta la detección de TCA.

(Continúa en página siguiente)

Tabla I (Cont.). Análisis de las debilidades, amenazas, fortalezas y oportunidades (DAFO) en relación con la prevención de trastornos de la conducta alimentaria

Fortalezas	Oportunidades
<ul style="list-style-type: none"> – Escasa formación de los profesionales sanitarios sobre los TCA y sobre su relación con determinadas patologías propias de su especialidad. – Ausencia de recomendaciones de detección y manejo de los TCA en las guías de algunas patologías que suponen un riesgo de TCA. – Pasos significativos en las pasadas décadas. – Investigación mediante ensayos controlados y aleatorizados con seguimiento de al menos seis meses. – Variedad de programas que pueden ser beneficiosos. – Programas preventivos de los TCA, coste-efectivos y sostenibles. – Experiencia española en prevención de los TCA en la danza. – Hay herramientas de criba o “screening” validadas y ampliamente utilizadas y programas preventivos con evidencia de ser eficaces. – Hay conciencia de necesidad de trabajo integrado y de intervenciones preventivas en Atención Primaria. – Una red asistencial amplia y bien dotada con capacidad de mejorar los procedimientos prevención y reconocimiento temprano. – El seguimiento a lo largo de toda la infancia de los niños hasta los 14 o 16 años por parte del pediatra y de la enfermera de pediatría, desde una relación de proximidad a los niños y a sus familias y con evaluación frecuente de los hábitos de vida, incluidos los de alimentación. – La consulta de Atención Primaria sería el lugar idóneo para aplicar de forma dirigida o sistemática test de cribado sobre signos de sospecha o alarma que ayuden a reconocer de forma sensible los TCA en fases más fácilmente reversibles. – La disponibilidad, cada vez más extendida, de unidades específicas donde se presta atención integral. – Accesibilidad a las unidades especializadas desde Atención Primaria. – Evidencia de la relación entre obesidad y TCA. – Valoración psiquiátrica de los pacientes candidatos a cirugía bariátrica. – Evidencia de la utilidad de algunos programas preventivos en los resultados de la cirugía bariátrica. – Existencia de programas de prevención que incluyen TCA y obesidad. – Existe evidencia de la DM1 como factor de riesgo de TCA y las sociedades científicas relacionadas con el manejo de la diabetes disponen de recomendaciones sobre el cribado de los TCA en la DM1. – Se dispone de herramientas validadas para identificar los pacientes con DM1 y riesgo de TCA. – Creciente evidencia de la utilidad de algunos programas preventivos de los TCA en la DM1. – Las guías sobre manejo de la FQ de la ECFS especifican que el tratamiento nutricional debe tener en cuenta las actitudes del paciente hacia la alimentación para poder identificar precozmente un TCA. – Las guías clínicas de manejo de la amenorrea hipotalámica recomiendan descartar un TCA como origen de la misma. 	<ul style="list-style-type: none"> – Dificultad para identificar un TCA en el contexto de determinadas enfermedades cuyos síntomas o complicaciones pueden solaparse. – Impacto negativo de los TCA en la evolución y pronóstico de determinadas patologías. – Expandir los programas a un mayor espectro de problemas relacionados con el peso. – Programas inespecíficos de promoción de salud en la escuela secundaria pueden ayudar a prevenir factores de riesgo de TCA. – Colaboración con empresas privadas, acción social corporativa, fundaciones. – Nuevas tecnologías TIC. – Enfoque de género. – Atender los TCA en fases iniciales permitiría evitar la larga evolución de la enfermedad o cronificación en algunos casos. – Múltiples enfoques se han demostrado la utilidad y es preciso definir políticas de actuación en cada área. – Integrar con los programas de prevención de obesidad u otros programas de promoción de la salud – Posibilidad de generar información relevante sobre la eficacia de la intervención desde Atención Primaria en la captación, asistencia inicial, derivación, participación en el seguimiento y control de la enfermedad y su contribución al pronóstico. – Generar información de calidad, investigando el perfil de la población más vulnerable, sus condicionantes socio-familiares y problemas comórbidos. – Diseñar cuestionarios estandarizados y validados, probados en su sensibilidad, para el cribado y confirmación diagnóstica, fáciles de utilizar, útiles en la consulta generalista y económicos. – Difundir información basada en la evidencia en los entornos profesionales que pueden acceder a la población de riesgo, fundamentalmente pediatras, médicos de familia y enfermeros. – Establecer un plan de formación específico de TCA dirigido de todos los profesionales que trabajan en el entorno de la Atención Primaria de Salud. – Informar en las escuelas y a través de los medios de comunicación como medida preventiva y de sensibilización de la población más joven y de sus familias. – La detección de TCA previo a la CB puede mejorar la atención a estos pacientes, así como los resultados de la cirugía. – Instauración de programas de prevención y tratamiento, con un enfoque integrador de los TCA y la obesidad que evite mensajes contradictorios y el posible efecto iatrogénico cuando los programas se instauran por separado, y que ahorre costes. – Difundir información basada en la evidencia a aquellos profesionales de la atención especializada que pueden acceder a la población con riesgo de TCA. – Detección precoz de los TCA en pacientes remitidos a especialistas por otros problemas clínicos que supongan un factor de riesgo de TCA. – Posibilidad de integrar en unidades específicas de patología con elevado riesgo de TCA a profesionales con conocimientos en TCA.

TCA: trastorno de la conducta alimentaria; CB: cirugía bariátrica; EI: enfermedad inflamatoria intestinal; DM1: diabetes mellitus tipo 1; FQ: fibrosis quística; ECFS: European Cystic Fibrosis Society; TIC: tecnologías de la información y la comunicación.

Conflicto de intereses: los autores declaran no tener conflictos de interés.