Efectividad y coste-efectividad de la prevención universal de los trastornos de la conducta alimentaria en población infantil, preadolescente y adolescente escolarizada

Effectiveness and cost-effectiveness of universal eating disorders prevention in children, preadolescents and adolescents at school

Informes de Evaluación de Tecnologías Sanitarias

SESCS

INFORMES, ESTUDIOS E INVESTIGACIÓN

MINISTERIO DE SANIDAD

Red Española de Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Prestaciones del Sistema Nacional de Salud

Gobierno de Canarias

Efectividad y coste-efectividad de la prevención universal de los trastornos de la conducta alimentaria en población infantil, preadolescente y adolescente escolarizada

Effectiveness and cost-effectiveness of universal eating disorders prevention in children, preadolescents and adolescents at school

Informes de Evaluación de Tecnologías Sanitarias

SESCS

INFORMES, ESTUDIOS E INVESTIGACIÓN

MINISTERIO DE SANIDAD

RED ESPAÑOLA DE AGENCIAS DE EVALUACIÓN DE TECNOLOGÍAS Y PRESTACIONES DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

Gobierno de Canarias

DEL PINO SEDEÑO, T.

Efectividad y coste-efectividad de la prevención universal de los trastornos de la conducta alimentaria en población infantil, preadolescente y adolescente escolarizada / del Pino Sedeño… [*et al.*]. – Madrid: Ministerio de Sanidad. Santa Cruz de Tenerife: Servicio Canario de la Salud, – 446 páginas; 24 cm. – (Colección: Informes, estudios e investigación. Ministerio de Sanidad. Serie: Informes de Evaluación de Tecnologías Sanitarias).

NIPO: 133-21-086-7

1. Prevención universal 2. Trastornos de la conducta alimentaria 3. Niños y niñas 4. Adolescentes 5. Revisión sistemática 6. Evaluación económica

I. Canarias. Servicio Canario de la Salud II. España. Ministerio de Sanidad

El Servicio de Evaluación de la Dirección del Servicio Canario de la Salud asume la responsabilidad exclusiva de la forma y el contenido final de este informe. Las manifestaciones y conclusiones de este informe son las del Servicio de Evaluación y no necesariamente las de sus revisores externos.

Edita: Ministerio de Sanidad. Servicio Canario de la Salud

Este documento ha sido realizado por el Servicio de Evaluación del Servicio Canario de la Salud en el marco de la financiación del Ministerio de Sanidad para el desarrollo de las actividades del Plan anual de Trabajo de la Red Española de Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Prestaciones del SNS, aprobado en el Pleno del Consejo Interterritorial del SNS de 28 de octubre de 2020 (conforme al Acuerdo del Consejo de Ministros de 9 de diciembre de 2020).

Para citar este informe:
del Pino Sedeño T, García Pérez L, Vallejo Torres L, Torres Castaño A, Infante Ventura D, Estaña D, Delgado Rodríguez J, de Pascual Medina AM, Ramallo Fariña Y, Rodríguez Rodríguez L, Morales C, Martín Corral J, Castro Molina FJ, González Darias A, Guillén M, Serrano Aguilar P. Efectividad y coste-efectividad de la prevención universal de los trastornos de la conducta alimentaria en población infantil, preadolescente y adolescente escolarizada. Ministerio de Sanidad. Servicio de Evaluación del Servicio Canario de la Salud; 2021. Informes de Evaluación de Tecnologías Sanitarias.

MINISTERIO DE SANIDAD

RED ESPAÑOLA DE AGENCIAS DE EVALUACIÓN DE TECNOLOGÍAS Y PRESTACIONES DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

Gobierno de Canarias

Agradecimientos

Los autores del presente estudio queremos expresar nuestro especial agradecimiento a Carlos González Rodríguez, por su apoyo en las tareas de documentación y edición.

Índice

RESUMEN EN LENGUAJE NO ESPECIALIZADO **16**

PLAIN LANGUAGE SUMMARY **18**

RESUMEN **19**

EXECUTIVE SUMMARY **30**

I. INTRODUCCIÓN **39**

I.1. Problema de salud y uso actual de la tecnología 39

I.1.1. Definición 39

I.1.2. Epidemiología 40

I.1.3. Etiología 41

I.1.4. Manifestaciones clínicas 42

I.1.5. Consecuencias de los trastornos de la conducta alimentaria 44

I.1.6. Diagnóstico 44

I.2. Descripción y características técnicas de la tecnología 49

I.2.1. Intervenciones para la prevención de los trastornos de la conducta alimentaria 50

I.2.2. Indicaciones de intervenciones de prevención universal de los trastornos de la conducta alimentaria 51

I.2.3. Marco regulatorio de la tecnología en España y situación actual de la tecnología en el Sistema Nacional de Salud 53

I.3. Justificación de la evaluación 53

II. OBJETIVOS **55**

II.1. Preguntas de investigación 56

III. METODOLOGÍA **57**

III.1. Efectividad 57

III.1.1. Criterios de selección de estudios 58

III.1.2. Fuentes de información y estrategia de búsqueda 60

III.1.3. Proceso de selección de estudios 61
III.1.4. Evaluación de la calidad metodológica de los estudios 61
III.1.5. Proceso de extracción de datos 62
III.1.6. Método de análisis y síntesis de los datos 62
III.2. Coste-efectividad 63
III.2.1. Criterios de selección de estudios 63
III.2.2. Fuentes de información y estrategia de búsqueda 65
III.2.3. Proceso de selección de estudios 65
III.2.4. Evaluación crítica de la calidad metodológica 65
III.2.5. Proceso de extracción de datos 66
III.2.6. Síntesis de los datos 66
III.3. Análisis económico 66
III.3.1. Análisis de coste-efectividad 66
III.3.2. Análisis de impacto presupuestario 68
III.4. Análisis de los aspectos organizativos, éticos, sociales, legales y relacionados con los pacientes 69
III.4.1. Alcance de la revisión 69
III.4.2. Criterios de selección de estudios 70
III.4.3. Fuentes de información, estrategia de búsqueda y proceso de selección de estudios 70
III.4.4. Proceso de extracción de datos, análisis y síntesis de los hallazgos 71
III.5. Necesidades de investigación futura 72
III.5.1. Análisis de las necesidades de investigación identificadas en las RS realizadas para el presente informe 72
III.5.2. Revisión de estudios específicos sobre necesidades de investigación 72
III.6. Evaluación de la calidad de la evidencia y formulación de recomendaciones 74
III.7. Participación de grupos de interés 76
III.7.1. Participación de los pacientes 76
III.7.2. Participación de los profesionales sanitarios 77
III.7.3. Participación de la industria 77
III.8. Revisión externa 78

IV. RESULTADOS **79**
IV.1. Efectividad 79
IV.1.1. Resultado de la búsqueda bibliográfica 79
IV.1.2. Características de los estudios 81
IV.1.3 Calidad metodológica de los estudios incluidos 100
IV.1.4 Descripción y análisis de resultados 103
IV.1.5 Evaluación de la calidad de la evidencia 118
IV.2. Coste-efectividad 119
IV.2.1. Resultado de la búsqueda bibliográfica 119
IV.3. Análisis económico 121
IV.3.1. Análisis de coste-efectividad 121
IV.3.2. Resultados del análisis de impacto presupuestario 132
IV.4. Análisis de los aspectos organizativos, éticos, sociales, legales y relacionados con los pacientes 136
IV.4.1. Resultado de la búsqueda bibliográfica 136
IV.4.2. Aspectos organizativos, éticos, sociales, legales y relacionados con los pacientes 137
IV.5. Necesidades de investigación 167
IV.5.1. Necesidades de investigación identificadas sobre efectividad y coste-efectividad, además de los aspectos éticos, sociales, legales y organizacionales 167
IV.5.2. Necesidades de investigación identificadas en la búsqueda bibliográfica y revisión de estudios específicos de necesidades 170

V. DISCUSIÓN **173**
V.1. Efectividad 173
V.2. Coste-efectividad y análisis económico 175
V.3. Análisis de los aspectos organizativos, éticos, sociales, legales y relacionados con los pacientes 176
V.4. Fortalezas y limitaciones 179

VI. CONCLUSIONES **181**

VII. RECOMENDACIONES **187**
VII.1. Recomendaciones para la investigación futura 187

CONTRIBUCIÓN DE LOS AUTORES Y REVISORES EXTERNOS **189**

DECLARACIÓN DE INTERESES **194**

REFERENCIAS **195**

ANEXOS **209**

Anexo 1. Estrategia de búsqueda para efectividad 209
Anexo 2. Herramientas utilizadas para evaluar el riesgo de sesgo de los estudios incluidos 221
Anexo 3. Estrategia de búsqueda para estudios económicos 228
Anexo 4. Herramienta de valoración de la calidad metodológica los estudios económicos 233
Anexo 5. Estrategia de búsqueda de aspectos organizativos, éticos, sociales, legales y relacionados con los pacientes 234
Anexo 6. Niveles de evidencia y grados de recomendación. Criterios GRADE 245
Anexo 7. Estudios excluidos 247
Anexo 8. Estudios en marcha 250
Anexo 9. Tablas de evidencia de los estudios incluidos 251
Anexo 10. Riesgo de sesgo de los ECA incluidos 310
Anexo 11. Resultados del meta-análisis, análisis de subgrupos y sesgo de publicación de efectividad 325
Anexo 12. Perfiles de evidencia GRADE 361
Anexo 13. Resultado del meta-análisis de probabilidades del análisis de coste-efectividad 387
Anexo 14. Valoración de las limitaciones metodológicas de estudios incluidos. Aspectos organizativos, éticos, sociales, legales y relacionados con los pacientes 390
Anexo 15. Necesidades de investigación identificadas sobre efectividad 397
Anexo 16. Marco GRADE de la evidencia a las recomendaciones (EtD) 409

Índice de tablas

Tabla 1. Criterios diagnósticos para los TCA 45
Tabla 2. Bases de datos bibliográficas consultadas. Efectividad 60
Tabla 3. Bases de datos bibliográficas consultadas. Coste-efectividad 65
Tabla 4. Bases de datos bibliográficas consultadas. Necesidades de investigación 71
Tabla 5. Bases de datos bibliográficas consultadas. Necesidades de investigación 73
Tabla 6. Niveles de la calidad de la evidencia 74
Tabla 7. Determinantes de la calidad de la evidencia 75
Tabla 8. Principales características de los ECA incluidos. Efectividad 81
Tabla 9. Características clínicas y sociodemográficas de los participantes de los estudios incluidos 84
Tabla 10. Características de las intervenciones 89
Tabla 11. Características de las intervenciones multicomponentes 94
Tabla 12. Medidas de resultado de los estudios incluidos. Efectividad 97
Tabla 13. Riesgo de sesgo de los ECA incluidos. Criterios Cochrane 100
Tabla 14. Desenlaces y su importancia 119
Tabla 15. Probabilidades de transición y efectividad de la intervención 122
Tabla 16. Uso de recursos de la intervención y costes anuales de los TCA 125
Tabla 17. Mortalidad y calidad de vida. Media (DE) 126
Tabla 18. Resultados del caso base 127
Tabla 19. Análisis de impacto presupuestario 134
Tabla 20. Características de los estudios incluidos. Aspectos organizativos, éticos, sociales, legales y relacionados con los pacientes 138
Tabla 21. Principales consideraciones para la implementación. Aspectos organizativos, éticos, sociales, legales y relacionados con los pacientes 158
Tabla 22. Principales características de los estudios incluidos. Necesidades de investigación 171

Índice de figuras

Figura 1. Descripción gráfica del proceso de selección de estudios. Efectividad 80
Figura 2. Cambio en los niveles de síntomas de TCA desde los valores iniciales hasta los valores finales (postintervención) por género 105
Figura 3. Cambio en los niveles de preocupación por el peso desde los valores iniciales hasta los valores finales (postintervención) 106
Figura 4. Cambio en los niveles de preocupación por la figura desde los valores iniciales hasta los valores finales (postintervención) 108
Figura 5. Cambio en los niveles de insatisfacción corporal desde los valores iniciales hasta los valores finales (postintervención) por intervención 110
Figura 6. Cambio en los niveles de obsesión por la delgadez desde los valores iniciales hasta los valores finales (postintervención) 112
Figura 7. Cambio en los niveles de actitudes socioculturales hacia la apariencia desde los valores iniciales hasta los valores finales (postintervención) 113
Figura 8. Cambio en los niveles de presión percibida por los medios de comunicación desde los valores iniciales hasta los valores finales (postintervención) 114
Figura 9. Cambio en los niveles de internalización del ideal de belleza desde los valores iniciales hasta los valores finales (postintervención) 115
Figura 10. Cambio en los niveles de autoestima desde los valores iniciales hasta los valores finales (postintervención) 116
Figura 11. Cambio en los niveles de estima corporal desde los valores iniciales hasta los valores finales (postintervención) 117
Figura 12. Descripción gráfica del proceso de selección de estudios. Coste-efectividad 120
Figura 13. Estructura del modelo de Markov 121
Figura 14. Análisis de sensibilidad de una vía 129
Figura 15. Plano de coste-efectividad incremental 131
Figura 16. Curvas de aceptabilidad de coste-efectividad 132
Figura 17. Descripción gráfica del proceso de selección de estudios. Aspectos organizativos, éticos, sociales, legales y relacionados con los pacientes 137

Figura 18. Funnel plot – potencial sesgo de publicación: Insatisfacción corporal (postintervención) 358
Figura 19. Funnel plot – potencial sesgo de publicación: Insatisfacción corporal (6 meses) 359
Figura 20. Funnel plot – potencial sesgo de publicación: Internalización del ideal de belleza (12 meses) 360

Siglas y Acrónimos

APA: Asociación Americana de Psiquiatría, del inglés *American Psychiatric Association*

AVAC: Años de Vida Ajustados por Calidad

CACE: Curva de aceptabilidad sobre el coste-efectividad

CPAF: Comisión de prestaciones, aseguramiento y financiación

ChEAT: *Children's Eating Attitudes Test*

CIE-10: Clasificación Internacional de Enfermedades, décima revisión

DE: Desviación estándar

DSM-V: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5)*

EAT: *Eating Attitudes Test*

ECA: Ensayo clínico aleatorizado

EDE-Q: *Eating Disorder Examination*

EDI: *Eating Disorder Inventory*

EMA: *European Medicines Agency*

ETS: Evaluación de Tecnología Sanitaria

EUnetHTA: *European Network for Health Technology Assessment*

GRADE: *Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation*

IC: Intervalo de confianza

IMC: Índice de masa corporal

NICE: *National Institute for Health and Care Excellence*

OMS: Organización Mundial de la Salud

RCEI: Ratio coste-efectividad incremental

RR: Riesgo relativo, del inglés *Risk Ratio*

RS: Revisión sistemática

RSE *Rosenberg self-esteem scale*

SCOFF: *Sick, Control, One, Fat, Food questionnaire*

SMD: Diferencia de medias estandarizada, del inglés *standardized mean difference*

SNS: Sistema Nacional de Salud

TCA: Trastorno de la conducta alimentaria

Resumen en lenguaje no especializado

Las personas que sufren trastornos de la conducta alimentaria (TCA) se caracterizan por tener un conjunto de alteraciones graves relacionadas con la comida. Además, es frecuente que tengan pensamientos poco realistas sobre su peso y volumen corporal. Generalmente se preocupan mucho por no engordar. Incluso cuando tienen un peso saludable o están delgadas, se sienten inferiores a las demás personas y temen ser rechazadas por su imagen física. Las personas con TCA sufren consecuencias físicas, psicológicas y sociales. Y, si no se tratan, pueden poner en riesgo su vida. Estas enfermedades se pueden presentar a cualquier edad, pero es en la adolescencia cuando aparecen con mayor frecuencia. En los últimos años se han diseñado algunos programas para prevenir estas enfermedades en la infancia y la adolescencia.

El objetivo de este informe es valorar si los programas de prevención general de estas enfermedades son eficaces cuando se aplican en niños, niñas y adolescentes escolarizados y si los medios económicos que se necesitan para implantarlos están justificados. Para ello, se ha revisado en profundidad las publicaciones científicas y se han evaluado los costes.

Esta revisión ha permitido comprobar que los resultados de la aplicación de los programas de prevención general en estas etapas, en comparación con no aplicarlos, no consigue disminuir la preocupación por el volumen, la insatisfacción corporal, la obsesión por delgadez, ni la influencia y presión que ejercen los medios de comunicación hacia la delgadez. Estos programas tampoco mejoran la autoestima, la calidad de vida o la salud en general de los niños, niñas y adolescentes que los reciben. Sin embargo, usarlos aumenta ligeramente las preocupaciones relacionadas con el peso en los chicos y tan solo en las chicas se reducen los síntomas asociados a estas enfermedades a corto plazo.

Las publicaciones científicas muestran que, en concreto, los programas de prevención más complejos, aquellos que emplean diferentes tipos de intervenciones a la vez, pueden disminuir los síntomas de los TCA a corto plazo, sin ningún otro efecto. Por el contrario, los programas que se centran en intentar ayudar a combatir los mensajes y los ideales de belleza transmitidos por los medios de comunicación (televisión, redes sociales, etc.) aumentan los niveles de preocupación por el peso y la insatisfacción corporal a corto plazo. Los resultados de otros programas como los de prevención de la obesidad, los dirigidos a la

mejora de la autoestima, los basados en el cambio de ideas, creencias y emociones, o en el uso de la meditación, son aún insuficientes como para establecer una conclusión clara sobre sus efectos.

Aunque la aplicación de los programas de prevención general de los TCA más complejos aporta ligeros beneficios a corto plazo, existe incertidumbre sobre si sería económicamente rentable su incorporación en la práctica habitual.

Plain language summary

Eating Disorders (ED) are characterized by abnormal or disturbed eating habits. People with an ED may focus excessively on their weight and body shape. They usually have an irrational fear of gaining weight, thinking they are fat even when they are underweight. People with ED feel inferior to others and are afraid of being rejected because of their physical appearance. ED are associated with significant physical, psychological and social impairment. If left untreated, ED can lead to life-threatening medical conditions. ED can happen at any age, but often symptoms begin in the teens. In recent years, interventions have been designed to prevent children and adolescents with these disorders.

The aim of this report is to assess the effectiveness and cost-effectiveness of universal eating disorder prevention interventions in children and adolescents. To this end, a systematic review of the scientific literature and an economic evaluation have been carried out.

Based on systematic review, the combination of results from the identified studies shows that application of universal ED prevention interventions in children and adolescents in the scholar setting compared to not applying (usual care) do not affect the levels of shape concerns, body dissatisfaction, drive for thinness, pressures from media and internalization of current beauty ideal, self-esteem, body esteem, quality of life and general state of health. However, these interventions slightly increase weight-related concerns and only the girls who participated in these programs reduce the symptoms of ED in the short term.

The available evidence shows the application of multicomponent interventions reduces symptoms of ED in the short term, without any additional effects. However, media literacy interventions increase short-term weight-related concerns and body dissatisfaction.

The available evidence regarding obesity prevention, self-esteem enhancement, mindfulness, cognitive behavioral and cognitive dissonance programs does not allow to draw a clear conclusion.

Although multicomponent intervention provides slight short-term benefits for patients, there is uncertainty if its inclusion into routine practise would be a cost-effective strategy.

Resumen

Introducción

En la actualidad se estima que un 5% de la población mundial presenta algún trastorno de la conducta alimentaria y de la ingestión de los alimentos (TCA). Las consecuencias físicas, mentales y sociales de los TCA; la restricción notable en la calidad de vida de las personas afectadas de TCA y su entorno familiar; y la vulnerabilidad al desarrollo de estos trastornos en la pubertad y en la adolescencia tardía, constituyen razones poderosas para realizar un enfoque centrado en su prevención y explican la necesidad de políticas preventivas desde la infancia, así como en la preadolescencia y la adolescencia.

Objetivo

El objetivo principal del presente informe de Evaluación de Tecnología Sanitaria es evaluar la efectividad, el coste-efectividad y los aspectos organizativos, éticos, sociales, legales y relacionados con los y las pacientes de las intervenciones disponibles para la prevención universal de los TCA en población infantil, preadolescente y adolescente (menores de 18 años) escolarizada.

Metodología

Efectividad

Revisión sistemática (RS) de la literatura publicada hasta julio de 2020 en las siguientes bases de datos: MEDLINE, EMBASE, WOS, PsycINFO, CINAHL y CENTRAL. Se aplicó una estrategia de búsqueda exhaustiva que incluyó vocabulario controlado y términos en texto libre. La búsqueda se completó con el examen manual del listado bibliográfico de los artículos incluidos. Se seleccionaron estudios originales publicados en inglés o español que evaluaran intervenciones para la prevención universal de los TCA. Se seleccionaron ensayos clínicos aleatorizados (ECA) realizados en población infantil, preadolescente y adolescente en el contexto escolar.

Las medidas de resultado consideradas, tras la intervención preventiva, fueron: tasa de participantes con diagnóstico de TCA,

medidas psicológicas estandarizadas de los síntomas del TCA, preocupación por el peso, preocupación por la figura, insatisfacción corporal, obsesión por la delgadez, estima corporal, autoestima, medidas antropométricas, influencia de los factores socioculturales y calidad de vida.

Las limitaciones metodológicas de los ECA incluidos fueron evaluadas de acuerdo a los criterios de la colaboración Cochrane.

Se realizó síntesis cuantitativa de los resultados mediante meta-análisis usando el programa estadístico *Review Manager (RevMan) computer program* (versión 5.4.1. Copenhagen: *The Nordic Cochrane Centre, The Cochrane Collaboration*, 2020).

La evaluación de la calidad de la evidencia y la graduación de la fuerza de las recomendaciones se realizó siguiendo la metodología del grupo internacional de trabajo *Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation* (GRADE).

Coste-efectividad

Se realizó una RS mediante una búsqueda específica de evaluaciones económicas en las mismas bases de datos electrónicas que para la búsqueda de efectividad sin limitación temporal. Se consideraron evaluaciones económicas completas que evaluaran intervenciones para la prevención universal de los TCA en población infantil, preadolescente y adolescente en el contexto escolar. Los criterios de inclusión respecto a participantes, intervención y comparador fueron los mismos que los de la RS de efectividad.

Adicionalmente, se realizó un análisis de coste-efectividad de una intervención multicomponente para prevenir los TCA en población infantil, preadolescente y adolescente en el contexto escolar. Se utilizó un modelo de Markov que sintetiza la información identificada en la RS de efectividad, así como otros parámetros extraídos de la literatura científica. En el modelo se adoptó la perspectiva del Sistema Nacional de Salud (SNS) y se consideró un horizonte temporal de 10 años. La medida de efectividad empleada fueron los Años de Vida Ajustados por Calidad (AVAC). Se realizó un análisis de sensibilidad determinístico y probabilístico mediante simulaciones de Monte Carlo, lo que ha permitido calcular las curvas de aceptabilidad de coste-efectividad.

Aspectos organizativos, éticos, sociales, legales y relacionados con los y las pacientes

El alcance de la evaluación de estos aspectos partió de la misma población, intervención y comparación descrita anteriormente para la evaluación de la efectividad y coste efectividad. Se realizaron búsquedas sistemáticas de artículos en las bases de datos electrónicas MEDLINE y PREMEDLINE, EMBASE y WOS hasta mayo/junio de 2020. Se ha realizado una síntesis narrativa para la redacción de los resultados teniendo en cuenta criterios de relevancia, coherencia y triangulación de los resultados.

Resultados

Efectividad

Veintiséis ECA pudieron ser finalmente incluidos de acuerdo con los criterios de selección pre-establecidos, con un total de 34.500 participantes, realizados en Alemania, Australia, Canadá, EE. UU., Francia, India, Israel, Italia, México, Noruega, Reino Unido, Suecia y Venezuela.

Las variables de resultado consideradas críticas, tras la intervención preventiva, para la toma de decisiones por parte del grupo de trabajo del presente informe fueron: tasa de participantes con diagnóstico de TCA, medidas psicológicas estandarizadas de los síntomas del TCA, preocupación por el peso, preocupación por la figura, insatisfacción corporal, obsesión por la delgadez, estima corporal y autoestima.

El tamaño de la muestra de los estudios varió entre 71 y 5.354 participantes. El porcentaje de mujeres incluido en los estudios se situó en torno al 56,58% y la edad media en 12,61 años (DE: ±2,16).

Los tipos de intervención de prevención universal de los TCA evaluados incluyen programas basados en la disonancia cognitiva (1 ECA), mindfulness (1 ECA), terapias cognitivas o cognitivas conductuales (3 ECA), programas dirigidos a la mejora de la autoestima (3 ECA), prevención de factores de riesgo de la obesidad (4 ECA) o alfabetización mediática (7 ECA), así como diferentes estrategias multicomponente (9 ECA). El número de sesiones de los programas en los ECA incluidos, varió de 34 sesiones a únicamente una sesión. La duración de cada sesión varió de 25 minutos hasta una hora y media. El período de seguimiento entre los estudios que informan este dato varió entre una semana hasta cuatro cursos escolares.

La calidad global de la evidencia fue considerada muy baja.

En relación al riesgo diferencial de presentar un diagnóstico de TCA tras un programa de prevención universal, ninguno de los estudios considerados evalúa el número de niños, niñas y preadolescentes o adolescentes con diagnóstico de TCA (casos evitados).

Respecto a los síntomas de TCA, en general, los resultados indican que los programas de prevención universal no presentan ningún efecto sobre los síntomas de TCA, ni tras la intervención (SMD= -0,14; IC95%: -0,97, 0,00; I^2= 69%; k= 7; n= 4.166), ni a los 3 meses (SMD= -0,03; IC95%: -0,10, 0,05; I^2= 0%; k= 3; n= 3.148), 6 meses (SMD= -0,06; IC95%: -0,15, 0,02; I^2= 0%; k= 6; n= 2.021) y 12 meses (SMD= -0,04; IC95%: -0,15, 0,07; I^2= 0%; k= 2; n= 1.272). En el análisis realizado por género, se observó que las chicas en las que se aplicó un programa de prevención universal disminuyeron ligeramente los síntomas de TCA tras la intervención (SMD= -0,39; IC95%: -0,69, -0,10; I^2= 80%; k= 4; n= 1.401); mientras que no se observa este efecto en los chicos (SMD= 0,04; IC95%: -0,21, 0,29; I^2= 57%; k= 3; n= 1.044). Por tipo de intervención, las estrategias multicomponente también redujeron ligeramente los niveles de síntomas de TCA (SMD= -0,30; IC95%: -0,46, -0,14; I^2= 0%; k= 2; n= 618), frente al resto de intervenciones de prevención (alfabetización mediática y programas basados en las terapias cognitivas, cognitivo conductuales y en la disonancia cognitiva). Por tipo de escala, no se observaron diferencias.

En relación a la preocupación por el peso, parece que el alumnado que fue incluido en algún programa de prevención universal de los TCA presentaba un nivel superior de preocupaciones relacionadas con el peso que el asignado a los grupos control (SMD= 0,12; IC95%: 0,02, 0,23; I^2 = 0%; k= 4; n= 1.563). En el análisis realizado por género, se observa un ligero aumento en el nivel de preocupación por el peso en los chicos que recibieron el programa de prevención de los TCA (SMD= 0,24; IC95%: 0,06, 0,42; I^2= 0%; k= 2; n= 526), mientras que no se observó ese efecto en las chicas (SMD= 0,08; IC95%: -0,06, 0,22; I^2= 0%; k= 2; n= 874).

En relación a los niveles de insatisfacción corporal, no se observa efecto de los programas de prevención universal de los TCA en comparación con el grupo control ni en los niveles de insatisfacción corporal postintervención (SMD= 0,04; IC95%: -0,04, 0,12; I^2= 55%; k= 11; n= 7.248), ni en los niveles de insatisfacción corporal a los tres meses de seguimiento (SMD= 0,22; IC95%: -0,01, 0,44; I^2= 89%; k= 3; n= 3.215). Sin embargo, ambos resultados muestran una heterogeneidad considerable. Tampoco se observa efecto a los seis y los 12 meses de seguimiento. En el análisis realizado por género, no se encuentran

diferencias entre los subgrupos ni en el cambio postintervención, ni a los tres meses. Por tipo intervención, se observan diferencias estadísticamente significativas tanto en el momento postintervención como a los tres meses. Mientras que los programas de prevención de la obesidad y multicomponente, no muestran efectos sobre los niveles de insatisfacción corporal; el programa cognitivo conductual muestra una mejora en el grupo de intervención ($SMD_{postintervención}$ = -0,92; IC95%: -1,28, -0,56; I^2= 0%; k= 1; n= 141) y el programa de alfabetización mediática un empeoramiento ($SMD_{postintervención}$= 0,16; IC95%: 0,08, 0,24; I^2= 7%; k= 4; n= 3.247; $SMD_{3\ meses}$= 0,33; IC95%: 0,03, 0,64; I^2= NA; k= 1; n= 1.932).

En cuanto al resto de factores de riesgo evaluados, no se encontraron pruebas claras del beneficio de los programas de prevención universal en niños, niñas, preadolescentes y adolescentes sobre los niveles de preocupación por la figura, obsesión por la delgadez y actitudes socioculturales hacia la apariencia física, incluyendo la presión percibida por los medios de comunicación y la internalización del ideal de belleza actual.

Tampoco hay pruebas claras del efecto de las intervenciones preventivas de los TCA en la promoción de factores protectores, como la autoestima o la estima corporal, ni en la calidad de vida. Las medidas antropométricas no pudieron ser sintetizadas.

Coste-efectividad

No se identificaron evaluaciones económicas sobre intervenciones de la prevención universal de los TCA en población infantil, preadolescente y adolescente (menores de 18 años) escolarizada.

En el análisis económico realizado para el contexto del sistema sanitario de nuestro país, considerando un horizonte temporal de 10 años, el coste incremental por AVAC de una estrategia multicomponente para la prevención universal de los TCA se estimó en 19.342 €/AVAC, situándose muy cerca del umbral de coste-efectividad estimado para España. Los resultados fueron muy sensibles tanto a la estimación del tamaño del efecto de la intervención como a su duración, así como al diseño de la intervención y sus costes asociados. La incertidumbre asociada a estas estimaciones es considerable, estimándose que la intervención multicomponente tendría una probabilidad de ser coste-efectiva de tan sólo el 51% para un umbral de coste-efectividad de 25.000€/AVAC.

Aspectos organizativos, éticos, sociales, legales y relacionados con los y las pacientes

Se seleccionaron 14 estudios: una revisión sistemática, cuatro revisiones narrativas, seis estudios observacionales, dos estudios cualitativos y un estudio mixto.

En relación a la equidad, el abordaje universal en las intervenciones preventivas favorece un mayor impacto, ya que aumenta la posibilidad de generar cambios a nivel individual, grupal, social y comunitario, lo que representa una ganancia crucial para un trastorno con un alto componente relacional y sensible a patrones sociales. Respecto a la inclusión de una perspectiva de género en los programas de prevención de los TCA, la evidencia muestra que no solo contribuye a promover una mirada más equitativa y empática del problema, sino también a la solución.

Debido al contacto permanente que tienen con los jóvenes, de gran valor para la identificación de posibles casos de riesgo, el profesorado cuenta con el perfil más adecuado para el rol de facilitadores, una vez probada la efectividad de los programas. En relación al formato y al contenido, los programas interactivos, participativos y que incorporan recursos tecnológicos o metodologías novedosas son los mejor valorados por los participantes y los que pueden ofrecer mejores resultados; así como el abordaje desde una perspectiva multicausal y sistémica en la que se integren aspectos del plano personal, familiar y social. Parece importante que los programas preventivos se centren en la autoestima, la aceptación de la imagen corporal, la gestión emocional, el desarrollo del pensamiento crítico y de competencias personales como las habilidades comunicativas a nivel familiar y social; así como lo es que los programas destaquen la influencia que pueden tener los estereotipos y los valores asociados a los patrones de belleza, feminidad y masculinidad, y que son reforzados a través de internet, redes sociales y otros medios de comunicación.

En relación a la frecuencia y la duración de las sesiones, la evidencia no ha ofrecido resultados relevantes. En cambio, hay mejores resultados de los programas preventivos más prolongados en el tiempo y dirigido a participantes en edades tempranas como 12 o 13 años.

Los programas preventivos con mayor aceptabilidad por parte de los participantes son aquellos que ofrecen contenidos relevantes a sus intereses y necesidades y que favorecen una mayor aceptación personal, así como aquellos que proponen recursos y herramientas para una mejor comprensión de la información que encuentran en internet.

Conclusiones

A partir de la RS, la evaluación económica y el análisis de los aspectos organizativos, éticos, sociales, legales y relacionados con pacientes, realizado para el presente informe de ETS, se pueden establecer las siguientes conclusiones sobre el uso de intervenciones de prevención universal de los TCA en población infantil, preadolescente y adolescente (menores de 18 años) escolarizada:

- La evidencia disponible sobre la efectividad de las intervenciones de prevención universal de los TCA proviene de 26 ECA que incluyen uno o varios tipos de intervención de prevención universal de los TCA (un estudio evalúa un programa basado en la disonancia cognitiva, un estudio mindfulness, tres estudios terapias cognitivas o cognitivo-conductuales, tres estudios programas dirigidos a la mejora de la autoestima, cuatro estudios prevención de factores de riesgo de la obesidad, siete estudios alfabetización mediática y nueve estudios diferentes estrategias multicomponente). Ésta permite establecer que:

  - No se han identificado pruebas científicas sobre el número de casos reales de TCA evitados.

  - La combinación de resultados de los estudios mostró que el grupo de prevención universal no presenta diferencias con el grupo control en el nivel de síntomas de TCA (calidad de la evidencia: muy baja ⊕⊖⊖⊖), en la preocupación por la figura (calidad de la evidencia: baja ⊕⊕⊖⊖), en la insatisfacción corporal (calidad de la evidencia: muy baja ⊕⊖⊖⊖), en la obsesión por la delgadez (calidad de la evidencia: baja ⊕⊕⊖⊖), en las actitudes socioculturales hacia la apariencia física (calidad de la evidencia: baja ⊕⊕⊖⊖), en la presión percibida por los medios de comunicación, en la internalización del ideal de belleza actual, en la autoestima (calidad de la evidencia: baja ⊕⊕⊖⊖), en la estima corporal (calidad de la evidencia: baja ⊕⊕⊖⊖) y en la calidad de vida.

  - Las intervenciones de prevención universal de los TCA aumentaron ligeramente los niveles de preocupación por el peso postintervención (calidad de la evidencia: moderada ⊕⊕⊕⊖), sin embargo, este efecto se diluyó a lo largo de los seguimientos (3 meses, 6 meses y 12 meses) (calidad de la evidencia: baja ⊕⊕⊖⊖).

- El análisis de subgrupos por género permite establecer que:

– En chicas, las intervenciones de prevención universal de los TCA redujeron los síntomas de TCA tras la intervención en comparación con el grupo control (calidad de la evidencia: baja ⊕⊕⊖⊖), si bien este efecto se diluyó a lo largo de los seguimientos (3 meses, 6 meses y 12 meses) (calidad de la evidencia: muy baja ⊕⊖⊖⊖). Los chicos no presentan diferencias con el grupo control en el nivel de síntomas de TCA tras la intervención ni durante los seguimientos (3 meses, 6 meses y 12 meses) (calidad de la evidencia: muy baja ⊕⊖⊖⊖).

– No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las variables preocupación por el peso (calidad de la evidencia postintervención: moderada ⊕⊕⊕⊖; calidad de la evidencia 3 meses, 6 meses y 12 meses: baja ⊕⊕⊖⊖), preocupación por la figura (calidad de la evidencia: baja ⊕⊕⊖⊖), insatisfacción corporal (calidad de la evidencia: muy baja ⊕⊖⊖⊖), obsesión por la delgadez (calidad de la evidencia: baja ⊕⊕⊖⊖), actitudes socioculturales hacia la apariencia física (calidad de la evidencia: baja ⊕⊕⊖⊖), autoestima (calidad de la evidencia: baja ⊕⊕⊖⊖) y estima corporal (calidad de la evidencia: baja ⊕⊕⊖⊖).

- El análisis de subgrupos por tipo de intervención preventiva permite establecer que:

  – La evidencia disponible sobre la efectividad de los programas de prevención universal multicomponentes de los TCA (9 ECA), muestra que estos programas redujeron síntomas de TCA tras la intervención en comparación con el grupo control (calidad de la evidencia: moderada ⊕⊕⊕⊖) si bien este efecto se diluyó a lo largo de los seguimientos (3 meses, 6 meses y 12 meses) calidad de la evidencia: baja ⊕⊕⊖⊖). No existe evidencia de un efecto significativo en las variables insatisfacción corporal, obsesión por la delgadez, autoestima, estima corporal y actitudes socioculturales hacia la apariencia física, incluyendo la presión percibida por los medios de comunicación y la internalización del ideal de belleza actual (calidad de la evidencia: baja ⊕⊕⊖⊖).

  – La evidencia disponible sobre la efectividad de los programas de alfabetización mediática, informa que no producen ningún efecto significativo frente al grupo control en los síntomas de TCA, la preocupación por la figura, la autoestima, la estima corporal y las actitudes socioculturales hacia la apariencia física, incluyendo la presión percibida por los medios de comunicación (calidad de la evidencia: baja ⊕⊕⊖⊖). Aunque, estos programas aumentaron

ligeramente los niveles de preocupación por el peso postintervención (calidad de la evidencia: moderada ⊕⊕⊕⊖), sin embargo, este efecto se diluyó a lo largo de los seguimientos (3 meses, 6 meses y 12 meses) (calidad de la evidencia: baja ⊕⊕⊖⊖). Los programas de alfabetización mediática también aumentaron los niveles de insatisfacción corporal frente al grupo control (postintervención y 3 meses, calidad de la evidencia: moderada ⊕⊕⊕⊖) y no se diluyó este efecto hasta los 6 meses de seguimiento (6 meses y 12 meses) (calidad de la evidencia: baja ⊕⊕⊖⊖).

– La evidencia disponible sobre las estrategias de prevención de la obesidad es escasa (4 ECA); y no se encuentran diferencias estadísticamente significativas en ninguna de las variables de efectividad evaluadas (preocupación por la figura, insatisfacción corporal e internalización del ideal de belleza).

– La evidencia disponible sobre los programas cognitivos o cognitivo conductuales es escasa (4 ECA) y no se observan diferencias estadísticamente significativas en comparación con el grupo control en ninguna de las variables de efectividad evaluadas (síntomas TCA, preocupación por el peso, preocupación por la figura y autoestima), excepto en los niveles de insatisfacción corporal en los que los programas cognitivo-conductuales muestran una mejora en el grupo de intervención (postintervención y 6 meses), que desaparece a los 12 meses de seguimiento.

– La evidencia disponible sobre los programas dirigidos a la mejora de la autoestima es escasa (3 ECA) y no se encuentran diferencias estadísticamente significativas en comparación con el grupo control en ninguna de las variables de efectividad evaluadas (preocupación por el peso, preocupación por la figura, insatisfacción corporal, obsesión por la delgadez y autoestima).

– La limitada evidencia disponible sobre la efectividad de los programas basados en la disonancia cognitiva (1 ECA) y en mindfulness (1 ECA) no permite establecer conclusiones claras al respecto.

- No es posible obtener ninguna conclusión sobre el coste-efectividad de las intervenciones de prevención universal de los TCA en población infantil, preadolescente y adolescente a partir de la revisión de la literatura.
- El modelo de coste-efectividad *de novo* realizado en este informe indica que:

- Si bien el resultado del caso base sitúa el coste por AVAC de una estrategia multicomponente por debajo del umbral de coste-efectividad, existe un elevado nivel de incertidumbre en torno a las estimaciones obtenidas. Las conclusiones sobre el coste-efectividad de dichas intervenciones varían según el tamaño y la duración del efecto de la intervención que se considere, así como de sus costes asociados por alumno/a.

- La evidencia disponible sobre los aspectos organizativos, éticos, sociales, legales y relacionados con los pacientes se basó en 14 estudios: una RS, cuatro revisiones narrativas, seis estudios observacionales, dos estudios cualitativos y un estudio mixto. A partir de esta evidencia, las principales conclusiones son:
  - El abordaje universal aumenta la posibilidad de generar cambios a nivel individual, grupal, social y comunitario.
  - Incorporar una perspectiva de género contribuye a la equidad y facilita que, tanto chicos como chicas, entiendan la presión y las expectativas que se ejercen sobre ellos, aprendan a empatizar con esas preocupaciones, e incluso se planteen formas de resolverlas.
  - Los programas interactivos, participativos, que incorporen aspectos novedosos y contenidos relevantes para las y los jóvenes ofrecen mejores resultados porque permiten abordar los TCA desde una perspectiva multicausal y sistémica.

Recomendaciones

Con la evidencia disponible sobre efectividad y coste efectividad en el momento de la elaboración de este informe y la consideración de los aspectos organizativos, éticos, sociales, legales y relacionados con los pacientes, no es posible hacer una recomendación ni a favor ni en contra de la implementación de intervenciones de prevención universal de los trastornos de la conducta alimentaria en población infantil, preadolescente y adolescente escolarizada (Recomendación: CONDICIONAL).

Título: Efectividad y coste-efectividad de la prevención universal de los trastornos de la conducta alimentaria en población infantil, preadolescente y adolescente escolarizada

Key words: Trastornos de la conducta alimentaria, adolescentes, niños y niñas, prevención universal, revisión sistemática, evaluación económica.

Registro: PROSPERO CRD42017069724

Executive Summary

Introduction

Eating disorders (ED) affect at least 5% of the population worldwide. ED are associated with significant physical, psychological and social impairment. ED are associated with poor perceived quality of life in both patients and family members. In addition, the developmental stage of puberty is a crucial period for the development of ED. In this context, there is a need for universal ED prevention interventions and for preventive policies to provide early support to all children and adolecents to protect them from ED.

Objectives

The main objective of the present health technology assessment report is to assess the effectiveness, the cost-effectiveness, the ethical, legal, social and organizational aspects of universal ED prevention interventions in children, preadolecents and adolescents (under 18 years) at school.

Method

Effectiveness

A systematic review (SR) of published literature was conducted. The following databases were searched (search date: July 2019): MEDLINE y PREMEDLINE, EMBASE, WOS, PsycINFO, CINAHL and CENTRAL. A comprehensive search strategy including controlled vocabulary and free text terms was applied. In addition, a manual search was performed with the references of included articles. Original studies published in English or Spanish that assessed interventions for the universal prevention of ED were included. Randomised clinical trials (RCTs) conducted with children and adolescents in the school setting were selected.

Considered outcome measures were: incidence of ED, symptoms of ED, weight and shape-related concerns, body dissatisfaction, drive for thinness, pressures from media and internalization of current beauty ideals, body esteem, self-esteem, anthropometric measurements and quality of life.

Methodological limitations were assessed using the criteria of the Cochrane Collaboration tool for assessing risk of bias for RTCs. Quantitative synthesis of the results was performed through meta-analysis using the statistical program Review Manager (RevMan) computer program (version 5.4.1. Copenhagen: The Nordic Cochrane Centre, The Cochrane Collaboration, 2020).

Cost-effectiveness

An SR was conducted. The criteria for inclusion of references were similar to the criteria of the effectiveness review. A specific search for economic evaluations was carried out in the same electronic databases used in the search for effectiveness and safety without time limitation.

A cost-effectiveness analysis of universal ED prevention interventions in children and adolescents (under 18 years) at school was carried out using a Markov model. The evidence on the effectiveness was based on our meta-analyses, as well as other parameters which were taken from the scientific literature. The model provides the most recent evidence from the point of view of the Spanish National Healthcare System (NHS) with a time horizon of 10 years. The effectiveness measure was quality-adjusted life years (QALYs). We ran extensive sensitivity analyses, including a probabilistic sensitivity analysis using Monte Carlo simulations. These simulations were also used to compute the cost-effectiveness acceptability curves.

Organizational, ethical, social and/or legal aspects related to patients

The scope of this evaluation included the same population, intervention and comparison described above for the evaluation of effectiveness and cost effectiveness and explored the categories and domains established by EUnetHTA on organizational, ethical, social, legal and patient-related aspects. MEDLINE y PREMEDLINE, EMBASE and WOS (May/June 2020). A narrative synthesis of the results taking into account criteria of relevance, coherence and triangulation of data and/or sources was undertaken.

Results

Efectividad

Twenty-six RCTs were finally included according to pre-established selection criteria, with a total sample of 34,500 participants, and carried out in Germany, Australia, Canada, USA, France, India, Israel, Italy, Mexico, Norway, UK, Sweden and Venezuela.

Outcome considered critical for decision-making by the working group of this report were: incidence of ED, symptoms of ED, weight and shape-related concerns, body dissatisfaction, drive for thinness, body esteem and self-esteem.

The studies sample size ranged from 16 to 750 participants. The mean age of participants was 12.61 years (SD: 2.16) and 56.58% of them were female. A total of 11 studies assessed the application of multicomponent interventions, seven RCTs media literacy interventions, four RCTs obesity prevention programms, three RCTs self-esteem enhancement, three cognitive behavioral studies, one RCT a cognitive dissonance program and another RCT on a mindfulness intervention. The number of sessions of the interventions ranged from 1 to 34. The duration of each session ranged from a minimum of 25 minutes to a maximum of one and a half hours. The duration of reported follow-up ranged from one week to four school years.

The overall quality of the evidence was considered very low.

None of the studies reported the number of participants which met criteria for ED (cases averted).

Regarding ED symptoms, no statistically significant differences were observed between universal ED prevention interventions and usual care at post-test (SMD= -0.14; IC95%: -0.97, 0.00; I^2= 69%), at 3-month (SMD= -0.03; IC95%: -0.10, 0.05; I^2= 0%), 6-month (SMD= -0.06; IC95%: -0.15, 0.02; I^2= 0%) and 12-month follow-up (SMD= -0.04; IC95%: -0.15, 0.07; I^2= 0%). By gender, the results showed that interventions aimed at universal ED prevention in girls decreased ED symptoms compared with usual care at post-test (SMD= -0.39; IC95%: -0.69, -0.10; I^2= 80%); no statistically significant differences were observed in boys (SMD= 0.04; IC95%: -0.21, 0.29; I^2= 57%). By type of intervention, only multi-component strategies slightly reduced ED symptoms (SMD= -0.30; IC95%: -0.46, -0.14; I^2= 0%). By scale, no differences were observed.

Universal ED prevention interventions had a negative effect on weight-related concerns compared with control groups (SMD= 0.12; CI95%: 0.02, 0.23; I^2 = 0%). Subgroup analysis revealed a slight increase of weight-related concerns in males (SMD= 0.24; CI95%: 0.06, 0.42; I^2= 0%), but not in girls at post-test (SMD= 0.08; CI95%: -0.06, 0.22; I^2= 0%).

However, ED prevention interventions had no effect on body dissatisfaction at post-test (SMD= 0.04; IC95%: -0.04, 0.12; I^2= 55%) and

3-month follow-up (SMD= 0.22; IC95%: -0.01, 0.44; I^2= 89%). However, both results show considerable levels of heterogeneity. No effect or difference was observed at post-test and 6- to 12-month follow-up. Effect sizes did not significantly differ by gender at post-test and 3-month follow-up. Cognitive behavioral interventions reduced body dissatisfaction at post-test (SMD= -0.92; IC95%: -1.28, -0.,56; I^2= 0%); while media literacy interventions had a significant increase at post-test and 3-month follow-up ($SMD_{pos\text{-}test}$= 0.16; IC95%: 0.08, 0.24; I^2= 7%; $SMD_{3\text{-}month}$ = 0.33; IC95%: 0.03, 0.64; I^2= NA). No differences were observed between multicomponent or prevention programms and control groups.

Regarding other ED risk factors, no clear evidence was found of the benefit of universal prevention programs in children and adolescents on the levels of shape-related concerns, drive for thinness, pressures from media and internalization of current beauty ideals.

There is also no clear evidence of the effect of universal ED interventions in promoting protective factors, such as self-esteem or body esteem, or quality of life. Anthropometric measures could not be synthesized.

Cost-effectiveness

No economic evaluations of universal ED prevention interventions in children and adolescents (under 18 years) at school were identified.

The economic analysis carried out in the context of National Health System was based on a multicomponent intervention. Taking into account the time horizon of ten years, the incremental cost-effectiveness ratio (ICER) when comparing multicomponent intervention with usual care was 19,342€ per quality-adjusted life year (QALYs), which was near the Spanish acceptability threshold. The results were sensitive both to the estimation of the size of the effect and the duration of the intervention, as well as to the design of the intervention and its costs. The uncertainty associated with these estimations is considerable. Then, given the willingness to pay 25,000€ per QALY, the probability of the S multicomponent intervention being cost-effective is only 51%.

Organizational, ethical, social and/or legal aspects and related to patients

Fourteen studies were finally included according to pre-established selection criteria: one systematic review, four narrative reviews, six observational studies, two qualitative studies and one mixed study.

In relation to equity, the universal approach provides key benefits on a larger scale that make its impact potentially greater. This increases the possibility of generating change at the individual, group, social and community levels, which is a crucial gain for a disorder with a high relational component and sensitive to social patterns. The gender perspective in ED prevention programs contributes to promoting a more equitable view of the problem, but also to the solution.

Once the program evidence is proven, teachers may be the most appropriate professionals to carry out the programs. The permanent contact they have with young people can be of great value in identifying possible cases of risk. In relation to format and content, interactive and participative programs that incorporate new aspects, such as the use of technological resources or innovative methodologies, are the best valued by participants and can offer better results; as well as the approach from a multi-causal and systemic perspective in which aspects of the personal, family, social and contextual levels are integrated. It seems important that preventive programs focus on self-esteem, acceptance of body image, emotional management, development of critical thinking and other personal skills such as communicative skills at the family and social level. It is important to recognize the burden of gender and aesthetic stereotypes, which are reinforced through the internet, social networks and other media.

Regarding the frequency and duration of the sessions, the evidence has not offered relevant results. In contrast, prolonged exposure to universal prevention programs for ED and implementation during puberty (12 or 13 years) produces more significant results.

Preventive programs based on the present needs and interests of the children and adolescents are well accepted, as well as programs aimed at self-acceptance development. Well-acceptable programs offer resources and tools for a better understanding of the information and critical thinking skill development.

Conclusions

Based on SR, the economic evaluation and analysis of organizational, ethical, social, legal and patient-related aspects carried out for this HTA report, the following conclusions can be drawn about universal ED prevention interventions in children and adolescents (under 18 years) at school:

- The best available evidence on the effectiveness of universal ED prevention interventions comes from 36 RCTs that study a large

number of interventions (9 multicomponent interventions, 7 media literacy interventions, 4 obesity prevention programs, 3 self-esteem enhancement, 3 cognitive behavioral program, 1 cognitive dissonance program and 1 mindfulness intervention) Accordingly, it is possible to establish that:

  - There is a lack of evidence on the number of participants which met criteria for ED.
  - No statistically differences were observed between universal ED prevention interventions and usual care in ED symptoms (quality of evidence: very low ⊕⊖⊖⊖), shape-related concerns (quality of evidence: low ⊕⊕⊖⊖), body dissatisfaction (quality of evidence: very low ⊕⊖⊖⊖), drive for thinness (quality of evidence: low ⊕⊕⊖⊖), pressures from media and internalization of current beauty ideals (quality of evidence: low ⊕⊕⊖⊖), self-esteem (quality of evidence: low ⊕⊕⊖⊖), body esteem (quality of evidence: low ⊕⊕⊖⊖) and quality of life.
  - Universal ED prevention interventions had a negative effect on weight-related concerns compared with control groups (quality of evidence: low ⊕⊕⊖⊖). No effect or difference was observed and 3- to 12-month follow-up (quality of evidence: low ⊕⊕⊖⊖).

- According to the available evidence on the effectiveness by gender it is possible to establish that:
  - Interventions aimed at universal ED prevention in girls decreased ED symptoms compared with usual care at post-test. No effect was observed at 3- to 12-month follow up (quality of evidence: low ⊕⊕⊖⊖). No statistically significant differences were observed in boys at post-test and at 3- to 12-month follow up (quality of evidence: very low ⊕⊖⊖⊖).
  - No statistically differences were observed by gender in weight-related concerns (quality of evidence post-test: moderate ⊕⊕⊕⊖; quality of evidence 3- to 12-month follow up: low ⊕⊕⊖⊖), shape-related concerns (quality of evidence: low ⊕⊕⊖⊖), body dissatisfaction (quality of evidence: very low ⊕⊖⊖⊖), drive for thinness (quality of evidence: low ⊕⊕⊖⊖), pressures from media and internalization of current beauty ideals (quality of evidence: low ⊕⊕⊖⊖), self-esteem (quality of evidence: low ⊕⊕⊖⊖), and body esteem (quality of evidence: low ⊕⊕⊖⊖).
- According to the available evidence on the effectiveness by intervention is possible to establish that:

– The available evidence on the effectivenesss of multicomponent interventions comes from 9 RCTs. Multi-component strategies slightly reduced ED symptoms at post-test (quality of evidence: moderate ⊕⊕⊕⊖), but the effect is attenuated at 3- to 12-month follow-up. No differences were observed between multicomponent interventions and usual care in body dissatisfaction, drive for thinness, pressures from media and internalization of current beauty ideals, self-esteem and body esteem (quality of evidence: low ⊕⊕⊖⊖).

– No statistically differences were observed between media literacy and usual care in ED symptoms, shape-related concerns, pressures from media and internalization of current beauty ideals, self-esteem and body esteem (quality of evidence: low ⊕⊕⊖⊖) and quality of life. However, media literacy interventions had a negative effect on weight-related concerns compared to control groups (quality of evidence: moderate ⊕⊕⊕⊖) but it was attenuated at 3- to 12-month follow-up (quality of evidence: low ⊕⊕⊖⊖). Media literacy interventions also increased body dissatisfaction at post-test and 3-month follow-up (quality of evidence: moderate ⊕⊕⊕⊖). No effect or difference was observed and at 3- to 12-month follow-up (quality of evidence: low ⊕⊕⊖⊖).

– The available evidence on the effectiveness of obesity prevention programs is limited (4 RCTs). No differences were found between obesity prevention programs and usual care in shape-related concerns, body dissatisfaction and pressures from media and internalization of current beauty ideals.

– The available evidence on the effectiveness of cognitive behavioral programs is limited (4RCTs). No differences were found in ED symptoms, weight-related concerns, shape-related concerns, and self-esteem. However, cognitive behavioral interventions reduced body dissatisfaction at post-test and at 6-month follow-up. No effect was observed at 12-month follow- up.

– The available evidence on the effectiveness of self-esteem enhancement programs is scarce (3 RCTs). No differences were found between self-esteem enhancement programs and usual care in shape-related concerns, body dissatisfaction, drive for thinness and self-esteem.

- The limited evidence on the effectiveness of cognitive dissonance programs (1 RCT) and mindfulness interventions (1 TCT) does not allow clear conclusions to be drawn.

- The lack of evidence on the cost-effectiveness of universal ED prevention interventions in children and adolescents (under 18 years) at school does not allow clear conclusions to be drawn.
- According to the economic analysis carried out in the context of National Health System it is possible to establish that:
  - Althought the results for the base-case analysis indicate that the cost per QALY of multicomponent interventions for the universal prevention of ED is below the cost-effectiveness threshold, there is a high level of uncertainty regarding the estimated value. The conclusions vary according to the size of the effect and the duration of the intervention, as well as to the design of the intervention and its costs.
- The available evidence on organizational, ethical, social, legal and patient-related aspects was based on 14 studies: one systematic review, four narrative reviews, six observational studies, two qualitative studies and one mixed study. Based on this evidence, the main conclusions are:
  - Universal approach increases the possibility of generating change at the individual, group, social and community levels.
  - The gender perspective in ED prevention programs contributes to promoting a more equitable view of the problem. When boys and girls participate in these programs, they can become more empathetic to the pressures exerted on each other.
  - Interactive and participative programs that incorporate new aspects and relevant content are the best valued by participants and can offer better results.

Recommendations

With the available evidence on effectiveness and cost-effectiveness at the time of preparation of this report and the consideration of organizational, ethical, social, legal and patient-related aspects, it is not possible to make a recommendation for or against the implementation of universal eating disorder prevention interventions in children and adolescents (Recommendation: CONDITIONAL).

Title: Effectiveness and cost-effectiveness of universal eating disorders prevention in children, preadolescents and adolescents at school.

Key words: Eating disorders, adolescence, child, universal prevention, systematic review, economic analysis.

Study registration: PROSPERO CRD42017069724

I. Introducción

I.1. Problema de salud y uso actual de la tecnología

I.1.1. Definición

Una de las conductas básicas y, a la vez, más habituales en el ser humano, es la de alimentarse. Sin embargo, éste es uno de los mecanismos más complejos del repertorio comportamental [1]. La conducta de comer suele llevarse a cabo como respuesta a la combinación de ciertos factores fisiológicos que activan la sensación de hambre, sin embargo, también puede responder a detonantes ambientales o sociales y puede ser, de esta manera, considerado como un acto social [2].

Esta relación entre estímulos, percepción de hambre y comida, se presenta como una forma poliédrica, siendo una de las muchas caras de esa figura, aquélla que muestra la combinación entre el modelo social de belleza y su influencia sobre la conducta alimentaria [3].

Los trastornos alimentarios y de la ingestión de los alimentos, previamente conocidos como trastornos de la conducta alimentaria (TCA), parece que comparten síntomas tales como la preocupación excesiva por la comida, el peso y/o la figura corporal y el uso de medidas no saludables para controlar o reducir el peso corporal[4]. En este sentido, la Organización Mundial de la Salud (OMS) identifica a los TCA como trastornos que abarcan los comportamientos anormales vinculados con la alimentación, que no pueden explicarse por otra afección de salud, y que no son apropiados para el nivel de desarrollo del individuo ni congruentes con las normas culturales. Incluyen desde alteraciones del comportamiento que no están relacionadas con preocupaciones con el peso y la figura corporales, como la ingesta de sustancias no comestibles o la regurgitación voluntaria de alimentos, hasta comportamientos anormales vinculados con la ingesta y/o la preocupación por la comida, el peso y la figura corporal [5].

Por su parte, para la Asociación Americana de Psiquiatría (APA) los TCA se caracterizan por una alteración persistente en la alimentación o en el comportamiento relacionado con la alimentación que lleva a una alteración en el consumo de los alimentos y que causa un deterioro significativo de la salud física o del funcionamiento psicosocial [6].

Junto a los TCA más conocidos, como son la anorexia nerviosa (CIE-10: F50.0) y la bulimia nerviosa (CIE-10: F50.2), coexisten otros como el trastorno por atracón (CIE-10: F50.8), la pica (CIE-10: F50.8), el trastorno de rumiación (CIE-10: F98.21) y el trastorno de evitación/restricción de la ingestión de alimentos (CIE-10: F50.8). También se observan cuadros mixtos o parciales denominados otros trastornos de la conducta alimentaria o de la ingesta de alimentos especificado (OSFED, *other specified feeding or eating disorders*, por sus siglas en inglés) (CIE-10: F50.8) y los TCA no especificados (CIE-10: F50.9) entre los que se incluyen, entre otros, cuadros incompletos o atípicos de anorexia nerviosa o bulimia nerviosa, tanto porque se encuentran en su inicio como porque están en proceso de recuperación, y cuadros como la utilización habitual de conductas compensatorias inadecuadas (después de ingerir cantidades normales de alimentos), de ingesta compulsiva de baja intensidad y/o duración limitada (menos de una vez a la semana o durante menos de tres meses) o de episodios recurrentes de alimentación nocturna [5].

I.1.2. Epidemiología

En la actualidad se estima que un 5% de la población mundial presenta un TCA [7]. En concreto, su prevalencia es del 8,4% en mujeres y el 2,2% en hombres [8], datos porcentualmente similares a los de España [9]. Este porcentaje supera el 10%, tanto en mujeres como en hombres, cuando se incluyen formas amplias, parciales y subclínicas de TCA [8,10,11]. Además, en todos los países desarrollados se confirma un incremento continuo de su incidencia [12,13], especialmente en la etapa puberal [8,11,14]. De hecho, los TCA son la tercera enfermedad crónica más prevalente entre las adolescentes tras la obesidad y el asma [6].

En concreto, la prevalencia media para la anorexia nerviosa se sitúa en torno al 0,2% y el 4%, mientras que para la bulimia nerviosa se encuentra entre un 0,4% y un 3% [15–21]. Para el trastorno por atracón, el rango se sitúa entre el 0,4% y el 4% [19,21,22].

Los TCA se presentan con mayor probabilidad en mujeres, con una ratio 3:1 [23–25]. Un 36% de los pacientes con trastornos por atracón son hombres. Sin embargo, esa proporción se reduce hasta el 10% en el caso de la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa [8]. No obstante, estas diferencias tienden a equilibrarse con el tiempo [25–27]. Por otro lado, parece que el tipo de población que se ve afectado con mayor probabilidad son mujeres adolescentes, de estratos socioeconómicos altos y rasgos caucásicos [8,23]. Concretamente, en Estados Unidos, son

trastornos muy poco representados, prácticamente indetectables, dentro de las minorías étnicas [23].

El debut o inicio del desarrollo de los TCA suele acontecer, comúnmente, en la pre-adolescencia y adolescencia. En torno al 11,2% de los y las adolescentes presenta hábitos alimenticios de riesgo relacionados con la aparición de un TCA (un 69,55% de mujeres y 30,45% de hombres) [28]. Las edades más probables de inicio de los diferentes trastornos varían; para la anorexia nerviosa la franja se encuentra entre los 13 y los 18 años, mientras que la bulimia nerviosa se inicia entre los 18 y los 22 años [9]. Con respecto al trastorno por atracón se observa un inicio bastante más tardío, siendo la etapa entre los 30 y los 50 el periodo donde más habitualmente se precipita el trastorno [23].

I.1.3. Etiología

El origen de los TCA es multifactorial, interactuando factores de base genética, biológica, psicológica y sociocultural.

Los cambios fisiológicos y morfológicos tan marcados que tienen lugar en la pubertad se acompañan, en ocasiones, de trayectorias de desarrollo inadaptado entre las y los jóvenes, lo que puede explicar tanto las altas tasas de formas subclínicas de TCA como su persistencia en el tiempo [29]. Por otro lado, el sobrepeso o un índice de masa corporal (IMC) alto, la baja estatura y la menarquia temprana son comunes a todo el espectro de los TCA [30].

Si bien el factor precipitante más importante es la dieta [31,32], existen otros factores de riesgo asociados al desarrollo de los TCA como son la preocupación por el peso y la figura [32–34], además de la insatisfacción corporal, la baja regulación emocional, la vulnerabilidad al ideal de delgadez expuesto por los medios de comunicación [33,34] o la imagen corporal dismórfica [32]. Complementariamente, se han identificado características o rasgos de personalidad como el elevado perfeccionismo [30,32] la tendencia obsesivo-compulsiva [32], la baja autoestima [23,30], la ansiedad social [30], un estilo de pensamiento internalizador [35], la evitación del daño [36] o la impulsividad [36,37] que aumentan el riesgo de desarrollar el trastorno. Esta última, especialmente en los trastornos que presentan conductas bulímicas [36,37].

Asimismo, los problemas en la regulación de emociones también aparecen como factores de riesgo para el desarrollo de un TCA [38]. La presencia y la mala regulación de emociones como la ira, la represión de la culpa y alteraciones de la flexibilidad cognitiva constituyen factores de riesgo específicos de la anorexia nerviosa. En el caso de la bulimia

nerviosa, a la presencia de represión de la culpa y alteraciones en la flexibilidad cognitiva, se suman como factores específicos [30].

Dentro de los factores sociales y relacionados con la cultura, encontramos a través del espectro factores como pertenecer a un país industrializado, altos niveles de ejercicio físico o participar en deportes con un componente estético, participar en actividades de exposición del propio cuerpo al público y ser víctima de burlas relacionadas con la comida, el peso y/o la figura. Tener un historial familiar de TCA, las actitudes y conductas parentales relacionadas con los TCA, padecer un trastorno de déficit de atención e hiperactividad, haber sufrido bullying, abusos sexuales o estrés postraumático, tener problemas de adaptación al colegio y tener pocos amigos son factores de riesgo del desarrollo de TCA relacionados con la familia y las experiencias durante la niñez y adolescencia [30,32].

Otras circunstancias como diferencias genéticas, costumbres alimentarias, problemas gastrointestinales en la infancia, e, incluso, la microbiota intestinal pueden tener que ver con el desarrollo de los TCA [32,39].

I.1.4. Manifestaciones clínicas

Los TCA presentan un conjunto de signos y síntomas característicos. Con frecuencia, los pacientes de TCA no informan sobre sus síntomas físicos o las quejas manifiestas no se atribuyen directamente a la presencia del trastorno, incluso, cuando están asociadas a pérdidas o fluctuaciones de peso notables como en el caso de la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa [40].

Entre los síntomas de anorexia nerviosa más frecuentes y perceptibles en exploraciones médicas se encuentran la amenorrea, la hiperactividad, las alteraciones del sueño, las quejas de estreñimiento y dolor abdominal, la intolerancia al frío y la depresión. Entre los síntomas físicos de bulimia nerviosa se incluyen las menstruaciones irregulares, el estreñimiento, el letargo y nuevamente, el estado de ánimo deprimido [40,41].

Algunos signos clínicos de la anorexia nerviosa son también la presencia de mejillas hundidas, inanición, baja temperatura corporal, bradicardia, hipotensión, piel amarilla, piel seca, acrocianosis (coloración azul en manos y pies) y lanugo. Por otra parte, la bulimia nerviosa se puede asociar con signos como la hinchazón de la glándula salival, específicamente en la parótida y el signo de Russell, consistente en lesiones en dorso de la mano por la acción repetida de provocarse el

vómito. En ambos TCA se puede encontrar la pérdida del esmalte dental y edemas [22,40,41].

Las presentaciones de la anorexia nerviosa son diferentes según el subtipo, si bien ambas comparten una restricción de la ingesta asociada a un peso corporal significativamente más bajo de lo esperado, miedo a ganar peso y alteraciones en la percepción del propio peso o la constitución corporal. En la anorexia nerviosa de tipo restrictivo (F50.01) las manifestaciones están más relacionadas con la dieta, el ayuno y/o el ejercicio físico excesivo. En la anorexia nerviosa de tipo con atracones/purgas (F50.02) se encuentran episodios recurrentes de vómito autoprovocado, empleo incorrecto de laxantes, diuréticos y enemas [5,6]. En anorexia nerviosa son frecuentes las conductas relacionadas con la restricción de la comida tales como comer despacio, cortar la comida en porciones pequeñas, comer a horas extrañas y negarse a comer con otros o en público. Adicionalmente, la participación en pasatiempos o lugares que promuevan o requieran pérdida de peso también constituye una manifestación conductual en el ámbito social de la anorexia nerviosa [42].

La presencia de bulimia nerviosa se caracteriza por la presencia de episodios frecuentes de atracones, en los que la persona ingiere grandes cantidades de alimentos mucho más rápido de lo normal y con una falta de control durante los episodios; asociados a comportamientos compensatorios inapropiados para evitar el aumento de peso entre los que se encuentran el vómito autoprovocado, el uso incorrecto de laxantes, diuréticos u otros medicamentos, el ayuno o el ejercicio excesivo [5,6].

Las manifestaciones clínicas del trastorno por atracón se asocian de forma mayoritaria con la presencia de sobrepeso y obesidad, aunque también está presente en individuos con normopeso (de manera independiente al IMC) [40]. La presencia de atracones con consumo de un número superior de calorías en una franja de tiempo inferior a la que la mayoría de personas ingiere constituye un síntoma de trastorno por atracón, pero a diferencia de la bulimia nerviosa no aparecen comportamientos compensatorios inapropiados para evitar el aumento de peso y, además, la autoevaluación del paciente no se ve indebidamente influida por la constitución y el peso corporal [5,6]. La diabetes mellitus tipo 1, la presión arterial alta y los problemas menstruales se presentan en ocasiones de manera concomitante [43].

En el caso de la pica, este TCA puede requerir de atención clínica debido a las complicaciones médicas que ocasiona la ingesta de sustancias no nutritivas y no alimentarias. Entre ellas, son frecuentes los problemas relacionados con la mecánica intestinal, la obstrucción y la

perforación intestinal, las infecciones (toxoplasmosis y toxocariasis) y el envenenamiento [6]. En cuanto al trastorno de rumiación (F98.21), los niños y las niñas, manifiestan una postura concreta de esfuerzo, espalda arqueada y tensa con la cabeza hacia atrás acompañados de movimientos de succión realizados con la lengua. Otras manifestaciones incluyen, la pérdida de peso, la no consecución del peso esperado y la malnutrición. Es frecuente que intenten ocultar la regurgitación tapándose la boca o tosiendo cuando no los escupen y que eviten comer con otras personas en situaciones sociales [5,6].

I.1.5. Consecuencias de los trastornos de la conducta alimentaria

Cuando los TCA se establecen, se asocian a problemas físicos (desnutrición, deshidratación, etc.) y mentales (ansiedad, depresión); además de una tasa de suicidio y de mortalidad general superior al conjunto de la población [29,44,45]. Al mismo tiempo, el impacto económico de los TCA es elevado, los costes sanitarios directos (diagnóstico, tratamiento y supervisión o control) [46] y, más concretamente, los costes de hospitalización son 3,5 veces superiores a los correspondientes a la población general [46,47], acompañándose de una restricción notable en la calidad de vida de las personas afectadas y su entorno familiar [48].

Una vez instaurado el TCA, su tratamiento constituye un desafío, siendo habitual asistir a trayectorias crónicas con efectos negativos tanto sobre la vida como sobre la salud de las personas afectadas, sus familias y entornos próximos [7,49,50].

I.1.6. Diagnóstico

El diagnóstico de los TCA es clínico y se sospecha cuando aparece una alteración persistente en la alimentación o en el comportamiento alimentario, con deterioro significativo de la salud física o del funcionamiento psicosocial de la persona que los padece. El diagnóstico de los TCA se establece de acuerdo a los criterios del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales de la Asociación Americana de Psiquiatría (APA, del inglés *American Psychiatric Association*) en su 5ª edición (DSM-5) [6], y la clasificación de la OMS en su décima edición (CIE-10) [51] (ver Tabla 1).

Tabla 1. Criterios diagnósticos para los TCA

CLASIFICACIÓN DSM-5 [6]	CLASIFICACIÓN CIE-10 [51]
Anorexia nerviosa	
A. Restricción de la ingesta energética en relación con las necesidades, que conduce a un peso corporal significativamente bajo con relación a la edad, el sexo, el curso del desarrollo y la salud física. Peso significativamente bajo se define como un peso que es inferior al mínimo normal o, en niños y adolescentes, inferior al mínimo esperado. B. Miedo intenso a ganar peso o a engordar, o comportamiento persistente que interfiere en el aumento de peso, incluso con un peso significativamente bajo. C. Alteración en la forma en que uno mismo percibe su propio peso o constitución, influencia impropia del peso o la constitución corporal en la autoevaluación, o falta persistente de reconocimiento de la gravedad del bajo peso corporal actual. Nota de codificación: El código CIE-9-MC para la anorexia nerviosa es 307.1, que se asigna con independencia del subtipo. El código CIE-10-MC depende del subtipo (véase a continuación). Especificar si: (F50.01) Tipo restrictivo: Durante los últimos tres meses, el individuo no ha tenido episodios recurrentes de atracones o purgas (es decir, vómito autoprovocado o utilización incorrecta de laxantes, diuréticos o enemas). Este subtipo describe presentaciones en las que la pérdida de peso es debida sobre todo a la dieta, el ayuno y/c el ejercicio excesivo. (F50.02) Tipo con atracones/purgas: Durante los últimos tres meses, el individuo ha tenido episodios recurrentes de atracones o purgas (es decir, vómito autoprovocado o utilización incorrecta de laxantes, diuréticos o enemas). Especificar si: En remisión parcial: Después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para la anorexia nerviosa, el Criterio A (peso corporal bajo) no se ha cumplido durante un período continuado, pero todavía se cumple el Criterio B (miedo intenso a aumentar de peso o a engordar, o comportamiento que interfiere en el aumento de peso) o el Criterio C (alteración de la autopercepción del peso y la constitución). En remisión total: Después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para la anorexia nerviosa, no se ha cumplido ninguno de los criterios durante un período continuado.	A. Pérdida de peso o, en niños, ausencia de ganancia, que conduce a un peso corporal de al menos un 15% por debajo del peso normal o del esperado por la edad y altura. B. La pérdida de peso es autoinducida por evitación de "alimentos que engordan". C. Distorsión de la imagen corporal, de estar demasiado gordo, con pavor intrusivo a la gordura, que conduce al paciente a imponerse a sí mismo un límite de peso bajo. D. Trastorno endocrino generalizado que afecta al eje hipotálamo-hipófisogonadal, que se manifiesta en mujeres por amenorrea y en hombre por pérdida de interés por la sexualidad e impotencia. (Una excepción aparente es la persistencia de sangrado vaginal en mujeres anoréxicas bajo terapia de sustitución hormonal, cuya forma más frecuente es la toma de píldoras contraceptivas.) E. El trastorno no cumple los criterios diagnósticos A y B de bulimia nerviosa
Bulimia nerviosa	
A. Episodios recurrentes de atracones. Un episodio de atracón se caracteriza por los dos hechos siguientes: 1. Ingestión, en un período determinado (p. ej., dentro de un período cualquiera de dos horas), de una cantidad de alimentos que es	A. Presencia de episodios repetidos de sobreingesta (al menos dos por semana en un período de tres meses) en los que se ingiere grandes cantidades de comida en un corto período de tiempo.

claramente superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un período similar en circunstancias parecidas. 2. Sensación de falta de control sobre lo que se ingiere durante el episodio (p. ej., sensación de que no se puede dejar de comer o controlar lo que se ingiere o la cantidad de lo que se ingiere). B. Comportamientos compensatorios inapropiados recurrentes para evitar el. aumento de peso, como el vómito autoprovocado, el uso incorrecto de laxantes, diuréticos u otros medicamentos, el ayuno o el ejercicio excesivo. C. Los atracones y los comportamientos compensatorios inapropiados se producen, de promedio, al menos una vez a la semana durante tres meses. D. La autoevaluación se ve indebidamente influida por la constitución y el peso corporal. E. E. La alteración no se produce exclusivamente durante los episodios de anorexia nerviosa. Especificar si: En remisión parcial: Después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para la bulimia nerviosa, algunos, pero no todos los criterios no se han cumplido durante un período continuado. En remisión total: Después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para la bulimia nerviosa, no se ha cumplido ninguno de los criterios durante un período continuado. Especificar si la gravedad actual: La gravedad mínima se basa en la frecuencia de comportamientos compensatorios inapropiados (véase a continuación). La gravedad puede aumentar para reflejar otros síntomas y el grado de discapacidad funcional. Leve: Un promedio de 1-3 episodios de comportamientos compensatorios inapropiados a la semana. Moderado: Un promedio de 4-7 episodios de comportamientos compensatorios inapropiados a la semana. Grave: Un promedio de 8-13 episodios de comportamientos compensatorios inapropiados a la semana. Extremo: Un promedio de 14 episodios o más de comportamientos compensatorios inapropiados a la semana.	**B.** Presencia de una preocupación constante por la comida y un fuerte deseo o una sensación de compulsión para comer (ansia). **C.** El paciente intenta contrarrestar los efectos sobre el peso de la comida por uno o más de los siguientes: 1. Vómitos autoinducidos. 2. Purgas autoinducidas. 3. Períodos de ayuno alternantes. 4. Consumo de sustancias anorexígenas, preparados tiroideos o laxantes; cuando la bulimia se produce en pacientes diabéticos pueden escoger omitir su tratamiento con insulina. **D.** Autopercepción de estar demasiado obeso, con ideas intrusivas de pavor a la obesidad (que normalmente conduce a un bajo peso)
Trastorno por atracón	
A. Episodios recurrentes de atracones. Un episodio de atracón se caracteriza por los hechos siguientes: 1. Ingestión, en un período determinado (p. ej., dentro de un período cualquiera de dos de una cantidad de alimentos que es claramente superior a la que la mayoría de las personas ingeriría en un período similar en circunstancias parecidas. 2. Sensación de falta de control sobre lo que se ingiere durante el episodio (p. ej., sensación	NI

que no se puede dejar de comer o no se puede controlar lo que se ingiere o la cantidad de que se ingiere). B. Los episodios de atracones se asocian a tres (o más) de los hechos siguientes: 1. Comer mucho más rápidamente de lo normal. 2. Comer hasta sentirse desagradablemente lleno. 3. Comer grandes cantidades de alimentos cuando no se siente hambre físicamente. 4. Comer solo debido a la vergüenza que se siente por la cantidad que se ingiere. 5. Sentirse luego a disgusto con uno mismo, deprimido o muy avergonzado. C. Malestar intenso respecto a los atracones. D. Los atracones se producen, de promedio, al menos una vez a la semana durante tres meses. E. El atracón no se asocia a la presencia recurrente de un comportamiento compensatorio-inapropiado como en la bulimia nerviosa y no se produce exclusivamente en el curso de la bulimia nerviosa o la anorexia nerviosa. Especificar si: En remisión parcial: Después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para el trastorno de atracones, los atracones se producen con una frecuencia media inferior a un episodio semanal durante un período continuado. En remisión total: Después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para el trastorno de atracones, no se ha cumplido ninguno de los criterios durante un período continuado. Especificar la gravedad actual: La gravedad mínima se basa en la frecuencia de los episodios de atracones (véase a continuación), la gravedad puede aumentar para reflejar otros síntomas y el grado de discapacidad funcional. Leve: 1-3 atracones a la semana. Moderado: 4-7 atracones a la semana. Grave: 8-13 atracones a la semana. Extremo: 14 o más atracones a la semana.	
Pica	
A. Ingestión persistente de sustancias no nutritivas y no alimentarias durante un período mínimo de un mes. B. La ingestión de sustancias no nutritivas y no alimentarias es inapropiada al grado de desarrollo del individuo. C. El comportamiento alimentario no forma parte de una práctica culturalmente aceptada o socialmente normativa. D. Si el comportamiento alimentario se produce en el contexto de otro trastorno mental (p. ej., discapacidad intelectual [trastorno del desarrollo intelectual], trastorno del espectro autista, esquizofrenia) o afección médica (incluido el embarazo), es suficientemente grave para justificar la atención clínica adicional.	A. Ingestión persistente de sustancias no nutritivas, con una frecuencia de al menos dos veces por semana. B. La duración del trastorno es de al menos un mes (para algunos fines los investigadores pueden escoger como mínimo tres meses). C. El niño no presenta ningún otro trastorno mental o del comportamiento codificado en la CIE-10 (con excepción del retraso mental F70-F79). D. La edad mental y cronológica del niño es de al menos dos años. E. El comportamiento alimentario no forma parte de una práctica culturalmente aceptada

Nota de codificación: El código C1E-9-MC para pica es 307.52 y se utiliza en niños o adultos, códigos CIE-10-MC para pica son (F98.3) en niños y (F50.8) en adultos. Especificar si: En remisión: Después de haberse cumplido todos los criterios para la pica con anterioridad, criterios no se han cumplido durante un período continuado.	
Trastorno de rumiación	
A. Regurgitación repetida de alimentos durante un período mínimo de un mes. Los alimentos regurgitados se pueden volver a masticar, a tragar o se escupen. B. La regurgitación repetida no se puede atribuir a una afección gastrointestinal asociada u otra afección médica (p. ej., reflujo gastroesofágico, estenosis pilórica). C. El trastorno de ¡a conducta alimentaria no se produce exclusivamente en el curso de la anorexia nerviosa, la bulimia nerviosa, el trastorno de atracones o el trastorno de evitación/restricción de la ingesta de alimentos. D. Si los síntomas se producen en el contexto de otro trastorno mental (p. ej., discapacidad intelectual [trastorno del desarrollo intelectual] u otro trastorno del neurodesarrollo), son suficientemente graves para justificar atención clínica adicional. Especificar si: En remisión: Después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para el trastorno de rumiación, los criterios no se han cumplido durante un período continuado.	NI
Trastorno de evitación/restricción de la ingestión de alimentos	
A. Trastorno de la conducta alimentaria y de la ingesta de alimentos (p. ej., falta de interés aparente por comer o alimentarse; evitación a causa de las características organolépticas de los alimentos; preocupación acerca de las consecuencias repulsivas de la acción de comer) que se pone de manifiesto por el fracaso persistente para cumplir las adecuadas necesidades nutritivas y energéticas asociadas a uno (o más) de los hechos siguientes: 1. Pérdida de peso significativa (o fracaso para alcanzar el aumento de peso esperado o crecimiento escaso en los niños). 2. Deficiencia nutritiva significativa. 3. Dependencia de la alimentación enteral o de suplementos nutritivos por vía oral. 4. Interferencia importante en el funcionamiento psicosocial. B. El trastorno no se explica mejor por la falta de alimentos disponibles o por una práctica asociada culturalmente aceptada. C. El trastorno de la conducta alimentaria no se produce exclusivamente en el curso de la anorexia nerviosa o la bulimia nerviosa, y no hay pruebas de un. trastorno en la forma en que uno mismo experimenta el propio peso o constitución.	NI

D. El trastorno de la conducta alimentaria no se puede atribuir a una afección médica concurrente o no se explica mejor por otro trastorno mental. Cuando el trastorno de la conducta alimentaria se produce en el contexto de otra afección o trastorno, la gravedad del trastornó de la conducta alimentaría excede a la que suele asociarse a la afección o trastorno y justifica la atención clínica adicional. Especificar si: En remisión: Después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para los trastornos de la conducta alimentaria y de la ingesta de alimentos, los criterios no se han cumplido durante un período continuado.	
Trastorno no especificado	
Esta categoría se aplica a presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de un trastorno de la conducta alimentaria o de la ingesta de alimentos que causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento, pero que no cumplen todos los criterios de ninguno de los trastornos en la categoría diagnóstica de los trastornos de la conducta alimentaria y de la ingesta de alimentos. La categoría del trastorno de la conducta alimentaria o de la ingesta de alimentos no especificado se utiliza en situaciones en las que el clínico opta por no especificar el motivo de incumplimiento de los criterios de un trastorno de la conducta alimentaria y de la ingesta de alimentos específico, e incluye presentaciones en las que no existe suficiente información para hacer un diagnóstico más específico (p. ej., en servicios de urgencias).	NI

FUENTE: Asociación Americana de Psiquiatría. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales 5a edición (DSM-5). Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2014; Organización Mundial de la Salud. Trastornos del comportamiento alimentario [Internet]. In: CIE-10. Clasificación Internacional de Enfermedades, 10.a revisión. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2000.

NI: No informa

I.2. Descripción y características técnicas de la tecnología

Las consecuencias físicas, mentales y sociales de los TCA [29], la restricción notable en la calidad de vida de las personas afectadas de TCA y su entorno familiar [7,48–50] y la vulnerabilidad al desarrollo de estos trastornos en la pubertad y en la adolescencia tardía [9] constituyen razones poderosas para un enfoque centrado en su prevención y explican la necesidad de políticas preventivas desde la infancia, así como en la preadolescencia y la adolescencia.

I.2.1. Intervenciones para la prevención de los trastornos de la conducta alimentaria

Los programas de intervención que han sido aplicados a población infantil, preadolescente y adolescente para prevenir los TCA, incluyen estrategias preventivas universales dirigidas a población general, selectivas orientadas a poblaciones específicas con un riesgo superior de desarrollar el TCA e indicadas que se destinan a personas con síntomas del trastorno, pero sin diagnóstico [52].

I.2.1.1. Prevención universal

Desde la perspectiva universal, la prevención supone promover el desarrollo de conductas saludables en la población general al mejorar y reforzar factores protectores que promueven la resistencia al inicio de los TCA y/o reducir factores de riesgo que aumentan la probabilidad de aparición.

Revisiones sistemáticas previas han mostrado que las estrategias de prevención universal presentan cierta eficacia en la reducción de varios factores de riesgo de los TCA como son la insatisfacción corporal, la preocupación por el peso y la figura, y el afecto negativo, entre otros [30,53,54].

Este tipo de prevención es el principal objeto de este informe.

I.2.1.2. Prevención selectiva

La prevención selectiva va dirigida a grupos de población con riesgo elevado de desarrollar un TCA por la presencia de al menos un factor de riesgo (modificable o no modificable). El factor de riesgo más común en la implementación de programas de prevención selectiva de los TCA ha sido el sexo femenino. Otros grupos como niñas y niños y/o adolescentes con sobrepeso o bajo peso, deportistas de élite y bailarines, incluyendo otros deportes que se centran en el peso o la figura, son objetivos de las intervenciones selectivas [34].

Programas basados en la disonancia cognitiva, la terapia cognitivo conductual, la alfabetización digital y/o la psicoeducación, así como programas concretos de peso saludable, muestran cierta efectividad con efectos mantenidos de 4 a 12 meses en el tiempo [55].

Este tipo de prevención no es objeto de este informe.

I.2.1.3. Prevención indicada

La prevención indicada está dirigida a aquellas personas o grupos de personas que presentan signos/síntomas o tienen un riesgo alto de desarrollar la enfermedad, pero que no cumplen completamente los criterios de TCA [34,55]

Son señales tempranas de alto riesgo para desarrollar un trastorno de alimentación, hacer dieta y los episodios de atracones y de purgas, así como la imagen corporal alterada y la preocupación por el peso y la figura. Personas con estos síntomas subclínicos tienen un mayor riesgo de padecer un trastorno de alimentación, aunque no por ello, el desarrollo de los síntomas o subsíndromes repercute indudablemente en la aparición de este. Por lo tanto, la prevención indicada tiene un papel relevante en la intervención temprana y el posterior desarrollo de enfermedades mentales [30].

Este tipo de prevención no es objeto de este informe.

I.2.2. Indicaciones de intervenciones de prevención universal de los trastornos de la conducta alimentaria

Como se ha mencionado previamente, los programas de prevención universal de los TCA suponen la promoción de conductas saludables en la población general mediante estrategias dirigidas a mejorar y reforzar factores protectores y/o reducir factores de riesgo.

Entre los distintos programas de prevención universal de los TCA se encuentran los programas de alfabetización mediática, programas basados en la terapia cognitivo-conductual, programas de prevención de la obesidad, programas multicomponente y programas de mejora de la autoestima, que se describen brevemente a continuación.

I.2.2.1. Programas de alfabetización mediática

Los programas de alfabetización mediática centran sus esfuerzos en el objetivo de fomentar una perspectiva crítica, mediante el análisis y las discusiones de los mensajes y los ideales de belleza transmitidos, tanto por los medios de comunicación, como por la cultura, con el fin de enseñar habilidades útiles para combatirlos de manera saludable y efectiva. Programas como *Go GIRLS*! o *Media Smart* en Australia [30,56,57] son ejemplos de este tipo de programas.

I.2.2.2. Programas basados en la terapia cognitivo-conductual

El objetivo de los programas cognitivo-conductuales es modificar los estilos de pensamiento y de comportamiento previniendo de esta manera el riesgo de desarrollar un futuro TCA. Los programas basados en la terapia cognitivo-conductual animan a adoptar actitudes saludables y equilibradas que reduzcan las preocupaciones sobre el peso y la forma del cuerpo, y mejoren la imagen corporal y la alimentación [30].

I.2.2.3. Programas de prevención de la obesidad

Los programas de prevención de la obesidad tienen el objetivo de disminuir su incidencia y su prevalencia modificando los factores de riesgo implicados. Generalmente, incluyen intervenciones en nutrición y actividad física, enfocadas en fomentar actitudes y comportamientos relacionados con la salud. Debido a que los factores de riesgo de la obesidad están estrechamente relacionados con los factores de riesgo de los TCA, entre ellos la preocupación sobre el peso y la forma de cuerpo en niños, niñas y adolescentes, se tiende a integrar estas intervenciones dentro de programas más amplios que contrarresten la existente necesidad de mantener un cuerpo delgado [30,40,58]. Programas como *Planet Health* [59], S*chool Health Index For Physical Activity and Healthy Eating* [60] o *5-2-1-0 Go!* [61] son ejemplos de programas de prevención de la obesidad dirigidos a niños, niñas y adolescentes tanto en contextos clínicos como escolares.

I.2.2.4. Programas multicomponente

Por programa multicomponente se entiende aquel programa que busca afrontar los factores de riesgo en el desarrollo de los TCA desde diferentes abordajes [30]. Podría incorporar en su estrategia, por tanto, un acercamiento desde la terapia cognitivo conductual, al tiempo que una propuesta para la alfabetización mediática, la inteligencia emocional y un esfuerzo por la mejora de la autoestima o una intervención para la prevención de la obesidad, todos ellos con un peso equilibrado dentro del programa. Los programas multicomponente han demostrado eficacia en su aplicación en comparación con grupos control de lista de espera. Ejemplos de estos programas podrían ser *Assessment of "Young in Favor of Myself"* [62] o *The healthy body image* [63].

I.2.2.5. Programas de mejora de la autoestima

Los programas de mejora de la autoestima tratan de fortalecer uno de los factores protectores más importantes para hacer frente a los TCA [30]. Se indaga, desde este tipo de programa, sobre las fortalezas y debilidades en la estructura de la autoestima de la persona, con el fin de prevenir las posibles influencias negativas provenientes del exterior, como puedan ser los estereotipos sociales, cánones de belleza o ideales estéticos. A su vez se trabaja la asertividad en la comunicación y la capacidad para buscar la valoración positiva por parte de los/las iguales. Como referencia se puede acudir a *Everybody's Different* [64].

I.2.3. Marco regulatorio de la tecnología en España y situación actual de la tecnología en el Sistema Nacional de Salud

En el momento actual, no se dispone de un programa de prevención universal de los TCA unificado y avalado por el Sistema Nacional de Salud (SNS).

Por otro lado, la búsqueda específica en el Boletín Oficial del Estado muestra la ausencia de disposición o normativa respecto a las actividades de prevención de los TCA.

I.3. Justificación de la evaluación

La prevención de los TCA parece claramente deseable, tanto para los potenciales beneficiarios de la intervención y sus familiares/cuidadores como para profesionales clínicos y el propio sistema sanitario. Si bien existen algunos indicios de efectividad a nivel internacional de ciertas intervenciones para la prevención universal de los TCA [35,53,54,65], todavía hay incertidumbre debido a que se sustentan en unos pocos estudios de calidad moderada. De igual modo, existe incertidumbre sobre el coste-efectividad de estas intervenciones por lo que sería de interés estudiar su eficiencia en caso de utilizarse en nuestro contexto.

Este informe de evaluación de tecnologías sanitarias (ETS) pretende dar respuesta a la solicitud de la Comisión de prestaciones, aseguramiento y financiación (CPAF) en el proceso de identificación y priorización de necesidades de evaluación dentro del Plan de Trabajo Anual de la Red Española de Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y prestaciones del SNS.

