



Enfoques utilizados en la prevención secundaria de los trastornos de la conducta alimentaria: revisión de la evidencia y la efectividad

Approaches used in secondary prevention of eating disorders: review of the evidence and effectiveness

Carlos Imaz Roncero¹, Pedro Manuel Ruiz Lázaro², Jesús Pérez Hornero³

¹Centro de Salud Mental Infanto-Juvenil. Hospital Universitario Río Hortega. Facultad de Medicina. Universidad de Valladolid. Valladolid. ²Sección de Psiquiatría Infanto-Juvenil (UTCA). Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Universidad de Zaragoza. Grupo ZARIMA. Zaragoza. ³Unidad de Desórdenes de la Alimentación. Hospital de Conxo. Santiago de Compostela, A Coruña

Palabras clave:

Anorexia nerviosa. Bulimia nerviosa. Detección precoz. Trastorno de la conducta alimentaria. Prevención secundaria.

Resumen

Se revisa de forma sistemática y reflexiva la información más actualizada acerca de la prevención secundaria de los trastornos de la conducta alimentaria (TCA). Se dan recomendaciones sobre métodos de criba y detección en la población escolar y las poblaciones de riesgo; programas exitosos y formación de profesionales; derivación a recursos de atención y terapéutica, e intervención temprana. Y se apuntan líneas futuras.

Keywords:

Anorexia nervosa. Bulimia nervosa. Early diagnosis. Eating disorders. Secondary prevention.

Abstract

The most up-to-date information on the secondary prevention of eating disorders (EDs) is systematically and thoughtfully reviewed. Recommendations are given on screening and detection methods in the school population and at-risk populations; successful programs, training of professionals; referral to care and therapeutic resources; and early intervention. Also future lines are pointed out.

Conflicto de intereses: los autores declaran no tener conflicto de intereses.

Imaz Roncero C, Ruiz Lázaro PM, Pérez Hornero J. Enfoques utilizados en la prevención secundaria de los trastornos de la conducta alimentaria: revisión de la evidencia y la efectividad. *Nutr Hosp* 2022;39(N.º Extra 2):97-111

DOI: <http://dx.doi.org/10.20960/nh.4185>

Correspondencia:

Carlos Imaz Roncero. Centro de Salud Mental Infanto-Juvenil. Hospital Universitario Río Hortega. Facultad de Medicina. Universidad de Valladolid. C/ Dulzaina, 2. 47012 Valladolid
e-mail: cimaz@saludcastillayleon.es

INTRODUCCIÓN

La prevención primaria está dirigida a evitar la aparición inicial de una enfermedad o dolencia. La prevención secundaria (PS) y la terciaria tienen por objeto detener o retardar la enfermedad ya presente y sus efectos mediante la detección temprana y el tratamiento adecuado o reducir los casos de recidivas y el establecimiento de la cronicidad, p. ej., mediante una rehabilitación eficaz (1).

Hay un proceso preventivo (Fig. 1) desde la promoción de la salud general y la resiliencia → prevención universal → prevención selectiva → prevención indicada (dirigida) → detección/evaluación para la identificación de casos → intervención → atención posterior (2).

Y, aunque la PS está destinada al diagnóstico temprano de la enfermedad incipiente (sin manifestaciones clínicas), con búsqueda de sujetos “aparentemente sanos” de enfermedades lo más precozmente posible, el concepto de “promoción de la salud”, establecido por la OMS en Ottawa (3), nos remite a algo más amplio: proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma. La salud se percibe, pues, no como el objetivo sino como la fuente de riqueza de la vida cotidiana. Se trata de un concepto positivo que acentúa los recursos sociales y personales, así como las aptitudes físicas.

Estos aspectos tienen importancia dado que, en la PS de los TCA, se enfatiza la detección del entorno y se obvia la necesaria intervención sobre el “ya paciente o enfermo” y la conciencia de problema de este. ¿Cómo promocionar el sentido de salud y facilitar que todas las personas puedan desarrollar su completo potencial de salud? ¿Y cómo se empodera al individuo para su

salud? Son aspectos que en la Declaración de Yakarta de julio de 1997 (4) se plantean en la manera de guiar la promoción de la salud en el siglo XXI.

“La promoción de la salud es realizada por y con la gente, sin que se le imponga ni se le dé” (4). La National Eating Disorders Collaboration (NEDC), una iniciativa del Departamento de Salud del Gobierno Australiano, habla del “efecto boomerang”, dado que las intervenciones bienintencionadas pueden producir un daño involuntario. E insiste, por otra parte, en la detección precoz, en los intentos de normalizar el comportamiento de la persona, que tienen por objeto animar a quien se encuentra en la fase inicial de un TCA a buscar ayuda.

Una de las justificaciones más importantes para la PS tiene que ver con el retraso en la búsqueda de tratamiento o el tiempo de enfermedad sin tratar (5), que alcanza un promedio de ocho años. Lo que sugiere barreras significativas a la búsqueda de ayuda con un solo principio, la barrera del estigma. Iniciativas como “beyondblue” han mejorado el conocimiento público y las actitudes hacia la depresión. Y un programa similar aplicado a los TCA probablemente produciría un beneficio considerable para la bulimia nerviosa y el atracón (6).

Existe una superposición considerable entre la prevención indicada (7) y la secundaria, ya que ambos métodos comparten diversos objetivos y se dirigen a grupos similares. La prevención indicada estaría dirigida a niñas adolescentes y mujeres jóvenes adultas que muestran un comportamiento dietético poco saludable a niveles subclínicos (8).

La reducción de *gaps* es una terminología anglosajona que habla de las brechas o lagunas asistenciales. La investigación de estas brechas asistenciales es determinante para las intervenciones desde los primeros años (9,10) (Fig. 2).



Figura 1.
El espectro de intervención en salud mental.

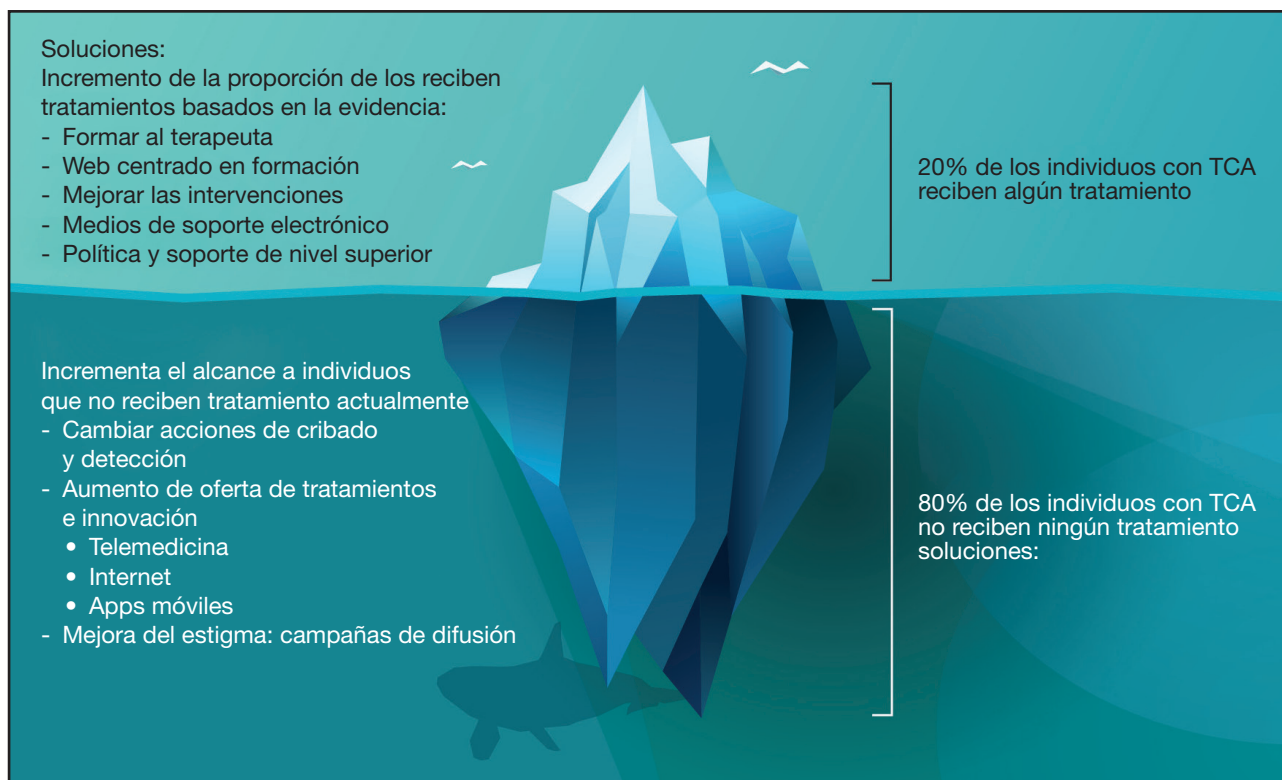


Figura 2.

Analogía del iceberg en la detección de los TCA.

El modelo de Goldberg y Huxley (11) sobre los flujos de demanda en salud mental es una referencia para la epidemiología de las patologías psiquiátricas, siendo la brecha grande en cualquier trastorno psiquiátrico (12). El *gap* en más importante identificado en los TCA tiene relación tanto con la detección en Atención Primaria (AP) como en la derivación a Salud Mental. En un estudio realizado en Valladolid solo se detectaron el 19 % de los casos detectados en la comunidad, y de ellos solo el 16 % eran derivados a Salud Mental Infanto-Juvenil (13), resultados similares a los de otros estudios en universitarios donde solo el 20 % o menos son atendidos (14,15).

Las principales causas para una baja detección, especialmente en la infancia, de los trastornos mentales tienen que ver con: un entrenamiento inadecuado, la presentación de los casos a través de síntomas somáticos, el estigma y las falsas convicciones sobre su naturaleza y tratamiento.

Un problema para la detección en los modelos categoriales es cuándo se consideran algunos comportamientos variantes de la normalidad o ya cuadros clínicos, y los cambios en las clasificaciones diagnósticas que perfilan dichos cuadros, aunque los estudios demuestran que son más útiles los criterios actuales de la CIE-11 (16).

Es preciso tener en cuenta la variación cultural como un elemento que condiciona para el diagnóstico y, por tanto, para la detección (17). También, tener en cuenta el curso natural de los TCA, especialmente en los niños pequeños y las minorías étnicas.

Entender las presentaciones prodrómicas y subsindrómicas, y las relaciones con los síndromes clínicos completos, permitirá fortalecer la detección y la intervención precoz (6).

Las personas que muestran signos de advertencia de trastornos alimentarios (TA) tienen un riesgo mucho mayor de desarrollar un TA, y el síndrome parcial de los TA por sí solo conlleva un mayor riesgo de deterioro. Además, la investigación muestra resultados significativamente mejores para las personas que son identificadas y tratadas temprano en el curso de la enfermedad (6) y evita la evolución a formas crónicas (18).

Para la PS hay que tener en cuenta el proceso evolutivo de los cuadros. Y así, la mitad de los casos evolucionan de formas atípicas a un cuadro de AN o de BN, aunque también hay formas completas de estos trastornos que evolucionan a formas atípicas y luego se recuperan, por lo que los cuadros atípicos pueden ser inicio o forma evolutiva de los cuadros completos (19), como se puede ver en el esquema clásico (Fig. 3).

La PS se logra a través de la intervención temprana, incluyendo la detección y el tratamiento temprano. La característica distintiva de la PS es que la intervención se produce una vez que el TA ha comenzado. En esta etapa de un TA, las intervenciones secundarias hacen hincapié en que los TA son altamente tratables, muy frecuentes y progresan normalmente a partir de una conducta alimentaria desordenada.

Aunque, habitualmente, la detección se dirige a los cuadros de TCA clásicos —AN, BN, TCANE y trastorno por atracón—, surgen

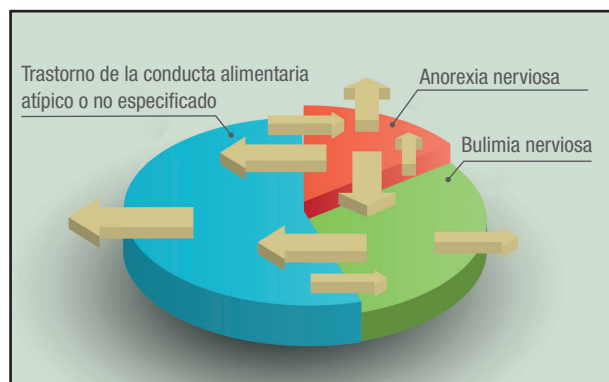


Figura 3.

Proceso evolutivo en los TCA.

nuevas expresiones o conductas alimentarias de riesgo como la ortorexia, definida por una preocupación excesiva por la alimentación sana (20), y se agrupan e incorporan cuadros como la alimentación selectiva (problema de alimentación no relacionado con preocupaciones de peso o figura, con incapacidad de ingesta nutricional adecuada), la pica (consumo recurrente de artículos “no nutritivos, no alimenticios”) y la rumiación (regurgitación recurrente y sin esfuerzo de alimentos) en las clasificaciones DSM y CIE (16,21). Y dentro de las formas no especificadas se habla de las formas parciales y del síndrome de ingestión nocturna de alimentos (22) (Tabla I).

MÉTODOS

Se utilizaron las palabras clave: “early intervention” or “prevention secondary” or “prevention indicated” or “early detection” or “early treatment” or “early identification” and “eating disorder” or “anorexia nervosa” or “bulimia nervosa” or “binge eating” or “pica” or “Avoidant restrictive food intake disorder” or “Rumination disorder” or “Other Food & Behavior Concerns”.

Otras: “female athlete triad” “screening” and “eating disorder”, “Body Project”, “diabetes”, “dental” and “eating disorder”.

Aunque se revisaran años anteriores, se centró la revisión en los últimos 5 años. Básicamente, la bibliografía recogida establece diferentes vías de intervención: criba o “screening” y detección en población escolar y poblaciones de riesgo; la formación de los profesionales (sanitarios y no sanitarios); la derivación a los recursos de atención, y la terapéutica e intervención precoz.

RESUMEN DE LA EVIDENCIA

Hay programas de intervención temprana basados en la evidencia disponibles, pero generalmente el problema es la disponibilidad, como reconocen en Australia (6), lo que dificulta el acceso. En la revisión sobre barreras para el tratamiento de los pacientes con TCA, estas se relacionan con barreras organizativas y de gestión (incluye costes, listas de espera, criterios de elección, accesibilidad, reconocimiento, etc.), prestación de servicios y ambiente social (disponibilidad de servicios, influencia de amigos y familia, conocimiento de los proveedores de servicios, etc.), factores individuales y procesos (estigma y vergüenza, miedo al cambio, autosuficiencia, etc.), tal como se describe en AcciMap sobre la jerarquía de niveles (23).

Los individuos con TA retrasan la búsqueda de tratamiento un promedio de ocho años, lo que sugiere barreras significativas para la búsqueda de ayuda con un solo principio: la barrera del estigma. La iniciativa pública de salud mental “beyondblue” mejoró con éxito el conocimiento público y las actitudes hacia la depresión. Y una similar aplicada a los TA probablemente produciría un beneficio considerable para la bulimia nerviosa y el atracón, y sería eficaz para las personas que padecen características de enfermedad (6).

Se exploran las vías para la mejora de la PS:

- Criba y detección en poblaciones escolares y de riesgo:
 - Herramientas de criba o “screening”:
 - Detección en: población escolar y grupos de riesgo.
- Formación de profesionales:
 - No sanitarios (educación, entrenadores deportivos, etc.).

Tabla I. Trastornos alimentarios según el DSM-5 y la CIE-11

Trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos del DSM-5	Trastornos de la conducta alimentaria de la CIE-11
<ul style="list-style-type: none"> – Pica – Trastorno de rumiación – Trastorno de evitación/restricción de la ingestión de alimentos – Anorexia nerviosa – Bulimia nerviosa – Trastorno por atracón – Otro trastorno alimentario o de la ingestión de alimentos especificado, que incluye: anorexia nerviosa atípica; bulimia nerviosa (de frecuencia baja y/o duración limitada); trastorno por atracón (de frecuencia baja y/o duración limitada); trastorno por purgas; síndrome de ingestión nocturna de alimentos. 	<ul style="list-style-type: none"> – 6B80 Anorexia nerviosa – 6B81 Bulimia nerviosa – 6B82 Trastorno por atracón – 6B83 Trastorno evitativo o restrictivo de la ingesta alimentaria – 6B84 Síndrome de pica – 6B85 Trastorno por rumiación o regurgitación – 6B8Y Otros trastornos especificados de la conducta alimentaria – 6B8Z Trastornos de la conducta alimentaria, sin especificación

- Sanitarios: farmacéuticos, Atención Primaria (médicos de familia/pediatras), endocrinos, odontólogos, psiquiatras/ psicólogos, otros (Urgencias, etc.).
- Derivación a recursos o contextos de atención.
- Terapéutica e intervención temprana.

CRIBA O “SCREENING” Y DETECCIÓN EN POBLACIONES ESCOLARES O DE RIESGO

Estudios poblacionales recientes identifican a 1 de cada 5 adolescentes como población de riesgo (20,8 %, medido mediante cuestionarios), aunque si se le añaden otros criterios, el porcentaje desciende a 1 de cada 15 (6,6 % de prevalencia). Además, es preciso señalar que los que no responden en los estudios poblacionales son un sesgo, ya que suelen presentar más problemas emocionales y conductuales (24,25).

La utilización de la criba selecciona una población de riesgo que se asocia, generalmente, a otros factores de riesgo como la restricción energética alimentaria y la menor ingesta de micronutrientes, que detectan un probable TCA (26); además suele presentar mejor respuesta a los programas preventivos (27) y es una urgente necesidad en los adolescentes (28).

Herramientas de “screening”

El uso de herramientas de “screening” (SWED, escalas de preocupación por el peso), medidas antropométricas y entrevistas clínicas puede reconocer un nivel de riesgo bajo, de riesgo alto, formas parciales de TCA y formas completas (AN, BN y TpA) (29).

Se han utilizado herramientas de criba en la web (30) y hay evidencias de que las medidas de control del peso en la escuela son contraproducentes (31), aunque se apoya el uso de herramientas de “screening”, asociadas a medidas objetivas de peso y talla (32).

La *Eating Disorder Examination Interview* (EDE) es la entrevista estándar para el diagnóstico (33). Y la versión infantil (ChEDE) se utiliza en los niños de 7 o más años de edad. Los adolescentes y los niños tienden a tener puntajes más bajos que los adultos, y los jóvenes con AN y los niños tienden a tener puntajes más bajos que aquellos con BN. Por lo tanto, es importante comparar las puntuaciones con los datos normativos apropiados para la edad, para lo que se requiere entrenamiento. Se está desarrollando una versión del EDE para el diagnóstico del trastorno de evitación, la pica y la rumiación (33).

Hay entrevistas que se convierten en cuestionarios como la “Structured interview for anorexia and bulimia nervosa — Self report” (SIAB-S). O la entrevista EDE en versión cuestionario (EDE-Q), que se usa en muestras comunitarias y clínicas para detectar los síntomas nucleares de los TCA, es breve y coste-efectiva, y es útil para la investigación y la clínica (32,34). O la versión corta *Eating Disorder Examination Questionnaire Short* (EDE-QS) (35).

La EDE-Q en muestras de varones ingresados con TCA solo detectan un 39,5-55,3 % de casos que muestran puntuación

clínicamente significativa. Es preciso para los varones evaluar los comportamientos y actitudes de los TA utilizando 4 factores: atracones, dismorfia muscular, insatisfacción corporal y conductas alimentarias desordenadas (34).

The *Eating Attitudes Test*, EAT-26, y el *Eating Disorders Inventory* (EDI) son los cuestionarios de detección más utilizados (36). También se usan el *Short Evaluation of Eating Disorders* (SEED) (37), el *SCOFF Questionnaire* (38-41), la *Ottawa Disordered Eating Screen for Youth* (ODES-Y) (42) y otros muchos.

Para poblaciones especiales y deportistas hay otros más específicos, como el *Eating Disorders among Athletes* (43) y la *Female Athlete Screening Tool* (FAST) (44).

Las herramientas de detección con mayor sensibilidad y especificidad han demostrado buenos resultados para detectar a los deportistas con TA o en riesgo de desarrollarlo (*Athletic Milieu Direct Questionnaire version 2* [AMDQ-2], *Brief Eating Disorder in Athletes Questionnaire version 2* [BEDA-Q2] y *Physiologic Screening Test* (PST) para detectar TCA en mujeres deportistas). Existe evidencia de grado A disponible para demostrar que las herramientas de detección detectan con precisión a las deportistas femeninas en riesgo de TA (45). Para la detección de la triada de la mujer deportista se ha publicado un “screening” de 11 preguntas (46).

En otros casos se utilizan medidas fisiológicas. En el *Physiologic Screening Test* (PST) se utilizan: porcentaje de grasa corporal, relación cintura-cadera, presión arterial diastólica al levantarse y glándulas parótidas agrandadas (47).

También se plantea la evaluación del ejercicio compulsivo (*Compulsive Exercise Test*, CET-A), como psicopatología específica (48). Hay que señalar la necesidad de que las preguntas sean sutiles porque las directas pueden dar lugar a subregistro, por temor a ser descubiertos por entrenadores, padres o compañeros. Un cuestionario de frecuencia de alimentos o un recuerdo de la dieta pueden identificar deficiencias nutricionales o una ingesta baja en calorías y la restricción de cualquier alimento o grupo de alimentos específico. También puede ser útil hacer preguntas sobre los comportamientos de atracones o purgas, así como cualquier historial familiar de TA u otras patologías, como obesidad, depresión o abuso de sustancias (36).

La *Development and Wellbeing Assessment* (DAWBA) genera diagnósticos probables del DSM sobre la base de los padres y el autoinforme, corroborados por la revisión del médico, y pueden completarse en línea (<http://www.DAWBA.info>). El DAWBA es más probable (que el EDE) que esté de acuerdo con el diagnóstico clínico en los jóvenes y también genera información sobre posibles comorbilidades.

El ejercicio compulsivo es un factor de riesgo y de mal pronóstico, y un síntoma presente en todos los estadios de la enfermedad en un 39-45,5 % de los casos, siendo el *Exercise and Eating Disorder* (EED), en su versión 2, válido para su detección. Otros cuestionarios como el *Exercise Dependence Questionnaire*, el *Exercise Dependence Scale-Revised* (EDS-R) y el *Exercise Addiction Inventory* están más relacionados con el modelo adictivo que con los factores primarios.