II. Objetivos

El objetivo principal del presente informe de Evaluación de Tecnología Sanitaria es evaluar la efectividad, el coste-efectividad y los aspectos organizativos, éticos, sociales, legales y relacionados con los y las pacientes de las intervenciones disponibles para la prevención universal de los TCA en población infantil, preadolescente y adolescente (menores de 18 años) escolarizada.

Los objetivos específicos son:

- Comparar la efectividad de intervenciones dirigidas a la prevención universal de los TCA.
- Determinar el coste-efectividad de las distintas intervenciones dirigidas a la prevención universal de los TCA.
- Describir los aspectos éticos, de pacientes, sociales, legales y organizacionales relacionados con estas intervenciones.
- Describir las necesidades de investigación desde la perspectiva de pacientes, cuidadores y profesionales sanitarios sobre intervenciones dirigidas a la prevención universal.

Alcance

La población diana está compuesta por toda la población infantil, preadolescente y adolescente (menores de 18 años) escolarizada.

Se contemplarán los aspectos relacionados con efectividad y el coste-efectividad, los aspectos éticos, de pacientes, sociales, legales y organizacionales, así como las necesidades de investigación sobre las intervenciones disponibles dirigidas a la prevención de los TCA de toda la población infantil, preadolescente y adolescente (menores de 18 años) escolarizada y, por tanto, a la prevención universal en esta población.

El nivel asistencial de uso potencial es el ámbito tanto de la salud pública y comunitaria como de la salud mental y su aplicación está dirigida al contexto escolar (primaria, secundaria y bachillerato).

No se abordarán las intervenciones de prevención selectiva orientadas a poblaciones específicas con un riesgo superior de desarrollar el TCA (por ejemplo, programas dirigidos solo a adolescentes chicas o

deportistas de élite) ni las intervenciones de prevención indicadas, destinadas a personas con síntomas del trastorno, pero sin diagnóstico.

El presente informe está dirigido a profesionales que tienen contacto directo o toman decisiones en el cuidado y la prevención de los TCA, así como a gestores sanitarios.

II.1. Preguntas de investigación

Efectividad clínica:

- ¿Cuál es el efecto esperado de las intervenciones disponibles para la prevención universal de los TCA en población infantil, preadolescente y adolescente (menores de 18 años) escolarizada?

Coste-efectividad:

- ¿Cuál es la ratio de coste-efectividad incremental de las intervenciones disponibles para la prevención universal de los TCA en población infantil, preadolescente y adolescente (menores de 18 años) escolarizada?

Aspectos éticos, sociales, legales y organizativos:

- ¿La introducción en el ámbito escolar de intervenciones para la prevención universal de los TCA en población infantil, preadolescente y adolescente (menores de 18 años) daría lugar a nuevos problemas éticos, sociales, legales u organizativos?

III. Metodología

La realización del presente informe de ETS ha sido guiada por el manual metodológico HTA Core Model ® (versión 3.0) de la colaboración EUnetHTA (*European Network for Health Technology Assessment*) [66] y la guía para la elaboración y adaptación de informes rápidos de ETS de la Red Española de Agencias de Evaluación de Tecnologías y Prestaciones del SNS [67].

Para abordar los objetivos del presente informe se realizó una revisión sistemática (RS) de la literatura disponible sobre la efectividad y el coste-efectividad de las intervenciones para la prevención universal de los TCA en población infantil, preadolescente y adolescente; se desarrolló un modelo económico para evaluar la ratio coste-efectividad de las intervenciones efectivas, frente al cuidado habitual desde la perspectiva del SNS y desde la perspectiva social. Además, se realizó una RS de la literatura sobre los aspectos éticos, sociales, legales y organizativos relacionados con las intervenciones; y, por último, se identificaron las necesidades de investigación en esta temática resultado de las RS de la literatura realizadas, incluyendo la perspectiva de profesionales, investigadores y pacientes.

III.1. Efectividad

Se realizó una RS de la literatura, de acuerdo con la metodología desarrollada por la colaboración Cochrane [68] y presentada siguiendo las directrices de la declaración PRISMA [69], sobre la efectividad de las intervenciones para la prevención universal de los TCA en población infantil, preadolescente y adolescente.

Inicialmente, con el propósito de localizar posibles RS previas u otros informes de ETS emitidos por otras agencias sobre el tema, que pudieran proveer información de fondo de interés para nuestra revisión, se realizó una búsqueda preliminar en las siguientes bases de datos y organizaciones:

- Trip Database
- DARE y HTA del Centre for Reviews and Dissemination (CRD)
- Cochrane Database of Systematic Reviews (CDSR)
- National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE)
- Red Internacional de Agencias de Evaluación (INAHTA)
- EUnetHTA

Posteriormente, se realizó una identificación, evaluación y síntesis de estudios primarios relevantes publicados sobre los efectos de las intervenciones para la prevención universal de los TCA en población infantil, preadolescente y adolescente.

III.1.1. Criterios de selección de estudios

Se seleccionaron estudios originales que cumplieron los siguientes criterios de inclusión y exclusión:

III.1.1.1. Diseño de estudio

- Ensayos clínicos aleatorizados (ECA)

Las RS previas de interés que pudieron encontrarse se utilizaron con el objetivo de localizar estudios primarios que no fueran identificados en la búsqueda electrónica.

Se excluyeron, por tanto, los siguientes tipos de diseño:

- Ensayos clínicos no aleatorizados (ECnA)
- Estudios observacionales longitudinales prospectivos con grupo control
- Estudios observacionales retrospectivos y/o sin grupo control
- Series de casos y casos aislados
- Estudios transversales
- Revisiones narrativas
- Estudios en animales
- Estudios in vitro

III.1.1.2. Tipo de participantes

Población infantil, preadolescente y adolescente (menores de 18) escolarizada.

Los estudios que informaron resultados de una población mixta de la que un subgrupo cumplía nuestros criterios de inclusión se incluyeron si los resultados para este subgrupo se informaban de forma separada o si estos representaban más del 80% de la población objetivo.

III.1.1.3. Intervención

Cualquier intervención para la prevención universal de los TCA: alfabetización mediática, disonancia cognitiva, mindfulness, terapias

cognitiva o cognitiva-conductual, intervenciones para la mejora de la autoestima, prevención de la obesidad o intervenciones multicomponente

III.1.1.4. Comparación

No intervención, lista de espera, intervención mínima de control u otra intervención.

III.1.1.5. Resultados

Se consideraron los siguientes tipos de resultado:

- Tasa de participantes con diagnóstico de TCA.
- Medidas objetivas como el índice de masa corporal u otras medidas antropométricas.
- Medidas psicológicas estandarizadas de los síntomas del TCA.
- Medidas psicológicas estandarizadas de factores de riesgo como la preocupación por el peso, la preocupación por la figura, la insatisfacción corporal, la obsesión por la delgadez o la influencia de los factores socioculturales
- Medidas psicológicas estandarizadas de factores psicológicos protectores como la autoestima o la estima corporal.
- Medidas psicológicas estandarizadas de bienestar físico y calidad de vida.

III.1.1.6. Tipo de publicación

Artículos originales completos.

Se excluyeron, por tanto, los siguientes tipos de publicaciones:

- Editoriales, cartas al editor y opiniones
- Resúmenes de congresos

III.1.1.7. Idioma de la publicación

Se incluyeron los estudios publicados en inglés y español.

III.1.1.8. Fecha de publicación

Sin límite.

III.1.2. Fuentes de información y estrategia de búsqueda

Con la finalidad de identificar estudios relevantes publicados sobre los programas de prevención de los TCA en población infantil, adolescentes y preadolescentes escolarizados, se realizaron búsquedas en las bases de datos electrónicas que se recogen en la siguiente Tabla:

Tabla 2. Bases de datos bibliográficas consultadas. Efectividad

Base de datos	Plataforma de acceso	Fecha de búsqueda
MEDLINE	Ovid	02/07/2020
EMBASE	Elsevier	02/07/2020
WOS	Clarivate Analytics	02/07/2020
CENTRAL	Wiley	02/07/2020
PsycINFO	Ebsco	03/07/2020
Cinahl	Wiley	03/07/2020

CENTRAL: *Cochrane Central Register of Controlled Trials*.

La estrategia de búsqueda utilizada se diseñó inicialmente para MEDLINE, combinando vocabulario controlado junto con términos en texto libre, en torno a los siguientes términos: *prevention* y *eating disorders*. Esta estrategia fue posteriormente adaptada a otras de las principales bases de datos de literatura biomédica (EMBASE), cuidados de enfermería (CINAHL) y literatura en el campo de la psicología (PsycINFO), así como a la colección de bases de datos bibliográficas, citas y referencias de publicaciones científicas de carácter multidisciplinar de la Web of Science (WOS) y al registro central Cochrane de ensayos clínicos controlados (CENTRAL). En el Anexo 1 del presente informe se muestra la estrategia de búsqueda empleada para cada una de las bases de datos consultadas.

La búsqueda de estudios publicados se complementó con el examen manual de los listados de bibliografía de los estudios seleccionados y de las revisiones sistemáticas previas encontradas.

Las referencias bibliográficas obtenidas en cada base de datos se importaron a un archivo del programa Reference Manager Edition Versión 10© (Thomson Scientific, EE.UU.), para la eliminación de referencias duplicadas. Posteriormente, dicho archivo se exportó a una hoja de

Microsoft Excel 2016 (Microsoft Corporation) donde se pudo completar la eliminación de referencias duplicadas y se realizó a continuación la selección de estudios.

Con el objetivo de localizar posibles ECA en fase de ejecución sobre la efectividad y el coste-efectividad de las intervenciones para la prevención universal de los TCA en población infantil, preadolescente y adolescente, se consultó la plataforma de registros internacionales de ensayos clínicos (ICTRP) de la OMS y el registro del *National Institutes of Health* (Clinicaltrials.gov) (fecha búsqueda: 07/11/2020).

III.1.3. Proceso de selección de estudios

Dos revisores evaluaron de forma paralela e independiente los títulos, los resúmenes y las palabras clave de todos los estudios identificados como potencialmente relevantes a través de la búsqueda de la literatura.

Se obtuvo el artículo completo de todos aquellos estudios que parecían cumplir con los criterios de selección o de aquellos casos en los que no había información suficiente para tomar una decisión clara.

Los artículos fueron leídos exhaustivamente y a texto completo por dos revisores de forma independiente. Una vez finalizada esta lectura, se procedió a la puesta en común de resultados para determinar qué estudios fueron finalmente incluidos en la presente RS. Cuando hubo duda y/o desacuerdo entre ambos revisores, se resolvió tras discusión y cuando no hubo consenso se consultó con un tercer revisor. Las discusiones y los acuerdos quedaron documentados.

III.1.4. Evaluación de la calidad metodológica de los estudios

Dos revisores, de forma independiente y por duplicado, realizaron la evaluación de las limitaciones metodológicas de los estudios seleccionados. Cuando hubo desacuerdo entre ambos se resolvió tras discusión y, cuando no hubo consenso, se consultó con un tercer revisor. Las discusiones y los acuerdos quedaron documentados.

Se emplearon las herramientas de la Colaboración Cochrane para evaluar el riesgo de sesgo de los ECA [70], que incluyen los criterios clásicos para evaluar la calidad metodológica de este tipo de diseño (ver Anexo 2).

Atendiendo a la clasificación de los mencionados criterios, los artículos se clasificaron globalmente como de baja, moderada o alta probabilidad de sesgo.

III.1.5. Proceso de extracción de datos

La extracción de datos de los estudios seleccionados fue llevada a cabo por dos revisores utilizando una hoja en formato Excel previamente diseñada.

Inicialmente se realizó una prueba piloto de extracción independiente de los revisores en dos de los estudios para unificar criterios de extracción. A partir de ahí, la extracción de cada estudio fue llevada a cabo por dos revisores y comprobada por un tercer revisor. Cuando hubo duda y/o desacuerdo entre ambos revisores, se resolvió tras discusión y cuando no hubo consenso se consultó con el tercer revisor. Las discusiones y los acuerdos quedaron documentados.

La información extraída, de manera resumida, fue la siguiente: identificación del estudio (autores, fecha de publicación, país donde se realizó el estudio y financiación), diseño y metodología (objetivo y duración del estudio, características de los escolares, tamaño de muestra, descripción de la intervención y el comparador, medidas de resultados clínicos), resultados del estudio y conclusiones.

Cuando se identificaron diferentes publicaciones presumiblemente sobre la misma muestra de escolares, se extrajeron los datos como si de un único estudio se tratara para evitar la posible duplicación de resultados.

III.1.6. Método de análisis y síntesis de los datos

La información recopilada se sintetizó de manera narrativa con tabulación de los resultados de cada estudio incluido para todas las medidas de resultado (medias para las medidas continuas y proporciones para las dicotómicas). Se realizó una síntesis cuantitativa mediante meta-análisis de los resultados usando el programa estadístico *Review Manager (RevMan)* (versión 5.4.1. Copenhagen: *The Nordic Cochrane Centre, The Cochrane Collaboration*, 2020).

Se registró el cambio medio desde la línea base para cada grupo y su desviación estándar (DE). Se estimó el efecto del tratamiento utilizando el método genérico del inverso de la varianza y las diferencias medias estandarizadas (SMD). Para todas las medidas se calcularon los intervalos de confianza del 95% (IC95%) [71].

La heterogeneidad fue evaluada mediante la representación gráfica de los efectos estimados y sus IC al 95% y se realizó el test estadístico de heterogeneidad de la χ^2 previo a cada meta-análisis, al que se le ha aplicado un criterio conservador del nivel de significación, usando un P-valor < 0,01, evitando así los problemas debido a la baja potencia del test y, consiguientemente, al error tipo II [72]. También se obtuvo el estadístico de la I^2 para calcular el porcentaje de variabilidad debida a heterogeneidad entre estudios y no al azar [73]. Se consideró que la heterogeneidad era alta o considerable por encima del 75%, moderada entre 25 y 75% y baja por debajo del 25%.

Cuando el test de la χ^2 mostró heterogeneidad, el P-valor fue inferior a 0,01 o el estadístico de la I^2 fue superior al 40% [74], se emplearon modelos de efectos aleatorios.

Se especificó a priori las siguientes variables confusoras para un potencial análisis de subgrupos: género (chicos vs. chicas), tipo de intervención (disonancia cognitiva, programa cognitivo/cognitivo-conductual, programa dirigido a la mejora de la autoestima, programa de prevención de factores de riesgo de la obesidad, alfabetización mediática y estrategias multicomponente) y tipo de escala con la que se mide la medida de resultado.

Por último, la contribución individual de cada estudio a la heterogeneidad observada se analizó excluyendo un estudio cada vez en los casos en los que se encontró un fundamento clínico o metodológico. Si los resultados de los distintos meta-análisis así obtenidos eran similares, es decir, el efecto tenía una misma dirección, magnitud y significación estadística, se concluyó que el resultado del meta-análisis tenía solidez.

Para el análisis del potencial sesgo de publicación se evaluaron los resultados del test de Egger y se realizaron inspecciones visuales de los funnel plot para cada medida de resultado [68,71], obtenidos mediante los comandos metabias y metafunnel en la versión 14 de STATA, respectivamente.

III.2. Coste-efectividad

III.2.1. Criterios de selección de estudios

Los criterios de selección de estudios de coste-efectividad según protocolo fueron los siguientes:

III.2.1.1. Diseño de estudio

Se previó la inclusión de evaluaciones económicas completas realizadas en paralelo a estudios primarios o consistentes en modelos económicos: análisis coste-beneficio, coste-utilidad, coste-efectividad, análisis coste-consecuencia y minimización de costes.

III.2.1.2. Tipo de participantes

El tipo de participante debía ser igual al especificado para la RS de la efectividad, es decir, población infantil, preadolescente y adolescente (menores de 18) escolarizada.

III.2.1.3. Intervención

Al igual que en la RS de la efectividad, la intervención evaluada debía ser cualquier intervención para la prevención universal de los TCA: alfabetización mediática, disonancia cognitiva, mindfulness, terapias cognitiva o cognitiva-conductual, intervenciones para la mejora de la autoestima, prevención de la obesidad o intervenciones multicomponente.

III.2.1.4. Comparación

No intervención, lista de espera, intervención mínima de control u otra intervención.

III.2.1.5. Resultados

Por protocolo se decidió incluir aquellos estudios en los que se informaran, para las alternativas en comparación, costes expresados en unidades monetarias y beneficios, sean estos expresados en años de vida ajustados por calidad (AVAC), años de vida ganados, beneficios en unidades monetarias o cualquier otra de las medidas de resultado seleccionadas para la RS de la efectividad.

III.2.1.6. Tipo de publicación

Artículos originales completos o informes de ETS que incluyan evaluaciones económicas. Editoriales, cartas al editor y resúmenes de congreso fueron excluidos.

III.2.1.7. Idioma de la publicación

Se previó la inclusión de estudios publicados en inglés y español.

III.2.1.8. Fecha de publicación

Sin límite.

III.2.2. Fuentes de información y estrategia de búsqueda

Partiendo de las estrategias diseñadas para la RS de la efectividad, se realizaron búsquedas en las bases de datos electrónicas que se recogen en la siguiente Tabla.

Tabla 3. Bases de datos bibliográficas consultadas. Coste-efectividad

Base de datos	Plataforma de acceso	Fecha de búsqueda
MEDLINE	Ovid	14/07/2020
EMBASE	Elsevier	14/07/2020
WOS	Clarivate Analytics	14/07/2020

En el Anexo 3 del presente informe se muestra la estrategia de búsqueda empleada para cada una de las bases de datos consultadas.

La búsqueda de estudios publicados se complementó con el examen manual de los listados de bibliografía de los estudios seleccionados y de las revisiones sistemáticas previas encontradas.

La gestión de las referencias bibliográficas fue similar a la descrita en la RS de la efectividad.

III.2.3. Proceso de selección de estudios

La selección de referencias primero y de estudios después siguió los mismos procedimientos descritos en la RS de la efectividad.

III.2.4. Evaluación crítica de la calidad metodológica

Según protocolo se previó la valoración de la calidad metodológica de las evaluaciones económicas mediante el uso del listado de preguntas de

Drummond *et al.* [75] (Anexo 4). No fue necesario utilizar este instrumento dado que no se incluyó ningún estudio en la RS del coste-efectividad.

III.2.5. Proceso de extracción de datos

Se diseñó un proceso de extracción de datos similar al descrito en la RS de la efectividad. En este caso, en la información extraída, se incluyó de manera adicional las medidas de resultados económicos evaluadas, el tipo de análisis, la perspectiva y las fuentes de información utilizadas

III.2.6. Síntesis de los datos

La información recopilada se sintetizó de manera narrativa.

III.3. Análisis económico

III.3.1. Análisis de coste-efectividad

Se realizó una evaluación económica que proporciona la comparación de los costes y los resultados en salud de una intervención para la prevención de TCA valorada como efectiva a partir de los resultados de la RS realizada en este informe. El objetivo de la evaluación económica, mediante análisis de coste-efectividad, es estimar el coste incremental por unidad de salud ganada (por ejemplo, años de vida adicionales) asociados a una intervención universal de prevención de los TCA en comparación con una situación de no intervención o intervención mínima. Esta evaluación nos permite considerar si los costes impuestos al SNS por la instauración de la intervención están justificados por las mejoras en salud que la intervención es capaz de generar.

III.3.1.1. Modelo de decisión

La evaluación económica comparó los costes y los resultados en salud de dos estrategias; i) instaurar una intervención universal de prevención de TCA en población infantil, preadolescente y adolescente, frente a ii) no instaurar dicha intervención y realizar la prevención e identificación de casos de acuerdo con la práctica clínica habitual.

La perspectiva del análisis fue la perspectiva del SNS, es decir, se tuvieron en cuenta los costes sanitarios que son incurridos por el SNS. De manera adicional, se realizó el análisis desde la perspectiva social, que

incluye otros costes directos no sanitarios, así como costes indirectos tales como las pérdidas de productividad. Los beneficios para la población se midieron utilizando la medida "Años de Vida Ajustados por Calidad" (AVAC). Los AVAC son una medida de salud genérica que combina información sobre la esperanza de vida con la calidad de vida de las personas y es ampliamente recomendada y utilizada en evaluaciones económicas [76].

La evaluación se basó en un modelo de decisión que sintetiza la información obtenida en la literatura sobre las probabilidades de diferentes eventos, la efectividad de la intervención, los costes y los resultados en salud de las diferentes alternativas. La medida utilizada para la presentación de los resultados fue la razón de coste-efectividad incremental (RCEI). Esta ratio se define como la diferencia de los costes medios de cada alternativa dividida por la diferencia de la efectividad media de cada alternativa. Su interpretación nos permite indicar cuál es el coste incremental por unidad de efectividad ganada, en nuestro caso por AVAC. Un estudio ha estimado que el umbral de coste-efectividad en España se sitúa en torno a los 20.000-25.000 € [77]. Es decir, se considera que una intervención es coste-efectiva si ésta genera AVAC a un coste inferior de 20.000-25.000 € por unidad.

Los resultados de este informe se presentan según la guía de López-Bastida *et al.* [78] y las recomendaciones metodológicas estándares. De acuerdo, a esta guía, los resultados de costes y efectividad se han descontado al 3%. La edad de partida en el caso base fueron los 12 años de edad, a los que se aplicó un horizonte temporal similar al utilizado en estudios previos que abarca 10 años [79–81]. Estos valores fueron variados en el análisis de sensibilidad.

Se estimó un caso base, utilizando los valores esperados de los parámetros del modelo, y se realizó un análisis de sensibilidad determinístico y probabilístico para cuantificar la incertidumbre en torno a la decisión a tomar.

III.3.1.2. Análisis de sensibilidad

III.3.1.2.1. Análisis de sensibilidad determinístico

Los parámetros estimados para este modelo se obtuvieron de fuentes de información diversas y en algunos casos fue necesaria la utilización de supuestos. Esta forma de proceder da lugar a que exista incertidumbre sobre el valor exacto de cada parámetro y que esto afecte, a su vez, a la incertidumbre final del resultado.

Realizamos un análisis de sensibilidad determinístico de una vía sobre los parámetros que mostraron mayor incertidumbre. El análisis de una vía consiste en modificar el valor de un parámetro dentro de un rango preestablecido y calcular el resultado del modelo manteniendo el resto de los parámetros con su valor original. Este tipo de análisis nos permite discernir el impacto que la incertidumbre de un parámetro concreto tiene sobre los resultados finales del modelo.

III.3.1.2.2. Análisis de sensibilidad probabilístico

Para estudiar la incertidumbre global del modelo realizamos además un análisis de sensibilidad probabilístico. Este análisis nos permite propagar y cuantificar la incertidumbre sobre los resultados del modelo, mediante la aplicación de simulaciones de Monte Carlo de 2º orden [82].

Para realizar este tipo de análisis, se asigna una distribución de probabilidad a cada uno de los parámetros sobre los que exista incertidumbre. Las distribuciones de probabilidad utilizadas dependen del comportamiento del parámetro que se esté modelando.

En general, para modelar las probabilidades se utilizaron distribuciones de probabilidad beta, que se definen a partir de dos parámetros, alfa y beta, que representan la ocurrencia y no ocurrencia de un evento, respectivamente. El uso de esta distribución asegura que los valores simulados de las probabilidades se encuentren siempre entre 0 y 1. El uso de recursos sanitarios se modeló con una distribución de probabilidad uniforme, mientas que los costes unitarios se modelaron mediante una distribución gamma. La distribución del riesgo relativo (RR) de desarrollar síntomas de TCA bajo una intervención se modeló de acuerdo con una distribución lognormal.

Se realizaron 1000 simulaciones de Monte Carlo de 2º orden. De cada simulación se obtuvieron los resultados de costes y efectividad de la intervención y no intervención, respectivamente. Los pares de soluciones obtenidos se representaron gráficamente en el plano de coste-efectividad. El análisis probabilístico nos permite, además, calcular las curvas de aceptabilidad sobre el coste-efectividad (CACE). Las CACE nos indican, teniendo en cuenta la incertidumbre sobre los parámetros utilizados en el modelo, la probabilidad de que una estrategia sea coste-efectiva para diferentes valores del umbral de coste-efectividad.

III.3.2. Análisis de impacto presupuestario

Realizamos una estimación del impacto presupuestario de la implantación de una intervención universal para la prevención de TCA en una población de niños/as de 12 años de edad en España y para cada una de las CC.AA. durante los primeros 5 años de funcionamiento.

A diferencia del análisis de coste-efectividad que tiene en cuenta tanto los costes como los beneficios en salud incrementales del individuo medio para un horizonte temporal prolongado, el análisis de impacto presupuestario desglosa año a año los resultados, considerando únicamente los costes incrementales y aplicándolos al conjunto de la población que se beneficia de la intervención. En este análisis no se aplica ningún descuento a los costes ni efectos futuros

Por tanto, para el análisis del impacto presupuestario estimamos los costes incrementales derivados de implantar la intervención en una cohorte de niños/as cada año, así como los costes incrementales (positivos o negativos) que se producen en los siguientes años debidos, por ejemplo, a posibles ahorros por TCA evitados.

III.4. Análisis de los aspectos organizativos, éticos, sociales, legales y relacionados con los pacientes

Para la evaluación de los aspectos organizativos, éticos, sociales, legales y relacionados con los pacientes relativos a la tecnología, se ha adaptado el marco evaluativo del Core Model 3.0. de EUnetHTA) [66] así como los criterios establecidos por la Red Española de Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Prestaciones del Sistema Nacional de Salud [67]. Se ha realizado una búsqueda sistemática y una revisión narrativa de la literatura encontrada. Para ello se desarrolló un protocolo detallado que describe las siguientes etapas del proceso: 1) definición del alcance de revisión, 2) descripción de los criterios de selección de los estudios de la revisión, 3) fuentes de información y estrategia de búsqueda de los estudios, 4) extracción, análisis y síntesis de datos.

III.4.1. Alcance de la revisión

El alcance de la evaluación partió de la misma población, intervención y comparación mencionadas anteriormente y exploró las categorías y dominios establecidos en el Core Model 3.0 de EUnetHTA sobre aspectos éticos, de pacientes, sociales, legales y organizacionales [66]. Los

aspectos éticos recogen los relacionados con valores, moral, cultura y autonomía del paciente, balance riesgos y beneficios, derechos humanos y dignidad. Los aspectos sociales y relacionados con los pacientes buscan recoger el impacto en la salud, la perspectiva de pacientes y cuidadores, las experiencias de la enfermedad/condición y del uso de la tecnología, las preferencias y medidas de resultado importantes para los pacientes, el auto-manejo del problema de salud, las necesidades de información y apoyo de los pacientes y la aceptabilidad de la tecnología. Los aspectos legales recogen las leyes, normas, protección de datos y regulación de mercado relacionados con la tecnología a evaluar. Los aspectos organizacionales analizan cómo impacta la tecnología en el proceso o flujo de trabajo, la planificación o implementación, las necesidades informativas y formativas, así como en la aceptabilidad por parte de los profesionales del sistema sanitario.

III.4.2. Criterios de selección de estudios

Se incluyeron estudios cualitativos, estudios experimentales y cuasiexperimentales, estudios observacionales, revisiones sistemáticas y narrativas que cubriesen aspectos éticos, organizativos, sociales y de pacientes, opiniones y editoriales referentes a la población, intervención y comparación mencionadas. Se excluyeron las cartas al editor, resúmenes de congresos, estudios en animales o estudios in vitro. Se incluyeron documentos en español e inglés y se excluyeron otros idiomas.

III.4.3. Fuentes de información, estrategia de búsqueda y proceso de selección de estudios

Se consultaron las siguientes bases de datos electrónicas hasta mayo/junio de 2020: MEDLINE, EMBASE y WOS (Tabla 4). En el Anexo 5 se muestra la estrategia de búsqueda. Para la búsqueda bibliográfica no se aplicaron restricciones por idioma ni por fechas.

El proceso de selección de los estudios se realizó por dos revisores de forma independiente; que resolvieron en discusión los casos de duda y/o desacuerdos. La selección de los estudios se realizó a partir de los títulos y resúmenes recuperados en las bases de datos según los criterios de selección antes citados.

Los artículos seleccionados como relevantes fueron analizados a texto completo y de forma independiente por los revisores, clasificándolos en incluidos o excluidos según dichos criterios.

Tabla 4. Bases de datos bibliográficas consultadas. Necesidades de investigación		
Base de datos	Plataforma de acceso	Fecha de búsqueda
COMET	http://www.comet-initiative.org/	02/06/2020
James Lind Alliance	http://www.jla.nihr.ac.uk/	31/05/2020
COMET: Core Outcome Measures in Effectiveness Trials		

III.4.4. Proceso de extracción de datos, análisis y síntesis de los hallazgos

La extracción de datos de los estudios incluidos se llevó a cabo por dos revisores. Los datos a extraer fueron los relativos a la identificación del artículo (autores, fecha de publicación, país donde se realizó el estudio, etc.), metodología (diseño, características de las intervenciones, características de los escolares) y resultados del estudio relevantes para este informe basado en las categorías y dominios del CoreModel 3.0 [66]. Estos datos fueron recogidos en hojas electrónicas diseñadas ad hoc. Se evaluaron las limitaciones metodológicas de los estudios con escalas específicas para cada tipo de estudio, recogidas en la guía para la elaboración y adaptación de informes rápidos de ETS de la Red Española de Agencias de Evaluación de Tecnologías y Prestaciones del SNS [67]. En este sentido, las limitaciones metodológicas de los estudios cualitativos se evaluaron con el instrumento CASPe [83], los estudios de cohortes con la ficha de lectura crítica de Osteba [84], las revisiones sistemáticas con la escala AMSTAR [85], las revisiones narrativas con la escala SANRA [86] y lo estudios mixtos con la escala *Mixed Methods Appraisal Tool* (MMAT) [87]. No se valoraron con instrumentos las encuestas, ni los documentos basados en opinión de expertos.

Se realizó una síntesis narrativa teniendo en cuenta criterios de relevancia, coherencia y la triangulación de los resultados. La relevancia evalúa hasta qué punto el conjunto de las evidencias y argumentos analizados que apoyan un resultado de la revisión es aplicable al contexto específico de aplicación, teniendo en cuenta la población, el fenómeno de interés y el entorno organizativo y social. La coherencia analiza la medida en la que los hallazgos estaban basados en los estudios analizados y proporciona una explicación razonable a los patrones encontrados en estos datos [88].

III.5. Necesidades de investigación futura

Con el objetivo de definir las necesidades de investigación futuras relacionadas con las intervenciones dirigidas a la prevención universal de los TCA en población infantil, preadolescente y adolescente escolarizada, se desarrolló un protocolo detallado que describe las siguientes etapas del proceso: 1) Análisis de las necesidades de investigación identificadas en la evidencia sobre efectividad y coste-efectividad, además de los aspectos éticos, de pacientes, sociales, legales y organizacionales del presente informe; 2) Revisión de estudios específicos sobre necesidades de investigación.

III.5.1. Análisis de las necesidades de investigación identificadas en las RS realizadas para el presente informe

A lo largo del proceso de evaluación de la efectividad, coste-efectividad y de los de los aspectos éticos, de pacientes, sociales, legales y organizacionales, se identificaron las áreas de incertidumbre relacionadas con las intervenciones que requieren más investigación.

III.5.2. Revisión de estudios específicos sobre necesidades de investigación

Con el objetivo de complementar las necesidades identificadas en la fase anterior, y con el fin de identificar estudios específicos sobre necesidades de investigación sobre las intervenciones de prevención universal, desde la perspectiva de los agentes implicados, se realizó una consulta en las siguientes fuentes de información: a) estudios desarrollados por la *James Lind Alliance*, b) base de datos COMET (*Core Outcome Measures in Effectiveness Trials*).

III.5.2.1. Alcance de la revisión

La revisión se centró en identificar las necesidades de investigación futura desde el punto de vistas de los escolares y familiares, profesionales sanitarios, investigadores o gestores sanitarios sobre el uso de las intervenciones a evaluar, en este caso sobre programas de prevención

universal de los TCA en población infantil, preadolescente y adolescente escolarizada (menores de 18 años).

III.5.2.2. Criterios de selección de estudios

Se incluyeron estudios, tanto primarios como secundarios, que cubriesen específicamente aspectos relacionados con las necesidades de investigación futura referentes a la población, intervención y comparación mencionadas. Se excluyeron resúmenes de congresos, estudios en animales o estudios in vitro. Se incluyeron documentos en español e inglés y se excluyeron otros idiomas.

III.5.2.3. Fuentes de información y búsqueda bibliográfica

La consulta a las siguientes fuentes de información se realizó utilizando los términos de búsqueda *eating disorders* y *disordered eating* (Tabla 5).

Tabla 5. Bases de datos bibliográficas consultadas. Necesidades de investigación

Base de datos	Plataforma de acceso	Período de búsqueda
COMET	http://www.comet-initiative.org/	02/06/2020
James Lind Alliance	http://www.jla.nihr.ac.uk/	31/05/2020

COMET: Core Outcome Measures in Effectiveness Trials

III.5.2.4. Proceso de selección de estudios y extracción de datos

La selección de estudios y extracción de datos se realizó por un revisor a partir de la lectura de los títulos y resúmenes localizados a través de la búsqueda de la literatura. Las dudas se consultaron con otro revisor. Los datos extraídos fueron relativos únicamente a la identificación de necesidades de investigación.

III.5.2.5. Síntesis de los hallazgos

Se realizó una síntesis narrativa de los principales hallazgos encontrados.

III.6. Evaluación de la calidad de la evidencia y formulación de recomendaciones

La evaluación de la calidad de la evidencia para la efectividad clínica y la fuerza de las recomendaciones se realizó siguiendo la metodología del grupo internacional de trabajo GRADE (del inglés, *Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation*) (ver Anexo 6) [89].

El sistema GRADE requiere que se clasifique la importancia de las medidas de resultado o desenlaces para una pregunta clínica determinada de acuerdo a qué relevantes son estos para hacer una recomendación. Los desenlaces se clasifican como críticos, importantes pero no críticos, o no importantes para la toma de decisión. Para el presente informe, la decisión sobre qué desenlaces se podían considerar críticos o importantes, pero no críticos, fue tomada por el equipo de elaboración y colaboradores (profesionales sanitarios, representantes de asociaciones de pacientes y sociedades científicas, metodólogos) mediante una consulta online.

Para la determinación de la calidad de la evidencia relativa a cada variable de resultado, además del diseño y la calidad metodológica de los estudios individuales, la metodología GRADE propone la evaluación de otros factores que influyen en la confianza en las estimaciones de los estudios. En la Tabla 6 se muestran los factores que son necesarios considerar a la hora de calificar la evidencia.

Tabla 6. Niveles de la calidad de la evidencia

Factores	Descripción	Valoración
Factores que pueden bajar la calidad	Riesgo de sesgo de los estudios	- Importante: -1 - Muy importante: -2
	Inconsistencia de los resultados	- Importante: -1 - Muy importante: -2
	Carácter indirecto de la evidencia	- Importante: -1 - Muy importante: -2
	Imprecisión de la estimación	- Imprecisa: -1 - Muy imprecisa: -2
	Sesgo de publicación	- Probable: -1 - Muy probable: -2

Tabla 6. Niveles de la calidad de la evidencia		
Factores que pueden incrementar la calidad	Tamaño del efecto observado	- Fuerte: +1 - Muy fuerte: +2
	Gradiente dosis/respuesta	- Presente: +1
	Factores de confusión plausibles habrían reducido el efecto demostrado, o incrementado un efecto no observado	- Presente: +1

Se recomienda la consideración de los factores que pueden aumentar el nivel de evidencia sólo cuando no existen limitaciones metodológicas importantes en los estudios analizados.

Considerando una combinación de estos componentes, la calidad de la evidencia para cada variable crítica fue clasificada como alta, moderada, baja o muy baja (ver Tabla 7).

Tabla 7. Determinantes de la calidad de la evidencia

NIVEL	DESCRIPCIÓN	Representación gráfica
Alta	**Mucha confianza** en que el verdadero efecto está cerca de la estimación del efecto. Es muy poco probable que nuevos estudios modifiquen la confianza que se tiene en el resultado estimado.	⊕⊕⊕⊕
Moderada	**Confianza moderada** en la estimación del efecto. El verdadero efecto es probable que esté cerca del efecto estimado, pero hay posibilidad de que sea sustancialmente diferente. Es probable que nuevos estudios tengan un impacto importante en la confianza que se tiene en el resultado estimado y que estos puedan modificar el resultado.	⊕⊕⊕⊖
Baja	**Confianza limitada** en el efecto. El verdadero efecto puede ser sustancialmente diferente de la estimación del efecto. Es muy probable que nuevos estudios tengan un impacto importante en la confianza que se tiene en el resultado estimado y que estos puedan modificar el resultado.	⊕⊕⊖⊖
Muy Baja	**Muy poca confianza** en la estimación del efecto. El verdadero efecto es probable que sea sustancialmente diferente de la estimación del efecto. Cualquier resultado estimado es muy incierto.	⊕⊖⊖⊖

Se elaboró una tabla de perfil de evidencia mediante el programa GRADEpro *Guideline Development Tool* (GRADEpro GDT*: McMaster University*, 2015) con las medidas de resultado consideradas críticas.

La formulación y graduación de la fuerza de las recomendaciones emitidas se realizó también de acuerdo a la metodología desarrollada por el grupo GRADE (ver Anexo 7) [89].

Para establecer la fuerza de las recomendaciones con esta metodología no solo se tiene en cuenta la calidad de la evidencia sino que se efectúa una ponderación entre los beneficios potenciales de la intervención y sus riesgos y se consideran otros factores como los valores y preferencias de las y los escolares, sus costes, su aplicabilidad en la población a tratar y su aceptabilidad por parte de las partes interesadas. Las recomendaciones emitidas se clasifican en dos grados: fuerte (a favor o en contra de la intervención) o débil/condicional (a favor o en contra de la intervención).

El grupo de trabajo acordó los juicios de los mencionados factores, utilizando para ello el marco de la evidencia a la decisión (EtD) para las recomendaciones desarrollado por GRADE (disponible en: https://gradepro.org/). El marco EtD se ha realizado para todas las intervenciones de prevención en conjunto y, específicamente, para los programas de alfabetización mediática y para las intervenciones multicomponente, en las que se encontró evidencia científica para realizar el estudio de coste-efectividad y el análisis económico.

III.7. Participación de grupos de interés

III.7.1. Participación de los pacientes

La implicación de personas afectadas por las intervenciones a evaluar se planteó desde el inicio del proceso de evaluación con el objetivo de que pudieran realizar aportaciones sobre los aspectos relevantes para ellas. Se hizo una llamada a la participación a la Asociación en Defensa de la Atención de la Anorexia Nerviosa y Bulimia (ADANER) y la Asociación para la liberación de la Anorexia y la Bulimia en Tenerife (ALABENTE).

Ambas asociaciones respondieron a nuestra solicitud y designaron a un representante que fue incluido como experto colaborador en el equipo de trabajo.

III.7.2. Participación de los profesionales sanitarios

Complementariamente, se difundió el propósito de realizar este informe entre las sociedades científicas cuya actividad profesional tuviera relación con el problema de salud. Los responsables de la elaboración de este informe invitaron a participar a las siguientes sociedades científicas profesionales: Academia Española de Nutrición y Dietética (AEND), Asociación Científica Española de Enfermería y Salud Escolar (ACEESE), Asociación de Enfermería Comunitaria (AEC), Asociación Española de Enfermeras de Nutrición y Dietética (ADENYD), Asociación Española de Pediatría (AEP), Asociación Española de Psiquiatría del Niño y Adolescente (AEPNyA), Asociación Española para el Estudio de los Trastornos de la Conducta Alimentaria (AEETCA), Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos, Sociedad Española de Dietética y Ciencias de la Alimentación (SEDCA), Sociedad Española de Endocrinología y Nutrición (SEEN), Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (SemFYC), Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN), Sociedad Española de Nutrición Clínica y Metabolismo (SENPE), Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria (SESPAS), Sociedad Española de Psiquiatría y Asociación de Economía de la Salud (AES).

Se recibieron respuestas favorables por parte de las sociedades que se citan a continuación: AEND, AEC, SEEN, ACEESE, ADENYD, AEETCA, Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos, SEDCA, SEEN, SENPE, SESPAS y AES.

Adicionalmente, mediante una revisión informal de publicaciones científicas indexadas y guías de práctica clínica relacionadas con el tema, se buscó a expertos y expertas en el problema de salud a evaluar en nuestro país, para invitarles a participar en la elaboración del informe.

Tanto los profesionales propuestos por las distintas sociedades científicas como los localizados con trayectoria científica en el área fueron invitados a revisar el protocolo, a aportar información adicional, a clasificar la importancia de las medidas de resultado, a participar en el procedimiento de identificación de necesidades de investigación y, finalmente, a revisar el informe antes de su publicación.

III.7.3. Participación de la industria

La comunicación de la realización de este informe hacia la industria no aplica al no tratarse de una tecnología relacionada con esta.

III.8. Revisión externa

El presente informe, una vez finalizado y antes de su publicación, se sometió a un proceso de revisión crítica por parte de reconocidos expertos en el tema para asegurar su calidad, precisión y validez. A los revisores se les solicitó que aportaran todos aquellos cambios o modificaciones que consideraran oportunos, debiendo estar sustentados en evidencia científica y acompañados de la bibliografía correspondiente. Los comentarios recibidos fueron valorados por los autores del informe y estas valoraciones fueron remitidas a los revisores con las debidas justificaciones.

IV. Resultados

IV.1. Efectividad

IV.1.1. Resultado de la búsqueda bibliográfica

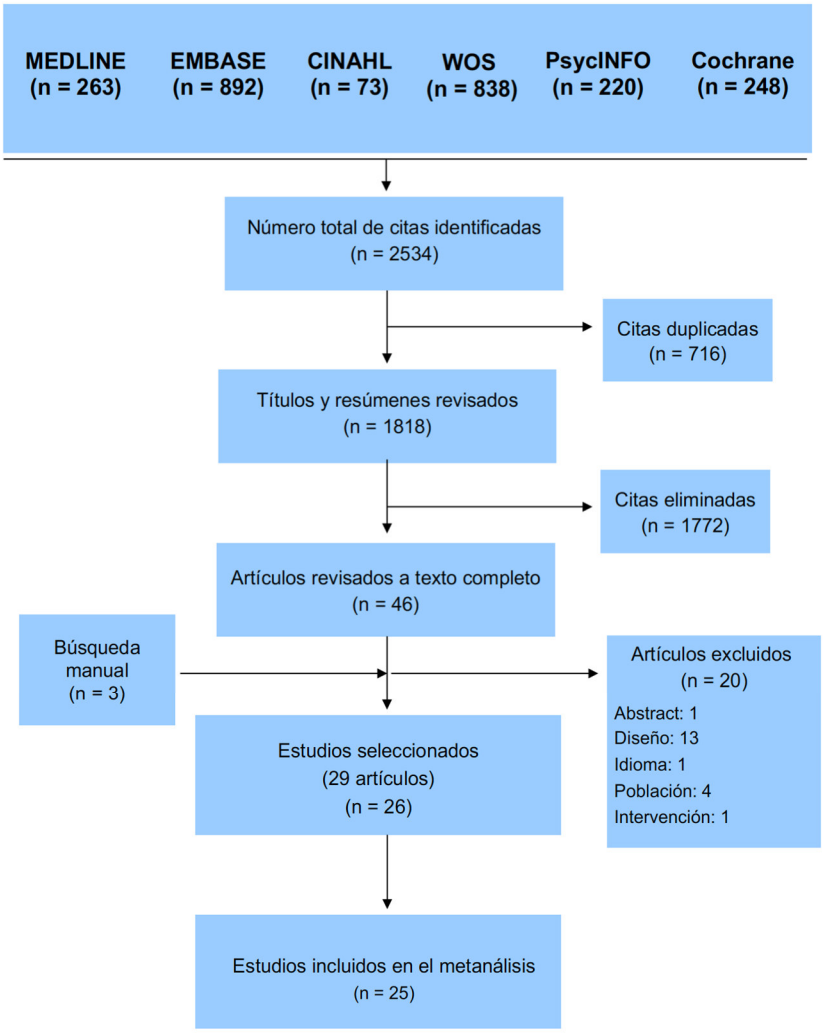
La consulta en todas las bases de datos electrónicas produjo 1818 referencias una vez eliminados los duplicados (Figura 1). Se seleccionaron 46 artículos potencialmente relevantes para ser analizados en detalle a texto completo, de los cuales 20 fueron excluidos al aplicar los criterios de selección preestablecidos. Si bien muchos de estos artículos fueron excluidos por no cumplir más de un criterio de inclusión, en el Anexo 7 donde aparecen listados, se muestra la razón principal para su exclusión en términos de tipo de estudio, participantes, intervención, comparador, medidas de resultado informadas e idioma. El examen manual de los listados de bibliografía de los estudios seleccionados y de las revisiones sistemáticas previas encontradas dio como resultado la localización de tres artículos adicionales [62,64,90].

La selección final para la efectividad clínica de las intervenciones para la prevención universal de los TCA en población infantil, preadolescente y adolescente consiste en 26 estudios [56,57,62–64,90–110] informados en 29 artículos [56,57,62–64,90–113] publicados en inglés entre los años 2000 y 2020. Veinticinco estudios fueron incluidos en la síntesis cuantitativa mediante meta-análisis [56,57,62–64,90–101,103–109].

Tres estudios fueron realizados en Alemania[91,96,103], ocho en Australia [56,57,64,98,100,104–106], uno en Canadá [101], tres en EE. UU. [92,94,109], uno en Francia [110], uno en India [102], dos en Israel [62,107], uno en Italia [90], uno en México [95], uno en Noruega [63], dos en Reino Unido [93,97], uno en Suecia [99]y uno en Venezuela [108].

Veintiún de los 26 estudios fueron multicéntricos [57,62–64,91–102,105,107,109]. Dos de los estudios son informados en más de un artículo: Wilksch et al. 2015 en tres artículos [105,111,112] y Sundgot-Borgen *et al.* 2019 en dos [63,113]. En estos casos, se escogió como publicación principal aquella con la muestra más amplia y que respondiera a un mayor número de variables de resultado, mientras que el resto de publicaciones se consideraron secundarias o vinculadas.

Figura 1. Descripción gráfica del proceso de selección de estudios. Efectividad



Se encontró un estudio en ICTRP de la OMS y otro en Clinicaltrials.gov en fase de ejecución sobre la prevención universal de los TCA en población infantil, preadolescente y adolescente. Sus principales datos pueden consultarse en el Anexo 8.

IV.1.2. Características de los estudios

A continuación, se describen las características más relevantes de los estudios seleccionados. Para más información de los estudios individuales véase las tablas de evidencia recogidas en el Anexo 9.

IV.1.2.1. Diseño de los estudios

De acuerdo al criterio de inclusión preestablecido relativo al diseño de estudios, los 26 estudios incluidos son ECA, 25 de ellos con aleatorización por clúster (Tabla 8). La duración media de seguimiento fue de 34 semanas y varió entre algunos estudios que no realizaron seguimiento postintervención y un máximo de 130 semanas. Cuatro estudios realizaron intervenciones que duraron varios años escolares y no informaron de seguimiento adicional.

Tabla 8. Principales características de los ECA incluidos. Efectividad

Estudio, País	Diseño	Seguimiento (semanas)	Intervención		Comparador
Agam-Bitton, 2018 [107] Israel	ECA Clúster	13	Multicomponente		Lista de espera
Anuel, 2012 [108] Venezuela	ECA	0	Programa cognitivo		Atención habitual
			Mejora autoestima		
Austin, 2007 [109] EEUU	ECA Clúster	104	Programa de prevención de la obesidad		Atención habitual
Bonsergent, 2013 [110]	ECA Clúster	NA	Programa de prevención	Estrategia educativa	Sin estrategia educativa

Francia			de la obesidad	Estrategia entorno	Sin estrategia entorno
				Estrategia control y cuidado	Sin estrategia control y cuidado
Buerger, 2019 [91] Alemania	ECA Clúster	52	Multicomponente		Atención habitual
Cousineau, 2010 [92] EEUU	ECA	12	Multicomponente (web)		Grupo control (web)
Diedrichs, 2015 [93] Inglaterra	ECA Clúster	7	Alfabetización mediática		Atención habitual
Eickman, 2018 [94] EEUU	ECA Clúster	NA	Disonancia cognitiva		Atención habitual
Escoto Ponce de León, 2008 [95] México	ECA Clúster	26	Programa cognitivo		Atención habitual
Gasanov, 2018 [62] Israel	ECA Clúster	12	Multicomponente		Atención habitual
Grave, 2001 [90] Italia	ECA Clúster	52	Programa cognitivo conductual		Atención habitual
Gumz, 2017 [96] Alemania	ECA Clúster	24	Alfabetización mediática		Atención habitual
Halliwell, 2016 [97] Inglaterra	ECA Clúster	13	Alfabetización mediática		Atención habitual
Johnson, 2016 [98] Australia	ECA Clúster	11	Mindfulness		Atención habitual
Marcus, 2009 [99] Suecia	ECA Clúster	NA	Prevención de la obesidad		Atención habitual

McCabe, 2006 [100] Australia	ECA Clúster	0	Multicomponente	Atención habitual
McVey, 2007 [101] Canadá	ECA Clúster	26	Multicomponente	Atención habitual
O'Dea, 2000 [64] Australia	ECA Clúster	52	Mejora de la autoestima	Atención habitual
Singhal, 2010 [102] India	ECA Clúster	26	Multicomponente	Atención habitual
Sundgot-Borgen, 2019 [63] Noruega	ECA Clúster	52	Multicomponente	Atención habitual
Wade, 2003 [56] Australia	ECA Clúster	12	Alfabetización mediática	Atención habitual
			Mejora de la autoestima	
Warschburger, 2018 [103] Alemania	ECA Clúster	52	Multicomponente	Lista de espera
Wilksch, 2015 [104] Australia	ECA Clúster	26	Alfabetización mediática	Atención habitual
Wilksch, 2015 [105] Australia	ECA Clúster	52	Alfabetización mediática	Atención habitual
			Prevención de la obesidad (Life Smart)	
			Alfabetización mediática (HELPP)	
Wilksch, 2009 [57] Australia	ECA Clúster	130	Alfabetización mediática	Atención habitual
Wilksch, 2013 [106] Australia	ECA Clúster	0	Prevención de la obesidad	Atención habitual

*Media±DE (rango). ECA: Ensayo clínico aleatorizado; ECA Clúster: Ensayo clínico aleatorizado por conglomerados; NA: no aplica; NI: no informa.

IV.1.2.2. Características de los y las participantes

Las características demográficas y clínicas basales de las y los participantes en cada estudio se muestran en la Tabla 9.

Entre los 26 estudios se reclutó un total de 34.500 participantes. El tamaño de la muestra de los estudios varió entre 71 [94] y 5.354 participantes [63].

El porcentaje de mujeres incluido en los estudios varió entre el 34,50% y el 70,42, situándose el valor promedio en 56,58%.

Todos los estudios se realizaron en menores de 18 años. La edad media de los participantes se situó en 12,61 años (DE: ±2,16). Sólo el estudio de Eickman et al. 2016 [94] realizado en estudiantes de secundaria no informó sobre la media ni el rango de edad de los participantes.

Tabla 9. Características clínicas y sociodemográficas de los participantes de los estudios incluidos

Estudio	N	% Mujer	Edad (años)*	IMC	Criterios de inclusión	Criterios de exclusión
Agam-Bitton, 2018 [107]	259	NI	13,80 ± 0,63 (14-17)	NI	Curso: 7º-8º 14-17 años CIP Cumplimentación de cuestionarios	NI
Anuel, 2012 [108]	120	36,67	11,23 ± 0,83 (10-12)	NI	10-12 años	NI
Austin, 2007 [109]	1839	49,67	NI (11-13)	NI	Curso: 6º-7º	NI
Bonsergent, 2013 [110]	5354	38,08	15,60 ± 0,70 (15-17)	21,5	Curso: 10º-11º	NI
Buerger, 2019 [91]	1654	52,8	13,35 ± 0,76 (12-15)	20	12-15 años	Existencia de un TCA
Cousineau, 2010 [92]	190	56,84	11,70 ± 0,06 (10-11)	NI	Curso: 6º CIP	NI

Tabla 9. Características clínicas y sociodemográficas de los participantes de los estudios incluidos

Estudio	N	% Mujer	Edad (años)*	IMC	Criterios de inclusión	Criterios de exclusión
					CI	
Diedrichs, 2015 [93]	1707	50,38	NI (11-13)	NI	Escuelas mixtas Curso: 7º-8º	NI
Eickman, 2018 [94]	71	70,42	NI	NI	Secundaria	Participación previa en el programa
Escoto Ponce de León, 2008 [95]	120	50,83	9,93 ± 0,44 (19-11)	NI	9-11 años	NI
Gasanov, 2018 [62]	275	49,82	11,51 ± 0,60 (10-12)	NI	10-12 años	NI
Grave, 2001 [90]	106	42,45	11,6 ± 1,20 (11-12)	18,3	11-12 años	NI
Gumz, 2017 [96]	2515	34,50	14,60 ± 0,22* (14-17)	19,9	Curso: 8º-11º 14-17 años	Insuficiente nivel de idioma alemán
Halliwell, 2016 [97]	144	51,39	9,47 ± 1,03* (9-10)	17,68	9-10 años	NI
Johnson, 2016 [98]	308	47,73	13,63 ± 0,43	NI	Curso: 7º-8º	NI
Marcus, 2009 [99]	3135	49	7,45 ± 1,30 (6-19)	NI	Curso: 1º-4º 6-10 años	NI
McCabe, 2006 [100]	368	47,01	10,14 ± 1,08* (9-13)	18,35	NI	NI

Tabla 9. Características clínicas y sociodemográficas de los participantes de los estudios incluidos

Estudio	N	% Mujer	Edad (años)*	IMC	Criterios de inclusión	Criterios de exclusión
McVey, 2007 [101]	687	51,67	11,27 ± 0,67 (NI)	18,41	NI	NI
O'Dea, 2000 [64]	470	63,19	12,94 ± 0,85* (11,10-14,50)	20,25	Curso: 7-8º 11-14 años	NI
Singhal, 2010 [102]	209	38,28	16,02 ± 0,65* (15-17)	NI	11º 15-17	NI
Sundgot-Borgen, 2019 [63]	2446	57,32	16,8 ± 1,13* (16-17)	21,59	Curso: 11º	Programa educativo vocacional
Wade, 2003 [56]	86	38,37	13,42 ± 0,39 (NI)	NI	Curso: 8º	NI
Warschburger, 2018 [103]	1113	52	12,98± 1,60 (10-16)	18,66	10-16 años CIP	NI
Wilksch, 2015 [104]	51	52,94	12,43 ± 0,61 (NI)	NA	Curso: 7º CIP	NA
Wilksch, 2015 [105]	1441	64	13,21 ± 0,68 (NI)	NI	Curso: 7-8º	Participantes con niveles clínicos
Wilksch, 2009 [57]	540	50,56	13,62 ± 0,37 (NI)	NI	Curso: 8º CIP	NI
Wilksch, 2013 [106]	115	44,74	12,71 ± 0,41 (NI)	19,98	Curso: 7º	NI

*Media±DE (rango). CIP: consentimiento informado paterno; IMC: índice de masa corporal; NA: no aplica; NI: no informa; TCA: trastorno de la conducta alimentaria.

Nota: el IMC en niños y adolescente es específico con respecto a la edad y el sexo.

Todos los estudios proporcionaron, al menos, detalles básicos de los requisitos de reclutamiento de las y los participantes. Los criterios de inclusión y exclusión de cada estudio se muestran en detalle en el Anexo 9.

IV.1.2.3. Características de la intervención

Todas las intervenciones se dirigieron a población infantil, adolescente y preadolescente, independientemente del género y se desarrollaron en el contexto escolar. De los estudios incluidos, un estudio evaluó un programa de prevención universal de los TCA basado en la disonancia cognitiva [94], otro estudio evaluó el uso del *mindfulness* para la reducción de los factores de riesgo de la ansiedad, la depresión y los TCA en la adolescencia [98], tres estudios evaluaron un programa cognitivo o cognitivo-conductual [90,95,108], tres programas dirigidos a la mejora de la autoestima [56,64,108], cinco programas dirigidos a la prevención de factores de riesgo de la obesidad [99,105,106,109,110], siete estudios evaluaron programas de alfabetización mediática [57,93,96,97,104–106] y nueve evaluaron estrategias multicomponente [62,63,91,92,100–103,107].

El número de sesiones que conformaron los programas de prevención varió entre una y 34, con una media de 12 sesiones. Las sesiones duraron entre 25 y 90 minutos cada una y la periodicidad de las sesiones varió entre 5 sesiones a la semana hasta 16 sesiones a lo largo del año, siendo las más frecuentes una o dos veces por semana. La duración total de los programas fue muy variable, desde una semana de intervención hasta cuatro cursos escolares.

Todos los estudios implementaron sus programas de manera presencial, excepto en el estudio de Cousineau *et al.* 2010 [92] que se desarrolló en un entorno web.

Los proveedores de los programas fueron personal con formación en el área de la psicología o psicología clínica [90,91,93,95,105,106], profesorado y personal de los centros educativos [56,57,94,99,103,104,110], personal con conocimiento en nutrición [63,107], investigadores y asistentes de investigación [92,97,98,101,109] y personal de enfermería [110].

En relación a la participación de los padres, las madres y los familiares, tan solo cinco estudios realizaban alguna aproximación a su inclusión dentro del programa. En el estudio de McVey *et al.* 2007 [101] se ofreció a los progenitores dos talleres bimensuales de dos horas de duración en los que se incitaba a explorar las actitudes y creencias

personales sobre la alimentación, el peso y la figura; y generar estrategias que promoviesen una imagen corporal positiva en sus hijos e hijas. En el estudio de Singhal *et al.* 2010 [102] se llevó a cabo un campamento para padres, madres y docentes en el que se brindó asesoramiento nutricional gratuito y, por otro lado, recibieron asesoramiento telefónico mensual durante 5-7 minutos. En el estudio de Marcus *et al.* 2009 [99] se indicó a los padres y madres que no suministraran bebidas azucaradas, dulces y otros productos no saludables durante los cumpleaños, excursiones escolares y jornadas deportivas; y se distribuyó un boletín dos veces al año con el objetivo de aumentar la conciencia en la intervención. En el estudio de Buerger *et al.* 2019 [91] se ofreció una reunión para padres y madres que incluyó información sobre los trastornos alimentarios en general. Por último, O'Dea *et al.* 2000 [64] animaron a los estudiantes a discutir semanalmente las lecciones con sus progenitores, abuelos, hermanos y amigos.

Las características más relevantes se muestran en la Tabla 10. En la tabla 11 se detallan los componentes empleados en cada una de las intervenciones multicomponentes.

IV.1.2.4. Características del comparador

Los comparadores utilizados en los estudios seleccionados se muestran en la tabla del apartado anterior (Tabla 8). En 22 de los estudios incluidos el comparador fue la atención habitual y en dos la lista de espera [103,107]. En el estudio de Cousineau *et al.* 2010 [92] los participantes en el grupo control visualizaron contenidos web durante un tiempo y con una naturaleza interactiva similar a los que recibieron la intervención. Y por último, en el estudio de Bonsergent, 2013 [110] se comparó al alumnado que recibía cada una de las tres subestrategias de la estrategia completa de prevención de la obesidad (de manera independiente y combinada) con aquellas personas que no las recibían.

Tabla 10. Características de las intervenciones

Estudio	Intervención		N sesiones	Duración (min)	Periodicidad sesiones	Duración total de (semanas)	Proveedor
Agam-Bitton, 2018 [107]	Multicomponente (In Favour of Myself)		9	90	1/semana	9	Estudiantes de pregrado o posgrado educación y nutrición (entrenadas previamente)
Anuel, 2012 [108]	Programa cognitivo		10	45	5/semana	2	NI
	Mejora de la autoestima		10	45	5/semana		NI
Austin, 2007 [109]	Prevención de la obesidad (5-2-1 Go!)		32	45	16/año	104	Investigadores
Bonsergent, 2013 [110]	Programa de prevención de la obesidad (PRomotion de l'ALIMentation et de l'Activité Physique, PRALIMAP)	Estrategia educativa	3–6	≈25	NI	104	Profesores y monitores PRALIMAP
		Estrategia entorno	NA	NA	NA		Dirección del centro, profesores y monitores PRALIMAP
		Estrategia control y cuidado	7	90	NI		Enfermería

Tabla 10. Características de las intervenciones

Estudio	Intervención	N sesiones	Duración (min)	Periodicidad sesiones	Duración total de (semanas)	Proveedor
Buerger, 2019 [91]	Multicomponente (Mainz School Training of Eating Disorder Prevention, MaiStep)	5	90	1/semana	5	Psicólogos (máster o doctorado)
Cousineau, 2010 [92]	Multicomponente (Trouble on the Tightrope: In Search of Skateboard Sam) (web)	3	60	NI	NI	Asistentes de investigación
Diedrichs, 2015 [93]	Alfabetización mediática (Dove Confident Me)	1	90	1/ semana	1	Psicólogos (máster o doctorado)
Eickman, 2018 [94]	Disonancia cognitiva (REbeL)	≈34	30-60	1/semana	104	Profesorado
Escoto Ponce de León, 2008 [95]	Programa cognitivo	8	90	1/ semana	8	Psicólogo (1er autor)
Gasanov, 2018 [62]	Multicomponente (Young in Favor of Myself)	10	90	1/ semana	10	Estudiantes de pregrado o posgrado

Tabla 10. Características de las intervenciones

Estudio	Intervención	N sesiones	Duración (min)	Periodicidad sesiones	Duración total de (semanas)	Proveedor
Grave, 2001 [90]	Programa cognitivo conductual	6 + 2 (6 meses después)	120	1/semana	24	Psicólogos expertos en TA
Gumz, 2017 [96]	Alfabetización mediática	3	90	1/semana	3	NI
Halliwell, 2016 [97]	Alfabetización mediática	6	NI	1/semana	6	Investigadores con experiencia docente
Johnson, 2016 [98]	Mindfulness (Dot be)	9	35-60	1/ semana	9	Investigador principal, practicante de mindfulness
Marcus, 2009 [99]	Prevención de la obesidad (STOPP)	NA	NA	NA	208	Profesorado y personal de los centros de actividades extraescolares
McCabe, 2006 [100]	Multicomponente (Active Children and Esteem Study - ACE Kids)	8	40	1/ semana	8	NI
McVey, 2007	Multicomponente	12	60	1/ semana	12	Investigadores

Tabla 10. Características de las intervenciones

Estudio	Intervención	N sesiones	Duración (min)	Periodicidad sesiones	Duración total de (semanas)	Proveedor
[101]	(Healthy School-Healthy Kids)					
O'Dea, 2000 [64]	Mejora de la autoestima (Everybody's Different)	9	50-80	1/semana	9	NI
Singhal, 2010 [102]	Multicomponente	10	30	1/semana	26	NI
Sundgot-Borgen, 2019 [63]	Multicomponente (Healthy Body Image)	3	90	1/3 semanas	12	Investigadores especializados en actividad física y salud, nutrición deportiva, entrevistas motivacionales
Wade, 2003 [56]	Alfabetización mediática (GO GIRLS!)	5	50	1/semana	5	Profesorado y alumnado instruidos y asesorados por una estudiante de psicología clínica
	Mejora de la autoestima (Everybody's Different)	5	50	1/semana	5	Profesorado asesorado por una estudiante de psicología clínica
Warschburger,	Multicomponente	9	45	1/semana	9	Profesorado

Tabla 10. Características de las intervenciones

Estudio	Intervención	N sesiones	Duración (min)	Periodicidad sesiones	Duración total de (semanas)	Proveedor
2018 [103]	(POtsdam Prevention at Schools, POPS)					
Wilksch, 2015 [104]	Alfabetización mediática (Media Smart)	8	50	2/semana	4	Profesorado
Wilksch, 2015 [105]	Alfabetización mediática (Media Smart)	7	44	2/semana	3	Estudiantes de postgrado en psicología
	Prevención de la obesidad (Life Smart)	7	44	2/semana	3	Estudiantes de postgrado en psicología
	Alfabetización mediática (HELPP)	8	45	2/semana	4	Estudiantes de postgrado en psicología
Wilksch, 2009 [57]	Alfabetización mediática (Media Smart)	8	50	2/semana	4	Profesorado
Wilksch, 2013 [106]	Prevención de la obesidad (Life Smart)	8	50	2/semana	4	Investigador especializado en psicología clínica

Tabla 11. Características de las intervenciones multicomponentes

Estudio	Intervención	Componentes											
		Autoestima/Autoconcepto	Alfabetización mediática	Afrontamiento burlas de os compañeros/bullying	Trabajo en grupos	Hábitos de vida saludable	Manejo del estrés/emociones	Relaciones con los compañeros	Disonancia cognitiva	Mindfulness	Educación profesorado/padres y madres	Asertividad	Counselling
Agam-Bitton, 2018 [107]	Multicomponente (In Favour of Myself)	✓	✓		✓			✓	✓				
Buerger, 2019 [91]	Multicomponente (Mainz School Training of Eating Disorder Prevention, MaiStep)	✓	✓		✓		✓	✓		✓			
Cousineau, 2010 [92]	Multicomponente (Trouble on the Tightrope: In Search of Skateboard Sam)	✓				✓		✓					

Tabla 11. Características de las intervenciones multicomponentes

Estudio	Intervención	Componentes											
		Autoestima/Autoconcepto	Alfabetización mediática	Afrontamiento burlas de os compañeros/bullying	Trabajo en grupos	Hábitos de vida saludable	Manejo del estrés/emociones	Relaciones con los compañeros	Disonancia cognitiva	Mindfulness	Educación profesorado/padres y madres	Asertividad	Counselling
Gasanov, 2018 [62]	Multicomponente (Young in Favor of Myself)	✓	✓			✓	✓						
McCabe, 2006 [100]	Multicomponente (Active Children and Esteem Study - ACE Kids)	✓		✓			✓	✓					
McVey, 2007 [101]	Multicomponente (Healthy School-Healthy Kids)	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓			✓	✓	
Singhal, 2010 [102]	Multicomponente					✓					✓		✓

Tabla 11. Características de las intervenciones multicomponentes

Estudio	Intervención	Componentes											
		Autoestima/Autoconcepto	Alfabetización mediática	Afrontamiento burlas de os compañeros/bullying	Trabajo en grupos	Hábitos de vida saludable	Manejo del estrés/emociones	Relaciones con los compañeros	Disonancia cognitiva	Mindfulness	Educación profesorado/padres y madres	Asertividad	Counselling
Sundgot-Borgen, 2019 [63]	Multicomponente (Healthy Body Image)	✓	✓			✓							
Warschburger, 2018 [103]	Multicomponente (POtsdam Prevention at Schools, POPS)	✓	✓	✓		✓	✓	✓					

NA: no aplica; NI: no informa

IV.1.2.5. Medidas de resultado

Las medidas de resultado más importantes utilizadas en cada uno de los estudios incluidos se muestran en la Tabla 12.

Tabla 12. Medidas de resultado de los estudios incluidos. Efectividad

Estudio	Medidas antropométricas (peso, altura circunferencia abdominal, IMC)	Síntomas/actitudes TCA	Preocupación por el peso	Preocupación por la figura	Insatisfacción corporal	Obsesión por la delgadez	Actitudes Socioculturales Hacia Apariencia	Estima Corporal	Autoestima/Autoconcepto	Calidad de vida
Agam-Bitton, 2018 [107]					✓	✓		✓	✓	
Anuel, 2012 [108]			✓		✓					
Austin, 2007 [109]			✓							
Bonsergent, 2013 [110]	✓									
Buerger, 2019 [91]					✓	✓				
Cousineau, 2010 [92]								✓	✓	
Diedrichs, 2015 [93]		✓			✓		✓	✓	✓	
Eickman, 2018 [94]		✓	✓	✓			✓		✓	

Tabla 12. Medidas de resultado de los estudios incluidos. Efectividad

Estudio	Medidas antropométricas (peso, altura circunferencia abdominal, IMC)	Síntomas/actitudes TCA	Preocupación por el peso	Preocupación por la figura	Insatisfacción corporal	Obsesión por la delgadez	Actitudes Socioculturales Hacia Apariencia	Estima Corporal	Autoestima/Autoconcepto	Calidad de vida
Escoto Ponce de León, 2008 [95]		✓			✓				✓	
Gasanov, 2018 [62]		✓				✓	✓	✓	✓	
Grave, 2001 [90]		✓	✓	✓					✓	
Gumz, 2017 [96]		✓					✓	✓	✓	
Halliwell, 2016 [97]							✓	✓		
Johnson, 2016 [98]			✓	✓						
Marcus, 2009 [99]	✓									
McCabe, 2006 [100]					✓					
McVey, 2007 [101]		✓			✓		✓			
O'Dea, 2000 [64]			✓	✓	✓				✓	
Singhal, 2010 [102]	✓				✓				✓	

Tabla 12. Medidas de resultado de los estudios incluidos. Efectividad

Estudio	Medidas antropométricas (peso, altura circunferencia abdominal, IMC)	Síntomas/actitudes TCA	Preocupación por el peso	Preocupación por la figura	Insatisfacción corporal	Obsesión por la delgadez	Actitudes Socioculturales Hacia Apariencia	Estima Corporal	Autoestima/Autoconcepto	Calidad de vida
Sundgot-Borgen, 2019 [63]								✓		✓
Wade, 2003 [56]		✓	✓	✓					✓	
Warschburger, 2018 [103]		✓		✓	✓	✓	✓			
Wilksch, 2015 [104]		✓	✓	✓	✓		✓		✓	
Wilksch, 2015 [105]	✓		✓	✓	✓		✓			
Wilksch, 2009 [57]			✓	✓	✓		✓		✓	
Wilksch, 2013 [106]			✓	✓	✓		✓			

IV.1.3 Calidad metodológica de los estudios incluidos

La Tabla 13 muestra el resumen de la valoración del riesgo de sesgo de los ECA incluidos. La valoración completa de la calidad metodológica de los estudios se describe en el Anexo 10.

Tabla 13. Riesgo de sesgo de los ECA incluidos. Criterios Cochrane

Primer autor, año	Generación de la secuencia aleatorizada (sesgo de selección)	Ocultación de la asignación (sesgo de selección)	Cegamiento de los participantes y del personal (sesgo de realización)	Cegamiento de la evaluación de los resultados (sesgo de detección)	Manejo de los datos de resultados incompletos (sesgo de desgaste)	Notificación selectiva (sesgo de notificación)
Agam-Bitton, 2018 [107]	+	-	-	-	+	+
Anuel, 2012 [108]	-	-	-	-	?	?
Austin, 2007 [109]	?	?	-	-	-	?
Bonsergent, 2013 [110]	?	-	-	-	+	+
Buerger, 2019 [91]	+	?	-	-	+	?
Cousineau, 2010 [92]	?	?	-	-	+	?
Diedrichs, 2015 [93]	+	?	-	-	-	+
Eickman, 2018 [94]	-	?	-	-	+	?

Tabla 13. Riesgo de sesgo de los ECA incluidos. Criterios Cochrane

Primer autor, año	Generación de la secuencia aleatorizada (sesgo de selección)	Ocultación de la asignación (sesgo de selección)	Cegamiento de los participantes y del personal (sesgo de realización)	Cegamiento de la evaluación de los resultados (sesgo de detección)	Manejo de los datos de resultados incompletos (sesgo de desgaste)	Notificación selectiva (sesgo de notificación)
Escoto Ponce de León, 2008 [95]	?	?	-	-	+	?
Gasanov, 2018 [62]	?	?	-	-	?	?
Grave, 2001 [90]	-	?	-	-	+	?
Gumz, 2017 [96]	?	-	-	-	+	+
Halliwell, 2016 [97]	?	?	-	-	-	?
Johnson, 2016 [98]	+	?	-	-	-	?
Marcus, 2009 [99]	-	?	?	-	-	?
McCabe, 2006 [100]	?	?	-	-	-	?
McVey, 2007 [101]	+	?	-	-	-	?
O'Dea, 2000 [64]	-	-	-	-	+	?
Singhal, 2010 [102]	?	?	?	+	-	?
Sundgot-Borgen, 2019 [63]	?	-	-	-	-	+

Tabla 13. Riesgo de sesgo de los ECA incluidos. Criterios Cochrane						
Primer autor, año	Generación de la secuencia aleatorizada (sesgo de selección)	Ocultación de la asignación (sesgo de selección)	Cegamiento de los participantes y del personal (sesgo de realización)	Cegamiento de la evaluación de los resultados (sesgo de detección)	Manejo de los datos de resultados incompletos (sesgo de desgaste)	Notificación selectiva (sesgo de notificación)
Wade, 2003 [56]	-	-	-	-	?	?
Warschburger, 2018 [103]	?	-	-	-	+	?
Wilksch, 2015 [104]	+	?	-	-	-	+
Wilksch, 2015 [105]	?	?	-	-	?	?
Wilksch, 2009 [57]	?	?	-	-	?	+
Wilksch, 2013 [106]	?	?	-	-	?	?

+: bajo riesgo de sesgo; -: alto riesgo de sesgo; ?: riesgo de sesgo incierto

El 23% de los estudios ofrece información explícita sobre cómo se realizó el método de aleatorización, por lo que presentan un bajo riesgo de sesgo de selección[91,93,98,101,104,107]. En el 50% de los casos se presenta un riesgo de sesgo incierto debido a que, aunque no presentaron diferencias significativas en la línea base de las medidas principales, no describieron el método de aleatorización. Los restantes estudios presentan un riesgo de sesgo alto.

La ocultación de la asignación no fue descrita en el 69% de los estudios y presenta un alto riesgo de sesgo. El resto de estudios (31%) presentó un riesgo de sesgo alto al declarar abiertamente no haber llevado a cabo ocultación de la asignación, haber informado a las y los

participantes o no ser posible debido a la naturaleza de la intervención [56,63,64,96,103,107,108,110].

En el dominio correspondiente al cegamiento de las y los participantes y el personal, prácticamente en la totalidad de los estudios presentados (92%) tiene un alto riesgo de sesgo. Debido a la naturaleza de la intervención no fue posible el cegamiento. El 8% de los estudios presenta un riesgo de sesgo incierto [99,102]. El sesgo de detección, relacionado con el cegamiento en la evaluación de los resultados, es alto en el 96% de los casos debido a que las medidas estudiadas son autoinformadas, el participante se convierte en el/la evaluador de resultados. El 4% de los estudios presentan un riesgo de sesgo bajo [102].

Se presenta un alto riesgo de sesgo de desgaste en el 38,5% de los estudios [63,93,97–102,104,109], el 38,5% presentan un bajo riesgo de sesgo en este dominio [64,90–92,94–96,103,107,110], mientras que en el 23% restante existe incertidumbre [56,57,62,105,106,108].

En cuanto al denominado sesgo de notificación, siete estudios (27%) muestran un bajo riesgo de sesgo[57,63,93,96,104,107,110], al tiempo que en el resto de ellos (73%) no puede ser valorado.

En ningún estudio se declaró conflicto de interés.

IV.1.4 Descripción y análisis de resultados

En las tablas de evidencia (Anexo 9) se muestran los principales hallazgos obtenidos en los estudios incluidos. En el Anexo 11 se muestran los resultados de la estimación de la magnitud del efecto global para las medidas de resultado que pudieron ser meta-analizadas, el análisis de subgrupo y la evaluación del sesgo de publicación.

IV.1.4.1. Diagnóstico de TCA

Ninguno de los estudios considerados evalúa el número de niños, niñas, preadolescentes o adolescentes con diagnóstico de TCA (número de casos evitados).

IV.1.4.2. Síntomas de TCA

En total, nueve estudios compararon las estrategias de prevención con una intervención control e informaron sobre el cambio en los niveles de

síntomas de TCA desde los valores iniciales (preintervención)[1] hasta los valores finales o postintervención [62,93–96,101] a los 3 meses [62,93,103], 6 meses [90,95,96,101] y 12 meses [90,104] de seguimiento con las escalas *Eating Attitudes Test* (EAT) o su versión para niños y niñas *Children´s Eating Attitudes Test* (ChEAT) [62,90,95,101,103], *la Eating Disorder Examination-Self-Report Questionnaire (*EDE-Q) [90,94,96] y/o el cuestionario SCOFF [93].

De los estudios incluidos, dos estudios evaluaron programas de alfabetización mediática, dos estudios un programa cognitivo / cognitivo-conductual, un estudio un programa basado en la disonancia cognitiva, y tres estudios diferentes estrategias multicomponente. En seis estudios incluidos se informó de manera separada de los resultados en chicas y cinco en chicos.

En general, no se observa efecto de los programas de prevención universal de los TCA en comparación con el control tras la intervención. Sin embargo, se obtiene un nivel de heterogeneidad considerable (SMD= -0,14; IC95%: -0,97, 0,00; [heterogeneidad: Chi^2= 47,75, df= 15; P< 0,01; I^2= 69%]; k= 7; n= 4.166).

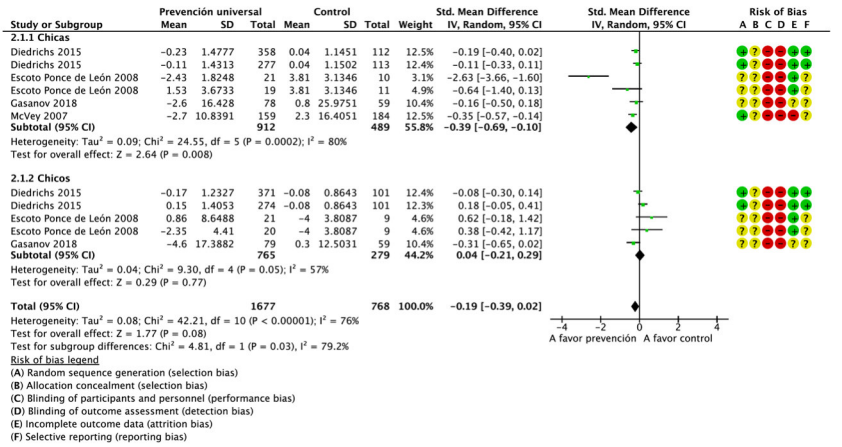
Tampoco se observa efecto a los 3 meses (SMD= -0,03; IC95%: -0,10, 0,05; [heterogeneidad: Chi^2= 3,33, df= 7; P=0,84; I^2= 0%]; k= 3; n= 3.148), 6 meses (SMD= -0,06; IC95%: -0,15, 0,02; [heterogeneidad: Chi^2= 2,60, df= 7; P< 0,01; I^2= 0%]; k= 6; n= 2.021) y 12 meses de seguimiento (SMD= -0,04; IC95%: -0,15, 0,07; [heterogeneidad: Chi^2= 0,98, df= 3; P= 0,81; I^2= 0%]; k= 2; n= 1.272).

En un análisis del efecto postintervención por género, se encuentran diferencias entre los subgrupos (Chi^2= 4,81, df = 1; P = 0,03, I^2= 79,2%). Las chicas en las que se aplicó un programa de prevención universal muestran una disminución de los síntomas de TCA frente a las asignadas al control (SMD= -0,39; IC95%: -0,69, -0,10; [heterogeneidad: Chi^2= 24,55, df = 5; P< 0,01; I^2= 80%]; k= 4; n= 1.401); mientras que no se observa este efecto en los chicos (SMD= 0,04; IC95%: -0,21, 0,29; [heterogeneidad: Chi^2= 9,30, df = 4; P= 0,05; I^2= 57%]; k= 3; n= 1.044). Con el fin de controlar la alta heterogeneidad hallada en el efecto en chicas, se planteó un análisis de sensibilidad eliminando los datos de cada estudio uno a uno. La exclusión del estudio de Escoto Ponce de León *et al.* 2008 elimina la heterogeneidad estadística encontrada sin modificar sustancialmente el resultado del efecto (SMD_{chicas}= -0,21;

[1] Tan solo los participantes del estudio de Warschburger 2018 presentaron puntuaciones basales que podrían indicar la presencia de un posible TCA (EAT-26 = 20,1).

IC95%: -0,33, -0,10; [heterogeneidad: Chi²= 2,64, df = 3; P = 0,45; I²= 0%]; k= 3; n= 1.340). Se realizó el mismo análisis en chicos, sin embargo, esta eliminación no modificó sustancialmente el nivel de heterogeneidad estadística encontrada.

Figura 2. Cambio en los niveles de síntomas de TCA desde los valores iniciales hasta los valores finales (postintervención) por género



Se realizó un segundo análisis de subgrupos por intervención. Se encuentran diferencias estadísticamente significativas entre los subgrupos (Test for subgroup differences: Chi²= 8,32, df = 2; P = 0,04, I²= 64%). Si bien el efecto global para las intervenciones evaluadas no es significativo, sí que se observa una disminución de los síntomas de TCA en el grupo que recibió una estrategia de prevención multicomponente (SMD= -0,30; IC95%: -0,46, -0,14; [heterogeneidad: Chi²= 0,90, df= 2; P= 0,64; I²= 0%]; k= 2; n= 618).

Se planteó un último análisis de subgrupo por escala de medida en el que no se observan diferencias (Test for subgroup differences: Chi²= 3,42 df = 2; P= 0,18, I²= 41,6%).

IV.1.4.3. Factores de riesgo

IV.1.4.3.1. Preocupación por el peso

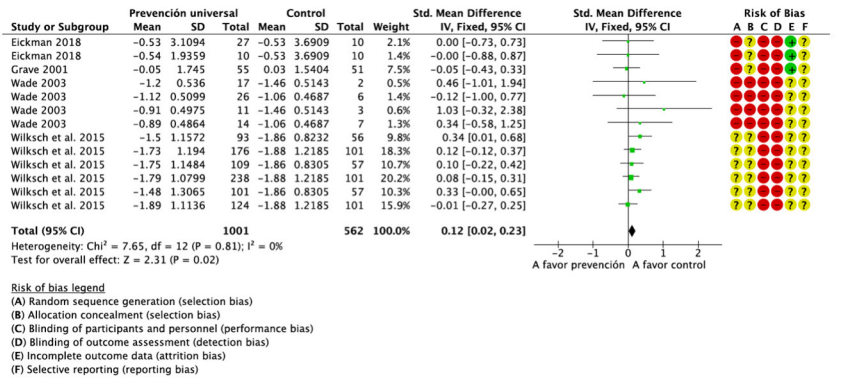
En total, cuatro estudios compararon las estrategias de prevención de los TCA con una intervención control e informaron sobre el cambio en los niveles de preocupación por el peso desde los valores iniciales

(preintervención) hasta los valores finales o postintervención [56,90,94,105] a los 3 meses [56], 6 meses (Dalle Grave et al., 2001; S.M Wilksch et al., 2015) y 12 meses (Dalle Grave et al., 2001; S.M Wilksch et al., 2015) de seguimiento con la escala EDE-Q. Adicionalmente, en cuatro estudios se informó de los niveles de preocupación por el peso y la figura de manera conjunta a través de la puntuación global en el EDE-Q [98,106,114,115] y de insatisfacción corporal y preocupación por el peso a través del *Body Shape Questionnaire* [108] por lo que no pudieron ser incluidos en el análisis. Finalmente, en el estudio de Austin *et al.* 2007 [109] se informa del riesgo de desarrollar conductas de control del peso desadaptativas tras una intervención de prevención de la obesidad con una disminución del riesgo únicamente en las chicas intervenidas (OR: 0,91; IC95%: 0,27-3,13).

En los estudios incluidos en el análisis se evaluó un programa de prevención universal de los TCA basado en la disonancia cognitiva [94], un programa cognitivo o cognitivo conductual [90], un programa de mejora de la autoestima [56], un programa de prevención de la obesidad [105] y programas de alfabetización mediática [105]. Dos estudios incluidos informaron de los resultados por género [56,105].

En general, en el análisis del efecto postintervención, parece que el alumnado que fue incluido en algún programa de prevención universal de los TCA presenta un menor cambio en los niveles de preocupación relacionados con el peso que el asignado a los grupos control (SMD= 0,12; IC95%: 0,02, 0,23; [heterogeneidad: Chi^2= 7,67, df= 12; P= 0,81; I^2 = 0%]; k= 4; n= 1.563).

Figura 3. Cambio en los niveles de preocupación por el peso desde los valores iniciales hasta los valores finales (postintervención)



No se observa efecto sobre los niveles de preocupación por el peso a los 3 meses (SMD= -0,16; IC95%: -0,68, 0,37; [heterogeneidad: Chi^2= 1.02, df= 3; P=0,79; I^2= 0%]; k= 1; n= 86), 6 meses (SMD= -0,04; IC95%: -0,15, 0,07; [heterogeneidad: Chi^2= 1,11, df= 6; P= 0,98; I^2= 0%]; k= 2; n= 1.420) y 12 meses (SMD= -0,05; IC95%: -0,16, 0,15; [heterogeneidad: Chi^2= 5,88, df= 6; P= 0,44; I^2= 0%]; k= 2; n= 1.420).

En un análisis del efecto postintervención por género, si bien no se encuentran diferencias entre los subgrupos (Test for subgroup differences: Chi^2= 1,86, df = 1; P= 0,17, I^2= 46,3%), sí se observa un ligero aumento en el nivel de preocupación por el peso en los chicos que recibieron el programa de prevención de los TCA (SMD= 0,24; IC95%: 0,06, 0,42; [heterogeneidad: Chi^2= 1,98, df= 4; P= 0,74; I^2= 0%]; k= 2; n= 526), mientras que no se observó ese efecto en las chicas (SMD= 0,08; IC95%: -0,06, 0,22; [heterogeneidad: Chi^2= 2,71, df= 4; P= 0,61; I^2= 0%]; k= 2; n= 874).

Se realizó un segundo análisis de subgrupos por intervención. Tampoco se encuentran diferencias estadísticamente significativas entre los subgrupos (Test for subgroup differences: Chi^2= 1,71, df = 4; P = 079 , I^2= 0%). Ninguna de las intervenciones evaluadas mostó un efecto global significativo (disonancia cognitiva, cognitivo o cognitivo-conductual, mejora de la autoestima y prevención de la obesidad) excepto para los programas de alfabetización mediática en los que se observa un aumento en el nivel de preocupación por el peso (SMD= 0,18; IC95%: 0,04, 0,32; [heterogeneidad: Chi^2= 5,49, df= 5; P= 0,36; I^2= 9%]; k= 2; n= 844).

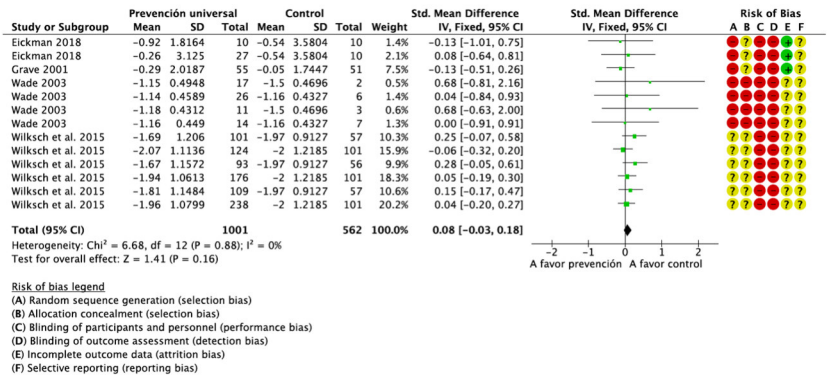
IV.1.4.3.2. Preocupación por la figura

En total, cuatro estudios informaron sobre el cambio en los niveles de preocupación por la figura desde los valores iniciales (preintervención) hasta los valores finales o postintervención [56,90,94,105], a los 3 meses [56], 6 meses [90,105] y 12 meses [90,105] de seguimiento con la escala EDE-Q. Los estudios evaluaron un programa de prevención universal de los TCA basado en la disonancia cognitiva [94], un programa cognitivo o cognitivo-conductual [90,105], un programa de mejora de la autoestima [56], un programa de prevención de la obesidad (S. M. Wilksch et al., 2015) y programas de alfabetización mediática [56,105] . Dos de ellos informaron de los resultados por género.

En general, no se observa ningún efecto sobre los niveles de preocupación relacionados con la figura en el análisis postintervención, (SMD= 0,08; IC95%: -0,03, 0,18; [heterogeneidad: Chi^2= 6,68, df= 12; P= 0,88; I^2 = 0%]; k= 4; n= 1.563), ni a los 3 meses (SMD= -0,06; IC95%: -0,59, 0,47; [heterogeneidad: Chi^2= 0,99, df= 3; P=0,80; I^2= 0%]; k= 1; n=

86), 6 meses (SMD= 0,06; IC95%: -0,05, 0,17; [heterogeneidad: Chi^2= 0,99, df= 6; P= 0,99; I^2= 0%]; k= 2; n= 1.420) y 12 meses (SMD= -0,04; IC95%: -0,15, 0,07; [heterogeneidad: Chi^2= 5,66, df= 6; P= 0,46; I^2= 0%]; k= 2; n= 1.420).

Figura 4. Cambio en los niveles de preocupación por la figura desde los valores iniciales hasta los valores finales (postintervención)



IV.1.4.3.3. Insatisfacción corporal

En total, 12 estudios informaron sobre el cambio en los niveles de insatisfacción corporal desde los valores iniciales (preintervención) hasta los valores finales o postintervención [64,91,93,95,104,105,108,114,116], a los 3 meses [93,108,117], 6 meses [95,101,105,114,118] y 12 meses [64,91,104,105,108,114,116,117] de seguimiento con las escalas *Eating Disordes Inventory* (EDI) [64,91,104,105,108,114,116,117], *Body Image Scale* [95], *Body Shape Questionnaire* [93,101], *Body Satisfaction Scale* [100]. Wade *et al.* 2003 [116] no encontraron un efecto sobre los niveles de insatisfacción tras la intervención (P= 0,79) ni a los tres meses de seguimiento (P= 0,57), pero no aportaron datos suficientes para ser incluidos en el meta-análisis. Adicionalmente, en un estudio se informó de los niveles de insatisfacción corporal y preocupación por el peso a través del *Body Shape Questionnaire* [108] y en otro se evaluaron los niveles de satisfacción con una escala elaborada ad hoc para el estudio y no validada, por lo que tampoco pudieron ser incluidos en el análisis. Diez estudios informan de los resultados por género [91,93,95,100,101,104,105,108,114,116].

Cuatro estudios evaluaron programas de alfabetización mediática [93,104,105,114], cinco estrategias multicomponente [91,100,101,108,117], dos programas dirigidos a la prevención de factores de riesgo de la obesidad[105,116], un programa dirigido a la mejora de la autoestima[64] y uno cognitivo-conductual implementado de manera didáctica e interactiva [95].