A partir del año 2017, la NEDA (*National Eating Disorders Association*) realizó una evaluación en línea utilizando una versión

del SWED (49) disponible gratuitamente en la página web de NEDA: <https://www.nationaleatingdisorders.org/screening-tool>. La herramienta de selección se ha promovido principalmente a través de artículos en los medios de comunicación, llamadas telefónicas, mensajes de chat y correos electrónicos a la página web de NEDA (14).

Se sugiere la utilidad de las aplicaciones web, como las *app*, para la exploración de la salud y el estilo de vida en la asistencia normal, ya que pueden enriquecer la experiencia de los jóvenes al ver a su médico de cabecera, crear un ámbito para abordar las necesidades de salud no satisfechas e integrarse en su atención médica regular (50).

Detección en la población

Población escolar

Algunas revisiones han sugerido que la prevención primaria debiera orientarse a niños de primaria y la PS dirigirse a secundaria o mayores (51).

Los datos sugieren una elevada prevalencia de los TCA entre estudiantes universitarios en relación con la población general. Pero solo un 20 % o menos reciben tratamiento, por lo que se plantea la importancia de realizar cribas (14,52). Se propone la semana de concienciación NEDA, con sistemas *online* mediante internet, como herramienta muy útil para la criba, detección y tratamiento de la población escolar. Además, es coste-efectiva (53).

No hay un criterio claro para definir los pródromos o el inicio de un TCA pero, para la detección precoz en fase prodrómica, se recomienda la detección en las escuelas y/o universidades (54).

Y se ha visto la utilidad del "screening" o criba en diferentes continentes y culturas (55).

Población con obesidad

Hay resultados que sugieren que más de la mitad de los individuos que buscan tratamiento para la pérdida de peso dieron positivo en TpA. Su detección y la derivación para el tratamiento cognitivo-conductual, de primera elección en el TpA con sobrepeso/obesidad (56), para complementar terapias para perder peso con el control de atracones, va a permitir dar el tratamiento óptimo con mejores resultados (57).

Hay autores que plantean la necesidad de que todos los candidatos al tratamiento quirúrgico de la obesidad deben ser evaluados de cualquier TA, ya que estos pueden afectar a la eficacia y la selección del procedimiento quirúrgico. En el caso de los pacientes que son aptos para la cirugía bariátrica, la BN puede ser indicación para el *bypass* gástrico (58).

Aunque hay superposición entre los TCA y la obesidad, la mayoría de las jóvenes con sobrepeso/obesidad, busquen o no tratamiento, no desarrollan un TCA subclínico o un trastorno completo, restrictivo o no. Los datos no sugieren que las intervenciones de control de peso para los jóvenes con sobrepeso/

obesidad deban evitarse. En cambio, parecen apoyar un esfuerzo más integrado para prevenir y tratar los TA y el sobrepeso/obesidad conjuntamente, dado que hay sólida evidencia de que ambos forman parte de un mismo espectro (59,60).

Deportistas

Las mujeres deportistas son una población de riesgo, lo que exige esfuerzos para abordar las necesidades únicas de este grupo con TCA (61).

Entre la población deportista femenina se observan comportamientos peligrosos y específicos como la "anorexia atlética". Este término se usa para las deportistas que restringen el consumo de nutrientes, pero no hasta el punto de ser diagnosticadas de AN. Con un estado de ingesta reducida de energía y masa corporal reducida, a pesar del alto rendimiento físico, tienen algunos, pero no todos, los criterios del TA, que se reconoce como subclínico (62). La alimentación desordenada también forma parte de la "tríada de la atleta femenina" (FAT), junto con la amenorrea y la desmineralización ósea. Cada trastorno individual tiene una morbilidad específica, pero los tres juntos pueden ser sinérgicos (63).

Debido al estigma, los TA son poco investigados, subdiagnosticados y subtratados entre los hombres deportistas, ya que los objetivos deportivos son un factor de riesgo importante para la alimentación desordenada en los hombres. Este estereotipo de género puede verse reforzado por herramientas de evaluación del riesgo de TA que reflejen mejor los síntomas femeninos.

Estos resultados pueden aplicarse prácticamente para permitir que las herramientas de evaluación del riesgo de TA capturen mejor el riesgo de TA, independientemente del género (64).

La Sociedad Americana de Medicina Deportiva (AMSSM) y el Colegio Americano de Medicina Deportiva (ACSM) han colaborado para desarrollar la monografía "Examen físico previo a la participación" (*Preparticipation Physical Examination*, PPE) (65). Incluyen preguntas sobre una inadecuada alimentación y sus consecuencias, como disfunción menstrual y fracturas de estrés, alteraciones anímicas y uso de sustancias (46), con especial alerta en los deportistas que tienden a reconocer menos estos cuadros (66).

El bajo peso corporal y/o una baja relación grasa/músculo (delgadez) es crucial para el rendimiento en algunos deportes, como los de categorías por peso (p. ej., lucha libre, boxeo y artes marciales), los estéticos (p. ej., gimnasia rítmica y patinaje artístico), los de resistencia (p. ej., carreras de distancia, natación, esquí de fondo y ciclismo) y los antigraavitatorios (p. ej., salto de altura, salto de esquí y salto con pértiga). Hasta el 94 % de los deportistas de élite que compiten en deportes con categoría de peso refieren dietas y el uso de medidas de control ponderal extremas para lograr determinado peso antes de competir. En los deportes estéticos se estima que la prevalencia de los TA es de un 40 %, y del 30 % en los deportes con categorías por peso, para las deportistas femeninas de élite. Por el contrario, la prevalencia en los deportes de equipo es del 15 % en las deportistas femeninas de élite y en la población general varía del 0 % al 21 % (36).

La ingesta dietética inadecuada parece ser el primer síntoma del inicio del TA, seguido del uso de métodos inapropiados para perder peso y un aumento excesivo en el tiempo de ejercicio y la carga. La identificación temprana y el tratamiento de los TA deberían convertirse en la máxima prioridad para los programas deportivos. El desafío es determinar si los comportamientos de control de la dieta y el peso del deportista son transitorios, se manejan de manera segura y se asocian a las demandas fisiológicas del deporte o si se están volviendo cada vez menos saludables o más persistentes, lo que puede representar un gran riesgo de TA (36).

Una nutrición adecuada, especialmente en relación con el equilibrio energético, es esencial para la prevención de fracturas y para maximizar el pico de masa ósea, siendo también muy importante la ingesta de calcio y proteínas. Para la prevención de la anemia y la optimización del rendimiento físico se recomienda la ingesta de vitamina C, B12, ácido fólico y hierro. Para una adecuada respuesta inmunológica y maduración sexual en los adolescentes, la ingesta de zinc es particularmente importante (36).

La evaluación del riesgo acumulado proporciona un método objetivo al utilizar la estratificación de riesgos y los factores de riesgo basados en pruebas, y se utiliza después para determinar la autorización de un deportista para participar en un deporte (63).

Minorías sexuales

Los que se identifican como no binarios, intersexuales, transsexuales masculinos y femeninos, pueden experimentar cada uno diferentes factores de estrés y ser vulnerables a diferentes síntomas de los TA: lo más frecuente, comer en secreto, en el 25,9 % de la muestra total. El peso de los factores de estigma, ansiedad, autoestima e importancia del peso o la figura son poco concluyentes pero pueden predisponer de forma indirecta este incremento de la psicopatología de los TCA (67).

Población diabética

La población diabética tiene alto riesgo de presentar TCA y estos pueden aumentar las complicaciones de la diabetes (68).

Según estudios de metaanálisis, las personas con diabetes de tipo I presentan un incremento de 2 a 3 veces en la prevalencia de los TA, en comparación con los individuos sin diabetes. Y se ha propuesto la criba con la *Diabetes Eating Problem Survey – Revised* (DEPS-R), útil para la práctica clínica, en los de 11 o más años de edad (69,70).

Otras poblaciones

Los niños con alergias alimentarias son un grupo de riesgo de TA, en gran parte relacionado con la eliminación de alimentos en su dieta, incluso cuando no es necesario. Pero también por el

impacto de los antihistamínicos y corticoides en la alimentación, la baja actividad física relacionada con la alergia y las compulsiones alimentarias en los niños obesos.

Colectivos específicos, como las mujeres en prisión, tienen tasas de prevalencia de riesgo de TA 2,5 veces más altas que la tasa detectada en la población general con la misma medida (71).

FORMACIÓN DE PROFESIONALES

No sanitarios

Entrenar a los formadores es una línea de intervención para reducir el *gap* (9). Esto puede dirigirse a la escuela y a los educadores (72) o a los entrenadores deportivos o personales (73), aunque en ocasiones se limitan a ampliar la difusión de las estrategias preventivas (74,75).

Hay estudios que reconocen que prácticamente todos los entrenadores de atletismo (91 %) tenían contacto con una deportista con TCA, pero solo 1 de cada 4 (27 %) sintió confianza para identificarla. Y solo 1 de cada 3 (38 %) sintió confianza para preguntarle sobre su problema alimentario. Solo el 25 % de los entrenadores trabajan en una institución con una política de manejo de estos problemas, siendo mayoritaria la preocupación de los entrenadores por las políticas preventivas (76).

Los profesionales del deporte desempeñan un papel importante en la evaluación y diagnóstico de los TA al identificar conductas alimentarias inadecuadas (46), ya que rara vez se auto-declaran (36).

Sanitarios

Los pacientes frecuentemente acuden a una variedad de especialistas médicos, pediatras, internistas, gastroenterólogos, endocrinólogos, ginecólogos, neurólogos, cardiólogos, traumatólogos y psiquiatras, buscando ayuda para las complicaciones médicas o psiquiátricas de su conducta alimentaria, ya reconozcan o no su diagnóstico. Pueden evitar los tratamientos enfocados en normalizar su conducta alimentaria, favoreciendo en cambio las intervenciones médicas que abordan las consecuencias de su conducta sin alterar el problema subyacente.

Atención Primaria (AP)

Los médicos de cabecera no detectan ni tratan bien los trastornos ocultos para los cuales perciben que hay pocas opciones de tratamiento. Sin embargo, pueden proporcionar un entorno en el que los pacientes elijan revelar su trastorno en lugar de ocultarlo. Con una formación apropiada pueden mejorar la detección y el manejo de los TCA y, en colaboración con otros profesionales de la salud, mejorar enormemente la atención prestada a estos pacientes (77).

Se propone una formación para los profesionales de AP y, desde la guía Australiana (78), se señalan una serie de signos de alarma conductuales, físicos y psicológicos para la detección e intervención precoces. Algunas señales de advertencia pueden ser difíciles de detectar porque la persona puede:

- Sentirse avergonzada, culpable y angustiada por su conducta alimentaria o de ejercicio y, por tanto, a menudo lo mantienen en secreto (79).
- Ocultar activamente su conducta alimentaria y de ejercicio.
- Negar tener un problema.
- Ser reacia a pedir ayuda a familiares y amigos.

El objetivo inicial es proporcionar apoyo a la persona para que se sienta lo suficientemente segura y protegida para buscar tratamiento o encontrar a alguien en quien pueda confiar para hablar abiertamente, como familiares, amigos, maestros o compañeros de trabajo.

Si la persona reacciona negativamente, es importante no tomar su reacción como algo personal. Evite discutir o ser polémico y no exprese decepción o conmoción. Resista la tentación de responder con enojo ya que esto puede agravar la situación. No le hable con dureza a la persona. En su lugar, esté dispuesto a repetir sus preocupaciones. Asegúrele a la persona que, aunque no esté de acuerdo con usted, su apoyo sigue en oferta y puede volver a hablar con usted en el futuro si así lo desea.