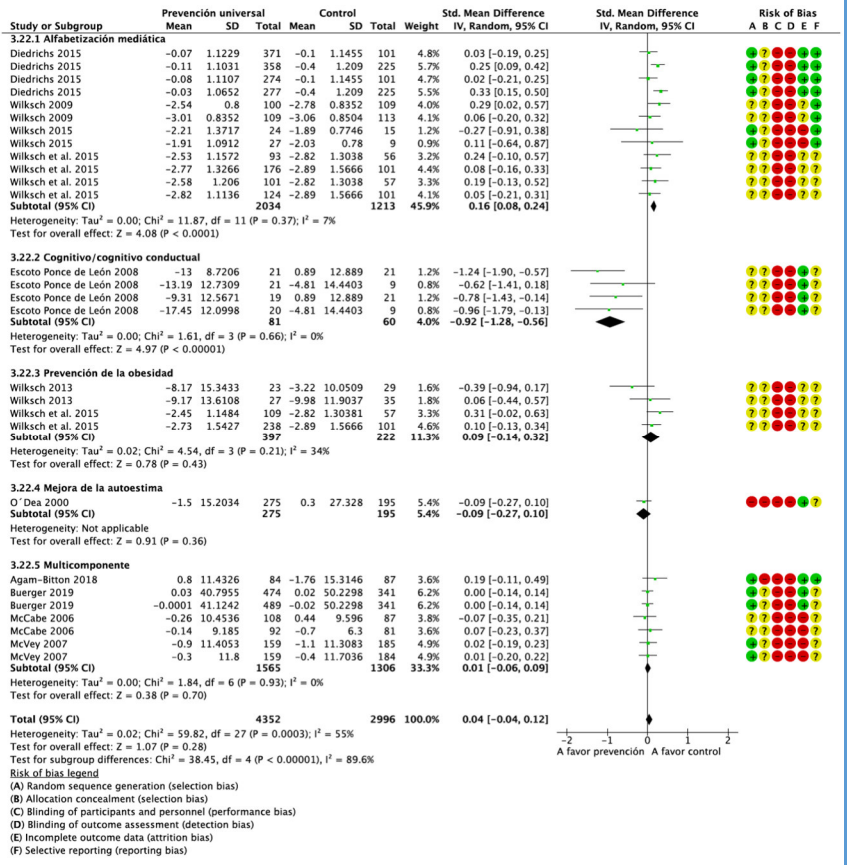
No se observa efecto de los programas de prevención universal de los TCA en comparación con el grupo control en los niveles de insatisfacción corporal postintervención, aunque con un nivel considerable de heterogeneidad (SMD= 0,04; IC95%: -0,04, 0,12; [heterogeneidad: Chi^2= 59,82, df= 27; P< 0,01; I^2= 55%]; k= 11; n= 7.248). Tampoco se observa efecto a los tres meses frente a los asignados al control, aunque este resultado muestra una heterogeneidad muy alta (SMD= 0,14; IC95%: 0,06, 0,21; [heterogeneidad: Chi^2= 44,44, df = 5; P< 0,01; I^2= 89%]; k= 3; n= 3.215). A los 6 meses se mantiene sin efecto (SMD= 0,04; IC95%: -0,04, 0,12; [heterogeneidad: Chi^2= 24,90, df= 15; P= 0,05; I^2= 40%]; k= 5; n= 2.660) hasta los 12 meses (SMD= 0,00; IC95%: -0,06, 0,06; [heterogeneidad: Chi^2= 5,52, df= 11; P= 0,90; I^2= 0%]; k= 5; n= 4.829).

En un análisis del efecto postintervención por género, no se encuentran diferencias entre los subgrupos ni en el cambio postintervención (Test for subgroup differences: Chi^2= 0,99, df = 1; P = 0,32 , I^2= 0%), ni a los tres meses (Test for subgroup differences: Chi^2= 0,08, df = 1; P = 0,77, I^2= 0%).

Se realizó un segundo análisis de subgrupos por intervención. Se observan diferencias estadísticamente significativas por tipo de programa preventivo tanto en el momento postintervención (Test for subgroup differences: Chi^2= 38,45, df = 4; P< 0,01, I^2= 89,6%) como a los tres meses (Test for subgroup differences: Chi^2= 4,77, df = 1; P= 0,03, I^2= 79,1%). Los programas de prevención de la obesidad ($SMD_{postintervención}$ = 0,09, IC95%: -0,14, 0,32; [heterogeneidad: Chi^2= 4,54, df= 3; P= 0,21; I^2= 34%]; k= 2; n= 619), mejora de la autoestima ($SMD_{postintervención}$ = -0,09; IC95%: -0,27, 0,10; k= 1; n= 470) y multicomponente ($SMD_{postintervención}$= -0,01; IC95%: -0,06, 0,09; [heterogeneidad: Chi^2= 1,84, df= 6; P= 0,93; I^2= 0%]; k= 4; n= 2.871; $SMD_{3\ meses}$= -0,03; IC95%: -0,14, 0,08; [heterogeneidad: Chi^2= 0,01, df= 1; P= 0,94; I^2= 0%]; k= 2; n= 1.283) no muestran efectos sobre los niveles de insatisfacción corporal. El programa cognitivo-conductual muestra una mejora en el grupo de intervención ($SMD_{postintervención}$ = -0,92; IC95%: -1,28, -0,56; [heterogeneidad: Chi^2= 1,61, df= 3; P= 0,66; I^2= 0%]; k= 1; n= 141) y el programa de alfabetización mediática un empeoramiento ($SMD_{postintervención}$= 0,16; IC95%: 0,08, 0,24;

[heterogeneidad: Chi²= 11,87, df= 11; P= 0,37; I²= 7%]; k= 4; n= 3.247; $SMD_{3\ meses}$= 0,33; IC95%: 0,03, 0,64; k= 1; n= 1.932).

Figura 5. Cambio en los niveles de insatisfacción corporal desde los valores iniciales hasta los valores finales (postintervención) por intervención



Se realizó un tercer análisis de subgrupos por escala de medida. Se observan diferencias estadísticamente significativas (Test for subgroup differences: Chi²= 29,01, df = 3; P< 0,01, I²= 89,7%). Mientras que no se obtiene significación en los subgrupos que miden el cambio en insatisfacción con la escala EDI, *Body Image Scale* y *Body Satisfaction Scale*, sí se observan cuando se mide con el *Body Shape Questionnaire*. Con el fin de controlar la heterogeneidad, se planteó un análisis de sensibilidad comparando par a par los subgrupos. Se observaron

diferencias en la comparación de las escalas EDI, *Body Image Scale* y *Body Satisfaction Scale* y *Body Shape Questionnaire.* Se observaron diferencias en la comparación de todas las escalas con *Body Shape Questionnaire* (EDI: Chi^2= 276,90, df= 1 ; P> 0,01, I^2= 96,3%; *Body Image Scale*: Chi^2= 18,55, df= 1 ; P> 0,01, I^2= 94,6%; *Body Satisfaction Scale*: Chi^2= 28,50, df= 1 ; P> 0,01, I^2= 96,5%). Su eliminación controla la heterogeneidad (Chi^2= 30,37, df= 23 ; P= 0,14, I^2= 24%), así como las diferencias de subgrupo (Test for subgroup differences: Chi^2= 1,38, df = 1; P= 0,50, I^2= 0%) sin modificar el efecto global (SMD= 0,08; IC95%: 0,03, 0,14). El análisis a los 3 meses mostró el mismo comportamiento que el análisis de subgrupo por tipo de intervención (Test for subgroup differences: Chi^2= 4,77, df = 1; P= 0,03, I^2= 79,1%), dado que los estudios que evaluaron estrategias multicomponente emplearon la escala EDI ($SMD_{3\ meses}$= -0,03; IC95%: -0,14, 0,08; [heterogeneidad: Chi^2= 0,01, df= 1; P= 0,94; I^2= 0%]; k= 2; n= 1.283);mientras que el estudio que evaluó el programa de alfabetización mediática empleó la *Body Satisfaction Scale* ($SMD_{3\ meses}$= 0,33; IC95%: 0,03, 0,64; k= 1; n= 1.932).

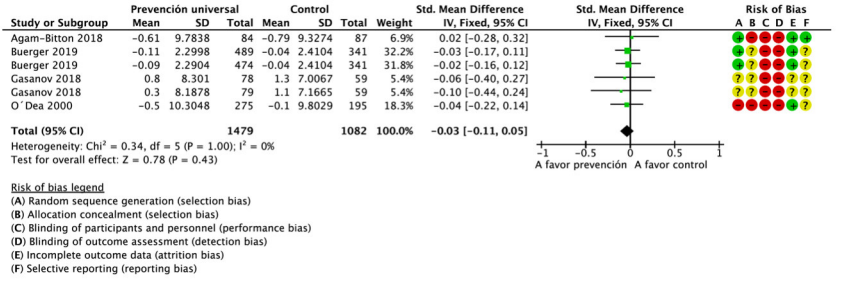
IV.1.4.3.4. Obsesión por la delgadez

Cinco estudios informaron sobre el cambio en los niveles de obsesión por la delgadez desde los valores iniciales (preintervención) hasta los valores finales o postintervención [62,64,91,108], a los 3 meses [62,108,117] y 12 meses de seguimiento con la escala EDI [64,91,117].

Los estudios evaluaron un programa de prevención universal de los TCA basado en la mejora de la autoestima [64] y diferentes estrategias multicomponente [62,91,108,117]. Todos informaron de los resultados por género.

No se observa ningún efecto sobre los niveles de obsesión por la delgadez en el postintervención, (SMD= -0,03; IC95%: -0,11, 0,05; [heterogeneidad: Chi^2= 0,34, df= 5; P= 1,00; I^2 = 0%]; k= 4; n= 2.561), a los 3 meses (SMD= -0,04; IC95%: -0,13, 0,06; [heterogeneidad: Chi^2= 0,61, df= 4; P=0,96; I^2= 0%]; k= 3; n= 1.612) y 12 meses (SMD= -0,02; IC95%: -0,09, 0,05; [heterogeneidad: Chi^2= 0,98, df= 4; P= 0,91; I^2= 0%]; k= 3; n= 3.290).

Figura 6. Cambio en los niveles de obsesión por la delgadez desde los valores iniciales hasta los valores finales (postintervención)



IV.1.4.3.5. Actitudes socioculturales hacia la apariencia

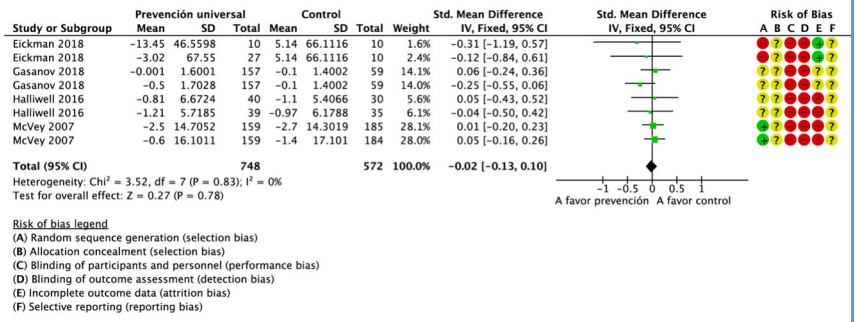
IV.1.4.3.5.1. Total

Cuatro estudios informaron sobre el cambio en las actitudes e influencias socioculturales sobre la imagen corporal desde los valores iniciales hasta los valores finales [62,94,97,101], a los 3 meses [62,97] y 6 meses de seguimiento con las escalas *Sociocultural Attitudes Toward Appearance Questionnaire* (SATAQ) (Eickman et al., 2018; Gasanov et al., 2018; McVey et al., 2007) y *Multi-dimensional Media Influence Scale* (Halliwell et al., 2016).

Los estudios evaluaron un programa de prevención universal de los TCA basado en la disonancia cognitiva, un programa de alfabetización mediática y estrategias multicomponentes. Tres de ellos informaron de los resultados por género.

No se observa ningún efecto en el análisis del cambio en relación a los valores postintervención (SMD= -0,02; IC95%: -0,13, 0,10; [heterogeneidad: Chi²= 3,52, df= 7; P= 0,83; I² = 0%]; k= 4; n= 1.320), a 3 meses (SMD= -0,04; IC95%: -0,19, 0,11; [heterogeneidad: Chi²= 3,43, df= 3; P=0,33; I²= 12%]; k= 2; n= 694) y 6 meses (SMD= -0,07; IC95%: -0,22, 0,08; k= 1; n= 688).

Figura 7. Cambio en los niveles de actitudes socioculturales hacia la apariencia desde los valores iniciales hasta los valores finales (postintervención)



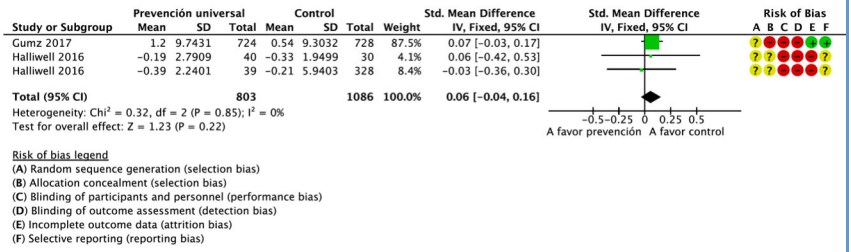
IV.1.4.3.5.2. Presión percibida por los medios de comunicación

Tres estudios informaron sobre el cambio en los niveles de presión (sentimiento de ser presionado por los medios de comunicación para que acepte los ideales culturales sobre la apariencia física) desde los valores iniciales hasta los valores finales [96,97], a los 3 meses [97,117], 6 meses [96] y 12 meses [117] de seguimiento con las escalas SATAQ [96,117] y Multi-dimensional Media Influence Scale [97].

Los estudios incluidos evaluaron programas de alfabetización mediática [96,97] y una estrategia multicomponente [117]. Tan solo un estudio aportó resultados por género (Gumz et al., 2017).

No se observa efecto de los programas de prevención universal de los TCA en comparación con el control en los niveles de presión percibida por los medios de comunicación postintervención (SMD= 0,06; IC95%: -0,04, 0,16; [heterogeneidad: Chi²= 0,32, df= 2; P= 0,85; I² = 0%]; k= 2; n= 1.889), ni a los 3 meses (SMD= -0,07; IC95%: -0,18, 0,04; [heterogeneidad: Chi²= 0,67, df= 2; P= 0,72; I² = 0%]; k= 2; n= 1.256), 6 meses (SMD= -0,03; IC95%: -0,13, 0,08; k= 1; n= 1.452 y 12 meses (SMD= -0,07; IC95%: -0,18, 0,05; k= 1; n= 1.112).

Figura 8. Cambio en los niveles de presión percibida por los medios de comunicación desde los valores iniciales hasta los valores finales (postintervención)



IV.1.4.3.5.3. Internalización del ideal de belleza

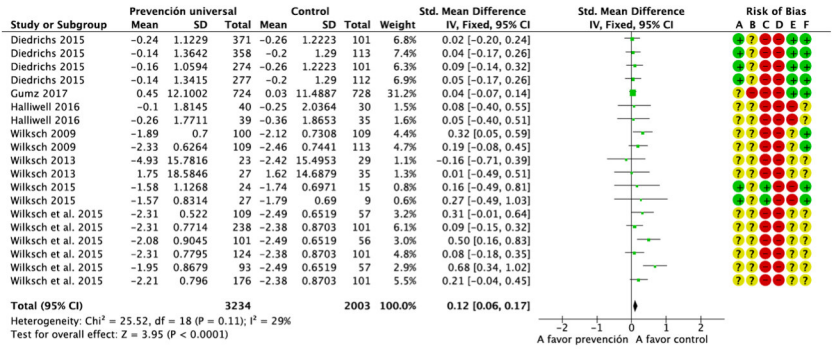
Siete estudios informaron sobre el cambio en los niveles de internalización del ideal de belleza promovido socialmente desde los valores iniciales hasta la postintervención [93,96,97,104,105,114,116], a los 3 meses [93,97,117], 6 meses [96,104,105,114] y 12 meses [105,114,117] de seguimiento con las escalas SATAQ (Diedrichs et al., 2015; Gumz et al., 2017; S. M. Wilksch et al., 2015; S. M. Wilksch & Wade, 2009; Simon M. Wilksch, 2015; Simon M Wilksch & Wade, 2013; Warschburger & Zitzmann, 2018b), y Multi-dimensional Media Influence Scale [97].

Los estudios incluidos evaluaron programas de alfabetización mediática (Diedrichs et al., 2015; Gumz et al., 2017; Halliwell et al., 2016; S. M. Wilksch et al., 2015; S. M. Wilksch & Wade, 2009; Simon M. Wilksch, 2015), dos programas dirigidos a la prevención de factores de riesgo de la obesidad [116,118] y una estrategia multicomponente [117]. Tan solo un estudio no informó de los resultados por género [96].

El alumnado en el que se aplicó un programa de prevención universal muestra un ligero aumento en los niveles de internalización del ideal de belleza socialmente establecido en el momento postintervención el momento postintervención (SMD= 0,12; IC95%: 0,06, 0,167 [heterogeneidad: Chi^2= 25,52, df= 18; P= 0,11; I^2 = 29%]; k= 7; n= 5.237). A los 3 meses se diluye ese efecto (SMD= -0,01; IC95%: -0,09, 0,07; [heterogeneidad: Chi^2= 6,35, df= 7; P= 0,50; I^2= 0%]; k= 3; n= 3.017). A los seis meses se observa nuevamente un aumento en los niveles de internalización del ideal de belleza en el momento postintervención (SMD= 0,16; IC95%: 0,05, 0,28; [heterogeneidad: Chi^2= 18,99, df= 10; P= 0,04; I^2 = 47%]; k= 4; n= 3.283) frente a los asignados al control, aunque con un nivel moderado de heterogeneidad. A los 12 meses se vuelve a

diluir ese efecto (SMD= 0,06; IC95%: -0,01, 0,14; [heterogeneidad: Chi^2= 12,30, df= 9; P= 0,20; I^2= 27%]; k= 3; n= 2.768).

Figura 9. Cambio en los niveles de internalización del ideal de belleza desde los valores iniciales hasta los valores finales (postintervención)



IV.1.4.4. Factores protectores

IV.1.4.4.1. Autoestima

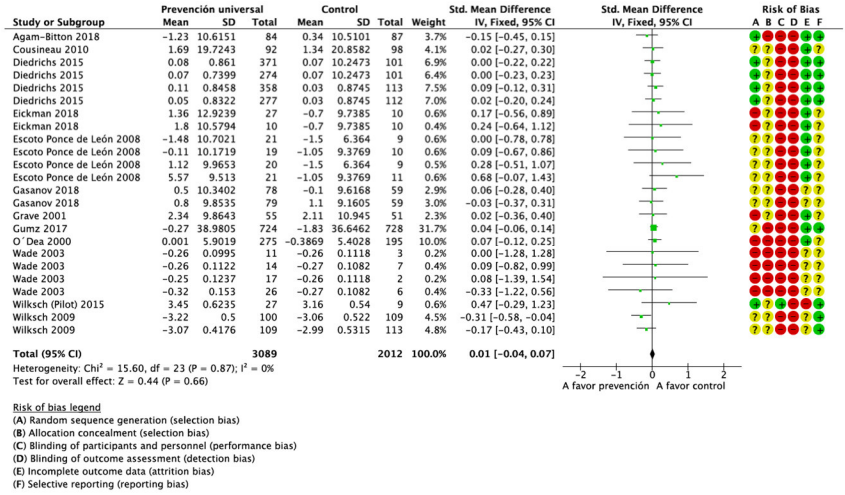
Trece estudios informaron sobre el cambio en los niveles de autoestima desde los valores iniciales (preintervención) hasta los valores finales o postintervención [55,56,62,64,90,92–96,104,107], a los 3 meses [56,62,93,107], 6 meses [90,95,96,104,114] y 12 meses [64,90,105] de seguimiento con las escalas *Rosenberg Self-esteem Scale* (RSE) [56,57,62,90,93,94,104,107], *Self-Perception Profile for Adolescents* [56,64,92], *Multidimensional Self-Concept Scale* [96] y *Children's Self-Esteem Inventory* [102]. En un estudio adicional se informó de los niveles de autoestima con una escala elaborada ad hoc para el estudio y no validada [102] por lo que sus datos no fueron incluidos en el análisis.

De los estudios incluidos, cinco estudios evaluaron programas de alfabetización mediática [56,57,93,96,104], dos estudios de un programa cognitivo / cognitivo-conductual [90,95], un estudio de un programa basado en la disonancia cognitiva [94], dos programas de mejora de la autoestima [56,64] y tres estudios con diferentes estrategias

multicomponente [62,92,107]. Nueve estudios aportaron datos por género [56,57,62,90,93–95,104,107].

En este caso, no se observa efecto de los programas de prevención universal de los TCA en el cambio de los niveles de autoestima desde los valores preintervención hasta los valores postintervención (SMD= 0,01; IC95%: -0,04, 0,07; [heterogeneidad: Chi²= 15,60, df= 23; P=0,87; I²= 0%]; k= 12; n= 5.101), ni a los 3 meses (SMD= 0,02; IC95%: -0,07, 0,10; [heterogeneidad: Chi²= 1,98, df= 11; P=1,00; I²= 0%]; k= 5; n= 2.529), 6 meses (SMD= 0,03; IC95%: -0,05, 0,12; [heterogeneidad: Chi²= 3,88, df= 8; P=0,87; I²= 0%]; k= 5; n= 2.167) y 12 meses (SMD= -0,07; IC95%: -0,20, 0,07; [heterogeneidad: Chi²=0,09, df= 3; P=0,99; I²= 0%]; k= 3; n= 865) en comparación con el grupo control.

Figura 10. Cambio en los niveles de autoestima desde los valores iniciales hasta los valores finales (postintervención)



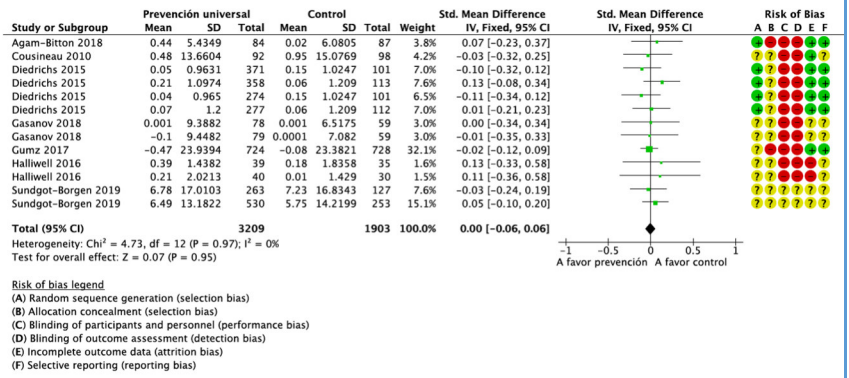
IV.1.4.4.2. Estima corporal

Siete estudios informaron sobre el cambio en los niveles de estima corporal desde los valores iniciales (preintervención) hasta los valores finales o postintervención, a los 3 meses, 6 meses y 12 meses -de seguimiento con las escalas *Body-Esteem Scale* [62,92,93,107], *Experience of Embodiment Scale* [63] y la subescala relacionada con el cuerpo de la *Multidimensional Self-Concept Scale* [96].

Los estudios incluidos evaluaron programas de alfabetización mediática [93,96,97] y estrategias multicomponente [62,63,92,107].

En general, no se observa un efecto de los programas de prevención universal de los TCA en el cambio de los niveles de estima corporal desde los valores preintervención hasta los valores postintervención (SMD= 0,00; IC95%: -0,06, 0,06; [heterogeneidad: Chi^2= 4,73, df= 12; P=0,97; I^2= 0%]; k= 7; n= 5.112), ni a los 3 meses (SMD= 0,01; IC95%: -0,06, 0,08; [heterogeneidad: Chi^2= 4,16, df= 11; P= 0,96; I^2= 0%]; k= 6; n= 3.615), 6 meses (SMD= 0,00; IC95%: -0,11 0,10; k= 1; n= 1.452) y 12 meses (SMD= 0,14; IC95%: 0,00, 0,28; [heterogeneidad: Chi^2=1,25, df= 1; P=0,26; I^2= 20%]; k= 1; n= 855) en comparación con el grupo control.

Figura 11. Cambio en los niveles de estima corporal desde los valores iniciales hasta los valores finales (postintervención)



IV.1.4.5. Calidad de vida

Tan solo un estudio evaluó un programa de prevención universal multicomponente e informó de la calidad de vida y del estado de salud desde los valores iniciales (preintervención) hasta los valores postintervención, a los 3 meses y 12 meses de seguimiento con la escala KIDSCREEN-10 [63].

No se observa un efecto de los programas de prevención universal de los TCA sobre la calidad de vida o el estado de salud en el momento postintervención ($SMD_{calidad\ de\ vida}$= -0,08; IC95%: -0,38, 0,23; k= 1; n= 1.173; $SMD_{estado\ de\ salud}$= -0,00; IC95%: -0,18, 0,19; k= 1; n= 1.173), a los 3 meses ($SMD_{calidad\ de\ vida}$= -0,06; IC95%: -0,36, 0,24; k= 1; n= 1.158; $SMD_{estado\ de\ salud}$= -0,10; IC95%: -0,22, 0,02; k= 1; n= 1.161) y 12 meses de seguimiento ($SMD_{calidad\ de\ vida}$= 0,00; IC95%: -0,14, 0,14; k= 1; n= 925).

IV.1.4.6. Medidas antropométricas

Los cuatro estudios incluidos evaluaron programas de prevención de la obesidad [99,104], de alfabetización mediática [105] y estrategias multicomponente [102,110] e informaron sobre el IMC [102,105] o los niveles de obesidad y sobrepeso [99,110] tras la intervención.

Bonsergent *et al.* [110] observaron que el alumnado que había recibido un paquete del programa basado en el control y cuidado nutricional dentro de un programa multicomponente presentaba un aumento menor en el IMC (P= 0,03) y una disminución del 1,71% mayor en la prevalencia de sobrepeso / obesidad (P= 0,03) que los que no habían recibido dicho componente. Sin embargo, Singhal *et al.* [102] no obtuvieron diferencias en el IMC entre los centros en los que se implementó una estrategia multicomponente y los que no (IC95%: -0,18, 0,34).

Finalmente, en el estudio de Marcus *et al.* 2009 [99] las escuelas que fueron intervenidas con el programa de prevención de la obesidad STOPP disminuyeron un 3,2% la prevalencia de sobrepeso/obesidad en comparación con las escuelas control con un aumento del 2,8% (P< 0,05). Sin embargo, Wilksch *et al.* [105] no obtuvieron diferencias en el IMC entre los centros en los que se implementó los programas de prevención de la obesidad o de alfabetización mediática y los que no.

IV.1.4.7. Sesgo de publicación

No se encontró evidencia de sesgo de publicación, excepto en las medidas de insatisfacción corporal, tanto en el momento postintervención (P= 0,02) como en el seguimiento a los 6 meses (P= 0,01), e internalización del ideal de belleza a los 12 meses de seguimiento (P= 0,01). Los resultados del test de Egger y los funnel plot pueden consultarse en el Anexo 9.

IV.1.5 Evaluación de la calidad de la evidencia

En la consulta sobre la importancia relativa de los desenlaces de interés llevada a cabo a las y los componentes del grupo de trabajo, formado por profesionales sanitarios, metodólogos, representantes de asociaciones de pacientes y sociedades científicas se obtuvieron un total de 25 respuestas. De acuerdo a sus resultados, se han considerado los siguientes desenlaces como críticos e importantes pero no críticos, para la toma de decisión (Tabla 14):

Tabla 14. Desenlaces y su importancia	
Críticos	- Tasa de TCA - Medidas psicológicas estandarizadas de los síntomas del TCA - Preocupación por el peso - Preocupación por la figura - Insatisfacción corporal - Obsesión por la delgadez - Estima corporal - Autoestima
Importantes	- Medidas antropométricas (peso, altura circunferencia abdominal, IMC) - Influencia de los factores socioculturales - Calidad de vida relacionada con la salud

En el Anexo 12 se puede consultar la tabla de perfil de evidencia GRADE con la valoración de la calidad de la evidencia para cada uno de estos desenlaces. Conforme a estos resultados, la calidad global de la evidencia se considera muy baja para todas las intervenciones de prevención en conjunto y baja para los programas de alfabetización mediática y las intervenciones multicomponente.

IV.2. Coste-efectividad

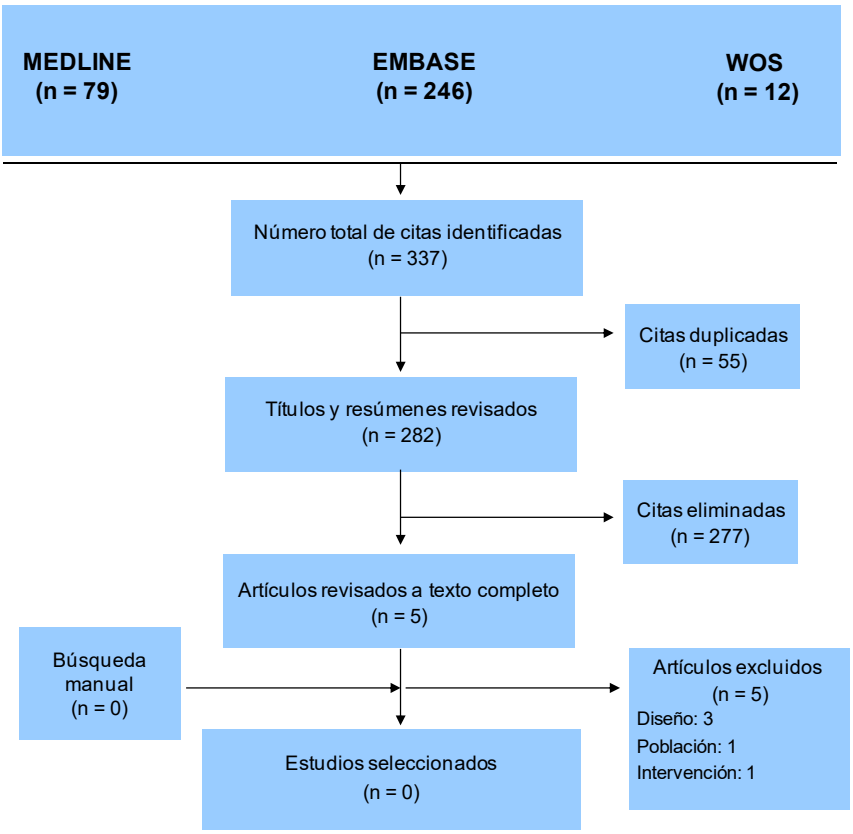
IV.2.1. Resultado de la búsqueda bibliográfica

La consulta en las bases de datos electrónicas produjo 282 referencias una vez eliminados los duplicados (Figura 12). Se seleccionaron 5 artículos potencialmente relevantes para ser analizados en detalle a texto completo, de los cuales todos fueron excluidos al aplicar los criterios de selección preestablecidos. Dos de los estudios fueron excluidos por motivos de diseño (al no ser evaluaciones económicas) [119,120]; un estudio fue excluido ya que su objetivo era comparar estrategias de difusión de programas de prevención de TCA y no los programas en sí mismos [121]; un cuarto estudio fue excluido por incumplir el criterio de población ya que las personas intervenidas tenían diagnóstico de anorexia nerviosa [122]; y, por último, se excluyó una RS de evaluaciones económicas cuyo objetivo era más amplio que el del presente informe (prevención, cribado y tratamiento de TCA en población con o sin

diagnóstico) y que no aportó ningún estudio seleccionable tras la revisión de todos los estudios identificados en ella [53].

Por tanto, al no incluirse ningún estudio en la RS del coste-efectividad, no es posible obtener ninguna conclusión sobre el coste-efectividad de las intervenciones de prevención universal de los TCA en población infantil, preadolescente y adolescente a partir de la revisión de la literatura.

Figura 12. Descripción gráfica del proceso de selección de estudios. Coste-efectividad



IV.3. Análisis económico

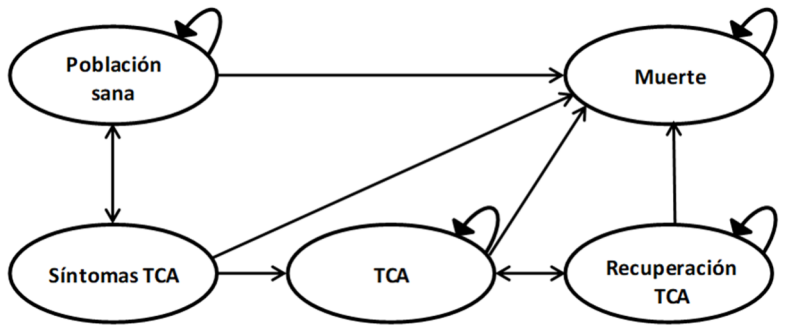
IV.3.1. Análisis de coste-efectividad

IV.3.1.1. Descripción del modelo

IV.3.1.1.1. Estructura del modelo

En la Figura 15 se muestra el modelo de Markov empleado en el análisis de coste-efectividad. Se definen cinco estados de salud: población sana (sin TCA), población con síntomas de TCA, población con TCA, población recuperada tras TCA y muerte. Las probabilidades de transición entre los diferentes estados del modelo se basan en datos epidemiológicos sobre la prevalencia de síntomas de TCA, las tasas de diagnóstico, las probabilidades de recuperación, de recaída y la efectividad de la intervención analizada.

Figura 13. Estructura del modelo de Markov



IV.3.1.1.2. Intervención evaluada

De acuerdo con los resultados de la RS realizada en este informe, la estrategia multicomponente ha mostrado tener una efectividad estadísticamente significativa en el corto plazo, aunque esta se diluye con el paso del tiempo. En el análisis de coste-efectividad evaluamos la estrategia multicomponente (ver definición de sus elementos a continuación) como estrategia de prevención de TCA, y analizamos el

efecto que la duración de la efectividad de dicha estrategia ejerce sobre los resultados.

IV.3.1.2. Estimación de parámetros

IV.3.1.2.1. Probabilidades de transición y efectividad de la intervención

En la Tabla 15 se resumen las probabilidades de transición empleadas en el modelo y la efectividad de la intervención. La probabilidad de padecer síntomas de TCA y de desarrollar TCA cuando se padecen síntomas se calcularon a través de meta-análisis de los datos de estudios que aportaban información para el contexto español (ver Tabla 15). Estas probabilidades se calcularon separadamente por género, así como conjuntamente. Las probabilidades de recuperación y recaída se estimaron utilizando datos del contexto internacional que han sido empleadas en estudios de coste-efectividad similares anteriormente.

Tabla 15. Probabilidades de transición y efectividad de la intervención

Probabilidades	Chicas Prob (IC 95%)	Chicos Prob (IC95%)	Ambos sexos Prob (IC 95%)	Fuente
Síntomas de TCA	0,13 (0,11-0,15)	0,05 (0,03-0,08)	0,1 (0,09-0,11)	Meta-análisis Ver anexo 13
Desarrollar TCA cuando se tienen síntomas	0,2 (0,07-0,32)	0,04 (0,0-0,08)	0,13 (0,09-0,17)	Meta-análisis Ver anexo 13
Probabilidades	**Chicas Prob (DE)**	**Chicos Prob (DE)**	**Ambos sexos Prob (DE)**	**Fuente**
Recuperación de TCA	-	-	0,2340 (0,0459)	Wright *et al.* (2014)
Recaída de TCA	-	-	0,3750 (0,0756)	Milos *et al.* (2005)

Tabla 15. Probabilidades de transición y efectividad de la intervención

Probabilidades	Chicas Prob (IC 95%)	Chicos Prob (IC95%)	Ambos sexos Prob (IC 95%)	Fuente
Efectividad de la estrategia multicomponente				
SMD de síntomas de TCA	-	-	-0,300 (0,0816)	Meta-análisis (ver apartado IV.1.4.2. Síntomas de TCA)
RR de síntomas de TCA	-	-	0,6058 (0,0850)	Cálculo basado en metodología de Le *et al.* 2018
Duración del efecto (meses)	-	-	2 (1-6)	Supuesto basado en resultados de la RS

TCA: trastornos de la conducta alimentaria; RS: Revisión Sistemática; Prob: Probabilidad; DE: desviación estándar; SMD: Diferencia de Medias Estandarizadas; RR: Riesgo relativo; IC 95%: Intervalo de Confianza al 95%

La efectividad de la intervención se estimó de acuerdo con los resultados del meta-análisis de la RS de efectividad realizada en este informe, utilizando la SMD correspondiente a la estrategia multicomponente pre-postintervención. El modelo de coste-efectividad requiere que la medida de efectividad continua expresada como una SMD sea transformada en un RR asociado a padecer síntomas de TCA cuando se recibe la intervención versus no intervención. Para realizar dicha transformación se empleó el denominado "*Cochrane conversion method*". Este método consiste en dos pasos. El primero transforma la SMDE en el logaritmo del Odd Ratio a través de la fórmula:

$$\log(OR) = \left(\frac{\pi}{\sqrt{3}}\right) SMD$$

Esta ecuación asume que los valores medios en el grupo control y en el grupo intervención siguen una distribución logarítmica con desviaciones estándar iguales en ambos grupos. El segundo paso consiste en trasnformar el Odd Ratio estimado en una Riesgo Relativo usando la siguiente ecuación:

$$RR = \frac{OR}{1 - RCS * (1 - OR)}$$

Donde RR es el riesgo relativo, OR es el Odd ratio y RCS es el riesgo de control asumido. El RCS se estima normalmente como la media/mediana del riesgo en el grupo control. La duración del efecto se asumió en el caso base en 2 meses de duración de acuerdo con la evidencia observada; el efecto de dicho supuesto sobre los resultados del análisis se evaluó en el análisis de sensibilidad, haciendo variar la duración del efecto de la intervención entre 1 y 6 meses.

IV.3.1.2.2. Utilización de recursos y costes

El diseño de las estrategias multicomponente identificadas en la RS realizada en este informe varía en el número de sesiones que se imparten, en su duración, en el perfil del personal que las imparte, etc. Para el análisis de coste-efectividad, consideramos una estrategia que consiste en la impartición en el aula de 12 sesiones semanales de una hora de duración en las que está presente tanto el docente como un profesional adicional. Se consideró además un tiempo de preparación de dos días para cada una de las personas involucradas en la impartición de las sesiones. El salario por hora se estimó a través del coste salarial promedio por trabajador y hora informado en la Encuesta Trimestral del Coste Laboral [2] realizada por el Instituto Nacional de Estadística (INE), calculando el promedio para el año 2019. El coste de la intervención por alumno/a, considerando una media de 25 alumnos por aula, se presenta en la Tabla 16 así como los rangos empleados en los análisis de sensibilidad de cada uno de los parámetros.

[2] https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736045053&menu=ultiDatos&idp=1254735976596

Tabla 16. Uso de recursos de la intervención y costes anuales de los TCA		
Uso de recursos y costes de la intervención		
Número de sesiones	12 [6-18]	Supuesto
Duración de las sesiones (horas)	1 [0,5-2]	
Personas que imparten las sesiones	2 [1-4]	
Preparación de las sesiones (días)	2 [1-4]	
Número alumnos/as en aula	25 [15-35]	
Salario por hora	13,03€ [10€-30€]	INE
Coste por alumno/a	28,15€	Cálculo
Coste anual de TCA		
Coste directo sanitario anual	414€ [300€-500€]	
Coste social anual	568€ [400€-1000€]	
TCA: trastornos de la conducta alimentaria		

El coste anual por paciente con TCA se tomó del estudio de Parés-Badell *et al.* En dicho estudio se proporciona el coste directo sanitario, así como el coste social por paciente con TCA para el año 2010, por lo que se aplicó la tasa incremental del Índice de Precios de Consumo (IPC) publicada por el INE[3] correspondiente a 2019 (ver Tabla 16).

IV.3.1.2.3. Mortalidad y calidad de vida

El riesgo de muerte en población general se estimó empleando las tablas de mortalidad de la población española según edad publicadas por el

[3] https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176802&menu=ultiDatos&idp=1254735976607

INE[4], a las que se les aplicó un RR estimado para personas que padecen TCA a través de los datos del estudio de Arcelus *et al.* [45](Tabla 17).

Se empleó la Encuesta Nacional de Salud de España (ENSE) 2011-12 para calcular la calidad de vida en población sana, empleando la correspondiente a la estimada en las edades de entre 15 y 18 años. Los valores de la calidad de vida asociada al padecimiento TCA y recuperación tras TCA se tomaron del trabajo de Pohjolaine *et al.* [123], calculando el promedio para anorexia nerviosa y bulimia nerviosa. Para el estado de síntomas de TCA, asumimos un valor de calidad de vida igual al que se emplea en el estado de recuperación tras TCA.

Tabla 17. Mortalidad y calidad de vida. Media (DE)

Mortalidad		
Riesgo relativo muerte con TCA	3,2367 (0,5357)	Arcelus *et al.* (2011) [45]
Calidad de vida		
Población sana	0,9857 (0,0936)	ENSE 2011-12
Recuperación de TCA	0,889 (0,086)	Pohjolaine *et al.* (2016) [123]
TCA	0,813 (0,106)	

IV.3.1.3. Resultados del caso base

La Tabla 18 presenta los resultados del caso base de esta evaluación. Considerando un horizonte temporal de 10 años, el coste promedio por alumno/a incluido en una intervención multicomponente es de 156€, mientras que el coste promedio por alumno/a no incluido en la intervención es de 129€. Los AVAC se estimaron en 8,266 y 8,265 para la estrategia de intervención y no intervención, respectivamente. Por tanto, el programa de prevención universal de TCA estaría ligado a un

[4] https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736177004&menu=ultiDatos&idp=1254735573002

incremento en los costes medios por alumno/a de 27€ y a un incremento en AVAC de 0,001. El coste incremental por AVAC se estimó en 19.342 €/AVAC, situándose muy cerca, pero por debajo, del umbral de coste-efectividad estimado para España, e indicando por tanto que una estrategia multicomponente tal y como la evaluada en este análisis sería una estrategia coste-efectiva en el análisis del caso base.

Los análisis por género muestran que la estrategia es coste-efectiva en chicas, pero la RCEI se sitúa considerablemente por encima del umbral en el caso de los chicos. Los resultados no varían cuando el análisis toma una perspectiva social, en lugar de la perspectiva del SNS.

Tabla 18. Resultados del caso base

Resultado	Programa	No programa	Incremental	RCEI
Ambos géneros y perspectiva del SNS				
Coste	155,52€	128,99€	26,52€	19.342 €/AVAC
AVAC	8,26611	8,26474	0,00137	
Por género (chicas) y perspectiva del SNS				
Coste	304,86€	280,09€	24,77€	10.480 €/AVAC
AVAC	8,17489	8,17253	0,00236	
Por género (chicos) y perspectiva del SNS				
Coste	53,00€	25,19€	27,81€	63.581 €/AVAC
AVAC	8,35616	8,35572	0,00044	
Ambos géneros y perspectiva social				
Coste	202,76€	176,84€	25,92€	18.903 €/AVAC
AVAC	8,26611	8,26474	0,00137	

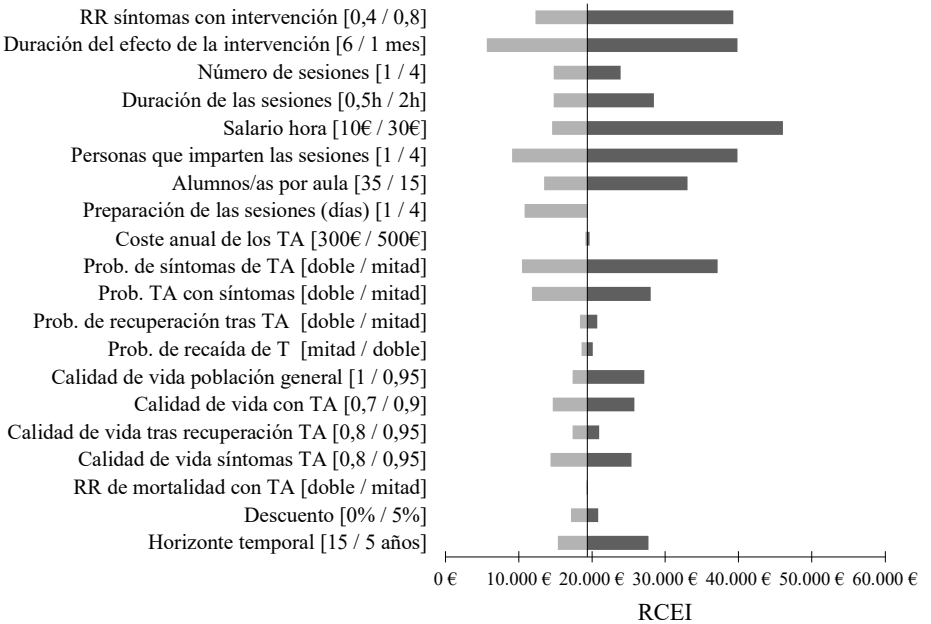
Nota: AVAC = Año de vida ajustado por calidad; RCEI = Razón de coste-efectividad incremental

IV.3.1.4. Resultados del análisis de sensibilidad

IV.3.1.4.1. Resultados del análisis de sensibilidad determinístico

Realizamos un análisis determinístico de una vía en el que variamos el valor de una serie de parámetros que se muestran en la Figura 14. La Figura presenta el parámetro que se varía en cada ocasión y, entre corchetes, los valores que toma dicho parámetro en el análisis de sensibilidad que resulta en una RCEI inferior (resultado a la izquierda del eje) o superior (resultado a la derecha del eje) al estimado en el caso base, respectivamente.

Figura 14. Análisis de sensibilidad de una vía

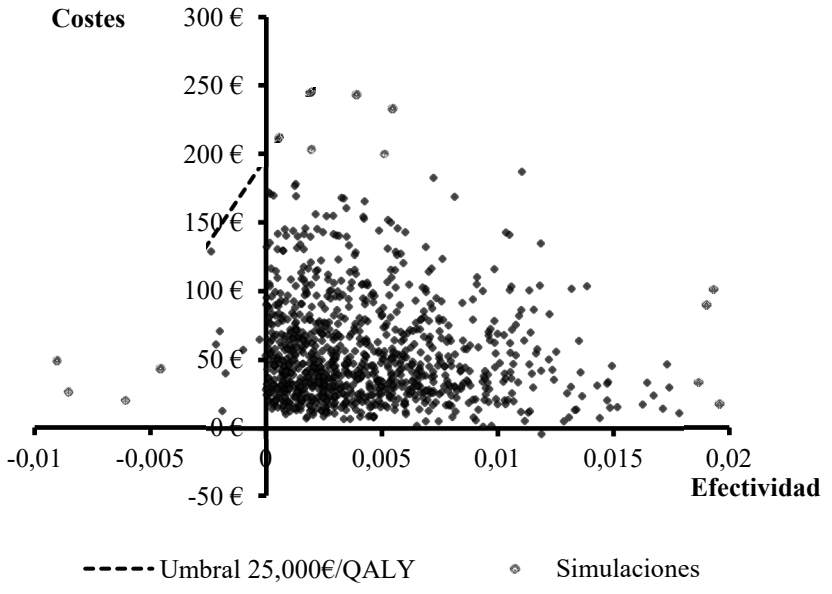


Los resultados son muy sensibles tanto a la estimación del tamaño del efecto de la intervención, como a su duración. Si el RR aumentara al 0,8 o la duración del efecto se redujera a un mes, el RCEI se elevaría a cerca de 40.000 €/AVAC en cada caso. Por el contrario, su valor se situaría considerablemente por debajo de los 20.000 €/AVAC si el RR fuera del 0,4 y la duración de efecto se ampliara a 6 meses. El diseño de la intervención, y por tanto su coste asociado, también juega un papel muy importante en los resultados del análisis de coste-efectividad. El número de sesiones, su duración, el número y el perfil de las personas que lo imparten y su coste por hora hacen variar significativamente los resultados del análisis. Otros parámetros del modelo, como es la probabilidad en la población de padecer síntomas de TCA, así como el horizonte temporal del análisis, ejercen un efecto considerable haciendo variar las conclusiones del estudio.

IV.3.1.4.2. Resultados del análisis de sensibilidad probabilístico

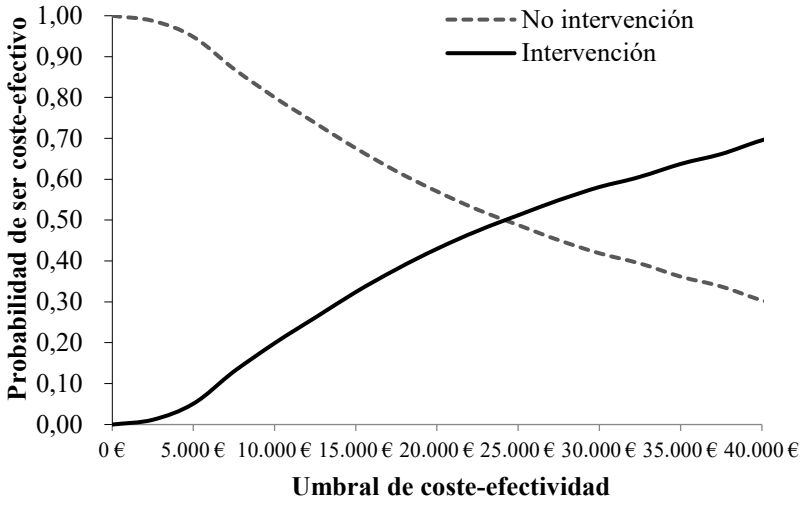
La Figura 15 representa, en el plano coste-efectividad, los pares de coste y efectividad obtenidos como resultado de cada una de las simulaciones de Monte Carlo realizadas en el análisis de sensibilidad probabilístico. En la amplia mayoría de las simulaciones resulta al menos más costoso realizar la intervención multicomponente (los puntos de las simulaciones se encuentran por encima del eje horizontal), y en su mayoría también resultaría más efectivo realizar la intervención, al situarse un porcentaje elevado de simulaciones a la derecha del eje vertical. Utilizando como referencia la línea de disponibilidad a pagar de 25.000 € por AVAC observamos que aproximadamente la mitad de los puntos de las simulaciones quedan por debajo de esta línea, indicando que en un porcentaje alto de los pares simulados el coste por AVAC de la intervención está por encima de este umbral de coste-efectividad.

Figura 15. Plano de coste-efectividad incremental



La Figura 16 muestra la curva de aceptabilidad para diferentes valores del umbral de coste-efectividad, es decir, la probabilidad de que la intervención multicomponente de prevención de TCA sea coste-efectiva. La línea sólida muestra la probabilidad de que la intervención sea coste-efectiva, mientras que la de puntos se refiere a la probabilidad de que sea más coste-efectivo no instaurar dicha intervención. Si tenemos en cuenta la disponibilidad a pagar de referencia de 25.000 €/AVAC, la intervención multicomponente tendría una probabilidad de ser coste-efectiva de sólo el 51%.

Figura 16. Curvas de aceptabilidad de coste-efectividad



IV.3.2. Resultados del análisis de impacto presupuestario

Los resultados del análisis del impacto presupuestario para los primeros 5 años de funcionamiento de una intervención universal multicomponente para la prevención de TCA realizada en niños/as de 12 años de edad en España se presentan en la Tabla 19. Se muestran los costes incrementales poblacionales para cada CC.AA. y para el conjunto de España. Para el cálculo de los costes poblacionales se ha empleado el número de personas de 12 años de edad en cada CC.AA. en 2019 publicado por el Instituto Nacional de Estadística (INE)[5].

Los costes incrementales han sido calculados de forma que en el año 1 se tiene en cuenta únicamente los costes incrementales de realizar la intervención a una primera cohorte de niños/as de 12 años de edad, mientras que en los años sucesivos se incorporan también los ahorros estimados por posibles casos de TCA evitados.

[5] https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/categoria.htm?c=Estadistica_P&cid=1254734710990

Observamos que los costes por CC. AA. varían entre los 90.000€ en la Rioja y los 2,8 millones de € en Andalucía en el primer año. El total nacional asciende a 14 millones de €, que se reducen a menos de 13 millones anuales al cabo de 5 años de funcionamiento. El coste acumulado de la intervención en 5 años para el total nacional superaría los 67 millones de €.

Tabla 19. Análisis de impacto presupuestario

Comunidad	Año 1	Año 2	Año 3	Año 4	Año 5	Acumulado 5 años
ANDALUCÍA	2,788,390 €	2,753,600 €	2,695,655 €	2,617,029 €	2,519,027 €	13,373,701 €
ARAGÓN	365,629 €	361,067 €	353,469 €	343,159 €	330,309 €	1,753,634 €
ASTURIAS	229,380 €	226,518 €	221,752 €	215,284 €	207,222 €	1,100,155 €
BALEARS, ILLES	346,772 €	342,446 €	335,239 €	325,461 €	313,273 €	1,663,191 €
CANARIAS	628,473 €	620,632 €	607,572 €	589,851 €	567,762 €	3,014,290 €
CANTABRIA	157,667 €	155,700 €	152,424 €	147,978 €	142,436 €	756,205 €
CASTILLA Y LEÓN	581,556 €	574,300 €	562,215 €	545,816 €	525,377 €	2,789,264 €
CASTILLA - LA MANCHA	629,740 €	621,883 €	608,796 €	591,039 €	568,906 €	3,020,364 €
CATALUÑA	2,369,961 €	2,340,392 €	2,291,142 €	2,224,315 €	2,141,019 €	11,366,829 €
COMUNITAT VALENCIANA	1,539,042 €	1,519,840 €	1,487,857 €	1,444,460 €	1,390,368 €	7,381,568 €
EXTREMADURA	298,616 €	294,891 €	288,685 €	280,265 €	269,770 €	1,432,226 €
GALICIA	642,912 €	634,890 €	621,530 €	603,402 €	580,805 €	3,083,539 €
MADRID	1,969,770 €	1,945,194 €	1,904,260 €	1,848,718 €	1,779,487 €	9,447,430 €
MURCIA	515,556 €	509,124 €	498,410 €	483,873 €	465,753 €	2,472,717 €
NAVARRA	201,517 €	199,003 €	194,815 €	189,133	182,050 €	966,517 €

Tabla 19. Análisis de impacto presupuestario

Comunidad	Año 1	Año 2	Año 3	Año 4	Año 5	Acumulado 5 años
PAÍS VASCO	598,415 €	590,949 €	578,513 €	561,639 €	540,607 €	2,870,122 €
RIOJA, LA	89,866 €	88,745 €	86,878 €	84,344 €	81,185 €	431,018 €
CEUTA	33,492 €	33,074 €	32,378 €	31,434 €	30,257 €	160,636 €
MELILLA	35,659 €	35,215 €	34,474 €	33,468 €	32,215 €	171,030 €
TOTAL ESPAÑA	**14,022,415 €**	**13,847,462 €**	**13,556,064 €**	**13,160,667 €**	**12,667,829 €**	**67,254,436 €**

IV.4. Análisis de los aspectos organizativos, éticos, sociales, legales y relacionados con los pacientes

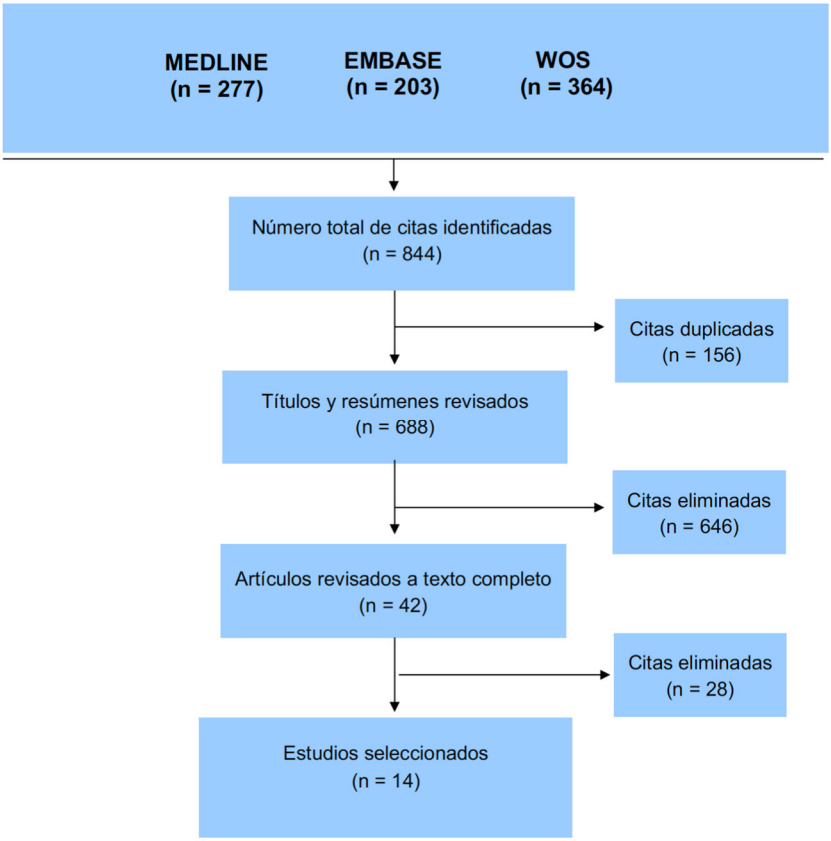
IV.4.1. Resultado de la búsqueda bibliográfica

Hasta hace pocos años los programas preventivos de los TCA se caracterizaban por tener un enfoque psicoeducativo y por centrarse en aumentar el conocimiento de los niños/as y adolescentes sobre los elementos de una alimentación saludable y los posibles efectos negativos de un comportamiento alimentario desordenado. Los resultados de estos programas de prevención han demostrado que los cambios en el conocimiento no son suficientes para modificar trastornos relacionados con la alimentación. Además, presentan una eficacia limitada para prevenir el desarrollo de factores de riesgo que tienen que ver con el desarrollo de un TCA, como pueden ser una baja autoestima o unas relaciones familiares conflictivas. Los escasos resultados alcanzados en los programas preventivos tienen que ver con diferentes aspectos estructurales y/o metodológicos: a) profesionales con poca o ninguna experiencia en el ámbito específico de los TCA; b) escasa valoración de la relevancia de aspectos relacionados con los perfiles de los participantes como el conocimiento del tema, los niveles de sintomatología o la motivación hacia la intervención; c) no se incluyen procedimientos sistemáticos de evaluación. De ahí la necesidad de reformular los programas de prevención de los TCA para que, de una manera efectiva, aporten respuestas y alternativas a las diferentes carencias y dificultades que se han ido identificando en la literatura [124].

En la actual RS, tras aplicar las estrategias de búsqueda en las bases de datos electrónicas se localizaron 844 referencias bibliográficas, 688 referencias una vez eliminados los duplicados. Tras la revisión de títulos y resúmenes quedaron un total de 42 referencias. En la segunda criba a texto completo, se eliminaron 28 referencias porque no trataban aspectos organizativos, éticos, sociales, legales y relacionados con los pacientes relevantes para este informe. Finalmente, 14 estudios fueron seleccionados para realizar la extracción de evidencia. De ellos, uno fue una RS [125]; cuatro fueron revisiones narrativas [124,126–128], seis estudios observacionales [58,64,119,129–131], dos estudios cualitativos

[132,133] y un estudio mixto [134]. La selección de estudios incluidos puede verse en la figura 17.

Figura 17. Descripción gráfica del proceso de selección de estudios. Aspectos organizativos, éticos, sociales, legales y relacionados con los pacientes



IV.4.2. Aspectos organizativos, éticos, sociales, legales y relacionados con los pacientes

Las características de los estudios pueden verse en la tabla 20 y la evaluación de su calidad puede verse en el Anexo 14.

Tabla 20. Características de los estudios incluidos. Aspectos organizativos, éticos, sociales, legales y relacionados con los pacientes

Primer autor, año	Objetivo	Diseño	Población	Principales hallazgos	Limitaciones metodológicas de los estudios	Instrumento	Conflictos de interés
Anderson, 2017 [129]	Examinar la viabilidad, la aceptabilidad y la eficacia de un programa de prevención de TCA de desarrollo profesional escalonado	Estudio cuasi-experimental pre/post	Profesores y personal de escuelas de primaria y secundaria	El profesorado y el personal están mejor equipados para identificar a las personas en riesgo en una etapa temprana, y derivarlos a los servicios adecuados, lo que aumenta la probabilidad de recuperación. Quienes recibieron entrenamiento previo a la implementación estuvieron mejor preparados para identificar la población vulnerable de padecer un TCA. Sugieren	El diseño cuasi experimental no incluyó un grupo de control. Es difícil saber si los aumentos en las percepciones de susceptibilidad, severidad y autoeficacia en los estudiantes realmente, los llevarán a la acción. No es posible saber qué elementos individuales del programa fueron más influyentes que otros	Osteba	No

				desarrollar programas con múltiples contenidos y escalonados para incorporar en fases previas a los profesores y luego a las familias			
Berger, 2014 [119]	Evaluar los efectos de un programa de prevención primaria en la escuela alemana ("Torera") para alumnos de séptimo grado de primaria.	Estudio cuasi-experimental pre/post	Niños y niñas de 11 a 13 años al inicio del estudio	Los resultados demuestran que el programa reduce el comportamiento de riesgo de TCA, especialmente en aquellos con mayor riesgo. La aplicación del programa por parte de los profesores del centro favoreció su sostenibilidad. Recomiendan implementar una intervención de prevención primaria, que se podría	La selección de la muestra podría haber sesgado los resultados, todos los análisis principales se realizaron para controlar las diferencias iniciales entre los grupos. El tamaño de la muestra no permitió realizar análisis con suficiente poder estadístico. El análisis no proporciona información sobre posibles interacciones entre los diferentes	Osteba	No

				complementar con un programa dirigido a estudiantes de mayor riesgo y sus progenitores	contenidos del programa		
Contreras, 2012 [130]	Comprobar la eficacia de un programa escolar de Educación Física para prevenir la distorsión de la imagen corporal y la insatisfacción corporal en alumnos de Educación Secundaria Obligatoria	Estudio pre-post (sin controles). Se implementa a través de una unidad didáctica integrada por 12 sesiones de 50 minutos cada una	Alumnos de primer y segundo curso de ESO, de edades comprendidas entre los 12 y los 14 años, con una edad media de 12,74	Se destaca la efectividad del programa de educación física para reducir la distorsión de la imagen corporal. Tras participar en el programa, 330 participantes de un total de 409 que distorsionaban la imagen de su cuerpo fueron incluidos. Los efectos más importantes se consiguieron en los jóvenes de 12 y 13 años. Se destaca la relevancia de los contenidos de	Los resultados podrían estar sesgados por el hecho que hubiese un mayor o menor número de chicas por clase por lo que proponen que solo se tengan en cuenta las alumnas y los alumnos de cada grupo de manera individualizada	Osteba	No

				educación física en el aula para ayudar a reducir y prevenir el desarrollo temprano de insatisfacción con el cuerpo, lo que puede ayudar prevenir el desarrollo de TCA			
González, 2015 [135]	Explorar las percepciones y actitudes en una muestra de chicos que participaron en un estudio cuasi experimental de un programa de prevención de TCA en el seguimiento de 30 meses y compararlos con el grupo control. Se realizó	Estudio cualitativo con entrevistas semiestructuradas	12 niños (M = 13,5 años).	En la comparación con un estudio previo desarrollado con niñas (N =12), encontraron que los niños mostraron patrones de alimentación más saludables y menos preocupaciones en relación con la alimentación. Tanto en chicas, como en chicos se observó el rol de la cultura del consumo en la aceptación de la imagen corporal.	Una limitación de esta comparación de género es que las entrevistas de los niños se realizaron aproximadamente 1 año después de las entrevistas que se realizaron con las niñas. Dado que los resultados no son generalizables, los factores destacados por los participantes deben explorarse en futuras investigaciones	CASPe	No

	además una comparación de género considerando los hallazgos previos obtenidos en niñas por González *et al.* (2013)			En relación a la aceptabilidad, los participantes valoraron los métodos interactivos que facilitan la participación, así como metodologías constructivistas que permitan incorporar una visión crítica de los mensajes de los medios; promover el sentido del humor y el análisis crítico de los estereotipos de género y de los modelos de belleza	cualitativas y cuantitativas		
Haines, 2008 [133]	Evaluar las opiniones de los niños acerca de participar en un programa de teatro desarrollado en la	Estudio cualitativo mediante grupos focales	Estudiantes de cuarto a sexto grado que participaron en un programa de teatro donde desarrollaron y	La participación de los estudiantes en la obra de teatro contribuyó a mejorar la relevancia personal y social de los contenidos y la internalización de la	La muestra del estudio no era representativa de poblaciones más amplias de niños de primaria debido a que se limitaba a una muestra de	CASPe	No

	escuela (Very Important Kids) y determinar sus percepciones sobre cómo su participación influyó en sus actitudes y comportamientos relacionados con el peso corporal		representaron una obra sobre temas relacionados con el peso corporal	intervención, siendo un motivador importante para el cambio de comportamiento. Los resultados percibidos fueron: mejora de la resiliencia frente a los comentarios de otros; cambios en la comunicación con sus compañeros, mejora de la satisfacción corporal.	conveniencia de niños y padres de una escuela primaria urbana. El tamaño de la muestra impidió evaluar diferentes temas a través del género y los subgrupos étnicos / raciales		
Littleton, 2003 [124]	Evaluar críticamente los programas psicoeducativos que se han desarrollado. Proponer varias estrategias posibles sobre cómo se pueden modificar dichos programas de	Revisión narrativa	Niños y adolescentes	Cambios en el conocimiento no son suficientes para alterar el comportamiento. Se deben implementar programas de prevención más personalizados y más completos que incluyan elementos de la dimensión individual, familiar, socio-	No se señalan limitaciones metodológicas	SANRA	No

	prevención para mejorar su eficacia			ambiental. Recomiendan: a) Incorporar múltiples enfoques para mejorar el impacto de los programas, b) más duraderos, c) participantes con diferentes niveles de sintomatología, d) cambios en el entorno social, e) programas de capacitación f) ofrecer comida saludable en las cafeterías de los centros educativos g) promover la actividad física, h) educar a los profesores, i) educar a la familia sobre alimentación saludable, signos de un TCA, i) formación de grupos discusión entre los estudiantes con un			

				facilitador formado en TCA			
Neumark-Sztainer, 1996 [127]	Describir un marco para involucrar a las escuelas en la prevención primaria y secundaria de los trastornos alimentarios	Revisión narrativa	Estudiantes de todas las edades desde preescolar hasta la universidad	Aspectos generales a incluir en los programas de prevención primaria de TCA: a) Delimitar un público objetivo: estudiantes en el nivel medio; b) Entrenamiento de profesores; c) Integración dentro del currículum escolar; d) Ofrecer comidas saludables en la escuela; e) Favorecer la actividad física; f) Actividades que integren la familia y la comunidad; g) Comenzar con un programa a pequeña escala con los más	No se señalan limitaciones metodológicas	SANRA	No

				jóvenes como un primer paso hacia la implementación de un programa integral; h) Establecer vínculos con los servicios de salud para facilitar la derivación de los adolescentes que necesiten tratamiento; h) Enfoque ecológico dirigido a cambios a nivel individual y ambiental; i) La evaluación debe ser una parte integral de los programas			
Neumark-Sztainer, 2003 [58]	Identificar correlatos de comportamientos poco saludables de control de peso en adolescentes	Estudio cuantitativo mediante encuesta	Adolescentes con una edad promedio de 14,9 años	Factores personales como preocupaciones sobre el peso corporal, bienestar psicológico, actitudes de salud y nutrición, están correlacionados con los	La naturaleza transversal del diseño del estudio en este estudio limita la capacidad de asumir causalidad. La dificultad para incluir	N/A	No

	para guiar el desarrollo de programas destinados a la prevención primaria de trastornos alimentarios			comportamientos de control de peso, así como, las normas sociales y familiares de control de peso, las burlas por el peso que provenían de la familia y de los pares. Como aspecto común se ha encontrado la importancia que tiene para chicas y chicos las relaciones del entorno inmediato de los adolescentes	ciertas variables del modelo no excluye su importancia como predictor de comportamientos poco saludables de control de peso que deben abordarse en las intervenciones de prevención		
O'Dea, 2000 [64]	Examinar el efecto de un programa educativo interactivo, basado en la autoestima sobre la imagen corporal y las	ECA (evaluación postintervención)	Estudiantes de secundaria, con edades entre 11,1 y 14,5 años	Se mejora la imagen corporal, las actitudes hacia la comida, y el autoconcepto y la presión social sobre la imagen corporal. Chicos y chicas se beneficiaron de la intervención al aprender	No se señalan limitaciones metodológicas	Osteba	No

	actitudes y conductas alimentarias de los adolescentes varones y mujeres jóvenes después del programa y en el seguimiento de 12 meses			de las experiencias de cada uno, desarrollar mayor tolerancia, ganar confianza en sí mismos, identificar sus puntos positivos y reforzar el valor de ser diferente. La participación de la familia fue un facilitador que mejoró los resultados. Respecto al daño potencial involuntario de los programas preventivos de los TCA, señalan que este enfoque es seguro y efectivo para modificar las prácticas alimentarias poco saludables, la imagen corporal y las actitudes y comportamientos de los TCA. Recomiendan que los programas empleen enfoques			

				cooperativos, interactivos y centrados en el alumno que desarrollen la autoestima, evitando la instrucción directa sobre las dietas y los TCA.			
Piran, 2010 [128]	Analizar la investigación de factores de riesgo y el trabajo de prevención en el campo de los TCA desde una perspectiva feminista	Revisión narrativa	Chicos y chicas sin especificar la edad	Recomendaciones: El trabajo de prevención se debe llevar a cabo mediante la participación en diálogos críticos, que permitan, bajo condiciones de equidad, seguridad y tutoría, que surja un abordaje crítico del contexto sobre el peso corporal y la preocupación por la forma del cuerpo. Así, los participantes podrán	No se señalan limitaciones metodológicas	SANRA	No

				desarrollar y perseguir, en un contexto relacional positivo, una posición crítica activa hacia las presiones culturales adversas.			
Pratt, 2002 [125]	Determinar si los programas de prevención de TCA para niños y adolescentes son efectivos en: (1) promover actitudes alimentarias saludables y comportamientos; (2) promover factores psicológicos protectores; (3) promover una salud física satisfactoria; (4)	Revisión sistemática (Revisión Cochrane)	Niños, niñas y adolescentes sin especificar el rango de edad. Estudios con niños, niñas y adolescentes de población general y otras muestras de población específicas (p. ej., "de alto riesgo") sin un diagnóstico DSM-IV de un TCA	No hay suficiente evidencia para sugerir que los programas de prevención incluidos son efectivos para promover actitudes y comportamientos de alimentación saludable en niños, niñas y adolescentes. Plantean que el impacto de los medios y el grupo de pares en el desarrollo de actitudes es muy fuerte y son resistentes a las intervenciones individuales o de grupos pequeños. Por	No se señalan limitaciones metodológicas	AMSTAR	No

	tener impacto positivo sostenible a largo en plazo en la salud mental y física			eso se deberían transmitir mensajes más amplios sobre una mayor aceptación social. Son necesarios más estudios sobre la incidencia y prevalencia de los TCA y los factores de riesgo asociados, a través de estudios epidemiológicos de alta calidad, así como más ECA para evaluar los programas de prevención, con medidas de seguimiento a largo plazo. No hay pruebas suficientes que sugieran que los programas de prevención generen un impacto negativo en los			

				participantes o tengan problemas de seguridad			
Rosenvinge, 2004 [134]	Informar sobre una intervención escolar que explora el efecto de la información sobre el desarrollo de TCA	Estudio cuantitativo mediante encuesta y cualitativo mediante entrevista	Estudiantes de secundaria de 15 a 16 años	Los estudiantes valoraron positivamente la información recibida sobre signos, síntomas y consecuencias de los TCA. Se mostraron en desacuerdo con que la información podría provocar daño potencial al proveer ideas sobre dietas o inducir a los TCA. El análisis de las entrevistas reveló cinco tendencias: a) Preocupación por la delgadez, b) Uso de la información sobre dietas que recibieron para estar más delgados, c) Reconocieron el daño	No se pudo llevar a cabo un diseño previo que incluyera medidas de comportamiento y actitud relevantes para los TCA	MMTA	No

				potencial de las dietas en los otros, pero no en ellos mismos, d) Valoraron la información sobre TCA para entender mejor y ayudar a sus pares, e) Querían tener una parte activa en la intervención en discusiones grupales. La creación de equipos multidisciplinares puede hacer más creíble la información			
Sánchez, 2012 [126]	Revisar y discutir y las principales razones para implementar un enfoque integrado de problemas relacionados con la alimentación y el peso, que	Revisión narrativa	N/A	Plantean las siguientes recomendaciones: Incluir a las familias y a los pares para promover la salud y para evitar que contribuyan a la insatisfacción corporal y conductas alimentarias desordenadas. Educar	No se señalan limitaciones metodológicas	SANRA	No

	incluya prevención tanto de TCA como de obesidad			a docentes para promover cambios en el entorno escolar: alimentación saludable, actividad física, aceptación y tolerancia. Capacitar a los profesionales de la salud para considerar los factores de riesgo compartidos de obesidad y TCA. Alentar entre la industria de la moda, periodistas, políticos y profesionales de la salud pública para promover modelos saludables de alimentación. Involucrar a los gobiernos en actividades públicas multinivel e iniciativas políticas para prevenir problemas de imagen corporal y TCA			

Wilksch, 2006 [131]	El objetivo del estudio fue triple: 1) evaluar cualitativamente la satisfacción de los participantes y el valor percibido de la intervención; 2) evaluar la efectividad de las lecciones dirigidas a una población universal; 3) examinar qué estudiantes tienen más probabilidades de beneficiarse de la intervención, en función de sus niveles de referencia de una	Estudio cuantitativo postintervención mediante cuestionario SATAQ-3	Estudiantes de octavo grado con una edad media de 13,79 años	El 80 % de los jóvenes disfrutaron la intervención, el 92% la consideró útil. Los temas que identificaron los estudiantes como importantes coinciden con los propuestos en la intervención: comprensión de lo engañoso de las imágenes que llegan a través de los medios y una mejora de la aceptación personal. En las chicas la efectividad de la intervención fue menor debido a los altos puntajes de base, lo que quiere decir que las chicas requieren programas más intensivos. Las chicas estaban significativamente más	La ausencia de un grupo de control limita la capacidad, la ausencia de medidas de seguimiento, el tamaño de muestra relativamente pequeño y la participación exclusiva escuelas privadas fueron algunas limitaciones. Los TCA no se midieron debido a la preocupación expresada por un director de la escuela que tales preguntas pueden proporcionar inadvertidamente información sobre trastornos alimentarios (a pesar de suministro de información que tales preguntas eran de riesgo mínimo)	Osteba	No

	serie de factores de riesgo de TCA			deprimidas que los chicos y esta depresión redujo el grado en que las chicas se beneficiaron de los contenidos de alfabetización mediática.			

Un resumen de los principales resultados en relación a los aspectos organizativos, éticos, sociales, legales y relacionados con los pacientes puede verse en la tabla 21. Se han añadido referencias adicionales para contextualizar el análisis en España que no parten de investigaciones publicadas. Los hallazgos de la revisión se han dividido en 6 temas: 1) equidad: abordaje universal o focalizado en los factores de riesgo de TCA; 2) perspectiva de género; 3) prevención del daño potencial; 4) perfil de los participantes y de los facilitadores; 5) factibilidad: abordaje sistémico; y 6) aceptabilidad. Los tres primeros temas incluyen aspectos éticos de equidad, género y prevención del daño. Los temas 4 y 5 recogen los aspectos organizativos relacionados con la implementación de los programas de prevención de TCA, y el tema 6 aspectos de aceptabilidad.

Tabla 21. Principales consideraciones para la implementación. Aspectos organizativos, éticos, sociales, legales y relacionados con los pacientes	
Principales hallazgos de la revisión	Estudios que contribuyen a los hallazgos (autor y año de publicación)
ASPECTOS ÉTICOS	
Equidad: La prevención primaria y universal llega a todos el alumnado y se producen cambios positivos en las normas sociales, lo que ofrece más oportunidades para llegar a la comunidad en general y favorecer cambios sistémicos. Aunque la prevalencia de TCA es más alta entre las chicas, los chicos deben ser incluidos la implementación de programas de prevención, ya que se pueden obtener beneficios como el aprendizaje de las experiencias de cada uno, desarrollar actitudes más tolerantes hacia los otros, desarrollar mayor sensibilidad hacia la presión que sufren las chicas, o evitar burlas y discriminación basada en el peso o su apariencia. En las intervenciones universales, se ha encontrado que la efectividad de la intervención puede ser menor en chicas.	Neumark-Sztainer, 1996 [127] O´Dea, 2000 [64] Wilskch, 2006 [131]
Perspectiva de género: Los programas de prevención de TCA deben integrar una perspectiva de género, cuyo objetivo sea la transformación de los sistemas sociales hacia la equidad. Los programas que incluyen cambios ambientales pueden tener efectos a largo plazo, frente a los individuales. En cuanto a las diferencias de género, los niños muestran patrones de alimentación más saludables, menos preocupaciones con la alimentación, mientras que las niñas son identificadas como más vulnerables a las influencias de los medios sobre los ideales de belleza. Es importante identificar los aspectos comunes y aquellos específicos en los programas de prevención que deben abordarse con los chicos y con las chicas, ya que muchas las preocupaciones de ellas no coinciden con lo que les preocupa a ellos. La cultura del consumo desempeña un papel importante en la autodefinición y la manera en que se compara con el entorno social inmediato. Los programas de prevención de los TCA deben tener un abordaje integral que incorpore un análisis crítico de los estereotipos de género en los medios y revise los modelos de belleza masculino y femenino.	O´Dea, 2000 [64] Neumark-Sztainer, 2003 [58] Piran, 2010 [128] González, 2015 [132]
Consideraciones sobre la seguridad de los programas: No hay evidencia del daño causado como resultado de las intervenciones para prevenir los TCA. El cambio de paradigma hacia la promoción de la salud en la prevención de los TCA, centrado en estrategias	O´Dea, 2000 [64] Pratt, 2002 [125]

para aumentar el empoderamiento personal y la autoestima en lugar de información sobre los TCA, persigue evitar cualquier potencial impacto negativo. La introducción de estos programas con enfoques cooperativos e interactivos debe evaluarse para garantizar que sean efectivos, aceptables y seguros. Involucrar a los padres parece seguro y efectivo para modificar las prácticas alimentarias poco saludables, la imagen corporal y los comportamientos y actitudes de los TCA.	Rosenvinge, 2004 [134]
ACEPTABILIDAD	
Factores favorecedores de la aceptabilidad y la adherencia en los participantes: a) La aplicación del programa por parte de los profesores del centro podía garantizar su sostenibilidad, e incluso cuando los profesores no siguieron con precisión las instrucciones, esto no afectó a la adherencia y aceptabilidad del programa; b) Los programas de prevención de los TCA deberían incorporar métodos interactivos que faciliten la participación, así como metodologías constructivistas, en lugar de los abordajes psicoeducativos tradicionales. La incorporación de estos componentes facilita el abordaje integral de la prevención; c) Los programas de educación física pueden ofrecer un trato más individualizado y directo con los alumnos lo que puede ser un factor favorecedor de la aceptabilidad.	Contreras, 2012 [130] Berger 2014 [119] González, 2015 [132]
Perspectiva de los participantes: Contribuir con su propia experiencia permitió mejorar la relevancia personal y social de los contenidos y la internalización de los mensajes de la intervención, lo que supuso un motivador clave para el cambio de comportamiento percibido. La mayoría de los jóvenes declararon que disfrutaron la intervención y la consideraron útil. Los temas identificados por los estudiantes como importantes son: comprensión de lo engañoso de las imágenes de los medios y una mejora de la aceptación personal.	Haines, 2008 [133] Wilskch, 2006 [131]
FACTIBILIDAD Y ASPECTOS ORGANIZACIONALES	
Perfil de facilitadores: Se debe llevar a cabo un entrenamiento previo ya sea a profesionales o a profesores. Por un lado, el nivel de especialización en el tema de los TCA, va a aumentar la credibilidad en los participantes y por tanto tiene mayor posibilidad de éxito. Por otro lado, la sostenibilidad del programa se puede garantizar cuando son los profesores quienes asumen la implementación. El entrenamiento previo a la implementación mejora la preparación para identificar la población vulnerable de padecer un TCA, por lo que los profesores pueden estar mejor preparados para identificar a las personas en riesgo en una etapa temprana, y derivarlos a los servicios adecuados, lo que aumenta la probabilidad de recuperación.	Neumark-Sztainer, 1996 [127] Anderson, 2017 [129] Berger 2014 [119]

Abordaje sistémico: Las intervenciones deberían buscar en primer lugar cambios a nivel cognitivo, percepciones, creencias, actitudes, antes que se produzcan los cambios de comportamiento. Se recomienda un enfoque sistémico dirigido a cambios tanto a nivel individual como ambiental. Para asegurar una mayor viabilidad de los programas, proponen comenzar con un programa a pequeña escala con los más jóvenes como un primer paso hacia la implementación de un programa integral, así como es recomendable integrar en fases tempranas a los padres y profesores. También se recomiendan los programas multifacetas que aborden diferente tipo de contenidos, como los abordajes integrados con otros trastornos como la obesidad.	Neumark-Sztainer, 1996 [127] Littleton, 2003 [124] Anderson, 2017 [129] Piran, 2010 [128] González, 2012
Aspectos organizacionales a considerar: a) Establecer vínculos con los servicios de salud de la comunidad para facilitar el proceso de derivación de los adolescentes que necesitan tratamiento; b) integración dentro del currículum existente; c) incrementar la oportunidad de comidas saludables en la escuela; d) favorecer la actividad física e incorporar contenidos de educación física en el aula para ayudar a reducir y prevenir el desarrollo temprano de insatisfacción con el cuerpo; e) incorporar actividades para integrar la familia y la comunidad; f) trabajar con grupos de iguales para evitar las burlas relacionadas con el peso; g) incorporar un plan de evaluación; h) utilizar la infraestructura existente dentro de la escuela y comunidad; i) crear un comité para la implementación del programa y su evaluación; j) establecer alianzas con la industria de la moda, periodistas, políticos y profesionales de la salud pública para evitar mensajes a favor de las dietas comerciales, la cosificación de la mujer, etc.	Neumark-Sztainer, 1996 [127] Littleton, 2003 [124] Contreras, 2012 [130] González, 2013 [136]
Dificultad para evaluar los programas de prevención: La evaluación de los efectos a largo plazo de los programas puede ayudar a determinar si los programas de prevención de los TCA tienen un impacto a largo plazo, sostenible y positivo en la salud mental y física de niños y adolescentes. Las evaluaciones deben incluir medidas objetivas para aportar pruebas sobre la efectividad de los programas. La evaluación debe ser una parte integral de los programas integrales y centrarse en todo el programa y en sus componentes separados para identificar las modificaciones necesarias.	Neumark-Sztainer, 1996 [127] Pratt, 2002 [125] Littleton, 2003 [124] Haines, 2008 [133]

IV.4.2.1. Equidad: Abordaje universal o focalizado en los factores de riesgo de TCA

La primera cuestión afecta a la decisión de incluir tanto hombres como mujeres. Por un lado, con la prevención primaria universal se llega a todos los estudiantes y se aumenta la posibilidad de producir cambios positivos en las creencias y estereotipos, al menos dentro del grupo de pares, con respecto a la noción del "peso ideal", métodos de control de peso y comportamientos de alimentación y ejercicio [127]. La prevención primaria y universal brinda más oportunidades para llegar a la comunidad en general y favorecer cambios sociales como, por ejemplo, en los anuncios en los medios de comunicación que hacen apología a la delgadez como sinónimo de belleza. Los chicos son parte de la gran cultura que enfatiza la delgadez, por lo que su inclusión en los programas educativos puede tener una influencia positiva tanto en ellos como en sus pares femeninas [127]. Neumark-Sztainer *et al.* [58] destacan la importancia de identificar los aspectos comunes y los específicos que deben abordarse con chicos y chicas en los programas de prevención, ya que muchas veces las preocupaciones de ellos (más interesados en un cuerpo musculoso) y ellas (más preocupadas por estar delgadas) no coinciden. Como aspecto común se ha encontrado la importancia que tiene para chicas y chicos las relaciones en sus entornos más próximos [58].

Por otro lado, en la prevención secundaria, el tiempo y los recursos limitados podrían estar dirigidos a aquellos con mayor riesgo de desarrollar TCA, que pueden requerir estrategias como el asesoramiento individual o el trabajo en grupos pequeños [127].

De esta forma se puede priorizar aquellos participantes en mayor riesgo de trastorno alimentario a la hora de dedicarles tiempo y recursos económicos.

Wilksch *et al.* [131], al examinar qué estudiantes tenían más probabilidades de beneficiarse de un programa de prevención primaria y universal mediante un estudio cuantitativo postintervención, señalan que en las chicas la efectividad de la intervención fue menor, lo que sugiere que las chicas requieren programas más intensivos. Cuando analizan los factores que pudieron haber influido en estos hallazgos, señalan que el hecho de que las lecciones fueran presentadas por hombres, así como el que la mayoría (65%) de participantes fueran varones pudo generar una menor confianza a la hora de participar en las discusiones. De modo que los mismos factores que sirvieron para beneficiar a los chicos pudieron

perjudicar la participación de las chicas. Asimismo, se ha encontrado que los programas que agruparon aquellos participantes que mostraban algún indicador de riesgo de desarrollar un TCA, y a quienes no tenían ningún factor de riesgo, obtuvieron mejores resultados [119].

Por lo tanto, parece pertinente implementar intervenciones universales que tengan la posibilidad de ofrecer módulos complementarios dirigidos a aquellos estudiantes que manifiesten actitudes y comportamientos de riesgo para el desarrollo de un TCA, a quienes se les puede ofrecer asesoramiento individual y el trabajo en grupos pequeños [124,127].

IV.4.2.2. Perspectiva de género

Un programa con perspectiva de género tiene como objetivo final la equidad y, por tanto, buscan la transformación de los sistemas sociales [128]. Los programas de prevención primaria para los TCA en niños y niñas de primaria y secundaria que enfatizan el género como un factor de riesgo, plantean transformaciones ambientales y desarrollan una postura crítica dentro del contexto de relaciones de apoyo, muestran una tendencia de cambios más sostenibles [128]. Los programas que incluyen cambios ambientales tienen mayor probabilidad de ser efectivos a largo plazo, puesto que tienen una comprensión multinivel de la causalidad de los TCA [128].

La inclusión de chicas y chicos permite obtener beneficios, tales como aprender de las experiencias y puntos de vista de cada uno, y desarrollar actitudes más tolerantes hacia los otros [64]. En ese sentido, educar a los chicos sobre la publicidad puede servir para que sean más sensibles a la presión que sufren las chicas, así como evitar que se burlen de ellas en función de su peso o su apariencia [131].

González *et al.* [132] proponen que los programas de prevención de los TCA incorporen el análisis crítico de los estereotipos de género en los anuncios de los medios, así como el análisis en profundidad de los temas relacionados con el género y con los modelos de belleza tanto masculinos como femeninos. La incorporación de estos componentes puede facilitar un abordaje integral de prevención [132], junto con otros factores personales, como las preocupaciones sobre el peso corporal, el bienestar psicológico, o las actitudes hacia la salud y la nutrición [58].

IV.4.2.3. Prevención del daño potencial

El potencial impacto negativo de la información sobre los TCA (al proporcionar información sobre métodos peligrosos de control de peso: inanición, vómitos, abuso de laxantes) es un factor que ha favorecido el cambio actual hacia un paradigma de promoción de la salud en la prevención de los TCA, en el que la información sobre estos trastornos es reemplazada por estrategias para aumentar el empoderamiento personal y la autoestima en general [134]. En una revisión sistemática, Pratt *et al.* [125] señalan falta de evidencia sobre el daño causado como resultado de cualquiera de las intervenciones incluidas en la revisión.

Otro de los aspectos que se ha investigado en relación al daño potencial que pueden causar las intervenciones de prevención es si el hecho de involucrar a los progenitores puede ser dañino y conducir a prácticas alimenticias poco saludables. El estudio de O´Dea *et al.* [64] involucraron a los padres y las madres al alentar a los estudiantes a buscar declaraciones positivas sobre ellos mismos de familiares y amigos. Se demostró que este enfoque es seguro y efectivo para modificar las prácticas alimentarias poco saludables, la imagen corporal y las actitudes favorables hacia los trastornos alimentarios. Para evitar efectos dañinos, O´Dea *et al.* [64] recomiendan que los futuros programas educativos destinados a mejorar la imagen corporal y los comportamientos alimentarios empleen enfoques cooperativos, interactivos y centrados en el alumnado que desarrollen la autoestima, evitando el tipo de instrucción directa sobre las dietas y los TCA.

Desde la perspectiva de los participantes, el estudio de Rosenvinge [134] mostró que los participantes estaban muy en desacuerdo con la idea de que la información promueve nuevas ideas sobre las dietas o induce a los TCA, causando un daño potencial. Sin embargo, sí se produjo una creencia moderadamente fuerte de que la información podría conducir a que otros estudiantes se preocuparan en exceso por las dietas o los trastornos alimentarios. A pesar de ello, la información se valoró positivamente y, no afectó sus actitudes personales, ya que los participantes la consideraron poco relacionada con su propia situación. Estos resultados pueden llamar la atención sobre el valor de implementar intervenciones que se orienten a generar cambios de actitudes más que de conocimiento [134].

IV.4.2.4. Perfil de los participantes y de los facilitadores

Los programas preventivos de los TCA pueden ganar en relevancia y en eficacia si se toman en consideración aspectos del perfil de los participantes como: el periodo evolutivo, el nivel de conocimiento y el nivel de riesgo de desarrollar un TCA, así como el interés o la motivación de participar en la intervención.

Las intervenciones preventivas desarrolladas en los primeros años de la adolescencia, entre los 12 y 13 años, tienen mayor probabilidad de ser efectivas. [130]. Esto se debe a que el perfil ideal para este tipo de intervenciones son jóvenes entre quienes se le da mucha importancia la percepción del propio cuerpo, los cambios normativos de la pubertad, así como la presión social de las amigas y los amigos y la ejercida por los medios de comunicación. Entre estos jóvenes hay niveles muy bajos de insatisfacción con la imagen corporal y no se ha llegado a manifestar un signo de TCA.