La realización de materiales y recursos para dichos profesionales (80) se centra en la información del TA, el "screening" y la evaluación, la derivación a un servicio apropiado para tratamiento y el manejo posterior, además de otras informaciones complementarias.

La detección de formas subclínicas es muy importante en la AP (18) como parte del tratamiento multidisciplinar, que incluye profesionales de salud mental y nutrición (68).

Se han utilizado herramientas de criba para AP como la *Eating Disorders Screen for Primary Care* (81) o el SCOFF (82). Y también se plantea la presencia de psicólogos en AP (83).

Endocrinólogos y nutricionistas

Los endocrinólogos y nutricionistas han estado enfocados habitualmente en la obesidad, dejando el campo de los TCA a los profesionales de la salud mental. Pocos profesionales tienen experiencia en ambos ámbitos. Es un elemento de preocupación el excesivo enfoque en el peso en los programas de prevención de la obesidad, que obvian los TCA, con énfasis en esfuerzos para dar información clave en ambas realidades y evitación de las consecuencias negativas en las intervenciones preventivas (84).

Odontólogos

La prevención con frecuencia se subestima e ignora en favor del tratamiento restaurativo de las lesiones secundarias a un

TCA, posiblemente porque el dentista puede no ser consciente del TA (85). Pero el odontólogo puede ser el primer sanitario que observe los síntomas clínicos de un TCA (86-88). Y se observa una alta incidencia de problemas dentales en la población con riesgo de TCA (89-91), incluso en edades precoces (92) como consecuencia de la dieta inapropiada, la medicación psicotrópica y los vómitos autoinducidos (87).

Los odontólogos son profesionales de alto valor para la detección de los TCA (93-97) en los que hay poca o nula conciencia de enfermedad, aunque tampoco al odontólogo se lo van a reconocer (98). De ahí nace la importancia de tener programas específicos para este colectivo, que se aborda de forma específica (99), con inclusión de odontólogos e higienistas dentales (100,101).

Es necesario aumentar las intervenciones a realizar ya que su frecuencia es baja. Así, un programa de revisiones más frecuentes se realiza en un 19,6 % de los casos, las derivaciones en un 17,8 % y la comunicación con AP se reduce a un 7,2 % (102,103). Otros estudios hablan del reconocimiento por odontólogos e higienistas: en un 72,2 % por odontólogos; en un 68,4 % por higienistas; en un 44,4 % al 31,6 % que abordan las sospechas con el paciente, y en un 44,4 % al 21,1 % que derivan para tratar (104). Hay conciencia de que son pocos los que derivan (105). Y en un grupo de pacientes con BN, aunque el 92,4 % reconocieron tener problemas dentales, solo el 29,2 % hablaron de su problema de BN con su odontólogo (106).

Los odontólogos creen que tienen la obligación ética de participar en la PS de los TCA, un primer paso importante que sirve como refuerzo para la formación adicional en dicha PS, que debe dirigirse a: evaluación de manifestaciones orales de los TCA, manejo del paciente, comunicación oral, derivación y gestión de casos con el equipo de referencia (AP, nutricionista o Salud Mental) (100,107).

Es necesario entrenar a los odontólogos en la detección y la comunicación con estos pacientes (98). El diálogo con pacientes y ofrecer material educativo sobre la erosión dental forman parte de los protocolos de manejo (108,109). Son más sensibles las mujeres odontólogas a este papel de PS (110).

En cuanto a la actuación odontológica, algunos autores proponen no restaurar completamente las lesiones hasta que no haya un control de conductas de vómito (111). Además, el seguimiento odontológico va a permitir monitorizar los resultados del tratamiento (112), siendo un elemento importante para su autoimagen (113).

Se proponen experiencias formativas, algunas basadas en la web, para mejorar la capacitación de los profesionales para la PS (114,115). Y hay cierta conciencia de la necesidad de más formación (116-118).

Aún hay preguntas sin responder, como: ¿Cuánto tiempo precisa un TCA para mostrar signos orales? ¿La detección temprana por Odontología logra una mejor respuesta al tratamiento? U otras más relacionadas con el manejo, como: ¿El tratamiento de los signos o síntomas dentales como se relaciona con los síntomas médicos? (119).

Psiquiatras/psicólogos

El efecto nocebo puede englobar aquellos efectos inespecíficos de un tratamiento que son perjudiciales (120). Una atención o abordaje psicoterapéutico, aparentemente banal, puede tener consecuencias negativas. Y puede tener que ver con una indicación o un diagnóstico inadecuados (121) o con una inadecuada formación y/o experiencia.

Los abordajes psicodinámicos tienden a obviar la realidad somática o médica. Y es común encontrar sensibilidad y resistencia a la toma de medidas como el peso en el ámbito clínico (122), además de cuestionar las posibilidades preventivas (123). Estas orientaciones, sin embargo, pueden explicar efectos no aclarados por las intervenciones habituales (124). Y también hay evidencias de su utilidad, especialmente en la AN (125).

Los niños y adolescentes con TA suelen acudir a los servicios de urgencias y a los equipos pediátricos, y su atención puede ser un reto (126).

DERIVACIÓN A RECURSOS O SITIOS DE ATENCIÓN

La accesibilidad y el estigma son dos barreras importantes para el reconocimiento y el acceso a los servicios de salud.

Hasta un tercio de las personas derivadas para tratamiento no acceden a los servicios y el 16,4 % no asisten a su primera cita de evaluación programada. Se han planteado sistemas de mejora de la motivación para la asistencia con programas web como "Motivate", sin que se haya observado una mejora en relación a los que no se les ofreció de forma complementaria. Sin embargo, en quienes lo utilizaron sí implicó un mayor compromiso con la atención (127).

Los modelos de atención temprana o intervención precoz se refieren a un programa estructurado de atención por un equipo o equipos independientes integrados en los servicios de salud mental, que brindan tratamiento a individuos con trastorno reciente o subumbral. El nivel de cuidado varía de respuestas de baja intensidad, como señalamiento, psicoeducación y autoayuda, hasta otros recursos especializados multidisciplinarios y con intervenciones complejas de alta intensidad para la patología o transdiagnósticos (5).

Se han utilizado la *Barriers to Adolescent Seeking Help Scale — Brief Version* (BASH-B) y el *Attitudes Towards Seeking Professional Help Questionnaire — Short Form* (ATSPPH) para reconocer las diferencias en las barreras. En una mujer joven: estar demasiado ocupada, 63,3 %; no saber adónde acudir, 57,1 %; y el riesgo de que la descubran, 52 %. En otras: no saber adónde ir, 80 %; falta de conocimientos de salud mental, 62 %; el riesgo de ser descubierta, 59 %; que otros piensen que está loca o inestable, 59 % (128).

Para pedir ayuda a un profesional de salud mental hay que identificar el problema y percibir que va a dar esa ayuda. Pero si no identifican bien el problema de salud mental, no buscarán una

atención adecuada, y si lo reconocen como un problema mental pero no alimentario, también podrán recibir un tratamiento sesgado (128).

Hay estudios que revisan la demanda de tratamiento y solo el 17-31 % de los cuadros diagnosticados en la comunidad realizan un tratamiento adecuado para el TA, con más probabilidad de recibir tratamiento médico para la pérdida de peso que de salud mental (129).

La mayoría (72,6 %-88,2 %) de los adolescentes con problemas de alimentación han tenido algún contacto con el sector de servicios para problemas emocionales o de comportamiento, siendo los más frecuentemente utilizados los de salud mental, los servicios escolares, los médicos generales y los servicios sociales. Sin embargo, solo una minoría (3,4 %-27,5 %) de los individuos con TA habían hablado con un profesional específicamente sobre sus problemas de alimentación o de peso. Esto podría atribuirse a la negación de los problemas de alimentación por parte de los adolescentes, la vergüenza y/o el estigma, o la falta de reconocimiento de los síntomas de la alimentación por los profesionales que tratan otros problemas específicos de estos jóvenes (130).

Los estudios de McAndrew y Menna (2018) y de Wilksch y cols. (2018) sugieren que las mujeres jóvenes con un riesgo muy alto o signos tempranos de TCA no son tan receptivas a muchas formas de prevención. Pero es un objetivo su atención para reducir la morbilidad y el deterioro asociados y mejorar la recuperación (131).

Un hallazgo importante es que los adultos asignados a cualquiera de las clases del tipo de TA (clases 1 y 2) tuvieron los niveles más bajos de funcionamiento social en comparación con los "comedores normales", pero no tuvieron más probabilidades de recibir ningún tratamiento o servicio de salud mental. Esta falta de tratamiento es preocupante, ya que la detección temprana de los patrones de los TA es importante para ayudar a reducir los niveles de morbilidad y deterioro asociados, y mejorar la recuperación.

La respuesta rápida es un elemento determinante para la alianza terapéutica. En un ensayo aleatorio se observó que si se compara la intervención temprana con la usual, el comienzo del tratamiento pasa del 100 % al 80 %. Un 20 % no inician el tratamiento. Todo ello además de un aumento de la remisión completa a los dos años, aunque aún las muestras son pequeñas (132). Hay datos de que el tiempo de espera para ser tratado no es un tiempo neutral sino que disminuye la respuesta, incrementando las recaídas y asociándose a peores resultados (54).

TERAPÉUTICA E INTERVENCIÓN TEMPRANA

La prevención indicada es una forma de intervención temprana dirigida a quienes muestran signos tempranos de un problema o enfermedad, o a individuos identificados como de muy alto riesgo. Existen pruebas de ensayos controlados aleatorios de la efectividad de los programas indicados que reducen con éxito los factores de riesgo de los TA (6).

Se realizó un ensayo aleatorio y controlado de la utilidad del programa *online* Media Smart (MS-T), con $n = 316$ mujeres jóvenes (edad $M = 20,80$ años) en Australia y Nueva Zelanda. El programa consta de 9 módulos semanales y el grupo de control recibió consejos positivos para la imagen corporal. Se investigaron los efectos de la prevención (asintomáticos al inicio del estudio) y del tratamiento (sintomáticos al inicio). Se observó con la prevención mejoría de los síntomas depresivos y el consumo recreativo de drogas, mientras que en el grupo de tratamiento se vio una reducción de los consumos de drogas y, aunque no de forma significativa, de las ideas suicidas (133).

Aunque no fue significativo, los participantes de MS-T que no cumplieron con los criterios de TCA al inicio del estudio tenían un 85 % menos de probabilidades que los controles de cumplir con los criterios a los 12 meses de seguimiento. Las tasas de reducción en el inicio del TA fueron comparables a las encontradas para la entrega cara a cara de The Body Project (60 %) y Healthy Weight (61 %), y en ensayos anteriores de Student-Bodies-Eating Disorders (SB-ED) (88 % para aquellos con IMC elevado al inicio del estudio), aunque estos hallazgos respectivos se realizaron durante un seguimiento de 2 a 3 años utilizando criterios de diagnóstico. En quienes cumplieron los criterios de TCA al inicio, en los del grupo MS-T fue significativamente menos probable (59 %), frente a los controles, presentar un diagnóstico a los 12 meses de seguimiento, incluido el control para acceder al tratamiento externo del TCA, demostrándose la efectividad de estos programas *online* en los participantes con niveles altos de TA de forma basal. El MS-T se adapta bien a una población clínica dado que el programa no es presencial y no incluye grupos de discusión abiertos donde otros participantes podrían estar expuestos a contenido inútil. Esto sugiere que el MS-T podría aumentar la respuesta al tratamiento y justifica una mayor investigación (134). El MS-T cuenta con procedimientos totalmente automatizados, bajos costos de implementación y la posibilidad de ser entregado a escala para ayudar a aquellos que asisten a aquellos donde los servicios cara a cara son limitados o no están disponibles (p. ej., áreas remotas) (135).