Las intervenciones basadas en el manejo del estrés, regulación de las emociones y distorsiones cognitivas acerca de la imagen corporal y técnicas para modificar los TCA pueden ser indicadas en el caso de participantes con mayores niveles de insatisfacción con la imagen corporal, que pueden haber desarrollado algún TCA y tienen interés en cambiar ese comportamiento [124]. Los abordajes colaborativos y de trabajo en red, son una alternativa para ofrecer atención ajustada a esas distintas necesidades. Para poder implementarlos, es necesario establecer vínculos con los servicios sanitarios y con otros recursos de apoyo comunitarios, que permitan facilitar la derivación y la atención a los participantes [127].

El perfil del facilitador y otros aspectos logísticos relacionados pueden llegar a ser más importantes que los mismos contenidos de los programas de prevención [131]. Para asegurar la sostenibilidad del programa, se ha planteado que los profesores sean quienes se hagan cargo de la implementación [119]. El profesorado y otro personal del colegio se encuentran en una situación estratégica porque conviven con los jóvenes a diario y podrían fácilmente identificar algún signo de riesgo relacionado con los TCA. Especialmente, el profesorado de educación física puede proporcionar un trato directo y personalizado al alumnado, incorporando el ejercicio físico en los programas de prevención como un aspecto protector ante los problemas de imagen corporal de los jóvenes [130].

La capacitación del profesorado, previamente a la implementación de los programas, ha sido un factor valorado, para mejorar la autoeficacia

y las capacidades para identificar signos tempranos de TCA entre el alumnado, así como la probabilidad de influenciar las actitudes hacia la prevención de los TCA [129]. El profesorado además puede ser educado acerca de sus propias actitudes y comportamientos hacia la comida y hacia la imagen corporal, a través de la adopción de actitudes saludables, sin prejuicios, que puedan servir de modelo para sus estudiantes [124].

IV.4.2.5. Factibilidad: Abordaje sistémico

Respecto de los contenidos de los programas preventivos, dado la multicausalidad de los TCA, se ha expuesto que la prevención debería tener un abordaje sistémico, multifacético y escalonado para que la probabilidad de generar un impacto sea mayor [124,127–129,136]. En ese sentido, puede ser relevante ofrecer contenidos transversales como el desarrollo durante la pubertad, información acerca de las definiciones culturales de la belleza [124], y el desarrollo de competencias personales como la autoestima, el manejo del estrés, y la regulación y gestión emocional [64]. Se recomiendan los enfoques sistémicos que, además de lo anterior, incorporen aspectos presentes en las relaciones familiares y sociales y otros aspectos socioculturales, como la gestión de los estereotipos de belleza. Asimismo, la evidencia propone como potenciador de mejores resultados en la prevención de los TCA, la incorporación de contenidos de educación física para ayudar a reducir y prevenir el desarrollo temprano de insatisfacción con el cuerpo [130].

Respecto a la duración de las sesiones, los programas preventivos usualmente se implementan como clases regulares en horario escolar o como clases prolongadas a manera de seminario. Sin embargo, esta diferenciación en la modalidad de implementación no produce diferencias en los resultados [119]. Respecto al formato de las sesiones, los programas que proporcionan discusiones grupales y evaluación crítica de los mensajes de los medios han obtenido buenos resultados entre los participantes, ya que el impacto de los medios y el grupo de pares en el desarrollo de los sistemas de creencias sobre las ideas de belleza y del peso adecuado son muy fuertes y bastante resistentes a las intervenciones individuales o de grupos pequeños [125].

Ha sido destacado como un factor favorecedor de los buenos resultados de las intervenciones la educación a la familia sobre alimentación saludable y sobre la identificación de signos de un TCA. De esta manera, los padres y las madres también pueden ser un modelo sobre imagen corporal y conducta alimentaria, e identificar en fases tempranas cualquier signo de riesgo [129]. En cuanto a las relaciones

familiares, algunas intervenciones han incorporado objetivos en torno a mejorar las habilidades comunicativas con la familia y los pares, dada la importancia que tienen estas relaciones en el desarrollo de los TCA [64].

IV.4.2.6. Aceptabilidad de los programas de prevención universal de los TCA

Han sido valoradas positivamente por los participantes las intervenciones que favorecen su implicación y les permiten desarrollar una visión crítica de los estereotipos sociales de la belleza ofrecidos por los medios de comunicación, así como aquellas intervenciones con un formato interactivo de los contenidos y el uso de metodologías constructivistas en lugar de los abordajes psicoeducativos tradicionales [132]. De la misma manera, resultan bien valoradas aquellas intervenciones que favorecen el desarrollo de autoestima, la autoconfianza, y que refuerzan la idea de que es aceptable ser diferente [64].

El uso de metodologías innovadoras también ha demostrado una alta aceptabilidad, como el caso de programas que usaban el teatro como instrumento para compartir su propia experiencia en relación a los TCA [133]. El teatro permitió mejorar la relevancia personal y social de los contenidos para los participantes, y la internalización de los contenidos de la intervención, proporcionando oportunidades para poder hablar de sus experiencias ante situaciones problemáticas relacionadas con la alimentación [133].

La relevancia o el valor percibido es un aspecto importante de cualquier intervención, especialmente en las dirigidas a jóvenes. Si además de esto, se posibilita que los jóvenes disfruten de las sesiones, la probabilidad de que escuchen y participen activamente es mayor. Algunos de los temas que identifican los estudiantes como importantes son: lograr una mayor aceptación personal, ampliar su comprensión de lo que es potencialmente engañoso en Internet, las redes sociales y en los medios de comunicación, todo lo cual coincide con algunos ya identificados en las intervenciones que ofrecen buenos resultados [131].

IV.5. Necesidades de investigación

IV.5.1. Necesidades de investigación identificadas sobre efectividad y coste-efectividad, además de los aspectos éticos, sociales, legales y organizacionales

Se extrajeron necesidades de investigación de tres RS [40,53,137] y 26 ECA estudios [56,57,62,91–99,101,102,107–110,117]. Las necesidades de investigación extraídas sobre las intervenciones evaluadas en los estudios incluidos en este informe se muestran en el Anexo 15.

Las principales necesidades de investigación sobre programas de prevención universal se mencionan a continuación.

IV.5.1.1. Necesidades de investigación: población

Considerando el tipo de población, se necesita:

- Realizar estudios sobre prevención universal en las siguientes regiones: Asia, Oriente Medio, América Latina y África [137].
- Desarrollar programas que se centren en cuestiones relevantes para la aparición de TCA en los chicos [40].
- Desarrollar programas con sesiones adicionales sobre la autoestima para niños y niñas con IMC más altos [137].
- Realizar más estudios con población preadolescente [34,40,97,105,109].

IV.5.1.2. Necesidades de investigación: enfoque de la intervención

Considerando el enfoque/abordaje de las intervenciones, es necesario:

- Desarrollar intervenciones que se centren en las preocupaciones relevantes de ambos géneros, dirigidas a áreas problemáticas específicas e identificadas por los menores [137].
- Determinar si los programas que se centran en una amplia gama de factores de riesgo y conductas – como son problemas de la regulación del afecto o de consumo excesivo de alcohol, entre otros – pueden reducir eficazmente los TCA y la aparición de comorbilidad [40,91].

- Examinar la efectividad de intervenciones centradas en un pequeño número de factores de riesgo tratados durante las sesiones [96].
- Diseñar y evaluar intervenciones centradas en factores de riesgo modificables a edades más tempranas [40].
- Incluir a otros actores relevantes en el desarrollo de los jóvenes, como son padres y madres, hermanos, profesorado, entrenadores y personal sanitario [40].
- Evaluar programas de prevención implementados en internet y personalizados, basados en características personales como el género y el estado puberal [92].
- Realizar intervenciones que integren la prevención de la obesidad y los TCA en el entorno escolar (prevención de problemas relacionados con el peso); evaluar su efectividad y seguridad [40,58,105].
- Realizar intervenciones dirigidas a mejorar la imagen corporal, la autoestima y los comportamientos alimentarios, que empleen enfoques cooperativos, interactivos y centrados en el estudiante; evaluar su efectividad y seguridad [64].
- En relación a las intervenciones basadas en la atención plena (mindfulness), es necesario [64]:
  - Identificar la dosis óptima de estos programas en los entornos escolares.
  - Evaluar la aplicación de los principios de mindfulness a situaciones específicas (por ejemplo, en ejercicios frente al espejo).
  - Evaluar el grado de capacitación necesaria para la difusión segura y eficaz del mindfulness.

IV.5.1.3. Necesidades de investigación: variables mediadoras

Considerando variables pronósticas/asociadas/mediadoras en las intervenciones, es necesario:

- Incluir el origen étnico como variable en futuros estudios [137].
- Mejorar la aceptabilidad de las intervenciones de prevención universal de los TCA[34].

- Determinar la dosis efectiva, incluyendo sesiones de refuerzo, con el fin de generar efectos a largo plazo de los programas y transferir los efectos a entornos del mundo real [91].
- Emplear estrategias mixtas de investigación para evaluar y superar las barreras a la aplicación de intervenciones con múltiples sesiones en las escuelas [93].
- Considerar las variables de empoderamiento de los estudiantes [94] y autocuidado [62] como mediadoras del éxito de las intervenciones.
- Explorar la influencia familiar en la imagen corporal de los niños, la internalización de los ideales de apariencia y la autoestima [137].
- En intervenciones que consideren la variable de internalización de los ideales de apariencia, desarrollar formas novedosas de aumentar las discrepancias entre el pensamiento lógico y las percepciones actuales [34,62].
- Desarrollar y explorar nuevas estrategias para mejorar la imagen corporal y la estima corporal de los preadolescentes [62].
- Desarrollar y explorar nuevas estrategias para mejorar la insatisfacción corporal y el afecto negativo entre niñas y niños; incluyendo estudios que examinen la relación longitudinal entre los afectos positivos y negativos y la insatisfacción muscular y del peso en niñas y niños [100].

IV.5.1.4. Necesidades de investigación: instrumentos de medida

Considerando las herramientas de medida, se necesita:

- Desarrollar herramientas de detección efectivas que detecten diferentes niveles/factores de riesgo para el inicio de TCA [40]..
- Desarrollar más herramientas de evaluación para su uso con preadolescentes [62].
- Medir la autoestima como una variable multidimensional. Algunas dimensiones de la autoestima y el autoconcepto pueden ser más críticas como variables de riesgo específicas de los TCA [56].
- Utilizar entrevistas de diagnóstico para evaluar los TCA y sus síntomas, además de los cuestionarios de autoinforme [95].
- Incluir en los estudios consultas con profesores y estudiantes antes y durante el desarrollo de las pruebas [56,93].

- Utilizar evaluaciones con buen rendimiento diagnóstico en ambos géneros [103].

IV.5.1.5. Necesidades de investigación: diseño de los estudios

Considerando el diseño de los estudios, se necesita:

- Realizar estudios con mejor diseño metodológico [53,137].
- Realizar estudios que informen sobre casos reales que cumplan los criterios diagnósticos de TCA (detectados y evitados) (Le et al., 2018).
- Realizar estudios con períodos de seguimiento más largos para comprobar su efecto en la reducción de la incidencia de TCA y que validen cuál es la duración óptima de las intervenciones universales (incluidas sesiones de refuerzo) [91,137].
- Realizar estudios para evaluar la seguridad de estas intervenciones. No hay pruebas suficientes para concluir que no hay daño asociado a las intervenciones preventivas existentes (Le et al., 2018).
- Realizar más estudios de coste-efectividad en la aplicación de las intervenciones de prevención de los TCA [53].

IV.5.2. Necesidades de investigación identificadas en la búsqueda bibliográfica y revisión de estudios específicos de necesidades

En la base de datos COMET se identificó un estudio relacionado con los TCA, sin embargo, su población (mujeres embarazadas) no correspondía a la de la actual revisión.

En la base de datos James Lind Alliance se encontró indexado bajo el término trastornos alimentarios (*eating disorders*) una carta al editor sobre un estudio transversal [138].

Las principales características del estudio se muestran en la Tabla 22.

Tabla 22. Principales características de los estudios incluidos. Necesidades de investigación

Estudio	Objetivo	Diseño / Tipo de Estudio	Población	Principales hallazgos
van Furth, 2016 (van Furth et al., 2016)	Establecer prioridades para definir la agenda de investigación de los TCA, en colaboración con la *James Lind Alliance*	Carta al editor, sobre un estudio transversal	Personas con o recuperadas de un TCA, sus familias y los médicos implicados en el tratamiento de los TCA.	Entre las 10 áreas prioritarias para la investigación en TA, se encuentra una pregunta de investigación sobre prevención de TCA (ordenada con prioridad número 7): ¿Existen factores de riesgo específicos para el desarrollo de un trastorno de la alimentación?; y, de ser así ¿cómo puede la prevención dirigirse a ellos?

V. Discusión

El presente informe de ETS pretende responder a una pregunta de investigación que aborda el análisis de las pruebas científicas disponibles sobre la efectividad y el coste-efectividad de las intervenciones disponibles para la prevención universal de los TCA en población infantil, preadolescente y adolescente (menores de 18 años) escolarizada.

V.1. Efectividad

La evaluación de la efectividad se basa en los datos derivados de 26 ECA, con un total de 34.500 participantes. La evidencia ha sido calificada de baja calidad para prácticamente todas las intervenciones comparadas, debido al riesgo de sesgo de los estudios incluidos y la imprecisión de sus resultados.

Los estudios considerados presentan algunas fuentes de heterogeneidad. Los tipos de intervención de prevención universal de los TCA incluyen programas basados en la disonancia cognitiva, mindfulness, terapias cognitivas o cognitivas-conductuales; programas dirigidos a la mejora de la autoestima, prevención de factores de riesgo de la obesidad o alfabetización mediática, así como diferentes estrategias multicomponente. El número de sesiones de los programas en los ECA incluidos varió de 34 sesiones a únicamente una sesión. La duración de cada sesión varió de 25 minutos hasta una hora y media. El período de seguimiento entre los estudios que informan este dato varió entre una semana hasta cuatro cursos escolares. Este nivel de variabilidad dificulta realizar conclusiones robustas.

En relación al riesgo diferencial de presentar un diagnóstico de TCA tras un programa de prevención universal, no se ha encontrado evidencia, por lo que se mantiene la necesidad de investigación futura sobre número de casos reales de TCA evitados de las intervenciones disponibles para la prevención universal de los TCA en población infantil, preadolescente y adolescente [53].

Respecto a los síntomas de TCA, en general, los resultados indican que los programas de prevención universal no presentan ningún efecto sobre los síntomas de TCA, ni tras la intervención ni en los seguimientos hasta los 12 meses. Sin embargo, debido a la incertidumbre en este resultado derivada de la heterogeneidad de los estudios, se llevaron a cabo análisis de subgrupo por género, tipo de intervención e instrumento de medida. Por género, se observó que las chicas en las que se aplicó un

programa de prevención universal disminuyeron ligeramente los síntomas de TCA (efecto pequeño); mientras que no se observa este efecto en los chicos. Por tipo de intervención, las estrategias multicomponente también redujeron ligeramente los niveles de síntomas de TCA, frente al resto de intervenciones de prevención (alfabetización mediática y programas basados en las terapias cognitivas, cognitivos conductual y en la disonancia cognitiva). Por tipo de escala, no se observaron diferencias.

En cuanto a los factores de riesgo, no se encontraron pruebas claras del beneficio de los programas de prevención universal en niños, niñas, preadolescentes y adolescentes sobre los niveles de preocupación por la figura, insatisfacción corporal, obsesión por la delgadez y actitudes socioculturales hacia la apariencia física, incluyendo la presión percibida por los medios de comunicación y la internalización del ideal de belleza actual. Sin embargo, parece que entre el alumnado en el que se aplicó un programa de prevención universal aumenta en algún momento la preocupación por el peso (postintervención), de manera ligermamente más marcada en chicos, aunque este efecto se diluye a lo largo de los seguimientos.

Tampoco hay pruebas claras del efecto de las intervenciones preventivas de los TCA en la promoción de factores protectores, como la autoestima o la estima corporal. Las medidas de calidad de vida y el estado general de salud no pudieron ser sintetizadas.

Hasta ahora cuatro RS previas habían evaluado la eficacia de la prevención universal de los TCA en población infantil, preadolescente y adolescente [53,65,125,137]. Al igual que en el presente informe, en la síntesis presentada por Le *et al.* [34] sobre los programas universales de prevención de los TCA (18 ECA), se observa un efecto moderado de los programas multicomponente en la reducción de los síntomas de TCA y no se observa ninguna evidencia de efectividad de las estrategias de prevención de la obesidad ni de las intervenciones cognitivas, incluyendo los programas cognitivos conductuales y los programas basados en la disonancia cognitiva. Los datos de la presente RS también son coincidentes con la ausencia de efecto de las intervenciones de alfabetización mediática sobre los síntomas de TCA, la insatisfacción corporal, la autoestima y la preocupación por la figura. Sin embargo, ambas RS difieren en los resultados relacionados con preocupación con el peso, en los que Le *et al.* [34] no observan ningún efecto[6] mientras que en la revisión actual se observa un ligero incremento postintervención que se diluye a lo largo de los seguimientos. En este sentido, en la revisión de

[6] Cuando se mide de independiente de la preocupación por la figura.

la Colaboración Cochrane de Pratt *et al.*, (Belinda M Pratt & Woolfenden, 2002) publicada en 2002, sobre la eficacia de los programas de prevención de los TCA para niños, niñas y adolescentes (12 ECA), se indicaba que los programas de prevención de los TCA basados en un enfoque de promoción y alfabetización mediática presentaban un efecto sobre la internalización o aceptación de los ideales sociales relacionados con la apariencia. Años más tarde, en la síntesis narrativa de la RS de Watson *et al.* (Watson et al., 2016) sobre los programas de prevención universal, también se apuntaba a los programas de alfabetización mediática como el tipo de intervención más prometedora. Por último, en la RS más reciente de Chua *et al.*, (Chua et al., 2020) se incluyeron 24 estudios, nueve de ellos no aleatorizados. Al contrario que en nuestra revisión, observaron una mejora en la imagen corporal (insatisfacción corporal y estima corporal), en la internalización del ideal de belleza y en la autoestima aunque con tamaños del efecto muy pequeños y una muy baja confianza en la evidencia incluida en los análisis.

Parece que otras aproximaciones preventivas, tanto la selectiva como la indicada, pueden mostrar mayor efectividad en la prevención de los TCA. Futuras evaluaciones deberán determinar su efecto ya que se ha demostrado que son eficaces y rentables en la prevención de otros trastornos mentales.

V.2. Coste-efectividad y análisis económico

En vista de los hallazgos de la RS del coste-efectividad (que no identificó ningún estudio relevante) y de la RS de la efectividad realizadas en este informe, el estudio de coste-efectividad se limitó al tipo de estrategia para la cual se identificó un efecto significativo en la reducción de síntomas de TCA, es decir, las estrategias multicomponente. Para ello se desarrolló un modelo de Markov que sintetizó la información referente a la epidemiología de la enfermedad en España, su curso natural, la efectividad de la intervención y los costes asociados a los TCA y a la intervención bajo estudio.

En el caso base de este análisis se asumió que la efectividad de la intervención tiene una duración de 2 meses, en línea con los resultados del meta-análisis realizado, y el uso de recursos y costes de la intervención se estimaron teniendo en cuenta los escenarios más representativos de las estrategias identificadas que mostraron gran heterogeneidad. Bajo estos supuestos, los resultados sobre el coste-efectividad de una intervención multicomponente para prevenir TCA son altamente inciertos. Las estimaciones del coste por AVAC ganado de la

intervención se situaron muy cerca del umbral de coste-efectividad que señala que una intervención sanitaria es eficiente en España, en concreto en 19.342€/AVAC, y se estimó una probabilidad de ser coste-efectivo de tan sólo el 51%. Los análisis de sensibilidad realizados mostraron el alto grado de variabilidad de dichas conclusiones al modificar el valor que toman los parámetros claves del modelo, en concreto el tamaño y duración del efecto y el diseño y costes asociados de la intervención.

Este nivel de incertidumbre y sensibilidad de los resultados de la evaluación enfatizan el carácter tentativo de estas estimaciones del coste-efectividad de una intervención de prevención universal de TCA. Sin embargo, también muestra el potencial de dichas intervenciones de ser consideradas una estrategia coste-efectiva si alcanzan un nivel de efectividad probado que se prolongue más allá del pre-post intervención y vayan asociados a un coste por alumno/a relativamente modesto.

V.3. Análisis de los aspectos organizativos, éticos, sociales, legales y relacionados con los pacientes

Uno de los aspectos analizados en esta revisión, es la conveniencia de los programas de prevención universal frente a los programas dirigidos a aquellos participantes con factores de riesgo de TCA. La evidencia señala que los resultados alcanzados pueden ser mayores en los grupos de riesgo, lo cual se explica por el hecho de que las puntuaciones en línea base son peores respecto de aquellos participantes sin signos de TCA. Sin embargo, el abordaje universal aporta una serie de beneficios a mayor escala que hace que su impacto pueda ser mayor [119].

Asimismo, la inclusión de la perspectiva de género en las intervenciones de prevención ha sido un hallazgo comentado en los resultados. La RS realizada sobre aspectos organizativos, éticos, sociales, legales y relacionados con los pacientes, incluyó exclusivamente estudios acerca de intervenciones universales de prevención primaria, que incluyeran a niños y niñas, así como a población adolescente. Sin embargo, se han encontrado algunos aspectos que merece la pena discutir en otros estudios que abarcan intervenciones sólo con población femenina. La mayoría de las escuelas de intervención en este estudio [139] se quejaron de la falta de un programa para niños, por lo que se decidió desarrollar un programa de seguimiento para niños y niñas juntos, el "proyecto Torera" cuyos resultados han sido analizados en este informe [119]. Otro de los estudios sobre intervenciones en población femenina

[140] señala que la intervención temprana puede prevenir la consolidación de creencias que conducen a los comportamientos de TCA, así como el trabajo en pequeños grupos puede producir los resultados más efectivos. Otro estudio [141], desarrollado con chicas de 13 a 15 años, presenta una serie de recomendaciones: a) Identificar fuentes de apoyo con otros profesionales con los que el alumnado se sienta en confianza para plantear sus problemas (algunas participantes señalaron que los profesores no siempre estaban cualificados); b) implicar a personas que han padecido TCA; y c) educar en los signos y síntomas de los TCA. En cuanto a los aspectos organizacionales, Sjostrom *et al.* [142] señalan que el programa *Full of Ourselves* se puede implementar en una variedad de entornos: escuelas, programas extracurriculares, bibliotecas, campamentos de verano, etc., siempre que haya una comunidad de apoyo y una o dos personas comprometidas para facilitar las sesiones de grupo durante 2 a 4 meses. Estas recomendaciones también podrían tenerse en cuenta para la implementación de programas universales.

La evidencia revisada además señala que, una vez probada la efectividad de los programas, el profesorado es el más adecuado para llevar a cabo los programas, y que el contacto permanente que tienen con los jóvenes puede ser de gran valor para la identificación de posibles casos de riesgo, y también para influenciar actitudes favorables hacia la prevención de los TCA [129]. Aunque, un estudio sobre población femenina [139] señala que, si bien el uso de maestros en lugar de profesionales externos no causaría costos de seguimiento y contribuirían a una sostenibilidad de la intervención, esto puede implicar posibles dificultades a la hora de orientar a las niñas afectadas con un TCA. Por ello, en este programa se estableció una línea telefónica directa, supervisada por psicólogos clínicos involucrados en el programa PriMa, para dar apoyo a los maestros. También se estableció una línea telefónica directa para padres, maestros y afectados para ofrecer intervenciones de prevención secundaria. Esta recomendación puede tenerse en cuenta indistintamente tanto para la implementación de un programa universal como para la de un programa sólo dirigido a niñas.

El formato, contenido y la logística asociada a los programas, ha sido otro aspecto que se ha comentado. En ese sentido los programas interactivos, participativos [132] y que incorporan aspectos novedosos como pueden ser el uso de recursos tecnológicos o metodologías novedosas como el teatro [133], son los mejores valorados por los participantes y que pueden ofrecer mejores resultados. Así como el abordaje desde una perspectiva multicausal y sistémica en la que se integren aspectos del plano personal, familiar, social y contextual. Desde

el plano individual, abordando aspectos como la autoestima, la aceptación de la imagen corporal y la gestión emocional [64]. Ya que se ha señalado que es importante que los programas preventivos se centren en la aceptación personal, en el desarrollo del pensamiento crítico y en otro tipo de competencias personales que les permitan hacer frente a la presión ejercida sobre ellos, antes que, centrarse en la instrucción directa sobre las dietas y otras formas de perder peso, las cuales pueden estar relacionadas con un aparente riesgo potencial de desarrollar un TCA [125,134].

En el plano de las relaciones con sus entornos más cercanos como las familias y los padres, enfatizando los aspectos comunicativos y en el plano social y contextual, reconociendo la carga que pueden tener los estereotipos y los valores asociados a los patrones de belleza, feminidad y masculinidad que se refuerzan a través de internet y otros medios de comunicación [58,124,126].

Asimismo, algunos programas que incorporan la participación secuencial y escalonada de padres y madres, pares y/o profesores también han reportado buenos resultados, en la medida que el tipo de relación establecida en esos entornos relacionales, pueden convertirse en un factor de riesgo o en factor de protección para el desarrollo de los TCA [124,127–129,136]. Sin embargo, de acuerdo a un estudio con población femenina, Berger *et al.* [139] la mayoría de los padres y madres no estuvieron dispuestos a participar en programas de prevención dirigidos a las niñas en la escuela, a pesar de que se ofrecieron charlas informativas sobre TCA a cargo de profesionales especialmente para progenitores, profesorado y estudiantes mayores en las escuelas que implementaron el programa.

No han ofrecido resultados relevantes aspectos logísticos como la frecuencia y la duración de las sesiones, las cuales pueden darse dentro de la jornada escolar como una clase más o a manera de seminario intensivos, la frecuencia de las sesiones puede ser de una o dos veces a la semana [119]. La efectividad de estos programas parece incrementarse cuando se prolongan en el tiempo, durante todo un curso escolar o incluso más; y cuando se inician en las edades en que empiezan a experimentar los primeros cambios psicofísicos, esto es a los 12 o 13 años [64].

Los programas preventivos con mayor aceptabilidad por parte de los participantes son aquellos que ofrecen contenidos relevantes a sus intereses y necesidades y que favorecen una mayor aceptación personal, así como aquellos que proponen recursos y herramientas para una mejor comprensión de la información que encuentran en Internet que puede ser

potencialmente engañosa, favoreciendo una visión crítica. Son valoradas las intervenciones que les proponen roles más participativos en las que puedan proponer actividades que surjan de su propia experiencia con los TCA [131–134].

V.4. Fortalezas y limitaciones

La fortaleza de las RS de la literatura realizadas para el presente informe de ETS sobre efectividad y coste-efectividad radica en el hecho de que se ha llevado a cabo conforme a los principios fundamentales para asegurar su transparencia, replicabilidad y más fácil actualización. La información explícita de la metodología empleada y la disponibilidad de los datos extraídos permite que también pueda ser objeto de una evaluación crítica. Por otro lado, desde nuestro conocimiento, es la RS más extensa, efectuada hasta la actualidad, sobre los programas de prevención universal de los TCA en niños, niñas, preadolescentes y adolescentes.

La principal limitación de esta RS, derivada de la metodología, es la posibilidad de que no se hayan incluido en el análisis estudios relevantes como resultado de su no publicación, o porque lo estén en una lengua distinta del inglés o castellano, o por haberse publicado en revistas no indexadas.

Para complementar las RS de la literatura, se ha realizado el primer análisis de coste-efectividad en España de una intervención para la prevención de los TCA en población infantil, preadolescente y adolescente en el contexto escolar. La principal limitación de esta evaluación económica reside en la incertidumbre sobre algunos parámetros claves, debido a la escasez de evidencia.

Asimismo, se ha realizado un análisis de los aspectos organizativos, éticos, sociales y/o legales relacionados con la tecnología que proporciona información contextualmente relevante sobre la factibilidad y la aceptabilidad de la implementación de la tecnología. La principal limitación deriva de su metodología que se basa en una revisión narrativa. No existe ningún modelo metodológico para recoger en una RS estos aspectos. El modelo más cercano es el enfoque CERQual [88]pero dadas las limitaciones de tiempo y recursos no se ha podido adaptar por completo. Este enfoque permitiría una valoración más transparente y sistemática de la relevancia, adecuación, coherencia y calidad metodológica de los hallazgos.

VI. Conclusiones

A partir de la RS sobre efectividad y coste-efectividad, la evaluación económica y el análisis de los aspectos organizativos, éticos, sociales, legales y relacionados con los pacientes realizado para el presente informe de ETS, se pueden establecer las siguientes conclusiones sobre las intervenciones disponibles para la prevención universal de los TCA en población infantil, preadolescente y adolescente (menores de 18 años):

- La mejor evidencia disponible sobre la efectividad de las intervenciones de prevención universal de los TCA proviene de 26 ECA que incluyen 34.500 participantes y un número amplio de tipos de intervención de prevención universal de los TCA (un estudio evalúa un programa basado en la disonancia cognitiva, un estudio mindfulness, tres estudios terapias cognitiva o cognitiva-conductual, tres estudios programas dirigidos a la mejora de la autoestima, cuatro estudios prevención de factores de riesgo de la obesidad, siete estudios alfabetización mediática y nueve estudios diferentes estrategias multicomponente). Esta permite establecer que:
  - Al igual que otras RS previas, este informe no identifica pruebas científicas sobre el número de casos reales de TCA evitados por las intervenciones para la prevención universal de los TCA en población infantil, preadolescente y adolescente.
  - La combinación de resultados de los estudios mostró que el grupo de prevención universal no presenta diferencias con el grupo control en el nivel de síntomas de TCA tras la intervención (calidad de la evidencia: muy baja ⊕⊖⊖⊖, ni durante los seguimientos (3 meses, 6 meses y 12 meses) (calidad de la evidencia: baja ⊕⊕⊖⊖).
  - No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las variables preocupación por la figura, insatisfacción corporal, obsesión por la delgadez y actitudes socioculturales hacia la apariencia física, incluyendo la presión percibida por los medios de comunicación y la internalización del ideal de belleza actual, autoestima, estima corporal, la calidad de vida y el estado general de salud (calidad de la evidencia: baja ⊕⊕⊖⊖).
  - Las intervenciones de prevención universal de los TCA aumentaron ligeramente los niveles de preocupación por el peso postintervención, sin embargo, este efecto se diluyó a lo largo de

los seguimientos (3 meses, 6 meses y 12 meses) (calidad de la evidencia: baja ⊕⊕⊖⊖).

– Algunos estudios individuales sugieren que los programas de prevención de los TCA podrían mostrar efectos positivos en el aumento del IMC y en la prevalencia de sobrepeso y obesidad.

- El análisis de subgrupos por género permite establecer que:

  – En chicas, las intervenciones de prevención universal de los TCA redujeron los síntomas de TCA tras la intervención en comparación con el grupo control (calidad de la evidencia: baja ⊕⊕⊖⊖), si bien este efecto se diluyó a lo largo de los seguimientos (3 meses, 6 meses y 12 meses) (calidad de la evidencia: muy baja ⊕⊖⊖⊖). Los chicos no presentan diferencias con el grupo control en el nivel de síntomas de TCA tras la intervención ni durante los seguimientos (3 meses, 6 meses y 12 meses) (calidad de la evidencia: muy baja ⊕⊖⊖⊖).

  – No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las variables preocupación por el peso (calidad de la evidencia postintervención: moderada ⊕⊕⊕⊖; calidad de la evidencia 3 meses, 6 meses y 12 meses: baja ⊕⊕⊖⊖), preocupación por la figura (calidad de la evidencia: baja ⊕⊕⊖⊖), insatisfacción corporal (calidad de la evidencia: muy baja ⊕⊖⊖⊖), obsesión por la delgadez (calidad de la evidencia: baja ⊕⊕⊖⊖), actitudes socioculturales hacia la apariencia física (calidad de la evidencia: baja ⊕⊕⊖⊖), incluyendo la presión percibida por los medios de comunicación y la internalización del ideal de belleza actual, autoestima (calidad de la evidencia: baja ⊕⊕⊖⊖) y estima corporal entre chicos y chicas (calidad de la evidencia: muy baja ⊕⊖⊖⊖).

  – Se observan diferencias estadísticamente significativas entre chicos y chicas en la calidad de vida y el estado general de salud, si bien, la prevención universal de los TCA no presenta ningún efecto sobre el control en ninguno de los dos grupos. Estos resultados han de valorarse con cautela pues provienen de un solo estudio.

- El análisis de subgrupos por tipo de intervención preventiva permite establecer que:

  – En la evidencia disponible sobre la efectividad de los programas de prevención universal multicomponentes (9 ECA), se observa que estos programas redujeron síntomas de TCA tras la intervención en

comparación con el grupo control (calidad de la evidencia: moderada ⊕⊕⊕⊖) si bien este efecto se diluyó a lo largo de los seguimientos (3 meses, 6 meses y 12 meses) (calidad de la evidencia: baja ⊕⊕⊖⊖). No existe evidencia de un efecto significativo en las variables insatisfacción corporal, obsesión por la delgadez, autoestima, estima corporal y actitudes socioculturales hacia la apariencia física, incluyendo la presión percibida por los medios de comunicación y la internalización del ideal de belleza actual (calidad de la evidencia: baja ⊕⊕⊖⊖).

– En la evidencia disponible sobre la efectividad de los programas de alfabetización mediática, se observa que no presentan ningún efecto significativo frente al grupo control en los síntomas de TCA, la preocupación por la figura, la autoestima, la estima corporal y las actitudes socioculturales hacia la apariencia física, incluyendo la presión percibida por los medios de comunicación. Sin embargo, estos programas aumentaron ligeramente los niveles de preocupación por el peso postintervención (calidad de la evidencia: moderada ⊕⊕⊕⊖), este efecto se diluyó a lo largo de los seguimientos (3 meses, 6 meses y 12 meses) (calidad de la evidencia: baja ⊕⊕⊖⊖). Los programas de alfabetización mediática también aumentaron los niveles de insatisfacción corporal frente al grupo control (postintervención y 3 meses) (calidad de la evidencia: moderada ⊕⊕⊕⊖) y no se diluyó este efecto hasta los 6 meses de seguimiento (6 meses y 12 meses) (calidad de la evidencia: baja ⊕⊕⊖⊖).

– La evidencia disponible sobre estrategias de prevención de la obesidad es escasa (4 ECA). No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en ninguna de las variables de efectividad evaluadas (preocupación por la figura, insatisfacción corporal e internalización del ideal de belleza).

– La evidencia disponible sobre programas cognitivos o cognitivo-conductuales es escasa (4 ECA). No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en comparación con el grupo control en ninguna de las variables de efectividad evaluadas (síntomas TCA, preocupación por el peso, preocupación por la figura y autoestima); excepto en los niveles de insatisfacción corporal en los que los programas cognitivo-conductuales muestran una mejora en el grupo de intervención (postintervención y 6 meses de seguimiento), que desaparece a los 12 meses de seguimiento.

- La evidencia disponible sobre programas dirigidos a la mejora de la autoestima es escasa (3 ECA). No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en comparación con el grupo control en ninguna de las variables de efectividad evaluadas (preocupación por el peso, preocupación por la figura, insatisfacción corporal, obsesión por la delgadez y autoestima).
- La limitada evidencia disponible sobre la efectividad de los programas basados en la disonancia cognitiva (1 ECA) y en mindfulness (1 ECA) no permite establecer conclusiones claras al respecto.

- No es posible obtener ninguna conclusión sobre el coste-efectividad de las intervenciones de prevención universal de los TCA en población infantil, preadolescente y adolescente a partir de la revisión de la literatura.
- El modelo de coste-efectividad *de novo* realizado en este informe para España indica que:
  - Si bien el resultado del caso base sitúa el coste por AVAC de una estrategia multicomponente por debajo del umbral de coste-efectividad, existe un elevado nivel de incertidumbre en torno a las estimaciones obtenidas. Las conclusiones sobre el coste-efectividad de dichas intervenciones varían según el tamaño y la duración del efecto de la intervención que se considere, así como de sus costes asociados por alumno/a.
- La evidencia disponible sobre los aspectos organizativos, éticos, sociales, legales y relacionados, permite establecer que:
  - El abordaje universal aumenta la posibilidad de generar cambios a nivel individual, grupal, social y comunitario lo que representa una ganancia crucial para un trastorno con un alto componente relacional y sensible a patrones sociales establecidos como el ideal de belleza o la noción de peso ideal.
  - Incorporar una perspectiva de género contribuye a la equidad de una manera más sostenible. El incorporar esta perspectiva en este tipo de programas facilita que tanto chicos y chicas entiendan la presión y las expectativas que se ejercen sobre ellos, aprendan a empatizar con esas preocupaciones, e incluso se planteen formas de resolverlas.
  - Los programas interactivos, participativos, que incorporan aspectos novedosos y contenidos relevantes para los jóvenes

ofrecen mejores resultados porque permiten abordar los TCA desde una perspectiva multicausal y sistémica.

– Es recomendable ofrecer módulos complementarios en los programas universales que permitan atender a las necesidades específicas de aquellos participantes con una necesidad de apoyo mayor, como pueden ser quienes han desarrollado signos de algún TCA. El trabajo en red con centros de salud y con otros centros especializados es igualmente recomendable para favorecer la derivación y la atención de aquellos casos más graves.

VII. Recomendaciones

Con la evidencia disponible sobre efectividad y coste efectividad en el momento de la elaboración de este informe y la consideración de los aspectos organizativos, éticos, sociales, legales y relacionados con los pacientes:

- No es posible hacer una recomendación ni a favor ni en contra de la implementación de intervenciones de prevención universal de los trastornos de la conducta alimentaria en población infantil, preadolescente y adolescente escolarizada (Recomendación: CONDICIONAL).
- No es posible hacer una recomendación ni a favor ni en contra de la implementación de intervenciones de alfabetización mediática o digital para la prevención universal de los trastornos de la conducta alimentaria en población infantil, preadolescente y adolescente escolarizada (Recomendación: CONDICIONAL).
- No es posible hacer una recomendación ni a favor ni en contra de la implementación de intervenciones multicomponente para la prevención universal de los trastornos de la conducta alimentaria en población infantil, preadolescente y adolescente escolarizada (Recomendación: CONDICIONAL).

En el Anexo 16 se pueden consultar los juicios realizados en el proceso de formulación de las recomendaciones.

VII.1. Recomendaciones para la investigación futura

En base a la evidencia científica identificada para el presente informe, el grupo elaborador establece las siguientes áreas de incertidumbre:

- La evaluación de los posibles daños asociados a las intervenciones de prevención universal de los trastornos de la conducta alimentaria.
- La evaluación del número de casos reales de trastornos de la conducta alimentaria evitados.
- La evaluación de la efectividad de las intervenciones de prevención universal de los trastornos de la conducta alimentaria en población infantil y población preadolescente.
- La evaluación de la efectividad y seguridad de intervenciones de prevención universal de los trastornos de la conducta alimentaria en las

que se que aborden temas específicos según el género, centradas en las preocupaciones relevantes para ambos sexos y enfocadas a identificar factores de riesgo modificables a edades tempranas.

- La evaluación del efecto de intervenciones que incluyan a padres y madres, docentes y otras personas relevantes para los menores, como son hermanos, entrenadores o médicos; con un enfoque que fomente la cooperación e interacción.
- La identificación de los componentes efectivos en la prevención de los trastornos de la conducta alimentaria, lo que evitaría toda la variabilidad que ha mostrado en la presente revisión.
- La evaluación por género de la aceptabilidad, credibilidad y viabilidad de las diferentes intervenciones de prevención universal en trastornos de la conducta alimentaria por parte de la población infantil, preadolescente y adolescente.

Contribución de los autores y revisores externos

- *Tasmania del Pino Sedeño.* Fundación Canaria Instituto de Investigación Sanitaria de Canarias (FIISC) – Planificación, dirección, selección de estudios, extracción de datos y lectura crítica de los estudios incluidos, diseño y realización del meta-análisis, y redacción del presente informe.

- *Lidia García Pérez.* Fundación Canaria Instituto de Investigación Sanitaria de Canarias (FIISC). Red de Investigación en Servicios de Salud en Enfermedades Crónicas (REDISSEC) – Planificación, revisión de la literatura económica, supervisión del estudio y revisión del primer borrador del informe.

- *Laura Vallejo Torres.* Universidad de Las Palmas de Gran Canaria – Revisión de la literatura económica, diseño, desarrollo, implementación y análisis del coste-efectividad, redacción parcial del informe y revisión del primer borrador del informe.

- *Alezandra Torres Castaño.* Fundación Canaria Instituto de Investigación Sanitaria de Canarias (FIISC) – Evaluación de los aspectos éticos, sociales, legales, organizativos y relacionados con los pacientes, redacción parcial del informe y revisión del primer borrador del informe.

- *Diego Infante Ventura.* Fundación Canaria Instituto de Investigación Sanitaria de Canarias (FIISC) – Redacción parcial de la introducción, selección de estudios, extracción de datos y lectura crítica de los estudios incluidos y revisión del primer borrador del informe.

- *Daniel Estaña.* Fundación Canaria Instituto de Investigación Sanitaria de Canarias (FIISC) – Redacción parcial de la introducción, selección de estudios, extracción de datos y lectura crítica de los estudios incluidos y revisión del primer borrador del informe.

- *Janet Delgado Rodríguez.* Hospital Universitario de Canarias (HUC) – Colaboración en la evaluación de los aspectos éticos, sociales,

legales, organizacionales y relacionados con los pacientes, participación en la redacción del informe y revisión del primer borrador del informe.

- *Ana Mª de Pascual Medina.* Servicio de Evaluación del Servicio Canario de la Salud (SESCS) – Colaboración en la evaluación de los aspectos éticos, sociales, legales, organizativos y relacionados con los pacientes, participación en la redacción del informe y revisión del primer borrador del informe.

- *Yolanda Ramallo Fariña.* Fundación Canaria Instituto de Investigación Sanitaria de Canarias (FIISC). Red de Investigación en Servicios de Salud en Enfermedades Crónicas (REDISSEC) – Planificación del estudio, supervisión de la evaluación de necesidades de investigación futura y revisión del primer borrador del informe.

- *Leticia Rodríguez Rodríguez.* Fundación Canaria Instituto de Investigación Sanitaria de Canarias (FIISC) – Desarrollo de la estrategia de búsqueda y consulta en bases de datos.

- *Claudia Morales.* Fundación Canaria Instituto de Investigación Sanitaria de Canarias (FIISC) – Redacción parcial de necesidades de investigación futura y revisión del primer borrador del informe.

- *Josune Martín Corral*. Hospital Galdakao-Usansolo. Red de Investigación en Servicios de Salud en Enfermedades Crónicas (REDISSEC) – Planificación y revisión del estudio.

- *Francisco Javier Castro Molina*. Escuela de Enfermería de Nuestra Señora de Candelaria, Servicio Canario de Salud (SCS) y Universidad de La Laguna (ULL) – Planificación y revisión del estudio.

- *Aythamy González Darias*. Departamento de Enfermería de la Universidad de La Laguna (ULL) – Planificación y revisión del estudio.

- *Marta Guillén*. Servicio Canario de la Salud (SCS) – Planificación y revisión del estudio.

- *Pedro Serrano Aguilar.* Servicio de Evaluación del Servicio Canario de la Salud (SESCS). Red de Investigación en Servicios de Salud en

Enfermedades Crónicas (REDISSEC) – Planificación y revisión del estudio.

tasmania.delpino@sescs.es

Expertos colaboradores

- *Mariam Fernández.* Asociación en Defensa de la Atención de la Anorexia Nerviosa y Bulimia (ADANER) – Revisión del protocolo, calificación de la importancia de los desenlaces y revisión del primer borrador del informe.

- Martina Pacífico. Asociación para la liberación de la Anorexia y la Bulimia en Tenerife (Alabente) – Revisión del protocolo, calificación de la importancia de los desenlaces y revisión del primer borrador del informe.

- Néstor Benítez Brito. Dirección General de Salud Pública del Servicio Canario de la Salud – Revisión del protocolo, calificación de la importancia de los desenlaces y revisión del primer borrador del informe.

- Amir Nazari, Doctor en Farmacia, Máster en Farmacoeconomía y Economía de la Salud – Revisión del protocolo y selección de estudios económicos.

- Alba M. Santaliestra Pasías. Academia Española de Nutrición y Dietética (AEND) – Revisión del protocolo, calificación de la importancia de los desenlaces y revisión del primer borrador del informe.

- Aurora Fernández Moreno. Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (SemFYC) – Revisión del protocolo, calificación de la importancia de los desenlaces y revisión del primer borrador del informe.

- Carmen Gómez Candela. Sociedad Española de Nutrición Clínica y Metabolismo (SENPE) – Revisión del protocolo, calificación de la importancia de los desenlaces y revisión del primer borrador del informe.

- Carmen Martín Salinas. Asociación Española de Enfermeras de Nutrición y Dietética – Revisión del protocolo, calificación de la importancia de los desenlaces y revisión del primer borrador del informe.

- Eduardo Baladía. Academia Española de Nutrición y Dietética (AEND) – Revisión del protocolo, calificación de la importancia de los desenlaces y revisión del primer borrador del informe.

- Engràcia Soler. Asociación Científica Española de Enfermería y Salud Escolar – Revisión del protocolo, calificación de la importancia de los desenlaces y revisión del primer borrador del informe.

- Irene Bretón Lesmes. Sociedad Española de Endocrinología y Nutrición – Revisión del protocolo, calificación de la importancia de los desenlaces y revisión del primer borrador del informe.

- Jesús Román Martínez Álvarez. Sociedad Española de Dietética y Ciencias de la Alimentación – Revisión del protocolo del informe.

- José Vicente Tuells Hernández. Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria (SESPAS) – Revisión del protocolo del informe.

- Pablo del Pozo Herce. Asociación de Enfermería Comunitaria – Revisión del protocolo, calificación de la importancia de los desenlaces y revisión del primer borrador del informe.

- Pedro Manuel Ruiz Lázaro. Asociación Española para el Estudio de los Trastornos de la Conducta Alimentaria (AEETCA) – Revisión del protocolo, calificación de la importancia de los desenlaces y revisión del primer borrador del informe.

- Pilar Matía Martín. Sociedad Española de Endocrinología y Nutrición – Revisión del protocolo, calificación de la importancia de los desenlaces y revisión del primer borrador del informe.

- Silvia Chamorro Gil. Asociación Científica Española de Enfermería y Salud Escolar – Revisión del protocolo, calificación de la importancia de los desenlaces y revisión del primer borrador del informe.

- Silvia Morales Robaina. Asociación Científica Española de Enfermería y Salud Escolar – Revisión del protocolo, calificación de la importancia de los desenlaces y revisión del primer borrador del informe.

- Vicenta Esteve Biot. Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos – Revisión del protocolo, calificación de la importancia de los desenlaces y revisión del primer borrador del informe.

Revisores externos

El presente informe, una vez finalizado y antes de su publicación, se sometió a un proceso de revisión crítica por parte de los siguientes reconocidos expertos en el tema para asegurar su calidad, precisión y validez. Las aportaciones realizadas que modificaban las conclusiones iniciales del informe fueron incorporadas al documento sólo si estuvieron suficientemente argumentadas o basadas en pruebas científicas de calidad.

- Ana Rosa Sepúlveda García. Departamento de Psicología Biológica y de la Salud, Univeridad Autónoma de Madrid. Madrid.

- David Epstein. Departamento de Economía Aplicada, Universidad de Granada. Granada.

- Zaida Palmira Agüera Imbernon, Hospital Universitario de Bellvitge-IDIBELL. Centro de Investigación Biomédica en Red de la Fisiopatología de la Obesidad y Nutrición (CIBEROBN). Barcelona.

Declaración de intereses

Los autores y los revisores externos del presente informe completaron un formulario de declaración de intereses en los últimos tres años.

Todos ellos declararon no tener intereses en relación con las intervenciones evaluadas y los comparadores considerados.

Referencias

1. Perpiñà C. Transtornos alimentarios y de la ingestion de alimentos. In: Manual de psicopatología y trastornos psicológicos. 2015. p. 605–37.
2. Carlson NR. Fisiología de la conducta 8ª Ed. 2006;
3. Valverde PR, Rivera de los Santos F, Moreno Rodríguez C. Diferencias de sexo en imagen corporal, control de peso e Índice de Masa Corporal de los adolescentes españoles. Psicothema. 2010 Dec;22(1):77–83.
4. Carolina LG, Janet T. Trastornos de la Conducta Alimentaria en adolescentes: Descripción y manejo. Rev. Médica Clínica Las Condes. 2011;22(1):85–97.
5. Organización Mundial de la Salud. Trastornos del comportamiento alimentario. In: CIE-11. Clasificación Internacional de Enfermedades, 11.a revisión. Genova: Author; 2018.
6. Asociación Americana de Psiquiatría. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales 5ª edición (DSM-5). Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2014. 1100 p.
7. Smink FRE, van Hoeken D, Hoek HW. Epidemiology, course, and outcome of eating disorders. Curr. Opin. Psychiatry. 2013 Nov;26(6):543–8.
8. Galmiche M, Déchelotte P, Lambert G, Tavolacci MP. Prevalence of eating disorders over the 2000-2018 period: A systematic literature review. Am. J. Clin. Nutr. 2019;109(5):1402–13.
9. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria. Guías de práctica clínica sobre trastornos de la conducta alimentaria. Guías de P. Madrid: Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Consumo.Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques de Cataluña: 2009.
10. Stice E, Marti CN, Shaw H, Jaconis M. An 8-year longitudinal study of the natural history of threshold, subthreshold, and partial eating disorders from a community sample of adolescents. J. Abnorm. Psychol. 2009 Aug;118(3):587–97.
11. Stice E, Marti CN, Rohde P. Prevalence, incidence, impairment, and course of the proposed DSM-5 eating disorder diagnoses in an 8-year prospective community study of young women. J. Abnorm. Psychol. 2013 May;122(2):445–57.
12. Rodríguez-Cano T, Beato-Fernández L, Belmonte-Llario A. New contributions to the prevalence of eating disorders in Spanish adolescents: detection of false negatives. Eur. Psychiatry. 2005

Mar;20(2):173–8.
13. Fairburn CG, Harrison PJ. Eating disorders. Lancet (London, England). 2003 Feb;361(9355):407–16.
14. Dueñas Disotuar Y, Murray Hurtado M, Rubio Morell B, MurjaniBharwani HS, Jiménez Sosa A. Trastornos de la conducta alimentaria en la edad pediátrica: Una patología en auge. Nutr. Hosp. 2015;32(5):2091–7.
15. Hoek HW, van Hoeken D. Review of the prevalence and incidence of eating disorders. Int. J. Eat. Disord. 2003 Dec;34(4):383–96.
16. Keski-Rahkonen A, Mustelin L. Epidemiology of eating disorders in Europe: prevalence, incidence, comorbidity, course, consequences, and risk factors. Curr. Opin. Psychiatry. 2016 Nov;29(6):340–5.
17. Rojo-Moreno L, Arribas P, Plumed J, Gimeno N, García-Blanco A, Vaz-Leal F, et al. Prevalence and comorbidity of eating disorders among a community sample of adolescents: 2-year follow-up. Psychiatry Res. 2015;227(1):52–7.
18. Pérez-Gaspar M, Gual P, de Irala-Estévez J, Martínez-González MA, Lahortiga F, Cervera S. Prevalencia de trastornos de la conducta alimentaria en las adolescentes navarras. Med. Clin. (Barc). 2000;114(13):481–6.
19. Udo T, Grilo CM. Psychiatric and medical correlates of DSM-5 eating disorders in a nationally representative sample of adults in the United States. Int. J. Eat. Disord. 2019;52(1).
20. Gandarillas A, Febrel C, Galán I, León C, Zorrilla B, Bueno R. Population at risk for eating disorders in a Spanish region. Eat. Weight Disord. 2004;9(3):179–85.
21. Álvarez-Malé ML, Castaño IB, Majem LS. Prevalencia de los trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes de Gran Canaria. Nutr. Hosp. 2015;31(5):2283–8.
22. Pomeroy C, Mitchell JE, Roerig J, Crow S. Medical complications of psychiatric illness. Arlington, VA, US: American Psychiatric Publishing, Inc.; 2002. x, 215–x, 215 p.
23. Caballo VE, Salazar IC, Carrobles JAI. Manual de psicopatología y trastornos psicológicos. Pirámide; 2014.
24. Belloch A, Bonifacio S, Francisco R. Manual de psicopatología. 2008;
25. Hudson JI, Hiripi E, Pope Jr HG, Kessler RC. The prevalence and correlates of eating disorders in the National Comorbidity Survey Replication. Biol. Psychiatry. 2007 Feb 1;61(3):348–58.
26. Nicdao EG, Hong S, Takeuchi DT. Prevalence and correlates of eating disorders among Asian Americans: results from the National Latino and Asian American Study. Int. J. Eat. Disord. 2007

Nov;40 Suppl:S22-6.
27. Swanson SA, Crow SJ, Le Grange D, 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 Jul;68(7):714–23.
28. Pamies-Aubalat L, Marcos YQ, Castaño MB. [Study of risk of eating disorders in a representative sample of adolescents]. Med. Clin. (Barc). 2011 Feb;136(4):139–43.
29. Nagl M, Jacobi C, Paul M, Beesdo-Baum K, Höfler M, Lieb R, et al. Prevalence, incidence, and natural course of anorexia and bulimia nervosa among adolescents and young adults. Eur. Child Adolesc. Psychiatry. 2016 Aug;25(8):903–18.
30. Watson H, Elphick R, Dreher C, Steele A, Wilksch S. Eating Disorders. Prevention, Treatment & Management: An Evidence Review The National Eating. 2010. 318 p.
31. Patton GC, Selzer R, Coffey C, Carlin JB, Wolfe R. Onset of adolescent eating disorders: population based cohort study over 3 years. BMJ. 1999 Mar 20;318(7186):765–8.
32. Jacobi C, Hütter K, Fittig E. Psychosocial risk factors for eating disorders. In: The Oxford Handbook of Eating Disorders. 2017.
33. Dunstan CJ, Paxton SJ, McLean SA. An evaluation of a body image intervention in adolescent girls delivered in single-sex versus co-educational classroom settings. Eat. Behav. 2017 Apr;25:23–31.
34. Le LKD, Barendregt JJ, Hay P, Mihalopoulos C. Prevention of eating disorders: A systematic review and meta-analysis. Clin. Psychol. Rev. 2017;53:46–58.
35. Chua JYX, Tam W, Shorey S. Research Review: Effectiveness of universal eating disorder prevention interventions in improving body image among children: a systematic review and meta-analysis. J. Child Psychol. Psychiatry. 2020 May;61(5):522–35.
36. Farstad SM, McGeown LM, von Ranson KM. Eating disorders and personality, 2004-2016: A systematic review and meta-analysis. Clin. Psychol. Rev. 2016;46.
37. Wonderlich SA, Connolly KM, Stice E. Impulsivity as a risk factor for eating disorder behavior: Assessment implications with adolescents. Int. J. Eat. Disord. 2004;36(2).
38. Byrne ME, Eichen DM, Fitzsimmons-Craft EE, Taylor CB, Wilfley DE. Perfectionism, emotion dysregulation, and affective disturbance in relation to clinical impairment in college-age women at high risk for or with eating disorders. Eat. Behav. 2016;23.
39. Martínez-González MA, Gual P, Lahortiga F, Alonso Y, de Irala-

Estévez J, Cervera S. Parental factors, mass media influences, and the onset of eating disorders in a prospective population-based cohort. Pediatrics. 2003 Feb;111(2):315–20.
40. Agras WS. The Oxford handbook of eating disorders. Oxford University Press; 2010.
41. Williams PM, Goodie J, Motsinger CD. Treating eating disorders in primary care. Am. Fam. Physician. 2008;77(2).
42. Gabler G, Olguín P, Rodríguez A. COMPLICACIONES MÉDICAS DE LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA. Rev. Médica Clínica Las Condes. 2017;28(6):893–900.
43. Bulik CM, Reichborn-Kjennerud T. Medical morbidity in binge eating disorder. Int. J. Eat. Disord. 2003;34(Suppl):S39–46.
44. Fichter MM, Quadflieg N. Mortality in eating disorders - results of a large prospective clinical longitudinal study. Int. J. Eat. Disord. 2016 Apr;49(4):391–401.
45. Arcelus J, Mitchell AJ, Wales J, Nielsen S. Mortality rates in patients with anorexia nervosa and other eating disorders. A meta-analysis of 36 studies. Arch. Gen. Psychiatry. 2011 Jul;68(7):724–31.
46. Koran LM, Agras WS, Rossiter EM, Arnow B, Schneider JA, Telch CF, et al. Comparing the cost effectiveness of psychiatric treatments: bulimia nervosa. Psychiatry Res. 1995;58(1):13–21.
47. Krauth C, Buser K, Vogel H. How high are the costs of eating disorders - anorexia nervosa and bulimia nervosa - for German society? Eur. J. Heal. Econ. HEPAC Heal. Econ. Prev. care. 2002;3(4):244–50.
48. Ágh T, Kovács G, Supina D, Pawaskar M, Herman BK, Vokó Z, et al. A systematic review of the health-related quality of life and economic burdens of anorexia nervosa, bulimia nervosa, and binge eating disorder. Eat. Weight Disord. 2016;21(3):353–64.
49. Martín J, Padierna A, Aguirre U, Quintana JM, Hayas C Las, Muñoz P. Quality of life among caregivers of patients with eating disorders. Qual. Life Res. 2011;20(9):1359–69.
50. Keel PK, Brown TA. Update on course and outcome in eating disorders. Int. J. Eat. Disord. 2010 Apr;43(3):195–204.
51. Organización Mundial de la Salud. Trastornos del comportamiento alimentario. In: CIE-10. Clasificación Internacional de Enfermedades, 10.a revisión. Madid: Editorial Médica Panamericana; 2000.
52. Gordon Jr RS. An operational classification of disease prevention. Public Health Rep. 1983;98(2):107–9.
53. Le LKD, Hay P, Mihalopoulos C. A systematic review of cost-effectiveness studies of prevention and treatment for eating

disorders. Aust. N. Z. J. Psychiatry. 2018;52(4):328–38.
54. Pratt BM, Woolfenden SR. Interventions for preventing eating disorders in children and adolescents. Cochrane database Syst. Rev. 2002;2002(2):CD002891.
55. Watson HJ, Joyce T, French E, Willan V, Kane RT, Tanner-Smith EE, et al. Prevention of eating disorders: A systematic review of randomized, controlled trials. Int. J. Eat. Disord. 2016 Sep;49(9):833–62.
56. Wade TD, Davidson S, O'Dea JA. A preliminary controlled evaluation of a school-based media literacy program and self-esteem program for reducing eating disorder risk factors. Int. J. Eat. Disord. 2003 May;33(4):371–7.
57. Wilksch SM, Wade TD. Reduction of shape and weight concern in young adolescents: a 30-month controlled evaluation of a media literacy program. J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry. 2009 Jun;48(6):652–61.
58. Neumark-Sztainer D, Wall MM, Story M, Perry CL. Correlates of unhealthy weight-control behaviors among adolescents: implications for prevention programs. Heal. Psychol. Off. J. Div. Heal. Psychol. Am. Psychol. Assoc. 2003 Jan;22(1):88–98.
59. Carter J, Wiecha JL, Peterson KE, Nobrega S, Gortmaker SL. Planet health: an interdisciplinary curriculum for teaching middle school nutrition and physical activity. Champaign: Human Kinetics Publishers; 2007. xii + 580 pp. p.
60. Centers for Disease Control and Prevention. School Health Index: A Self-Assessment and Planning Guide. Middle school/high school version. Atlanta, Georgia.: Author; 2017.
61. Rogers VW, Hart PH, Motyka E, Rines EN, Vine J, Deatrick DA. Impact of Let's Go! 5-2-1-0: a community-based, multisetting childhood obesity prevention program. J. Pediatr. Psychol. 2013 Oct;38(9):1010–20.
62. Gasanov E, Ahmad WA, Golan M. Assessment of "Young in Favor of Myself": A School-Based Wellness Program for Preadolescents. EC Psychol. Psychiatry. 2018;7(1):13–22.
63. Sundgot-Borgen C, Friborg O, Kolle E, Engen KME, Sundgot-Borgen J, Rosenvinge JH, et al. The healthy body image (HBI) intervention: Effects of a school-based cluster-randomized controlled trial with 12-months follow-up. Body Image. 2019;29:122–31.
64. O'Dea JA, Abraham S. Improving the body image, eating attitudes, and behaviors of young male and female adolescents: a new educational approach that focuses on self-esteem. Int. J. Eat. Disord. 2000 Jul;28(1):43–57.

65. Watson HJ, Joyce T, French E, Willan V, Kane RT, Tanner-Smith EE, et al. Prevention of eating disorders: A systematic review of randomized, controlled trials. Int. J. Eat. Disord. 2016 Sep;49(9):833–62.
66. EUnetHTA Joint Action 2 Work Package 8. HTA Core Model ® version 3.0. 2016;357.
67. Puñal-Riobóo J, Baños Álvarez E, Varela Lema L, Castillo Muñoz MA, Atienza Merino G, Ubago Pérez R, et al. Guía para la elaboración y adaptación de informes rápidos de evaluación de tecno-logías sanitarias. 2016.
68. Higgins JPT, Green S. Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions Version 5.1.0[online]. [Internet]. 2011. Disponible en: www.cochrane-handbook.org.
69. Liberati A, Altman DG, Tetzlaff J, Mulrow C, Gøtzsche PC, Ioannidis JPA, et al. The PRISMA statement for reporting systematic reviews and meta-analyses of studies that evaluate health care interventions: Explanation and elaboration. PLoS Med. 2009;6(7).
70. Sterne JAC, Savović J, Page MJ, Elbers RG, Blencowe NS, Boutron I, et al. RoB 2: a revised tool for assessing risk of bias in randomised trials. BMJ. 2019;366.
71. Egger M, Smith G, Altman D. Systematic Reviews in Health Care: Meta-Analysis in Context. 2nd editio. London: 2008.
72. Fleiss JL. Review papers: The statistical basis of meta-analysis. Stat. Methods Med. Res. 1993;2(2):121–45.
73. Higgins JPT, Thompson SG, Deeks JJ, Altman DG. Measuring inconsistency in meta-analyses. BMJ. 2003 Sep;327(7414):557–60.
74. Berlin JA, Laird NM, Sacks HS, Chalmers TC. A comparison of statistical methods for combining event rates from clinical trials. Stat. Med. 1989 Feb;8(2):141–51.
75. Drummond MF, Wilson DA, Kanavos P, Ubel P, Rovira J. Assessing the economic challenges posed by orphan drugs. Int. J. Technol. Assess. Health Care. 2007;23(1):36–42.
76. Drummond MF, Sculpher MJ, Torrance GW, O'Brien BJ, Stoddart GL. Methods for the economic evaluation of health care programme. Third edition; Methods for the economic evaluation of health care programme. Third edition. Oxford: Oxford University Press; 2005.
77. Vallejo-Torres L, García-Lorenzo B, Serrano-Aguilar P. Estimating a cost-effectiveness threshold for the Spanish NHS. Heal. Econ. (United Kingdom). 2018;
78. López Bastida J, Oliva J, Antoñanzas F, García-Altés A, Gisbert R,

Mar J, et al. [A proposed guideline for economic evaluation of health technologies]. Gac. Sanit. 2010;24(2):154–70.
79. Le LKD, Barendregt JJ, Hay P, Sawyer SM, Paxton SJ, Mihalopoulos C. The modelled cost-effectiveness of cognitive dissonance for the prevention of anorexia nervosa and bulimia nervosa in adolescent girls in Australia. Int. J. Eat. Disord. 2017;50(7):834–41.
80. Wright DR, Austin SB, Noh HL, Jiang Y, Sonneville KR. The cost-effectiveness of school-based eating disorder screening. Am. J. Public Health. 2014;104(9):1774–82.
81. Wang LY, Nichols LP, Austin SB. The economic effect of planet health on preventing bulimia nervosa. Arch. Pediatr. Adolesc. Med. 2011;165(8):756–62.
82. Briggs A, Sculpher M, Claxton K. Decision modelling for health economic evaluation. Oup Oxford; 2006.
83. Cano Arana A, González Gil T, Cabello López J. Plantilla para ayudarte a entender un estudio cualitativo. In: CASPe. Guias CASPe de Lectura Critica de la Literatura Médica. Alicante: CASPe; 2010. p. 3–8.
84. Servicio de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (Osteba). Plataforma Web 2.0 para Fichas de Lectura Crítica [Internet]. 2020.
85. Shea BJ, Reeves BC, Wells G, Thuku M, Hamel C, Moran J, et al. AMSTAR 2: A critical appraisal tool for systematic reviews that include randomised or non-randomised studies of healthcare interventions, or both. BMJ. 2017;358.
86. Baethge C, Goldbeck-wood S, Mertens S. SANRA — a scale for the quality assessment of narrative review articles. 2019;8:2–8.
87. Hong QN, Fàbregues S, Bartlett G, Boardman F, Cargo M, Dagenais P, et al. The Mixed Methods Appraisal Tool (MMAT) version 2018 for information professionals and researchers. Educ. Inf. 2018;34(4):285–91.
88. Lewin S, Booth A, Glenton C, Munthe-Kaas H, Rashidian A, Wainwright M, et al. Applying GRADE-CERQual to qualitative evidence synthesis findings: introduction to the series. 2018;
89. Atkins D, Best D, Briss P, Eccles M, Falck-Ytter Y, Flottorp S, et al. Grading quality of evidence and strength of recommendatioms. BMJ. 2004;328:1–8.
90. Dalle Grave R, De Luca L, Campello G. Middle school primary prevention program for eating disorders: A controlled study with a twelve-month follow-up. Eat. Disord. 2001;9(4):327–37.
91. Buerger A, Ernst V, Wolter V, Huss M, Kaess M, Hammerle F. Treating eating disorders in the real world — MaiStep: A skill-based universal prevention for schools. Prev. Med. (Baltim).

2019;123(April):324–32.
92. Cousineau TM, Franko DL, Trant M, Rancourt D, Ainscough J, Chaudhuri A, et al. Teaching adolescents about changing bodies: Randomized controlled trial of an Internet puberty education and body dissatisfaction prevention program. Body Image. 2010;7(4):296–300.
93. Diedrichs PC, Atkinson MJ, Steer RJ, Garbett KM, Rumsey N, Halliwell E. Effectiveness of a brief school-based body image intervention 'Dove Confident Me: Single Session' when delivered by teachers and researchers: Results from a cluster randomised controlled trial. Behav. Res. Ther. 2015;74:94–104.
94. Eickman L, Betts J, Pollack L, Bozsik F, Beauchamp M, Lundgren J. Randomized controlled trial of REbeL: A peer education program to promote positive body image, healthy eating behavior, and empowerment in teens. Eat. Disord. 2018;26(2):127–42.
95. Escoto Ponce de León MC, Mancilla Díaz JM, Camacho Ruiz EJ. A pilot study of the clinical and statistical significance of a program to reduce eating disorder risk factors in children. Eat. Weight Disord. 2008 Sep;13(3):111–8.
96. Gumz A, Weigel A, Daubmann A, Wegscheider K, Romer G, Löwe B. Efficacy of a prevention program for eating disorders in schools: a cluster-randomized controlled trial. BMC Psychiatry. 2017 Aug;17(1):293.
97. Halliwell E, Yager Z, Paraskeva N, Diedrichs PC, Smith H, White P. Body Image in Primary Schools: A pilot evaluation of a primary school intervention program designed by teachers to improve children's body satisfaction. Body Image. 2016 Dec;19:133–41.
98. Johnson C, Burke C, Brinkman S, Wade T. Effectiveness of a school-based mindfulness program for transdiagnostic prevention in young adolescents. Behav. Res. Ther. 2016;81:1–11.
99. Marcus C, Nyberg G, Nordenfelt A, Karpmyr M, Kowalski J, Ekelund U. A 4-year, cluster-randomized, controlled childhood obesity prevention study: STOPP. Int. J. Obes. 2009;33(4):408–17.
100. McCabe MP, Ricciardelli LA, Salmon JO. Evaluation of a prevention program to address body focus and negative affect among children. J. Health Psychol. 2006;11(4):589–98.
101. McVey G, Tweed S, Blackmore E. Healthy Schools-Healthy Kids: A controlled evaluation of a comprehensive universal eating disorder prevention program. Body Image. 2007;4(2):115–36.
102. Singhal N, Misra A, Shah P, Gulati S. Effects of controlled school-based multi-component model of nutrition and lifestyle interventions on behavior modification, anthropometry and metabolic risk profile of urban Asian Indian adolescents in North

India. Eur. J. Clin. Nutr. 2010;64(4):364–73.
103. Warschburger P, Zitzmann J. The Efficacy of a Universal School-Based Prevention Program for Eating Disorders among German Adolescents: Results from a Randomized-Controlled Trial. J. Youth Adolesc. 2018;47(6):1317–31.
104. Wilksch SM. School-based eating disorder prevention: A pilot effectiveness Trial of Teacher-delivered Media Smart. Early Interv. Psychiatry. 2015;9(1):21–8.
105. Wilksch SM, Paxton SJ, Byrne SM, Austin SB, McLean SA, Thompson KM, et al. Prevention Across the Spectrum: A randomized controlled trial of three programs to reduce risk factors for both eating disorders and obesity. Psychol. Med. 2015;45(9):1811–23.
106. Wilksch SM, Wade TD. Life smart: A pilot study of a school-based program to reduce the risk of both eating disorders and obesity in young adolescent girls and boys. J. Pediatr. Psychol. 2013;38(9):1021–9.
107. Agam-Bitton R, Ahmad WA, Golan M. Girls-only vs. mixed-gender groups in the delivery of a universal wellness programme among adolescents: A cluster-randomized controlled trial. PLoS One. 2018;13(6):1–18.
108. Anuel A, Bracho A, Brito N, Rondón JE, Sulbarán D. Autoaceptación y mecanismos cognitivos sobre la imagen corporal. Psicothema. 2012;24(3):390–5.
109. Austin SB, Kim J, Wiecha J, Troped PJ, Feldman HA, Peterson KE. School-based overweight preventive intervention lowers incidence of disordered weight-control behaviors in early adolescent girls. Arch. Pediatr. Adolesc. Med. 2007 Sep;161(9):865–9.
110. Sundgot-Borgen E, Agrinier N, Thilly N, Tessier S, Legrand K, Lecomte E, et al. Overweight and obesity prevention for adolescents: A cluster randomized controlled trial in a school setting. Am. J. Prev. Med. 2013;44(1):30–9.
111. Wade TDTD, Wilksch SM, Paxton SJSJ, Byrne SMSM, Austin SBB. Do universal media literacy programs have an effect on weight and shape concern by influencing media internalization? Int. J. Eat. Disord. 2017 Jul;50(7):731–8.
112. Wilksch SM, Paxton SJ, Byrne S., Austin SB, O'Shea A, Wade TD. Outcomes of three universal eating disorder risk reduction programs by participants with higher and lower baseline shape and weight concern. Int. J. Eat. Disord. 2017 Jan;50(1):66–75.
113. Sundgot-Borgen C, Friborg O, Kolle E, Torstveit MK, Sundgot-Borgen J, Engen KME, et al. Does the Healthy Body Image program improve lifestyle habits among high school students? A

randomized controlled trial with 12-month follow-up. J. Int. Med. Res. 2020 Mar;48(3):300060519889453.
114. Wilksch SM, Wade TD. Reduction of shape and weight concern in young adolescents: a 30-month controlled evaluation of a media literacy program. J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry. 2009 Jun;48(6):652–61.
115. Wilksch SM. School-based eating disorder prevention: a pilot effectiveness trial of teacher-delivered Media Smart. Early Interv. Psychiatry. 2015 Feb;9(1):21–8.
116. Wilksch SM, Wade TD. Life Smart: a pilot study of a school-based program to reduce the risk of both eating disorders and obesity in young adolescent girls and boys. J. Pediatr. Psychol. 2013 Oct;38(9):1021–9.
117. Warschburger P, Zitzmann J. The Efficacy of a Universal School-Based Prevention Program for Eating Disorders among German Adolescents: Results from a Randomized-Controlled Trial. J. Youth Adolesc. 2018 Jun;47(6):1317–31.
118. Wilksch S., Paxton S., Byrne S., Austin S., McLean S., Thompson K., et al. Prevention Across the Spectrum: a randomized controlled trial of three programs to reduce risk factors for both eating disorders and obesity. Psychol. Med. 2015 Jul;45(9):1811–23.
119. Berger U, Schaefer JM, Wick K, Brix C, Bormann B, Sowa M, et al. Effectiveness of Reducing the Risk of Eating-Related Problems Using the German School-Based Intervention Program, “Torera”, for Preadolescent Boys and Girls. Prev. Sci. 2014;15(4):557–69.
120. Doyle A, Goldschmidt A, Huang C, Winzelberg A, Taylor C, Wilfley D. Reduction of overweight and eating disorder symptoms via the Internet in adolescents: A randomized controlled trial. J. Adolesc. Heal. 2008;43(2):172–9.
121. Moessner M, Minarik C, Ozer F, Bauer S. Effectiveness and Cost-effectiveness of School-based Dissemination Strategies of an Internet-based Program for the Prevention and Early Intervention in Eating Disorders: A Randomized Trial. Prev. Sci. 2016 Apr;17(3):306–13.
122. Schmidt U, Sharpe H, Bartholdy S, Bonin E-M, Davies H, Easter A, et al. Treatment of anorexia nervosa: a multimethod investigation translating experimental neuroscience into clinical practice. Program. Grants Appl. Res. 2017;5(16):1–208.
123. Pohjolainen V, Koponen S, Räsänen P, Roine RP, Sintonen H, Karlsson H. Long-term health-related quality of life in eating disorders. Qual. life Res. an Int. J. Qual. life Asp. Treat. care Rehabil. 2016 Sep;25(9):2341–6.
124. Littleton HL, Ollendick T. Negative body image and disordered

eating behavior in children and adolescents: what places youth at risk and how can these problems be prevented? Clin. Child Fam. Psychol. Rev. 2003 Mar;6(1):51–66.
125. Pratt BM, Woolfenden S. Interventions for preventing eating disorders in children and adolescents. Cochrane Database Syst. Rev. 2002;(2):CD002891.
126. Sánchez-Carracedo D, Neumark-Sztainer D, López-Guimerà G. Integrated prevention of obesity and eating disorders: barriers, developments and opportunities. Public Health Nutr. 2012 Dec;15(12):2295–309.
127. Neumark-Sztainer D. School-based programs for preventing eating disturbances. J. Sch. Health. 1996 Feb;66(2):64–71.
128. Piran N. A feminist perspective on risk factor research and on the prevention of eating disorders. Eat. Disord. 2010;18(3):183–98.
129. Anderson CN, Holody KJ, Flynn MA, Hussa-Farrell R. An exploratory evaluation of the feasibility, acceptability, and efficacy of the mental fitness disordered eating program in schools. Eat. Disord. 2017 May 27;25(3):230–45.
130. Contreras Jordán O, Gil Madrona P, García López L, Fernández Bustos J, Pastor Vicedo J. Incidencia de un programa de Educación Física en la percepción de la propia imagen corporal. Rev. Educ. 2012;(357):187–8.
131. Wilksch SM, Tiggemann M, Wade TD. Impact of interactive school-based media literacy lessons for reducing internalization of media ideals in young adolescent girls and boys. Int. J. Eat. Disord. 2006 Jul;39(5):385–93.
132. González ML, Mora M, Penelo E, Goddard E, Treasure J, Raich RM. Gender differences found in a qualitative study of a disordered eating prevention programme: What do boys have to say? J. Health Psychol. 2015 Jun;20(6):858–74.
133. Haines J, Neumark-Sztainer D, Morris B. Theater as a behavior change strategy: qualitative findings from a school-based intervention. Eat. Disord. 2008;16(3):241–54.
134. Rosenvinge JH, Westjordet MØ. Is information about eating disorders experienced as harmful? A consumer perspective on primary prevention. Eat. Disord. 2004;12(1):11–20.
135. Mora M, Penelo E, Gutiérrez T, Espinoza P, González ML, Raich RM. Assessment of two school-based programs to prevent universal eating disorders: Media literacy and theatre-based methodology in Spanish adolescent boys and girls. Sci. World J. 2015;2015.
136. González ML, Mora M, Penelo E, Goddard E, Treasure J, Raich RM. Qualitative findings in a long-term disordered eating

prevention programme follow-up with school-going girls. J. Health Psychol. 2013 Apr;18(4):587–98.
137. Chua JYX, Tam W, Shorey S. Research Review: Effectiveness of universal eating disorder prevention interventions in improving body image among children: a systematic review and meta-analysis. J. Child Psychol. Psychiatry Allied Discip. 2020 May 1;61(5):522–35.
138. van Furth EF, van der Meer A, Cowan K. Top 10 research priorities for eating disorders. The Lancet Psychiatry. 2016 Aug 1;3(8):706–7.
139. Berger, U., Sowa,M.,Bormann,B.,Brix,C. & Strauss B. Stigmatising of thos With AN. Eur. Eat. Disord. Rev. 2008;16(3):215–21.
140. Scime M, Cook-Cottone C, Kane L, Watson T. Group prevention of eating disorders with fifth-grade females: impact on body dissatisfaction, drive for thinness, and media influence. Eat. Disord. 2006;14(2):143–55.
141. Sharpe H, Damazer K, Treasure J, Schmidt U. What are adolescents' experiences of body dissatisfaction and dieting, and what do they recommend for prevention? A qualitative study. Eat. Weight Disord. 2013 Jun;18(2):133–41.
142. Sjostrom LA, Steiner-Adair C. Full of ourselves: a wellness program to advance girl power, health and leadership: an eating disorders prevention program that works. J. Nutr. Educ. Behav. 2005;37 Suppl 2:S141-4.
143. Drummond MF, O'Brien B, Stoddard GL, Torrance GW. Methods for the Economic Evaluation of Health Care Programs. Oxford: Oxford Univ.Press; 1997.
144. Atkins D, Best D, Briss PA, Eccles M, Falck-Ytter Y, Flottorp S, et al. Grading quality of evidence and strength of recommendations. BMJ. 2004 Jun 19;328(7454):1490.
145. M Ruiz-Lázaro P, P Comet M, I Calvo A, Zapata M, Cebollada M, Trébol L, et al. Prevalencia de trastornos alimentarios en estudiantes adolescentes tempranos. Actas Españolas Psiquiatr. 2010;38(4).
146. Pamies-Aubalat L, Marcos YQ, Castaño MB. Conductas alimentarias de riesgo en una muestra de 2.142 adolescentes. Med. Clin. (Barc). 2011;136(4):139–43.
147. Gual P, Pérez-Gaspar M, Martínez-González MA, Lahortiga F, de Irala-Estévez J, Cervera-Enguix S. Self-esteem, personality, and eating disorders: baseline assessment of a prospective population-based cohort. Int. J. Eat. Disord. 2002 Apr;31(3):261–73.
148. Moraleda Barba S, González Alonso N, Casado Viñas JM,

Carmona de la Morena J, Gómez-Calcerrada Gómez R, Aguilera Sánchez M, et al. Trastornos del comportamiento alimentario en una población de estudiantes de enseñanza media. Atención Primaria. 2001;28(7):463–7.

149. Beato-Fernández L, Rodríguez-Cano T, Belmonte-Llario A, Martínez-Delgado C. Risk factors for eating disorders in adolescents: A Spanish community-based longitudinal study. Eur. Child Adolesc. Psychiatry. 2004;13(5):287–94.
150. Rojo L, Livianos L, Conesa L, García A, Domínguez A, Rodrigo G, et al. Epidemiology and risk factors of eating disorders: a two-stage epidemiologic study in a Spanish population aged 12-18 years. Int. J. Eat. Disord. 2003 Nov;34(3):281–91.
151. Sancho C, Arija M V., Asorey O, Canals J. Epidemiology of eating disorders: A two year follow up in an early adolescent school population. Eur. Child Adolesc. Psychiatry. 2007;16(8):495–504.
152. Muro-Sans P, Amador-Campos JA. Prevalence of eating disorders in a Spanish community adolescent sample. Eat. Weight Disord. 2007 Mar;12(1):e1-6.
153. Morandé G, Celada J, Casas JJ. Prevalence of eating disorders in a Spanish school-age population. J. Adolesc. Heal. 1999;24(3):212–9.
154. Peláez Fernández MA, Labrador FJ, Raich RM. Prevalence of eating disorders among adolescent and young adult scholastic population in the region of Madrid (Spain). J. Psychosom. Res. 2007 Jun;62(6):681–90.

Anexos

Anexo 1. Estrategia de búsqueda para efectividad

MEDLINE

1. "feeding and eating disorders"/ or anorexia nervosa/ or avoidant restrictive food intake disorder/ or binge-eating disorder/ or bulimia nervosa/ or food addiction/ or night eating syndrome/ or pica/ or rumination syndrome/
2. ("Feeding and Eating Disorders" or Anorexia or Bulimia or "Binge-Eating Disorder" or "Night Eating Syndrome" or "osfed" or "Other Specified Feeding and Eating Disorder" or "Eating Disorder Not Otherwise Specified" or "EDNOS" or "pica" or "Rumination Syndrome" or "Avoidant Restrictive Food Intake Disorder" or "eating disorder*").ti,ab.
3. 1 or 2
4. Body Image/
5. (Body* adj1 (image* or represent* or schema* or esteem*)).ti,ab,kw.
6. (body* adj3 (satisf* or dissatisf*)).ti,ab,kw.
7. body-esteem*.ti,ab,kw.
8. 4 or 5 or 6 or 7
9. 3 or 8
10. Adolescent/
11. Child/
12. (("18" or "0-18") adj (age or old or over or year*)).mp.
13. (child$ or adolescen$ or teen$ or young or boy$ or girl$).ti,ab.
14. 10 or 11 or 12 or 13
15. 9 and 14
16. exp "Feeding and Eating Disorders of Childhood"/
17. 15 or 16
18. exp Primary Prevention/
19. ("primary prevention" or "universal prevention" or prevention).ti,ab.
20. 18 or 19
21. 17 and 20
22. systematic$ review$.ti,ab.
23. meta-analysis as topic/
24. meta-analytic$.ti,ab.
25. meta-analysis.ti,ab,pt.

26. metanalysis.ti,ab.
27. metaanalysis.ti,ab.
28. meta analysis.ti,ab.
29. meta-synthesis.ti,ab.
30. metasynthesis.ti,ab.
31. meta synthesis.ti,ab.
32. meta-regression.ti,ab.
33. metaregression.ti,ab.
34. meta regression.ti,ab.
35. (synthes$ adj3 literature).ti,ab.
36. (synthes$ adj3 evidence).ti,ab.
37. integrative review.ti,ab.
38. data synthesis.ti,ab.
39. (research synthesis or narrative synthesis).ti,ab.
40. (systematic study or systematic studies).ti,ab.
41. (systematic comparison$ or systematic overview$).ti,ab.
42. evidence based review.ti,ab.
43. comprehensive review.ti,ab.
44. critical review.ti,ab.
45. quantitative review.ti,ab.
46. structured review.ti,ab.
47. realist review.ti,ab.
48. realist synthesis.ti,ab.
49. or/22-48
50. review.pt.
51. medline.ab.
52. pubmed.ab.
53. cochrane.ab.
54. embase.ab.
55. cinahl.ab.
56. psyc?lit.ab.
57. psyc?info.ab.
58. (literature adj3 search$).ab.
59. (database$ adj3 search$).ab.
60. (bibliographic adj3 search$).ab.
61. (electronic adj3 search$).ab.
62. (electronic adj3 database$).ab.
63. (computeri?ed adj3 search$).ab.
64. (internet adj3 search$).ab.
65. included studies.ab.
66. (inclusion adj3 studies).ab.
67. inclusion criteria.ab.

68. selection criteria.ab.
69. predefined criteria.ab.
70. predetermined criteria.ab.
71. (assess$ adj3 (quality or validity)).ab.
72. (select$ adj3 (study or studies)).ab.
73. (data adj3 extract$).ab.
74. extracted data.ab.
75. (data adj2 abstracted).ab.
76. (data adj3 abstraction).ab.
77. published intervention$.ab.
78. ((study or studies) adj2 evaluat$).ab.
79. (intervention$ adj2 evaluat$).ab.
80. confidence interval$.ab.
81. heterogeneity.ab.
82. pooled.ab.
83. pooling.ab.
84. odds ratio$.ab.
85. (Jadad or coding).ab.
86. or/51-85
87. 50 and 86
88. review.ti.
89. 88 and 86
90. (review$ adj4 (papers or trials or studies or evidence or intervention$ or evaluation$)).ti,ab.
91. 49 or 87 or 89 or 90
92. letter.pt.
93. editorial.pt.
94. comment.pt.
95. 92 or 93 or 94
96. 91 not 95
97. exp animals/ not humans/
98. 96 not 97
99. Randomized Controlled Trials as Topic/
100. randomized controlled trial/
101. Random Allocation/
102. Double Blind Method/
103. Single Blind Method/
104. clinical trial/
105. clinical trial, phase i.pt.
106. clinical trial, phase ii.pt.
107. clinical trial, phase iii.pt.
108. clinical trial, phase iv.pt.