El Student-Bodies-Eating Disorders (SB-ED) es un programa estructurado cognitivo-conductual en línea, apoyado por un grupo de discusión en línea, asincrónico y moderado con mensajes de texto. El SB-ED consiste en 10 sesiones semanales e incluye actividades como el autocontrol de registros y anotaciones en un diario. Los participantes fueron seleccionados por revisiones positivas de DSM-5 subclínicas de AN, BN, trastorno por atracón (BED) o de purga; fueron incluidos si tenían síntomas de TCA subclínicos. Y en este estudio piloto muestra que puede ser eficaz para reducir la psicopatología de los TCA y las preocupaciones sobre el peso y la figura entre las mujeres estudiantes universitarias (136).

Se ha estudiado a los sujetos que evolucionan a un TCA pese a participar en un programa preventivo y se observa que los factores de riesgo como la internalización del ideal de delgadez, la insatisfacción corporal y el afecto negativo, los síntomas de TA se presentan en mayor medida que en los que no lo desarro-

llan, mientras que en la restricción dietética no se encuentran diferencias. Sin embargo, son más efectivos en los adolescentes de 15 años o mayores cuando los factores de riesgo comienzan antes y cuando el nivel de riesgo es menor. Y se enfatiza la importancia de intervenir sobre el afecto negativo (137).

El programa "Body Project" se ha utilizado en programas de prevención primaria, selectiva e indicada y ha demostrado su eficacia en todas estas intervenciones (138). Se han encontrado diferencias de eficacia de dicho programa según la nosología, siendo más eficaz en la prevención de los TCA diagnosticados con el DSM-IV que en la de los diagnosticados con el DSM-5 (137).

Hay muchas intervenciones tempranas prometedoras que no han sido evaluadas sistemáticamente. El entrenamiento y la educación para la salud, la alimentación y el buen estado físico, por profesionales y campañas de sensibilización pública que mejoren el conocimiento de salud mental, es probable que sean de valor. Intervenciones que han demostrado ser exitosas en otras condiciones psicológicas no investigadas en los que están en riesgo de TCA representan una dirección de investigación prometedora. Intervenciones cognitivo-conductuales de autoayuda, utilizadas solas o en grupo en un formato guiado con sesiones breves con un terapeuta, se han validado en los TA pero no en los que muestran signos de alerta temprana (6).

Los enfoques de intervención como la terapia cognitivo-conductual, la disonancia cognitiva, la alfabetización mediática y las intervenciones multicomponentes se encuentran entre los más eficaces validados (6).

Dado que las intervenciones cognitivo-conductuales de autoayuda son el primer paso dentro de un programa escalonado basado en pruebas, para el tratamiento de la BN y el trastorno por atracón, es probable que sean eficaces para aquellos con señales de alerta temprana (6).

También se plantean como efectivas la atención vía app, más para monitorizar y manejar el trastorno o como forma de criba (139) que para favorecer la petición de ayuda (140), pero se están estudiando los problemas del uso de estas herramientas de cara a mejorar la adherencia y reducir las pérdidas de seguimiento (141), aunque algunas se plantean como coadyuvantes al tratamiento (142) o por temas relacionados con la eficiencia (139).

Pero hay quien plantea que dichas intervenciones *online* pueden retrasar el acceso al tratamiento y producir un daño potencial, por lo que todavía son precisos más estudios (143).

RECOMENDACIONES

- Hay programas preventivos con herramientas de criba eficaces para una detección temprana, pero es necesaria una política de atención y prevención que incluya estos trastornos y en la que haya integración con la prevención del sobrepeso/la obesidad.
- Reducir el tiempo de la enfermedad no tratada es un objetivo prioritario. Controlar el *gap* asistencial de los TCA en

- cada zona asistencial debería ser una herramienta de control de calidad de la atención.
- Existe poca evidencia en el campo de la alimentación selectiva, la pica o la rumiación. Son precisos más estudios.
- La detección temprana se recomienda en la población escolar de riesgo y en los colectivos con mayor probabilidad, especialmente los jóvenes deportistas, los obesos y los diabéticos.
- La formación de profesionales tanto no sanitarios (educadores, entrenadores deportivos) como sanitarios debe ir dirigida a una detección temprana. Es necesario un desarrollo de políticas de manejo en las poblaciones de riesgo.
- Los recursos específicos dan una respuesta integral a los casos complejos pero el análisis y el diagnóstico integral deben abordarse desde el inicio, con sistemas de coordinación que permitan la coordinación eficaz y efectiva entre los servicios de salud mental y los de atención sanitaria o de medicina general.

- La PS es conceptualmente equiparable a la prevención indicada y forma parte de las actividades de prevención y del tratamiento de las formas parciales. Estas son, en ocasiones, formas de inicio pero también formas evolutivas de los procesos completos.
- Existe poca evidencia en el campo de la alimentación selectiva, la pica o la rumiación.
- La detección temprana se recomienda en la población de riesgo con actividades de criba específicas tanto en los entornos sanitarios (especialmente en AP, Salud mental, endocrinos y odontólogos) como en los no sanitarios (educativos y deportivos).
- La AP es un entorno privilegiado para la detección y la orientación de los problemas encubiertos en los TCA.
- Hay que realizar tareas de concienciación, materiales específicos y actividades formativas para los profesionales que atienden a poblaciones de riesgo, así como actividades de prevención primaria que favorezcan una mejor concienciación del problema y la búsqueda de ayuda, facilitando los procesos de derivación.
- La atención de los TCA debe abordarse de forma integral desde el inicio, sin obviar los problemas psíquicos, los factores de riesgo y su causalidad, así como los efectos somáticos y nutricionales.
- La red asistencial y las barreras relativas a la organización (lista de espera, etc.) y a la disposición de servicios (servicios específicos, etc.), así como las individuales (miedo a perder el control, estigma, autosuficiencia, etc.) constituyen un conjunto de factores generales y específicos que es preciso abordar con los medios existentes en cada área o sistema de salud.

CONCLUSIONES

- Hay evidencia de la eficacia de los programas preventivos, así como herramientas de criba válidas y eficaces para una detección temprana.
- La detección y la atención temprana forman parte de la PS y son un objetivo, pero no está demostrado que mejoren la respuesta en los casos que evolucionan a un TCA.
- La demanda asistencial es un factor dependiente de los recursos y el *gap*, mayor en estos trastornos que en otros por el encubrimiento de estos cuadros.

ANEXO 1. ANÁLISIS DAFO

Debilidades	Amenazas
<ul style="list-style-type: none"> – No hay evidencia de que la detección temprana mejore el pronóstico. – No hay evidencia de la eficiencia de estos programas. – La poca preparación en el área de la salud mental de otros profesionales sanitarios y educativos que no están incluidos en esta área. 	<ul style="list-style-type: none"> – La atención integral puede estar dificultada por visiones parciales e intereses particulares de grupos de interés. – Los recursos son escasos y 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.
Fortalezas	Oportunidades
<ul style="list-style-type: none"> – Hay herramientas de criba o “screening” validadas y ampliamente utilizadas, y programas preventivos con evidencia de ser eficaces. – Hay conciencia de la necesidad del trabajo integrado y de intervenciones preventivas en la Atención Primaria. 	<ul style="list-style-type: none"> – Atender los TCA en fases iniciales va a permitir evitar la larga evolución de la enfermedad o la cronificación en algunos casos. – Hay múltiples enfoques que han demostrado su utilidad y es preciso que en cada área o zona se establezca una política de actuación. – Integrar con los programas de prevención de la obesidad u otros programas de promoción de la salud.

ANEXO 2. INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA

- La National Eating Disorders Collaboration (NEDC), iniciativa del Australian Government Department of Health
Dirección: <https://www.nedc.com.au/eating-disorders/prevention/preventing-eating-disorders/secondary-prevention/>
- El National Eating Disorder Information Centre de Canadá
Dirección: <https://nedic.ca/health-promotion-prevention/>
- La National Eating Disorders Association de Estados Unidos
Dirección: <http://www.nationaleatingdisorders.org> y <https://www.nationaleatingdisorders.org/learn/general-information/prevention>
- La Academy for Eating Disorders de Estados Unidos
Dirección: <http://www.aedweb.org>
- El National Institute of Mental Health de Estados Unidos
Dirección: <http://www.nimh.nih.gov/health/topics/eating-disorders/index.shtml>