109. controlled clinical trial.pt.
110. randomized controlled trial.pt.
111. multicenter study.pt.
112. clinical trial.pt.
113. exp Clinical Trials as topic/
114. or/99-113
115. (clinical adj trial$).tw.
116. ((singl$ or doubl$ or treb$ or tripl$) adj (blind$3 or mask$3)).tw.
117. PLACEBOS/
118. placebo$.tw.
119. randomly allocated.tw.
120. (allocated adj2 random$).tw.
121. or/115-120
122. 114 or 121
123. case report.tw.
124. letter/
125. historical article/
126. or/123-125
127. 122 not 126
128. 21 and 98
129. 21 and 127

EMBASE

1. 'eating disorder'/exp
2. 'anorexia nervosa'
3. 'avoidant restrictive food intake disorder'
4. 'binge eating disorder'
5. 'bulimia'
6. 'food addiction'
7. 'pica'
8. 'rumination syndrome'
9. 'feeding and eating disorders':ti,ab OR anorexia:ti,ab OR bulimia:ti,ab OR 'binge-eating disorder':ti,ab OR 'night eating syndrome':ti,ab OR 'osfed':ti,ab OR 'other specified feeding and eating disorder':ti,ab OR 'eating disorder not otherwise specified':ti,ab OR 'ednos':ti,ab OR 'pica':ti,ab OR 'rumination syndrome':ti,ab OR 'avoidant restrictive food intake disorder':ti,ab OR 'eating disorder*':ti,ab
10. #1 OR #2 OR #3 OR #4 OR #5 OR #6 OR #7 OR #8 OR #9
11. 'body image'/exp

12. (body* NEAR/1 (image* OR represent* OR schema* OR esteem*)):ti,ab,de
13. (body* NEAR/3 (satisf* OR dissatisf*)):ti,ab,de
14. 'body esteem*':ti,ab,de
15. #11 OR #12 OR #13 OR #14
16. 'adolescent'/exp
17. 'child'/exp
18. (('18' OR '0-18') NEAR/1 (age OR old OR over OR year*)):ti,ab,de
19. child*:ti,ab OR adolescen*:ti,ab OR teen*:ti,ab OR young:ti,ab OR boy*:ti,ab OR girl*:ti,ab
20. #16 OR #17 OR #18 OR #19
21. #10 OR #15
22. #20 AND #21
23. 'feeding disorder'/exp
24. #22 OR #23
25. 'primary prevention'/exp
26. 'primary prevention':ti,ab OR 'universal prevention':ti,ab OR prevention:ti,ab
27. #25 OR #26
28. #24 AND #27
29. 'systematic review':ti,ab
30. 'systematic* literature review*':ti,ab
31. 'systematic review'
32. 'systematic review (topic)'
33. 'meta analysis'
34. 'meta analysis (topic)'
35. 'meta-analityc*':ti,ab
36. 'meta-analysis':ti,ab
37. 'metanalysis':ti,ab
38. 'metaanalysis':ti,ab
39. 'meta analysis':ti,ab
40. 'meta-synthesis':ti,ab
41. 'metasynthesis':ti,ab
42. 'meta synthesis':ti,ab
43. 'meta-regression':ti,ab
44. 'metaregression':ti,ab
45. 'meta regression':ti,ab
46. (synthes* NEAR/3 literature):ti,ab
47. (synthes* NEAR/3 evidence):ti,ab
48. (synthes* NEAR/2 qualitative):ti,ab
49. 'integrative review':ti,ab
50. 'data synthesis':ti,ab

51. 'research synthesis':ti,ab OR 'narrative synthesis':ti,ab
52. 'systematic study':ti,ab OR 'systematic studies':ti,ab
53. 'systematic comparison*':ti,ab OR 'systematic overview*':ti,ab
54. (systematic NEAR/2 search*):ti,ab
55. 'systematic* literature research*':ti,ab
56. (review NEAR/3 'scientific literature'):ti,ab
57. ('literature review' NEAR/2 'side effect*'):ti,ab
58. ('literature review' NEAR/2 'adverse effect*'):ti,ab
59. ('literature review' NEAR/2 'adverse event*'):ti,ab
60. ('evidence-based' NEAR/2 'review'):ti,ab
61. 'comprehensive review':ti,ab
62. 'critical review':ti,ab
63. 'critical analysis':ti,ab
64. 'quantitative review':ti,ab
65. 'structured review':ti,ab
66. 'realist review':ti,ab
67. 'realist synthesis':ti,ab
68. ('pooled' NEAR/2 'analysis'):ti,ab
69. ('pooled data' NEAR/6 (studies OR trials)):ti,ab
70. 'medline':ti,ab AND (('inclusion' NEAR/3 'criteria'):ti,ab)
71. ('search' NEAR/1 (strateg* OR term*)):ti,ab
72. #29 OR #30 OR #31 OR #32 OR #33 OR #34 OR #35 OR #36 OR #37 OR #38 OR #39 OR #40 OR #41 OR #42 OR #43 OR #44 OR #45 OR #46 OR #47 OR #48 OR #49 OR #50 OR #51 OR #52 OR #53 OR #54 OR #55 OR #56 OR #57 OR #58 OR #59 OR #60 OR #61 OR #62 OR #63 OR #64 OR #65 OR #66 OR #67 OR #68 OR #69 OR #70 OR #71
73. medline:ab
74. pubmed:ab
75. cochrane:ab
76. embase:ab
77. cinahl:ab
78. psyc*lit:ab
79. psyc*info:ab
80. lilacs:ab
81. ('literature' NEAR/3 'search*'):ab
82. ('database*' NEAR/3 'search*'):ab
83. ('bibliographic' NEAR/3 'search*'):ab
84. ('electronic' NEAR/3 'search*'):ab
85. ('electronic' NEAR/3 'database*'):ab
86. (computeri*ed NEAR/3 search*):ab
87. (internet NEAR/3 search*):ab
88. 'included studies':ab

89. ('inclusion' NEAR/3 'studies'):ab
90. 'inclusion criteria':ab
91. 'selection criteria':ab
92. 'predefined criteria':ab
93. 'predetermined criteria':ab
94. ('assess*' NEAR/3 (quality OR validity)):ab
95. ('select*' NEAR/3 (study OR studies)):ab
96. (data NEAR/3 extract*):ab
97. 'extracted data':ab
98. (data NEAR/2 abstracted):ab
99. (data NEAR/2 abstraction):ab
100. 'published intervention*':ab
101. ((study OR studies) NEAR/2 evaluat*):ab
102. (intervention* NEAR/2 evaluat*):ab
103. 'confidence interval*':ab
104. heterogeneity:ab
105. pooled:ab
106. pooling:ab
107. 'odds ratio*':ab
108. jadad:ab OR coding:ab
109. 'evidence-based':ti,ab
110. #73 OR #74 OR #75 OR #76 OR #77 OR #78 OR #79 OR #80 OR #81 OR #82 OR #83 OR #84 OR #85 OR #86 OR #87 OR #88 OR #89 OR #90 OR #91 OR #92 OR #93 OR #94 OR #95 OR #96 OR #97 OR #98 OR #99 OR #100 OR #101 OR #102 OR #103 OR #104 OR #105 OR #106 OR #107 OR #108 OR #109
111. review:it
112. #110 AND #111
113. review:ti
114. #110 AND #113
115. (review* NEAR/10 (papers OR trials OR 'trial data' OR studies OR evidence OR intervention* OR evaluation* OR outcome* OR findings)):ti,ab
116. (retriev* NEAR/10 (papers OR trials OR studies OR evidence OR intervention* OR evaluation* OR outcome* OR findings)):ti,ab
117. #72 OR #112 OR #114 OR #115 OR #116
118. letter:it
119. 'editorial':it
120. #118 OR #119
121. #117 NOT #120
122. ('animal' OR 'nonhuman') NOT 'human'/exp
123. #121 NOT #122

124. 'cochrane database of systematic reviews*':jt OR 'the cochrane database of systematic reviews':jt
125. #123 NOT #124
126. 'conference abstract':it
127. #125 NOT #126
128. 'clinical trial'/de
129. 'randomized controlled trial'/de
130. 'controlled clinical trial'/de
131. 'multicenter study'/de
132. 'phase 3 clinical trial'/de
133. 'phase 4 clinical trial'/de
134. 'randomization'/exp
135. 'single blind procedure'/de
136. 'double blind procedure'/de
137. 'crossover procedure'/de
138. 'placebo'/de
139. 'randomi*ed controlled trial*':ti,ab
140. rct:ti,ab
141. (random* NEAR/2 allocat*):ti,ab
142. 'single blind*':ti,ab
143. 'double blind*':ti,ab
144. ((treble OR triple) NEAR/1 blind*):ti,ab
145. placebo*:ti,ab
146. 'prospective study'/de
147. #128 OR #129 OR #130 OR #131 OR #132 OR #133 OR #134 OR #135 OR #136 OR #137 OR #138 OR #139 OR #140 OR #141 OR #142 OR #143 OR #144 OR #145 OR #146
148. 'case study'/de
149. 'case report':ti,ab
150. 'abstract report'/de OR 'letter'/de
151. 'conference paper'/it
152. 'conference abstract'/it
153. 'conference proceeding'/it
154. 'editorial'/it
155. 'note'/it
156. #148 OR #149 OR #150 OR #151 OR #152 OR #153 OR #154 OR #155
157. #147 NOT #156
158. #28 AND #127
159. #28 AND #157

CINAHL

1. (MH "Anorexia Nervosa") OR "Anorexia Nervosa"
2. (MH "Bulimia Nervosa") OR "bulimia"
3. (MH "Binge Eating Disorder")
4. (MH "Food Addiction") OR "food addiction"
5. (MH "Night Eating Syndrome")
6. (MH "Pica") OR "pica"
7. TI (("Feeding and Eating Disorders" or "Binge-Eating Disorder" or "Night Eating Syndrome" or "osfed" or "Other Specified Feeding and Eating Disorder" or "Eating Disorder Not Otherwise Specified" or "EDNOS" or "Rumination Syndrome" or "Avoidant Restrictive Food Intake Disorder")) OR AB (("Feeding and Eating Disorders" or "Binge-Eating Disorder" or "Night Eating Syndrome" or "osfed" or "Other Specified Feeding and Eating Disorder" or "Eating Disorder Not Otherwise Specified" or "EDNOS" or "Rumination Syndrome" or "Avoidant Restrictive Food Intake Disorder" or "eating disorder*"))
8. S1 OR S2 OR S3 OR S4 OR S5 OR S6 OR S7
9. (MH "Body Image+")
10. TI ((Body* n1 (image* or represent* or schema* or esteem*))) OR AB ((Body* n1 (image* or represent* or schema* or esteem*)))
11. TI ((body* n3 (satisf* or dissatisf*))) OR AB ((body* n3 (satisf* or dissatisf*)))
12. TI body-esteem* OR AB body-esteem*
13. S9 OR S10 OR S11 OR S12
14. S8 OR S13
15. (MM "Adolescence")
16. (MH "Child+")
17. TI ((child* or adolescen* or teen* or young or boy* or girl*)) OR AB ((child* or adolescen* or teen* or young or boy* or girl*))
18. S15 OR S16 OR S17
19. S14 AND S18
20. (MH "Feeding and Eating Disorders of Childhood")
21. S19 OR S20
22. TI (("universal prevention" or "prevention" or "primary prevention")) OR AB (("universal prevention" or "prevention" or "primary prevention"))
23. S21 AND S22
24. (TI (systematic* n3 review*)) or (AB (systematic* n3 review*)) or (TI (systematic* n3 bibliographic*)) or (AB (systematic* n3 bibliographic*)) or (TI (systematic* n3 literature)) or (AB (systematic* n3 literature)) or (TI (comprehensive* n3 literature)) or (AB (comprehensive* n3 literature)) or (TI

(comprehensive* n3 bibliographic*)) or (AB (comprehensive* n3 bibliographic*)) or (TI (integrative n3 review)) or (AB (integrative n3 review)) or (JN “Cochrane Database of Systematic Reviews”) or (TI (information n2 synthesis)) or (TI (data n2 synthesis)) or (AB (information n2 synthesis)) or (AB (data n2 synthesis)) or (TI (data n2 extract*)) or (AB (data n2 extract*)) or (TI (medline or pubmed or psyclit or cinahl or (psycinfo not “psycinfo database”) or “web of science” or scopus or embase)) or (AB (medline or pubmed or psyclit or cinahl or (psycinfo not “psycinfo database”) or “web of science” or scopus or embase)) or (MH “Systematic Review”) or (MH “Meta Analysis”) or (TI (meta-analy* or metaanaly*)) or (AB (meta-analy* or metaanaly*))

25. S23 AND S24
26. (MH "Clinical Trials+")
27. PT Clinical trial
28. TX clinic* n1 trial*
29. TX ((trebl* n1 blind*) or (trebl* n1 mask*))
30. TX ((tripl* n1 blind*) or (tripl* n1 mask*))
31. TX ((doubl* n1 blind*) or (doubl* n1 mask*))
32. TX ((singl* n1 blind*) or (singl* n1 mask*))
33. TX randomi* control* trial*
34. (MH "Random Assignment")
35. TX random* allocat*
36. TX placebo*
37. (MH "Placebos")
38. (MH "Quantitative Studies")
39. TX allocat* random*
40. S26 OR S27 OR S28 OR S29 OR S30 OR S31 OR S32 OR S33 OR S34 OR S35 OR S36 OR S37 OR S38 OR S39
41. S23 AND S40

Web of Science (WOS)

1. TS= ("Feeding and Eating Disorders" or Anorexia or Bulimia or "Binge-Eating Disorder" or "Night Eating Syndrome" or "osfed" or "Other Specified Feeding and Eating Disorder" or "Eating Disorder Not Otherwise Specified" or "EDNOS" or "pica" or "Rumination Syndrome" or "Avoidant Restrictive Food Intake Disorder" or "eating disorder*")
2. TS= (Body* NEAR/1 (image* or represent* or schema* or esteem*))
3. TS= (body* NEAR/3 (satisf* or dissatisf*))
4. TS= body-esteem*

5. #4 OR #3 OR #2 OR #1
6. TS=(("18" or "0-18") NEAR/1 (age or old or over or year*))
7. TS= (child* or adolescen* or teen* or young or boy* or girl*)
8. #7 OR #6
9. #8 AND #5
10. TS= "Feeding and Eating Disorders of Childhood"
11. #10 OR #9
12. TS= ("primary prevention" or "universal prevention" or prevention)
13. #12 AND #11
14. ((TS= clinical trial* OR TS=research design OR TS=comparative stud* OR TS=evaluation stud* OR TS=controlled trial* OR TS=follow-up stud* OR TS=prospective stud* OR TS=random* OR TS=placebo* OR TS=(single blind*) OR TS=(double blind*)))
15. #14 AND #13
16. (#13) AND TIPOS DE DOCUMENTOS: (Review)

CENTRAL

1. MeSH descriptor: [Feeding and Eating Disorders] explode all trees
2. MeSH descriptor: [Anorexia Nervosa] explode all trees
3. MeSH descriptor: [Binge-Eating Disorder] explode all trees
4. MeSH descriptor: [Bulimia Nervosa] explode all trees
5. MeSH descriptor: [Pica] explode all trees
6. ("Feeding and Eating Disorders" or Anorexia or Bulimia or "Binge-Eating Disorder" or "Night Eating Syndrome" or "osfed" or "Other Specified Feeding and Eating Disorder" or "Eating Disorder Not Otherwise Specified" or "EDNOS" or "pica" or "Rumination Syndrome" or "Avoidant Restrictive Food Intake Disorder*"):ti,ab
7. #1 or #2 or #3 or #4 or #5 or #6
8. MeSH descriptor: [Body Image] explode all trees
9. (Body* NEAR/1 (image* or represent* or schema* or esteem*)):ti,ab,kw
10. (body* NEAR/3 (satisf* or dissatisf*)):ti,ab,kw
11. body-steem*:ti,ab,kw
12. #8 or #9 or #10 or #11
13. #7 or #12
14. MeSH descriptor: [Adolescent] explode all trees
15. MeSH descriptor: [Child] explode all trees

16. (("18" or "0-18") NEAR/1 (age or old or over or year*)):ti,ab,kw
17. (child$ or adolescen$ or teen$ or young or boy$ or girl$):ti,ab
18. #14 or #15 or #16 or #17
19. #13 and #18
20. MeSH descriptor: [Feeding and Eating Disorders of Childhood] explode all trees
21. #19 or #20
22. MeSH descriptor: [Primary Prevention] explode all trees
23. ("primary prevention" or "universal prevention" or prevention):ti,ab
24. #22 or #23
25. #21 and #24

Anexo 2. Herramientas utilizadas para evaluar el riesgo de sesgo de los estudios incluidos

Criterios propuestos por la Colaboración Cochrane para evaluar el riesgo de sesgo de los ECA incluidos

RoB 2.0 tool

Domain 1: Risk of bias arising from the randomization process
1.1 Was the allocation sequence random?
Y / PY / PN / N / NI
1.2 Was the allocation sequence concealed until participants were enrolled and assigned to interventions?
Y / PY / PN / N / NI
1.3 Did baseline differences between intervention groups suggest a problem with the randomization process?
Y / PY / PN / N / NI
Risk-of-bias judgement
Low / High / Some concerns
Optional: What is the predicted direction of bias arising from the randomization process?
NA / Favours experimental / Favours comparator / Towards null /Away from null / Unpredictable
Domain 2: Risk of bias due to deviations from the intended interventions (*effect of assignment to intervention*)
2.1. Were participants aware of their assigned intervention during the trial?
Y / PY / PN / N / NI
2.2. Were carers and people delivering the interventions aware of participants' assigned intervention during the trial?
Y / PY / PN / N / NI
2.3. If Y/PY/NI to 2.1 or 2.2: Were there deviations from the intended intervention that arose because of the trial context?
NA / Y / PY / PN / N / NI
2.4. If Y/PY to 2.3: Were these deviations likely to have affected the outcome?
NA / Y / PY / PN / N / NI
2.5 If Y/PY/NI to 2.4: Were any participants analysed in a group different from the one to which they were assigned?
NA / Y / PY / PN / N / NI
2.6 Was an appropriate analysis used to estimate the effect of assignment to intervention?

Y / PY / PN / N / NI
2.7 If N/PN/NI to 2.6: Was there potential for a substantial impact (on the result) of the failure to analyse participants in the group to which they were randomized?
NA / Y / PY / PN / N / NI **Risk-of-bias judgement**
Low / High / Some concerns
Optional: What is the predicted direction of bias due to deviations from intended interventions?
NA / Favours experimental / Favours comparator / Towards null / Away from null / Unpredictable
Domain 2: Risk of bias due to deviations from the intended interventions (*effect of adhering to intervention*)
2.1. Were participants aware of their assigned intervention during the trial?
Y / PY / PN / N / NI
2.2. Were carers and people delivering the interventions aware of participants' assigned intervention during the trial?
Y / PY / PN / N / NI
2.3. [If applicable:] If Y/PY/NI to 2.1 or 2.2: Were important non-protocol interventions balanced across intervention groups?
NA / Y / PY / PN / N / NI
2.4. [If applicable:] Were there failures in implementing the intervention that could have affected the outcome?
NA / Y / PY / PN / N / NI
2.5. [If applicable:] Was there non-adherence to the assigned intervention regimen that could have affected participants' outcomes?
NA / Y / PY / PN / N / NI
2.6. If N/PN/NI to 2.3, or Y/PY/NI to 2.4 or 2.5: Was an appropriate analysis used to estimate the effect of adhering to the intervention?
NA / Y / PY / PN / N / NI
Risk-of-bias judgement
Low / High / Some concerns
Optional: What is the predicted direction of bias due to deviations from intended interventions?
NA / Favours experimental / Favours comparator / Towards null / Away from null / Unpredictable
Domain 3: Missing outcome data
3.1 Were data for this outcome available for all, or nearly all, participants randomized?
Y / PY / PN / N / NI
3.2 If N/PN/NI to 3.1: Is there evidence that the result was not biased by missing outcome data?
NA / Y / PY / PN / N
3.3 If N/PN to 3.2: Could missingness in the outcome depend on its true value?
NA / Y / PY / PN / N / NI
3.4 If Y/PY/NI to 3.3: Is it likely that missingness in the outcome depended on its true value?

NA / Y / PY / PN / N / NI
Risk-of-bias judgement
Low / High / Some concerns
Optional: What is the predicted direction of bias due to missing outcome data?
NA / Favours experimental / Favours comparator / Towards null / Away from null / Unpredictable
Domain 4: Risk of bias in measurement of the outcome
4.1 Was the method of measuring the outcome inappropriate?
Y / PY / PN / N / NI
4.2 Could measurement or ascertainment of the outcome have differed between intervention groups?
Y / PY / PN / N / NI
4.3 If N/PN/NI to 4.1 and 4.2: Were outcome assessors aware of the intervention received by study participants?
NA / Y / PY / PN / N / NI
4.4 If Y/PY/NI to 4.3: Could assessment of the outcome have been influenced by knowledge of intervention received?
NA / Y / PY / PN / N / NI
4.5 If Y/PY/NI to 4.4: Is it likely that assessment of the outcome was influenced by knowledge of intervention received?
NA / Y / PY / PN / N / NI
Risk-of-bias judgement
Low / High / Some concerns
Optional: What is the predicted direction of bias in measurement of the outcome?
NA / Favours experimental / Favours comparator / Towards null / Away from null / Unpredictable
Domain 5: Risk of bias in selection of the reported result
5.1 Were the data that produced this result analysed in accordance with a pre-specified analysis plan that was finalized before unblinded outcome data were available for analysis?
Y / PY / PN / N / NI
Is the numerical result being assessed likely to have been selected, on the basis of the results, from...
5.2. ... multiple eligible outcome measurements (e.g. scales, definitions, time points) within the outcome domain?
Y / PY / PN / N / NI
5.3 ... multiple eligible analyses of the data?
Y / PY / PN / N / NI
Risk-of-bias judgement
Low / High / Some concerns
Optional: What is the predicted direction of bias due to selection of the reported result?
NA / Favours experimental / Favours comparator / Towards null / Away from null / Unpredictable
Overall risk of bias

Risk-of-bias judgement
Low / High / Some concerns
Optional: What is the overall predicted direction of bias for this outcome?
NA / Favours experimental / Favours comparator / Towards null / Away from null / Unpredictable

Bias domain: Bias arising from the randomization process
1a.1 Was the allocation sequence random?
Y / PY / PN / N / NI
1a.2 Is it likely that the allocation sequence was subverted?
Y / PY / PN / N / NI
1a.3 Were there baseline imbalances that suggest a problem with the randomization process?
Y / PY / PN / N / NI
Risk of bias judgement
Low / High / Some concerns
Optional: What is the predicted direction of bias arising from the randomization process?
Favours experimental / Favours comparator / Towards null / Away from null / Unpredictable
Bias domain: Bias arising from the timing of identification and recruitment of individual participants in relation to timing of randomization
1b.1 Were all the individual participants identified before randomization of clusters (and if the trial specifically recruited patients were they all recruited before randomization of clusters)?
Y / PY / PN / N / NI
1b.2 If N/PN/NI to 1b.1: Is it likely that selection of individual participants was affected by knowledge of the intervention?
NA / Y / PY / PN / N / NI
1b.3 Were there baseline imbalances that suggest differential identification or recruitment of individual participants between arms?
Y / PY / PN / N / NI
Risk of bias judgement
Low / High / Some concerns
Optional: What is the predicted direction of bias arising from the timing of identification and recruitment of individual participants?
Favours experimental / Favours comparator / Towards null / Away from null / Unpredictable
Bias domain: Bias due to deviations from intended interventions
2.1a Were participants aware that they were in a trial?
Y / PY / PN / N / NI
2.1b If Y/PY/NI to 2.1a: Were participants aware of their assigned intervention during the trial?
NA / Y / PY / PN / N / NI

2.2. Were carers and trial personnel aware of participants' assigned intervention during the trial?
Y / PY / PN / N / NI
2.3. If Y/PY/NI to 2.1 or 2.2: Were there deviations from the intended intervention beyond what would be expected in usual practice?
NA / Y / PY / PN / N / NI
2.4. If Y/PY to 2.3: Were these deviations from intended intervention unbalanced between groups and likely to have affected the outcome?
NA / Y / PY / PN / N / NI
2.5a Were any clusters analysed in a group different from the one to which they were assigned?
Y / PY / PN / N / NI
2.5b Were any participants analysed in a group different from the one to which their original cluster was randomized?
Y / PY / PN / N / NI
2.6 If Y/PY/NI to 2.5: Was there potential for a substantial impact (on the estimated effect of intervention) of analysing participants in the wrong group?
NA / Y / PY / PN / N / NI
Risk of bias judgement
Low / High / Some concerns
Optional: What is the predicted direction of bias due to deviations from intended interventions?
Favours experimental / Favours comparator / Towards null / Away from null / Unpredictable
Bias domain: Bias due to missing outcome data
3.1a Were outcome data available for all, or nearly all, clusters randomized?
Y / PY / PN / N / NI
3.1b Were outcome data available for all, or nearly all, participants within clusters?
Y / PY / PN / N / NI
3.2 If N/PN/NI to 3.1a or 3.1b: Are the proportions of missing outcome data and reasons for missing outcome data similar across intervention groups?
NA / Y / PY / PN / N / NI
3.3 If N/PN/NI to 3.1a or 3.1b: Is there evidence that results were robust to the presence of missing outcome data?
NA / Y / PY / PN / N / NI
Risk of bias judgement
Low / High / Some concerns
Optional: What is the predicted direction of bias due to missing outcome data?
Favours experimental / Favours comparator / Towards null / Away from null / Unpredictable
Bias domain: Bias in measurement of the outcome
4.1a Were outcome assessors aware that a trial was taking place?
Y / PY / PN / N / NI

4.1b If Y/PY/NI to 4.1: Were outcome assessors aware of the intervention received by study participants?
NA / Y / PY / PN / N / NI
4.2 If Y/PY/NI to 4.1: Was the assessment of the outcome likely to be influenced by knowledge of intervention received?
NA / Y / PY / PN / N / NI
Risk of bias judgement
Low / High / Some concerns
Optional: What is the predicted direction of bias in measurement of the outcome?
Favours experimental / Favours comparator / Towards null / Away from null / Unpredictable
Bias domain: Bias in selection of the reported result
5.1. Are the reported outcome data likely to have been selected, on the basis of the results, from multiple outcome measurements (e.g. scales, definitions, time points) within the outcome domain?
Y / PY / PN / N / NI
5.2 Are the reported outcome data likely to have been selected, on the basis of the results, from multiple analyses of the data?
Y / PY / PN / N / NI
Risk of bias judgement
Low / High / Some concerns
Optional: What is the predicted direction of bias due to selection of the reported result?
Favours experimental / Favours comparator / Towards null / Away from null / Unpredictable
Bias domain: overall risk of bias
Risk of bias judgement
Low / High / Some concerns
Optional: What is the overall predicted direction of bias for this outcome?
Favours experimental / Favours comparator / Towards null / Away from null / Unpredictable

Criterios propuestos por la Colaboración Cochrane para evaluar el riesgo de sesgo de los ECA incluidos

Dominio	Evaluación de los revisores
Generación de la secuencia aleatorizada (sesgo de selección)	– Bajo riesgo: + – Riesgo incierto: ? – Alto riesgo: - – No aplicable: N.A.
Ocultación de la asignación (sesgo de selección)	– Bajo riesgo: + – Riesgo incierto: ? – Alto riesgo: - – No aplicable: N.A.
Cegamiento de los participantes y del personal (sesgo de realización)	– Bajo riesgo: + – Riesgo incierto: ? – Alto riesgo: - – No aplicable: N.A.
Cegamiento de la evaluación de los resultados (sesgo de detección)	– Bajo riesgo: + – Riesgo incierto: ? – Alto riesgo: - – No aplicable: N.A.
Manejo de los datos de resultados incompletos (sesgo de desgaste) (resultados a corto plazo) [≤ 3 meses]	– Bajo riesgo: + – Riesgo incierto: ? – Alto riesgo: - – No aplicable: N.A.
Manejo de los datos de resultados incompletos (sesgo de desgaste) (resultados a más largo plazo) [> 3 meses]	– Bajo riesgo: + – Riesgo incierto: ? – Alto riesgo: - – No aplicable: N.A.
Notificación selectiva (sesgo de notificación)	– Bajo riesgo: + – Riesgo incierto: ? – Alto riesgo: - – No aplicable: N.A.
Otros sesgos	– Bajo riesgo: + – Riesgo incierto: ? – Alto riesgo: - – No aplicable: N.A.
Prevención de la influencia inapropiada de los financiadores del estudio	– Bajo riesgo: + – Riesgo incierto: ? – Alto riesgo: - – No aplicable: N.A.
Libre de conflictos de interés	– Bajo riesgo: + – Riesgo incierto: ? – Alto riesgo: - – No aplicable: N.A.

Anexo 3. Estrategia de búsqueda para estudios económicos

MEDLINE

1. "feeding and eating disorders"/ or anorexia nervosa/ or avoidant restrictive food intake disorder/ or binge-eating disorder/ or bulimia nervosa/ or food addiction/ or night eating syndrome/ or pica/ or rumination syndrome/
2. ("Feeding and Eating Disorders" or Anorexia or Bulimia or "Binge-Eating Disorder" or "Night Eating Syndrome" or "osfed" or "Other Specified Feeding and Eating Disorder" or "Eating Disorder Not Otherwise Specified" or "EDNOS" or "pica" or "Rumination Syndrome" or "Avoidant Restrictive Food Intake Disorder" or "eating disorder*").ti,ab.
3. 1 or 2
4. Body Image/
5. (Body* adj1 (image* or represent* or schema* or esteem*)).ti,ab,kw.
6. (body* adj3 (satisf* or dissatisf*)).ti,ab,kw.
7. body-esteem*.ti,ab,kw.
8. 4 or 5 or 6 or 7
9. 3 or 8
10. Adolescent/
11. Child/
12. (("18" or "0-18") adj (age or old or over or year*)).mp.
13. (child$ or adolescen$ or teen$ or young or boy$ or girl$).ti,ab.
14. 10 or 11 or 12 or 13
15. 9 and 14
16. exp "Feeding and Eating Disorders of Childhood"/
17. 15 or 16
18. exp Primary Prevention/
19. ("primary prevention" or "universal prevention" or prevention).ti,ab.
20. 18 or 19
21. 17 and 20
22. Economics/
23. exp "costs and cost analysis"/
24. Economics, Dental/
25. exp economics, hospital/
26. Economics, Medical/
27. Economics, Nursing/
28. Economics, Pharmaceutical/

29. (economic$ or cost or costs or costly or costing or price or prices or pricing or pharmacoeconomic$).ti,ab.
30. (expenditure$ not energy).ti,ab.
31. value for money.ti,ab.
32. budget$.ti,ab.
33. or/22-32
34. ((energy or oxygen) adj cost).ti,ab.
35. (metabolic adj cost).ti,ab.
36. ((energy or oxygen) adj expenditure).ti,ab.
37. or/34-36
38. 33 not 37
39. letter.pt.
40. editorial.pt.
41. historical article.pt.
42. or/39-41
43. 38 not 42
44. exp animals/ not humans/
45. 43 not 44
46. bmj.jn.
47. "cochrane database of systematic reviews".jn.
48. health technology assessment winchester england.jn.
49. or/46-48
50. 45 not 49
51. 21 and 50

EMBASE

1. 'eating disorder'/exp
2. 'anorexia nervosa'
3. 'avoidant restrictive food intake disorder'
4. 'binge eating disorder'
5. 'bulimia'
6. 'food addiction'
7. 'pica'
8. 'rumination syndrome'
9. 'feeding and eating disorders':ti,ab OR anorexia:ti,ab OR bulimia:ti,ab OR 'binge-eating disorder':ti,ab OR 'night eating syndrome':ti,ab OR 'osfed':ti,ab OR 'other specified feeding and eating disorder':ti,ab OR 'eating disorder not otherwise specified':ti,ab OR 'ednos':ti,ab OR 'pica':ti,ab OR 'rumination syndrome':ti,ab OR 'avoidant restrictive food intake disorder':ti,ab OR 'eating disorder*':ti,ab

10. #1 OR #2 OR #3 OR #4 OR #5 OR #6 OR #7 OR #8 OR #9
11. 'body image'/exp
12. (body* NEAR/1 (image* OR represent* OR schema* OR esteem*)):ti,ab,de
13. (body* NEAR/3 (satisf* OR dissatisf*)):ti,ab,de
14. 'body esteem*':ti,ab,de
15. #11 OR #12 OR #13 OR #14
16. 'adolescent'/exp
17. 'child'/exp
18. (('18' OR '0-18') NEAR/1 (age OR old OR over OR year*)):ti,ab,de
19. child*:ti,ab OR adolescen*:ti,ab OR teen*:ti,ab OR young:ti,ab OR boy*:ti,ab OR girl*:ti,ab
20. #16 OR #17 OR #18 OR #19
21. #10 OR #15
22. #20 AND #21
23. 'feeding disorder'/exp
24. #22 OR #23
25. 'primary prevention'/exp
26. 'primary prevention':ti,ab OR 'universal prevention':ti,ab OR prevention:ti,ab
27. #25 OR #26
28. #24 AND #27
29. 'health economics'
30. 'economic evaluation'/exp
31. 'health care cost'/exp
32. 'pharmacoeconomics'
33. #29 OR #30 OR #31 OR #32
34. econom*:ti,ab OR cost:ti,ab OR costs:ti,ab OR costly:ti,ab OR costing:ti,ab OR price:ti,ab OR prices:ti,ab OR pricing:ti,ab OR pharmacoeconomic*:ti,ab
35. expenditure*:ti,ab NOT energy:ti,ab
36. (value NEAR/2 money):ti,ab
37. budget*:ti,ab
38. #34 OR #35 OR #36 OR #37
39. #33 OR #38
40. letter:it
41. editorial:it
42. note:it
43. #40 OR #41 OR #42
44. #39 NOT #43
45. (metabolic NEAR/1 cost):ti,ab
46. ((energy OR oxygen) NEAR/1 cost):ti,ab

47. ((energy OR oxygen) NEAR/1 expenditure):ti,ab
48. #45 OR #46 OR #47
49. #44 NOT #48
50. animal'
51. 'animal experiment'/exp
52. 'nonhuman'
53. rat:ti,ab,lnk OR rats:ti,ab,lnk OR mouse:ti,ab,lnk OR mice:ti,ab,lnk OR hamster:ti,ab,lnk OR hamsters:ti,ab,lnk OR animal:ti,ab,lnk OR animals:ti,ab,lnk OR dog:ti,ab,lnk OR dogs:ti,ab,lnk OR cat:ti,ab,lnk OR cats:ti,ab,lnk OR bovine:ti,ab,lnk OR sheep:ti,ab,lnk
54. #50 OR #51 OR #52 OR #53
55. 'human'/exp
56. 'human experiment'
57. #55 OR #56
58. #54 NOT (#54 AND #57)
59. #49 NOT #58
60. '09598146':is
61. '1469493x':is OR '13665278':is
62. 17561833:is
63. #60 OR #61 OR #62
64. #59 NOT #63
65. 'conference abstract':it
66. #64 NOT #66
67. #28 AND #67

Web of Science (WOS)

1. TS= ("Feeding and Eating Disorders" or Anorexia or Bulimia or "Binge-Eating Disorder" or "Night Eating Syndrome" or "osfed" or "Other Specified Feeding and Eating Disorder" or "Eating Disorder Not Otherwise Specified" or "EDNOS" or "pica" or "Rumination Syndrome" or "Avoidant Restrictive Food Intake Disorder" or "eating disorder*")
2. TS= (Body* NEAR/1 (image* or represent* or schema* or esteem*))
3. TS= (body* NEAR/3 (satisf* or dissatisf*))
4. TS= body-esteem*
5. #4 OR #3 OR #2 OR #1
6. TS=(("18" or "0-18") NEAR/1 (age or old or over or year*))
7. TS= (child* or adolescen* or teen* or young or boy* or girl*)
8. #7 OR #6
9. #8 AND #5

10. TS= "Feeding and Eating Disorders of Childhood"
11. #10 OR #9
12. TS= ("primary prevention" or "universal prevention" or prevention)
13. #12 AND #11
14. TI=(economic OR economics OR economy OR economical* OR pharmacoeconomic* OR cost OR costs OR expenditure OR expenditures OR budget OR expense OR expenses OR market OR spend OR spends OR spending OR payment OR payments OR out-of-pocket) #14 AND #13
15. #14 AND #13

Anexo 4. Herramienta de valoración de la calidad metodológica los estudios económicos

Drummond MF, O'Brien BJ, Stoddart GL & Torrance GW 1997 [143]	
Pregunta	**Posible respuesta**
¿Hubo una pregunta bien definida que pudiera responderse?	Sí – No – Parcialmente – Ns/No aplicable
¿Se aportó una descripción global de las alternativas que competían entre sí?	Sí – No – Parcialmente – Ns/No aplicable
¿Se estableció la efectividad de los programas o servicios?	Sí – No – Parcialmente – Ns/No aplicable
¿Se identificaron todos los costes y consecuencias relevantes de cada alternativa?	Sí – No – Parcialmente – Ns/No aplicable
¿Se midieron con exactitud los costes y consecuencias en unidades físicas adecuadas?	Sí – No – Parcialmente – Ns/No aplicable
¿Se valoraron de forma creíble los costes y consecuencias?	Sí – No – Parcialmente – Ns/No aplicable
¿Se ajustaron los costes y consecuencias según la distribución temporal?	Sí – No – Parcialmente – Ns/No aplicable
¿Se efectuó un análisis incremental de los costes y consecuencias de las alternativas?	Sí – No – Parcialmente – Ns/No aplicable
¿Se tomó en cuenta la incertidumbre en las estimaciones de costes y consecuencias?	Sí – No – Parcialmente – Ns/No aplicable
¿Incluyó la presentación y discusión de los resultados del estudio todos los temas de interés para los usuarios?	Sí – No – Parcialmente – Ns/No aplicable
Ns = No sé	

Anexo 5. Estrategia de búsqueda de aspectos organizativos, éticos, sociales, legales y relacionados con los pacientes

MEDLINE

1 "feeding and eating disorders"/ or anorexia nervosa/ or avoidant restrictive food intake disorder/ or binge-eating disorder/ or bulimia nervosa/ or food addiction/ or night eating syndrome/ or pica/ or rumination syndrome/

2 ("Feeding and Eating Disorders" or Anorexia or Bulimia or "Binge-Eating Disorder" or "Night Eating Syndrome" or "osfed" or "Other Specified Feeding and Eating Disorder" or "Eating Disorder Not Otherwise Specified" or "EDNOS" or "pica" or "Rumination Syndrome" or "Avoidant Restrictive Food Intake Disorder").ti,ab.

3 1 or 2

4 Adolescent/

5 Child/

6 (("18" or "0-18") adj (age or old or over or year*)).mp.

7 (child$ or adolescen$ or teen$ or young or boy$ or girl$).ti,ab.

8 4 or 5 or 6 or 7

9 exp "Feeding and Eating Disorders of Childhood"/

10 "Feeding and Eating Disorders of Childhood".ti,ab.

11 9 or 10

12 3 and 8

13 11 or 12

14 exp Primary Prevention/

15 ("primary prevention" or "universal prevention" or prevention).ti,ab.

16 14 or 15

17 13 and 16

18 ((("semi-structured" or semistructured or unstructured or informal or "in-depth" or indepth or "face-to-face" or structured or guide) adj3 (interview* or discussion* or questionnaire*)) or (focus group* or qualitative or ethnograph* or fieldwork or "field work" or "key informant")).ti,ab. or interviews as topic/ or focus groups/ or narration/ or qualitative research/

19 exp Ethics/ or ethics.fs. or (ethic* or bioethic* or unintended consequences or (skills and training) or (benefits and harms) or beliefs or

patient* autonomy or dignity or moral* or religio* or human rights or humanism or patient* integrity or principlism or normativ* or principle-base* or beneficence or non-maleficence or philosoph* or aristoteles or socrates or justice or fairness or patient* expectation or patient* accessibility or Beauchamp or childress or wide reflective* or socratic or social shaping or casuistry or coherence analy* or eclectic* or right to die or right to life or social value* or ethnic value* or personal value* or benefit-harm or harm-benefit or elsi or elsa).ab. /freq=2

20 exp Privacy/ or exp Disclosure/ or exp Fraud/ or exp Government Regulation/ or exp Healthcare Disparities/ or exp Health Services Accessibility/ or exp Humanism/ or exp Human Rights/ or exp Insurance Coverage/ or exp Insurance, Health, Reimbursement/ or exp Jurisprudence/ or exp Legislation as Topic/ or Legislation & Jurisprudence.fs. or exp Patient Rights/ or exp Personhood/ or exp Prejudice/ or exp Professional Autonomy/ or exp Professional Misconduct/ or exp Social Stigma/ or exp Social Values/ or exp Stereotyping/ or exp Uncertainty/ or (((Healthcare or Health Care or nonclinical or Community Based) adj (Deliver* or Distribution* or System*)) or (legal* or liabilit* or litigation* or constitutional or justice or law or laws or jurisprudence or complicit* or privacy or private or confidential*) or ((care or treatment) adj2 (duty or obligat*)) or (social* adj (responsibl* or obligat*)) or ((informed or presumed) adj2 (choice or decision making))).ti,ab,kf. or (basic right* or access* right or duty to know or equally access* or external pressure or fundamental right* or human right* or informed choice or informed decision making or public pressure or regulatory frame* or right of access* or right to know or acceptance or accessibility or accountability or autonomy or beneficence or civil right* or communitarian* or community values or confidentiality or coverage or dignity or directive or disclosure or discrimination or elsi or elsis or equality or equity or fairness or freedom or harm or inequalit* or inequity or patient* integrity or justice or law or lawmaker* or lawsuit* or lawyer* or legacy or legal* or legislation or legitimacy or liability or litigation or medicolegal or non-coverage or nonmaleficence or non-maleficence or normative or normativity or permissibility or prejudice* or privacy or reimburse* or social values or stigma or stigmas or stigmatisation or stigmatise or stigmatization or stigmatize or transparency or uncertainty or value judgment).ab. /freq=2

21 Decision Making, Organizational/ or Efficiency, Organizational/ or Models, Organizational/ or Organizational Objectives/ or exp Personnel Management/ or exp Professional Practice/ or "Organization and

Administration"/ or Healthcare Common Procedure Coding System/ or Case Managers/ or Program Development/ or "Organization and Administration".fs. or organizational.ti,ab,kw. or ((organization* or work or workflow or work flow or work planning or implementation* or information needs or need assessment* or skills or attitud* or culture or patient path or user path or client path or quality assurance or sustainability or centralization or decentralization or hospital management or manager* or supplier*) adj9 (patient* or client* or user or users or practice* or hospital* or home* or primary care or clinical or Medical or nurse* or physician* or profesional*)).ti,ab.

22 ((social or burden* or Impact* or choice* or information needs or communication* or self-care or self-management or trade-off) adj5 (social or patient*)).ti.

23 exp patient acceptance of health care/ or caregivers/ or exp Patient Preference/ or exp Patient Satisfaction/ or ((Patient* or individual* or person* or care-giver* or caregiver* or client or communit* or consumer* or public* or user* or sufferer* or suffering or diseased or troubled or sick* or invalid or people or patient* or individual* or person* or carer or caregiver* or client or communit* or consumer* or public* or user* or sufferer* or suffering or diseased or troubled or sick* or people or patient or patients or proband* or individuals or survivor* or family or families or familial or kindred* or relative or relatives or care giver* or caregiver* or carer or carers or personal or spous* or partner or partners or couples or users or participant* or people or child* or teenager* or adolescent* or youth or girls or boys or adults or elderly or females or males or women* or men or men's or mother* or father* or parents or parent or parental or maternal or paternal) adj5 (prescrib* or Elicit* or Choice* or Logit or Adheren* or Preferen* or service-user or preference* or opinion* or perception* or perspective* or view* or voice* or experienc* or expectation* or wish or wishes or attitud* or lifespan* or refus* or patient autonomy or activities of daily living or quality of life or everyday life)).ti,kw.

24 ((patient* or individual* or person* or carer or caregiver* or client or communit* or consumer* or public* or user* or sufferer* or suffering or diseased or troubled or sick* or people or patient or patients or proband* or individuals or survivor* or family or families or familial or kindred* or relative or relatives or care giver* or caregiver* or carer or carers or personal or spous* or partner or partners or couples or users or participant* or people or child* or teenager* or adolescent* or youth or girls or boys or adults or elderly or females or males or women* or men

or men's or mother* or father* or parents or parent or parental or maternal or paternal) adj2 (service-user or preference* or opinion or perception* or perspective* or view* or voice* or experience* or expectation* or wish or wishes or attitud* or Wellbeing or well-being or self-care or self* or belief* or concern* or worr* or burden* or problem* or distress or psychology* or social activit* or famil* or friend* or emotion* or satisf* or dissatisf* or happ* or unhapp* or behav* or lifestyle or routine or life or autonomy or activities of daily living or quality of life or everyday life or skeptic* or enthusias* or daily lives or frequent-or-daily-users or Acceptanc*)).ti,kw.

25 23 or 24

26 17 and 18

27 17 and 19

28 17 and 20

29 17 and 21

30 17 and 22

31 17 and 25

32 26 or 27 or 28 or 29 or 30 or 31

EMBASE

1 'eating disorder'/exp

2 'anorexia nervosa'

3 'avoidant restrictive food intake disorder''binge eating disorder'

4 'bulimia'

5 'food addiction'

6 'pica'

7 'rumination syndrome'

8 'feeding and eating disorders':ti,ab OR anorexia:ti,ab OR bulimia:ti,ab OR 'binge-eating disorder':ti,ab OR 'night eating syndrome':ti,ab OR 'osfed':ti,ab OR 'other specified feeding and eating disorder':ti,ab OR 'eating disorder not otherwise specified':ti,ab OR 'ednos':ti,ab OR 'pica':ti,ab OR 'rumination syndrome':ti,ab OR 'avoidant restrictive food intake disorder':ti,ab OR 'eating disorder':ti,ab

9 #1 OR #2 OR #3 OR #4 OR #5 OR #6 OR #7 OR #8 OR #9

10 'adolescent'/exp

11 'child'/exp

12 (('18' OR '0-18') NEAR/1 (age OR old OR over OR year*)):ti,ab

13 child*:ti,ab OR adolescen*:ti,ab OR teen*:ti,ab OR young:ti,ab OR boy*:ti,ab OR girl*:ti,ab

14 #11 OR #12 OR #13 OR #14

15 #10 AND #15

16 'primary prevention'

17 'primary prevention':ti,ab OR 'universal prevention':ti,ab OR prevention:ti,ab

18 #17 OR #18

19 #16 AND #19

20 ((('semi structured' OR semistructured OR unstructured OR informal OR 'in-depth' OR indepth OR 'face-to-face' OR structured OR guide) NEAR/3 (interview* OR discussion* OR questionnaire*)):ti,de) OR (focus:ti,de AND group*:ti,de) OR qualitative:ti,de OR ethnograph*:ti,de OR fieldwork:ti,de OR 'field work':ti,de OR 'key informant':ti,de OR 'qualitative research'/exp) AND ([english]/lim OR [spanish]/lim) AND ('article'/it OR 'letter'/it OR 'note'/it OR 'review'/it OR 'article in press'/it)

21 'ethics'/exp OR 'ethics' OR ethic*:ti,de OR bioethic*:ti,de OR 'unintended consequences':ti,de OR 'skills and training':ti,de OR 'benefits and harms':ti,de OR beliefs:ti,de OR 'patient* autonomy':ti,de OR dignity:ti,de OR moral*:ti,de OR religio*:ti,de OR 'human rights':ti,de OR humanism:ti,de OR 'patient* integrity':ti,de OR principlism:ti,de OR normativ*:ti,de OR 'principle base*':ti,de OR beneficence:ti,de OR 'non maleficence':ti,de OR philosoph*:ti,de OR aristoteles:ti,de OR socrates:ti,de OR justice:ti,de OR fairness:ti,de OR 'patient* expectation*':ti,de OR 'patient* accessibility':ti,de OR beauchamp:ti,de OR childress:ti,de OR 'wide reflective*':ti,de OR socratic:ti,de OR 'social shaping':ti,de OR casuistry:ti,de OR 'coherence analy*':ti,de OR eclectic*:ti,de OR 'right to die':ti,de OR 'right to life':ti,de OR 'social value*':ti,de OR 'ethnic value*':ti,de OR 'personal value*':ti,de OR 'benefit harm':ti,de OR 'harm benefit':ti,de OR elsi:ti,de OR elsa:ti,de

22 'legal aspect'/mj OR 'law'/exp OR 'justice'/exp OR 'jurisprudence'/mj OR 'patient right'/exp OR 'personhood'/de OR 'prejudice'/exp OR 'privacy'/exp OR 'fraud'/exp OR 'government'/exp OR 'health care disparity'/mj OR 'health services accessibility'/mj OR 'humanism'/mj OR 'human rights'/mj OR 'reimbursement'/mj OR (((healthcare OR 'health care' OR nonclinical OR 'community based') NEAR/1 (deliver* OR distribution*)):ti,ab) OR legal*:ti,de OR liabilit*:ti OR litigation*:ti,ab,de OR constitutional:ti,ab,de OR justice*:ti,de OR law:ti,de OR laws:ti,de OR jurisprudence*:ti,de OR complicit*:ti,ab,de OR privacy:ti,ab,de OR confidential*:ti,ab,de OR (((care OR treatment)

NEAR/2 (duty OR obligat*)):ti,ab,de) OR ((social* NEAR/1 (responsibl* OR obligat*)):ti,ab,de) OR (((informed OR presumed) NEAR/2 (choice OR 'decision making')):ti,ab,de) OR 'basic right*':ti OR 'duty to know':ti OR 'equally access*':ti OR 'external pressure*':ti OR 'fundamental right*':ti OR 'human right*':ti OR 'informed choice*':ti OR 'informed decision*':ti OR 'public pressure*':ti OR 'regulatory frame*':ti OR 'right of access*':ti OR 'right to know':ti OR acceptance:ti OR accessibility:ti OR accountability:ti OR autonomy:ti OR beneficence:ti OR 'civil right*':ti OR communitarian*:ti OR 'community value*':ti OR confidentiality:ti OR dignity:ti OR directive:ti OR disclosure:ti OR discrimination:ti OR equality:ti OR equity:ti OR fairness:ti OR freedom:ti OR harm:ti OR inequalit*:ti OR inequity:ti OR 'patient* integrity':ti OR justice:ti OR law:ti OR lawmaker*:ti OR lawsuit*:ti OR lawyer*:ti OR legacy:ti OR legal*:ti OR legislation:ti OR legitimacy:ti OR liability:ti OR litigation:ti OR medicolegal:ti OR 'non coverage':ti OR nonmaleficence:ti OR 'non maleficence':ti OR normative*:ti OR normativity:ti OR permissibility:ti OR prejudice*:ti OR privacy:ti OR reimburse*:ti OR transparency:ti OR uncertainty:ti OR 'value judgment':ti

23 'organization'/mj OR 'personnel management'/mj OR 'professional practice'/mj OR 'organization and management'/mj OR 'healthcare common procedure coding system'/mj OR 'case manager'/mj OR 'program development'/mj OR organizational:ti,de OR 'patient path':ti,ab,de OR 'user path':ti,ab,de OR 'client path':ti,ab,de OR (((organization* OR workflow OR 'work flow' OR 'work planning' OR implementation* OR 'information needs' OR 'need assessment*' OR skills OR attitud* OR culture OR 'quality assurance' OR sustainability OR centralization OR decentralization OR 'hospital managesocialment' OR manager* OR supplier) NEAR/9 (patient* OR client* OR user OR users OR practice* OR hospital* OR home* OR 'primary care' OR clinical OR medical OR nurse* OR physician* OR profesional* OR clinician*)):ti,ab)

24 'social acceptance'/mj OR 'social aspect'/mj OR 'social norm'/mj OR 'social problem'/mj OR 'social rejection'/mj OR 'social status'/mj OR 'social structure'/mj OR 'social aspects and related phenomena'/mj OR social:ti OR 'social factor':ti,de OR 'social aspect*':ti OR 'social norm':ti OR 'social burden*':ti OR 'social impact*':ti OR (((choice* OR 'information needs' OR communication* OR 'self care' OR 'self management' OR 'trade off' OR planning) NEAR/2 (social OR patient*)):ab) OR (((stigma* OR burden* OR impact* OR choice* OR 'information need*' OR communication* OR 'self care' OR selcare OR 'self management' OR 'trade off') NEAR/5 (patient* OR individual* OR person* OR 'care giver*'

OR caregiver* OR carer OR carers* OR client OR communit* OR consumer* OR public* OR user* OR sufferer* OR suffering OR diseased OR troubled OR sick* OR invalid OR people OR proband* OR survivor* OR famil* OR familial OR kindred* OR relative* OR spous* OR partner* OR couple* OR participant* OR child* OR teenager* OR adolescent* OR youth OR girl* OR boy* OR adult* OR elder* OR older* OR female* OR male* OR women* OR men* OR mother* OR father* OR parent* OR matern*)):ti)

25 'patient attitude'/exp OR 'patient participation'/exp OR 'patient decision making'/exp OR 'patient preference'/exp OR 'patient satisfaction'/exp OR 'patient centered':ti,ab,de OR patientcentered:ti,ab,de OR 'patient center*':ti,ab,de OR patientcenter*:ti,ab,de OR 'profesional patient*':ti,ab,de OR (((patient* OR individual* OR person* OR 'care giver*' OR caregiver* OR 'care giver*' OR carer OR carers* OR client OR communit* OR consumer* OR public* OR user* OR sufferer* OR suffering OR diseased OR troubled OR sick* OR invalid OR people OR proband* OR survivor* OR famil* OR familial OR kindred* OR relative* OR spous* OR partner* OR couple* OR participant* OR child* OR teenager* OR adolescent* OR youth OR girl* OR boy* OR adult* OR elder* OR older* OR female* OR male* OR women* OR men* OR mother* OR father* OR parent* OR matern*) NEAR/1 (prescrib* OR elicit* OR choice* OR logit OR adheren* OR preferen* OR 'service user' OR preference* OR opinion* OR perception* OR perce* OR perspective* OR view* OR voice* OR experienc* OR expectat* OR wish OR wishes OR attitud* OR lifespan* OR refus* OR 'patient autonomy' OR 'activities of daily living' OR 'quality of life' OR 'everyday life' OR decisi* OR paticipat* OR involvement* OR desir* OR activation OR empower* OR adaptat* OR educat* OR knowledge*)):ti) OR (((patient* OR individual* OR person* OR 'care giver*' OR caregiver* OR 'care giver*' OR carer OR carers* OR client OR communit* OR consumer* OR public* OR user* OR sufferer* OR suffering OR diseased OR troubled OR sick* OR invalid OR people OR proband* OR survivor* OR famil* OR familial OR kindred* OR relative* OR spous* OR partner* OR couple* OR participant* OR child* OR teenager* OR adolescent* OR youth OR girl* OR boy* OR adult* OR elder* OR older* OR female* OR male* OR women* OR men* OR mother* OR father* OR parent* OR matern*) NEAR/1 (acceptanc* OR acceptab* OR valuation* OR wellbeing OR 'well being' OR 'self care' OR self* OR belief* OR concern* OR worr* OR burden* OR problem* OR distress OR psychology* OR 'social activit*' OR friend* OR emotion* OR satisf* OR dissatisf* OR happ* OR unhapp* OR behav* OR lifestyle OR routine* OR

life* OR autonom* OR skeptic* OR enthusias* OR 'daily lives' OR daily OR 'frequent or daily users')):ti)

26 #20 AND #21

27 #20 AND #22

28 #20 AND #23

29 #20 AND #24

30 #20 AND #25

31 #20 AND #26

32 #27 OR #28 OR #29 OR #30 OR #31 OR #32

Web of Science (WOS)

1 TS= ("Feeding and Eating Disorders" or Anorexia or Bulimia or "Binge-Eating Disorder" or "Night Eating Syndrome" or "osfed" or "Other Specified Feeding and Eating Disorder" or "Eating Disorder Not Otherwise Specified" or "EDNOS" or "pica" or "Rumination Syndrome" or "Avoidant Restrictive Food Intake Disorder")

2 TS=(("18" or "0-18") NEAR/1 (age or old or over or year*))

3 TS= (child* or adolescen* or teen* or young or boy* or girl*)

4 #3 OR #2

5 #4 AND #1

6 TS= "Feeding and Eating Disorders of Childhood"

7 #6 OR #5

8 TS= ("primary prevention" or "universal prevention" or prevention)

9 #8 AND #7

10 TS=(qualitative OR ethnol* OR ethnog* OR ethnonurs* OR emic OR etic OR leininger OR noblit OR "field note*" OR "field record*" OR fieldnote* OR "field stud*" or "participant observ*" OR "participant observation*" OR hermaneutic* OR phenomenolog* OR "lived experience*" OR heidegger* OR husserl* OR "merleau-pont*" OR colaizzi OR giorgi OR ricoeur OR spiegelberg OR "van kaam" OR "van manen" OR "grounded theory" OR "constant compar*" OR "theoretical sampl*" OR glaser AND strauss OR "content analy*" OR "thematic analy*" OR narrative* OR "unstructured categor*" OR "structured categor*" OR "unstructured interview*" OR "semi-structured interview*" OR "maximum variation*" OR snowball OR audio* OR tape* OR video* OR metasynthes* OR "meta-synthes*" OR metasummar* OR "meta-summar*" OR metastud* OR "meta-stud*" OR "meta-ethnograph*" OR metaethnog* OR "meta-narrative*" OR metanarrat* OR " meta-interpretation*" OR

metainterpret* OR "qualitative meta-analy*" OR "qualitative metaanaly*" OR "qualitative metanaly*" OR "purposive sampl*" OR "action research" OR "focus group*" or photovoice or "photo voice" or "mixed method*")

11 TS=(ethic* OR bioethic* OR "unintended consequences" OR "skills and training" OR "benefits and harms" OR beliefs OR "patient* autonomy" OR dignity OR moral* OR religio* OR "human rights" OR humanism OR "patient* integrity" OR principlism OR normativ* OR "principle base*" OR beneficence OR "non maleficence" OR philosoph* OR aristoteles OR socrates OR justice OR fairness OR "patient* expectation*" OR "patient* accessibility*" OR beauchamp OR childress OR "wide reflective*" OR socratic OR "social shaping" OR casuistry OR "coherence analy*" OR eclectic* OR "right to die" OR "right to life" OR "social value*" OR "ethnic value*" OR "personal value*" OR "benefit harm" OR "harm benefit" OR elsi OR elsa)

12 TS=(privacy OR fraud OR "government regulation" OR "health care disparity" OR "health care delivery" OR "humanism" OR "human rights" OR "insurance" OR "reimbursement" OR "jurisprudence" OR law OR "legislation and jurisprudence" OR "patient right" OR "prejudice" OR "professional autonomy" OR "professional misconduct") OR TS=((healthcare OR "health care" OR nonclinical OR "community based") NEAR/1 (deliver* OR distribution* OR system*)) OR TS=(liabilit* OR litigation* OR constitutional OR laws OR jurisprudence OR complicit* OR private OR confidential*) OR TS=((care OR treatment) NEAR/2 (duty OR obligat*)) OR TS=(social* NEAR/1 (responsibl* OR obligat*)) OR TS=((informed OR presumed) NEAR/2 (choice OR "decision making")) OR TS=("basic right*" OR "access* right" OR "duty to know" OR "equally access*" OR "external pressure" OR "fundamental right*" OR "human right*" OR "informed choice" OR "informed decision making" OR "public pressure" OR "regulatory frame*" OR "right of access*" OR "right to know" OR acceptance OR accessibility OR accountability OR autonomy OR beneficence OR "civil right*" OR communitarian* OR "community values" OR confidentiality OR dignity OR directive OR disclosure OR discrimination OR elsi OR elsis OR equality OR equity OR fairness OR freedom OR harm OR inequalit* OR inequity OR "patient* integrity" OR justice OR law OR lawmaker* OR lawsuit* OR lawyer* OR legacy OR legal* OR legislation OR legitimacy OR liability OR litigation OR medicolegal OR "non coverage" OR nonmaleficence OR "non maleficence" OR normative OR normativity OR permissibility OR prejudice* OR privacy OR reimburse* OR "social values" OR stigma OR

stigmas OR stigmatisation OR stigmatise OR stigmatization OR stigmatize OR transparency OR uncertainty OR "value judgment")

13 TI=(organization*) OR TS=(("personnel management" OR "professional practice" OR "organization and management" OR "healthcare common procedure coding system" OR "case manager" OR "program development" OR "work planning" OR implementation* OR "information needs" OR "need assessment*" OR skills OR attitud* OR culture OR "quality assurance" OR sustainability OR centralization OR decentralization OR "hospital management" OR supplier*) AND (patient* OR client* OR user OR users OR practice* OR hospital* OR home* OR "primary care" OR clinical OR medical OR nurse* OR physician* OR profesional*))

14 TI=(social OR "social burden*" OR "social impact*" OR "information needs" OR "self care" OR "self management" OR "trade off")

15 TS=("care and caring" OR "social acceptance" OR "social aspect" OR "social norm" OR "social problem" OR "social rejection" OR "social status" OR "social structure" OR "social aspects and related phenomena" OR "social burden*" OR "social impact*" OR choice* OR "information needs" OR communication* OR "self care" OR "self management" OR "trade off")

16 TS=("patient attitude" OR "patient participation" OR "patient decision making" OR "patient preference" OR "patient satisfaction") OR TI=("service user" OR preference* OR opinion OR perception* OR perspective* OR view* OR voice* OR deerience* OR deectation* OR wish OR wishes OR attitud* OR wellbeing OR "well being" OR "self care" OR self* OR belief* OR concern* OR worr* OR burden* OR problem* OR distress OR psychology* OR "social activit*" OR famil* OR friend* OR emotion* OR satisf* OR dissatisf* OR happ* OR unhapp* OR behav* OR lifestyle OR routine OR life OR autonomy OR "activities of daily living" OR "quality of life" OR "everyday life" OR skeptic* OR enthusias* OR "daily lives" OR "frequent or daily users" OR acceptanc*)

17 #16 OR #15

18 #10 AND #9

19 #11 AND #9

20 #12 AND #9

21 #13 AND #9

22 #14 AND #9

23 #17 AND #9

24	#23 OR #22 OR #21 OR #20 OR #19 OR #18

Anexo 6. Niveles de evidencia y grados de recomendación. Criterios GRADE

Clasificación de la calidad de la evidencia científica en el sistema GRADE [73]

Calidad	Diseño del estudio	Disminuir si*	Aumentar si**
Alta ⊕⊕⊕⊕	ECA	• Limitación de la calidad del estudio: Importante (-1) Muy importante (-2) • Inconsistencia importante (-1) • Alguna (-1) o gran incertidumbre (-2) acerca de que la evidencia científica sea directa • Datos escasos o imprecisos (-1) • Alta probabilidad de sesgo de notificación (-1)	Asociación: • Evidencia científica de una fuerte asociación (RR>2 o <0,5 basado en estudios observacionales sin factores de confusión) (+1) • Evidencia científica de una muy fuerte asociación (RR>5 o <0,2 basado en estudios sin posibilidad de sesgos) (+2) • Gradiente dosis-respuesta (+1) • Todos los posibles factores de confusión podrían haber reducido el efecto observado (+1)
Moderada ⊕⊕⊕⊖			
Baja ⊕⊕⊖⊖	Estudios observacionales		
Muy baja ⊕⊖⊖⊖	Otros tipos de diseño		

* En el caso de los ECA, se puede disminuir la calificación de la calidad de la evidencia científica.

** En el caso de los estudios observacionales, se puede aumentar la calificación de la calidad de la evidencia científica.

RR: riesgo relativo

Implicaciones de la fuerza de recomendación en el sistema GRADE			
Recomendación	**Pacientes / Cuidadores**	**Clínicos**	**Gestores / Planificadores**
Fuerte	La mayor parte de las personas bien informadas estarían de acuerdo con la acción recomendada y únicamente una pequeña parte no lo estarían	La mayoría de los pacientes deberían recibir la intervención recomendada	La recomendación puede ser adoptada como política sanitaria en la mayoría de las situaciones
Condicional	La mayor parte de las personas bien informadas estarían de acuerdo con la acción recomendada pero una minoría importante no	Reconoce que diferentes opciones serán apropiadas para diferentes pacientes y que el médico tiene que ayudar a cada paciente a llegar a la decisión más consistente con sus valores y preferencias	Existe necesidad de un debate importante y la participación de los grupos de interés

Fuente: *Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluation*

Anexo 7. Estudios excluidos

Diseño / tipo de estudio	
1.	Berger U, Schaefer JM, Wick K, Brix C, Bormann B, Sowa M, Schwartze D, Strauss B. Effectiveness of reducing the risk of eating-related problems using the German school-based intervention program, "Torera", for preadolescent boys and girls. Prev Sci. 2014 Aug;15(4):557-69. doi: 10.1007/s11121-013-0396-4.
2.	Bird EL, Halliwell E, Diedrichs PC, Harcourt D. Happy Being Me in the UK: a controlled evaluation of a school-based body image intervention with pre-adolescent children. Body Image. 2013 Jun;10(3):326-34. doi: 10.1016/j.bodyim.2013.02.008
3.	Breithaupt L, Eickman L, Byrne CE, Fischer S. REbeL Peer Education: A model of a voluntary, after-school program for eating disorder prevention. Eat Behav. 2017 Apr;25:32-37. doi: 10.1016/j.eatbeh.2016.08.003.
4.	González M, Penelo E, Gutiérrez T, Raich RM. Disordered eating prevention programme in schools: a 30-month follow-up. Eur Eat Disord Rev. 2011 Jul-Aug;19(4):349-56. doi: 10.1002/erv.1102.
5.	Jones M, Taylor Lynch K, Kass AE, Burrows A, Williams J, Wilfley DE, Taylor CB. Healthy weight regulation and eating disorder prevention in high school students: a universal and targeted Web-based intervention. J Med Internet Res. 2014 Feb 27;16(2):e57. doi: 10.2196/jmir.2995.
6.	Mora M, Penelo E, Rosés R, González ML, Espinoza P, Deví J, Raich RM. Pilot assessment of two disordered eating prevention programs. Preliminary findings on maladaptive beliefs related to eating disorders. Eat Behav. 2017 Apr;25:51-57. doi: 10.1016/j.eatbeh.2016.08.002.
7.	Nehmy TJ, Wade TD. Reducing the onset of negative affect in adolescents: evaluation of a perfectionism program in a universal prevention setting. Behav Res Ther. 2015 Apr;67:55-63. doi: 10.1016/j.brat.2015.02.007.
8.	Stock S, Miranda C, Evans S, Plessis S, Ridley J, Yeh S, Chanoine JP. Healthy Buddies: a novel, peer-led health promotion program for the prevention of obesity and eating disorders in children in elementary school. Pediatrics. 2007 Oct;120(4):e1059-68. doi: 10.1542/peds.2006-3003.
9.	Ovejero, O.J., Guzmán, P.E., González, M.G., Pérez, I.S., Castro, A.B., Escursell, R.M., & Giral, M.M. (2020). Universal prevention program of eating, weight and body image problems in adolescents: A 12-month follow-up. Psicothema, 32 2, 204-213. doi: 10.7334/psicothema2019.296.
10.	Pokrajac-Bulian A, Zivcić-Becirević I, Calugi S, Dalle Grave R. School prevention program for eating disorders in Croatia: a controlled study with six months of follow-up. Eat Weight Disord. 2006 Dec;11(4):171-8. doi: 10.1007/BF03327568.

11. Russell-Mayhew S, Arthur N, Ewashen C. Targeting students, teachers and parents in a wellness-based prevention program in schools. Eat Disord. 2007 Mar-Apr;15(2):159-81. doi: 10.1080/10640260701190709.

12. Varnado-Sullivan, P. J., Zucker, N., Williamson, D. A., Reas, D., Thaw, J., & Netemeyer, S. B. (2001). Development and implementation of the Body Logic Program for adolescents: A two-stage prevention program for eating disorders. Cognitive and Behavioral Practice, 8(3), 248–259. https://doi.org/10.1016/S1077-7229(01)80061-4

13. Wilksch SM, Tiggemann M, Wade TD. Impact of interactive school-based media literacy lessons for reducing internalization of media ideals in young adolescent girls and boys. Int J Eat Disord. 2006 Jul;39(5):385-93. doi: 10.1002/eat.20237.

Población

1. Doyle AC, Goldschmidt A, Huang C, Winzelberg AJ, Taylor CB, Wilfley DE. Reduction of overweight and eating disorder symptoms via the Internet in adolescents: a randomized controlled trial. J Adolesc Health. 2008 Aug;43(2):172-9. doi: 10.1016/j.jadohealth.2008.01.011

2. Follansbee-Junger K, Janicke DM, Sallinen BJ. The influence of a behavioral weight management program on disordered eating attitudes and behaviors in children with overweight. J Am Diet Assoc. 2010 Nov;110(11):1653-9. doi: 10.1016/j.jada.2010.08.005.

3. Stevens J, Story M, Ring K, Murray DM, Cornell CE, Juhaeri, Gittelsohn J. The impact of the Pathways intervention on psychosocial variables related to diet and physical activity in American Indian schoolchildren. Prev Med. 2003 Dec;37(6 Pt 2):S70-9. doi: 10.1016/j.ypmed.2003.08.012.

4. Wilksch SM, Durbridge MR, Wade TD. A preliminary controlled comparison of programs designed to reduce risk of eating disorders targeting perfectionism and media literacy. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2008 Aug;47(8):937-47. doi: 10.1097/CHI.0b013e3181799f4a.

Intervención

1. Rodgers RF, Donovan E, Cousineau T, Yates K, McGowan K, Cook E, Lowy AS, Franko DL. BodiMojo: Efficacy of a Mobile-Based Intervention in Improving Body Image and Self-Compassion among Adolescents. J Youth Adolesc. 2018 Jul;47(7):1363-1372. doi: 10.1007/s10964-017-0804-3.

Idioma

1. Lindenberg, K., & Kordy, H. (2015). Wirksamkeit eines gestuften, internetvermittelten ansatzes zur prävention von essstörungen bei schülern der 7. Bis 10. Klasse [Efficacy of an internet-delivered tiered strategy for eating disorder prevention in high school students]. Kindheit und Entwicklung: Zeitschrift für Klinische Kinderpsychologie, 24(1), 55–63. https://doi.org/10.1026/0942-5403/a000152

Abstract

2. Munguia L, Raich RM, Mora M, Espinoza P, Roses R. Effectiveness of media literacy in reducing internalization of the body shape model and body image dissatisfaction. A pilot

study. Proceedings of Eapm 2014: Care and Cure: An Integrated Approach to Psychosomatic Medicine. 2014 Jun;192-195.

Anexo 8. Estudios en marcha

Nº registro/ Evaluación	Intervención	Población	Diseño	IP Localización	Fecha de registro
ISRCTN51957280	Programa de prevención basado en Internet "Staying Fit"	De 14 a 19 años	ECA	Universidad Médica de Viena	Septiembre de 2016
NCT04317755	Programa de imagen corporal basado en cómics "AdhaFULL"	De 11 a14 años	ECA	University del Oeste de Inglaterra	Marzo de 2020

ECA: ensayo clínico aleatorizado; NI: no informado

Anexo 9. Tablas de evidencia de los estudios incluidos

Estudio	Agam-Bitton, 2018 [107]			
	País: Israel			
	Financiación: The Dove Self Esteem Fund and Unilever Israel			
Objetivo	Evaluar diferentes formas (solo chicas vs. grupos mixtos) de implantación de un programa de bienestar escolar denominado “In Favour of Myself”			
Diseño	Diseño: ECA			
	Contexto: escuelas de secundaria del norte de Israel			
	Nº centros participantes: 3			
	Unidad de aleatorización: clase			
	Unidad de análisis: adolescentes			
	Seguimiento (semanas)*: 13 (NA)			
Participantes	Criterios de selección:	Inclusión: 1. Alumnado de 7º y 8º grado con edades entre 14-17 años 2. Consentimiento paterno 3. Cumplimentación de cuestionarios pre y post		
		Exclusión: NI		
	Nº de escolares reclutados: 259			
	Nº de escolares aleatorizados: 259			
		Grupo experimental 1	Grupo experimental 2	Grupo control
	Nº escolares intervenidos:	88	84	87
	Nº escolares perdidos: 35	8	8	NI (19)
	Características basales: un grupo de solo chicas, un grupo mixto y un grupo control.			
	Nº mujeres (%): 259 (NI)			
	Edad*: 13,8 ± 0,63 (14-17)			
	IMC: NI			
Intervención 1	Tipo intervención: multicomponente grupo mixto (In Favour of Myself)			
	Método: el programa de bienestar "In Favour of Myself" es un programa cognitivo conductual e interactivo que contiene una variedad de estrategias de afrontamiento y tiene como objetivo promover la autoestima positiva, la alfabetización mediática y la imagen corporal			

	Se llevó a cabo a través de discusiones y actividades interactivas sobre los siguientes temas: • Los cambios que se producen en la adolescencia, la autoestima y cómo está influenciado por la comunicación • El impacto de los medios sobre autoestima, conocimiento de estrategias publicitarias, y desarrollo del pensamiento crítico • El impacto de estereotipos sobre la autoestima, nuestros valores y nuestra posición • La belleza en la historia y diferentes culturas y cambios en criterios de belleza, respetando las diferencias y variedad de tallas, poner a prueba el mito de la belleza moderna y cuestionar la asociación automática entre belleza y felicidad • El poder de las palabras, la comunicación, intrapersonal, la imagen corporal y la autoestima • El yo: externo e interno
	Contexto: escuela secundaria
	Proveedor: estudiantes femeninas de pregrado o posgrado del departamento de educación o nutrición impartieron el programa (entrenadas previamente)
	Nº sesiones: 9
	Duración sesiones: 90 minutos
	Periodicidad sesiones: 1/semana
	Duración intervención total: 9 semanas
Intervención 2	Tipo intervención: multicomponente solo chicas (In Favour of Myself)
	Método: el programa de bienestar "In Favour of Myself" es un programa cognitivo conductul e interactivo que contiene una variedad de estrategias de afrontamiento y tiene como objetivo promover la autoestima positiva, la alfabetización mediática y la imagen corporal Se llevó a cabo a través de discusiones y actividades interactivas sobre los siguientes temas: • Los cambios que se producen en la adolescencia, la autoestima y cómo está influenciado por la comunicación • El impacto de los medios sobre autoestima, conocimiento de estrategias publicitarias, y desarrollo del pensamiento crítico • El impacto de estereotipos sobre la autoestima, nuestros valores y nuestra posición • La belleza en la historia y diferentes culturas y cambios en criterios de belleza, respetando las diferencias y variedad de tallas, poner a prueba el mito de la belleza moderna y cuestionar la asociación automática entre belleza y felicidad

	• El poder de las palabras, la comunicación, intrapersonal, la imagen corporal y la autoestima • El yo: externo e interno								
	Contexto: escuela intermedia								
	Proveedor: estudiantes femeninas de pregrado o posgrado del departamento de educación o nutrición impartieron el programa (entrenadas previamente)								
	Nº sesiones: 9								
	Duración sesiones: 90 minutos								
	Periodicidad sesiones: 1/semana								
	Duración intervención total: 9 semanas								
Comparador	Lista de espera								
Resultados			G. Experimental 1		G. Experimental 2		G. Control		p-valor
	Autoestima (RSE): chicas†	Pre	22,23	5,42	22,77	5,14	23,03	5,08	
		Post	21,71	6,48	21,54	5,47	23,37	5,42	0,054
		3 Meses	22,74	5,63	23,66	4,72	22,99	5,3	0,292
	Presión (SATAQ): chicas†	Pre	2,45	1,01	2,52	1,53	2,3	1,43	
		Post	3,06	1,72	3,29	1,4	2,5	1,38	0,001
		3 Meses	3,3	1,46	3,7	1,66	2,46	1,5	<0,001
	Internalización del ideal de belleza (SATAQ): chicas†	Pre	4,13	1,05	4,25	0,76	3,94	1,11	
		Post	3,91	0,91	3,84	0,8	3,89	0,9	0,004
		3 Meses	4,09	1,09	4	0,91	3,95	0,96	0,296
	Insatisfacción corporal (EDI): chicas†	Pre	7,38	7,14	6,74	6,46	8,43	8,17	
		Post	7,43	6,37	7,54	4,86	6,67	7,12	0,385
		3 Meses	8,36	7,47	6,98	5,19	8,91	7,6	0,766
	Obsesión por la delgadez (EDI): chicas	Pre	5,35	5,64	5,17	5,02	5,83	5,81	
		Post	5,32	6	4,56	4,76	5,04	5,81	0,524
		3 Meses	4,72	5,56	4,11	4,38	5,08	5,4	0,904
	Autoestima corporal - apariencia (BES): chicas†	Pre	2,9	1,04	2,48	1,05	2,74	0,99	
		Post	2,85	1,11	2,65	1,01	2,83	1,18	0,231
		3 Meses	3,08	1,2	2,9	1,07	3,02	1	0,025

	Autoestima corporal - peso (BES): chicas†	Pre	2,43	0,95	2,28	0,9	2,53	1,1	
		Post	2,24	0,99	2,38	0,71	2,52	1,04	0,089
		3 Meses	2,6	0,9	2,79	0,81	2,45	1,1	0,012
	Autoestima corporal - atributos (BES): chicas†	Pre	2,2	0,78	1,96	0,88	2,28	0,8	
		Post	1,98	0,87	2,13	0,88	2,18	0,96	0,926
		3 Meses	2,16	0,78	2,35	0,83	2,48	0,83	0,093
NI: No se informa; NA: no aplicable; * Media±DE (rango); † Media±DE									

Estudio	**Anuel, 2012** [108]				
	País: Venezuela				
	Financiación: NI				
Objetivo	Evaluar la efectividad de programa de intervención para la potenciación de la autoaceptación (positivo) y por un programa de intervención cognitivo sobre la imagen corporal				
Diseño	Diseño: ECA				
	Contexto: escuela privada Fray Luis de León ubicada en Caracas				
	Nº centros participantes: 1				
	Unidad de aleatorización: alumno/a				
	Unidad de análisis: preadolescentes y adolescentes				
	Seguimiento (semanas)*: NA				
Partici-pantes	Criterios de selección:	Inclusión: NI			
		Exclusión: NI			
	Nº de escolares reclutados: 120				
	Nº de escolares aleatorizados: 120				
		Grupo experimental 1	Grupo experimental 2	Grupo experimental 3	Grupo control
	Nº escolares intervenidos: 120	30	30	30	30
	Nº escolares perdidos: NI	NI	NI	NI	NI
	Características basales: nivel socioeconómico medio y procedentes de un mismo colegio privado.				

	Nº mujeres (%): 44 (36,7)
	Edad*: 11,23 ± 0,827 (10-12)
	IMC: NI
Intervención 1	Tipo intervención: programa cognitivo grupo mixto (interactiva)
	Método: el programa cognitivo se basó en el desarrollo de discusiones grupales sobre creencias en torno a imagen corporal y hábitos saludables, evaluación crítica de imágenes contenidas en revistas y otros medios de comunicación respecto a su correspondencia con la realidad, y adicionalmente se plantearon interrogantes que ayudaran a desligar ideal de persona exitosa con cualidades físicas ideales como delgadez o belleza
	Contexto: escuela primaria
	Proveedor: NI
	Nº sesiones: 10
	Duración sesiones: 45 minutos
	Periodicidad sesiones: 5/semana
	Duración intervención total: 2 semanas
Intervención 2	Tipo intervención: programa positivo
	Método: el programa incluyó actividades enfocadas en el reconocimiento de virtudes y fortalezas: se invitó a los participantes a llevar un diario donde identificaban las actividades de preferencia que podían realizar mediante un cuerpo saludable. Se desarrolló la observación de la imagen corporal en espejos y dibujo total de las siluetas con la finalidad de identificar cualidades en el cuerpo y se propiciaron situaciones como producción de lemas publicitarios para que éstos expresaran de forma verbal y escrita la identificación de sus potencialidades y las de sus compañeros de clase
	Contexto: escuela primaria
	Proveedor: NI
	Nº sesiones: 10
	Duración sesiones: 45 minutos
	Periodicidad sesiones: 5/semana
	Duración intervención total: 2 semanas
Intervención 3	Tipo intervención: programa multicomponente (positivo + cognitivo)
	Método: el programa se basó en el desarrollo de discusiones grupales sobre creencias en torno a imagen corporal y hábitos saludables, evaluación crítica de imágenes contenidas en revistas y otros medios de comunicación respecto a su correspondencia con la realidad, y adicionalmente se plantearon interrogantes que ayudaran a desligar ideal de persona exitosa con cualidades físicas ideales como delgadez o belleza Incluyó también actividades enfocadas en el reconocimiento de virtudes y fortalezas: se invitó a los participantes a llevar un diario donde identificaban

	las actividades de preferencia que podían realizar mediante un cuerpo saludable. Se desarrolló la observación de la imagen corporal en espejos y dibujo total de las siluetas con la finalidad de identificar cualidades en el cuerpo y se propiciaron situaciones como producción de lemas publicitarios para que éstos expresaran de forma verbal y escrita la identificación de sus potencialidades y las de sus compañeros de clase										
	Contexto: escuela primaria										
	Proveedor: NI										
	Nº sesiones: 10										
	Duración sesiones: 45 minutos										
	Periodicidad sesiones: 5/semana										
	Duración intervención total: 2 semanas										
Compa-rador	Atención habitual										
Resultados			G. Experimental 1		G. Experimental 2		G. Experimental 3		G. Control		p-valor
	Insatisfac-ción corporal y preocupación por el peso (BSQ)†	Pre	168,57	15,99	172,1	24,63	175,67	18,21	166,8	20,37	G1 vs. GC = 0,002 G2 vs. GC = 0,026 G3 vs. GC = 0,002
		Post	193,07	9,01	190,2	16,06	190,7	15,39	174,1	21,29	
NI: No se informa; NA: no aplicable; * Media±DE (rango); † Media±DE											

Estudio	Austin, 2007 [109]
	País: EE.UU.
	Financiación: Grant sponsor: Leadership Education in Adolescent Health project, Maternal and Child Health Bureau, Health Resources and Service Administration grant 6T71-MC00009-15-01 from the US Department of Health and Human Services (Dr Austin); by the Berkowitz

	Family Legal Sea Foods Fellowship in Public Health Nutrition at the Harvard School of Public Health (Dr Kim); and by a subcontract from the Massachusetts Department of Public Health (MDPH) under Centers for Disease Control and Prevention Cooperative Agreement U48/CCU115807 with MDPH		
Objetivo	Evaluar la efectividad de un programa de intervención escolar para promover la alimentación saludable y la actividad física en niños y niñas al inicio de la adolescencia		
Diseño	Diseño: ECA		
	Contexto: escuelas públicas de primaria de Massachusetts		
	Nº centros participantes: 13		
	Unidad de aleatorización: centro		
	Unidad de análisis: adolescentes		
	Seguimiento (semanas)*: 104 (NA)		
Participantes	Criterios de selección:	Inclusión: 1. Alumnado de 6º y 7º grado de escuela secundaria	
		Exclusión: NI	
	Nº de escolares reclutados: 1839		
	Nº de escolares aleatorizados: 1508		
		Grupo experimental	Grupo control
	Nº escolares intervenidos: 1451	614	837
	Nº escolares perdidos: 331		
	Características basales: NI		
	Nº mujeres (%): 749 (49,67)		
	Edad*: NI ± NI (11-13)		
	IMC: NI		
Intervención	Tipo intervención: Programa de prevención de la obesidad (5-2-1 Go!: Planet Health + SHI)		
	Método: Planet Health: la intervención se centró en 4 cambios de comportamiento: reducir la visualización de televisión a menos de 2 horas por día; aumentar la actividad física moderada y alta; disminuir el consumo de alimentos ricos en grasas; y aumentar el consumo de frutas y verduras a 5 al día o más SHI (Índice de salud escolar para la actividad física y la alimentación saludable) una guía de planificación y autoevaluación que permite • Identificar las fortalezas y debilidades de las políticas y programas de su escuela para promover la salud y la seguridad		

	• desarrollar un plan de acción para mejorar la salud y seguridad de los estudiantes • Involucrar a los maestros, padres, estudiantes y la comunidad en la mejora de la escuela
	Contexto: escuela intermedia
	Proveedor: autores
	Nº sesiones: 32
	Duración sesiones: 45 minutos
	Periodicidad sesiones: 32/año
	Duración intervención total: 2 cursos escolares
Comparador	Atención habitual

			G. Experimental		G. Control		OR (IC 95%)
Resultados	Conductas desadaptativas de control de peso autoinformadas: chicas**	2 años	4	327	15	422	0,33 (0,11, 0,97)
	Conductas desadaptativas de control de peso autoinformadas: chicos**	2 años	7	287	11	415	0,91 (0,27, 3,13)

NI: No se informa; NA: no aplicable; * Media±DE (rango); † Media±DE (rango); ** eventos/total

Estudio	Bonsergent, 2013 [110]
	País: Francia
	Financiación: Grant sponsor: Special acknowledgements are addressed to ARH Lorraine, Conseil Régional de Lorraine, DRASS de Lorraine, GRSP de Lorraine, Fondation Coeurs et Artères, Fondation Wyeth, Ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche, Inca, IRESP, Régime local d'assurance maladie d'Alsace Lorraine and Urcam de Lorraine
Objetivo	Evaluar la efectividad después de dos años de tres estrategias diferentes con el objetivo de prevenir el sobrepeso y la obesidad en adolescentes de instituto
Diseño	Diseño: ECA
	Contexto: escuelas públicas de secundaria de Lorraine, al noreste de Francia
	Nº centros participantes: 24
	Unidad de aleatorización: centro
	Unidad de análisis: preadolescente
	Seguimiento (semanas)*: NI

Participantes	Criterios de selección:	Inclusión: 1. Alumnado de 10º y 11º grado			
		Exclusión: NI			
	Nº de escolares reclutados: 5354				
	Nº de escolares aleatorizados: 5354				
		Grupo experimental 1	Grupo control 1	Grupo experimental 2	Grupo control 2
	Nº escolares intervenidos:	2621	2818	2794	2713
	Nº escolares perdidos:	890	926	954	862
	Características basales: significativamente bajo el número de alumnos/as de la muestra procedentes de familia de clase social baja en comparación con el resto.				
	Nº mujeres (%): 2039 (38,08)				
	Edad†: 15,6 ± 0,7				
	IMC; 21,5				
Intervención 1	Tipo intervención: programa de prevención de la obesidad (PRALIMAP) (estrategia educativa)				
	Método: charlas sobre alimentación y actividades físicas, 5 horas en 10º grado y 6 horas en 11º grado. Actividades (actividades físicas divertidas, juegos, pruebas, conferencias y degustación de comida y bebida)				
	Contexto: escuelas de secundaria				
	Proveedor: profesores de escuela de ciencias de la vida y/o educación física				
	Nº sesiones: NA				
	Duración sesiones: NA				
	Periodicidad sesiones: NA				
	Duración intervención total: 2 cursos escolares				
Intervención 2	Tipo intervención: programa de prevención de la obesidad (PRALIMAP) (estrategia entorno)				
	Método: incrementar y fomentar el acceso a fruta, verdura, pan y productos lácteos, además de agua y actividad física				
	Contexto: escuelas de secundaria				
	Proveedor: comité formado por dirección de centro, profesionales designados del instituto y monitores especiales de PRALIMAP				
	Nº sesiones: NA				
	Duración sesiones: NA				
	Periodicidad sesiones: NA				

	Duración intervención total: 2 cursos escolares						
	Tipo intervención: programa de prevención de la obesidad (PRALIMAP) (estrategia control y cuidado)						
	Método: la/el enfermera/o escolar examinará el posible sobrepeso u obesidad y los desórdenes alimenticios del alumnado y propondrá, en caso necesario, la adopción de un plan de administración de cuidados de 7 sesiones grupales de 1 hora y media, llevadas a cabo por la "red nutricional" tanto dentro como fuera del contexto escolar						
	Contexto: escuelas de secundaria						
	Proveedor: enfermería escolar y redes nutricionales						
	Nº sesiones: 7 sesiones						
	Duración sesiones: 90 minutos						
	Periodicidad sesiones: NI						
	Duración intervención total: 2 cursos escolares						
Comparador 1	Estrategia no educativa (con/sin estrategia entorno y control y cuidado)						
Comparador 2	Estrategia sin entorno (con/sin estrategia educativa y control y cuidado)						
Comparador 3	Estrategia sin control y cuidado (con/sin estrategia educativa y entorno)						
Resultados			G. Experimental		G. Control		p-valor
	IMC: estrategia educativa vs. no educativa†	Pre	21,65	3,71	21,4	3,25	
		Post-Pre	0,71	1,49	0,66	1,45	0,28
	IMC: estrategia entorno vs. no entorno†	Pre	21,49	3,1	21,58	3,7	
		Post-Pre	0,71	1,47	0,67	1,47	0,5
	IMC: estrategia control y cuidado vs. no control y cuidado†	Pre	21,37	3,2	21,69	3,77	
		Post-Pre	0,64	1,44	0,72	1,49	0,03
NI: No se informa; NA: no aplicable; * Media±DE (rango); † Media±DE							

Estudio	Buerger, 2019 [91]
	País: Alemania

	Financiación: Department of Child and Adolescent Psychiatry, Psychosomatics and Psychotherapy, University Hospital of Wuerzburg, Margarete-Hoeppel-Platz 1, 97080 Wuerzburg, Germany; Department of Child and Adolescent Psychiatry and Psychotherapy, University Medical Center of the Johannes Gutenberg University Mainz, Langenbeckstr. 1, 55131Mainz, Germany; University Hospital of Child and Adolescent Psychiatry and Psychotherapy, University of Bern, Stoeckli, Bolligenstrasse 141c, 3000 Bern 60, Switzerland; Section for Translational Psychobiology in Child and Adolescent Psychiatry, Department of Child and Adolescent Psychiatry, Center of Psychosocial Medicine, University of Heidelberg, Blumenstraße 8, 69115 Heidelberg, Germany			
Objetivo	Desarrollar y elaborar un programa universal de prevención de los TCA para adolescentes de ambos sexos			
Diseño	Diseño: ECA			
	Contexto: escuelas secundarias en el estado de Rhineland-Palatinate			
	Nº centros participantes: 9			
	Unidad de aleatorización: centro			
	Unidad de análisis: adolescentes			
	Seguimiento (semanas)*: 52 (NA)			
Participantes	Criterios de selección:	Inclusión: 1. Alumnado con edades entre 12-15 años		
		Exclusión: 1. Existencia de un trastorno alimentario		
	Nº de escolares reclutados: 1654			
	Nº de escolares aleatorizados: 1654			
		Grupo experimental 1	Grupo experimental 2	Grupo control
	Nº escolares intervenidos:	498	474	682
	Nº escolares perdidos: 414 (247 postintervención y 167 seguimiento)	134	147	133
	Características basales: NI			
	Nº mujeres (%): 873 (52,8)			
	Edad*: 13,35 ± 0,76 (12-15)			
	IMC†: 20 ± 3,46			

Intervención 1	Tipo intervención: multicomponente (MaiStep)								
	Método: el programa de prevención MaiStep utiliza una combinación de métodos didácticos que consisten en el entrenamiento de habilidades y de métodos interactivos (desde enfoques basados en la experiencia, las discusiones de grupo y los juegos de rol), para facilitar el aprendizaje de los contenidos. Después de cada lección integra tareas relacionadas en la rutina diaria de clase								
	Contexto: escuela secundaria								
	Proveedor: psicólogos con una cualificación mínima de máster o doctorado								
	Nº sesiones: 5								
	Duración sesiones: 90 minutos								
	Periodicidad sesiones: 1/semana								
	Duración intervención total: 5 semanas								
Intervención 2	Tipo intervención: multicomponente (MaiStep)								
	Método: el programa de prevención MaiStep utiliza una combinación de métodos didácticos que consisten en el entrenamiento de habilidades y de métodos interactivos (desde enfoques basados en la experiencia, las discusiones de grupo y los juegos de rol), para facilitar el aprendizaje de los contenidos. Después de cada lección integra tareas relacionadas en la rutina diaria de clase								
	Contexto: escuela secundaria								
	Proveedor: profesores entrenados								
	Nº sesiones: 5								
	Duración sesiones: 90 minutos								
	Periodicidad sesiones: 1/semana								
	Duración intervención total: 5 semanas								
Comparador	Atención habitual								
Resultados			G. Experimental 1		G. Experimental 2		G. Control		p-valor
	Obsesión por la delgadez (EDI-2) †	Pre	2,2	1,17	2,29	1,17	2,27	1,19	
		Post	2,09	1,15	2,2	1,12	2,23	1,22	0,046
		12 meses	2,06	2,06	2,14	1,12	2,17	1,16	
	Insatisfacción corporal (EDI-2) chicas†	Pre	2,65	1,31	2,86	1,32	2,87	1,37	
		Post	2,65	1,32	283	1,33	2,85	1,35	
		12 meses	2,69	1,31	2,82	1,3	2,87	1,3	

	Perfeccionismo (EDI-2)†	Pre	2,73	0,92	2,79	0,86	2,63	0,96	
		Post	2,58	0,96	2,72	0,94	2,53	0,97	
		Post	1,84	0,69	1,95	0,78	1,92	0,79	
		12 meses	1,86	0,74	1,95	0,77	1,92	0,78	
NI: No se informa; NA: no aplicable; * Media±DE (rango); † Media±DE									

Estudio	Cousineau, 2010 [92]		
	País: EE.UU.		
	Financiación: National Institutes of Health Small Business Innovative Research Program, Grant # 2R44DK061269-02; National Institute of Diabetes & Digestive & Kidney Diseases; Christine Densmore, NIDDK Project Officer		
Objetivo	Evaluar la efectividad de un programa de prevención para el conocimiento sobre la pubertad, la autoestima y la estima corporal, basado en internet llamado "Trouble on the Tightrope: In search of Skateboard Sam"		
Diseño	Diseño: ECA		
	Contexto: escuelas de secundaria al noreste de EE.UU.		
	Nº centros participantes: 5		
	Unidad de aleatorización: alumno		
	Unidad de análisis: preadolescentes		
	Seguimiento (semanas)*: 12 (NA)		
Participantes	Criterios de selección:	Inclusión: 1. Alumnado de 6º grado 2. Consentimiento de los padres 3. Consentimiento propio.	
		Exclusión: NI	
	Nº de escolares reclutados: 190		
	Nº de escolares aleatorizados: 190		
		Grupo experimental	Grupo control
	Nº escolares intervenidos: 190	92	98
	Nº escolares perdidos: 0	NI	NI
	Características basales: NI		
	Nº mujeres (%): 108 (56,84)		
	Edad*: 11,7 ± 0,06 (10-11)		
	IMC: NA		

Intervención	Tipo intervención: multicomponente (Trouble on the Tightrope: In Search of Skateboard Sam)						
	Método: programa web lúdico en el que se manejan diferentes personajes y se reciben mensajes e información relevante relacionada con aspectos de salud como son la pubertad, la nutrición, la actividad física, la alfabetización mediática, la autoestima y las relaciones sociales. El programa contiene juegos o actividades que tardan aproximadamente quince minutos en completarse. Existe un manual de aprendizaje para maestros online que se puede utilizar para complementar las actividades dentro del programa y se proporcionan enlaces web para fomentar la comunicación entre padres e hijos sobre las áreas de salud revisadas						
	Contexto: escuelas de secundaria al noreste de EE.UU.						
	Proveedor: asistentes de investigación						
	Nº sesiones: 3						
	Duración sesiones: 60 minutos						
	Periodicidad sesiones: NI						
	Duración intervención total: NI						
Comparador	Visualización de vídeos en internet sobre temas científicos como conducta animal						
Resultados			G. Experimental		G. Control		p-valor
	Autoestima corporal (BES) †	Pre	24,58	6,86	23,69	7,89	GE vs. GC = 0,08
		Post	25,06	6,8	24,64	7,17	
		3 meses	24,3	7,98	25,36	7,32	
	Autoestima (Self Perception Profile for Adolescents, SPPA) †	Pre	54,08	9,36	53,8	9,87	GE vs. GC = 0,38
		Post	55,77	10,34	55,14	10,96	
		3 meses	6,6	10,51	57,49	9,62	
NI: No se informa; NA: no aplicable; * Media±DE (rango); † Media±DE							