BIBLIOGRAFÍA

1. WHO. Division of Health Promotion E. Promoción de la salud: glosario; 1998 [citado 9 de diciembre de 2019]. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/67246>
2. Levine MP. Prevention of eating disorders: 2018 in review. *Eat Disord* 2019;27(1):18-33. DOI: 10.1080/10640266.2019.1568773
3. OMS. Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud [Internet]; 1986 [citado 9 de diciembre de 2019]. Disponible en: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2013/Carta-de-ottawa-para-la-apromocion-de-la-salud-1986-SP.pdf>
4. OMS. Declaración de Yakarta sobre la Promoción de la Salud en el Siglo XXI [Internet]; 1997 [citado 9 de diciembre de 2019]. Disponible en: https://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/jakarta/en/hpr_jakarta_declaration_sp.pdf
5. Richards K, Austin A, Allen K, Schmidt U. Early intervention services for non-psychotic mental health disorders: a scoping review protocol. *BMJ Open*. 2019 Dec 5;9(12):e033656. DOI: 10.1136/bmjopen-2019-033656
6. Commonwealth Department of Health and Ageing. Eating disorder prevention, treatment & management: An evidence review; 2010.
7. Gordon R. An Operational Classification of Disease Prevention [Internet]. American Psychological Association; 1987 [citado 18 de junio de 2018]. DOI: 10.1037/e659532007-006
8. Organización Mundial de la Salud (OMS). Prevención de los trastornos mentales: intervenciones efectivas y opciones de políticas, informe compendiado. Ginebra: OMS; 2004.
9. Kazdin AE, Fitzsimmons-Craft EE, Wilfley DE. Addressing critical gaps in the treatment of eating disorders. *Int J Eat Disord* 2017;50(3):170-89. DOI: 10.1002/eat.22670
10. McLuckie A, Landers AL, Curran JA, Cann R, Carrese DH, Nolan A, et al. A scoping review of mental health prevention and intervention initiatives for infants and preschoolers at risk for socio-emotional difficulties. *Syst Rev* [Internet] 2019 [citado 9 de diciembre de 2019];8. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6651971/>
11. Goldberg D, Huxley P, Goldberg D. Mental illness in the community: the pathway to psychiatric care. Repr. of the ed. London 1980. London: Routledge; 2001. p. 191.
12. Kohn R, Levav I, de Almeida JM, Vicente B, Andrade L, Caraveo-Anduaga JJ, et al. Los trastornos mentales en América Latina y el Caribe: asunto prioritario para la salud pública [Mental disorders in Latin America and the Caribbean: a public health priority]. *Rev Panam Salud Publica* 2005;18(4-5):229-40. Spanish. DOI: 10.1590/s1020-49892005000900002
13. Imaz C, Ballesteros M, Higuera M, Conde V. Health care analysis of eating disorders in Valladolid. *Actas Esp Psiquiatr* 2008;36(2):75-81.
14. Fitzsimmons-Craft EE, Karam AM, Monterubio GE, Taylor CB, Wilfley DE. Screening for Eating Disorders on College Campuses: a Review of the Recent Literature. *Curr Psychiatry Rep* 2019;21(10):101. DOI: 10.1007/s11920-019-1093-1
15. Wagner G, Zeiler M, Waldherr K, Philipp J, Truttmann S, Dür W, et al. Mental health problems in Austrian adolescents: a nationwide, two-stage epidemiological study applying DSM-5 criteria. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2017;26(12):1483-99. DOI: 10.1007/s00787-017-0999-6
16. Claudino AM, Pike KM, Hay P, Keeley JW, Evans SC, Rebello TJ, et al. The classification of feeding and eating disorders in the ICD-11: results of a field study comparing proposed ICD-11 guidelines with existing ICD-10 guidelines. *BMC Med* 2019;17(1):93. DOI: 10.1186/s12916-019-1327-4
17. Pike KM, Dunne PE. The rise of eating disorders in Asia: a review. *J Eat Disord* [Internet]; 2015 [citado 19 de diciembre de 2019];3. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4574181/>
18. Haute Autorité de santé, AFDAS-TCA. Guidelines: Anorexia Nervosa: management [Internet]; 2010 [citado 23 de diciembre de 2019]. Disponible en: http://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2013-05/anorexia_nervosa_guidelines_2013-05-15_16-34-42_589.pdf
19. Fairburn CG, Harrison PJ. Eating disorders. *Lancet Lond Engl* 2003;361(9355):407-16. DOI: 10.1016/S0140-6736(03)12378-1
20. Dunn TM, Hawkins N, Gagliano S, Stoddard K. Individuals who self-identify as having «orthorexia nervosa» score in the clinical range on the Eating Attitudes Test-26. *Eat Weight Disord EWD* 2019;24(6):1025-30. DOI: 10.1007/s40519-019-00651-6
21. DSM-5. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales: DSM-5®. 5.ª ed. Editorial Médica Panamericana; 2015. p. 996.
22. Lindvall Dahlgren C, Wisting L, Rø Ø. Feeding and eating disorders in the DSM-5 era: a systematic review of prevalence rates in non-clinical male and female samples. *J Eat Disord* 2017;5:56. DOI: 10.1186/s40337-017-0186-7
23. Lane BR, Read GJM, Cook L, Salmon PM. A systems thinking perspective on the barriers to treatment access for people with eating disorders. *Int J Eat Disord* 2020;53(2):174-9. DOI: 10.1002/eat.23214
24. Philipp J, Zeiler M, Waldherr K, Nitsch M, Dür W, Karwautz A, et al. The Mental Health in Austrian Teenagers (MHAT)-Study: preliminary results from a pilot study. *Neuropsychiatrie* 2014;28(4):198-207. DOI: 10.1007/s40211-014-0131-9
25. Zeiler M, Wagner G, Philipp J, Nitsch M, Truttmann S, Dür W, et al. The Mental Health in Austrian Teenagers (MHAT) Study: design, methodology, description of study population. *Neuropsychiatr Klin Diagn Ther Rehabil Organ Ges Osterreichischer Nervenärzte Psychiater* 2018;32(3):121-32. DOI: 10.1007/s40211-018-0273-2
26. Estechea Querol S, Fernández Alvira JM, Mesana Graffe MI, Nova Rebato E, Marcos Sánchez A, Moreno Aznar LA. Nutrient intake in Spanish adolescents SCOFF high-scorers: the AVENA study. *Eat Weight Disord - Stud Anorex Bulim Obes* 2016;21(4):589-96. DOI: 10.1007/s40519-016-0282-8
27. Lee GY, Park EJ, Kim Y-R, Kwag KH, Park JH, An SH, et al. Feasibility and acceptability of a prevention program for eating disorders (Me, You and Us) adapted for young adolescents in Korea. *Eat Weight Disord - Stud Anorex Bulim Obes* 2018;23(5):673-83. DOI: 10.1007/s40519-017-0436-3
28. Herpertz-Dahlmann B, Dempfle A, Konrad K, Klasen F, Ravens-Sieberer U, BELLA study group. Eating disorder symptoms do not just disappear: the implications of adolescent eating-disordered behaviour for body weight

- and mental health in young adulthood. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2015;24(6):675-84. DOI: 10.1007/s00787-014-0610-3
29. Graham AK, Trockel M, Weisman H, Fitzsimmons-Craft EE, Balantekin KN, Wilfley DE, et al. A screening tool for detecting eating disorder risk and diagnostic symptoms among college-age women. *J Am Coll Health* 2019;67(4):357-66. DOI: 10.1080/07448481.2018.1483936
 30. Screening Tool [Internet]. National Eating Disorders Association; 2016 [citado 9 de diciembre de 2019]. Available from: <https://www.nationaleatingdisorders.org/screening-tool>
 31. Nihiser AJ, Lee SM, Wechsler H, McKenna M, Odom E, Reinold C, et al. Body Mass Index Measurement in Schools*. *J Sch Health* 2007;77(10):651-71. DOI: 10.1111/j.1746-1561.2007.00249.x
 32. Hammerle F, Huss M, Ernst V, Bürger A. Thinking dimensional: prevalence of DSM-5 early adolescent full syndrome, partial and subthreshold eating disorders in a cross-sectional survey in German schools. *BMJ Open* 2016;6(5):e010843. DOI: 10.1136/bmjopen-2015-010843
 33. Mairs R, Nicholls D. Assessment and treatment of eating disorders in children and adolescents. *Arch Dis Child* 2016;101(12):1168-75. DOI: 10.1136/archdischild-2015-309481
 34. Stanford SC, Lemberg R. Measuring Eating Disorders in Men: Development of the Eating Disorder Assessment for Men (EDAM). *Eat Disord* 2012;20(5):427-36. DOI: 10.1080/10640266.2012.715522
 35. Gideon N, Hawkes N, Mond J, Saunders R, Tchanturia K, Serpell L. Development and Psychometric Validation of the EDE-QS, a 12 Item Short Form of the Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q). *PLoS One* 2016;11(5):e0152744. DOI: 10.1371/journal.pone.0152744
 36. Coelho GM de O, Gomes Al da S, Ribeiro BG, Soares E de A. Prevention of eating disorders in female athletes. *Open Access J Sports Med* 2014;5:105-13. DOI: 10.2147/OAJSM.S36528
 37. Bauer AM, Hodsdon S, Hunter S, Choi Y, Bechtel J, Fortney JC. Lessons from the Deployment of the SPIRIT App to Support Collaborative Care for Rural Patients with Complex Psychiatric Conditions. *Proc ACM Int Conf Ubiquitous Comput* 2017;2017:772-780. DOI: 10.1145/3123024.3125610
 38. Hansson E, Daukantaite D, Johnsson P. SCOFF in a general Swedish adolescent population. *J Eat Disord* 2015;3:48. DOI: 10.1186/s40337-015-0087-6
 39. Morgan JF, Reid F, Lacey JH. The SCOFF questionnaire: assessment of a new screening tool for eating disorders. *BMJ* 1999;319(7223):1467-8. DOI: 10.1136/bmj.319.7223.1467
 40. Sanchez-Armass O, Raffaelli M, Andrade FCD, Wiley AR, Noyola ANM, Arguelles AC, et al. Validation of the SCOFF questionnaire for screening of eating disorders among Mexican university students. *Eat Weight Disord* 2017;22(1):153-60. DOI: 10.1007/s40519-016-0259-7
 41. Solmi F, Hatch SL, Hotopf M, Treasure J, Micali N. Validation of the SCOFF questionnaire for eating disorders in a multiethnic general population sample. *Int J Eat Disord* 2015;48(3):312-6. DOI: 10.1002/eat.22373
 42. Obeid N, Norris ML, Buchholz A, Hadjiyannakis S, Spettigue W, Flament MF, et al. Development of the Ottawa Disordered Eating Screen for Youth: The ODES-Y. *J Pediatr* 2019;215:209-15. DOI: 10.1016/j.jpeds.2019.08.018
 43. Black DR. Eating disorders among athletes: theory, issues, and research. Reston, VA: Association for the Advancement of Health Education and National Association for Girls and Women in Sport, Associations of the American Alliance for Health, Physical Education, Recreation, and Dance; 1991. p. 183.
 44. McNulty KY, Adams CH, Anderson JM, Affenito SG. Development and validation of a screening tool to identify eating disorders in female athletes. *J Am Diet Assoc* 2001;101(8):886-92; quiz 893-4. DOI: 10.1016/S0002-8223(01)00218-8
 45. Wagner AJ, Erickson CD, Tierney DK, Houston MN, Bacon CEW. The Diagnostic Accuracy of Screening Tools to Detect Eating Disorders in Female Athletes. *J Sport Rehabil* 2016;25(4):395-8. DOI: 10.1123/jsr.2014-0337
 46. Joy E, Kussman A, Nattiv A. 2016 update on eating disorders in athletes: A comprehensive narrative review with a focus on clinical assessment and management. *Br J Sports Med* 2016;50(3):154-62. DOI: 10.1136/bjsports-2015-095735
 47. Black L, Larkin D, Coster L, Leverenz D, Abood D. Physiologic Screening Test for Eating Disorders/Disordered Eating Among Female Collegiate Athletes. *J Athl Train* 2003;38(4):286-97.
 48. Plateau CR, Arcelus J, Meyer C. Detecting Eating Psychopathology in Female Athletes by Asking About Exercise: Use of the Compulsive Exercise Test. *Eur Eat Disord Rev* 2017;25(6):618-24. DOI: 10.1002/erv.2561
 49. Graham AK, Trockel M, Weisman H, Fitzsimmons-Craft EE, Balantekin KN, Wilfley DE, et al. A screening tool for detecting eating disorder risk and diagnostic symptoms among college-age women. *J Am Coll Health J ACH* 2019;67(4):357-66. DOI: 10.1080/07448481.2018.1483936
 50. Webb RT, Antonsen S, Carr MJ, Appleby L, Pedersen CB, Mok PLH. Self-harm and violent criminality among young people who experienced trauma-related hospital admission during childhood: a Danish national cohort study. *Lancet Public Health* 2017;2(7):e314-22. DOI: 10.1016/S2468-2667(17)30094-4
 51. Pratt BM, Woolfenden SR. Interventions for preventing eating disorders in children and adolescents. *Cochrane Database Syst Rev* 2002;(2):CD002891. DOI: 10.1002/14651858.CD002891
 52. Torres C, Otero P, Bustamante B, Blanco V, Díaz O, Vázquez FL. Mental Health Problems and Related Factors in Ecuadorian College Students. *Int J Environ Res Public Health* 2017;14(5):530. DOI: 10.3390/ijerph14050530
 53. Wright DR, Austin SB, LeAnn Noh H, Jiang Y, Sonnevile KR. The cost-effectiveness of school-based eating disorder screening. *Am J Public Health* 2014;104(9):1774-82. DOI: 10.2105/AJPH.2014.302018
 54. Brown A, McClelland J, Boysen E, Mountford V, Glennon D, Schmidt U. The FREED Project (first episode and rapid early intervention in eating disorders): service model, feasibility and acceptability. *Early Interv Psychiatry* 2018;12(2):250-7. DOI: 10.1111/eip.12382
 55. Saleh RN, Salameh RA, Yhya HH, Sweileh WM. Disordered eating attitudes in female students of An-Najah National University: a cross-sectional study. *J Eat Disord* 2018;6:16. DOI: 10.1186/s40337-018-0204-4
 56. Palavras MA, Hay P, Filho CA dos S, Claudino A. The Efficacy of Psychological Therapies in Reducing Weight and Binge Eating in People with Bulimia Nervosa and Binge Eating Disorder Who Are Overweight or Obese — A Critical Synthesis and Meta-Analyses. *Nutrients* 2017;9(3):299. DOI: 10.3390/nu9030299
 57. Wever MCM, Dingemans AE, Geerets T, Danner UN. Screening for Binge Eating Disorder in people with obesity. *Obes Res Clin Pract* 2018;12(3):299-306. DOI: 10.1016/j.orcp.2018.02.002
 58. Sekula M, Boniecka I, Paśnik K. Bulimia nervosa in obese patients qualified for bariatric surgery - clinical picture, background and treatment. *Wideochirurgia Inne Tech Maloinwazyjne Videosurgery Miniinvasive Tech* 2019;14(3):408-14. DOI: 10.5114/wiitm.2019.81312
 59. Rancourt D, McCullough MB. Overlap in Eating Disorders and Obesity in Adolescence. *Curr Diab Rep* 2015;15(10):78. DOI: 10.1007/s11892-015-0645-y
 60. Simpson CC, Burnette CB, Mazzeo SE. Integrating eating disorder and weight gain prevention: a pilot and feasibility trial of INSPIRE. *Eat Weight Disord - Stud Anorex Bulim Obes* 2020;25(3):761-75. DOI: 10.1007/s40519-019-00685-w
 61. Stewart TM, Pollard T, Hildebrandt T, Wesley NY, Kilpela LS, Becker CB. The Female Athlete Body project study: 18-month outcomes in eating disorder symptoms and risk factors. *Int J Eat Disord* 2019;52(11):1291-300. DOI: 10.1002/eat.23145
 62. Sudi K, Ottl K, Payerl D, Baumgartl P, Tauschmann K, Müller W. Anorexia athletica. *Nutr Burbank Los Angel Cty Calif* 2004;20(7-8):657-61. DOI: 10.1016/j.nut.2004.04.019
 63. Souza MJD, Nattiv A, Joy E, Misra M, Williams NI, Mallinson RJ, et al. 2014 Female Athlete Triad Coalition Consensus Statement on Treatment and Return to Play of the Female Athlete Triad: 1st International Conference held in San Francisco, California, May 2012 and 2nd International Conference held in Indianapolis, Indiana, May 2013. *Br J Sports Med* 2014;48(4):289. DOI: 10.1136/bjsports-2013-093218
 64. Gallagher KA, Sonnevile KR, Hazzard VM, Carson TL, Needham BL. Evaluating gender bias in an eating disorder risk assessment questionnaire for athletes. *Eat Disord* 2019;1-13. DOI: 10.1080/10640266.2019.1613846
 65. Bernhardt DT, Roberts WO, American Academy of Family Physicians, editores. PPE: preparticipation physical evaluation. 5th edition. Itasca, IL: American Academy of Pediatrics; 2019. p. 240.
 66. Sundgot-Borgen J. Prevalence of eating disorders in elite female athletes. *Int J Sport Nutr* 1993;3(1):29-40. DOI: 10.1097/00042752-200401000-00005
 67. Bell K, Rieger E, Hirsch JK. Eating Disorder Symptoms and Proneness in Gay Men, Lesbian Women, and Transgender and Gender Non-conforming Adults: Comparative Levels and a Proposed Mediation Model. *Front Psychol* 2019;10:1540. DOI: 10.3389/fpsyg.2019.01540
 68. Walsh JM, Wheat ME, Freund K. Detection, evaluation, and treatment of eating disorders the role of the primary care physician. *J Gen Intern Med* 2000;15(8):577-90. DOI: 10.1046/j.1525-1497.2000.02439.x
 69. Wisting L, Frøisland DH, Skriverhaug T, Dahl-Jørgensen K, Rø Ø. Psychometric properties, norms, and factor structure of the diabetes eating problem survey-revised in a large sample of children and adolescents with type 1 diabetes. *Diabetes Care* 2013;36(8):2198-202. DOI: 10.2337/dc12-2282
 70. Wisting L, Wonderlich J, Skriverhaug T, Dahl-Jørgensen K, Rø Ø. Psychometric properties and factor structure of the diabetes eating problem survey - revised

- (DEPS-R) among adult males and females with type 1 diabetes. *J Eat Disord* 2019;7:2. DOI: 10.1186/s40337-018-0232-0
71. Tyler N, Miles HL, Karadag B, Rogers G. An updated picture of the mental health needs of male and female prisoners in the UK: prevalence, comorbidity, and gender differences. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2019;54(9):1143-52. DOI: 10.1007/s00127-019-01690-1
 72. NEDA. TOOLKIT for Educators [Internet]. [citado 9 de diciembre de 2019]. Disponible en: <https://www.nationaleatingdisorders.org/sites/default/files/Toolkits/EducatorToolkit.pdf>
 73. NEDA. Coach and Trainer Toolkit. 2007;57.
 74. Greif R, Becker CB, Hildebrandt T. Reducing eating disorder risk factors: A pilot effectiveness trial of a train-the-trainer approach to dissemination and implementation. *Int J Eat Disord* 2015;48(8):1122-31. DOI: 10.1002/eat.22442
 75. Kilpela LS, Hill K, Kelly MC, Elmquist J, Ottoson P, Keith D, et al. Reducing eating disorder risk factors: a controlled investigation of a blended task-shifting/train-the-trainer approach to dissemination and implementation. *Behav Res Ther* 2014;63:70-82. DOI: 10.1016/j.brat.2014.09.005
 76. Vaughan JL, King KA, Cottrell RR. Collegiate Athletic Trainers' Confidence in Helping Female Athletes With Eating Disorders. *J Athl Train* 2004;39(1):71-6.
 77. Waller G, Micali N, James A. General Practitioners are poor at identifying the eating disorders. *Adv Eat Disord Abingdon Engl* 2014;2(2):146-57. DOI: 10.1080/21662630.2013.859437
 78. Mental Health First Aid Australia. Eating disorders: first aid guidelines [Internet]; 2008 [citado 9 de diciembre de 2019]. Disponible en: https://mhfa.com.au/sites/default/files/MHFA_eatdis_guidelines_A4_2013.pdf
 79. Sim LA, McAlpine DE, Grothe KB, Himes SM, Cockerill RG, Clark MM. Identification and treatment of eating disorders in the primary care setting. *Mayo Clin Proc* 2010;85(8):746-51. DOI: 10.4065/mcp.2010.0070
 80. The National Eating Disorders Collaboration. Eating Disorders: a Professional Resource for General Practitioners [Internet]; 2015 [citado 9 de diciembre de 2019]. Disponible en: <https://www.nedc.com.au/assets/NEDC-Resources/NEDC-Resource-GPs.pdf>
 81. Cotton M-A, Ball C, Robinson P. Four Simple Questions Can Help Screen for Eating Disorders. *J Gen Intern Med* 2003;18(1):53-6. DOI: 10.1046/j.1525-1497.2003.20374.x
 82. Tavolacci M-P, Gillibert A, Zhu Soubise A, Grigioni S, Déchelotte P. Screening four broad categories of eating disorders: suitability of a clinical algorithm adapted from the SCOFF questionnaire. *BMC Psychiatry* 2019;19(1):366. DOI: 10.1186/s12888-019-2338-6
 83. Buchholz LJ, King PR, Wray LO. Identification and Management of Eating Disorders in Integrated Primary Care: Recommendations for Psychologists in Integrated Care Settings. *J Clin Psychol Med Settings* 2017;24(2):163-77. DOI: 10.1007/s10880-017-9497-8
 84. Sánchez-Carracedo D, Neumark-Sztainer D, López-Guimerà G. Integrated prevention of obesity and eating disorders: barriers, developments and opportunities. *Public Health Nutr Camb* 2012;15(12):2295-309. DOI: 10.1017/S1368980012000705
 85. Sundaram G, Bartlett D. Preventative measures for bulimic patients with dental erosion. *Eur J Prosthodont Restor Dent* 2001;9(1):25-9.
 86. Aranha ACC, Eduardo C de P, Cordás TA. Eating disorders part II: clinical strategies for dental treatment. *J Contemp Dent Pract* 2008;9(7):89-96.
 87. Kisely S, Baghaie H, Lalloo R, Johnson NW. Association between poor oral health and eating disorders: Systematic review and meta-analysis. *Br J Psychiatry* 2015;207(4):299-305. DOI: 10.1192/bjp.bp.114.156323
 88. Resch M, Nagy A. Stomatologic complications of eating disorders. *Orv Hetil* 2012;153(45):1779-86. DOI: 10.1556/OH.2012.29483
 89. Jugale PV, Pramila M, Murthy AK, Rangath S. Oral Manifestations of Suspected Eating Disorders among Women of 20-25 Years in Bangalore City, India. *J Health Popul Nutr* 2014;32(1):46-50.
 90. Panico R, Piemonte E, Lazos J, Gilligan G, Zampini A, Lanfranchi H. Oral mucosal lesions in Anorexia Nervosa, Bulimia Nervosa and EDNOS. *J Psychiatr Res* 2018;96:178-82. DOI: 10.1016/j.jpsychires.2017.09.022
 91. Szupiany T, Pytko-Polończyk J, Rutkowski K. Dental needs of psychiatric patient with eating disorders. *Psychiatr Pol* 2015;49(5):945-54. DOI: 10.12740/PP/OnlineFirst/35269
 92. Anandakrishna L, Bhargav N, Hegde A, Chandra P, Gaviappa D, Shetty AK. Problematic eating and its association with early childhood caries among 46-71-month-old children using Children's Eating Behavior Questionnaire (CEBQ): A cross sectional study. *Indian J Dent Res* 2014;25(5):602. DOI: 10.4103/0970-9290.147101
 93. Hague AL. Eating Disorders: Screening in the Dental Office. *J Am Dent Assoc* 2010;141(6):675-8. DOI: 10.14219/jada.archive.2010.0257
 94. Hazelton LR, Faine MP. Diagnosis and dental management of eating disorder patients. *Int J Prosthodont* 1996;9(1):65-73.
 95. Little JW. Eating disorders: dental implications. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2002;93(2):138-43. DOI: 10.1067/moe.2002.116598
 96. Milosevic A. Eating disorders and the dentist. *Br Dent J* 1999;186(3):109-13. DOI: 10.1038/sj.bdj.4800036
 97. Mueller JA. Eating disorders: identification and intervention. *J Contemp Dent Pract* 2001;2(2):98.
 98. Willumsen T, Graugaard PK. Dental fear, regularity of dental attendance and subjective evaluation of dental erosion in women with eating disorders. *Eur J Oral Sci* 2005;113(4):297-302. DOI: 10.1111/j.1600-0722.2005.00227.x
 99. Dental Complications of Eating Disorders [Internet]. National Eating Disorders Association; 2018 [citado 9 de diciembre de 2019]. Disponible en: <https://www.nationaleatingdisorders.org/dental-complications-eating-disorders>
 100. DeBate RD, Severson HH, Cragun DL, Gau JM, Merrell LK, Bleck JR, et al. Evaluation of a theory-driven e-learning intervention for future oral healthcare providers on secondary prevention of disordered eating behaviors. *Health Educ Res* 2013;28(3):472-87. DOI: 10.1093/her/cyt050
 101. Goldie MP. The oral healthcare professional's role in the assessment and treatment of eating disorders. *Int J Dent Hyg* 2006;4(1):52-4. DOI: 10.1111/j.1601-5037.2006.00162.x
 102. DeBate RD, Plichta SB, Tedesco LA, Kerschbaum WE. Integration of Oral Health Care and Mental Health Services: Dental Hygienists' Readiness and Capacity for Secondary Prevention of Eating Disorders. *J Behav Health Serv Res* 2006;33(1):113-25. DOI: 10.1007/s11414-005-9003-1
 103. Dental practitioners can be instrumental in preventing eating disorders. *Health Med Week* 4 de abril de 2005.
 104. DiGiacchino RF, Keenan MF, Sargent R. Assessment of dental practitioners in the secondary and tertiary prevention of eating disorders. *Eat Behav* 2000;1(1):79-91. DOI: 10.1016/s1471-0153(00)00004-0
 105. Burgard M, Canevello A, Mitchell J, De Zwaan M, Crosby R, Wonderlich S, et al. Dental practitioners and eating disorders. *Eat Disord* 2003;11(1):9-13. DOI: 10.1080/10640260390167447
 106. Conviser JH, Fisher SD, Mitchell KB. Oral care behavior after purging in a sample of women with bulimia nervosa. *J Am Dent Assoc* 2014;145(4):352-4. DOI: 10.14219/jada.2014.5
 107. Kavitha PR, Vivek P, Hegde AM. Eating disorders and their implications on oral health--role of dentists. *J Clin Pediatr Dent* 2011;36(2):155-60. DOI: 10.17796/jcpd.36.2.3785414p682843wj
 108. Burkhart N, Roberts M, Alexander M, Dodds A. Communicating effectively with patients suspected of having bulimia nervosa. *J Am Dent Assoc* 2005;136(8):1130-7. DOI: 10.14219/jada.archive.2005.0317
 109. Goldie MP. The oral healthcare professional's role in the assessment and treatment of eating disorders. *Int J Dent Hyg* 2006;4(1):52-4. DOI: 10.1111/j.1601-5037.2006.00162.x
 110. DeBate RD, Vogel E, Tedesco LA, Neff JA. Sex differences among dentists regarding eating disorders and secondary prevention practices. *J Am Dent Assoc* 2006;137(6):773-81. DOI: 10.14219/jada.archive.2006.0289
 111. Faine MP. Recognition and management of eating disorders in the dental office. *Dent Clin North Am* 2003;47(2):395-410. DOI: 10.1016/s0011-8532(02)00108-8
 112. Ahmed KE. The psychology of tooth wear. *Spec Care Dent Off Publ Am Assoc Hosp Dent Acad Dent Handicap Am Soc Geriatr Dent* 2013;33(1):28-34. DOI: 10.1111/j.1754-4505.2012.00319.x
 113. Silverstein LS, Haggerty C, Sams L, Phillips C, Roberts MW. Impact of an oral health education intervention among a group of patients with eating disorders (anorexia nervosa and bulimia nervosa). *J Eat Disord* 2019;7:29. DOI: 10.1186/s40337-019-0259-x
 114. DeBate RD, Cragun D, Gallentine AA, Severson HH, Shaw T, Cantwell C, et al. Evaluate, Assess, Treat: Development and evaluation of the EAT framework to increase effective communication regarding sensitive oral-systemic health issues. *Eur J Dent Educ Off J Assoc Dent Educ Eur* 2012;16(4):232-8. DOI: 10.1111/j.1600-0579.2012.00747.x
 115. DeBate RD, Severson H, Zwald ML, Shaw T, Christiansen S, Koerber A, et al. Development and Evaluation of a Web-Based Training Program for Oral Health Care Providers on Secondary Prevention of Eating Disorders. *J Dent Educ* 2009;73(6):718-29.
 116. Frimenko KM, Murdoch-Kinch CA, Inglehart MR. Educating Dental Students About Eating Disorders: Perceptions and Practice of Interprofessional Care. *J Dent Educ* 2017;81(11):1327-37. DOI: 10.21815/JDE.017.090
 117. Johansson A-K, Johansson A, Nohler E, Norring C, Åström AN, Tegelberg Å. Eating disorders - knowledge, attitudes, management and clinical experience