Estudio	Diedrichs, 2015 [93]
	País: Reino Unido
	Financiación: Centre for Appearance Research, University of the West of England, Coldharbour Lane, Bristol, BS16 1QY, UK; Funders: Dove Self Esteem Project, Unilever
Objetivo	Evaluar la eficacia de una sesión breve, aplicada por los profesores o por investigadores, de un programa (Dove Confident Me) escolar de prevención de los TCA para mejorar la imagen corporal
Diseño	Diseño: ECA
	Contexto: escuelas primarias del suroeste de Inglaterra

	Nº centros participantes: 6			
	Unidad de aleatorización: centro			
	Unidad de análisis: adolescentes			
	Seguimiento (semanas)*: Teacher-led = 7,5 semanas; Researcher-led = 7 semanas; Control = 7 semanas			
Participantes	Criterios de selección:	Inclusión: 1. Alumnado de escuelas mixtas 2. 5 clases de estudiantes matriculados por año 3. Disponibilidad para incluir todas las clases de 7 y 8 años en el estudio 4. Proporción media o inferior a la media nacional de estudiantes con necesidades educativas especiales		
		Exclusión: NI		
	Nº de escolares reclutados: 1707			
	Nº de escolares aleatorizados: 1707			
		Grupo experimental 1	Grupo experimental 2	Grupo control
	Nº escolares intervenidos:	729	551	427
	Nº escolares perdidos:	130	56	121
	Características basales: entre los chicos hay diferencias significativas de edad (p=0,001) siendo mayores los del grupo experimental liderado por el profesor; país de nacimiento (p=0,011) con participación mayoritaria de nacidos en UK en el grupo experimental liderado por el investigador y etnia, con mayoría de asiáticos (p=0,016) en el mismo grupo.			
	Nº mujeres (%): 860 (50,38)			
	Edad*: NI ± NI (11-13)			
	IMC: NI			
Intervención 1	Tipo intervención: alfabetización digital (Dove Confident Me)			
	Método: se facilitó el aprendizaje mediante: • Discusiones en clase • Actividades en pequeños grupos • Visualizaciones de vídeos Los materiales empleados son: • Plan detallado de la lección para el proveedor • Diapositivas de PowerPoint • Dos clips de vídeo • Hojas de actividades para los estudiantes			
	Contexto: escuelas primarias			

	Proveedor: psicólogos con una cualificación mínima de máster o doctorado								
	Nº sesiones: 1 sesión								
	Duración sesiones: 90 minutos								
	Periodicidad sesiones: 1/semana								
	Duración intervención total: 1 semana								
Intervención 2	Tipo intervención: alfabetización digital (Dove Confident Me)								
	Método: Se facilitó el aprendizaje mediante: • Discusiones en clase • Actividades en pequeños grupos • Visualizaciones de vídeos Los materiales empleados son: • Plan detallado de la lección para el proveedor • Diapositivas de PowerPoint • Dos clips de vídeo • Hojas de actividades para los estudiantes								
	Contexto: escuelas primarias								
	Proveedor: profesores con un entrenamiento de 2 horas								
	Nº sesiones: 1 sesión								
	Duración sesiones: 90 minutos								
	Periodicidad sesiones: 1/semana								
	Duración intervención total: 1 semana								
Comparador	Atención habitual								
Resultados			G. Experimental 1		G. Experimental 2		G. Control		p-valor
	Autoestima corporal (BES) chicos†	Pre	3,71	0,03	3,85	0,03	3,72	0,04	
		Post	3,76	0,04	3,89	0,05	3,87	0,06	
		9 semanas	3,8	0,04	3,97	0,05	3,84	0,06	
	Autoestima corporal (BES) chicas†	Pre	3,14	0,03	3,25	0,04	3,22	0,04	
		Post	3,35	0,05	3,32	0,06	3,28	0,07	
		9 semanas	3,31	0,05	3,38	0,06	3,37	0,06	
	Satisfacción con el cuerpo	Pre	3,63	0,03	3,76	0,03	3,67	0,04	
		Post	3,7	0,05	3,84	0,06	3,77	0,07	

	(Project-EAT III) chicos†	9 semanas	3,73	0,05	3,93	0,05	3,75	0,07	
	Satisfacción con el cuerpo (Project-EAT III) chicas†	Pre	3,27	0,03	3,27	0,04	3,23	0,04	
		Post	3,38	0,05	3,3	0,05	3,27	0,07	
		9 semanas	3,31	0,05	3,34	0,05	3,36	0,07	
	Internalización del ideal de belleza (SATAQ): chicos†	Pre	2	0,03	1,74	0,04	1,92	0,05	
		Post	1,76	0,05	1,58	0,05	1,66	0,07	
		9 semanas	1,77	0,05	1,51	0,05	1,71	0,09	
	Internalización del ideal de belleza (SATAQ): chicas†	Pre	2,59	0,04	2,28	0,04	2,35	0,05	
		Post	2,21	0,06	2,14	0,07	2,15	0,07	
		9 semanas	2,19	0,06	2,04	0,06	1,92	0,08	
	Autoestima corporal (BES): chicos †	Pre	2,95	0,02	3,09	0,02	2,97	0,04	
		Post	3,02	0,04	3,17	0,04	3,04	0,06	
		9 semanas	3,02	0,03	3,17	0,04	3,04	0,06	
	Autoestima (RSE): chicas †	Pre	2,62	0,03	2,73	0,03	2,71	0,03	
		Post	2,73	0,04	2,78	0,04	2,74	0,05	
		9 semanas	2,75	0,04	2,84	0,04	2,78	0,05	
	Actitudes / síntomas TCA (SCOFF) chicos †	Pre	0,58	0,04	0,55	0,05	0,65	0,05	
		Post	0,41	0,05	0,7	0,06	0,57	0,07	
		9 semanas	0,65	0,06	0,48	0,06	0,57	0,09	
	Actitudes / síntomas TCA (SCOFF) chicas†	Pre	1,06	0,05	0,87	0,05	1,05	0,06	
		Post	0,83	0,06	0,76	0,07	1,09	0,09	
		9 semanas	0,93	0,07	0,68	0,06	0,99	0,09	

NI: No se informa; NA: no aplicable; * Media±DE (rango); † Media±DE

Estudio	Eickman, 2018 [94]		
	País: EE.UU.		
	Financiación: NI		
Objetivo	Evaluar la efectividad a corto plazo asociados con la participación en REbeL, un programa de prevención de trastornos alimentarios basado en disonancias cognitivas dirigido a estudiantes de secundaria sobre la imagen corporal, las actitudes y los comportamiento alimentario y el empoderamiento		
Diseño	Diseño: ECA		
	Contexto: escuelas de secundaria del medio oeste de EE.UU.		
	Nº centros participantes: 3		
	Unidad de aleatorización: centro		
	Unidad de análisis: preadolescentes		
	Seguimiento (semanas)*: NI		
Participantes	Criterios de selección:	Inclusión: 1. Alumnado de secundaria	
		Exclusión: 1. Participación previa en REbeL	
	Nº de escolares reclutados: 71		
	Nº de escolares aleatorizados: 71		
		Grupo experimental	Grupo control
	Nº escolares intervenidos:	48	23
	Nº escolares perdidos:	11	3
	Características basales: NI		
	Nº mujeres (%): 50 (70,42)		
	Edad*: NI ± NI (NI)		
	IMC: NI		
Intervención	Tipo intervención: disonancia cognitiva (REbeL)		
	Método: programa basado en 7 módulos sobre temas concretos relacionados con la imagen corporal, los trastornos alimentarios, el ejercicio y la comida consciente, la autoestima, los sesgos sobre el peso, el acoso, el reconocimiento de los demás, la influencia mediática, etc.		
	Contexto: escuelas de secundaria		
	Proveedor: profesorado y alumnado instruidos para la auto aplicación del programa		
	Nº sesiones: NI		
	Duración sesiones: 30-60 minutos		
	Periodicidad sesiones: 1/semana		

	Duración intervención total: 2 cursos escolares								
Comparador	Atención habitual								
Resultados			G. Experimental 1		G. Experimental 2		G. Control		p-valor
	Síntomas TCA (EDE-Q Global) †	Pre	1,27	1,45	1,48	1,17	2,73	1,52	GE1 vs. GC = <0,001 GE2 vs GC = 0,01
		Post-test	0,87	0,93	0,97	0,72	2,25	1,42	
	Preocupación por la figura (EDE-Q) †	Pre	1,54	1,77	2,55	0,53	3,77	1,81	GE1 vs. GC = <0,001 GE2 vs GC = 0,01
		Post-Test	1,28	1,3	1,63	1,17	3,23	1,77	
	Preocupación por el peso (EDE-Q) †	Pre	1,72	1,81	1,86	1,55	3,58	1,77	GE1 vs. GC = <0,001 GE2 vs GC = 0,04
		Post-Test	1,19	1,27	1,32	1,16	3,05	1,88	
	Actitudes socioculturales hacia el ideal de belleza (SATAQ-3) †	Pre	91,5	33,38	119,7	24,86	124,39	37,36	GE1 vs. GC = <0,001 GE2 vs GC = 0,29
		Post-Test	88,48	32,64	106,25	21,55	129,53	28,1	
	Autoestima (RSES) †	Pre	30,64	7,43	22,7	4,95	23,85	5,07	GE1 vs. GC = <0,001 GE2 vs GC = 0,96
		Post-Test	32	5,4	24,5	5,6	23,15	4,66	
NI: No se informa; NA: no aplicable; * Media±DE (rango); † Media±DE									

Estudio	Escoto Ponce de León, 2008 [95]			
	País: México			
	Financiación: UAEM 1914/2004-2 and 2343/06; PAPIT IN304606; CONACyT 50305-H			
Objetivo	Evaluar la eficacia de dos programa escolar de prevención de los TCA (didáctico vs. Interactivo) en chicos y chicas de 5º grado			
Diseño	Diseño: ECA			
	Contexto: escuelas públicas de primaria del norte de México			
	Nº centros participantes: 3			
	Unidad de aleatorización: clase			
	Unidad de análisis: preadolescentes			
	Seguimiento (semanas)*: 26(NA)			
Participantes	Criterios de selección:	Inclusión: 1. Alumnado con edades entre 9 y 11 años		
		Exclusión: NI		
	Nº de escolares reclutados: 120			
	Nº de escolares aleatorizados: 120			
		Grupo experimental 1	Grupo experimental 2	Grupo control
	Nº escolares intervenidos:	41	40	39
	Nº escolares perdidos:	0	0	0
	Características basales: NI			
	Nº mujeres (%): 61 (50,83)			
	Edad*: 9,93 ± 0,44 (9-11)			
	IMC: NI			
Intervención 1	Tipo intervención: programa cognitivo (interactiva)			
	Método: el programa (basado en la teoría cognitiva social) se centra en los cambios de la adolescencia, las presiones socioculturales para la delgadez, hacer frente a los comentarios adversos sobre el peso y la forma, la insatisfacción con la forma del cuerpo, la autoestima y la alimentación saludable Se llevó a cabo de manera interactiva y se hizo uso de: • Discusión • Descubrimiento guiado • Juego de roles			

	• Meditación guiada • Ejercicios de escritura libre								
	Contexto: escuela primaria								
	Proveedor: psicólogo (1er autor)								
	Nº sesiones: 8								
	Duración sesiones: 90 minutos								
	Periodicidad sesiones: 1/semana								
	Duración intervención total: 8 semanas								
Intervención 2	Tipo intervención: programa cognitivo (didáctica)								
	Método: el programa (basado en la teoría cognitiva social) se centra en los cambios de la adolescencia, las presiones socioculturales para la delgadez, hacer frente a los comentarios adversos sobre el peso y la forma, la insatisfacción con la forma del cuerpo, la autoestima y la alimentación saludable. Se llevó a cabo de manera didáctica y se hizo uso de un enfoque expositivo principalmente didáctico e incluyó: • Cuestionarios • Análisis • Discusión • Tareas								
	Contexto: escuela primaria								
	Proveedor: psicólogo (1er autor)								
	Nº sesiones: 8								
	Duración sesiones: 90 minutos								
	Periodicidad sesiones: 1/semana								
	Duración intervención total: 8 semanas								
Comparador	Atención habitual								
Resultados			G. Experimental 1		G. Experimental 2		G. Control		p-valor
	Síntomas TCA (ChEAT): chicos†	Pre	11,75	2,27	9,43	1,72	11,28	2,56	GE vs. GC =
		Post	9,4	2,14	10,29	1,96	7,28	2,82	
		6 Meses	5,3	1,18	5,95	2,16	7,44	2,12	
	Síntomas TCA (ChEAT): chicas†	Pre	7,24	1,26	8,79	2,28	11,76	2,04	
		Post	4,81	1,32	10,32	2,88	15,57	2,38	
		6 Meses	4,43	0,97	6,84	1,83	11,43	2,04	
		Pre	73,15	6,84	73,19	7,21	76,53	7,17	

	Insatisfacción corporal (BSQ): chicos†	Post	55,7	5,14	60	5,47	71,72	7,27	GE vs. GC = <0,05
		6 Meses	55,9	4,23	62,24	4,98	68,69	8,09	
	Insatisfacción corporal (BSQ): chicas†	Pre	58,67	5,63	75,84	5,74	73,33	6,05	GE vs. GC = <0,05
		Post	45,67	2,72	66,53	6,72	74,24	6,77	
		6 Meses	7,05	1,14	18,52	4,12	17,29	2,94	
	Autoestima (PAI): chicos†	Pre	54,05	1,53	54,1	1,5	55,11	1,94	GE vs. GC = <0,05
		Post	55,25	1,62	52,62	1,79	53,61	2,03	
		6 Meses	59,5	0,78	57,29	1,31	56,78	1,5	
	Autoestima (PAI): chicas†	Pre	60,1	0,98	54,95	1,63	55,1	1,25	
		Post	65,67	1,83	54,84	1,67	54,05	1,62	
		6 Meses	60,69	0,77	58,68	1,08	56,38	1,33	
NI: No se informa; NA: no aplicable; * Media±DE (rango); † Media±DE									

Estudio	Gasanov, 2018 [62]	
	País: Israel	
	Financiación: The Dove Self Esteem Fund and Unilever Israel	
Objetivo	Evaluar la efectividad de una versión modificada del programa de prevención escolar "In Favour of Myself" llamada "Young in Favor of Myself" para mejorar la autoestima, el cuidado personal, la imagen corporal positiva y la alfabetización mediática entre los preadolescentes	
Diseño	Diseño: ECA	
	Contexto: escuelas de primaria del norte de Israel	
	Nº centros participantes: 4	
	Unidad de aleatorización: clase	
	Unidad de análisis: preadolescentes y adolescentes	
	Seguimiento (semanas)*: 12 (NA)	
Participantes	Criterios de selección:	Inclusión: 1. Alumnado con edades entre 10-12 años
		Exclusión: NI
	Nº de escolares reclutados: 275	
	Nº de escolares aleatorizados: 275	

			Grupo experimental		Grupo control		
	Nº escolares intervenidos: 275		157		118		
	Nº escolares perdidos: NI		NI		NI		
	Características basales: Diferencias significativas entre grupo experimental y grupo control en la línea base en el nivel educativo de la madre a favor del grupo experimental.						
	Nº mujeres (%): 137 (49,82)						
	Edad*: 11,51 ± 0,6 (10-12)						
	IMC: NA						
Intervención	Tipo intervención: multicomponente (Young in Favor of Myself)						
	Método: El programa de bienestar "Young in Favor of Myself" es un programa cognitivo conductul e interactivo que contiene una variedad de estrategias de afrontamiento y tiene como objetivo promover la autoestima positiva, la alfabetización mediática y la imagen corporal Se llevó a cabo a través de discusiones y actividades interacticas sobre los siguientes temas: • La higiene del sueño y la alimentación • Cuestiones territoriales y del espacio del yo • Explorar las tácticas publicitarias y su impacto, y discutir formas de abordar las tentaciones de los medios • Facilitar la “diferenciación de sentimientos” • Los ideales sociales actuales para la apariencia y su construcción poco realista. Practicar estrategias para evitar yafrontar las comparaciones • Distinguir entre primera imagen y el auténtico yo • Explorando los cambios físicos durante la adolescencia y las estrategias de manejos • Promover el deseo de crecer debido a las amplias oportunidades que brinda y a pesar de sus responsabilidades inherentes						
	Contexto: escuela primaria						
	Proveedor: estudiantes de pregrado o posgrado						
	Nº sesiones: 10						
	Duración sesiones: 90 minutos						
	Periodicidad sesiones: 1/semana						
	Duración intervención total: 10 semanas						
Comparador	Atención habitual						
Resultados			G. Experimental		G. Control		p-valor
	Autoestima (RSE): chicas†	Pre	22,3	4,4	22,7	4,6	
		Post	22,8	5,6	22,6	5	

		3 meses	22,8	5,2	24,1	5,4	
	Autoestima (RSE): chicos†	Pre	21,8	4,8	21,8	4,1	
		Post	22,6	4,8	22,9	5	
		3 meses	24,2	4,1	24	4,2	GE= 0,003 GC = 0,007
	Autoestima corporal (BES): chicas†	Pre	2,7	0,7	2,9	0,6	
		Post	2,7	0,8	2,9	0,6	
		3 meses	2,7	0,8	2,9	0,6	
	Autoestima corporal (BES): chicos†	Pre	2,8	0,8	2,8	0,6	
		Post	2,7	0,7	2,8	0,7	
		3 meses	2,8	0,7	2,9	0,7	
	Presión (SATAQ): chicas†	Pre	1,9	1,4	1,7	1,3	
		Post	2,5	1,7	2	3,6	
		3 meses	2,6	1,6	1,8	1,4	
	Presión (SATAQ): chicos†	Pre	1,8	1,5	1,6	1,2	
		Post	2,4	1,9	2,2	3	
		3 meses	2,5	1,7	1,7	1,2	
	Internalización del ideal de belleza (SATAQ): chicas†	Pre	2,2	0,9	1,8	0,7	
		Post	1,7	0,8	1,7	0,7	
		3 meses	1,8	0,7	1,6	0,7	GE = <0,001 GC = <0,001
	Internalización del ideal de belleza (SATAQ): chicos†	Pre	2,3	0,8	2,1	0,7	
		Post	2,3	0,8	2	0,6	
		3 meses	2,2	0,7	1,8	0,7	GC = < 0,001
	Síntomas TCA (EAT): chicas†	Pre	11,3	10,2	10,9	10,6	
		Post	8,7	5,6	11,7	15	
		3 meses	8,5	8,5	9,9	11,5	
		Pre	14	10,3	9,3	6,4	

	Síntomas TCA (EAT): chicos†	Post	9,4	9,3	9,6	6,1	
		3 meses	10,6	7,1	8,6	7	
	Obsesión por la delgadez (EDI): chicos†	Pre	2,8	4,1	1,4	2,4	
		Post	3,6	4,2	2,7	3,8	
		3 meses	3,4	3,8	2,9	3,7	
	Obsesión por la delgadez (EDI): chicas†	Pre	3,2	4,7	1,8	3	
		Post	3,5	3,4	2,9	3,5	
		3 meses	3,5	3,9	2,2	2,6	
NI: No se informa; NA: no aplicable; * Media±DE (rango); † Media±DE (rango); ** eventos/total							

Estudio	Gumz, 2017 [96]		
	País: Alemania		
	Financiación: German Federal Ministry of Education and Research		
Objetivo	Evaluar el impacto de un programa de prevención universal para chicas y chicos adolescentes de los Trastornos de la Conducta Alimentaria y los factores de riesgo asociados		
Diseño	Diseño: ECA		
	Contexto: escuelas de secundaria en Hamburgo		
	Nº centros participantes: 23		
	Unidad de aleatorización: centro		
	Unidad de análisis: adolescentes		
	Seguimiento (semanas)*: 24		
Participantes	Criterios de selección:	Inclusión: 1. Alumnado de 8º a 11º grado con edades entre 14 y 17 años	
		Exclusión: 1. Insuficiente nivel de idioma alemán	
	Nº de escolares reclutados: 2515		
	Nº de escolares aleatorizados: 2342		
		Grupo experimental	Grupo control
	Nº escolares intervenidos:	1020	981
	Nº escolares perdidos:	296	253
	Características basales: NI		
	Nº mujeres (%): 808 (34,50)		

	Edad*: 14,6 ± 0,22 (14-17)						
	IMC: 19,9						
Intervención	Tipo intervención: alfabetización mediática						
	Método: la primera unidad lectiva servirá las causas externas: Debate sobre los cánones estéticos occidentales. Reflexión individual sobre la influencia de los medios. La segunda unidad didáctica abordará las Causas internas: Circuito de parkour con nueve estaciones que hacen hincapié en los factores de riesgo de los TCA. Constará de ejercicios interactivos para el conocimiento de los trastornos alimentarios, juegos de roles, audio textos centrados en determinados aspectos y autoevaluación en Internet. La última unidad se centra en estrategias y ayuda para reconocer y buscar soluciones a posibles trastornos de la conducta alimentaria detectados						
	Contexto: escuelas de secundaria						
	Proveedor: NI						
	Nº sesiones: 3 sesiones						
	Duración sesiones: 90 minutos						
	Periodicidad sesiones: 1/semana						
	Duración intervención total: 3 semanas						
Comparador	Atención habitual						
Resultados			G. Experimental		G. Control		p-valor
	Síntomas de TCA (Ch-EDE-Q) †	Pre	0,82	1,08	0,84	1,01	
		post	0,81	1,1	0,82	1,02	0,54
		6 meses	0,79	1,07	0,86	1,02	0,77
	Actitudes socioculturales hacia el ideal de belleza (SATAQ) †	Pre	11,5	5,96	11,8	5,75	
		post	11,95	6,14	11,83	5,74	0,18
		6 meses	11,61	5,93	12,04	5,89	0,66
	Presión (SATAQ) †	Pre	8,96	4,74	9,13	4,52	
		post	10,16	5	9,67	4,78	<0,01
		6 meses	9,66	4,86	10,08	4,95	0,17
	Autoconcepto (Multidimensional Self-concept Scale - MSCS general) †	Pre	111,56	19,28	111,13	18,08	
		post	111,83	19,95	112,96	18,7	0,13
		6 meses	112,88	20,85	113,24	19,28	0,35
	Autoconcepto (Multidimensional	Pre	46,54	12,04	47,45	11,57	
		post	46,07	11,9	47,37	11,81	0,07

	Self-concept Scale - MSCS body related) †	6 meses	47,27	12,39	48,25	11,99	0,2
		post	5,16	4,61	5,2	3,94	0,73
		6 meses	5,28	4,37	5,34	4,07	0,78
NI: No se informa; NA: no aplicable; * Media±DE (rango); † Media±DE (rango); ** eventos/total							

Estudio	Halliwell, 2016 [97]		
	País: Reino Unido		
	Financiación: Centre for Appearance Research, University of the West of England, UK; School of Education, Bath Spa University, UK; University of the West of England, UK		
Objetivo	Evaluar la eficacia de un programa escolar de prevención de los TCA diseñado para reducir el impacto de la imagen corporal		
Diseño	Diseño: ECA		
	Contexto: escuelas primarias		
	Nº centros participantes: 4		
	Unidad de aleatorización: clase		
	Unidad de análisis: preadolescentes		
	Seguimiento (semanas)*: 13		
Participantes	Criterios de selección:	Inclusión: 1. Alumnado con edades entre 9-10 años	
		Exclusión: NI	
	Nº de escolares reclutados: 144		
	Nº de escolares aleatorizados: 144		
		Grupo experimental	Grupo control
	Nº escolares intervenidos:	79	65
	Nº escolares perdidos:	NI	NI
	Características basales: el 92% de la muestra es caucásica.		
	Nº mujeres (%): 74 (51.39)		
	Edad†: Chicas = 9,46 ± 0,5; Chicos = 9,49 ± 0,53		
	IMC†: 17,68 ± 4,14		
Intervención	Tipo intervención: alfabetización mediática (Body Image in the Primary School)		
	Método: el programa incluye los siguientes recursos:		

	• Ejercicios de brainstorming • Discusiones en clase • Trabajo en pequeños grupos • Trabajo en parejas • Juegos de roles • Juegos • Hojas de trabajo • Visionado de cortos						
	Contexto: escuela primaria						
	Proveedor: profesoras con 25 años de experiencia docente (n=2)						
	Nº sesiones: 6 sesiones						
	Duración sesiones: NI						
	Periodicidad sesiones: 1/semana						
	Duración intervención total: 6 semanas						
Comparador	Atención habitual						
Resultados			G. Experimental		G. Control		p-valor
	Autoestima corporal (BES): chicos †	Pre	3,69	0,97	3,78	0,63	
		Post	3,9	1,05	3,79	0,79	<0,001
		3 meses	4	0,82	3,94	0,6	<0,001
	Autoestima corporal (BES): chicas †	Pre	3,5	0,81	3,41	0,87	
		Post	3,89	0,62	3,59	0,96	<0,001
		3 meses	3,85	0,8	3,64	0,96	<0,001
	Internalización del ideal de belleza (MISS): chicos†	Pre	2,21	0,84	1,99	1,14	
		Post	2,11	0,97	1,74	0,88	<0,001
		3 meses	1,63	0,8	1,29	0,59	<0,001
	Internalización del ideal de belleza (MISS): chicas†	Pre	2,14	0,94	2,03	1,1	
		Post	1,88	0,83	1,67	0,74	<0,001
		3 meses	1,44	0,54	1,88	1,03	<0,001
	Presión (MISS): chicos†	Pre	2,2	1,18	1,87	1,13	
		Post	2,01	1,42	1,54	0,79	<0,001
		3 meses	1,68	1	1,3	0,54	<0,001
	Presión (MISS): chicas†	Pre	2,33	1,16	1,8	1,02	
		Post	1,94	1,08	1,59	0,92	<0,001

		3 meses	1,74	1,12	1,73	1,06	0,029
NI: No se informa; NA: no aplicable; * Media±DE (rango); † Media±DE							

Estudio	Johnson, 2016 [98]		
	País: Australia		
	Financiación: Flinders University Australian Postgraduate Award and a scholarship provided by the Fraser Mustard Centre, Telethon Kids Institute and Department of Education and Child Development		
Objetivo	Evaluar la efectividad de las intervenciones basadas en la atención plena en las escuelas sobre los niveles de ansiedad, depresión, bienestar y sobre los factores de riesgo de trastornos alimentarios, problemas de peso y figura		
Diseño	Diseño: ECA		
	Contexto: escuelas primarias y secundarias de la ciudad de Adelaide		
	Nº centros participantes: 9		
	Unidad de aleatorización: clase		
	Unidad de análisis: adolescente		
	Seguimiento (semanas)*: 11 (NA)		
Participantes	Criterios de selección:	Inclusión: 1. Alumnado de 7º de educación primaria y 8º de educación secundaria australiana (1º y 2º ESO en España)	
		Exclusión: NA	
	Nº de escolares reclutados: 308		
	Nº de escolares aleatorizados: 308		
		Grupo experimental 1	Grupo control
	Nº escolares intervenidos:	132	147
	Nº escolares perdidos:	21	29
	Características basales: NI		
	Nº mujeres (%): 147 (47,73)		
	Edad*: 13,63 ± 0,43		
	IMC: NI		
Intervención 1	Tipo intervención: intervención basada en Mindfulness		
	Método: el programa se basa en los en los programas para adultos de mindfulness, pero modificado para adolescentes de acuerdo con los principios identificados en las revisiones de programas escolares eficaces de salud mental y bienestar (p. ej., enseñanza explícita de		

	habilidades y actitudes, prácticas más breves, métodos de enseñanza interactivos y experienciales, y recursos adecuados como manual del curso y prácticas guiadas para el hogar) A lo largo del curso, se enseñó una variedad de prácticas de atención plena: prácticas breves no guiadas (conteo de respiraciones, detenerse y estar presente, atención plena a las actividades diarias de rutina, como caminar y observar el tráfico de pensamientos) y dos archivos de audio guiados de 9 minutos ("Pies en el suelo y culo en silla", un escaneo corporal sentado y conciencia de la respiración; y un escaneo corporal acostado y práctica de relajación). Guiados por un manual de tareas, se alentó a los estudiantes a practicarlos en casa de una manera estructurada fuera de las lecciones formales						
	Contexto: escuelas primarias y secundarias						
	Proveedor: investigador principal, practicante de mindfulness con diez años de práctica personal y certificación curricular de capacitación						
	Nº sesiones: 9 sesiones						
	Duración sesiones: 35-60 minutos						
	Periodicidad sesiones: 1/semana						
	Duración intervención total: 9 semanas						
Comparador	Atención habitual						
Resultados			G. Experimental 1		G. Control		p-valor
	Preocupación por el peso y la figura (EDE-Q) †	Pre	0,79	0,77	0,91	0,86	
		Post	0,86	0,83	0,83	0,88	0,05
		3 meses	0,82	0,83	0,83	0,81	
NI: No se informa; NA: no aplicable; * Media±DE (rango); † Media±DE							

Estudio	Marcus, 2009 [99]
	País: Suecia
	Financiación: subvenciones del Consejo del Condado de Estocolmo, Consejo Sueco para la Vida Laboral y la Investigación Social, Consejo de Investigación Sueco, Fundación masona de Estocolmo para el bienestar de los niños y Fundación Signhild Engkvist
Objetivo	Evaluar la eficacia de un programa de intervención escolar para reducir la prevalencia del sobrepeso en niños y niñas de 6 a 10 años
Diseño	Diseño: ECA
	Contexto: escuelas de primaria
	Nº centros participantes: 10
	Unidad de aleatorización: centro
	Unidad de análisis: niños/as
	Seguimiento (semanas)*: NA

Participantes	Criterios de selección:	Inclusión: 1. Alumnado de 1º a 4º de primaria					
		Exclusión: NI					
	Nº de escolares reclutados: 3135						
	Nº de escolares aleatorizados: 3135						
			Grupo experimental		Grupo control		
	Nº escolares intervenidos:		1538		1300		
	Nº escolares perdidos:		132		175		
	Características basales: NI						
	Nº mujeres (%): 1536 (49)						
	Edad*: 7,45 ± 1,3 (6-10)						
	IMC: NI						
Intervención	Tipo intervención: prevención de la obesidad (STOPP)						
	Método: el enfoque principal de la intervención fue cambiar el ambiente escolar • Intervención dietética: se alentó a los maestros para que alentaran el consumo de frutas y verduras y se hicieron modificaciones en las comidas: verduras como plato principal, harinas blancas por integrales, disminución del consumo de azúcar en los postres sustituyéndolos por opciones como yogurt con frutas y los productos lácteos fueron desnatados • Incremento en la actividad física diaria de 30 minutos • Se animó a eliminar los dulces, bollos dulces, bebidas azucaradas, helados... en festividades y excursiones • Intervención de sensibilización. Se distribuyó un boletín STOPP a los padres y al personal escolar de las escuelas de intervención dos veces al año destinado a aumentar la conciencia de la intervención						
	Contexto: escuelas de primaria						
	Proveedor: padres y personal del colegio y de los centros de actividades extraescolares instruidos para la aplicación del programa						
	Nº sesiones: NA						
	Duración sesiones: NA						
	Periodicidad sesiones: NA						
	Duración intervención total: 4 años escolares						
Comparador	Atención habitual						
			G. Experimental		G. Control		p-valor
		Autumn 2001	120	719	80	671	

	Prevalencia sobrepeso **	Spring 2005	82	591	55	430	
	Prevalencia obesidad **	Autumn 2001	25	719	28	671	
		Spring 2005	24	591	26	430	
	Prevalencia sobrepeso y obesidad **	Autumn 2001	145	719	108	671	<0,05
		Spring 2005	95	591	81	430	
NI: No se informa; NA: no aplicable; * Media±DE (rango); ** eventos/total							

Estudio	McCabe, 2006 [100]		
	País: Australia		
	Financiación: NI		
Objetivo	Evaluar la eficacia de un programa escolar de prevención de los TCA en chicos y chicas de 8 a 13 años		
Diseño	Diseño: ECA		
	Contexto: escuelas secundarias en Melburne		
	Nº centros participantes: 4		
	Unidad de aleatorización: clase		
	Unidad de análisis: preadolescente		
	Seguimiento (semanas)*: NA (NA)		
Participantes	Criterios de selección:	Inclusión: NI	
		Exclusión: NI	
	Nº de escolares reclutados: 368		
	Nº de escolares aleatorizados: 368		
		Grupo experimental	Grupo control
	Nº escolares intervenidos:	200	168
	Nº escolares perdidos: 0	NI	NI
	Características basales: NI		
	Nº mujeres (%): 173 (47,01)		
	Edad*: 10,14 ± 1,08 (8-13)		
	IMC: 18,35		

Intervención	Tipo intervención: multicomponente (Active Children and Esteem Study - ACE Kids).						
	Método: este programa contenía los siguientes componentes: 1. Actividad física: los niños fueron expuestos a diferntes actividades físicas y deportes y se introdujo la automonitorización de la actividad para incrementar la conciencia de los niveles de actividad 2. Imagen corporal: se alentó a los niños a reconocer la diversidad y la variabilidad de las formas y tamaños del cuerpo y el valor de las cualidades internas en lugar de las apariencias externas 3. Autoestima: se les alentó a reconocer y aceptar las diferencias individuales, a centrarse y apreciar sus propias fortalezas personales y las de los demás para desestimar las prácticas negativas de comparación social y así reducir el afecto negativo y mejorar el afecto positivo 4. Relación con los iguales: se les enseñó los efectos negativos de sus acciones en los demás y a comprender los sentimientos de otras personas cuando los rechazan. También se les enseñaron estrategias para hacer frente al rechazo de sus compañeros, después de centrarse inicialmente en cómo se sentirían cuando fueran rechazados						
	Contexto: escuela primaria						
	Proveedor: NI						
	Nº sesiones: 8						
	Duración sesiones: 40 minutos						
	Periodicidad sesiones: 1/semana						
	Duración intervención total: 8 semanas						
Comparador	Atención habitual						
Resultados			G. Experimental		G. Control		p-valor
	Insatisfacción peso (Body Image): chicos	Pre	2,37	1,29	2,13	1,13	
		4 semanas	2,36	1,25	2,31	1,21	
		Post	2,42	1,30	2,18	1,15	<0,001
	Insatisfacción peso (Body Image): chicas	Pre	2,45	1,05	2,61	1,21	
		4 semanas	2,49	1,03	2,63	1,13	
		Post	2,51	1,25	2,50	1,30	
	Insatisfacción peso (Body Image): todos†	Pre	2,41	1,18	2,364	1,169	
		4 semanas	2,42	1,14	2,465	1,171	
		Post	2,46	1,23	2,331	1,223	
		Pre	2,33	1,27	2,02	0,92	

	Insatisfacción musculatura (Body Image): chicos†	4 semanas	2,36	1,30	2,34	1,10	
		Post	2,34	1,29	2,23	1,19	
	Insatisfacción musculatura (Body Image): chicas†	Pre	2,41	1,02	2,66	1,02	
		4 semanas	2,39	1,18	2,55	0,98	
		Post	2,38	1,07	2,33	0,80	
	Insatisfacción musculatura (Body Image): todos†	Pre	2,37	1,10	2,33	0,97	
		4 semanas	2,37	1,10	2,44	1,04	
		Post	2,36	1,02	2,28	1,00	
	Importancia peso (Body Image): chicos†	Pre	3,85	1,22	3,40	1,35	
		4 semanas	3,59	1,33	3,24	1,35	
		Post	3,42	1,44	3,51	1,32	
	Importancia peso (Body Image): chicas†	Pre	3,87	1,09	3,51	1,08	
		4 semanas	3,58	1,31	3,49	1,16	
		Post	3,74	1,30	3,41	1,04	
	Importancia peso (Body Image): todos†	Pre	3,86	1,10	3,46	1,22	
		4 semanas	3,59	1,18	3,36	1,26	
		Post	3,56	1,20	3,46	1,18	
	Importancia musculatura (Body Image): chicos†	Pre	3,18	1,30	3,42	1,28	
		4 semanas	3,43	1,39	3,15	1,27	
		Post	3,30	1,34	3,51	1,25	0,01
	Importancia musculatura (Body Image): chicas†	Pre	2,96	1,15	2,75	1,01	
		4 semanas	3,09	1,08	2,69	1,03	
		Post	2,92	1,23	2,59	1,16	
	Importancia musculatura (Body Image): todos†	Pre	3,08	1,11	3,10	1,15	
		4 semanas	3,27	1,17	2,93	1,15	
		Post	3,12	1,19	3,07	1,21	
NI: No se informa; NA: no aplicable; * Media±DE (rango); † Media±DE							

Estudio	McVey, 2007 [101]
	País: Canadá

	Financiación: Women's Health Council grant of Ontario (Grant # 000–45)		
Objetivo	Evaluar la eficacia de un programa escolar de prevención de los TCA en chicos y chicas de 6º y 7º grado, padres, maestros, administradores escolares y profesionales locales de salud pública		
Diseño	Diseño: ECA		
	Contexto: escuelas secundarias		
	Nº centros participantes: 4		
	Unidad de aleatorización: clase		
	Unidad de análisis: adolescentes		
	Seguimiento (semanas)*: 26 (NA)		
Participantes	Criterios de selección:	Inclusión: NI	
		Exclusión: NI	
	Nº de escolares reclutados: 687		
	Nº de escolares aleatorizados: 687		
		Grupo experimental	Grupo control
	Nº escolares intervenidos:	318	369
	Nº escolares perdidos: NI	NI	NI
	Características basales: NI		
	Nº mujeres (%): 355 (51,67)		
	Edad*: 11,27 ± 0,67 NI		
	IMC: 18,41		
Intervención	Tipo intervención: multicomponente (Healthy School-Healthy Kids)		
	Método: el programa estuvo compuesto por: 1) Talleres ofrecidos a todos los maestros (y al personal de la escuela) y a los padres de la escuela 2) Plan de estudios dirigido por el maestro y entregado a todos los estudiantes dentro de la escuela 3) Grupos de apoyo dirigidos por enfermeras de salud pública locales capacitadas para un subgrupo de estudiantes que se ofrecieron como voluntarias para participar en el programa de 12 sesiones (una vez por semana) (ofrecido por separado para los grados 6 y 7, dos veces al año , dentro de cada una de las escuelas de intervención). En este programa (Empowering Adolescent Girls) se trabajaba los siguientes aspectos: (a) ser una niña en la sociedad actual (incluidas las imágenes corporales poco realistas retratadas por los medios de comunicación); (b) establecer una mentalidad positiva y aprender formas de mejorar la		

	autoestima y la imagen corporal; (c) la pubertad y las influencias genéticas en la forma del cuerpo; (d) estrategias de resolución de problemas para combatir el estrés; (e) expresar sentimientos y lidiar con la ira; (f) desarrollar habilidades de comunicación; (g) hacer y mantener amigos; y (h) construir un clima escolar positivo 4) Grupo focal de una sesión,ofrecido a todos los estudiantes chicos dentro de cada una de las escuelas de intervención (grupos de 15 a 30 reunidos en el gimnasio de la escuela y ellos se dividieron en grupos de 5 a 6) presentándoles información sobre los efectos negativos de la intimidación (incluidas las burlas), y proporcionándoles habilidades de afrontamiento asertivas para hacer frente a estas presiones 5) Las actividades adicionales de toda la escuela incluyeron una representación teatral enfatizando la presión de los medios y compañeros para adoptar estrategias de cambio corporal, que fue seguida de sesiones informativas de discusión; la entrega de anuncios diarios de servicio público; presentaciones de video y carteles que promovieron mensajes sobre alimentación saludable, vida activa, aceptación del tamaño y autoaceptación general						
	Contexto: escuela secundaria						
	Proveedor: investigadores						
	Nº sesiones: 12						
	Duración sesiones: 60 minutos						
	Periodicidad sesiones: 1/semana						
	Duración intervención total: 12 semanas						
Comparador	Atención habitual						
Resultados			G. Experimental		G. Control		p-valor
	Satisfacción corporal (BSS): chicos†	Pre	22,8	5,9	22,50	5,90	
		Post	23,7	5,5	23,60	5,40	
		6 meses	24,3	5,2	23,90	5,60	
	Satisfacción corporal (BSS): chicas†	Pre	22	5,9	21,50	6,00	
		Post	22,3	5,9	21,90	5,70	
		6 meses	21,9	6,1	22,10	5,60	
	Síntomas TCA (ChEAT): chicos†	Pre	NI	NI	NI	NI	
		Post	NI	NI	NI	NI	
		6 meses	NI	NI	NI	NI	
	Síntomas TCA (ChEAT): chicas†	Pre	6,6	6,9	8,40	8,40	

		Post	3,9	8	10,70	8,00	
		6 meses	4,5	7,5	8,70	7,60	
	Actitudes socioculturales hacia el ideal de belleza (SATAQ): chicos †	Pre	19,6	7,2	19,20	7,30	
		Post	17,1	7,5	16,50	7,00	
		6 meses	14,9	7,1	16,00	6,90	
	Actitudes socioculturales hacia el ideal de belleza (SATAQ): chicas †	Pre	17,7	8	18,00	8,50	
		Post	17,1	8,1	16,60	8,60	
		6 meses	14,9	7,3	16,00	8,30	
NI: No se informa; NA: no aplicable; * Media±DE (rango); † Media±DE							

Estudio	O´Dea, 2000 [64]		
	País: Australia		
	Financiación: NI		
Objetivo	Evaluar la eficacia de dos programas escolares de prevención interactivo de los TCA en chicos y chicas adolescentes		
Diseño	Diseño: ECA		
	Contexto: escuelas secundarias		
	Nº centros participantes: 2		
	Unidad de aleatorización: clase		
	Unidad de análisis: adolescentes		
	Seguimiento (semanas)*: 52		
Participantes	Criterios de selección:	Inclusión: 1. Alumnado de 7º de educación primaria y 8º de educación secundaria australiana con edades entre 11 y 14 años	
		Exclusión: NI	
	Nº de escolares reclutados: 470		
	Nº de escolares aleatorizados: 470		
		Grupo experimental	Grupo control
	Nº escolares intervenidos:	275	195
	Nº escolares perdidos:	NI	NI
	Características basales: NI		
	Nº mujeres (%): 297 (63,19)		
	Edad*: 12,94 ± 0,85 (11,1-14,5)		
	IMC: 20,25		
	Tipo intervención: mejora de la autoestima (Everybody's Different)		

Intervención	Método: el programa está basado en teorías educativas de aprendizaje centrado en el alumno, interactivas y cooperativas. En este programa se hace uso de trabajo de grupo, el trabajo de equipo, los juegos, la actuación y un contenido libre para generar un sentido positivo de sí mismo, la participación activa del alumno, el aprendizaje vicario y el intercambio de feedback en un entorno positivo. A lo largo de las sesiones se trabaja: la relación con el estrés, la construcción de una correcta autoestima, los estereotipos culturales, la autoevaluación positiva propia y ajena, y las habilidades sociales y comunicativas. Se animó a que los alumnos compartieran el contenido de las sesiones con sus padres, abuelos, hermanos y amigos						
	Contexto: escuela secundaria						
	Proveedor: NI						
	Nº sesiones: 9 sesiones						
	Duración sesiones: 50-80 minutos						
	Periodicidad sesiones: 1/semana						
	Duración intervención total: 9 semanas						
Comparador	Atención habitual						
Resultados			G. Experimental		G. Control		p-valor
	Obsesión por la delgadez (EDI)	Pre	4,1	5	3,9	4,8	
		Post	3,6	5,3	3,8	5	GE vs. GC = <0,01
		12 meses	3,7	5,2	3,7	5	
	Insatisfacción corporal (EDI)	Pre	8,8	7,8	8,1	7,6	
		Post	7,3	7,4	8,4	7,7	
		12 meses	7,4	7,3	8,1	7,6	
	Apariencia física - Autoestima (Self Perception Profile for Adolescents, SPPA) †	Pre	2,8	0,7	2,8	0,8	
		Post	2,8	0,8	2,9	0,6	GE vs. GC = <0,05
		12 meses	2,8	0,7	3,1	0,7	GE vs. GC = <0,05
	Competencia atlética - Autoestima (Self Perception Profile for Adolescents, SPPA) †	Pre	2,6	0,8	2,5	0,7	
		Post	2,6	0,8	2,6	0,8	
		12 meses	2,7	0,8	2,6	0,8	GE vs. GC = <0,05
		Pre	3,3	0,7	3,4	0,6	

	Amigos íntimos	Post	3,4	0,7	3,4	0,6	
	Autoestima (Self Perception Profile for Adolescents, SPPA) †	12 meses	3,5	0,7	3,4	0,6	
NI: No se informa; NA: no aplicable; * Media±DE (rango); † Media±DE							

Estudio	Singhal, 2010 [102]		
	País: India		
	Financiación: The World Diabetes Foundation, Denmark (WDF05-120)		
Objetivo	Evaluar la efectividad de un modelo de intervención multicomponente de educación sobre nutrición y estilo de vida sobre la modificación de comportamiento, la antropometría y el perfil de riesgo metabólico de los adolescentes asiáticos-indios urbanos en el norte de la India		
Diseño	Diseño: ECA		
	Contexto: escuelas secundarias		
	Nº centros participantes: 2		
	Unidad de aleatorización: centro		
	Unidad de análisis: adolescentes		
	Seguimiento (semanas)*: 26 (NA)		
Participantes	Criterios de selección:	Inclusión: 1. Alumnado del 11º grado de educación secundación con edades entre 15 y 17 años	
		Exclusión: NI	
	Nº de escolares reclutados: 209		
	Nº de escolares aleatorizados: 209		
		Grupo experimental	Grupo control
	Nº escolares intervenidos:	99	102
	Nº escolares perdidos: 8	2	6
	Características basales: NI		
	Nº mujeres (%): 80 (38,28)		
	Edad*: 16,02 ± 0,65 (15-17)		
	IMC: NI		
Intervención	Tipo intervención: multicomponente		
	Método: el programa está compuesto por siete componentes: 1) Difusión de información relacionada con la salud a través de conferencias y discusiones grupales enfocadas (con lecturas durante 10 sesiones semanales de 30 minutos)		

	2) Promoción de la actividad física (Se animó a los noños a participar en actividades físicas en la escuela cada semana durante al menos 30 minutos) 3) Promoción de otros hábitos de vida saludable (durante las 8 semanas consecutivas a las 10 de difusión -30 minutos, 5 días/semana-, se involucró a los alumnos en actividades como planificar su dieta, buscar alternativas a la comida basura, etc.) 4) Asesoramiento individual (en grupos de 4-5 se discutió con un nutricionista entrenado probelmas relacionados con la dieta, los estilos de vida y el ejercicio, 60 minutos semanales) 5) Cambios a nivel de políticas en la escuela 6) Participación de padres y profesores (se hizo un campamento de salud durante un día entero dirigido a los padres y profesiones. Los padres fueron asesorados por un nutricionista de 5 a 7 minutos mensuales) 7) Entrenamiento de alumnos voluntarios (1 sesión de 60 minutos a 40 alumnos voluntarios para que pudieran diseminar el mensaje)						
	Contexto: escuela secundaria						
	Proveedor: NI						
	Nº sesiones: 10						
	Duración sesiones: 30 minutos						
	Periodicidad sesiones: 1/semana						
	Duración intervención total: 26 semanas						
Comparador	Atención habitual						
Resultados			G. Experimental		G. Control		p-valor
	IMC	Diferencia entre línea base y seguimiento	-0,07	0,71	-0,06	1,11	
NI: No se informa; NA: no aplicable; * Media±DE (rango); † Media±DE							

Estudio	Sundgot-Borgen, 2019 [63]
	País: Noruega
	Financiación: The Norwegian Woman‘s Pub-lic Health Association (H1/2016), the Norwegian Extra Foundationfor Health and Rehabilitation (2016/FO76521), and TINE SA
Objetivo	Evaluar la efectividad de la intervención de Healthy Body Image sobre la imagen corporal positiva y la calidad de vida relacionada con la salud entre los estudiantes de secundaria noruegos

Diseño	Diseño: ECA		
	Contexto: escuelas secundarias		
	Nº centros participantes: 30		
	Unidad de aleatorización: clase		
	Unidad de análisis: adolescentes		
	Seguimiento (semanas)*: 52 (NA)		
Participantes	Criterios de selección:	Inclusión: 1. Alumnado del 11º grado de educación secundaria	
		Exclusión: 1. Estudiantes que seguían un programa educativo vocacional (FP)	
	Nº de escolares reclutados: 2446		
	Nº de escolares aleatorizados: 2446		
		Grupo experimental	Grupo control
	Nº escolares intervenidos:	1499	947
	Nº escolares perdidos: 1366	848	643
	Características basales: el 13% de la muestra fue categorizada como población inmigrante, el 39% tenía progenitores con un salario anual total menor o igual a 1 millón NOK y el 82% refiere tener al menos uno de los progenitores con nivel educativo superior		
	Nº mujeres (%): 1402 (57,32)		
	Edad*: 16,8 ± 1,13 (16-17)		
	IMC†: 21,59 ± 6,62		
Intervención	Tipo intervención: multicomponente (Healthy Body Image)		
	Método: el programa basado en la teoría sociocultural sobre cómo los ideales sociales de la belleza se transmiten e internalizan a través de una variedad de canales como la familia, los iguales, los medios de comunicación, se compuso de tres talleres que se adaptaron al desarrollo cognitivo y la capacidad de razonamiento abstracto de adolescentes entre 15 y 16 años. Los talleres trataron los siguientes temas: imagen corporal, alfabetización mediática y estilo de vida		
	Contexto: escuela secundaria		
	Proveedor: investigadores especializado en actividad física y salud, nutrición deportiva, entrevistas motivacionales		
	Nº sesiones: 3		
	Duración sesiones: 90 minutos		

	Periodicidad sesiones: 1/3 semanas						
	Duración intervención total: 12 semanas						
Comparador	Atención habitual						
Resultados			G. Experimental		G. Control		p-valor
	Estima corporal (EES): chicos†	Pre	130,15	129,39, 131,77	126,73	124,72, 128,17	0,054
		Post	136,93	135,23, 138,63	133,96	131,55, 136,36	0,048
		3 meses	136,76	134,69, 138,82	135,58	132,56, 138,59	0,526
		12 meses	137,54	135,00, 140,07	133,99	130,17, 137,81	0,129
	Estima corporal (EES): chicas†	Pre	117,31	116,26, 117,00	114,03	112,58, 114,44	0,023
		Post	123,8	122,74, 124,87	119,78	118,28, 121,29	<0,001
		3 meses	124,89	123,59, 126,18	120,49	118,62, 122,36	<0,001
		12 meses	125,54	124,06, 127,03	119,08	116,87, 121,30	<0,001
	Calidad de vida relacionada con la salud (KIDSCREEN-10): chicos†	Pre	38,29	38,05, 38,73	38	37,51, 38,50	0,580
		Post	38,26	37,69, 38,82	37,48	36,68, 38,28	0,119
		3 meses	38,62	37,98, 39,26	37,65	36,72, 38,58	0,093
		12 meses	37,98	37,22, 38,74	36,84	35,71, 37,97	0,1
	Calidad de vida relacionada con la salud (KIDSCREEN-10): chicas†	Pre	35,78	35,61, 36,13	34,53	34,18, 34,88	0,001
		Post	34,82	34,41, 35,22	34,82	34,24, 35,39	0,999
		3 meses	34,87	34,42, 35,32	34,88	34,23, 35,54	0,980
		12 meses	34,88	34,38, 35,38	33,62	32,87, 34,37	0,006
	Estado de salud (KIDSCREEN-10): chicos†	Pre	3,7	3,64, 3,77	3,59	3,50, 3,68	0,580
		Post	3,84	3,73, 3,95	3,61	3,45, 3,77	0,021

		3 meses	3,72	3,59, 3,84	3,72	3,54, 3,89	0,989
		12 meses	3,78	3,63, 3,92	3,63	3,40, 3,85	0,256
	Estado de salud (KIDSCREEN-10): chicas†	Pre	3,3	3,24, 3,33	3,05	2,99, 3,12	<0,001
		Post	3,35	3,27, 3,43	3,18	3,07, 3,29	0,013
		3 meses	3,29	3,21, 3,37	3,15	3,04, 3,27	0,059
		12 meses	3,39	3,30, 3,48	3,16	3,02, 3,29	0,006
NI: No se informa; NA: no aplicable; * Media±DE (rango); † Media (IC95%)							

Estudio	Wade, 2003 [56]			
	País: Australia			
	Financiación: 2001 Flinders University small grant			
Objetivo	Comparar la eficacia de un programa de alfabetización multimedia con un programa de autoestima diseñado para reducir de forma general y específica los factores de riesgo asociados a los trastornos de la conducta alimentaria			
Diseño	Diseño: ECA			
	Contexto: escuelas de secundaria			
	Nº centros participantes: 1			
	Unidad de aleatorización: clases			
	Unidad de análisis: adolescentes			
	Seguimiento (semanas)*: 12			
Participantes	Criterios de selección:	Inclusión: 1. Alumnado de 8º grado.		
		Exclusión: NI		
	Nº de escolares reclutados: 86			
	Nº de escolares aleatorizados: 86			
		Grupo experimental 1	Grupo experimental 2	Grupo control
	Nº escolares intervenidos:	25	43	18
	Nº escolares perdidos:	NI	NI	NI

	Características basales: NI								
	Nº mujeres (%): 33 (38,37)								
	Edad*: 13,32 ± 0,39								
	IMC: NI								
Intervención 1	Tipo intervención: alfabetización mediática (GO GIRLS!)								
	Método: método adaptado del programa GO GIRLS! (EDAP, 1999) Programa de alfabetización multimedia compuesto por 5 sesiones en el que se incide sobre aspectos como: Consecuencias de una imagen negativa del cuerpo y la influencia de los medios en nuestra imagen corporal Lo que nos cuenta la publicidad y como los anuncios pueden alterar las historias Convirtiéndonos en espectadores críticos de los medios de comunicación Puesta en común de contenidos trabajados								
	Contexto: escuelas de secundaria								
	Proveedor: profesorado								
	Nº sesiones: 5 sesiones								
	Duración sesiones: 50 minutos								
	Periodicidad sesiones: 1/semana								
	Duración intervención total: 5 semanas								
Intervención 2	Tipo intervención: mejora de la autoestima (Everybody's Different)								
	Método: programa de autoestima Everybody's different (O'Dea & Abraham, 2000) Compuesto por: sobrellevar el estrés y aprender relajación, ¿Qué compone a una persona?, aprendiendo a observar y comunicar los aspectos positivos de los otros y desafiando los estereotipos sociales								
	Contexto: escuela de secundaria								
	Proveedor: profesor previo entrenamiento de profesorado y alumnado. Asesorado por una estudiante de psicología clínica								
	Nº sesiones: 5 sesiones								
	Duración sesiones: 50 minutos								
	Periodicidad sesiones: 1/semana								
	Duración intervención total: 5 semanas								
Comparador	Atención habitual								
Resultados			G. Experimental 1		G. Experimental 2		G. Control		p-valor
		Pre	2,62	1,98	NI	NI	NI	NI	
		Post-Pre	0,91	0,15	1,2	0,13	1,46	0,23	

	Preocupación peso (EDE-Q): chicas†	3 meses-Pre	1,2	0,18	1,12	0,12	1,26	0,21	
	Preocupación peso (EDE-Q): chicos†	Pre	1,19	1,12	NI	NI	NI	NI	
		Post-Pre	0,89	0,13	1,12	0,1	1,06	0,13	
		3 meses-Pre	0,92	0,13	1,08	0,1	0,85	0,13	
	Preocupación por la figura (EDE-Q): chicas†	Pre	2,78	1,73	NI	NI	NI	NI	
		Post-Pre	1,18	0,13	1,15	0,12	1,5	0,21	
		3 meses-Pre	1,37	0,16	1,27	0,11	1,46	0,19	
	Preocupación por la figura (EDE-Q): chicos†	Pre	1,5	1,42	NI	NI	NI	NI	
		Post-Pre	1,16	0,12	1,14	0,09	1,16	0,12	
		3 meses-Pre	1,15	0,11	1,27	0,1	1,11	0,11	
	Autoestima (Self Perception Profile for Adolescents, SPPA): chicas†	Post-Pre	0,26	0,03	0,25	0,03	0,26	0,05	
		3 meses-Pre	0,33	0,04	0,25	0,03	0,29	0,06	
	Autoestima (Self Perception Profile for Adolescents, SPPA): chicos†	Post-Pre	0,26	0,03	0,32	0,02	0,27	0,03	
		3 meses-Pre	0,31	0,04	0,27	0,03	0,27	0,03	
NI: No se informa; NA: no aplicable; * Media±DE (rango); † Media±SD/SE									

Estudio	Warschburger, 2018 [117]
	País: Alemania
	Financiación: Federal Ministry of Education and Research (BMBF; Registr.nr: 01EL0607; Prof. Dr. P. Warschburger)
Objetivo	Evaluar la eficacia de un programa escolar de prevención de los TCA diseñado para reducir la insatifacción corporal, la internalización del ideal de delgadez y la presión mediática en chicos y chicas adolescentes
Diseño	Diseño: ECA
	Contexto: escuelas secundarias públicas en Postdam
	Nº centros participantes: 6
	Unidad de aleatorización: centro

	Unidad de análisis: preadolescentes y adolescentes			
	Seguimiento (semanas)*: 52 (NA)			
Participantes	Criterios de selección:	Inclusión: 1. Alumnado con edades entre 10-16 años 2. Consentimiento informado de los padres		
		Exclusión: NI		
	Nº de escolares reclutados: 1113			
	Nº de escolares aleatorizados: 1112			
		Grupo experimental	Grupo control	
	Nº escolares intervenidos:	568	544	
	Nº escolares perdidos: 340	225	115	
	Características basales: diferencias significativas entre grupo experimental y grupo control en IMC (estandarizado por edad) (= 0,002) y tipo de escuela con mayoría de escuelas de letras (ciencias o letras) (P= 0,005)			
	Nº mujeres (%): 600 (52)			
	Edad*: NI ± NI (10-16)			
	IMC†: grupo intervención = 18,9 ± 2,8; grupo control = 18,4 ± 2,4			
Intervención	Tipo intervención: multicomponente (POPS)			
	Método: el programa de prevención POPS está basado en tres aspectos fundamentales: 1) Modelo de la influencia tripartita de Thompson *et al.* (2011); 2) Factores de riesgo de los TA; 3) Enfoque de desarrollo de habilidades para la vida Las lecciones van dirigidas a las siguientes áreas clave: • Hábitos de alimentación saludable • Insatisfacción corporal • Habilidades para la vida • Técnicas de solución de problemas • Estrategias de afrontamiento			
	Contexto: escuela secundaria			
	Proveedor: profesorado instruido para la aplicación del programa (2 días de seminarios, un manual) y supervisados durante el tratamiento			
	Nº sesiones: 9			
	Duración sesiones: 45 minutos			
	Periodicidad sesiones: 1/semana			
	Duración intervención total: 9 semanas			
Comparador	Lista de espera			
Resultados		G. Experimental	G. Control	p-valor

	Síntomas de TCA (EAT) †	Pre	20,1	11,8	19,2	11,1	
		3 meses	18,6	12,1	18,5	11,7	
		12 meses	17,9	12,2	18,1	11,9	
	Obsesión por la delgadez (EDI) †	Pre	24	22,6	22,4	22,3	
		3 meses	22,1	22,4	21,9	22,4	
		12 meses	21,3	21,9	21,3	22,3	
	Perfeccionism (EDI) †	Pre	38,4	25,8	34,9	25,2	
		3 meses	37,7	25,6	35,7	25,9	
		12 meses	38,3	25,2	34,8	25	
	Insatisfacción corporal (CDRS) †	Pre	0,99	0,92	0,83	0,84	
		3 meses	0,85	0,83	0,8	0,86	
		12 meses	0,9	0,86	0,8	0,82	
	Internalización del ideal de belleza (SATAQ) †	Pre	25,7	20,2	25,7	20,4	
		3 meses	26,9	21,9	29,1	22,6	
		12 meses	27,7	21,9	29,3	22,3	
	Presión (SATAQ) †	Pre	22,6	18,8	21,7	19,2	
		3 meses	20,5	19,7	22	19,8	
		12 meses	20,7	19,8	22,4	20	
	Síntomas de TCA (EAT): chicos†	Pre	16,76	8,69	16,58	8,79	
		3 meses	14,87	9,18	14,56	8,43	
		12 meses	14,02	9,43	13,51	8	
	Síntomas de TCA (EAT): chicas†	Pre	23,24	13,32	21,26	12,22	
		3 meses	21,98	13,37	21,48	12,92	
		12 meses	21,38	13,34	21,59	13,14	

	Obsesión por la delgadez (EDI): chicos†	Pre	16,1	16,72	15,16	16,87	
		3 meses	13,49	16,18	12,42	14,7	
		12 meses	12,85	15,96	10,76	13,53	
	Obsesión por la delgadez (EDI): chicas†	Pre	31,23	24,72	27,98	24,27	
		3 meses	29,96	24,44	29,9	24,55	
		12 meses	29,03	23,7	29,57	24,22	
	Internalización del ideal de belleza (SATAQ): chicos†	Pre	18,17	14,73	17,97	15,68	
		3 meses	19,42	17,36	18,98	16,91	
		12 meses	20,87	18,21	20	17,73	
	Internalización del ideal de belleza (SATAQ): chicas†	Pre	32,64	21,96	31,78	21,66	
		3 meses	33,83	23,36	36,97	23,42	
		12 meses	33,9	23,12	36,53	22,9	
NI: No se informa; NA: no aplicable; * Media±DE (rango); † Media±DE							

Estudio	Wilksch, 2009 [57]
	País: Australia
	Financiación: Flinders University Research Budget grant and Australian Association of Cognitive Behaviour Therapy South Australian (AACBT-SA) branch grant to S.W.
Objetivo	Evaluar la eficacia de un programa escolar de prevención de los TCA diseñado para reducir la preocupación por la forma y el peso dirigido a jóvenes y adolescentes
Diseño	Diseño: ECA
	Contexto: escuelas secundarias mixtas (1 Públicas, 2 privadas y 1 católicas)
	Nº centros participantes: 4
	Unidad de aleatorización: clase
	Unidad de análisis: adolescentes
	Seguimiento (semanas)*: 130

Participantes	Criterios de selección:	Inclusión: 1. Alumnado de 8º de educación secundaria australiana (2º ESO en España) 2. Consentimiento informado de los padres					
		Exclusión: NA					
	Nº de escolares reclutados: 540						
	Nº de escolares aleatorizados: 540						
			Grupo experimental 1		Grupo control		
	Nº escolares intervenidos:		233		307		
	Nº escolares perdidos:		107		145		
	Características basales: NI						
	Nº mujeres (%): 273 (50,56)						
	Edad*: 13,62 ± 0,37						
	IMC: NI						
Intervención 1	Tipo intervención: alfabetización mediática (Media Smart)						
	Método: el programa de prevención Media Smart (Wilksch) emplea los siguientes recursos: • Un plan detallado de las lecciones • Un DVD • Presentaciones de PowerPoint • Un cuaderno de trabajo para los alumnos						
	Contexto: escuelas de secundaria						
	Proveedor: profesorado						
	Nº sesiones: 8 sesiones						
	Duración sesiones: 50 minutos						
	Periodicidad sesiones: 2/semana						
	Duración intervención total: 4 semanas						
Comparador	Atención habitual						
Resultados			G. Experimental 1		G. Control		p-valor
	Preocupación peso y la figura (EDE-Q): chicos†	Pre	NI	NI	NI	NI	
		Post	0,94	0,04	0,97	0,04	
		6 meses	0,94	0,04	1,11	0,05	
		12 meses	1,05	0,07	1,15	0,06	
	Preocupación peso y la	Pre	NI	NI	NI	NI	
		Post	1,21	0,04	1,28	0,04	

	figura (EDE-Q): chicas†	6 meses	1,29	0,05	1,32	0,05	
		12 meses	1,24	0,07	1,44	0,07	
	Insatisfacción corporal (EDI): chicos†	Pre	NI	NI	NI	NI	
		Post	2,54	0,08	2,78	0,08	
		6 meses	2,71	0,09	2,96	0,08	
		12 meses	2,79	0,13	2,89	0,11	
	Insatisfacción corporal (EDI): chicas†	Pre	NI	NI	NI	NI	
		Post	3,01	0,08	3,06	0,08	
		6 meses	3,16	0,08	3,21	0,09	
		12 meses	3,24	0,12	3,39	0,12	
	Internalización del ideal de belleza (SATAQ): chicos†	Pre	NI	NI	NI	NI	
		Post	1,98	0,07	2,12	0,07	
		6 meses	2,22	0,08	2,35	0,08	
		12 meses	2,32	0,1	2,38	0,09	
	Internalización del ideal de belleza (SATAQ): chicas†	Pre	NI	NI	NI	NI	
		Post	2,33	0,06	2,46	0,07	
		6 meses	2,5	0,08	2,51	0,08	
		12 meses	2,44	0,1	2,52	0,1	
	Autoestima (RSE): chicos†	Pre	NI	NI	NI	NI	
		Post	3,22	0,05	3,06	0,05	
		6 meses	3,08	0,05	3,09	0,05	
		12 meses	3,17	0,07	3,13	0,06	
	Autoestima corporal (BES): chicas†	Pre	NI	NI	NI	NI	
		Post	3,07	0,04	2,99	0,05	
		6 meses	3,05	0,05	3,05	0,05	

		12 meses	2,96	0,07	2,9	0,07	
NI: No se informa; NA: no aplicable; * Media±DE (rango); † Media±DE/SE							

Estudio	Wilksch, 2013 [116]		
	País: Australia		
	Financiación: NI		
Objetivo	Evaluar la efectividad de un programa (Life Smart) dirigido a una muestra universal (incluidos los niños) en la que es probable que aún no estén presentes los comportamientos de trastornos alimentarios		
Diseño	Diseño: ECA		
	Contexto: escuela primaria privada de la ciudad de Adelaida		
	Nº centros participantes: 1		
	Unidad de aleatorización: clase		
	Unidad de análisis: adolescentes		
	Seguimiento (semanas)*: NA (NA)		
Participantes	Criterios de selección:	Inclusión: 1. Alumnado de 7º de educación primaria.	
		Exclusión: NI	
	Nº de escolares reclutados: 115		
	Nº de escolares aleatorizados: 114		
		Grupo experimental	Grupo control
	Nº escolares intervenidos:	50	64
	Nº escolares perdidos: NI	NI	NI
	Características basales: NI		
	Nº mujeres (%): 51 (44,74)		
	Edad*: 12,71 ± 0,41 (NI)		
	IMC: 19,98		
Intervención	Tipo intervención: multicomponente (Life Smart)		
	Método: el programa se basa en los factores de riesgo compartido con un mensaje holístico sobre la salud en el que se tratan temas como la nutrición, la actividad física, el bienestar emocional y social a través de una metodología interactiva (por ejemplo, trabajo regular en grupos pequeños y discusiones en clase)		
	Contexto: escuela primaria		
	Proveedor: investigador especializado en psicología clínica		

	Nº sesiones: 8						
	Duración sesiones: 50 minutos						
	Periodicidad sesiones: 2/semana						
	Duración intervención total: 4 semanas						
Comparador	Atención habitual						
Resultados			G. Experimental		G. Control		p-valor
	Preocupación peso y la figura (EDE-Q): chicas†	Pre	26,75	15,24	31,04	17,28	
		Post	14,04	3,12	25,32	2,4	
	Preocupación peso y la figura (EDE-Q): chicos†	Pre	16,7	18,53	19,4	17,32	
		Post	20,16	2,88	19,32	1,92	
	Insatisfacción corporal (EDI): chicas†	Pre	28,15	4,12	28,87	3,59	
		Post	19,98	2,07	25,65	1,62	
	Insatisfacción corporal (EDI): chicos†	Pre	33,2	7,12	23,49	1,35	
		Post	24,03	1,8	23,49	1,35	
	Internalización del ideal de belleza (SATAQ): chicas†	Pre	23,38	8,6	25,56	9,21	
		Post	18,45	2,16	23,13	1,62	
	Internalización del ideal de belleza (SATAQ): chicos†	Pre	20,75	9,15	21,69	8,84	
		Post	22,5	2,61	23,31	1,35	
	Perfeccionismo (Concern over Mistakes scale from the Multidimensional Perfectionism Scale): chicas†	Pre	18,17	6,44	20,12	7,2	
		Post	17,73	1,77	18,05	1,25	
	Perfeccionismo (Concern over Mistakes scale from the Multidimensional Perfectionism Scale): chicos†	Pre	17,31	7,74	17,83	5,87	
		Post	17	1,47	17,06	1,04	
	Síntomas TCA (EAT-II): chicas†	Pre	4,56	0,42	4,49	0,54	
		Post	4,79	0,91	4,64	0,7	
	Síntomas TCA (EAT-II): chicos†	Pre	4,76	0,64	4,88	0,28	
		Post	4,45	0,83	4,69	0,61	
NI: No se informa; NA: no aplicable; * Media±DE (rango); † Media±DE							

Estudio	Wilksch, 2015 [105]		
	País: Australia		
	Financiación: School of Psychology, Flinders University, Adelaide, South Australia, Australia		
Objetivo	Evaluar la eficacia y viabilidad de un programa escolar de prevención de los TCA dirigido a jóvenes y adolescentes impartido por profesores		
Diseño	Diseño: ECA		
	Contexto: escuela primaria pública en Adelaida		
	Nº centros participantes: 1		
	Unidad de aleatorización: clase		
	Unidad de análisis: adolescentes		
	Seguimiento (semanas)*: 26		
Participantes	Criterios de selección:	Inclusión: 1. Alumnado de 7º de educación primaria australiana (1º ESO en España) 2. Consentimiento informado de los padres	
		Exclusión: NA	
	Nº de escolares reclutados: 51		
	Nº de escolares aleatorizados: 51		
		Grupo experimental	Grupo control
	Nº escolares intervenidos:	27	24
	Nº escolares perdidos:	NI	NI
	Características basales: NI		
	Nº mujeres (%): 27 (52,64)		
	Edad*: 12,43 ± 0.61		
	IMC: NA		
Intervención	Tipo intervención: alfabetización mediática (Media Smart)		
	Método: El programa de prevención Media Smart (Wilksch) emplea los siguientes recursos: • Un plan detallado de las lecciones • Un DVD • Presentaciones de PowerPoint • Un cuaderno de trabajo para los alumnos Se pidió específicamente al profesor del grupo de intervención que no discutiera el programa con el profesor del grupo control		
	Contexto: escuela primaria		
	Proveedor: proveedor		
	Nº sesiones: 8 sesiones		

	Duración sesiones: 50 minutos						
	Periodicidad sesiones: 1/semana						
	Duración intervención total: 4 semanas						
Comparador	Atención habitual						
Resultados			G. Experimental		G. Control		p-valor
	Preocupación peso y la figura (EDE-Q): chicas†	Post-Pre	1,08	0,36	1,56	0,26	
		6 meses-Pre	1,18	0,42	1,14	0,26	
	Preocupación peso y la figura (EDE-Q): chicas†	Post-Pre	1,01	0,24	1,53	0,33	
		6 meses-Pre	1,45	0,24	1,71	0,36	
	Insatisfacción corporal (EDI): chicos†	Post-Pre	2,21	0,28	1,89	0,2	
		6 meses-Pre	2,05	0,33	2,08	0,2	
	Insatisfacción corporal (EDI): chicas†	Post-Pre	1,91	0,21	2,03	26	
		6 meses-Pre	2,43	0,2	2,36	0,27	
	Internalización del ideal de belleza (SATAQ): chicos†	Post-Pre	1,58	0,23	1,74	0,18	
		6 meses-Pre	1,78	0,26	1,84	0,18	
	Internalización del ideal de belleza (SATAQ): chicas†	Post-Pre	1,57	0,16	1,79	0,23	
		6 meses-Pre	2,01	0,16	1,99	0,24	
	Autoestima corporal (BES): chicos†	Post-Pre	3,3	0,18	3,39	0,14	
		6 meses-Pre	3,36	0,22	3,23	0,14	
	Autoestima (RSE): chicas†	Post-Pre	3,45	0,12	3,16	0,18	
		6 meses-Pre	3,34	0,12	2,96	0,19	
NI: No se informa; NA: no aplicable; * Media±DE (rango); † Media±DE							

Estudio	Wilksch, 2015 [104]
	País: Australia
	Financiación: School of Psychology, Flinders University, SA, Australia; School of Psychological Science, La Trobe University, VIC, Australia; School of Psychology, University of Western Australia, WA, Australia; Adolescent and Young Adult Medicine, Boston Children's Hospital, Boston, MA, USA; Department of Social and Behavioral Sciences, Harvard School of Public Health, Boston, MA, USA

Objetivo	Evaluar la eficacia y viabilidad de tres programas escolares de prevención de la obesidad (Life Smart) y los TCA (Media Smart y HELPP) dirigido a jóvenes y adolescentes				
Diseño	Diseño: ECA				
	Contexto: escuelas primarias y secundarias				
	Nº centros participantes: 12				
	Unidad de aleatorización: clase				
	Unidad de análisis: adolescentes				
	Seguimiento (semanas)*: 52				
Participantes	Criterios de selección:	Inclusión: 1. Alumnado de 7º de educación primaria y 8º de educación secundaria australiana (1º y 2º ESO en España) 2. Consentimiento informado de los padres			
		Exclusión: 1. Participantes con niveles clínicos de preocupación [128 niñas (15%); 10 niños (2%)] y con un IMC mayor o igual a 85 [160 niñas (20%); 77 niños (17%)]			
	Nº de escolares reclutados: 1441				
	Nº de escolares aleatorizados: 1316				
		Grupo experimental 1	Grupo experimental 2	Grupo experimental 3	Grupo control
	Nº escolares intervenidos:	269	347	225	473
	Nº escolares perdidos:	50	68	55	127
	Características basales: NI				
	Nº mujeres (%): 840 (64)				
	Edad*: 13,21				
	IMC: NI				
Intervención 1	Tipo intervención: Alfabetización mediática (Media Smart)				
	Método: El programa de prevención Media Smart (Wilksch) emplea los siguientes recursos: • Un plan detallado de las lecciones • Un DVD • Presentaciones de PowerPoint • Un cuaderno de trabajo para los alumnos				
	Contexto: escuelas primarias y secundarias				
	Proveedor: estudiantes entrenados de postgraduado en psicología				

	Nº sesiones: 7 sesiones										
	Duración sesiones: 45 minutos										
	Periodicidad sesiones: 2/semana										
	Duración intervención total: 3 semanas										
Intervención 2	Tipo intervención: prevención de la obesidad (Life Smart)										
	Método: el programa de prevención Life Smart emplea los siguientes recursos: • Secciones separadas por lecciones • Un resumen de cada lección • Descripción de las actividades de aprendizaje • Hojas de trabajo										
	Contexto: escuelas primarias y secundarias										
	Proveedor: estudiantes entrenados de postgraduado en psicología										
	Nº sesiones: 7 sesiones										
	Duración sesiones: 45 minutos										
	Periodicidad sesiones: 2/semana										
	Duración intervención total: 3 semanas										
Intervención 3	Tipo intervención: alfabetización mediática (programa HELPP)										
	Método: NI										
	Contexto: escuelas primarias y secundarias										
	Proveedor: estudiantes entrenados de postgraduado en psicología										
	Nº sesiones: 8 sesiones										
	Duración sesiones: 45 minutos										
	Periodicidad sesiones: 2/semana										
	Duración intervención total: 4 semanas										
Comparador	Atención habitual										
Resultados			G. Experimental 1		G. Experimental 2		G. Experimental 3		G. Control		p-valor
	Preocupación peso (EDE-Q): chicos†	Post-Pre	1,5	0,12	1,75	0,11	1,48	0,13	1,86	0,11	
		6 meses-Pre	1,5	0,14	1,63	0,12	1,45	0,14	1,55	0,1	
		12 meses-Pre	1,48	0,15	1,65	0,14	1,52	0,15	1,68	0,11	

	Preocupación peso (EDE-Q): chicas†	Post-Pre	1,73	0,09	1,79	0,07	1,89	0,1	1,88	0,07	
		6 meses-Pre	1,9	0,1	1,99	0,08	2,04	0,1	2,06	0,08	
		12 meses-Pre	2,12	0,11	2,54	0,09	2	0,13	2,27	0,08	
	Preocupación por la figura (EDE-Q): chicos†	Post-Pre	1,67	0,12	1,81	0,11	1,69	0,12	1,97	0,07	
		6 meses-Pre	1,68	0,14	1,81	0,12	1,72	0,14	1,78	0,1	
		12 meses-Pre	1,67	0,17	1,85	0,15	1,76	0,17	1,91	0,12	
	Preocupación por la figura (EDE-Q): chicas†	Post-Pre	1,94	0,08	1,96	0,07	2,07	0,1	2	0,07	
		6 meses-Pre	2,05	0,1	2,23	0,08	2,14	0,11	2,25	0,08	
		12 meses-Pre	2,31	0,12	2,76	0,1	2,18	0,14	2,46	0,09	
	Insatisfacción corporal (EDI): chicos†	Post-Pre	2,53	0,12	2,45	0,11	2,58	0,12	2,82	0,1	
		6 meses-Pre	2,49	0,12	2,6	0,12	2,62	0,12	2,67	0,1	
		12 meses-Pre	2,62	0,13	2,7	0,12	2,87	0,13	2,62	0,11	
	Insatisfacción corporal (EDI): chicos†	Post-Pre	2,77	0,1	2,73	0,1	2,82	0,1	2,89	0,09	
		6 meses-Pre	2,93	0,1	2,87	0,1	2,87	0,11	3,01	0,1	
		12 meses-Pre	3,11	0,11	3,2	0,1	2,87	0,13	3,17	0,1	

	Internalización del ideal de belleza (SATAQ): chicos†	Post-Pre	1,95	0,09	2,31	0,05	2,08	0,09	2,49	0,05	
		6 meses-Pre	1,97	0,09	2,39	0,06	2,07	0,09	249	0,07	
		12 meses-Pre	2,03	0,1	2,33	0,09	2,15	0,1	2,45	0,07	
	Internalización del ideal de belleza (SATAQ): chicas†	Post-Pre	2,21	0,06	2,31	0,05	2,31	0,07	2,38	0,05	
		6 meses-Pre	2,35	0,06	2,39	0,06	2,37	0,07	2,52	0,05	
		12 meses-Pre	2,56	0,07	2,63	0,06	2,4	0,08	2,61	0,06	
	Perfeccionismo (MPS): chicos†	Post-Pre	1,82	0,08	2,03	0,05	2,03	0,08	2,11	0,06	
		6 meses-Pre	1,91	0,08	2,15	0,07	2,15	0,08	2,14	0,06	
		12 meses-Pre	1,92	0,09	2,04	0,08	2,01	0,09	2,12	0,06	
	Perfeccionismo (MPS): chicas†	Post-Pre	2,02	0,06	2,03	0,05	1,99	0,07	2,14	0,05	
		6 meses-Pre	2,14	0,06	2,07	0,05	2,04	0,07	2,12	0,05	
		12 meses-Pre	2,23	0,06	2,3	0,05	2,16	0,07	2,2	0,05	
	IMC: chicos†	Post-Pre	20,05	0,12	20,03	0,11	20,06	0,12	20,09	0,07	
		6 meses-Pre	20,46	0,13	20,33	0,12	20,14	0,13	20,28	0,09	
		12 meses-Pre	20,69	0,19	20,66	0,17	20,8	0,18	20,82	0,13	

	IMC: chicas†	Post-Pre	20,18	0,09	20,09	0,09	19,93	0,1	20,09	0,07	
		6 meses-Pre	20,34	0,09	20,33	0,08	20,1	0,1	20,26	0,08	
		12 meses-Pre	20,79	0,13	21,05	0,11	20,84	0,5	21,04	0,1	
NI: No se informa; NA: no aplicable; * Media±DE (rango); † Media±DE/SE											

Anexo 10. Riesgo de sesgo de los ECA incluidos

Agam-Bitton 2018 [107]		
Dominio	**Evaluación de los revisores**	**Observaciones para la valoración**
Generación de la secuencia aleatorizada (sesgo de selección)	Bajo riesgo de sesgo	Un asistente de investigación, cegado a las características de las clases, utilizó la función de aleatorización en Microsoft Excel para la asignación de las clases a las condiciones de control o grupo de intervención en cada colegio. La misma función fue utilizada en la asignación de los grupos de intervención entre los brazos de género mixto y género único.
Ocultamiento de la asignación (sesgo de selección)	Alto riesgo de sesgo	No se declara ocultamiento de la asignación.
Cegamiento de los participantes y del personal (sesgo de realización)	Alto riesgo de sesgo	No hubo cegamiento en el proceso de intervención. Masking: None (Open Label).
Cegamiento de la evaluación de los resultados (sesgo de detección)	Alto riesgo de sesgo	No hubo cegamiento en el proceso de evaluación. Masking: None (Open Label).
Manejo de los datos de resultados incompletos (sesgo de desgaste)	Bajo riesgo de sesgo	No hubo pérdida significativa de datos.
Notificación selectiva (sesgo de notificación)	Bajo riesgo de sesgo	Existe protocolo para esta investigación (NCT02653586) y no se aprecian cambios entre la propuesta del protocolo y el desarrollo del estudio.

Anuel 2012 [108]		
Dominio	**Evaluación de los revisores**	**Observaciones para la valoración**
Generación de la secuencia aleatorizada (sesgo de selección)	Alto riesgo de sesgo	Asignación aleatoria declarada, pero método no descrito. Se encontraron diferencias entre los grupos que podrían deberse a problemas relacionados con el proceso de aleatorización.
Ocultamiento de la asignación (sesgo de selección)	Alto riesgo de sesgo	No se declara ocultamiento de la asignación.
Cegamiento de los participantes y del personal (sesgo de realización)	Alto riesgo de sesgo	Ni los/las participantes y ni el personal fueron cegados.

Anuel 2012 [108]		
Dominio	**Evaluación de los revisores**	**Observaciones para la valoración**
Cegamiento de la evaluación de los resultados (sesgo de detección)	Alto riesgo de sesgo	La evaluación de los resultados se llevó a cabo por los propios participantes en el estudio quienes no estaban cegados.
Manejo de los datos de resultados incompletos (sesgo de desgaste)	Riesgo de sesgo incierto	No informa de pérdida de sujetos / datos.
Notificación selectiva (sesgo de notificación)	Riesgo de sesgo incierto	No se informa de la existencia de un protocolo. No parece haber múltiples análisis de los datos.

Austin 2007 [109]		
Dominio	**Evaluación de los revisores**	**Observaciones para la valoración**
Generación de la secuencia aleatorizada (sesgo de selección)	Riesgo de sesgo incierto	Asignación aleatoria declarada, pero método no descrito. Parece no haber diferencias significativas entre grupos debidas a problemas con el proceso de aleatorización.
Ocultamiento de la asignación (sesgo de selección)	Riesgo de sesgo incierto	No se describe ningún método de ocultación de la asignación.
Cegamiento de los participantes y del personal (sesgo de realización)	Alto riesgo de sesgo	Participantes y personal no cegados.
Cegamiento de la evaluación de los resultados (sesgo de detección)	Alto riesgo de sesgo	La evaluación de los resultados se llevó a cabo por los propios participantes en el estudio quienes no estaban cegados.
Manejo de los datos de resultados incompletos (sesgo de desgaste)	Alto riesgo de sesgo	Retiros y datos faltantes para el 15,12% de escolares en el grupo de intervención (n=114) y para el 20% del grupo control (n=217). Los resultados se presentan como un análisis de casos disponibles en lugar de un análisis del tipo intención de tratar.
Notificación selectiva (sesgo de notificación)	Riesgo de sesgo incierto	No se informa de la existencia de un protocolo. No parece haber múltiples análisis de los datos.

Bonsergent 2013 [110]		
Dominio	**Evaluación de los revisores**	**Observaciones para la valoración**
Generación de la secuencia aleatorizada (sesgo de selección)	Riesgo de sesgo incierto	Asignación aleatoria declarada, pero método no descrito. Parece no haber diferencias significativas entre grupos debidas a problemas con el proceso de aleatorización.
Ocultamiento de la asignación (sesgo de selección)	Alto riesgo de sesgo	El protocolo indica: Masking: None (Open Label).
Cegamiento de los participantes y del personal (sesgo de realización)	Alto riesgo de sesgo	Participantes y personal no cegados.
Cegamiento de la evaluación de los resultados (sesgo de detección)	Alto riesgo de sesgo	La evaluación de los resultados se llevó a cabo por los propios participantes en el estudio quienes no estaban cegados.
Manejo de los datos de resultados incompletos (sesgo de desgaste)	Bajo riesgo de sesgo	Informe completo de todos los participantes incluidos. Se realizó análisis de intención por tratar.
Notificación selectiva (sesgo de notificación)	Bajo riesgo de sesgo	Existe protocolo para esta investigación (NCT00814554) y no se aprecian cambios entre la propuesta del protocolo y el desarrollo del estudio. No parece haber múltiples análisis de los datos.

Buerger 2019 [91]		
Dominio	**Evaluación de los revisores**	**Observaciones para la valoración**
Generación de la secuencia aleatorizada (sesgo de selección)	Bajo riesgo de sesgo	La aleatorización fue llevada a cabo por un miembro independiente del instituto no vinculado al proyecto de investigación. Los participantes fueron asignados al azar a los grupos mediante una lista de números generada por ordenador (Microsoft Excel).
Ocultación de la asignación (sesgo de selección)	Riesgo de sesgo incierto	No se describe ningún método de ocultación de la asignación.
Cegamiento de los participantes y del personal (sesgo de realización)	Alto riesgo de sesgo	Participantes y personal no cegados.
Cegamiento de la evaluación de los resultados (sesgo de detección)	Alto riesgo de sesgo	La evaluación de los resultados se llevó a cabo por los propios participantes en el estudio quienes no estaban cegados.
Manejo de los datos de resultados incompletos (sesgo de desgaste)	Bajo riesgo de sesgo	Informe completo de todos los participantes incluidos. Se realizó análisis de intención por tratar.
Notificación selectiva (sesgo de notificación)	Riesgo de sesgo incierto	No se informa de la existencia de un protocolo. No parece haber múltiples análisis de los datos.

Cousineau 2010 [92]		
Dominio	**Evaluación de los revisores**	**Observaciones para la valoración**
Generación de la secuencia aleatorizada (sesgo de selección)	Riesgo de sesgo incierto	Asignación aleatoria declarada, pero método no descrito. Parece no haber diferencias significativas entre grupos debidas a problemas con el proceso de aleatorización.
Ocultamiento de la asignación (sesgo de selección)	Riesgo de sesgo incierto	No se describe ningún método de ocultación de la asignación.
Cegamiento de los participantes y del personal (sesgo de realización)	Alto riesgo de sesgo	Participantes y personal no cegados.
Cegamiento de la evaluación de los resultados (sesgo de detección)	Alto riesgo de sesgo	La evaluación de los resultados se llevó a cabo por los propios participantes en el estudio quienes no estaban cegados.
Manejo de los datos de resultados incompletos (sesgo de desgaste)	Bajo riesgo de sesgo	Informe completo de todos los participantes incluidos. Se realizó análisis de intención por tratar.
Notificación selectiva (sesgo de notificación)	Riesgo de sesgo incierto	No se informa de la existencia de un protocolo. No parece haber múltiples análisis de los datos.

Diedrichs 2015 [93]		
Dominio	**Evaluación de los revisores**	**Observaciones para la valoración**
Generación de la secuencia aleatorizada (sesgo de selección)	Bajo riesgo de sesgo	Los participantes fueron asignados al azar a los grupos mediante una lista de números generada por ordenador.
Ocultamiento de la asignación (sesgo de selección)	Riesgo de sesgo incierto	No se describe ningún método de ocultación de la asignación.
Cegamiento de los participantes y del personal (sesgo de realización)	Alto riesgo de sesgo	Participantes y personal no cegados
Cegamiento de la evaluación de los resultados (sesgo de detección)	Alto riesgo de sesgo	La evaluación de los resultados se llevó a cabo por los propios participantes en el estudio quienes no estaban cegados.
Manejo de los datos de resultados incompletos (sesgo de desgaste)	Bajo riesgo de sesgo	Informe completo de todos los participantes incluidos. Se realizó análisis de intención por tratar.
Notificación selectiva (sesgo de notificación)	Bajo riesgo de sesgo	Existe protocolo para esta investigación (ISRCTN16782819) y no se aprecian cambios entre la propuesta del protocolo y el desarrollo del estudio.

Diedrichs 2015 [93]		
Dominio	**Evaluación de los revisores**	**Observaciones para la valoración**
		No parece haber múltiples análisis de los datos.

Eickman 2018 [94]		
Dominio	**Evaluación de los revisores**	**Observaciones para la valoración**
Generación de la secuencia aleatorizada (sesgo de selección)	Alto riesgo de sesgo	Asignación aleatoria declarada, pero método no descrito. Se encontraron diferencias entre los grupos que podrían deberse a problemas relacionados con el proceso de aleatorización.
Ocultamiento de la asignación (sesgo de selección)	Riesgo de sesgo incierto	No se describe ningún método de ocultación de la asignación.
Cegamiento de los participantes y del personal (sesgo de realización)	Alto riesgo de sesgo	Participantes y personal no cegados
Cegamiento de la evaluación de los resultados (sesgo de detección)	Alto riesgo de sesgo	La evaluación de los resultados se llevó a cabo por los propios participantes en el estudio quienes no estaban cegados.
Manejo de los datos de resultados incompletos (sesgo de desgaste)	Bajo riesgo de sesgo	Informe completo de todos los participantes incluidos. Se realizó análisis de intención por tratar.
Notificación selectiva (sesgo de notificación)	Riesgo de sesgo incierto	No se informa de la existencia de un protocolo. No parece haber múltiples análisis de los datos.

Escoto Ponce de León 2008 [95]		
Dominio	**Evaluación de los revisores**	**Observaciones para la valoración**
Generación de la secuencia aleatorizada (sesgo de selección)	Riesgo de sesgo incierto	Asignación aleatoria declarada, pero método no descrito. Parece no haber diferencias significativas entre grupos debidas a problemas con el proceso de aleatorización.
Ocultación de la asignación (sesgo de selección)	Riesgo de sesgo incierto	No se describe ningún método de ocultación de la asignación.
Cegamiento de los participantes y del personal (sesgo de realización)	Alto riesgo de sesgo	Participantes y personal no cegados.

Escoto Ponce de León 2008 [95]		
Dominio	**Evaluación de los revisores**	**Observaciones para la valoración**
Cegamiento de la evaluación de los resultados (sesgo de detección)	Alto riesgo de sesgo	La evaluación de los resultados se llevó a cabo por los propios participantes en el estudio quienes no estaban cegados.
Manejo de los datos de resultados incompletos (sesgo de desgaste)	Bajo riesgo de sesgo	Informe completo de todos los participantes incluidos. Tasa de deserción del 0%.
Notificación selectiva (sesgo de notificación)	Riesgo de sesgo incierto	No se informa de la existencia de un protocolo. No parece haber múltiples análisis de los datos.

Gasanov 2018 [62]		
Dominio	**Evaluación de los revisores**	**Observaciones para la valoración**
Generación de la secuencia aleatorizada (sesgo de selección)	Riesgo de sesgo incierto	Asignación aleatoria declarada, pero método no descrito. Parece no haber diferencias significativas entre grupos debidas a problemas con el proceso de aleatorización.
Ocultación de la asignación (sesgo de selección)	Riesgo de sesgo incierto	No se describe ningún método de ocultación de la asignación.
Cegamiento de los participantes y del personal (sesgo de realización)	Alto riesgo de sesgo	Participantes y personal no cegados.
Cegamiento de la evaluación de los resultados (sesgo de detección)	Alto riesgo de sesgo	La evaluación de los resultados se llevó a cabo por los propios participantes en el estudio quienes no estaban cegados.
Manejo de los datos de resultados incompletos (sesgo de desgaste)	Riesgo de sesgo incierto	No informa de pérdida de sujetos / datos.
Notificación selectiva (sesgo de notificación)	Riesgo de sesgo incierto	Se nombra la existencia de protocolo, pero no se encuentra acceso al documento. No parece haber múltiples análisis de los datos.

Grave 2001 [90]		
Dominio	**Evaluación de los revisores**	**Observaciones para la valoración**
Generación de la secuencia aleatorizada (sesgo de selección)	Alto riesgo de sesgo	Asignación aleatoria declarada, pero método no descrito. Se encontraron diferencias entre los grupos que podrían deberse a problemas relacionados con el proceso de aleatorización.
Ocultación de la asignación (sesgo de selección)	Riesgo de sesgo incierto	No se describe ningún método de ocultación de la asignación.
Cegamiento de los participantes y del personal (sesgo de realización)	Alto riesgo de sesgo	Participantes y personal no cegados.
Cegamiento de la evaluación de los resultados (sesgo de detección)	Alto riesgo de sesgo	La evaluación de los resultados se llevó a cabo por los propios participantes en el estudio quienes no estaban cegados.
Manejo de los datos de resultados incompletos (sesgo de desgaste)	Bajo riesgo de sesgo	La tasa de deserción queda por debajo del 3% en cada momento de toma de medidas. Línea base 100% (n = 106) Post intervención 98.1% (n = 104) Seguimiento a los 6 meses 97.2% (n = 103) Seguimiento a los 12 meses 98.1% (n = 104). Ninguno de los sujetos rechazó participar en el seguimiento y todos estuvieron presentes para la evaluación.
Notificación selectiva (sesgo de notificación)	Riesgo de sesgo incierto	No se informa de la existencia de un protocolo. No parece haber múltiples análisis de los datos.

Gumz 2017 [96]		
Dominio	**Evaluación de los revisores**	**Observaciones para la valoración**
Generación de la secuencia aleatorizada (sesgo de selección)	Riesgo de sesgo incierto	Asignación aleatoria declarada, pero método no descrito. Parece no haber diferencias significativas entre grupos debidas a problemas con el proceso de aleatorización.
Ocultación de la asignación (sesgo de selección)	Alto riesgo de sesgo	No se pudo ocultar la asignación. “La ocultación de la asignación del tratamiento a las escuelas, los estudiantes o los padres no fue factible”.
Cegamiento de los participantes y del personal (sesgo de realización)	Alto riesgo de sesgo	Participantes y personal no cegados.
Cegamiento de la evaluación de los resultados (sesgo de detección)	Alto riesgo de sesgo	La evaluación de los resultados se llevó a cabo por los propios participantes en el estudio quienes no estaban cegados.

Gumz 2017 [96]		
Dominio	**Evaluación de los revisores**	**Observaciones para la valoración**
Manejo de los datos de resultados incompletos (sesgo de desgaste)	Bajo riesgo de sesgo	Informe completo de todos los participantes incluidos. Se realizó análisis de intención por tratar.
Notificación selectiva (sesgo de notificación)	Bajo riesgo de sesgo	Existe protocolo para esta investigación (ISRCTN 97989348) y no se aprecian cambios entre la propuesta del protocolo y el desarrollo del estudio. No parece haber múltiples análisis de los datos.

Halliwell, 2016 [97]		
Dominio	**Evaluación de los revisores**	**Observaciones para la valoración**
Generación de la secuencia aleatorizada (sesgo de selección)	Riesgo de sesgo incierto	Asignación aleatoria y método no descrito.
Ocultamiento de la asignación (sesgo de selección)	Riesgo de sesgo incierto	Método de ocultación de la asignación no descrito.
Cegamiento de los participantes y del personal (sesgo de realización)	Alto riesgo de sesgo	Se realizó en dos escuelas, no se puede descartar que no haya existido contaminación entre los grupos. Las lecciones de imagen corporal del grupo de intervención fueron impartidas por las profesoras autoras originales del programa.
Cegamiento de la evaluación de los resultados (sesgo de detección)	Alto riesgo de sesgo	Para los resultados comunicados por los participantes, el evaluador es el participante en el estudio.
Manejo de los datos de resultados incompletos (sesgo de desgaste)	Alto riesgo de sesgo	Los resultados no se presentan mediante un análisis del tipo intención de tratar. Se realizaron análisis para comprobar si los resultados estaban sesgados por los datos faltantes. En niños y niñas, faltan todos los datos de resultado, respectivamente, del 7,1% y 7.7%.
Notificación selectiva (sesgo de notificación)	Riesgo de sesgo incierto	No hay registrado protocolo de estudio.

Johnson, 2016 [98]		
Dominio	**Evaluación de los revisores**	**Observaciones para la valoración**
Generación de la secuencia aleatorizada (sesgo de selección)	Bajo riesgo de sesgo	Asignación aleatoria y método descrito. No hay diferencias significativas en la línea base.
Ocultamiento de la asignación (sesgo de selección)	Riesgo de sesgo incierto.	Método de ocultación de la asignación no descrito.
Cegamiento de los participantes y del personal (sesgo de realización)	Alto riesgo de sesgo	No se llevó a cabo enmascaramiento/cegamiento de los participantes y del personal.
Cegamiento de la evaluación de los resultados (sesgo de detección)	Alto riesgo de sesgo	Para los resultados comunicados por los participantes, el evaluador es el participante en el estudio.
Manejo de los datos de resultados incompletos (sesgo de desgaste)	Alto riesgo de sesgo	Los resultados no se presentan mediante un análisis del tipo intención de tratar. No hay cegamiento de los evaluadores de resultados.
Notificación selectiva (sesgo de notificación)	Riesgo de sesgo incierto	No hay registrado protocolo de estudio

Marcus, 2009 [99]		
Dominio	**Evaluación de los revisores**	**Observaciones para la valoración**
Generación de la secuencia aleatorizada (sesgo de selección)	Alto riesgo de sesgo	Asignación aleatoria y método no descrito.
Ocultamiento de la asignación (sesgo de selección)	Riesgo de sesgo incierto.	Método de ocultación de la asignación no descrito.
Cegamiento de los participantes y del personal (sesgo de realización)	Riesgo de sesgo incierto	Método de cegamiento de los participantes y del personal no descrito.
Cegamiento de la evaluación de los resultados (sesgo de detección)	Alto riesgo de sesgo	Para los resultados comunicados por los participantes pertenecientes a medidas secundarias del estudio, el evaluador es el participante en el estudio.
Manejo de los datos de resultados incompletos (sesgo de desgaste)	Alto riesgo de sesgo	Los resultados no se presentan mediante un análisis del tipo intención de tratar.
Notificación selectiva (sesgo de notificación)	Riesgo de sesgo incierto	No hay registrado protocolo de estudio

McCabe, 2006 [100]		
Dominio	**Evaluación de los revisores**	**Observaciones para la valoración**
Generación de la secuencia aleatorizada (sesgo de selección)	Riesgo de sesgo incierto	Asignación aleatoria y método no descrito.
Ocultamiento de la asignación (sesgo de selección)	Riesgo de sesgo incierto	Método de ocultación de la asignación no descrito.
Cegamiento de los participantes y del personal (sesgo de realización)	Alto riesgo de sesgo	En la misma escuela hay grupos de intervención y los grupos de control, no se puede descartar que no haya existido contaminación entre los grupos. Todos los estudiantes fueron informados sobre la naturaleza del estudio, lo que el programa requería de ellos y sus beneficios percibidos antes del inicio.
Cegamiento de la evaluación de los resultados (sesgo de detección)	Alto riesgo de sesgo	Para los resultados comunicados por los participantes, el evaluador es el participante en el estudio.
Manejo de los datos de resultados incompletos (sesgo de desgaste)	Alto riesgo de sesgo	Los resultados no se presentan mediante un análisis del tipo intención de tratar.
Notificación selectiva (sesgo de notificación)	Riesgo de sesgo incierto	No hay registrado protocolo de estudio

McVey, 2007 [101]		
Dominio	**Evaluación de los revisores**	**Observaciones para la valoración**
Generación de la secuencia aleatorizada (sesgo de selección)	Bajo riesgo de sesgo	Asignación aleatoria y método descrito. No hay diferencias significativas en la línea base.
Ocultamiento de la asignación (sesgo de selección)	Riesgo de sesgo incierto	Método de ocultación de la asignación no descrito.
Cegamiento de los participantes y del personal (sesgo de realización)	Alto riesgo de sesgo	No se llevó a cabo enmascaramiento/cegamiento de los participantes y del personal. Ni el equipo de investigación ni las escuelas participantes estuvieron cegadas.
Cegamiento de la evaluación de los resultados (sesgo de detección)	Alto riesgo de sesgo	Para los resultados comunicados por los participantes, el evaluador es el participante en el estudio.
Manejo de los datos de resultados incompletos (sesgo de desgaste)	Alto riesgo de sesgo	Los resultados no se presentan mediante un análisis del tipo intención de tratar.
Notificación selectiva (sesgo de notificación)	Riesgo de sesgo incierto	No hay registrado protocolo de estudio

O´dea, 2000 [64]		
Dominio	**Evaluación de los revisores**	**Observaciones para la valoración**
Generación de la secuencia aleatorizada (sesgo de selección)	Alto riesgo de sesgo	Asignación aleatoria y método no descrito.
Ocultamiento de la asignación (sesgo de selección)	Alto riesgo de sesgo	No hay ocultamiento de la asignación.
Cegamiento de los participantes y del personal (sesgo de realización)	Alto riesgo de sesgo	Los profesores, incluidos los profesores que impartieron la intervención, y los estudiantes, no eran conscientes del objetivo de examinar el efecto sobre la imagen corporal, las actitudes y los comportamientos alimentarios durante el tiempo total del estudio.
Cegamiento de la evaluación de los resultados (sesgo de detección)	Alto riesgo de sesgo	Para los resultados comunicados por los participantes, el evaluador es el participante en el estudio.
Manejo de los datos de resultados incompletos (sesgo de desgaste)	Bajo riesgo de sesgo	100% tasa de retención.
Notificación selectiva (sesgo de notificación)	Riesgo de sesgo incierto	No hay registrado protocolo de estudio

Singhal, 2010 [102]		
Dominio	**Evaluación de los revisores**	**Observaciones para la valoración**
Generación de la secuencia aleatorizada (sesgo de selección)	Riesgo de sesgo incierto	Asignación aleatoria y no método descrito. No hay diferencias significativas en la línea base.
Ocultamiento de la asignación (sesgo de selección)	Riesgo de sesgo incierto	Método de ocultación de la asignación no descrito
Cegamiento de los participantes y del personal (sesgo de realización)	Riesgo de sesgo incierto	Método de cegamiento de los participantes y del personal no descrito.
Cegamiento de la evaluación de los resultados (sesgo de detección)	Bajo riesgo de sesgo	Medidas antropométricas realizadas por un nutricionista.
Manejo de los datos de resultados incompletos (sesgo de desgaste)	Alto riesgo de sesgo	Los resultados se presentan mediante un análisis del tipo intención de tratar.
Notificación selectiva (sesgo de notificación)	Riesgo de sesgo incierto	No hay registrado protocolo de estudio.

Sundgot-Borgen, 2019 [63]		
Dominio	**Evaluación de los revisores**	**Observaciones para la valoración**
Generación de la secuencia aleatorizada (sesgo de selección)	Riesgo de sesgo incierto	Asignación aleatoria y método no descrito. La aleatorización fue realizada por un profesional no afiliado al estudio para minimizar los sesgos de contaminación entre las escuelas.
Ocultamiento de la asignación (sesgo de selección)	Alto riesgo de sesgo	No hay ocultamiento de la asignación. Se informo a los estudiantes sobre su asignación al grupo de intervención o al control después de la aleatorización.
Cegamiento de los participantes y del personal (sesgo de realización)	Alto riesgo de sesgo	Los autores del estudio facilitaron la intervención.
Cegamiento de la evaluación de los resultados (sesgo de detección)	Alto riesgo de sesgo	Para los resultados comunicados por los participantes, el evaluador es el participante en el estudio.
Manejo de los datos de resultados incompletos (sesgo de desgaste)	Alto riesgo de sesgo	Hay pérdidas importantes a lo largo del estudio de forma equivalente en ambos grupos. Los resultados no se presentan mediante un análisis del tipo intención de tratar.
Notificación selectiva (sesgo de notificación)	Bajo riesgo de sesgo	Protocolo de estudio registrado en ClinicalTrials.gov (PRSNCT02901457).

Wade, 2003 [56]		
Dominio	**Evaluación de los revisores**	**Observaciones para la valoración**
Generación de la secuencia aleatorizada (sesgo de selección)	Alto riesgo de sesgo	Asignación aleatoria y no método descrito. Hay diferencias significativas en la línea base de las medidas principales.
Ocultamiento de la asignación (sesgo de selección)	Alto riesgo de sesgo	No hay ocultamiento de la asignación.
Cegamiento de los participantes y del personal (sesgo de realización)	Alto riesgo de sesgo	No se llevó a cabo enmascaramiento/cegamiento de los participantes y del personal. Se realizó en una sola escuela, no se puede descartar que no haya existido contaminación entre los grupos.
Cegamiento de la evaluación de los resultados (sesgo de detección)	Alto riesgo de sesgo	Para los resultados comunicados por los participantes, el evaluador es el participante en el estudio.

Wade, 2003 [56]		
Dominio	**Evaluación de los revisores**	**Observaciones para la valoración**
Manejo de los datos de resultados incompletos (sesgo de desgaste)	Riesgo de sesgo incierto	Los resultados no se presentan mediante un análisis del tipo intención de tratar.
Notificación selectiva (sesgo de notificación)	Riesgo de sesgo incierto	No hay registrado protocolo de estudio.

Warschburger, 2018 [117]		
Dominio	**Evaluación de los revisores**	**Observaciones para la valoración**
Generación de la secuencia aleatorizada (sesgo de selección)	Riesgo de sesgo incierto	Asignación aleatoria y método no descrito.
Ocultamiento de la asignación (sesgo de selección)	Alto riesgo de sesgo	Método de ocultación de la asignación no descrito
Cegamiento de los participantes y del personal (sesgo de realización)	Alto riesgo de sesgo	Método de cegamiento de los participantes y del personal no descrito.
Cegamiento de la evaluación de los resultados (sesgo de detección)	Alto riesgo de sesgo	Para los resultados comunicados por los participantes, el evaluador es el participante en el estudio.
Manejo de los datos de resultados incompletos (sesgo de desgaste)	Bajo riesgo de sesgo	Los resultados se presentan mediante un análisis del tipo intención de tratar. Tasas de datos faltantes para todas las medidas inferiores al 5%,
Notificación selectiva (sesgo de notificación)	Riesgo de sesgo incierto	No hay registrado protocolo de estudio.

Wilksch, 2015 [105]		
Dominio	**Evaluación de los revisores**	**Observaciones para la valoración**
Generación de la secuencia aleatorizada (sesgo de selección)	Bajo riesgo de sesgo	Asignación aleatoria y método descrito (lanzamiento de moneda).
Ocultamiento de la asignación (sesgo de selección)	Riesgo de sesgo incierto	Método de ocultación de la asignación no descrito.
Cegamiento de los participantes y del personal (sesgo de realización)	Alto riesgo de sesgo	No se llevó a cabo enmascaramiento/cegamiento de los participantes y del personal.

Wilksch, 2015 [105]		
Dominio	**Evaluación de los revisores**	**Observaciones para la valoración**
Cegamiento de la evaluación de los resultados (sesgo de detección)	Alto riesgo de sesgo	Para los resultados comunicados por los participantes, el evaluador es el participante en el estudio.
Manejo de los datos de resultados incompletos (sesgo de desgaste)	Alto riesgo de sesgo	Método no descrito.
Notificación selectiva (sesgo de notificación)	Bajo riesgo de sesgo	Registro en línea de ensayos clínicos de Australia y Nueva Zelanda (ACTRN12612000606886).

Wilksch, 2015 [104]		
Dominio	**Evaluación de los revisores**	**Observaciones para la valoración**
Generación de la secuencia aleatorizada (sesgo de selección)	Riesgo de sesgo incierto	Asignación aleatoria y método no descrito
Ocultamiento de la asignación (sesgo de selección)	Riesgo de sesgo incierto	Método de ocultación de la asignación no descrito.
Cegamiento de los participantes y del personal (sesgo de realización)	Alto riesgo de sesgo	No se llevó a cabo enmascaramiento/cegamiento de los participantes y del personal.
Cegamiento de la evaluación de los resultados (sesgo de detección)	Alto riesgo de sesgo	Para los resultados comunicados por los participantes, el evaluador es el participante en el estudio.
Manejo de los datos de resultados incompletos (sesgo de desgaste)	Riesgo de sesgo incierto	Los resultados no se presentan mediante un análisis del tipo intención de tratar. La proporción de datos faltantes fue consistente en los cuatro grupos y los análisis de regresión logística mostraron que no hubo diferencias iniciales en nuestras variables de resultado primarias entre los participantes que completaron un mínimo de tres oleadas de recolección de datos y los que no lo hicieron.
Notificación selectiva (sesgo de notificación)	Riesgo de sesgo incierto	No hay registrado protocolo de estudio.

Wilksch, 2009 [57]		
Dominio	**Evaluación de los revisores**	**Observaciones para la valoración**
Generación de la secuencia aleatorizada (sesgo de selección)	Riesgo de sesgo incierto	Asignación aleatoria y no método descrito. No hay diferencias significativas en la línea base.
Ocultamiento de la asignación (sesgo de selección)	Riesgo de sesgo incierto	Método de ocultación de la asignación no descrito
Cegamiento de los participantes y del personal (sesgo de realización)	Alto riesgo de sesgo	No se llevó a cabo enmascaramiento/cegamiento de los participantes y del personal.
Cegamiento de la evaluación de los resultados (sesgo de detección)	Alto riesgo de sesgo	Para los resultados comunicados por los participantes, el evaluador es el participante en el estudio.
Manejo de los datos de resultados incompletos (sesgo de desgaste)	Riesgo de sesgo incierto	Los resultados no se presentan mediante un análisis del tipo intención de tratar. Todos los escolares son incluidos en el análisis de los datos. Falta el 45.9% de los datos de los participantes a los 30 meses de seguimiento.
Notificación selectiva (sesgo de notificación)	Bajo riesgo de sesgo	Registro en línea de ensayos clínicos de Australia y Nueva Zelanda (ACTRN12608000545369).

Wilksch, 2013 [116]		
Dominio	**Evaluación de los revisores**	**Observaciones para la valoración**
Generación de la secuencia aleatorizada (sesgo de selección)	Riesgo de sesgo incierto	Asignación aleatoria y no método descrito. No hay diferencias significativas en la línea base.
Ocultamiento de la asignación (sesgo de selección)	Riesgo de sesgo incierto	Método de ocultación de la asignación no descrito
Cegamiento de los participantes y del personal (sesgo de realización)	Alto riesgo de sesgo	No se llevó a cabo enmascaramiento/cegamiento de los participantes y del personal.
Cegamiento de la evaluación de los resultados (sesgo de detección)	Alto riesgo de sesgo	Para los resultados comunicados por los participantes, el evaluador es el participante en el estudio.
Manejo de los datos de resultados incompletos (sesgo de desgaste)	Riesgo de sesgo incierto	Los resultados no se presentan mediante un análisis del tipo intención de tratar.
Notificación selectiva (sesgo de notificación)	Riesgo de sesgo incierto	No hay registrado protocolo de estudio.

Anexo 11. Resultados del meta-análisis, análisis de subgrupos y sesgo de publicación de efectividad

Resumen de los resultados del meta-análisis: diferencias de medias estandarizadas (DME)							
Medida de resultado / subgrupo	**K**	**N**	**RE /FE**	**Efecto estimado [IC95%]**	**I^2**	**Diferencia subgrupos (P-valor)**	**Test Edger [IC95%]**
Síntomas/actitudes TCA (post)							
Total	7	4166	RE	-0,14 [-0,29, 0,09]	69 %	NA	-1,03 [-2,71, 0,65]
Por género							
- Chicas	4	1401	RE	-0,39 [-0,69, -0,10]	76 %	0,03	
Sin Escoto Ponce de León	3	1340		-0,21; [-0,33, -0,10]	0%		
- Chicos	3	1044		0,04 [-0,21, 0,29]	46 %		
Por escala							
- EAT/ChEAT	4	4166	RE	-0,25 [-0,66, 0,01]	76 %	0,18	

- EDE-Q/ChEDE-Q	3	1615	FE	0,00 [-0,10, 0,10]	0%		
- SCOFF	1	1707	FE	-0,06 [-0,17, 0,05]	49 %		
Por tipo de intervención							
- Alfabetización mediática	2	3159	RE	-0,03 [-0,14, 0,07]	39 %	0,04	
- Cognitivo/cognitivoconductual	2	226		-0,45 [-1,29, 0,39]	86 %		
- Disonancia cognitiva	1	57		0,01 [-0,54, 0,57]	0%		
- Multicomponente	2	618		-0,30 [-0,46, -0,14]	0%		
Síntomas/actitudes TCA (2-3 meses)							
Total	3	3148	FE	-0,03 [-0,10, 0,05]	0%	NA	-0,98 [-3,51, 1,56]
Por género							
Chicas	3	1597	FE	-0,07 [-0,17, 0,04]	0%	0,28	
Chicos	3	1551		0,01 [-0,09, 0,12]	0%		
Por escala							

- EAT/ChEAT	2	1441	FE	-0,05 [-0,15, 0,06]	0%	0,61	
- SCOFF	1	1707	FE	-0,01 [-0,12, 0,10]	0%		
Por tipo de intervención							
- Alfabetización mediática	2	1598	FE	-0,01 [-0,12, 0,10]	0%	0,61	
- Multicomponente	1	1707		-0,05 [-0,15, 0,06]	0%		
Síntomas/actitudes TCA (6 meses)							
Total	4	2021	FE	-0,06 [-0,15, 0,02]	0%	NA	-0,49 [-1,21, 0,22]
Por género							
- Chicas	2	404	FE	-0,17 [-0,36, 0,03]	0%	0,82	
- Chicos	1	59		-0,10 [-0,65, 0,46]	0%		
Por escala							
- EAT/ChEAT	3	569	FE	-0,17 [-0,33, 0,00]	0%	0,82	
EDE-Q/ChEDE-Q	2	1558	FE	-0,02 [-0,12, 0,08]	0%		

Por tipo de intervención							
- Alfabetización mediática	1	1452	FE	-0,02 [-0,13, 0,08]	NA	>0,01	
- Cognitivo/cognitivoconductual	2	226		-0,19 [-0,46, 0,08]	0%		
- Multicomponente	1	343		-0,16 [-0,37, 0,06]	NA		
Síntomas/actitudes TCA (12 meses)							
Total	2	1272	FE	-0,04 [-0,15, 0,07]	0%	NA	-0,26 [-4,22, 3,77]
Por género							
- Chicas	1	500	FE	-0,08 [-0,24, 0,08]	NA	0,38	
- Chicos	1	566		0,02 [-0,15, 0,18]	NA		
Por escala							
- EAT/ChEAT	2	1272	FE	-0,04 [-0,15, 0,07]	NA	0,89	
- EDE-Q/ChEDE-Q	1	106		-0,01 [0,39, 0,37]	NA		
Por tipo de intervención							

- Cognitivo/cognitivoconductual	1	106	FE	-0,12 [-0,50, 0,26]	NA	0,67	
- Multicomponente	1	1066		-0,03 [-0,15, 0,08]	NA		
Preocupación por el peso (post)							
Total	4	1,563	FE	0,12 [0,02, 0,23]	0%	NA	0,44 [-0,59, 1,48]
Por género							
- Chicas	2	874	FE	0,08 [-0,06, 0,22]	0%	0,17	
- Chicos	2	526	FE	0,24 [0,06, 0,42]	0%		
Por tipo de intervención							
- Alfabetización mediática	2	844	FE	0,18 [0,04, 0,32]	9%	0,79	
- Cognitivo conductual	1	106	FE	-0,05 [-0,43, 0,33]	NA		
- Disonancia cognitiva	1	57	FE	-0,00 [-0,56, 0,56]	0%		

- Mejora de la autoestima	1	51	FE	0,04 [-0,72, 0,80]	0%		
- Prevención de la obesidad	1	505	FE	0,09 [-0,10, 0,28]	0%		
Preocupación por el peso (3 meses)							
Total	1	86	FE	-0,16 [-0,68, 0,37]	0%	NA	2,06 [-1,99, 6,12]
Por género							
- Chicas	1	33	FE	0,20 [-0,75, 1,15]	0%	0,38	
- Chicos	1	53	FE	-0,31 [-0,95, 0,32]	0%		
Por tipo de intervención							
- Alfabetización mediática	1	33	FE	-0,03 [-0,42, 0,35]	0%	0,77	
- Mejora de la autoestima	1	53	FE	-0,11 [-0,44, 0,22]	6%		
Preocupación por el peso (6 meses)							
Total	2	1,420	FE	-0,04 [-0,15, 0,07]	0%	NA	1,44 [-0,76, 3,65]
Por género							

- Chicas	1	841	FE	0,08 [-0,11, 0,27]	0%	0,69	
- Chicos	1	473	FE	0,02 [-0,22, 0,26]	0%		
Por tipo de intervención							
- Alfabetización mediática	1	809	FE	-0,07 [-0,21, 0,08]	0%	0,80	
- Cognitivo conductual	1	106	FE	0,06 [-0,33, 0,44]	0%		
- Prevención de la obesidad	1	505	FE	-0,01 [-0,20, 0,17]	0%		
Preocupación por el peso (12 meses)							
Total	2	1,420	FE	0,05 [-0,06, 0,15]	0%	NA	2,14 [-3,71, 7,99]
Por género							
- Chicas	1	473	FE	0,09 [-0,10, 0,28]	0	0,57	
- Chicos	1	841	FE	0,02 [-0,12, 0,16]	62 %		
Por tipo de intervención							
- Alfabetización mediática	1	809	FE	0,14 [-0,01, 0,28]	0%	0,11	

- Cognitivo conductual	1	106	FE	0,06 [-0,32, 0,45]	NA		
- Prevención de la obesidad	1	505	FE	-0,12 [-0,31, 0,07]	11 %		
Preocupación por la figura (post)							
Total	4	1,563	FE	0,08 [-0,03, 0,18]	0%	NA	0,41 [-0,55, 1,38]
Por género							
- Chicas	2	874	FE	0,12 [-0,04, 0,28]	0%	0,38	
- Chicos	2	526	FE	0,21 [0,06, 0,37]			
Por tipo de intervención							
- Alfabetización mediática	2	844	FE	0,12 [-0,02, 0,26]	0%	0,91	
- Cognitivo conductual	1	106	FE	-0,24 [-0,96, 0,48]	NA		
- Disonancia cognitiva	1	57	FE	-0,05 [-1,82, 1,71]	0%		
- Mejora de la autoestima	1	51	FE	0,10 [-0,24, 0,44]	0%		

- Prevención de la obesidad	1	505	FE	0,09 [-0,12, 0,30]	0%		
Preocupación por la figura (3 meses)							
Total	1	86	FE	-0,06 [-0,59, 0,47]	0%	NA	1,99 [-2,06, 6,05]
Por tipo de intervención							
- Alfabetización mediática	1	33	FE	-0,01 [-0,34, 0,32]	0%	0,85	
- Mejora de la autoestima	1	53	FE	-0,05 [-0,34, 0,24]	14 %		
Preocupación por la figura (6 meses)							
Total	2	1420	FE	0,06 [-0,05, 0,17]	0%	NA	-0,81 [-3,24, 1,61]
Por tipo de intervención							
- Alfabetización mediática	1	809	FE	0,10 [-0,05, 0,24]	0%	0,72	
- Cognitivo conductual	1	106	FE	0,02 [-0,36, 0,40]	NA		
- Prevención de la obesidad	1	505	FE	0,00 [-0,19, 0,19]	0%		
Preocupación por la figura (12 meses)							

Total	2	1420	FE	0,04 [-0,15, 0,07]	0%	NA	1,75 [-4,14, 7,65]
Por tipo de intervención							
- Alfabetización mediática	1	809	FE	0,13 [-0,01, 0,27]	0%	0,13	
- Cognitivo conductual	1	106	FE	-0,01 [-0,39, 0,37]	NA		
- Prevención de la obesidad	1	505	FE	-0,11 [-0,30, 0,08]	0%		
Insatisfacción corporal (post)							
Total	11	7348	RE	0,04 [-0,04, 0,12]	55%	NA	-1,49 [-2,76, -0,22]
Por género							
- Chicas	11	5090	RE	0,01 [-0,08, 0,10]	54%	0,32	
- Chicos	8	2258	RE	0,10 [-0,04, 0,23]	52%		
Por escala							
- BIS	1	368	RE	-0,00 [-0,21, 0,20]	0%	<0,00001	
- BSQ	1	141	RE	-0,92 [-1,28, -0,56]	0%		

- BSS	2	2619	RE	0,12 [0,00, 0,24]	54 %		
- EDI	7	42220	RE	0,05 [-0,01, 0,11]	0%		
Por tipo de intervención							
- Alfabetización mediática	4	3247	RE	0,16 [0,08, 0,24]	7%	<0,00001	
- Cognitivo conductual	1	141	RE	-0,92 [-1,28, -0,56]	0%		
- Prevención de la obesidad	2	619	RE	0,09 [-0,14, 0,32]	34 %		
- Mejora de la autoestima	1	470	RE	-0,09 [-0,27, 0,10]	NA		
- Multicomponente	4	2871	RE	0,01 [-0,06, 0,09]	0%		
Insatisfacción corporal (3 meses)							
Total	3	3215	RE	0,22 [-0,01, 0,44]	89 %	NA	-5,59 [-4,71, 15,88]
Por género							
- Chicas	2	1226	RE	0,23 [-0,15, 0,61]	89 %	0,77	

- Chicos	1	877	RE	0,33 [-0,22, 0,88]	93 %		
Por escala							
- BBS	1	1932	RE	0,33 [0,03, 0,64]	90 %	0,03	
- EDI	2	1283	RE	-0,03 [-0,14, 0,08]	0%		
Por tipo de intervención							
- Alfabetización mediática	1	1932	RE	0,33 [0,03, 0,64]	90 %	0,03	
- Multicomponente	2	1283	RE	-0,03 [-0,14, 0,08]	0%		
Insatisfacción corporal (6 meses)							
Total	5	2660	FE	0,04 [-0,04, 0,12]	40 %	NA	-2,03 [-3,44, -0,61]
Por género							
- Chicas	5	1527	FE	0,02 [-0,09, 0,12]	60 %	0,54	
- Chicos	5	1133	FE	0,07 [-0,05, 0,19]	0%		
Por escala							

- BSQ	1	141	FE	-0,72 [-1,08, -0,37]	3%	<0,00001	
- BSS	1	687	FE	0,03 [-0,12, 0,18]	0%		
- EDI	3	1832	FE	0,10 [0,00, 0,19]	0%		
Por tipo de intervención							
- Alfabetización mediática	3	1327	FE	0,04 [-0,04, 0,12]	0%	0,0003	
- Cognitivo conductual	3	1327	FE	0,04 [-0,04, 0,12]	0%		
- Prevención de la obesidad	3	1327	FE	0,04 [-0,04, 0,12]	0%		
- Multicomponente	3	1327	FE	0,04 [-0,04, 0,12]	0%		
Insatisfacción corporal (12 meses)							
Total	5	4829	FE	0,00 [-0,06, 0,06]	0%	NA	-0,27 [-0,99, 1,54]
Por género							
- Chicas	3	2632	FE	0,03 [-0,05, 0,11]	0%	0,48	

- Chicos	2	615	FE	-0,04 [-0,20, 0,13]	0%		
Por escala							
- EDI	5	4829	FE	0,00 [-0,06, 0,06]	0%	NA	
Por tipo de intervención							
- Alfabetización mediática	2	1097	FE	0,06 [-0,06, 0,18]	0%	0,59	
- Mejora de la autoestima	1	470	FE	-0,09 [-0,28, 0,09]	0%		
- Prevención de la obesidad	1	505	FE	-0,03 [-0,22, 0,16]	0%		
- Multicomponente	2	2757	FE	0,00 [-0,07, 0,08]	0%		
Obsesión por la delgadez (post)							
Total	4	2561	FE	-0,03 [-0,11, 0,05]	0%	NA	-0,26 [-1,11, 0,59]
Por género							
- Chicas	4	2424	FE	-0,03 [-0,11, 0,05]	0%	0,85	
- Chicos	1	137	FE	-0,06 [-0,40, 0,27]	0%		

Por tipo de intervención							
- Mejora de la autoestima	1	470	FE	-0,04 [-0,22, 0,14]	0%	0,92	
- Multicomponente	3	2091	FE	-0,03 [-0,12, 0,06]	0%		
Obsesión por la delgadez (3 meses)							
Total	3	1612	FE	-0,04 [-0,13, 0,06]	0%	NA	-0,26 [-2,14, 1,61]
Por género							
- Chicas	3	908	FE	-0,07 [-0,20, 0,06]	0%	0,5	
- Chicos	2	704	FE	0,00 [-0,15, 0,15]	0%		
Por tipo de intervención							
- Multicomponente	3	1612	FE	-0,04 [-0,13, 0,06]	0%	NA	
Obsesión por la delgadez (12 meses)							
Total	3	3290	FE	-0,02 [-0,09, 0,05]	0%	NA	-0,58 [-8,13, 6,96]
Por género							
- Chicas	1	566	FE	-0,08 [-0,25, 0,08]	NA	0,32	

- Chicos	1	600	FE	0,04 [-0,12, 0,20]	NA		
Por tipo de intervención							
- Mejora de la autoestima	1	470	FE	-0,02 [-0,20, 0,16]	NA	0,99	
- Multicomponente	2	2820	FE	-0,02 [-0,09, 0,06]	0%		
Autoestima (post)							
Total	12	5101	FE	0,01 [-0,04, 0,07]	0%	NA	0,16 [-0,45, 0,78]
Por género							
- Chicas	8	1613	FE	-0,00 [-0,11, 0,10]	13 %	0,56	
- Chicos	5	1319	FE	-0,04 [-0,16, 0,08]	0%		
Por escala							
- Children´s Self-Steem Inventory	1	120	FE	0,27 [-0,12, 0,66]	0%	0,39	
- Multidimensional Self-Concept Scale	1	1452	FE	0,04 [-0,06, 0,14]	0%		
- RSE	7	2783	FE	-0,02 [-0,11, 0,06]	0%		

- Self-Perception Profile for Adolescents	3	746	FE	0,04 [-0,11, 0,19]	0%		
Por tipo de intervención							
- Alfabetización mediática	5	3661	FE	0,00 [-0,07, 0,07]	4%	0,77	
- Cognitivo conductual	2	226	FE	0,14 [-0,13, 0,42]	0%		
- Disonancia cognitiva	1	57	FE	0,19 [-0,37, 0,75]	0%		
- Mejora la autoestima	2	521	FE	0,05 [-0,13, 0,23]	0%		
- Multicomponente	3	636	FE	-0,03 [-0,19, 0,13]	0%		
Autoestima (3 meses)							
Total	5	2529	FE	0,02 [-0,07, 0,10]	0%	NA	-0,30 [-0,89, 0,27]
Por género							
- Chicas	4	1301	FE	0,04 [-0,08, 0,16]	0%	0,68	
- Chicos	3	1038	FE	0,00 [-0,14, 0,14]	0%		
Por escala							

- RSE	3	2253	FE	0,03 [-0,07, 0,12]	0%	0,48	
- Self-Perception Profile for Adolescents	2	276	FE	-0,07 [-0,32, 0,18]	0%		
Por tipo de intervención							
- Alfabetización mediática	2	1842	FE	0,03 [-0,08, 0,13]	0%	0,93	
- Mejora de la autoestima	1	51	FE	0,08 [-0,68, 0,84]	0%		
- Multicomponente	3	636	FE	-0,01 [-0,16, 0,15]	0%		
Autoestima (6 meses)							
Total	5	2167	FE	0,03 [-0,05, 0,12]	0%	NA	0,60 [-0,13, 1,33]
Por género							
- Chicas	4	421	FE	0,06 [-0,14, 0,26]	0%	0,95	
- Chicos	2	294	FE	0,05 [-0,18, 0,28]	0%		
Por escala							
- Multidimensional Self-Concept Scale	1	1452	FE	0,02 [-0,08, 0,12]	NA	0,73	

- RSE	3	595	FE	0,03 [-0,13, 0,20]	0%		
- Self-Perception Profile for Adolescents	1	120	FE	0,18 [-0,20, 0,56]	0%		
Por tipo de intervención							
- Alfabetización mediática	3	1941	FE	0,03 [-0,06, 0,12]	0%	0,67	
- Cognitivo conductual	2	226	FE	0,09 [-0,18, 0,36]	0%		
Autoestima (12 meses)							
Total	4	865	FE	-0,07 [-0,20, 0,07]	0%	NA	-0,41 [-1,20, 0,47]
Por género							
- Chicas	2	248	FE	-0,08 [-0,33, 0,17]	0%	0,88	
- Chicos	1	146	FE	-0,11 [-0,43, 0,22]	NA		
Por escala							
- RSE	2	394	FE	-0,09 [-0,29, 0,11]	0%	0,79	
- Self-Perception Profile for Adolescents	1	471	FE	-0,05 [-0,24, 0,13]	NA		

Por tipo de intervención							
- Alfabetización mediática	1	288	FE	-0,09 [-0,32, 0,14]	0%	0,97	
- Cognitivo conductual	1	106	FE	-0,08 [-0,46, 0,30]	NA		
- Mejora de la autoestima	1	471	FE	-0,05 [-0,24, 0,13]	NA		
Estima corporal (post)							
Total	7	5112	FE	0,00 [-0,06, 0,06]	NA	0,95	0,25 [-0,70, 1,22]
Por género							
- Chicas	5	2025	FE	0,06 [-0,03, 0,16]	0%	0,11	
- Chicos	4	1445	FE	-0,06 [-0,17, 0,06]	0%		
Por escala							
- Body-Esteem Scale	5	2487	FE	0,00 [-0,08, 0,09]	0%	0,86	
- Experience of Embodiment Scale	1	1173	FE	0,03 [-0,09, 0,15]	0%		
- Multidimensional Self-Concept Scale	1	1452	FE	-0,02 [-0,12, 0,09]	0%		

Por tipo de intervención							
- Alfabetización mediática	3	3303	FE	-0,01 [-0,08, 0,06]	0%	0,65	
- Multicomponente	4	1809	FE	0,02 [-0,08, 0,12]	0%		
Estima corporal (3 meses)							
Total	6	3615	FE	0,01 [-0,06, 0,08]	0%	NA	0,07 [-1,34, 1,48]
Por género							
- Chicas	5	1999	FE	0,06 [-0,04, 0,15]	0%	0,21	
- Chicos	4	1426	FE	-0,04 [-0,15, 0,08]	0%		
Por escala							
- Body-Esteem Scale	5	2487	FE	0,01 [-0,07, 0,10]	0%	0,84	
- Experience of Embodiment Scale	1	1128	FE	-0,00 [-0,13, 0,12]	0%		
Por tipo de intervención							
- Alfabetización mediática	2	1851	FE	0,02 [-0,08, 0,12]	0%	0,79	

- Multicomponente	4	1764	FE	-0,00 [-0,10, 0,10]	0%		
Estima corporal (6 meses)							
Total	1	1452	FE	-0,00 [-0,11, 0,10]	0%	NA	NA
Por escala							
- Multidimensional Self-Concept Scale	1	1452	FE	-0,00 [-0,11, 0,10]	NA	NA	
Por tipo de intervención							
- Alfabetización mediática	1	1452	FE	-0,00 [-0,11, 0,10]	NA	NA	
Estima corporal (12 meses)							
Total	1	855	FE	0,14 [-0,00, 0,28]	20 %	NA	NA
Por género							
- Chicas	1	648	FE	0,19 [0,02, 0,36]	NA	0,26	
- Chicos	1	207	FE	0,01 [-0,27, 0,28]	NA		
Por escala							
- Experience of Embodiment Scale	1	855	FE	0,14 [-0,00, 0,28]	20 %	NA	

Por tipo de intervención							
- Multicomponente	1	855	FE	0,14 [-0,00, 0,28]	20 %	NA	
Actitudes socioculturales (post)							
Total	4	1317	FE	-0,02 [-0,13, 0,10]	0%	NA	-0,67 [-2,14, 0,79]
Por género							
- Chicas	3	633	FE	-0,05 [-0,21, 0,11]	18 %	0,49	
- Chicos	3	630	FE	0,03 [-0,13, 0,19]	0%		
Por escala							
- SATAQ	3	1176	FE	-0,02 [-0,14, 0,10]	0%	0,91	
- MMIS	1	144	FE	0,00 [-0,33, 0,33]	0%		
Por tipo de intervención							
- Alfabetización mediática	1	144	FE	0,00 [-0,33, 0,33]	0%	0,81	
- Disonancia cognitiva	1	57	FE	-0,20 [-0,76, 0,36]	0%		

- Multicomponente	2	1119	FE	-0,01 [-0,13, 0,11]	0%		
Actitudes socioculturales (3 meses)							
Total	2	694	FE	-0,04 [-0,19, 0,11]	12 %	NA	-1,66 [-9,39, 6,07]
Por género							
- Chicas	2	348	FE	-0,14 [-0,36, 0,07]	0%	0,16	
- Chicos	2	345	FE	0,07 [-0,14, 0,29]	27 %		
Por escala							
- SATAQ	1	550	FE	0,00 [-0,17, 0,17]	0%	0,31	
- MMSI	1	144	FE	-0,19 [-0,52, 0,14]	12 %		
Por tipo de intervención							
- Alfabetización mediática	1	144	FE	-0,19 [-0,52, 0,14]	0%	0,31	
- Multicomponente	1	550	FE	0,00 [-0,17, 0,17]	58 %		
Actitudes socioculturales (6 meses)							

Total	1	688	FE	-0,07 [-0,22, 0,08]	0%	NA	NA
Por género							
- Chicas	1	344	FE	-0,06 [-0,27, 0,16]	NA	0,9	
- Chicos	1	344	FE	-0,07 [-0,29, 0,14]	NA		
Por escala							
- SATAQ	1	688	FE	-0,07 [-0,22, 0,08]	0%	NA	
Por tipo de intervención							
- Multicomponente	1	688	FE	-0,07 [-0,22, 0,08]	0%	NA	
Internalización del ideal de belleza (post)							
Total	7	5237	FE	0,12 [0,06, 0,17]	29 %	NA	0,97 [-0,25, 2,19]
Por género							
- Chicas	6	2005	FE	0,09 [0,00, 0,19]	0%	0,07	
- Chicos	6	1700	FE	0,22 [0,12, 0,33]	50 %		
Por escala							

- MMSI	1	144	FE	0,07 [-0,26, 0,39]	0%	0,76	
- SATAQ	6	5093	FE	0,12 [0,06, 0,18]	37 %		
Por tipo de intervención							
- Alfabetización mediática	6	4618	FE	0,12 [0,05, 0,18]	39 %	0,99	
- Prevención de la obesidad	2	619	FE	0,12 [-0,05, 0,29]	0%		
Internalización del ideal de belleza (3 meses)							
Total	3	3017	FE	-0,01 [-0,09, 0,07]	0%	NA	-0,63 [-3,42, 2,14]
Por género							
- Chicas	3	1534	FE	-0,02 [-0,13, 0,09]	51 %	0,8	
- Chicos	3	1483	FE	-0,00 [-0,11, 0,11]	0%		
Por escala							
- MMSI	1	144	FE	-0,19 [-0,52, 0,14]	54 %	0,29	
- SATAQ	2	2873	FE	-0,00 [-0,08, 0,08]	0%		

Por tipo de intervención							
- Alfabetización mediática	2	1851	FE	0,01 [-0,09, 0,12]	4%	0,49	
- Multicomponente	1	1166	FE	-0,04 [-0,16, 0,07]	0%		
Internalización del ideal de belleza (6 meses)							
Total	4	3283	RE	0,16 [0,05, 0,28]	47 %	NA	1,55 [-0,12, 3,23]
Por género							
- Chicas	3	1102	RE	0,13 [0,01, 0,26]	0%	0,16	
- Chicos	3	729	RE	0,30 [0,10, 0,50]	37 %		
Por escala							
- SATAQ	4	3283	RE	0,16 [0,05, 0,28]	47 %	NA	
Por tipo de intervención							
- Alfabetización mediática	4	2779	RE	0,18 [0,03, 0,32]	57 %	0,75	
- Prevención de la obesidad	1	504	RE	0,14 [-0,05, 0,33]	0%		
Internalización del ideal de belleza (12 meses)							

Total	3	2768	FE	0,06 [-0,01, 0,14]	27 %	NA	2,94 [0,89, 5,02]
Por género							
- Chicas	3	1587	FE	0,02 [-0,09, 0,12]	0%	0,15	
- Chicos	3	1181	FE	0,13 [0,01, 0,24]	36 %		
Por escala							
- SATAQ	3	2768	FE	0,06 [-0,01, 0,14]	27 %	NA	
Por tipo de intervención							
- Alfabetización mediática	2	1097	FE	0,18 [0,06, 0,30]	0%	0,75	
- Multicomponente	1	1166	FE	-0,03 [-0,14, 0,08]	0%		
- Prevención de la obesidad	1	505	FE	0,03 [-0,16, 0,22]	0%		
Presión percibida por los medios de comunicación (post)							
Total	2	1889	FE	0,06 [-0,04, 0,16]	0%	NA	-0,40 [-5,93, 4,93]
Por género							

- Chicas	1	367	FE	-0,03 [-0,36, 0,30]	NA	0,77	
- Chicos	1	70	FE	0,06 [-0,42, 0,53]	NA		
Por escala							
- SATAQ	1	1452	FE	0,07 [-0,03, 0,17]	NA	0,63	
- MMSI	1	437	FE	-0,00 [-0,27, 0,27]	0%		
Por tipo de intervención							
- Alfabetización mediática	2	1889	FE	0,06 [-0,04, 0,16]	0%	0,22	
Presión percibida por los medios de comunicación (3 meses)							
Total	2	1256	FE	-0,07 [-0,18, 0,04]	0%	NA	-0,40 [-5,93, 4,93]
Por género							
- Chicas	1	74	FE	-0,24 [-0,69, 0,22]	NA	0,44	
- Chicos	1	70	FE	0,02 [-0,45, 0,50]	NA		
Por escala							

- SATAQ	1	1112	FE	-0,06 [-0,18, 0,06]	NA	0,79	
- MMSI	1	144	FE	-0,11 [-0,44, 0,22]	0%		
Por tipo de intervención							
- Alfabetización mediática	2	144	FE	-0,11 [-0,44, 0,22]	0%	0,79	
- Multicomponente	1	1112	FE	-0,06 [-0,18, 0,06]	0%		
Presión percibida por los medios de comunicación (6 meses)							
Total	1	1452	FE	-0,03 [-0,13, 0,08]	NA	NA	NA
Por escala							
- SATAQ	1	1452	FE	-0,03 [-0,13, 0,08]	NA	NA	
Por tipo de intervención							
- Alfabetización mediática	1	1452	FE	-0,03 [-0,13, 0,08]	NA	NA	
Presión percibida por los medios de comunicación (12 meses)							
Total	1	1112	FE	-0,07 [-0,18, 0,05]	NA	NA	NA
Por escala							

- SATAQ	1	1112	FE	-0,07 [-0,18, 0,05]	NA	NA	
Por tipo de intervención							
- Multicomponente	1	1112	FE	-0,07 [-0,18, 0,05]	NA	NA	
Calidad de vida (post)							
Total	1	1173	FE	-0,08 [-0,38, 0,23]	0%	NA	NA
Por género							
- Chicas	1	783	FE	-0,22 [-0,37, -0,07]	NA	0,02	
- Chicos	1	390	FE	0,09 [-0,12, 0,30]	NA		
Calidad de vida (3 meses)							
Total	1	1158	FE	-0,06 [-0,36, 0,24]	0%	NA	NA
Por género							
- Chicas	1	787	FE	-0,21 [-0,36, -0,06]	NA	0,02	
- Chicos	1	371	FE	0,10 [-0,11, 0,31]	NA		
Calidad de vida (12 meses meses)							

Total	1	925	FE	0,05 [-0,09, 0,18]	0%	NA	NA
Por género							
- Chicas	1	648	FE	0,00 [-0,16, 0,17]	NA	0,35	
- Chicos	1	277	FE	0,15 [-0,11, 0,40]	NA		
Estado de salud (post)							
Total	1	1170	FE	0,00 [-0,18, 0,19]	0%	NA	NA
Por género							
- Chicas	1	783	FE	-0,08 [-0,23, 0,07]	NA	0,15	
- Chicos	1	390	FE	0,11 [-0,10, 0,33]	NA		
Estado de salud (3 meses)							
Total	1	1161	FE	-0,10 [-0,22, 0,02]	0%	NA	NA
Por género							
- Chicas	1	787	FE	-0,10 [-0,25, 0,05]	NA	0,97	

- Chicos	1	374	FE	-0,10 [-0,31, 0,12]	NA		
Estado de salud (12 meses)							
Total	1	925	FE	-0,00 [-0,14, 0,14]	0%	NA	NA
Por género							
- Chicas	1	648	FE	-0,02 [-0,18, 0,15]	NA	0,72	
- Chicos	1	277	FE	0,04 [-0,22, 0,29]	NA		

ChEAT: *Children's Eating Attitudes Test*; ChEDE-Q: *Child Eating Disorder Examination Questionnaire*; DME: diferencia de medias estandarizada (*standardized mean difference*); EAT: *Eating Attitudes Test*; EDE-Q: *Eating Disorder Examination-self-report questionnaire*; FE: efectos fijos (*fixed effects*); K: número de estudios incluidos en el meta-analisis; MMSI: *Multidimensional Media Influence Scale*; N: número de participantes; NA: no aplica; NI: no informa; RE: efectos aleatorios (*random effects);* SATAQ: *Sociocultural Attitudes Towards Appearance Questionnaire*; SCOFF: *Sick, Control, One, Fat, Food questionnaire*.

Figura 18. Funnel plot – potencial sesgo de publicación: Insatisfacción corporal (postintervención)

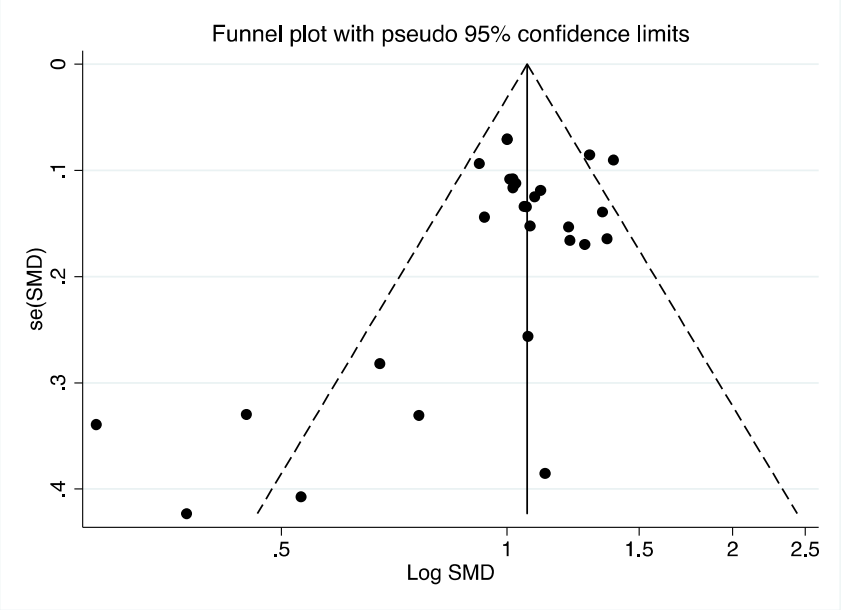


Figura 19. Funnel plot – potencial sesgo de publicación: Insatisfacción corporal (6 meses)

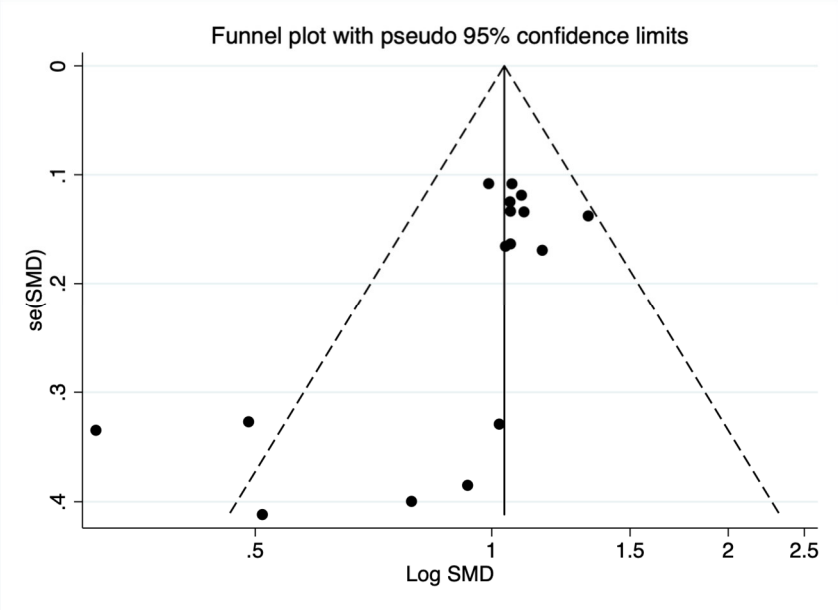
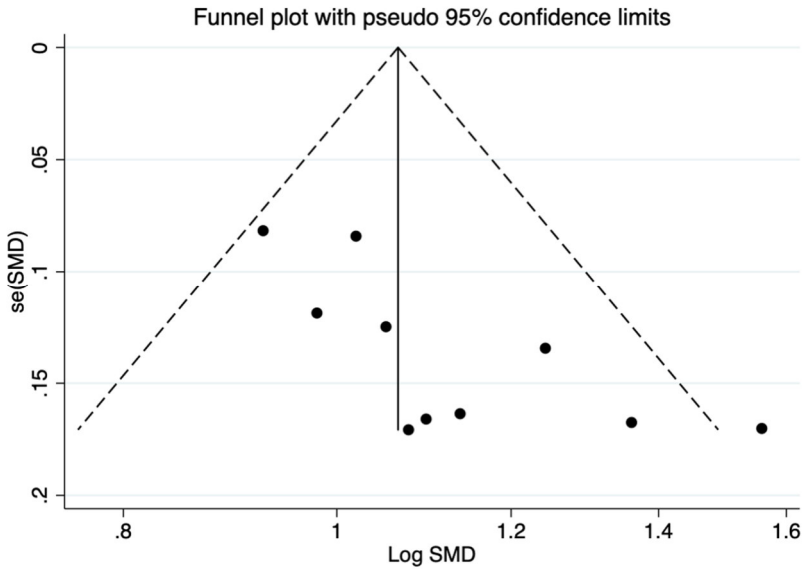


Figura 20. Funnel plot – potencial sesgo de publicación: Internalización del ideal de belleza (12 meses)



Anexo 12. Perfiles de evidencia GRADE

Programa de prevención universal de los TCA vs. atención habitual/grupo control en niños, niñas, preadolescentes y adolescentes (menores de 18 años) escolarizados

Evaluación de la evidencia							№ de escolares		Efecto		Certeza	Importancia
№ de estudios	**Diseño de estudio**	**Riesgo de sesgo**	**Inconsistencia**	**Evidencia indirecta**	**Imprecisión**	**Otras consideraciones**	**Prevención de los TCA**	**Grupo control**	**Relativo (95% CI)**	**Absoluto (95% CI)**		
Síntomas TCA (seguimiento: post; evaluado con: EAT o su versión para niños ChEAT, EDE-Q y/o SCOFF)												
7	ECA	serio [a]	serio [b]	no es serio	serio [c]	ninguno	2548	1618	-	SMD **0,14 menor** (0,29 menor a 0)	⊕◯◯◯ MUY BAJA	CRÍTICO
Síntomas TCA (seguimiento: rango 2 meses a 3 meses; evaluado con: EAT o su versión para niños ChEAT, EDE-Q y/o SCOFF)												
3	ECA	serio [d]	no es serio	no es serio	serio [c]	ninguno	2005	1143	-	SMD **0,03 menor** (0,1 menor a 0,05 más alto)	⊕⊕◯◯ BAJA	CRÍTICO
Síntomas TCA: 6 meses (seguimiento: media 6 meses; evaluado con: EAT o su versión para niños ChEAT, EDE-Q y/o SCOFF)												

4	ECA	serio [e]	no es serio	no es serio	serio [c]	ninguno	1074	1053	-	SMD **0,06 menor** (0,15 menor a 0,02 más alto)	⊕⊕○○ BAJA	CRÍTICO
Síntomas TCA: 12 meses (seguimiento: media 6 semanas; evaluado con: EAT o su versión para niños ChEAT, EDE-Q y/o SCOFF)												
2	ECA	serio [f]	no es serio	no es serio	serio [c]	ninguno	678	700	-	SMD **0,04 menor** (0,14 menor a 0,07 más alto)	⊕⊕○○ BAJA	CRÍTICO
Preocupación por el peso (seguimiento: post; evaluado con: EDE-Q)												
4	ECA	serio [g]	no es serio	no es serio	no es serio	ninguno	1001	562	-	SMD **0,12 más alto** (0,02 más alto a 0,23 más alto)	⊕⊕⊕○ MODERADO	CRÍTICO
Preocupación por el peso (seguimiento: 3 meses; evaluado con: EDE-Q)												
1	ECA	serio [h]	no es serio [i]	no es serio	serio [c]	ninguno	68	18	-	SMD **0,16 menor** (0,68 menor a 0,37 más alto)	⊕⊕○○ BAJA	CRÍTICO

Preocupación por el peso (seguimiento: 6 meses; evaluado con: EDE-Q)												
2	ECA	serio [j]	no es serio	no es serio	serio [c]	ninguno	896	524	-	SMD **0,04 menor** (0,15 menor a 0,07 más alto)	⊕⊕○○ BAJA	CRÍTICO
Preocupación por el peso (seguimiento: 12 meses; evaluado con: EDE-Q)												
2	ECA	serio [j]	no es serio	no es serio	serio [c]	ninguno	896	524	-	SMD **0,05 más alto** (0,06 menor a 0,15 más alto)	⊕⊕○○ BAJA	CRÍTICO
Preocupación por la figura (seguimiento: post; evaluado con: EDE-Q)												
4	ECA	serio [g]	no es serio	no es serio	serio [c]	ninguno	1001	562	-	SMD **0,08 más alto** (0,03 menor a 0,18 más alto)	⊕⊕○○ BAJA	CRÍTICO
Preocupación por la figura (seguimiento: 3 meses; evaluado con: EDE-Q)												
1	ECA	serio [h]	no es serio	no es serio	serio [c]	ninguno	68	18	-	SMD **0,06 menor** (0,59 menor a	⊕⊕○○ BAJA	CRÍTICO

										0,47 más alto)		
Preocupación por la figura (seguimiento: 6 meses; evaluado con: EDE-Q)												
2	ECA	serio [j]	no es serio	no es serio	serio [c]	ninguno	896	524	-	SMD **0,06 más alto** (0,05 menor a 0,17 más alto)	⊕⊕◯◯ BAJA	CRÍTICO
Preocupación por la figura (seguimiento: 12 meses; evaluado con: EDE-Q)												
2	ECA	serio [f]	no es serio	no es serio	serio [c]	ninguno	896	524	-	SMD **0,04 más alto** (0,07 menor a 0,15 más alto)	⊕⊕◯◯ BAJA	CRÍTICO
Insatisfacción corporal (seguimiento: post; evaluado con: EDI)												
11	ECA	serio [k]	serio [l]	no es serio	serio [c]	sospecha sesgo de publicación [m]	4352	2996	-	SMD **0,04 más alto** (0,04 menor a 0,12 más alto)	⊕◯◯◯ MUY BAJA	CRÍTICO
Insatisfacción corporal (seguimiento: rango 2 meses a 3 meses; evaluado con: EDI)												
3	ECA	serio [n]	serio [o]	no es serio	serio [c]	ninguno	1932	1283	-	SMD **0,22 más alto**	⊕◯◯◯ MUY BAJA	CRÍTICO

										(0,01 menor a 0,44 más alto)		
Insatisfacción corporal (seguimiento: 6 meses; evaluado con: EDI)												
5	ECA	serio [p]	no es serio	no es serio	serio [c]	sospecha sesgo de publicación [q]	1491	1169	-	SMD **0,04 más alto** (0,04 menor a 0,12 más alto)	⊕◯◯◯ MUY BAJA	CRÍTICO
Insatisfacción corporal (seguimiento: 12 meses; evaluado con: EDI)												
5	ECA	serio [r]	no es serio	no es serio	serio [c]	ninguno	2773	2056	-	SMD **0** (0,06 menor a 0,06 más alto)	⊕⊕◯◯ BAJA	CRÍTICO
Obsesión por la delgadez (seguimiento: post; evaluado con: EDI)												
4	ECA	serio [s]	no es serio	no es serio	serio [c]	ninguno	1479	1082	-	SMD **0,03 menor** (0,11 menor a 0,05 más alto)	⊕⊕◯◯ BAJA	CRÍTICO
Obsesión por la delgadez (seguimiento: 3 meses; evaluado con: EDI)												
3	ECA	serio [t]	no es serio	no es serio	serio [c]	ninguno	809	803	-	SMD **0,04 menor**	⊕⊕◯◯ BAJA	CRÍTICO

										(0,13 menor a 0,06 más alto)		
Obsesión por la delgadez (seguimiento: 12 meses; evaluado con: EDI)												
3	ECA	serio [u]	no es serio	no es serio	serio [c]	ninguno	1815	1475	-	SMD **0,02 menor** (0,09 menor a 0,05 más alto)	⊕⊕○○ BAJA	CRÍTICO
Autoestima (seguimiento: post; evaluado con: RSE, Self-Perception Profile for Adolescents, Multidimensional Self-Concept Scale y Children's Self-Esteem Inventory)												
12	ECA	serio [v]	no es serio	no es serio	serio [c]	ninguno	3089	2012	-	SMD **0,01 más alto** (0,04 menor a 0,07 más alto)	⊕⊕○○ BAJA	CRÍTICO
Autoestima (seguimiento: 3 meses; evaluado con: RSE y Self-Perception Profile for Adolescents)												
5	ECA	serio [w]	no es serio	no es serio	serio [c]	ninguno	1781	748	-	SMD **0,02 más alto** (0,07 menor a 0,1 más alto)	⊕⊕○○ BAJA	CRÍTICO
Autoestima (seguimiento: 6 meses; evaluado con: RSE, Self-Perception Profile for Adolescents y Multidimensional Self-Concept Scale)												

5	ECA	serio [x]	no es serio	no es serio	serio [c]	ninguno	1087	1080	-	SMD **0,03 más alto** (0,05 menor a 0,12 más alto)	⊕⊕◯◯ BAJA	CRÍTICO
Autoestima (seguimiento: 12 meses; evaluado con: RSE y Self-Perception Profile for Adolescents)												
3	ECA	serio [y]	no es serio	no es serio	serio [c]	ninguno	456	409	-	SMD **0,07 menor** (0,2 menor a 0,07 más alto)	⊕⊕◯◯ BAJA	CRÍTICO
Estima corporal (seguimiento: post; evaluado con: Body-Esteem Scale, Experience of Embodiment Scale y la subescala relacionada con el cuerpo de la Multidimensional Self-Concept Scale)												
7	ECA	serio [z]	no es serio	no es serio	serio [c]	ninguno	3209	1903	-	SMD **0** (0,06 menor a 0,06 más alto)	⊕⊕◯◯ BAJA	CRÍTICO
Estima corporal (seguimiento: rango 2 meses a 3 meses; evaluado con: Body-Esteem Scale y Experience of Embodiment Scale)												
6	ECA	serio [aa]	no es serio	no es serio	serio [c]	ninguno	2467	1148	-	SMD **0,01 más alto** (0,06 menor a 0,08 más alto)	⊕⊕◯◯ BAJA	CRÍTICO
Estima corporal (seguimiento: 6 meses; evaluado con: subescala relacionada con el cuerpo de la Multidimensional Self-Concept Scale)												

1	ECA	serio [ab]	no es serio [i]	no es serio	serio [c]	ninguno	724	728	-	SMD **0** (0,11 menor a 0,1 más alto)	⊕⊕○○ BAJA	CRÍTICO
Estima corporal (seguimiento: 12 meses; evaluado con: Experience of Embodiment Scale)												
1	ECA	serio [ac]	no es serio [i]	no es serio	serio [c]	ninguno	564	291	-	SMD **0,14 más alto** (0 a 0,28 más alto)	⊕⊕○○ BAJA	CRÍTICO
Actitudes socioculturales (seguimiento: post; evaluado con: SATAQ y Multi-dimensional Media Influence Scale)												
4	ECA	serio [ad]	no es serio	no es serio	serio [c]	ninguno	748	572	-	SMD **0,02 menor** (0,13 menor a 0,1 más alto)	⊕⊕○○ BAJA	IMPORTANTE
Actitudes socioculturales (seguimiento: 3 meses; evaluado con: SATAQ y Multi-dimensional Media Influence Scale)												
2	ECA	serio [ae]	no es serio	no es serio	serio [c]	ninguno	393	301	-	SMD **0,04 menor** (0,19 menor a 0,11 más alto)	⊕⊕○○ BAJA	IMPORTANTE
Actitudes socioculturales (seguimiento: 6 meses; evaluado con: SATAQ)												
1	ECA	serio [af]	no es serio [i]	no es serio	serio [c]	ninguno	318	370	-	SMD **0,07**	⊕⊕○○ BAJA	IMPORTANTE

										menor (0,22 menor a 0,08 más alto)		
Calidad de vida (seguimiento: post; evaluado con: KIDSCREEN-10)												
1	ECA	serio [ac]	no es serio [i]	no es serio	serio [c]	ninguno	793	380	-	SMD **0,08 menor** (0,38 menor a 0,23 más alto)	⊕⊕◯◯ BAJA	IMPORTANTE
Calidad de vida (seguimiento: 3 meses; evaluado con: KIDSCREEN-10)												
1	ECA	serio [ac]	serio [i]	no es serio	serio [c]	ninguno	775	383	-	SMD **0,06 menor** (0,36 menor a 0,24 más alto)	⊕◯◯◯ MUY BAJA	IMPORTANTE
Calidad de vida (seguimiento: 12 meses; evaluado con: KIDSCREEN-10)												
1	ECA	serio [ac]	no es serio [i]	no es serio	serio [c]	ninguno	634	291	-	SMD **0,05 más alto** (0,09 menor a 0,18 más alto)	⊕⊕◯◯ BAJA	IMPORTANTE

CI: Intervalo de confianza ; SMD: Diferencia media estandarizada
Explicaciones

a. Dos estudios no describieron el método de aleatorización y otros dos presentan un alto riesgo de sesgo. En general, la ocultación de la asignación no se realizó o no fue descrita. En el dominio correspondiente al cegamiento de los participantes y el personal, la totalidad de los estudios incluidos tiene un alto riesgo de sesgo. En un estudio no se puede valorar el sesgo de desgaste y en cinco el sesgo de notificación.
b. Aunque existe heterogeneidad estadística (I^2 69%); se explica por el efecto diferencial en chicos y chicas (I^2 = 79,2%), así como de los distintos tipos de intervenciones (I^2 = 79,2%). Las chicas en las que se aplicó un programa de prevención universal disminuyeron ligeramente los síntomas de TCA tras la intervención (SMD= -0,39; IC95%: -0,69, -0,10; I^2= 80%); mientras que no se observa este efecto en los chicos. Solo las estrategias multicomponente redujeron ligeramente los niveles de síntomas de TCA (SMD= -0,30; IC95%: -0,46, -0,14; I^2= 0%).
c. El IC 95% sobrepasa el no efecto.
d. Dos estudios no describieron el método de aleatorización. La ocultación de la asignación no se realizó o no fue descrita. En el dominio correspondiente al cegamiento de los participantes y el personal, la totalidad de los estudios tiene un alto riesgo de sesgo. En un estudio no se puede valorar el sesgo de desgaste y en dos el sesgo de notificación.
e. Dos estudios no describieron el método de aleatorización y uno presenta un alto riesgo de sesgo. La ocultación de la asignación no se realizó o no fue descrita. En el dominio correspondiente al cegamiento de los participantes y el personal, la totalidad de los estudios incluidos tiene un alto riesgo de sesgo. Un estudio presenta alto riesgo en el sesgo de desgaste. En tres estudio no se puede valorar el sesgo de notificación.
f. Un estudio no describió el método de aleatorización y el otro presenta un alto riesgo de sesgo. La ocultación de la asignación no fue descrita o no se llevó a cabo. En los dominios correspondientes al cegamiento ambos estudios tienen un alto riesgo de sesgo. No se pudo valorar el sesgo de notificación en ambos.
g. Un estudio no describió el método de aleatorización y los otros tres presentan un alto riesgo de sesgo. En general, la ocultación de la asignación no se realizó o no fue descrita. En el dominio correspondiente al cegamiento de los participantes y el personal, la totalidad de los estudios incluidos tiene un alto riesgo de sesgo. No se pudo valorar el sesgo de desgaste en tres estudios y en los cuatro el sesgo de notificación.
h. El estudio presenta alto riesgo de sesgo en todos los dominios, excepto en el sesgo de desgaste y el sesgo de notificación que no pudieron ser valorados.
i. No aplica.
j. Un estudio no describió el método de aleatorización y el otro presenta un alto riesgo de sesgo. La ocultación de la asignación no fue descrita. En los dominios correspondientes al cegamiento ambos estudios tienen un alto riesgo de sesgo. No se pudo valorar el sesgo de desgaste en un estudio y el sesgo de notificación en ambos.
k. En cinco estudios no describió el método de aleatorización y uno presenta un alto riesgo de sesgo. En general, la ocultación de la asignación no se realizó o no fue descrita. En el dominio correspondiente al cegamiento de los participantes y el personal, la totalidad de los estudios incluidos tiene un alto riesgo de sesgo. En tres estudio no se puede valorar el sesgo de desgaste y tres presentan alto riesgo y en siete estudios no se puede evaluar el sesgo de notificación.
l. Existe heterogeneidad (I^2= 55%). Por intervención, se observan que mientras que los programas de prevención de la obesidad y multicomponente, no muestran efectos sobre los niveles de insatisfacción corporal; el programa cognitivo conductual muestra una mejora en el grupo de intervención (SMD= -0,92; IC95%: -1,28, -0,56; I^2= 0%), el programa de alfabetización mediática un empeoramiento (SMD= 0,16; IC95%: 0,08, 0,24; I^2= 7%).
m. Test de Egger (P= 0,02)
n. Un estudio no describió el método de aleatorización. No se describe o realiza la ocultación de la asignación. En los dominios correspondiente al cegamiento, los estudios tienen un alto riesgo de sesgo. En un estudios no se puede evaluar el sesgo de notificación.
o. Heterogeneidad muy alta (I^2= 89%). En el análisis realizado intervención, se observan que mientras que los programas de prevención de la obesidad y multicomponente, no muestran efectos sobre los niveles de insatisfacción corporal; el programa de alfabetización mediática un empeoramiento (SMD= 0,33; IC95%: 0,03, 0,64; I^2= NA).
p. Tres estudios no describieron el método de aleatorización. La ocultación de la asignación no fue descrita. En los dominios correspondiente al cegamiento, la totalidad de los estudios incluidos tiene un alto riesgo de sesgo. No se pudo valorar el sesgo de desgaste o los estudios presentan alto riesgo. En dos estudios no se puede evaluar el sesgo de notificación.
q. Test de Egger (P= 0,01)
r. Dos estudios no describieron el método de aleatorización. La ocultación de la asignación no fue descrita. En los dominios correspondiente al cegamiento, la totalidad de los estudios incluidos tiene un alto riesgo de sesgo. No se pudo valorar el sesgo de desgaste o los estudios presentan alto riesgo. En dos estudios no se puede evaluar el sesgo de notificación.

s. Un estudio no describió el método de aleatorización y otro presenta un alto riesgo de sesgo. La ocultación de la asignación no fue descrita o no se llevó a cabo. En los dominios correspondientes al cegamiento ambos estudios tienen un alto riesgo de sesgo. No se pudo valorar el sesgo de desgaste en un estudio y el sesgo de notificación en tres de ellos.
t. En dos estudios no describió el método de aleatorización. La ocultación de la asignación no fue descrita o no se llevó a cabo. En los dominios correspondientes al cegamiento ambos estudios tienen un alto riesgo de sesgo. No se pudo valorar el sesgo de desgaste en un estudio y el sesgo de notificación en dos de ellos.
u. En un estudio no describió el método de aleatorización y otro presenta un alto riesgo de sesgo. La ocultación de la asignación no fue descrita o no se llevó a cabo. En los dominios correspondientes al cegamiento ambos estudios tienen un alto riesgo de sesgo. No se pudo valorar el sesgo de notificación en ninguno de ellos.
v. Cinco estudios no describieron el método de aleatorización y cuatro presentan un alto riesgo de sesgo. En general, la ocultación de la asignación no se realizó o no fue descrita. En el dominio correspondiente al cegamiento de los participantes y el personal, la totalidad de los estudios incluidos tiene un alto riesgo de sesgo. En tres estudios no se puede valorar el sesgo de desgaste y uno presenta alto riesgo de sesgo. En seis estudios existe incertidumbre en el sesgo de notificación.
w. Dos estudios no describieron el método de aleatorización y uno presenta un alto riesgo de sesgo. En general, la ocultación de la asignación no se realizó o no fue descrita. En el dominio correspondiente al cegamiento de los participantes y el personal, la totalidad de los estudios incluidos tiene un alto riesgo de sesgo. En dos estudios no se puede valorar el sesgo de desgaste y en tres el sesgo de notificación.
x. Tres estudios no describieron el método de aleatorización y uno presenta un alto riesgo de sesgo. La ocultación de la asignación no se realizó o no fue descrita. En el dominio correspondiente al cegamiento de los participantes y el personal, la totalidad de los estudios incluidos tiene un alto riesgo de sesgo. En un estudio no se puede valorar el sesgo de desgaste y uno presenta alto riesgo de sesgo. En dos estudios existe incertidumbre en el sesgo de notificación.
y. En un estudio no describió el método de aleatorización y dos presentan un alto riesgo de sesgo. La ocultación de la asignación no fue descrita o no se llevó a cabo. En los dominios correspondientes al cegamiento ambos estudios tienen un alto riesgo de sesgo. No se pudo valorar el sesgo de desgaste en un estudio y el sesgo de notificación en dos de ellos.
z. En tres estudios no describió el método de aleatorización. La ocultación de la asignación no se realizó o no fue descrita. En el dominio correspondiente al cegamiento de los participantes y el personal, la totalidad de los estudios incluidos tiene un alto riesgo de sesgo. En dos estudio no se puede valorar el sesgo de desgaste y en cuatro el sesgo de notificación.
aa. Tres estudios no describieron el método de aleatorización y uno presenta un alto riesgo de sesgo. La ocultación de la asignación no se realizó o no fue descrita. En el dominio correspondiente al cegamiento de los participantes y el personal, la totalidad de los estudios incluidos tiene un alto riesgo de sesgo. En dos estudios no se puede valorar el sesgo de desgaste y uno presenta alto riesgo de sesgo. En cuatro estudios existe incertidumbre en el sesgo de notificación.
ab. El estudio presenta incertidumbre o alto riesgo de sesgo en todos los dominios, excepto en el sesgo de desgaste y el sesgo de notificación.
ac. El estudio presenta incertidumbre o alto riesgo de sesgo en todos los dominios.
ad. Dos estudios no describieron el método de aleatorización y uno presenta un alto riesgo de sesgo. La ocultación de la asignación no se realizó o no fue descrita. En el dominio correspondiente al cegamiento de los participantes y el personal, la totalidad de los estudios incluidos tiene un alto riesgo de sesgo. Dos estudio presentan alto riesgo en el sesgo de desgaste y en uno no se pudo valorar. No se puede valorar el sesgo de notificación en ningún estudio.
ae. Los estudios presentan alto riesgo de sesgo o incertidumbre en todos los dominios.
af. La ocultación de la asignación no se realizó . En los dominios correspondiente al cegamiento y desgaste presenta alto riesgo de sesgo. No se puede valorar el sesgo de notificación.

Programa multicomponente vs. con atención habitual/grupo control en niños, preadolescentes y adolescentes (menores de 18 años) escolarizados para la prevención universal de los TCA

Evaluación de la evidencia							№ de escolares		Efecto		Certeza	Importancia
№ de estudios	**Diseño de estudio**	**Riesgo de sesgo**	**Inconsistencia**	**Evidencia indirecta**	**Imprecisión**	**Otras consideraciones**	**Estrategias multicomponente**	**Grupo control**	**Relativo (95% CI)**	**Absoluto (95% CI)**		
Síntomas TCA (seguimiento: post; evaluado con : EAT o su versión para niños (ChEAT), EDE-Q y/o SCOFF)												
2	ECA	serio [a]	no es serio	no es serio	no es serio	ninguno	316	302	-	SMD **0,3 menor** (0,46 menor a 0,14 menor)	⊕⊕⊕◯ MODERADO	CRÍTICO
Síntomas TCA: 2-3 meses - Multicomponente (seguimiento: rango 2 a 3 meses ; evaluado con : EAT o su versión para niños (ChEAT), EDE-Q y/o SCOFF)												
2	ECA	serio [b]	no es serio	no es serio	serio [c]	ninguno	725	716	-	SMD **0,05 menor** (0,15 menor a 0,06 más alto)	⊕⊕◯◯ BAJA	CRÍTICO
Síntomas TCA (seguimiento: 6 meses ; evaluado con : EAT o su versión para niños (ChEAT), EDE-Q y/o SCOFF)												
1	ECA	serio [d]	no es serio [e]	no es serio	serio [c]	ninguno	159	184	-	SMD **0,16 menor**	⊕⊕◯◯ BAJA	CRÍTICO

										(0,37 menor a 0,06 más alto)		
Síntomas TCA (seguimiento: 12 meses ; evaluado con : EAT o su versión para niños (ChEAT), EDE-Q y/o SCOFF)												
1	ECA	serio [f]	no es serio [e]	no es serio	serio [c]	ninguno	568	598	-	SMD **0,03 menor** (0,15 menor a 0,08 más alto)	⊕⊕◯◯ BAJA	CRÍTICO
Insatisfacción corporal (seguimiento: post; evaluado con : EDI)												
4	ECA	serio [g]	no es serio	no es serio	serio [c]	ninguno	1565	1306	-	SMD **0,01 más alto** (0,06 menor a 0,09 más alto)	⊕⊕◯◯ BAJA	CRÍTICO
Insatisfacción corporal (seguimiento: rango 2 a 3 meses ; evaluado con : EDI)												
2	ECA	serio [h]	no es serio	no es serio	serio [c]	ninguno	652	631	-	SMD **0,03 menor** (0,14 menor a 0,08 más alto)	⊕⊕◯◯ BAJA	CRÍTICO

Insatisfacción corporal (seguimiento: 6 meses ; evaluado con : EDI)												
1	ECA	serio [i]	no es serio [e]	no es serio	serio [c]	ninguno	318	369	-	SMD **0,03 más alto** (0,12 menor a 0,18 más alto)	⊕⊕◯◯ BAJA	CRÍTICO
Insatisfacción corporal (seguimiento: 12 meses ; evaluado con : EDI)												
2	ECA	serio [j]	no es serio	no es serio	serio [c]	ninguno	1531	1226	-	SMD **0** (0,07 menor a 0,08 más alto)	⊕⊕◯◯ BAJA	CRÍTICO
Obsesión por la delgadez (seguimiento: post; evaluado con : EDI)												
3	ECA	serio [k]	no es serio	no es serio	serio [c]	ninguno	1204	887	-	SMD **0,03 menor** (0,12 menor a 0,06 más alto)	⊕⊕◯◯ BAJA	CRÍTICO
Obsesión por la delgadez (seguimiento: 3 meses ; evaluado con : EDI)												
3	ECA	serio [l]	no es serio	no es serio	serio [c]	ninguno	809	803	-	SMD **0,04 menor** (0,13	⊕⊕◯◯ BAJA	CRÍTICO

										menor a 0,06 más alto)		
Obsesión por la delgadez (seguimiento: 3 meses ; evaluado con : EDI)												
2	ECA	serio [j]	no es serio	no es serio	serio [c]	ninguno	1540	1280	-	SMD **0,02 menor** (0,09 menor a 0,06 más alto)	⊕⊕◯◯ BAJA	CRÍTICO
Autoestima (seguimiento: post; evaluado con : RSE y Self-Perception Profile for Adolescents)												
3	ECA	serio [j]	no es serio	no es serio	serio [c]	ninguno	333	303	-	SMD **0,03 menor** (0,19 menor a 0,13 más alto)	⊕⊕◯◯ BAJA	CRÍTICO
Autoestima (seguimiento: rango 2 a 3 meses ; evaluado con : RSE y Self-Perception Profile for Adolescents)												
3	ECA	serio [j]	no es serio	no es serio	serio [c]	ninguno	333	303	-	SMD **0,01 menor** (0,16 menor a 0,15 más alto)	⊕⊕◯◯ BAJA	CRÍTICO

Estima corporal (seguimiento: post; evaluado con : Body-Esteem Scale y Experience of Embodiment Scale)												
4	ECA	serio [m]	no es serio	no es serio	serio [c]	ninguno	1126	683	-	SMD **0,02 más alto** (0,08 menor a 0,12 más alto)	⊕⊕◯◯ BAJA	CRÍTICO
Estima corporal (seguimiento: rango 2 a 3 meses ; evaluado con : Body-Esteem Scale y Experience of Embodiment Scale)												
4	ECA	serio [m]	no es serio	no es serio	serio [c]	ninguno	1108	656	-	SMD **0** (0,1 menor a 0,1 más alto)	⊕⊕◯◯ BAJA	CRÍTICO
Estima corporal (seguimiento: 12; evaluado con : Experience of Embodiment Scale)												
1	ECA	serio [n]	no es serio [e]	no es serio	serio [c]	ninguno	564	291	-	SMD **0,14 más alto** (0 a 0,28 más alto)	⊕⊕◯◯ BAJA	CRÍTICO
Actitudes socioculturales (seguimiento: post; evaluado con : SATAQ)												
2	ECA	serio [a]	no es serio	no es serio	serio [c]	ninguno	632	487	-	SMD **0,01 menor** (0,13 menor a	⊕⊕◯◯ BAJA	IMPORTANTE

										0,11 más alto)		
Actitudes socioculturales (seguimiento: 3 meses ; evaluado con : SATAQ)												
1	ECA	serio [n]	no es serio [e]	no es serio	serio [c]	ninguno	314	236	-	SMD **0** (0,17 menor a 0,17 más alto)	⊕⊕◯◯ BAJA	IMPORTANTE
Actitudes socioculturales (seguimiento: 6 meses ; evaluado con : SATAQ)												
1	ECA	serio [i]	no es serio [e]	no es serio	serio [c]	ninguno	318	370	-	SMD **0,07 menor** (0,22 menor a 0,08 más alto)	⊕⊕◯◯ BAJA	IMPORTANTE

CI: Intervalo de confianza ; SMD: Diferencia media estandarizada
Explicaciones
a. Uno de los estudio no describió el método de aleatorización. La ocultación de la asignación no fue descrita en ambos. En los dominios correspondientes al cegamiento, ambos estudios tienen un alto riesgo de sesgo. Un estudio presenta alto riesgo en el sesgo de desgaste y en el otro no se pudo valorar el dominio. No se pudo valorar el sesgo de notificación en ambos.
b. La ocultación de la asignación no fue descrita en ambos estudios. En los dominio correspondiente al cegamiento ambos estudios tienen un alto riesgo de sesgo.
c. El IC 95% sobrepasa el no efecto.
d. El estudio no describió el método de aleatorización. La ocultación de la asignación no fue descrita. En los dominios correspondientes al cegamiento y el sesgo de desgaste presenta un alto riesgo de sesgo. No se pudo valorar el sesgo de notificación.
e. No aplica.
f. El estudio no describió el método de aleatorización. En los dominios correspondientes a la ocultación de la asignación y al cegamiento presenta un alto riesgo de sesgo. No se pudo valorar el sesgo de notificación.
g. Un estudio no describió el método de aleatorización. La ocultación de la asignación no se realizó o no fue descrita. En el dominio correspondiente al cegamiento de los participantes y el personal, los estudios tienen un alto riesgo de sesgo. Dos estudios presentaron un alto riesgo de sesgo de desgaste. En tres estudio no se puede valorar el sesgo de notificación.

h. Un estudio no describió el método de aleatorización. La ocultación de la asignación no se realizó o no fue descrita. En los dominios correspondientes a la ocultación de la asignación y al cegamiento, los estudios incluidos tienen un alto riesgo de sesgo. En un estudio no se puede valorar el sesgo de notificación.
i. La ocultación de la asignación no fue descrita. En los dominios correspondientes al cegamiento y el sesgo de desgaste presenta un alto riesgo de sesgo. No se pudo valorar el sesgo de notificación.
j. Un estudio no describió el método de aleatorización. La ocultación de la asignación no se realizó o no fue descrita. En los dominios correspondientes a la ocultación de la asignación y al cegamiento, los estudios incluidos tienen un alto riesgo de sesgo. En ambos estudios no se puede valorar el sesgo de notificación.
k. Uno de los estudio no describió el método de aleatorización. La ocultación de la asignación no fue descrita en ambos. En los dominios correspondientes al cegamiento, los tres estudios tienen un alto riesgo de sesgo. No se pudo valorar el sesgo de desgaste en un estudio y el sesgo de notificación en dos de los estudios.
l. Dos estudios no describieron el método de aleatorización. La ocultación de la asignación no se llevó a cabo o fue descrita. En los dominios correspondientes al cegamiento, los tres estudios tienen un alto riesgo de sesgo. No se pudo valorar el sesgo de desgaste en un estudio y el sesgo de notificación en dos de los estudios.
m. Tres estudios no describieron el método de aleatorización. La ocultación de la asignación no se llevó a cabo o fue descrita. En los dominios correspondientes al cegamiento, los cuatro estudios tienen un alto riesgo de sesgo. No se pudo valorar el sesgo de desgaste en dos estudios y el sesgo de notificación en tres de los estudios.
n. El estudio no describió el método de aleatorización ni la ocultación de la asignación. En los dominios correspondientes al cegamiento presenta un alto riesgo de sesgo. No se pudo valorar el sesgo de desgaste ni el sesgo de notificación.