- of Norwegian dentists. *BMC Oral Health* 2015;15(1):124. DOI: 10.1186/s12903-015-0114-7
118. Johansson A-K, Nohler E, Johansson A, Norring C, Tegelberg A. Dentists and eating disorders—knowledge, attitudes, management and experience. *Swed Dent J* 2009;33(1):1-9.
 119. Moor RJGD. Eating disorder-induced dental complications: a case report. *J Oral Rehabil.* 2004;31(7):725-32. DOI: 10.1111/j.1365-2842.2004.01282.x
 120. Madridejos R, Diego L. Efecto nocebo. *FMC Form Médica Contin en Aten Primaria* 2019;26(3):158-62. DOI: 10.1016/j.fmc.2018.11.004
 121. Thompson C, Park S. Barriers to access and utilization of eating disorder treatment among women. *Arch Womens Ment Health* 2016;19(5):753-60. DOI: 10.1007/s00737-016-0618-4
 122. Becker AE, Thomas JJ, Franko DL, Herzog DB. Interpretation and use of weight information in the evaluation of eating disorders: Counselor response to weight information in a National Eating Disorders Educational and Screening Program. *Int J Eat Disord* 2005;37(1):38-43. DOI: 10.1002/eat.20063
 123. Meana GR di. Prevention: A psychoanalytic viewpoint. *Eat Weight Disord - Stud Anorex Bulim Obes* 2001;6(1):45-8. DOI: 10.1007/BF03339751
 124. Sauvagnat F, Wiss M, Clément S. A historical perspective on the collaboration between psychoanalysis and neuroscience. *J Physiol-Paris* 2010;104(6):288-95. DOI: 10.1016/j.jphysparis.2010.10.001
 125. Fonagy P. The effectiveness of psychodynamic psychotherapies: An update. *World Psychiatry* 2015;14(2):137-50. DOI: 10.1002/wps.20235
 126. College Report CR168. Junior MARSIPAN: Management of Really Sick Patients under 18 with Anorexia Nervosa [Internet]. London: Royal College of Psychiatrists; 2016 [citado 6 de diciembre de 2019]. Disponible en: https://www.rcpsych.ac.uk/docs/default-source/improving-care/better-mh-policy/college-reports/college-report-cr168.pdf?sfvrsn=e38d0c3b_2
 127. Denison-Day J, Muir S, Newell C, Appleton KM. A Web-Based Intervention (MotivATE) to Increase Attendance at an Eating Disorder Service Assessment Appointment: Zelen Randomized Controlled Trial. *J Med Internet Res* 2019;21(2):e11874. DOI: 10.2196/11874
 128. McAndrew AJ, Menna R. Perceptions of disordered eating and associated help seeking in young women. *Eat Disord* 2018;26(2):107-26. DOI: 10.1080/10640266.2017.1318624
 129. Hart LM, Granillo MT, Jorm AF, Paxton SJ. Unmet need for treatment in the eating disorders: A systematic review of eating disorder specific treatment seeking among community cases. *Clin Psychol Rev* 2011;31(5):727-35. DOI: 10.1016/j.cpr.2011.03.004
 130. Swanson SA, Crow SJ, Grange DL, Swendsen J, Merikangas KR. Prevalence and Correlates of Eating Disorders in Adolescents: Results from the National Comorbidity Survey Replication Adolescent Supplement. *Arch Gen Psychiatry* 2011;68(7):714-23. DOI: 10.1001/archgenpsychiatry.2011.22
 131. McBride O, McManus S, Thompson J, Palmer RL, Brugha T. Profiling disordered eating patterns and body mass index (BMI) in the English general population. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2013;48(5):783-93. DOI: 10.1007/s00127-012-0613-7
 132. Fukutomi A, Austin A, McClelland J, Brown A, Glennon D, Mountford V, et al. First episode rapid early intervention for eating disorders: A two-year follow-up. *Early Interv Psychiatry* 2020;14(1):137-41. DOI: 10.1111/eip.12881
 133. Wilksch SM, O'Shea A, Wade TD. Depressive symptoms, alcohol and other drug use, and suicide risk: Prevention and treatment effects from a two-country online eating disorder risk reduction trial. *Int J Eat Disord* 2019;52(2):132-41. DOI: 10.1002/eat.23005
 134. Wilksch SM, O'Shea A, Taylor CB, Wilfley D, Jacobi C, Wade TD. Online prevention of disordered eating in at-risk young-adult women: A two-country pragmatic randomised controlled trial. *Psychol Med* 2018;48(12):2034-44. DOI: 10.1017/S0033291717003567
 135. Wilksch SM, O'Shea A, Wade TD. Media Smart-Targeted: Diagnostic outcomes from a two-country pragmatic online eating disorder risk reduction trial for young adults. *Int J Eat Disord* 2018;51(3):270-4. DOI: 10.1002/eat.22825
 136. Saekow J, Jones M, Gibbs E, Jacobi C, Fitzsimmons-Craft EE, Wilfley D, et al. StudentBodies-eating disorders: A randomized controlled trial of a coached online intervention for subclinical eating disorders. *Internet Interv* 2015;2(4):419-28. DOI:10.1016/j.invent.2015.10.004
 137. Horney AC, Stice E, Rohde P. An Examination of Participants Who Develop an Eating Disorder Despite Completing an Eating Disorder Prevention Program: Implications for Improving the Yield of Prevention Efforts. *Prev Sci Off J Soc Prev Res* 2015;16(4):518-26. DOI: 10.1007/s11121-014-0520-0
 138. Dakanalis A, Clerici M, Stice E. Prevention of eating disorders: current evidence-base for dissonance-based programmes and future directions. *Eat Weight Disord - Stud Anorex Bulim Obes* 2019;24(4):597-603. DOI: 10.1007/s40519-019-00719-3
 139. Kern A, Hong V, Song J, Lipson SK, Eisenberg D. Mental health apps in a college setting: openness, usage, and attitudes. *Mhealth* 2018;4:20. DOI: 10.21037/mhealth.2018.06.01
 140. Grist R, Cliffe B, Denne M, Croker A, Stallard P. An online survey of young adolescent girls' use of the internet and smartphone apps for mental health support. *BJPsych Open* 2018;4(4):302-6. DOI: 10.1192/bjo.2018.43
 141. Nitsch M, Dimopoulos CN, Flaschberger E, Saffran K, Kruger JF, Garlock L, et al. A Guided Online and Mobile Self-Help Program for Individuals with Eating Disorders: An Iterative Engagement and Usability Study. *J Med Internet Res* 2016;18(1):e7. DOI: 10.2196/jmir.4972
 142. Leung SF, Ma JL, Russell J. Enhancing quality of life in people with disordered eating using an online self-help programme. *J Eat Disord* 2013;1:9. DOI: 10.1186/2050-2974-1-9
 143. Loucas CE, Fairburn CG, Whittington C, Pennant ME, Stockton S, Kendall T. E-therapy in the treatment and prevention of eating disorders: A systematic review and meta-analysis. *Behav Res Ther* 2014;63:122-31. DOI: 10.1016/j.brat.2014.09.011