Programa de alfabetización mediática vs. con atención habitual/grupo control en niños, niñas, preadolescentes y adolescentes (menores de 18 años) escolarizados para la prevención universal de los TCA

Evaluación de la evidencia							№ de escolares		Efecto		Certeza	Importancia
№ de estudios	**Diseño de estudio**	**Riesgo de sesgo**	**№ de estudios**	**Diseño de estudio**	**Riesgo de sesgo**	**№ de estudios**	**Diseño de estudio**	**Riesgo de sesgo**	**№ de estudios**	**Diseño de estudio**		
Síntomas TCA (seguimiento: post; evaluado con: EAT o su versión para niños ChEAT, EDE-Q y/o SCOFF)												
2	ECA	serio [a]	no es serio	no es serio	serio [b]	ninguno	2004	1155	-	SMD **0,03 menor** (0,14 menor a 0,07 más alto)	⊕⊕◯◯ BAJA	CRÍTICO
Actitudes/síntomas TCA (seguimiento: rango 2 a 3 meses; evaluado con: EAT o su versión para niños ChEAT, EDE-Q y/o SCOFF)												
1	ECA	serio [c]	no es serio [d]	no es serio	serio [b]	ninguno	1280	427	-	SMD **0,01 menor** (0,12 menor a 0,1 más alto)	⊕⊕◯◯ BAJA	CRÍTICO
Actitudes/síntomas TCA (seguimiento: 6 meses; evaluado con: EAT o su versión para niños ChEAT, EDE-Q y/o SCOFF)												
1	ECA	serio [e]	no es serio [d]	no es serio	serio [b]	ninguno	724	728	-	SMD **0,02 menor**	⊕⊕◯◯ BAJA	CRÍTICO

										(0,13 menor a 0,08 más alto)		
Preocupación por la figura (seguimiento: post; evaluado con: EDE-Q)												
2	ECA	serio [f]	no es serio	no es serio	serio [b]	ninguno	519	325	-	SMD **0,10 más alto** (0,04 menor a 0,24 más alto)	⊕⊕◯◯ BAJA	CRÍTICO
Preocupación por la figura (seguimiento: 3 meses; evaluado con: EDE-Q)												
1	ECA	serio [g]	no es serio [d]	no es serio	serio [b]	ninguno	25	8	-	SMD **0,01 menor** (0,34 menor a 0,32 más alto)	⊕⊕◯◯ BAJA	CRÍTICO
Preocupación por la figura (seguimiento: 6 meses; evaluado con: EDE-Q)												
1	ECA	serio [h]	no es serio [d]	no es serio	serio [b]	ninguno	494	315	-	SMD **0,1 más alto** (0,05 menor a 0,24	⊕⊕◯◯ BAJA	CRÍTICO

										más alto)		
Preocupación por la figura (seguimiento: 12 meses; evaluado con: EDE-Q)												
1	ECA	serio [h]	no es serio [d]	no es serio	serio [b]	ninguno	494	315	-	SMD **0,13 más alto** (0,01 menor a 0,27 más alto)	⊕⊕◯◯ BAJA	CRÍTICO
Preocupación por el peso (seguimiento: post; evaluado con: EDE-Q)												
2	ECA	serio [f]	no es serio	no es serio	no es serio	ninguno	519	325	-	SMD **0,18 más alto** (0,04 más alto a 0,32 más alto)	⊕⊕⊕◯ MODERADO	CRÍTICO
Preocupación por el peso (seguimiento: 3 meses; evaluado con: EDE-Q)												
1	ECA	serio [h]	no es serio [d]	no es serio	serio [b]	ninguno	25	8	-	SMD **0,03 menor** (0,42 menor a 0,35 más alto)	⊕⊕◯◯ BAJA	CRÍTICO

Preocupación por el peso (seguimiento: 6 meses; evaluado con: EDE-Q)												
1	ECA	serio [h]	no es serio [d]	no es serio	serio [b]	ninguno	494	315	-	SMD **0,07 menor** (0,21 menor a 0,08 más alto)	⊕⊕◯◯ BAJA	CRÍTICO
Preocupación por el peso (seguimiento: 12 meses; evaluado con: EDE-Q)												
1	ECA	serio [h]	no es serio [d]	no es serio	serio [b]	ninguno	494	315	-	SMD **0,14 más alto** (0,01 menor a 0,28 más alto)	⊕⊕◯◯ BAJA	CRÍTICO
Insatisfacción corporal (seguimiento: post; evaluado con: EDI)												
4	ECA	serio [i]	no es serio	no es serio	no es serio [b]	ninguno	2034	1213	-	SMD **0,16 más alto** (0,08 más alto a 0,24 más alto)	⊕⊕⊕◯ MODERADO	CRÍTICO
Insatisfacción corporal (seguimiento: rango 2 a 3 meses; evaluado con: EDI)												

1	ECA	serio [c]	no es serio [d]	no es serio	no es serio [b]	ninguno	1280	652	-	SMD **0,33 más alto** (0,03 más alto a 0,64 más alto)	⊕⊕⊕○ MODERADO	CRÍTICO
Insatisfacción corporal (seguimiento: 6 meses; evaluado con: EDI)												
3	ECA	serio [i]	no es serio	no es serio	serio [b]	ninguno	745	582	-	SMD **0,1 más alto** (0,01 menor a 0,21 más alto)	⊕⊕○○ BAJA	CRÍTICO
Insatisfacción corporal (seguimiento: 12 meses; evaluado con: EDI)												
2	ECA	serio [j]	no es serio	no es serio	serio [b]	ninguno	620	477	-	SMD **0,06 más alto** (0,06 menor a 0,18 más alto)	⊕⊕○○ BAJA	CRÍTICO
Autoestima (seguimiento: post; evaluado con: RSE y Multidimensional Self-Concept Scale)												

5	ECA	serio [k]	no es serio	no es serio	serio [b]	ninguno	2265	1396	-	SMD **0** (0,07 menor a 0,07 más alto)	⊕⊕◯◯ BAJA	CRÍTICO
Autoestima (seguimiento: rango 2 a 3 meses; evaluado con: RSE y Self-Perception Profile for Adolescents)												
2	ECA	serio [l]	no es serio	no es serio	serio [b]	ninguno	1405	437	-	SMD **0,03 más alto** (0,08 menor a 0,13 más alto)	⊕⊕◯◯ BAJA	CRÍTICO
Autoestima (seguimiento: 6 meses; evaluado con: RSE y Multidimensional Self-Concept Scale)												
3	ECA	serio [m]	no es serio	no es serio	serio [b]	ninguno	951	990	-	SMD **0,03 más alto** (0,06 menor a 0,12 más alto)	⊕⊕◯◯ BAJA	CRÍTICO
Autoestima (seguimiento: 12 meses; evaluado con: RSE)												
1	ECA	serio [n]	no es serio [d]	no es serio	serio [b]	ninguno	126	162	-	SMD **0,09 menor** (0,32 menor	⊕⊕◯◯ BAJA	CRÍTICO

										a 0,14 más alto)		
Estima corporal (seguimiento: post; evaluado con: Body-Esteem Scale y la subescala relacionada con el cuerpo de la Multidimensional Self-Concept Scale)												
3	ECA	serio [m]	no es serio	no es serio	serio [b]	ninguno	2083	1220	-	SMD **0,01 menor** (0,08 menor a 0,06 más alto)	⊕⊕◯◯ BAJA	CRÍTICO
Estima corporal (seguimiento: rango 2 a 3 meses; evaluado con: Body-Esteem Scale)												
2	ECA	serio [o]	no es serio	no es serio	serio [b]	ninguno	1359	492	-	SMD **0,02 más alto** (0,08 menor a 0,12 más alto)	⊕⊕◯◯ BAJA	CRÍTICO
Actitudes socioculturales (seguimiento: post; evaluado con: Multi-dimensional Media Influence Scale)												
1	ECA	serio [h]	no es serio [d]	no es serio	serio [b]	ninguno	79	65	-	SMD **0** (0,33 menor a 0,33 más alto)	⊕⊕◯◯ BAJA	IMPORTANTE
Actitudes socioculturales (seguimiento: 3 meses; evaluado con: Multi-dimensional Media Influence Scale)												

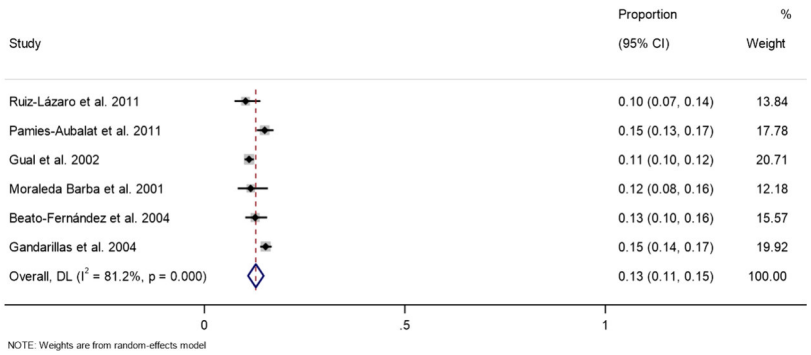
1	ECA	serio [h]	no es serio [d]	no es serio	serio [b]	ninguno	79	65	-	SMD **0,19 menor** (0,52 menor a 0,14 más alto)	⊕⊕◯◯ BAJA	IMPORTANTE

CI: Intervalo de confianza; SMD: Diferencia media estandarizada; MD: Diferencia media
Explicaciones
a. Un estudio no describió el método de aleatorización. La ocultación de la asignación no se realizó o no fue descrita. En el dominio correspondiente al cegamiento de los participantes y el personal, los estudios tienen un alto riesgo de sesgo.
b. El IC 95% sobrepasa el no efecto.
c. El estudio no describió la ocultación de la asignación. En los dominios correspondiente al cegamiento, presenta un alto riesgo de sesgo.
d. No aplica.
e. No se describió el método de aleatorización. La ocultación de la asignación no fue descrita. En los dominios correspondientes al cegamiento, presenta un alto riesgo de sesgo.
f. Los estudios presentan alto riesgo de sesgo o incertidumbre en todos los dominios.
g. El estudio presenta alto riesgo de sesgo en todos los dominios, excepto en el sesgo de desgaste y el sesgo de notificación que no pudieron ser valorados.
h. El estudios presenta alto riesgo de sesgo o incertidumbre en todos los dominios.
i. Dos estudios no describieron el método de aleatorización. En general, la ocultación de la asignación no fue descrita. En los dominios correspondientes al cegamiento, los estudios presentan un alto riesgo de sesgo. En dos estudios no se puede valorar el sesgo de desgaste y en uno el sesgo de notificación.
j. Lo estudios no describieron el método de aleatorización ni la ocultación de la asignación. En los dominios correspondientes al cegamiento, los estudios presentan un alto riesgo de sesgo. En los dos estudios no se puede valorar el sesgo de desgaste y en uno el sesgo de notificación.
k. Dos estudios no describieron el método de aleatorización y uno presentó alto riesgo de sesgo. La ocultación de la asignación no se llevó a cabo o no fue descrita. En los dominios correspondientes al cegamiento, los estudios presentan un alto riesgo de sesgo. En dos estudios no se puede valorar el sesgo de desgaste y uno presentó alto riesgo de sesgo en este dominio. En estudio no se pudo valorar el sesgo de notificación.
l. Dos estudio presentó alto riesgo de sesgo en relación al método de aleatorización. La ocultación de la asignación no se llevó a cabo o no fue descrita. En los dominios correspondientes al cegamiento, los estudios presentan un alto riesgo de sesgo. En un estudios no se puede valorar el sesgo de desgaste y el sesgo de notificación.
m. Dos estudios no describieron el método de aleatorización. La ocultación de la asignación no se llevó a cabo o no fue descrita. En los dominios correspondientes al cegamiento, los estudios presentan un alto riesgo de sesgo. En un estudio no se puede valorar el sesgo de desgaste y otro presentó alto riesgo de sesgo.
n. En el estudio no se describió el método de aleatorización ni la ocultación de la asignación. En los dominios correspondientes al cegamiento, presenta un alto riesgo de sesgo. No se puede valorar el riesgo de sesgo de desgaste.
o. Un estudio no describió el método de aleatorización. En general, la ocultación de la asignación no fue descrita. En los dominios correspondientes al cegamiento, los estudios presentan un alto riesgo de sesgo. Un estudio presentó alto riesgo sesgo de desgaste e incertidumbre en relación al sesgo de notificación.

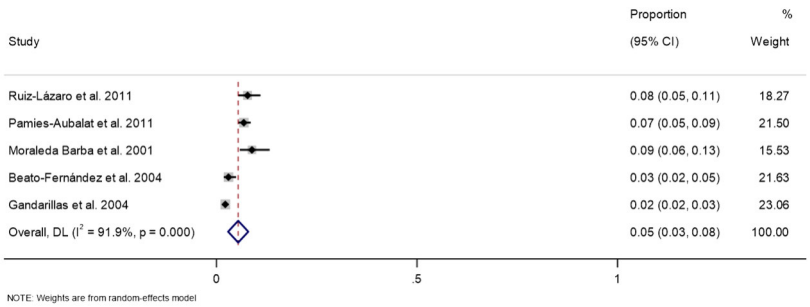
Anexo 13. Resultado del meta-análisis de probabilidades del análisis de coste-efectividad

Probabilidad de tener síntomas de TCA [20,145–152]

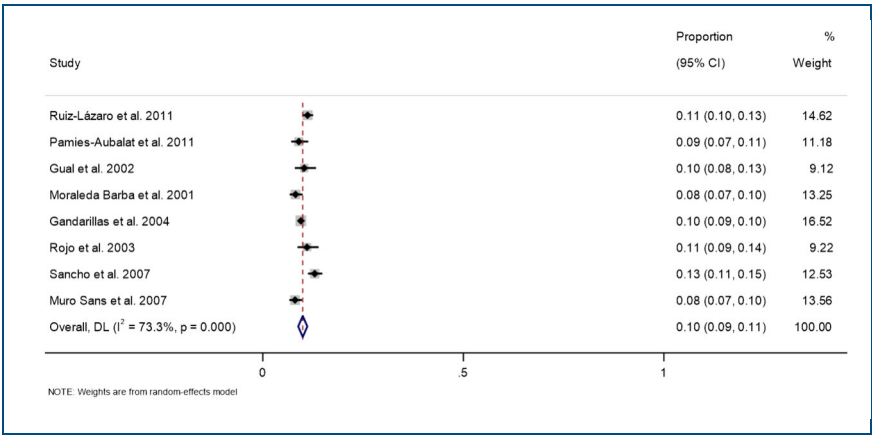
Chicas



Chicos

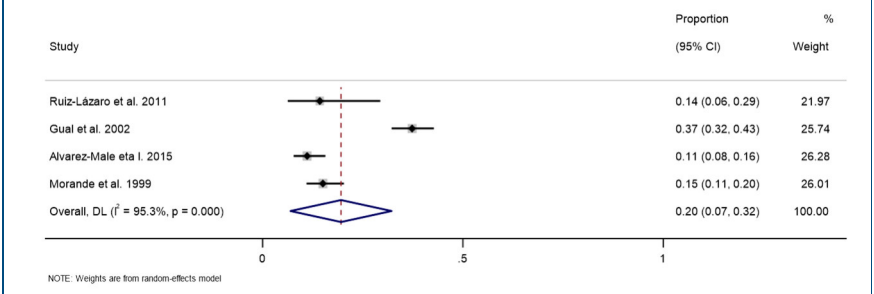


Ambos

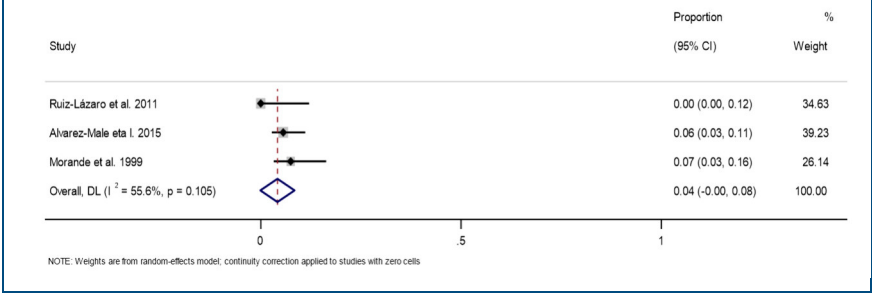


Probabilidad de desarrollar TCA cuando se tienen síntomas [21,145,147,150,153,154]

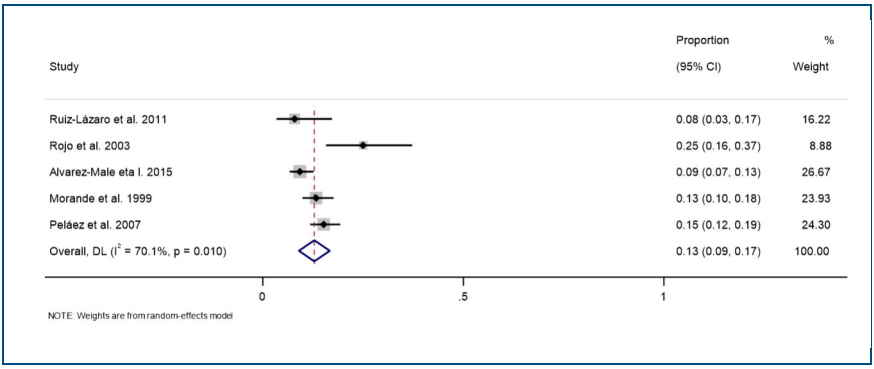
Chicas



Chicos



Ambos


Study
Proportion (95% CI)
% Weight
Ruiz-Lázaro et al. 2011
0.08 (0.03, 0.17)
16.22
Rojo et al. 2003
0.25 (0.16, 0.37)
8.88
Alvarez-Male eta l. 2015
0.09 (0.07, 0.13)
26.67
Morande et al. 1999
0.13 (0.10, 0.18)
23.93
Peláez et al. 2007
0.15 (0.12, 0.19)
24.30
Overall, DL (I^2 = 70.1%, p = 0.010)
0.13 (0.09, 0.17)
100.00
0
.5
1
NOTE: Weights are from random-effects model

Anexo 14. Valoración de las limitaciones metodológicas de estudios incluidos. Aspectos organizativos, éticos, sociales, legales y relacionados con los pacientes

Valoración de las limitaciones metodológicas de estudios de cohortes con la ficha de lectura crítica de Osteba.

PREGUNTAS	Anderson, 2017	Berger, 2014	O'Dea, 2000	Contreras, 2012	Wilksch, 2006
Pregunta de investigación					
¿El estudio se basa en una pregunta de investigación claramente definida?	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Método					
¿El método del estudio ha permitido minimizar los sesgos?	Sí	Sí	Parcialmente	Sí	Sí
Resultados					
¿Los resultados están correctamente sintetizados y descritos?	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Conclusiones					
¿Las conclusiones están justificadas?	Sí	Sí	**Sí**	Sí	Sí
Conflicto de interés					
¿Está bien descrita la existencia o ausencia de conflicto de intereses? Si consta, especifica la fuente de financiación.	No	No	No	No	No

Validez externa					
¿Los resultados del estudio son generalizables a la población y contexto que interesan?	Parcialmente	Parcialmente	Parcialmente	Parcialmente	Parcialmente
Evaluación de la calidad del estudio	Moderada	Moderada	Moderada	Moderada	Moderada

Valoración de las limitaciones metodológicas de las revisiones narrativas con el instrumento SANRA.

PREGUNTAS		Sanchez, 2012	Littleton, 2003	Neumark-Sztainer, 1996	Piran, 2010
Justification of the article's importance for the readership		1	1	1	0
The importance is not justified	0				
The importance is alluded to, but not explicitly justified	1				
The importance is explicitly justified	2				
Statement of concrete aims or formulations of questions		2	2	2	1
No aims or questions are formulated	0				
Aims are formulated generally but not concretely or in terms of clear questions	1				
One or more concrete aims or questions are formulated 2	2				
Description of the literature search		0	0	0	0
The search strategy is not presented	0				
The literature search is described briefly	1				
The literature search is described in detail, including search terms and inclusion criteria	2				
Referencing		1	2	2	2
Key statements are not supported by references	0				
The referencing of key statements is inconsistent	1				
Key statements are supported by references	2				
Scientific reasoning		1	1	1	2

The article's point is not based on appropriate arguments	0				
Appropriate evidence is introduced selectively	1				
Appropriate evidence is generally presented	2				
Appropriate presentation of data					
Data are presented inadequately	0				
Data are often not presented in the most appropriate way	1	2	2	2	2
Relevant outcome data are generally presented appropriately	2				
Sum score		7	8	8	7

Valoración de las limitaciones metodológicas de la Revisión sistemática con el instrumento AMSTAR	
PREGUNTAS	**Pratt, 2002**
1. ¿El diseño se proporcionó a priori?	Sí
2. ¿La selección de estudios y extracción de datos se realizó por pares?	Sí
3. ¿Se realizó una búsqueda bibliográfica exhaustiva?	Sí
4. ¿El tipo de publicación (por ej.: literatura gris) se empleó como un criterio de inclusión?	Sí
5. ¿Se proporcionó un listado de estudios (incluidos y excluidos)?	Sí
6. ¿Se proporcionaron las características de los estudios incluidos?	Sí
7. ¿Se evaluó y documentó la calidad de la evidencia de los estudios incluidos?	Sí
8. ¿Se empleó de manera adecuada la calidad de la evidencia de los estudios incluidos en la formulación de conclusiones?	Sí
9. ¿Se emplearon métodos adecuados para el análisis agregado de los hallazgos de los estudios?	Sí
10. ¿Se valoró la probabilidad de sesgo de publicación?	No
11. ¿Se declaró la existencia de conflicto de interés?	Sí

Valoración de las limitaciones metodológicas de los estudios mixtos MMTA				
	Methodological quality criteria	Rosenvige, 2004		
		Responses		
		Yes	No	Can't tell
Screening questions (for all types)	S1. Are there clear research questions?	X		
	S2. Do the collected data allow to address the research questions?	X		
	Further appraisal may not be feasible or appropriate when the answer is 'No' or 'Can't tell' to one or both screening questions.			
1. Qualitative	1.1. Is the qualitative approach appropriate to answer the research question?	X		
	1.2. Are the qualitative data collection methods adequate to address the research question?	X		
	1.3. Are the findings adequately derived from the data?			X
	1.4. Is the interpretation of results sufficiently substantiated by data?			X
	1.5. Is there coherence between qualitative data sources, collection, analysis and interpretation?			X
2. Quantitative randomized controlled trials	2.1. Is randomization appropriately performed?			
	2.2. Are the groups comparable at baseline?			
	2.3. Are there complete outcome data?			
	2.4. Are outcome assessors blinded to the intervention provided?			
	2.5 Did the participants adhere to the assigned intervention?			
3. Quantitative non-randomized	3.1. Are the participants representative of the target population?			
	3.2. Are measurements appropriate regarding both the outcome and intervention (or exposure)?			
	3.3. Are there complete outcome data?			
	3.4. Are the confounders accounted for in the design and analysis?			
	3.5. During the study period, is the intervention administered (or exposure occurred) as intended?			
4. Quantitative descriptive	4.1. Is the sampling strategy relevant to address the research question?	X		
	4.2. Is the sample representative of the target population?			X
	4.3. Are the measurements appropriate?	X		
	4.4. Is the risk of nonresponse bias low?			X
	4.5. Is the statistical analysis appropriate to answer the research question?	X		
5. Mixed methods	5.1. Is there an adequate rationale for using a mixed methods design to address the research question?			X

	5.2. Are the different components of the study effectively integrated to answer the research question?	X		
	5.3. Are the outputs of the integration of qualitative and quantitative components adequately interpreted?	X		
	5.4. Are divergences and inconsistencies between quantitative and qualitative results adequately addressed?			X
	5.5. Do the different components of the study adhere to the quality criteria of each tradition of the methods involved?			X

Anexo 15. Necesidades de investigación identificadas sobre efectividad

Estudio	Tipo de intervención	Nombre de la intervención	Necesidades extraídas
Agam-Bitton, 2018 [107]	Multicomponente	In Favour of Myself	Sobre la Intervención: Realizar estudios de seguimiento más largos. Determinar el mejor instrumento para evaluar la autoestima. Examinar el efecto diferencial de los moderadores (facilitadores que guían los cursos) en la eficacia del programa. Realizar evaluaciones a más largo plazo (12 meses o más) para poder proporcionar información sobre el efecto de mantenimiento del efecto de programa y con muestras de mayor tamaño. Sobre Prevención en TCA: Evaluar más a fondo la comunicación que media en la dinámica entre los géneros, a través de un estudio cualitativo.
Anuel, 2012 [108]	Programa cognitivo	NI	Sobre la Intervención: Estudiar el efecto de cada técnica de la intervención cognitiva por separado. Aunque la intervención cognitiva generó cambios significativos, no es posible formular conclusiones sobre el papel que tuvo cada una de sus técnicas.

	Mejora de la autoestima	NI	Sobre la Intervención: En futuros estudios, se recomienda el trabajo con las variables de regulación y manejo de la afectividad, la confianza en sí mismo y la autonomía. Sobre ambas Intervenciones: Realizar un seguimiento de los participantes tras la aplicación de los programas, para evaluar la tendencia a padecer TCA. Probar los efectos del programa en personas que provengan de nivel socioeconómico alto. Controlar la variable edad en futuros estudios. Ampliar el rango de edad de los participantes y observar los efectos diferenciales que tiene cada intervención en función de esa variable.
Austin, 2007 [109]	Prevención de la obesidad	5-2-1 Go!	Sobre la Intervención: Identificar el mecanismo del efecto protector observado en la intervención. Examinar las posibles diferencias de raza/etnia en los efectos de la intervención Sobre Prevención en TCA: Es necesario identificar estrategias de protección para menores en la preadolescencia. Realizar investigación para comprender el mecanismo de las intervenciones empleadas en su estudio y de otras estrategias en el entorno escolar, que

			integran la obesidad y la prevención de los TCA.
Bonsergent, 2013 [110]	Programa de prevención de la obesidad	PRomotion de l'ALIMentation et de l'Activité Physique (PRALIMAP)	Sobre la Intervención: Idear estrategias de prevención del sobrepeso/obesidad aplicables a todos los adolescentes, incluyendo a los más desfavorecidos.
Buerger, 2019 [91]	Multicomponente	Mainz School Training of Eating Disorder Prevention (MaiStep)	Sobre la Intervención: Para futuras mejoras del programa, incluir unidades/habilidades de programas de prevención efectivos, por ejemplo, de programas de imagen corporal (por ejemplo, "Happy Being Me"). Incluir sesiones de refuerzo para mantener o incluso reforzar los efectos. Estudiar los factores moderadores de la respuesta como la fidelidad al programa más allá de la asistencia, por ejemplo, mediante el uso de diarios electrónicos a través de teléfonos inteligentes, para registrar qué habilidades se utilizan en la rutina diaria de los adolescentes. Sobre Prevención en TCA: En lugar de desarrollar nuevos programas de prevención universal, sería beneficioso desmantelar las unidades o contenidos que han resultado ser eficaces en estudios

			anteriores y compilarlos en un solo programa. Para generar efectos a largo plazo de los programas de prevención universal y transferir los efectos a entornos del mundo real, es necesario determinar la dosis efectiva, incluyendo sesiones de refuerzo.
Cousineau, 2010 [92]	Multicomponente	Trouble on the Tightrope: In Search of Skateboard Sam	Sobre la Intervención: La disminución en las puntuaciones de autoestima en los varones, sugiere que será necesario desarrollar programas que sean útiles para los varones. Sobre Prevención en TA Los programas de prevención en internet personalizados, basados en características personales como el género y el estado puberal, pueden ser un área fructífera para la investigación con adolescentes. Futuros estudios podrían centrarse en el diseño de programas adecuados para los preadolescentes; y perfeccionar los esfuerzos para abordar los factores de riesgo en la adolescencia temprana.
Diedrichs, 2015 [93]	Alfabetización mediática	Dove Confident Me	Sobre la Intervención y Prevención en TCA: Realizar estudios con métodos mixtos, que evalúen la aceptabilidad y viabilidad de las intervenciones de imagen corporal en las escuelas.

			Podrían servir de base para: a) perfeccionar las intervenciones de una sola sesión y de varias sesiones, para ser más eficaces y factibles de realizar; b) informar de estrategias que fomenten la adopción de intervenciones de varias sesiones, cuando el tiempo y los recursos de la escuela lo permitan.
Eickman, 2018 [94]	Disonancia cognitiva	REbeL	Sobre Prevención en TCA: Evaluar el papel del empoderamiento de los estudiantes para efectuar el cambio.
Escoto Ponce de Leon, 2008 [95]	Programa cognitivo		Sobre la Intervención: Muestra de mayor tamaño. Seguimiento más largo. Sobre Prevención en TCA: En futuros estudios, además de los cuestionarios de autoinforme, utilizar también entrevistas diagnósticas para evaluar los síntomas de TCA.
Gasanov, 2018 [62]	Multicomponente	Young in Favor of Myself	Sobre la Intervención: Explorar el impacto del programa por género. Sobre Prevención en TCA: Desarrollar formas novedosas de aumentar las discrepancias entre el pensamiento lógico y las percepciones actuales en relación a la internalización de los ideales de apariencia.

			Desarrollar y evaluar nuevas estrategias para mejorar la imagen y la estima corporal de los preadolescentes. Evaluar el papel del autocuidado de los estudiantes para efectuar el cambio. Desarrollar e investigar más herramientas de evaluación para su uso con preadolescentes.
Grave, 2001 [90]	Programa cognitivo conductual	NI	Sobre la Intervención: Muestra de mayor tamaño. Seguimiento más largo.
Gumz, 2017 [96]	Alfabetización mediática	NI	Sobre la Intervención: Futuros estudios deberían centrarse en la evaluación del programa actual en los adolescentes de 11º grado Examinar la posibilidad de que la intervención se lleve a cabo con la ayuda de un profesor o de un compañero. Sobre Prevención en TCA: En participantes a partir del octavo grado, parece razonable que los futuros programas de prevención realicen estudios para: i) examinar si tratar la internalización de los medios de comunicación es realmente el enfoque más prometedor para los programas de prevención universal; y ii) examinar si es favorable centrarse en un pequeño número de factores de riesgo tratados, para garantizar que el contenido se aprenda de forma elaborada en lugar de

			centrarse en múltiples factores de riesgo.
Halliwell, 2016 [97]	Alfabetización mediática	NI	Sobre la Intervención: Muestra de mayor tamaño. Grupos más diversos de preadolescentes. Los participantes fueron principalmente blancos y de una ciudad del Reino Unido. Revisar el contenido de la intervención para abordar aspectos específicos de las preocupaciones sobre la imagen corporal de los varones. Sobre Prevención en TCA: Realizar más investigación para determinar si hay factores de desarrollo que puedan influir en la imagen corporal y las presiones socioculturales, durante el período de desarrollo de 9-10 años.
Johnson, 2016 [98]	Mindfulness	Dot be	Sobre la Intervención: Investigar formalmente la duración óptima de las lecciones, o si las estrategias alternativas para aumentar la dosis de atención plena logran una reproducción más sólida de los efectos positivos en los jóvenes. Incluir medidas de fuentes múltiples, como los informes de los padres y los maestros. Sobre Prevención en TCA: Identificar los componentes básicos y la dosis óptima en los

			programas basados en la atención plena (mindfulness), en los entornos escolares. Evaluar la aplicación de los principios de mindfulness a situaciones específicas (por ejemplo, la imagen corporal en las revistas, los ejercicios de espejo). Evaluar el grado de capacitación suficiente para la difusión segura y eficaz del mindfulness.
Marcus, 2009 [99]	Prevención de la obesidad	STOPP	Sobre la Intervención: Determinar si una intervención exitosa de actividad física puede mejorar aún más el resultado de este tipo de intervención.
McCabe, 2006 [100]	Multicomponente	Active Children and Esteem Study - ACE Kids	Sobre la Intervención: Es necesario comprender mejor las estrategias para mejorar el estado de ánimo y la imagen corporal de las niñas; e incluir otros elementos específicos (relevantes) para los niños. Seguimiento más largo. Muestra de mayor tamaño. Sobre Prevención en TCA: Programas centrados en áreas problemáticas específicas, identificadas por los menores.
McVey, 2007 [101]	Multicomponente	Healthy School-Healthy Kids	Sobre la Intervención: Estudios de seguimiento con el fin de observar si aquellos que experimentaron una reducción en la internalización de la delgadez, son menos propensos que sus compañeros a

			desarrollar en el futuro insatisfacción corporal o un TCA. Investigación adicional sobre los factores de riesgo y de protección asociados con los TCA en los jóvenes varones. Realizar estudios que permitan determinar las preferencias de difusión en la entrega de materiales del programa. Seguimiento más largo. Muestra de mayor tamaño.
O'Dea, 2000 [64]	Mejora de la autoestima	Everybody's Different	Sobre la Intervención: Replicar el estudio en adolescentes con diferentes edades, habilidades académicas, estatus socioeconómico y antecedentes étnicos. Sobre Prevención en TCA: Emplear enfoques cooperativos, interactivos, centrados en el estudiante.
Singhal, 2010 [102]	Multicomponente	NI	NI
Sundgot-Borgen, 2019 [63]	Multicomponente	Healthy Body Image	Sobre la Intervención: En futuros estudios se debería si es posible obtener efectos sostenidos también en los niños. Sobre Prevención en TCA: Incluir más ramas (control, mixto, grupo de género único) en el diseño del estudio.

Wade, 2003 [56]	Alfabetización mediática	GO GIRLS!	Sobre ambas Intervenciones: Diseño más riguroso. Sobre Prevención en TCA: Evaluar diferentes estilos de enseñanza como variable mediadora del efecto. Medir la autoestima como una variable multidimencional, dado que las intervenciones pueden afectar de manera diferente a las diversas dimensiones.
	Mejora de la autoestima	Everybody's Different	
Warschburger, 2018 [117]	Multicomponente	POtsdam Prevention at Schools (POPS)	Sobre la Intervención: Examinar los elementos del programa que han tenido éxito. Programas específicos para cada género. Desarrollar de materiales apropiados para varones (por ejemplo, centrándose explícitamente en las preocupaciones sobre la musculatura). Sobre Prevención en TCA: Programas que se centren en las preocupaciones relevantes tanto de las mujeres como de los hombres. Se deberían utilizar evaluaciones mixtas, entre los géneros dado que se usan cuestionarios que, en general, representan mejor las preocupaciones entre las mujeres que entre los hombres.
Wilksch, 2015 [104]	Alfabetización mediática	Media Smart	Sobre la Intervención: Evaluar el programa impartido por profesores, considerando:

			i) Realizar mejoras adicionales en la formación de los profesores, y en la supervisión de la fidelidad del programa. ii) Incluir la participación de diversas escuelas y profesores de aula. Sobre Prevención en TCA: Evaluar los posibles daños de los programas de prevención de los TCA.
Wilksch, 2015 [105]	Alfabetización mediática	Media Smart	Sobre la Intervención: Seguimiento más largo para evaluar el impacto del programa en el aumento de peso Evaluar la efectividad del programa pero con la participación de los maestros.
		Life Smart	Sobre la Intervención: Evaluar si otros programas de prevención de la obesidad podrían tener un impacto sobre los factores de riesgo de los TCA.
		HELPP	Sobre la Intervención: Realizar más estudios sobre el impacto de HELPP (específicamente, sobre Happy Being Me) en la preocupación por la figura y el peso. Realizar más ensayos de eficacia con períodos de seguimiento más largos, para determinar por qué podría haber un aumento de las puntuaciones en algunos factores de riesgo, y

			si se mantienen los efectos positivos. Sobre Prevención en TCA: Evaluar los posibles daños de los programas de prevención de los TCA.
Wilksch, 2009 [57]	Alfabetización mediática	Media Smart	Sobre la Intervención y Prevención en TCA: Diseño más riguroso, con adolescente de ambos géneros Estudios con preadolescentes. Los nuevos programas de prevención en las escuelas deberían ser impartidos primero por profesionales de la salud capacitados, y cuando los resultados sean positivos, los maestros deberían ser capacitados para aumentar la difusión del programa evaluado que ha mostrado ser útil. Realizar programas de prevención que podrían reducir simultáneamente el riesgo de obesidad y los TCA.
Wilksch, 2013 [116]	Multicomponente	Life Smart	Sobre la Intervención: Seguimiento más largo para evaluar la eficacia del programa.

NI: no informa.

Anexo 16. Marco GRADE de la evidencia a las recomendaciones (EtD)

Pregunta

Debería usarse programa de prevención universal de los TCA vs atención habitual/grupo control para niños y niñas, preadolescentes y adolescentes (menores de 18 años) escolarizados?

Detalles de la pregunta (formato pico)

Población: Niños, niñas, preadolescentes y adolescentes (menores de 18 años) escolarizados

Intervención: Programa de prevención universal de los TCA

Comparador: Atención habitual/grupo control

Medidas de resultado: Síntomas TCA, preocupación por el peso, preocupación por la figura, insatisfacción corporal, obsesión por la delgadez, autoestima y estima corporal

Setting: Cartera de servicios del SNS

Perspectiva: Perspectiva de la población

Antecedentes: Este informe de evaluación pretende dar respuesta a la petición llevada a cabo por la Comisión de Prestaciones, Aseguramiento y Financiación en el proceso de identificación y priorización de necesidades de evaluación que se lleva a cabo para confirmar el Plan de Trabajo Anual de la Red Española de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y prestaciones de Sistema Nacional de Salud, sobre la efectividad y el coste-efectividad de la prevención universal de los TCA en población infantil, preadolescente y adolescente escolarizada en el contexto español

Evaluación

Problema

¿Es prioritario este problema?

JUICIO	EVIDENCIA DE INVESTIGACIÓN	CONSIDERACIONES ADICIONALES
No Probablemente no Probablemente sí **Sí** Varía No sé	En la actualidad se estima que un 5% de la población mundial presenta un trastorno alimentario y de la ingestión de los alimentos (TCA). Las consecuencias físicas, mentales y sociales de los TCA; la restricción notable en la calidad de vida de las personas afectadas de TCA y su entorno familiar; y la vulnerabilidad al desarrollo de estos trastornos en la pubertad y en la adolescencia tardía constituyen razones poderosas para un enfoque centrado en su prevención y explican la necesidad de políticas preventivas desde la infancia, así como en la preadolescencia y la adolescencia.	

Efectos deseables

¿Son grandes los efectos deseables esperados?

JUICIO	EVIDENCIA DE INVESTIGACIÓN	CONSIDERACIONES ADICIONALES
Trivial **Pequeño** Moderado Grande Varía No sé	La mejor evidencia disponible sobre la efectividad de las intervenciones de prevención universal de los TCA proviene de 26 ECA que incluyen 34.500 participantes y un número amplio de tipos de intervención de prevención universal de los TCA (un estudio evalúa un programa basados en la disonancia cognitiva, un estudio mindfulness, tres estudios terapias cognitiva o cognitiva conductual, tres estudios programas dirigidos a la mejora de la autoestima, cuatro estudios prevención de factores de riesgo de la obesidad, siete estudios alfabetización mediática y nueve estudios diferentes estrategias multicomponente). Esta permite establecer que:	Las chicas en las que se aplicó un programa de prevención universal disminuyeron ligeramente los síntomas de TCA tras la intervención (SMD= -0,39; IC95%: -0,69, -0,10; I^2= 80%); mientras que no se observa este efecto en los chicos (SMD= 0,04; IC95%: -0,21, 0,29; I^2= 57%). Por tipo de intervención, las

Desenlaces	**Efectos absolutos anticipados (95% CI)** **Riesgo con programa de prevención de los TCA**	**№ de participantes (Estudios)**
Síntomas TCA evaluado con: EAT o su versión para niños (ChEAT), EDE-Q y/o SCOFF seguimiento: post	SMD **0,14 menor** (0,29 menor a 0)	4166 (7 ECA)

Preocupación por la figura evaluado con: EDE-Q seguimiento: post	SMD **0,08 más alto** (0,03 menor a 0,18 más alto)	1463 (4 ECA)	estrategias multicomponente también redujeron ligeramente los niveles de síntomas de TCA (SMD= -0,30; IC95%: -0,46, -0,14; I^2= 0%), frente al resto de intervenciones de prevención. En relación a los niveles de insatisfacción corporal, mientras que los programas de prevención de la obesidad y multicomponente, no muestran efectos sobre los niveles de insatisfacción corporal; el programa de alfabetización mediática un empeoramiento ($SMD_{postintervención}$= 0,16; IC95%: 0,08, 0,24; I^2= 7%; $_{SMD3\ meses}$= 0,33; IC95%: 0,03, 0,64; I^2= NA).
Insatisfacción corporal evaluado con: EDI seguimiento: post	SMD **0,04 más alto** (0,04 menor a 0,12 más alto)	7348 (11 ECA)	
Obsesión por la delgadez evaluado con: EDI seguimiento: post	SMD **0,03 menor** (0,11 menor a 0,05 más alto)	2561 (4 ECA)	
Autoestima evaluado con: RSE, Self-Perception Profile for Adolescents, Multidimensional Self-Concept Scale y Children's Self-Esteem Inventory seguimiento: post	SMD **0,01 más alto** (0,04 menor a 0,07 más alto)	5101 (12 ECA)	
Estima corporal evaluado con: Body-Esteem Scale, Experience of Embodiment Scale y la subescala relacionada con el cuerpo de la Multidimensional Self-Concept Scale seguimiento: post	SMD **0** (0,06 menor a 0,06 más alto)	5112 (7 ECA)	

Efectos indeseables

¿Son pequeños los efectos indeseables esperados?

JUICIO	EVIDENCIA DE INVESTIGACIÓN	CONSIDERACIONES ADICIONALES

Grande Moderado **Pequeño** Trivial Varía No sé	Este informe no identifica pruebas científicas sobre efectos indeseables más allá del posible empeoramiento en los efectos deseables.	En el análisis realizado por género, se observa un ligero aumento en el nivel de preocupación por el peso en los chicos que recibieron el programa de prevención de los TCA (SMD= 0,24; IC95%: 0,06, 0,42; I²= 0%), mientras que no se observó ese efecto en las chicas (SMD= 0,08; IC95%: -0,06, 0,22; I²= 0%).

Desenlaces	Efectos absolutos anticipados (95% CI) Riesgo con programa de prevención de los TCA	№ de participantes (Estudios)
Preocupación por el peso (seguimiento: post) evaluado con: EDE-Q	SMD **0,12 más alto** (0,02 más alto a 0,23 más alto)	1563 (4 ECA)

Certeza en la evidencia

¿Cuál es la certeza global en la evidencia sobre los efectos?

JUICIO	EVIDENCIA DE INVESTIGACIÓN	CONSIDERACIONES ADICIONALES
Muy baja Baja Moderada Alta Sin estudios incluidos	La calidad global de la evidencia ha sido considera muy baja.	

Desenlaces	№ de participantes (Estudios)	Certeza en la evidencia (GRADE)
Síntomas TCA evaluado con: EAT o su versión para niños (ChEAT), EDE-Q y/o SCOFF seguimiento: post	4166 (7 ECA)	⨁◯◯◯ MUY BAJA[a,b,c]

Preocupación por el peso (seguimiento: post) evaluado con: EDE-Q seguimiento: post	1563 (4 ECA)	⊕⊕◯◯ BAJA[c,d,e]
Preocupación por la figura evaluado con: EDE-Q seguimiento: post	1463 (4 ECA)	⊕⊕◯◯ BAJA[c,d]
Insatisfacción corporal evaluado con: EDI seguimiento: post	7348 (11 ECA)	⊕◯◯◯ MUY BAJA[c,f,g,h]
Obsesión por la delgadez evaluado con: EDI seguimiento: post	2561 (4 ECA)	⊕⊕◯◯ BAJA[c,i]
Autoestima evaluado con: RSE, Self-Perception Profile for Adolescents, Multidimensional Self-Concept Scale y Children's Self-Esteem Inventory seguimiento: post	5101 (12 ECA)	⊕⊕◯◯ BAJA[c,j]
Estima corporal evaluado con: Body-Esteem Scale, Experience of Embodiment Scale y la subescala relacionada con el cuerpo de la Multidimensional Self-Concept Scale seguimiento: post	5112 (7 ECA)	⊕⊕◯◯ BAJA[c,k]

Aunque existe heterogeneidad estadística (I^2 69%); se explica por el efecto diferencial en chicos y chicas (I^2 = 79,2%), así como de los distintos tipos de intervenciones (I^2 = 79,2%). Las chicas en las que se aplicó un programa de prevención universal disminuyeron ligeramente los síntomas de TCA tras la intervención (SMD= -0,39; IC95%: -0,69, -0,10; I^2= 80%); mientras que no se observa este efecto en los chicos. Solo las estrategias multicomponente redujeron ligeramente los niveles de síntomas de TCA (SMD= -0,30; IC95%: -0,46, -0,14; I^2= 0%).
Dos estudios no describieron el método de aleatorización y otros dos presentan un alto riesgo de sesgo. En general, la ocultación de la asignación no se realizó o no fue descrita. En el dominio correspondiente al cegamiento de los participantes y el personal, la totalidad de los estudios presentados tiene un alto riesgo de sesgo. En un estudio no se puede valorar el sesgo de desgaste y en cinco el sesgo de notificación.
El IC 95% sobrepasa el no efecto.
El estudio presenta alto riesgo de sesgo en todos los dominios, excepto en el sesgo de desgaste y el sesgo de notificación que no pudieron ser valorados.
No aplica.
Test de Egger (P= 0,02)

	Existe heterogeneidad (I^2= 55%). Por intervención, se observan que mientras que los programas de prevención de la obesidad y multicomponente, no muestran efectos sobre los niveles de insatisfacción corporal; el programa cognitivo conductual muestra una mejora en el grupo de intervención (SMD= -0,92; IC95%: -1,28, -0,56; I^2= 0%), el programa de alfabetización mediática un empeoramiento (SMD= 0,16; IC95%: 0,08, 0,24; I^2= 7%). En cinco estudios no describió el método de aleatorización y uno presenta un alto riesgo de sesgo. En general, la ocultación de la asignación no se realizó o no fue descrita. En el dominio correspondiente al cegamiento de los participantes y el personal, la totalidad de los estudios presentados tiene un alto riesgo de sesgo. En tres estudio no se puede valorar el sesgo de desgaste y tres presentan alto riesgo y en siete estudios no se puede evaluar el sesgo de notificación. Un estudio no describió el método de aleatorización y otro presenta un alto riesgo de sesgo. La ocultación de la asignación no fue descrita o no se llevó a cabo. En los dominio correspondiente al cegamiento ambos estudios tienen un alto riesgo de sesgo. No se pudo valorar el sesgo de desgaste en un estudio y el sesgo de notificación en tres de ellos. Cinco estudios no describieron el método de aleatorización y cuatro presentan un alto riesgo de sesgo. En general, la ocultación de la asignación no se realizó o no fue descrita. En el dominio correspondiente al cegamiento de los participantes y el personal, la totalidad de los estudios presentados tiene un alto riesgo de sesgo. En tres estudios no se puede valorar el sesgo de desgaste y uno presenta alto riesgo de sesgo. En seis estudios existe incertidumbre en el sesgo de notificación. En tres estudios no describió el método de aleatorización. La ocultación de la asignación no se realizó o no fue descrita. En el dominio correspondiente al cegamiento de los participantes y el personal, la totalidad de los estudios presentados tiene un alto riesgo de sesgo. En dos estudio no se puede valorar el sesgo de desgaste y en cuatro el sesgo de notificación.	

Valores

¿Existe incertidumbre o variabilidad importante sobre como los pacientes valoran los desenlaces principales?

JUICIO	EVIDENCIA DE INVESTIGACIÓN	CONSIDERACIONES ADICIONALES
Incertidumbre o variabilidad importante Incertidumbre o variabilidad posible Probable incertidumbre o variabilidad no importante **Incertidumbre o variabilidad no importante**	No se han podido identificar estudios que informen del valor que tanto los niños, preadolescentes y adolescentes sin TCA como las personas con TAC otorgan a los diferentes desenlaces.	Se realizó una consulta sobre la importancia relativa de los desenlaces de interés, llevada a cabo a los componentes del grupo de trabajo del informe y colaboradores (profesionales sanitarios, representantes de asociaciones de pacientes y

		sociedades científicas, metodólogos). Valoraron individualmente cada desenlace, obteniéndose un total de 25 respuestas. El grupo de trabajo consideró como desenlaces críticos: tasa de participantes con diagnóstico de TCA, medidas psicológicas estandarizadas de los síntomas del TCA, preocupación por el peso, preocupación por la figura, insatisfacción corporal, obsesión por la delgadez, estima corporal y autoestima. No se observó una importante variabilidad en las respuestas de los miembros del grupo. No parece probable que la valoración de los desenlaces por parte de los escolares sea diferente.

Balance de los efectos

¿Son mayores los efectos deseables que los efectos indeseables?

JUICIO	EVIDENCIA DE INVESTIGACIÓN	CONSIDERACIONES ADICIONALES
A favor del comparador Probablemente a favor del comparador **No favorece ni la intervención ni la comparación** Probablemente a favor de la intervención A favor de la intervención Varía No sé	Los programa de prevención universal de los TCA comparados con la atención habitual/grupo control en niños, preadolescentes y adolescentes (menores de 18 años) escolarizados: No modifican los niveles de síntomas de TCA. Aumentan los niveles de preocupación por el peso (el efecto se diluye a los 3 meses). No modifican los niveles de preocupación por la figura. No modifican los niveles de insatisfacción corporal. No modifican los niveles de obsesión por la delgadez. No modifican los niveles de estima corporal. No modifican los niveles de autoestima.	

Recursos requeridos

¿Son pequeños los recursos requeridos (costes?

JUICIO	EVIDENCIA DE INVESTIGACIÓN	CONSIDERACIONES ADICIONALES
Costes grandes **Costes moderados** Costes y ahorros insignificantes Ahorro moderado Ahorro grande Varía No sé	Se consideró una estrategia que consiste en la impartición en el aula de 12 sesiones semanales de una hora de duración en las que está presente tanto el docente como un/una profesional adicional. Se consideró además un tiempo de preparación de dos días para cada una de las personas involucradas en la impartición de las sesiones. El salario por hora se estimó a través del coste salarial promedio por trabajador y hora informado en la Encuesta Trimestral del Coste Laboral[1] realizada por el Instituto Nacional de Estadística (INE), calculando el promedio para el año 2019. En España, el coste de la intervención por alumno/a, considerando una media de 25 alumnos por aula, tiene un por alumno de 28,15€ [1]https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736045053&menu=ultiDatos&idp=1254735976596	La organización, el uso de recursos necesario y el coste de la implementación de este tipo de estrategia en todo el territorio nacional no es despreciable por lo que requeriría de un análisis logístico y presupuestario previo e individualizado, así

		como una estrategia de evaluación de resultados.

Certeza en la evidencia sobre los recursos requeridos

¿Cuál es la certeza en torno a la evidencia sobre los recursos requeridos (costes?

JUICIO	EVIDENCIA DE INVESTIGACIÓN	CONSIDERACIONES ADICIONALES
Muy baja Baja **Moderada** Alta Sin estudios incluidos	El coste anual por paciente con TCA se tomó del estudio de Parés-Badell *et al.* 2014. En dicho estudio se proporciona el coste directo sanitario, así como el coste social por paciente con TCA para el año 2010, por lo que se aplicó la tasa incremental del Índice de Precios de Consumo (IPC) publicada por el INE [1] correspondiente a 2019 El coste salarial promedio por trabajador y hora informado se tomó de la Encuesta Trimestral del Coste Laboral [2] realizada por el Instituto Nacional de Estadística (INE), [1]https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176802&menu=ultiDatos&idp=1254735976607 [2]https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736045053&menu=ultiDatos&idp=1254735976596	El uso de recursos se basa en estudios previos y supuestos. El análisis previo a la implementación es necesario para esclarecer el uso de recursos y costes requerido para la correcta ejecución de los programas.

Coste-efectividad

¿El coste-efectividad favorece la intervención o la comparación?

JUICIO	EVIDENCIA DE INVESTIGACIÓN	CONSIDERACIONES ADICIONALES

A favor del comparador Probablemente a favor del comparador No favorece ni la intervención ni la comparación Probablemente a favor de la intervención A favor de la intervención **Varía** Sin estudios	No se identificaron evaluaciones económicas sobre intervenciones de la prevención universal de los TCA en población infantil, preadolescente y adolescente (menores de 18 años) escolarizada. En el análisis económico realizado para el contexto del sistema sanitario de nuestro país, considerando un horizonte temporal de 10 años, el coste incremental por AVAC de una estrategia multicomponente para la prevención universal de los TCA se estimó en 19.342 €/AVAC, situándose muy cerca del umbral de coste-efectividad estimado para España. Los resultados fueron muy sensibles tanto a la estimación del tamaño del efecto de la intervención como a su duración, así como al diseño de la intervención y sus costes asociados. La incertidumbre asociada a estas estimaciones es considerable, estimándose que la intervención multicomponente tendría una probabilidad de ser coste-efectiva de tan sólo el 51% para un umbral de coste-efectividad de 25.000€/AVAC. Existe un alto nivel de incertidumbre en cuanto al coste-efectividad de las estrategias multicomponente para la prevención universal de los TCA. Estas conclusiones varían según el tamaño y la duración del efecto de la intervención que se considere, así como de sus costes asociados por alumno/a.	

Equidad

¿Cuál sería el impacto en las inequidades en salud?

JUICIO	EVIDENCIA DE INVESTIGACIÓN	CONSIDERACIONES ADICIONALES
Reducida **Probablemente reducida** Probablemente sin impacto Probablemente incrementada Incrementada Varía No sé	El abordaje universal aumenta la posibilidad de generar cambios a nivel individual, grupal, social y comunitario lo que representa una ganancia crucial para un trastorno con un alto componente relacional y sensible a patrones sociales establecidos como el ideal de belleza o la noción de peso ideal. Incorporar una perspectiva de género contribuye a la equidad de una manera más sostenible. El incorporar esta perspectiva en este tipo de programas facilita que tanto chicos y chicas entiendan la presión y las expectativas que se ejercen sobre ellos, aprendan a empatizar con esas preocupaciones, e incluso se planteen formas de resolverlas.	

Aceptabilidad

¿Es aceptable la opción para los agentes implicados?

JUICIO	EVIDENCIA DE INVESTIGACIÓN	CONSIDERACIONES ADICIONALES

No Probablemente no Probablemente sí Sí **Varía** No sé	Según la revisión de estudios cualitativos realizada, la aceptabilidad fluctúa. Los programas preventivos con mayor aceptabilidad por parte de los participantes son aquellos que ofrecen contenidos relevantes a sus intereses y necesidades y que favorecen una mayor aceptación personal. Son también mejor valoradas las intervenciones que les proponen roles más participativos y en las que puedan proponer actividades que surjan de su propia experiencia con los TCA.	

Factibilidad

¿Es factible la implementación de la opción?

JUICIO	EVIDENCIA DE INVESTIGACIÓN	CONSIDERACIONES ADICIONALES
No Probablemente no **Probablemente sí** Sí Varía No sé	No se identificó evidencia disponible respecto a la aplicabilidad (factibilidad de la implementación) de los programas de prevención.	Una vez probada la efectividad de las intervenciones, la sostenibilidad del programa se puede mejorar cuando son los profesores quienes asumen la implementación. Para ello, se debe llevar a cabo un entrenamiento previo de los profesores.

Resumen de juicios

	JUICIO						
PROBLEMA	No	Probablemente no	Probablemente sí	**Sí**		Varía	No sé
EFECTOS DESEABLES	Trivial	**Pequeño**	Moderado	Grande		Varía	No sé
EFECTOS INDESEABLES	Grande	**Moderado**	Pequeño	Trivial		Varía	No sé
CERTEZA EN LA EVIDENCIA	**Muy baja**	Baja	Moderada	Alta			Sin estudios incluido
VALORES	Incertidumbre o variabilidad importante	Incertidumbre o variabilidad posible	Probable incertidumbre o variabilidad no importante	**Incertidumbre o variabilidad no importante**			
BALANCE DE LOS EFECTOS	A favor del comparador	Probablemente a favor del comparador	**No favorece ni la intervención ni la comparación**	Probablemente a favor de la intervención	A favor de la intervención	Varía	No sé
RECURSOS REQUERIDOS	Costes grandes	**Costes moderados**	Costes y ahorros insignificantes	Ahorro moderado	Ahorro grande	Varía	No sé
CERTEZA EN LA EVIDENCIA SOBRE LOS RECURSOS	Muy baja	Baja	**Moderada**	Alta			Sin estudios incluido
COSTE- EFECTIVIDAD	A favor del comparador	Probablemente a favor del comparador	No favorece ni la intervención ni la comparación	Probablemente a favor de la intervención	A favor de la intervención	**Varía**	Sin estudios incluido
EQUIDAD	Reducida	Probablemente reducida	Probablemente sin impacto	**Probablemente incrementada**	Incrementada	Varía	No sé
ACEPTABILIDAD	No	Probablemente no	Probablemente sí	Sí		**Varía**	No sé
FACTIBILIDAD	No	Probablemente no	**Probablemente sí**	Sí		Varía	No sé

Tipo de recomendación

Recomendación fuerte en contra de la intervención	Recomendación débil en contra de la intervención	**Recomendación débil ni a favor ni en contra de la intervención o el comparador**	Recomendación débil a favor de la intervención	Recomendación fuerte a favor de la intervención
○	○	●	○	○

Conclusiones

Con la evidencia disponible sobre efectividad y coste efectividad en el momento de la elaboración de este informe y la consideración de los aspectos organizativos, éticos, sociales, legales y relacionados con los pacientes, no es posible hacer una recomendación ni a favor ni en contra de la implementación de intervenciones de prevención universal de los trastornos de la conducta alimentaria en población infantil, preadolescente y adolescente escolarizada (Recomendación: CONDICIONAL).

Pregunta

Debería usarse programa de alfabetización mediática o digital para la prevención universal de los TCA vs atención habitual/grupo control para niños y niñas, preadolescentes y adolescentes (menores de 18 años) escolarizados?

Detalles de la pregunta (formato pico)

Población: Niños, niñas, preadolescentes y adolescentes (menores de 18 años) escolarizados

Intervención: Programa de alfabetización mediática o digital para la prevención universal de los TCA

Comparador: Atención habitual/grupo control

Medidas de resultado: Síntomas TCA, preocupación por el peso, preocupación por la figura, insatisfacción corporal, obsesión por la delgadez, autoestima y estima corporal

Setting: Cartera de servicios del SNS

Perspectiva: Perspectiva de la población

Antecedentes: Este informe de evaluación pretende dar respuesta a la petición llevada a cabo por la Comisión de Prestaciones, Aseguramiento y Financiación en el proceso de identificación y priorización de necesidades de evaluación que se lleva a cabo para confirmar el Plan de Trabajo Anual de la Red Española de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y prestaciones de Sistema Nacional de Salud, sobre la efectividad y el coste-efectividad de la prevención universal de los TCA en población infantil, preadolescente y adolescente escolarizada en el contexto español

Evaluación

Problema

¿Es prioritario este problema?

JUICIO	EVIDENCIA DE INVESTIGACIÓN	CONSIDERACIONES ADICIONALES
No Probablemente no Probablemente sí **Sí** Varía No sé	En la actualidad se estima que un 5% de la población mundial presenta un trastorno alimentario y de la ingestión de los alimentos(TCA). Las consecuencias físicas, mentales y sociales de los TCA; la restricción notable en la calidad de vida de las personas afectadas de TCA y su entorno familiar; y la vulnerabilidad al desarrollo de estos trastornos en la pubertad y en la adolescencia tardía constituyen razones poderosas para un enfoque centrado en su prevención y explican la necesidad de políticas preventivas desde la infancia, así como en la preadolescencia y la adolescencia.	

Efectos deseables

¿Son grandes los efectos deseables esperados?

JUICIO	EVIDENCIA DE INVESTIGACIÓN	CONSIDERACIONES ADICIONALES
Trivial Pequeño Moderado Grande Varía No sé	La mejor evidencia disponible sobre la efectividad de los programas de alfabetización mediática para la prevención universal de los TCA proviene de siete ECA. Esta permite establecer que:	

Desenlaces	**Efectos absolutos anticipados (95% CI)** **Riesgo con las estrategias multicomponente para la prevención de los TCA**	**№ de participantes (Estudios)**
Síntomas TCA evaluado con: EAT o su versión para niños (ChEAT), EDE-Q y/o SCOFF seguimiento: post	**SMD 0,03 menor** (0,14 menor a 0,07 más alto.)	3159 (2 ECA)
Preocupación por la figura evaluado con: EDE-Q	SMD **0,10 más alto** (0,04 menor a 0,24 más alto)	844 (2 ECA)

seguimiento: post		
Autoestima evaluado con : RSE y Self-Perception Profile for Adolescents seguimiento: post	SMD **0** (0,07 menor a 0,07 más alto)	3661 (5 ECA)
Estima corporal evaluado con : Body-Esteem Scale y Experience of Embodiment Scale seguimiento: post	SMD **0,01 menor** (0,08 menor a 0,06 más alto)	3303 (2 ECA)

Efectos indeseables

¿Son pequeños los efectos indeseables esperados?

JUICIO	EVIDENCIA DE INVESTIGACIÓN	CONSIDERACIONES ADICIONALES
Grande Moderado **Pequeño** Trivial Varía No sé	Este informe no identifica pruebas científicas sobre efectos indeseables más allá del posible empeoramiento en los efectos deseables.	El efecto sobre los niveles de preocupación por el peso se diluyó a lo largo de los seguimientos (3 meses, 6 meses y 12 meses).

Desenlaces	**Efectos absolutos anticipados (95% CI)** **Riesgo con las estrategias multicomponente para la prevención de los TCA**	**№ de participantes (Estudios)**
Preocupación por el peso evaluado con: EDE-Q seguimiento: post	SMD **0,18 más alto** (0,04 más alto a 0,32 más alto)	844 (2 ECA)
Insatisfacción corporal evaluado con: EDI seguimiento: post	SMD **0,16 más alto** (0,08 más alto a 0,24 más alto)	3247 (4 ECA)
Insatisfacción corporal evaluado con: EDI seguimiento: 3 meses	SMD **0,33 más alto** (0,03 más alto a 0,64 más alto)	1932 (1 ECA)

Certeza en la evidencia

¿Cuál es la certeza global en la evidencia sobre los efectos?		
JUICIO	EVIDENCIA DE INVESTIGACIÓN	CONSIDERACIONES ADICIONALES

Muy baja
Baja
Moderada
Alta
Sin estudios incluidos

La calidad global de la evidencia ha sido considera baja.

Desenlaces	**№ de participantes (Estudios)**	**Certeza en la evidencia (GRADE)**
Síntomas TCA evaluado con: EAT o su versión para niños (ChEAT), EDE-Q y/o SCOFF seguimiento: post	3159 (2 ECA)	⊕⊕◯◯ BAJA[a,b]
Preocupación por la figura evaluado con: EDE-Q seguimiento: post	844 (2 ECA)	⊕⊕◯◯ BAJA[a,c]
Preocupación por el peso evaluado con: EDE-Q seguimiento: post	844 (2 ECA)	⊕⊕⊕◯ MODERADO[c]
Insatisfacción corporal evaluado con: EDI seguimiento: post	3247 (4 ECA)	⊕⊕⊕◯ MODERADO[a,d]
Autoestima evaluado con : RSE y Self-Perception Profile for Adolescents seguimiento: post	3661 (5 ECA)	⊕⊕◯◯ BAJA[a,e]
Estima corporal evaluado con : Body-Esteem Scale y Experience of Embodiment Scale seguimiento: post	3303 (2 ECA)	⊕⊕◯◯ BAJA[a,f]

El IC 95% sobrepasa el no efecto.
Un estudio no describió el método de aleatorización. La ocultación de la asignación no se realizó o no fue descrita. En el dominio correspondiente al cegamiento de los participantes y el personal, los estudios tienen un alto riesgo de sesgo.
Los estudios presentan alto riesgo de sesgo o incertidumbre en todos los dominios.
Dos estudios no describieron el método de aleatorización. En general, la ocultación de la asignación no fue descrita. En los dominios correspondientes al cegamiento, los estudios presentan un alto riesgo de sesgo. En dos estudios no se puede valorar el sesgo de desgaste y en uno el sesgo de notificación.

	Dos estudios no describieron el método de aleatorización y uno presentó alto riesgo de sesgo. La ocultación de la asignación no se llevó a cabo o no fue descrita. En los dominios correspondientes al cegamiento, los estudios presentan un alto riesgo de sesgo. En dos estudios no se puede valorar el sesgo de desgaste y uno presentó alto riesgo de sesgo en este dominio. En estudio no se pudo valorar el sesgo de notificación. Dos estudios no describieron el método de aleatorización. La ocultación de la asignación no se llevó a cabo o no fue descrita. En los dominios correspondientes al cegamiento, los estudios presentan un alto riesgo de sesgo. En un estudio no se puede valorar el sesgo de desgaste y otro presentó alto riesgo de sesgo.	

Valores

¿Existe incertidumbre o variabilidad importante sobre como los pacientes valoran los desenlaces principales?

JUICIO	EVIDENCIA DE INVESTIGACIÓN	CONSIDERACIONES ADICIONALES
Incertidumbre o variabilidad importante Incertidumbre o variabilidad posible Probable incertidumbre o variabilidad no importante **Incertidumbre o variabilidad no importante**	No se han podido identificar estudios que informen del valor que tanto los niños, preadolescentes y adolescentes sin TCA como las personas con TAC otorgan a los diferentes desenlaces.	Se realizó una consulta sobre la importancia relativa de los desenlaces de interés, llevada a cabo a los componentes del grupo de trabajo del informe y colaboradores (profesionales sanitarios, representantes de asociaciones de pacientes y sociedades científicas, metodólogos). Valoraron individualmente cada desenlace, obteniéndose un total de 25 respuestas. El grupo de trabajo consideró como desenlaces críticos: tasa de participantes con diagnóstico de TCA, medidas psicológicas estandarizadas de los síntomas del TCA, preocupación

		por el peso, preocupación por la figura, insatisfacción corporal, obsesión por la delgadez, estima corporal y autoestima. No se observó una importante variabilidad en las respuestas de los miembros del grupo. No parece probable que la valoración de los desenlaces por parte de los escolares sea diferente.

Balance de los efectos

¿Son mayores los efectos deseables que los efectos indeseables?

JUICIO	EVIDENCIA DE INVESTIGACIÓN	CONSIDERACIONES ADICIONALES
A favor del comparador Probablemente a favor del comparador **No favorece ni la intervención ni la comparación** Probablemente a favor de la intervención A favor de la intervención Varía	Los programas de alfabetización mediática prevención universal de los TCA comparados con la atención habitual/grupo control en niños, preadolescentes y adolescentes (menores de 18 años) escolarizados: No modifican los niveles de síntomas de TCA. Aumentan los niveles de preocupación por el peso (el efecto se diluye a los 3 meses). No modifican los niveles de preocupación por la figura. Aumentan los niveles de insatisfacción corporal (el efecto se diluye a los 6 meses). No modifican los niveles de estima corporal. No modifican los niveles de autoestima.	El efecto sobre los niveles de preocupación por el peso se diluyó a lo largo de los seguimientos (3 meses, 6 meses y 12 meses). El efecto sobre los niveles de insatisfacción corporal no se diluyó hasta los 6 meses de seguimiento.

No sé		

Recursos requeridos

¿Son pequeños los recursos requeridos (costes?

JUICIO	EVIDENCIA DE INVESTIGACIÓN	CONSIDERACIONES ADICIONALES
Costes grandes **Costes moderados** Costes y ahorros insignificantes Ahorro moderado Ahorro grande Varía No sé	Se consideró una estrategia que consiste en la impartición en el aula de 12 sesiones semanales de una hora de duración en las que está presente tanto el docente como un/una profesional adicional. Se consideró además un tiempo de preparación de dos días para cada una de las personas involucradas en la impartición de las sesiones. El salario por hora se estimó a través del coste salarial promedio por trabajador y hora informado en la Encuesta Trimestral del Coste Laboral[1] realizada por el Instituto Nacional de Estadística (INE), calculando el promedio para el año 2019. En España, el coste de la intervención por alumno/a, considerando una media de 25 alumnos por aula, tiene un por alumno de 28,15€ [1]https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736045053&menu=ultiDatos&idp=1254735976596	La organización, el uso de recursos necesario y el coste de la implementación de este tipo de estrategia en todo el territorio nacional no es despreciable por lo que requeriría de un análisis logístico y presupuestario previo e individualizado, así como una estrategia de evaluación de resultados.

Certeza en la evidencia sobre los recursos requeridos

¿Cuál es la certeza en torno a la evidencia sobre los recursos requeridos (costes?

JUICIO	EVIDENCIA DE INVESTIGACIÓN	CONSIDERACIONES ADICIONALES
Muy baja Baja **Moderada** Alta Sin estudios incluidos	El coste anual por paciente con TCA se tomó del estudio de Parés-Badell *et al.* 2014. En dicho estudio se proporciona el coste directo sanitario, así como el coste social por paciente con TCA para el año 2010, por lo que se aplicó la tasa incremental del Índice de Precios de Consumo (IPC) publicada por el INE [1] correspondiente a 2019 El coste salarial promedio por trabajador y hora informado se tomó de la Encuesta Trimestral del Coste Laboral [2] realizada por el Instituto Nacional de Estadística (INE), [1]https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176802&menu=ultiDatos&idp=1254735976607 [2]https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736045053&menu=ultiDatos&idp=1254735976596	El uso de recursos se basa en estudios previos y supuestos. El análisis previo a la implementación es necesario para esclarecer el uso de recursos y costes requerido para la correcta ejecución de los programas.

Coste-efectividad

¿El coste-efectividad favorece la intervención o la comparación?

JUICIO	EVIDENCIA DE INVESTIGACIÓN	CONSIDERACIONES ADICIONALES

A favor del comparador Probablemente a favor del comparador No favorece ni la intervención ni la comparación Probablemente a favor de la intervención A favor de la intervención **Varía** Sin estudios	No se identificaron evaluaciones económicas sobre intervenciones de la prevención universal de los TCA en población infantil, preadolescente y adolescente (menores de 18 años) escolarizada. En el análisis económico realizado para el contexto del sistema sanitario de nuestro país, considerando un horizonte temporal de 10 años, el coste incremental por AVAC de una estrategia multicomponente para la prevención universal de los TCA se estimó en 19.342 €/AVAC, situándose muy cerca del umbral de coste-efectividad estimado para España. Los resultados fueron muy sensibles tanto a la estimación del tamaño del efecto de la intervención como a su duración, así como al diseño de la intervención y sus costes asociados. La incertidumbre asociada a estas estimaciones es considerable, estimándose que la intervención multicomponente tendría una probabilidad de ser coste-efectiva de tan sólo el 51% para un umbral de coste-efectividad de 25.000€/AVAC. Existe un alto nivel de incertidumbre en cuanto al coste-efectividad de las estrategias multicomponente para la prevención universal de los TCA. Estas conclusiones varían según el tamaño y la duración del efecto de la intervención que se considere, así como de sus costes asociados por alumno/a.	

Equidad

¿Cuál sería el impacto en las inequidades en salud?

JUICIO	EVIDENCIA DE INVESTIGACIÓN	CONSIDERACIONES ADICIONALES
Reducida **Probablemente reducida** Probablemente sin impacto Probablemente incrementada Incrementada Varía No sé	El abordaje universal aumenta la posibilidad de generar cambios a nivel individual, grupal, social y comunitario lo que representa una ganancia crucial para un trastorno con un alto componente relacional y sensible a patrones sociales establecidos como el ideal de belleza o la noción de peso ideal. Incorporar una perspectiva de género contribuye a la equidad de una manera más sostenible. El incorporar esta perspectiva en este tipo de programas facilita que tanto chicos y chicas entiendan la presión y las expectativas que se ejercen sobre ellos, aprendan a empatizar con esas preocupaciones, e incluso se planteen formas de resolverlas.	

Aceptabilidad

¿Es aceptable la opción para los agentes implicados?

JUICIO	EVIDENCIA DE INVESTIGACIÓN	CONSIDERACIONES ADICIONALES

No Probablemente no Probablemente sí Sí **Varía** No sé	Según la revisión de estudios cualitativos realizada, la aceptabilidad fluctúa, Los programas preventivos con mayor aceptabilidad por parte de los participantes son aquellos que ofrecen contenidos relevantes a sus intereses y necesidades y que favorecen una mayor aceptación personal. Son también mejor valoradas las intervenciones que les proponen roles más participativos y en las que puedan proponer actividades que surjan de su propia experiencia con los TCA.	

Factibilidad

¿Es factible la implementación de la opción?

JUICIO	EVIDENCIA DE INVESTIGACIÓN	CONSIDERACIONES ADICIONALES
No Probablemente no **Probablemente sí** Sí Varía No sé	No se identificó evidencia disponible respecto a la aplicabilidad (factibilidad de la implementación) de los programas de prevención.	Una vez probada la efectividad de las intervenciones, la sostenibilidad del programa se puede mejorar cuando son los profesores quienes asumen la implementación. Para ello, se debe llevar a cabo un entrenamiento previo de los profesores.

Resumen de juicios

	JUICIO						
PROBLEMA	No	Probablemente no	Probablemente sí	**Sí**		Varía	No sé
EFECTOS DESEABLES	**Trivial**	Pequeño	Moderado	Grande		Varía	No sé
EFECTOS INDESEABLES	Grande	Moderado	**Pequeño**	Trivial		Varía	No sé

CERTEZA EN LA EVIDENCIA	Muy baja	**Baja**	Moderada	Alta			Sin estudios incluido
VALORES	Incertidumbre o variabilidad importante	Incertidumbre o variabilidad posible	Probable incertidumbre o variabilidad no importante	**Incertidumbre o variabilidad no importante**			
BALANCE DE LOS EFECTOS	A favor del comparador	Probablemente a favor del comparador	**No favorece ni la intervención ni la comparación**	Probablemente a favor de la intervención	A favor de la intervención	Varía	No sé
RECURSOS REQUERIDOS	Costes grandes	**Costes moderados**	Costes y ahorros insignificantes	Ahorro moderado	Ahorro grande	Varía	No sé
CERTEZA EN LA EVIDENCIA SOBRE LOS RECURSOS	Muy baja	Baja	**Moderada**	Alta			Sin estudios incluido
COSTE- EFECTIVIDAD	A favor del comparador	Probablemente a favor del comparador	No favorece ni la intervención ni la comparación	Probablemente a favor de la intervención	A favor de la intervención	**Varía**	Sin estudios incluido
EQUIDAD	Reducida	Probablemente reducida	Probablemente sin impacto	**Probablemente incrementada**	Incrementada	Varía	No sé
ACEPTABILIDAD	No	Probablemente no	Probablemente sí	Sí		**Varía**	No sé
FACTIBILIDAD	No	Probablemente no	**Probablemente sí**	Sí		Varía	No sé

Tipo de recomendación

Recomendación fuerte en contra de la intervención	Recomendación débil en contra de la intervención	**Recomendación débil ni a favor ni en contra de la intervención o el comparador**	Recomendación débil a favor de la intervención	Recomendación fuerte a favor de la intervención
○	○	●	○	○

Conclusiones

Con la evidencia disponible sobre efectividad y coste efectividad en el momento de la elaboración de este informe y la consideración de los aspectos organizativos, éticos, sociales, legales y relacionados con los pacientes, no es posible hacer una recomendación ni a favor ni en contra de la implementación de intervenciones de alfabetización mediática o digital para la prevención universal de los trastornos de la conducta alimentaria en población infantil, preadolescente y adolescente escolarizada (Recomendación: CONDICIONAL).

Pregunta

Debería usarse programa multicomponentes para la prevención universal de los TCA vs atención habitual/grupo control para niños y niñas, preadolescentes y adolescentes (menores de 18 años) escolarizados?

Detalles de la pregunta (formato pico)

Población: Niños, niñas, preadolescentes y adolescentes (menores de 18 años) escolarizados

Intervención: Programa multicomponentes para la prevención universal de los TCA

Comparador: Atención habitual/grupo control

Medidas de resultado: Síntomas TCA, preocupación por el peso, preocupación por la figura, insatisfacción corporal, obsesión por la delgadez, autoestima y estima corporal

Setting: Cartera de servicios del SNS

Perspectiva: Perspectiva de la población

Antecedentes: Este informe de evaluación pretende dar respuesta a la petición llevada a cabo por la Comisión de Prestaciones, Aseguramiento y Financiación en el proceso de identificación y priorización de necesidades de evaluación que se lleva a cabo para confirmar el Plan de Trabajo Anual de la Red Española de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y prestaciones de Sistema Nacional de Salud, sobre la efectividad y el coste-efectividad de la prevención universal de los TCA en población infantil, preadolescente y adolescente escolarizada en el contexto español

Evaluación

Problema

¿Es prioritario este problema?

JUICIO	EVIDENCIA DE INVESTIGACIÓN	CONSIDERACIONES ADICIONALES
No Probablemente no Probablemente sí **Sí** Varía No sé	En la actualidad se estima que un 5% de la población mundial presenta un trastorno alimentario y de la ingestión de los alimentos(TCA). Las consecuencias físicas, mentales y sociales de los TCA; la restricción notable en la calidad de vida de las personas afectadas de TCA y su entorno familiar; y la vulnerabilidad al desarrollo de estos trastornos en la pubertad y en la adolescencia tardía constituyen razones poderosas para un enfoque centrado en su prevención y explican la necesidad de políticas preventivas desde la infancia, así como en la preadolescencia y la adolescencia.	

Efectos deseables

¿Son grandes los efectos deseables esperados?

JUICIO	EVIDENCIA DE INVESTIGACIÓN	CONSIDERACIONES ADICIONALES
Trivial **Pequeño** Moderado Grande Varía No sé	La mejor evidencia disponible sobre la efectividad de las estrategias multicomponentes de prevención universal de los TCA proviene de nueve ECA. Esta permite establecer que:	El efecto sobre los niveles de síntomas de TCA se diluyó a lo largo de los seguimientos (3 meses, 6 meses y 12 meses).

Desenlaces	**Efectos absolutos anticipados (95% CI)** **Riesgo con las estrategias multicomponente para la prevención de los TCA**	**№ de participantes (Estudios)**
Síntomas TCA evaluado con: EAT o su versión para niños (ChEAT), EDE-Q y/o SCOFF seguimiento: post	SMD **0,3 menor** (0,46 menor a 0,14 menor)	618 (2 ECA)
Insatisfacción corporal evaluado con: EDI seguimiento: post	SMD **0,01 más alto.** (0,06 menor a 0,09 más alto.)	2871 (4 ECA)

	Obsesión por la delgadez (evaluado con: EDI seguimiento: post	SMD **0,03 menor** (0,12 menor a 0,06 más alto.)	2091 (3 ECA)
	Autoestima evaluado con : RSE y Self-Perception Profile for Adolescents seguimiento: post	SMD **0,03 menor** (0,19 menor a 0,13 más alto.)	636 (3 ECA)
	Estima corporal evaluado con : Body-Esteem Scale y Experience of Embodiment Scale seguimiento: post	SMD **0,02 más alto.** (0,08 menor a 0,12 más alto.)	1809 (4 ECA)

Efectos indeseables

¿Son pequeños los efectos indeseables esperados?

JUICIO	EVIDENCIA DE INVESTIGACIÓN	CONSIDERACIONES ADICIONALES
Grande Moderado Pequeño **Trivial** Varía No sé	Este informe no identifica pruebas científicas sobre efectos indeseables más allá del posible empeoramiento en los efectos deseables.	

Certeza en la evidencia

¿Cuál es la certeza global en la evidencia sobre los efectos?

JUICIO	EVIDENCIA DE INVESTIGACIÓN	CONSIDERACIONES ADICIONALES
Muy baja **Baja** Moderada Alta	La calidad global de la evidencia ha sido considera baja.	

Sin estudios incluidos

Desenlaces	№ de participantes (Estudios)	Certainty of the evidence (GRADE)
Síntomas TCA evaluado con: EAT o su versión para niños (ChEAT), EDE-Q y/o SCOFF seguimiento: post	618 (2 ECA)	⊕⊕⊕◯ MODERADO[a]
Insatisfacción corporal evaluado con: EDI seguimiento: post	2871 (4 ECA)	⊕⊕◯◯ BAJA[b,c]
Obsesión por la delgadez evaluado con: EDI seguimiento: post	2091 (3 ECA)	⊕⊕◯◯ BAJA[b,d]
Autoestima evaluado con : RSE y Self-Perception Profile for Adolescents seguimiento: post	636 (3 ECA)	⊕⊕◯◯ BAJA[b,e]
Estima corporal evaluado con : Body-Esteem Scale y Experience of Embodiment Scale seguimiento: post	1809 (4 ECA)	⊕⊕◯◯ BAJA[b,f]

Uno de los estudio no describió el método de aleatorización. La ocultación de la asignación no fue descrita en ambos. En los dominios correspondientes al cegamiento, ambos estudios tienen un alto riesgo de sesgo. Un estudio presenta alto riesgo en el sesgo de desgaste y en el otro no se pudo valorar el dominio. No se pudo valorar el sesgo de notificación en ambos.
El IC 95% sobrepasa el no efecto.
Un estudio no describió el método de aleatorización. La ocultación de la asignación no se realizó o no fue descrita. En el dominio correspondiente al cegamiento de los participantes y el personal, los estudios tienen un alto riesgo de sesgo. Dos estudios presentaron un alto riesgo de sesgo de desgaste. En tres estudio no se puede valorar el sesgo de notificación.
Uno de los estudio no describió el método de aleatorización. La ocultación de la asignación no fue descrita en ambos. En los dominios correspondientes al cegamiento, los tres estudios tienen un alto riesgo de sesgo. No se pudo valorar el sesgo de desgaste en un estudio y el sesgo de notificación en dos de los estudios.
Dos estudios no describieron el método de aleatorización. La ocultación de la asignación no se llevó a cabo o fue descrita. En los dominios correspondientes al cegamiento, los tres estudios tienen un alto riesgo de sesgo. No se pudo valorar el sesgo de desgaste en un estudio y el sesgo de notificación en dos de los estudios.

	Tres estudios no describieron el método de aleatorización. La ocultación de la asignación no se llevó a cabo o fue descrita. En los dominios correspondientes al cegamiento, los cuatro estudios tienen un alto riesgo de sesgo. No se pudo valorar el sesgo de desgaste en dos estudios y el sesgo de notificación en tres de los estudios.	

Valores

¿Existe incertidumbre o variabilidad importante sobre como los pacientes valoran los desenlaces principales?

JUICIO	EVIDENCIA DE INVESTIGACIÓN	CONSIDERACIONES ADICIONALES
Incertidumbre o variabilidad importante Incertidumbre o variabilidad posible Probable incertidumbre o variabilidad no importante **Incertidumbre o variabilidad no importante**	No se han podido identificar estudios que informen del valor que tanto los niños, preadolescentes y adolescentes sin TCA como las personas con TAC otorgan a los diferentes desenlaces.	Se realizó una consulta sobre la importancia relativa de los desenlaces de interés, llevada a cabo a los componentes del grupo de trabajo del informe y colaboradores (profesionales sanitarios, representantes de asociaciones de pacientes y sociedades científicas, metodólogos). Valoraron individualmente cada desenlace, obteniéndose un total de 25 respuestas. El grupo de trabajo consideró como desenlaces críticos: tasa de participantes con diagnóstico de TCA, medidas

		psicológicas estandarizadas de los síntomas del TCA, preocupación por el peso, preocupación por la figura, insatisfacción corporal, obsesión por la delgadez, estima corporal y autoestima. No se observó una importante variabilidad en las respuestas de los miembros del grupo. No parece probable que la valoración de los desenlaces por parte de los escolares sea diferente.

Balance de los efectos

¿Son mayores los efectos deseables que los efectos indeseables?

JUICIO	EVIDENCIA DE INVESTIGACIÓN	CONSIDERACIONES ADICIONALES
A favor del comparador Probablemente a favor del comparador **No favorece ni la intervención ni la comparación** Probablemente a favor de la intervención	Las estrategias multicomponentes de prevención universal de los TCA comparadas con la atención habitual/grupo control en niños, preadolescentes y adolescentes (menores de 18 años) escolarizados: Disminuye los niveles de síntomas de TCA. No modifican os niveles de preocupación por el peso. No modifican los niveles de preocupación por la figura. No modifican los niveles de insatisfacción corporal. No modifican los niveles de obsesión por la delgadez. No modifican los niveles de estima corporal. No modifican los niveles de autoestima.	El efecto sobre los niveles de síntomas de TCA se diluyó a lo largo de los seguimientos (3 meses, 6 meses y 12 meses).

A favor de la intervención Varía No sé		

Recursos requeridos

¿Son pequeños los recursos requeridos (costes?

JUICIO	EVIDENCIA DE INVESTIGACIÓN	CONSIDERACIONES ADICIONALES
Costes grandes **Costes moderados** Costes y ahorros insignificantes Ahorro moderado Ahorro grande Varía No sé	Se consideró una estrategia que consiste en la impartición en el aula de 12 sesiones semanales de una hora de duración en las que está presente tanto el docente como un/una profesional adicional. Se consideró además un tiempo de preparación de dos días para cada una de las personas involucradas en la impartición de las sesiones. El salario por hora se estimó a través del coste salarial promedio por trabajador y hora informado en la Encuesta Trimestral del Coste Laboral[1] realizada por el Instituto Nacional de Estadística (INE), calculando el promedio para el año 2019. En España, el coste de la intervención por alumno/a, considerando una media de 25 alumnos por aula, tiene un por alumno de 28,15€ [1]https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736045053&menu=ultiDatos&idp=1254735976596	La organización, el uso de recursos necesario y el coste de la implementación de este tipo de estrategia en todo el territorio nacional no es despreciable por lo que requeriría de un análisis logístico y presupuestario previo e individualizado, así como una estrategia de evaluación de resultados.

Certeza en la evidencia sobre los recursos requeridos

¿Cuál es la certeza en torno a la evidencia sobre los recursos requeridos (costes?

JUICIO	EVIDENCIA DE INVESTIGACIÓN	CONSIDERACIONES ADICIONALES

Muy baja Baja **Moderada** Alta Sin estudios incluidos	El coste anual por paciente con TCA se tomó del estudio de Parés-Badell *et al.* 2014. En dicho estudio se proporciona el coste directo sanitario, así como el coste social por paciente con TCA para el año 2010, por lo que se aplicó la tasa incremental del Índice de Precios de Consumo (IPC) publicada por el INE [1] correspondiente a 2019 El coste salarial promedio por trabajador y hora informado se tomó de la Encuesta Trimestral del Coste Laboral [2] realizada por el Instituto Nacional de Estadística (INE), [1]https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176802&menu=ultiDatos&idp=1254735976607 [2]https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736045053&menu=ultiDatos&idp=1254735976596	El uso de recursos se basa en estudios previos y supuestos. El análisis previo a la implementación es necesario para esclarecer el uso de recursos y costes requerido para la correcta ejecución de los programas.

Coste-efectividad

¿El coste-efectividad favorece la intervención o la comparación?

JUICIO	EVIDENCIA DE INVESTIGACIÓN	CONSIDERACIONES ADICIONALES
A favor del comparador Probablemente a favor del comparador No favorece ni la intervención ni la comparación Probablemente a favor de la intervención A favor de la intervención **Varía** Sin estudios	No se identificaron evaluaciones económicas sobre intervenciones de la prevención universal de los TCA en población infantil, preadolescente y adolescente (menores de 18 años) escolarizada. En el análisis económico realizado para el contexto del sistema sanitario de nuestro país, considerando un horizonte temporal de 10 años, el coste incremental por AVAC de una estrategia multicomponente para la prevención universal de los TCA se estimó en 19.342 €/AVAC, situándose muy cerca del umbral de coste-efectividad estimado para España. Los resultados fueron muy sensibles tanto a la estimación del tamaño del efecto de la intervención como a su duración, así como al diseño de la intervención y sus costes asociados. La incertidumbre asociada a estas estimaciones es considerable, estimándose que la intervención multicomponente tendría una probabilidad de ser coste-efectiva de tan sólo el 51% para un umbral de coste-efectividad de 25.000€/AVAC. Existe un alto nivel de incertidumbre en cuanto al coste-efectividad de las estrategias multicomponente para la prevención universal de los TCA. Estas conclusiones varían según el tamaño y la duración del efecto de la intervención que se considere, así como de sus costes asociados por alumno/a.	

Equidad

¿Cuál sería el impacto en las inequidades en salud?

JUICIO	EVIDENCIA DE INVESTIGACIÓN	CONSIDERACIONES ADICIONALES
Reducida **Probablemente reducida** Probablemente sin impacto Probablemente incrementada Incrementada Varía No sé	El abordaje universal aumenta la posibilidad de generar cambios a nivel individual, grupal, social y comunitario lo que representa una ganancia crucial para un trastorno con un alto componente relacional y sensible a patrones sociales establecidos como el ideal de belleza o la noción de peso ideal. Incorporar una perspectiva de género contribuye a la equidad de una manera más sostenible. El incorporar esta perspectiva en este tipo de programas facilita que tanto chicos y chicas entiendan la presión y las expectativas que se ejercen sobre ellos, aprendan a empatizar con esas preocupaciones, e incluso se planteen formas de resolverlas.	

Aceptabilidad

¿Es aceptable la opción para los agentes implicados?

JUICIO	EVIDENCIA DE INVESTIGACIÓN	CONSIDERACIONES ADICIONALES
No Probablemente no Probablemente sí Sí **Varía** No sé	Según la revisión de estudios cualitativos realizada, la aceptabilidad fluctúa, Los programas preventivos con mayor aceptabilidad por parte de los participantes son aquellos que ofrecen contenidos relevantes a sus intereses y necesidades y que favorecen una mayor aceptación personal. Son también mejor valoradas las intervenciones que les proponen roles más participativos y en las que puedan proponer actividades que surjan de su propia experiencia con los TCA.	

Factibilidad

¿Es factible la implementación de la opción?

JUICIO	EVIDENCIA DE INVESTIGACIÓN	CONSIDERACIONES ADICIONALES
No Probablemente no **Probablemente sí** Sí Varía	No se identificó evidencia disponible respecto a la aplicabilidad (factibilidad de la implementación) de los programas de prevención.	Una vez probada la efectividad de las intervenciones, la sostenibilidad del programa se puede mejorar cuando son

No sé		los profesores quienes asumen la implementación. Para ello, se debe llevar a cabo un entrenamiento previo de los profesores.

Resumen de juicios

	JUICIO						
PROBLEMA	No	Probablemente no	Probablemente sí	**Sí**		Varía	No sé
EFECTOS DESEABLES	Trivial	**Pequeño**	Moderado	Grande		Varía	No sé
EFECTOS INDESEABLES	Grande	Moderado	Pequeño	**Trivial**		Varía	No sé
CERTEZA EN LA EVIDENCIA	Muy baja	**Baja**	Moderada	Alta			Sin estudios incluido
VALORES	Incertidumbre o variabilidad importante	Incertidumbre o variabilidad posible	Probable incertidumbre o variabilidad no importante	**Incertidumbre o variabilidad no importante**			
BALANCE DE LOS EFECTOS	A favor del comparador	Probablemente a favor del comparador	**No favorece ni la intervención ni la comparación**	Probablemente a favor de la intervención	A favor de la intervención	Varía	No sé
RECURSOS REQUERIDOS	Costes grandes	**Costes moderados**	Costes y ahorros insignificantes	Ahorro moderado	Ahorro grande	Varía	No sé
CERTEZA EN LA EVIDENCIA SOBRE LOS RECURSOS	Muy baja	Baja	**Moderada**	Alta			Sin estudios incluido

COSTE- EFECTIVIDAD	A favor del comparador	Probablemente a favor del comparador	No favorece ni la intervención ni la comparación	Probablemente a favor de la intervención	A favor de la intervención	**Varía**	Sin estudios incluido
EQUIDAD	Reducida	Probablemente reducida	Probablemente sin impacto	**Probablemente incrementada**	Incrementada	Varía	No sé
ACEPTABILIDAD	No	Probablemente no	Probablemente sí	Sí		**Varía**	No sé
FACTIBILIDAD	No	Probablemente no	**Probablemente sí**	Sí		Varía	No sé

Tipo de recomendación

Recomendación fuerte en contra de la intervención	Recomendación débil en contra de la intervención	**Recomendación débil ni a favor ni en contra de la intervención o el comparador**	Recomendación débil a favor de la intervención	Recomendación fuerte a favor de la intervención
○	○	●	○	○

Conclusiones

Con la evidencia disponible sobre efectividad y coste efectividad en el momento de la elaboración de este informe y la consideración de los aspectos organizativos, éticos, sociales, legales y relacionados con los pacientes, no es posible hacer una recomendación ni a favor ni en contra de la implementación de intervenciones multicomponente para la prevención universal de los trastornos de la conducta alimentaria en población infantil, preadolescente y adolescente escolarizada (Recomendación: CONDICIONAL).