

Barreras de acceso a tratamiento en Trastornos de la Conducta Alimentaria: Una revisión de la literatura

FELIPE CASTAÑEDA^{1,a,b}, FRANCISCA RIESTRA^{1,b}, JAIME CERDA¹

Barriers to access treatment for eating disorders: Literature review

Background: Eating disorders (EDs) are disabling, potentially fatal, and costly mental disorders. According to recent data, Chile has the highest prevalence of both anorexia nervosa (AN) and bulimia nervosa (BN) in Latin America. However, there is no published data regarding the barriers experienced by patients with EDs in Chile until they start treatment. **Aim:** To review and synthesize the literature regarding barriers to access to treatment for patients with EDs. **Methods:** A search was conducted through PubMed/Medline, PsychInfo, Web of Science, Scopus, Embase, Scielo, and Google Scholar. Seventy-two studies were selected for full-text reading. **Results:** 53 studies were included, all conducted in developed countries. A wide range of barriers was found, which can be classified according to their role. These barriers were predominantly at the level of the patient with an ED, the family and social environment, the health professionals, the sociocultural context, and the healthcare system. The barriers most commonly found in studies were the patient's ego-syntonic behaviors and the social stigma associated with EDs. **Discussion:** The national context calls for discussing access problems in patients with EDs in Chile. The barriers found in this study should be considered when designing public policies, although the role of the cost of treatment should be more emphasized in Chile.

(Rev Med Chile 2023; 151: 1613-1622)

Key words: Feeding and Eating Disorders; Health Services Accessibility; Public Health; Review.

RESUMEN

Introducción: Los trastornos alimentarios (TCA) son trastornos mentales incapacitantes, mortales y costosos. De acuerdo a datos recientes, Chile tiene la prevalencia más alta tanto de anorexia nervosa (AN) como bulimia nervosa (BN) en Latinoamérica. Sin embargo, no existe información publicada respecto a las barreras que experimentan pacientes con TCA en Chile hasta su tratamiento. Este estudio tuvo como objetivo revisar y sintetizar lo disponible en la literatura en cuanto a barreras de acceso a tratamiento para pacientes con TCA. **Metodología:** se desarrolló una búsqueda en la literatura a través de PubMed/Medline, PsychInfo, Web of Science, Scopus, Embase, Scielo y Google Scholar. 72 estudios fueron pesquisados para lectura a texto completo.

¹Escuela de Medicina Pontificia Universidad Católica de Chile. Santiago, Chile.

^aEstudiante en el programa de Magíster en Salud Pública, Pontificia Universidad Católica de Chile. Santiago, Chile.

^bEstudiante de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile. Santiago, Chile.

Fuente de apoyo financiero: este estudio no recibió financiamiento.

Los autores declaran no tener conflictos de interés.

Recibido el 12 de julio de 2023, aceptado el 25 de marzo de 2024.

Correspondencia a:
Felipe Castañeda
Diagonal Paraguay 362,
Santiago, Región Metropolitana,
primer piso.
fmcastaneda@uc.cl

Resultados: 53 estudios fueron incluidos, siendo todos conducidos en países desarrollados. Se encontró un amplio abanico de barreras, las que pueden clasificarse según actuar predominantemente a nivel del paciente con TCA, del entorno familiar y social, de los profesionales de salud, del contexto sociocultural, y del sistema de salud. Las barreras encontradas en más estudios fueron los síntomas egosintónicos del paciente y el estigma social asociado al TCA. **Discusión:** El contexto nacional llama a discutir problemas de acceso en el tratamiento para pacientes con TCA en Chile. Las barreras encontradas en la literatura deben ser consideradas al momento de diseñar políticas públicas, aunque debería recalcarse más el papel que pudiera tener el costo del tratamiento como una barrera local.

Palabras clave: Accesibilidad a los Servicios de Salud; Salud Pública; Trastornos de Alimentación y de la Ingestión de Alimentos; Revisión.

Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) son trastornos mentales incapacitantes, potencialmente mortales y costosos, que afectan considerablemente la salud física y el funcionamiento psicosocial¹. Este grupo de trastornos incluye la anorexia nervosa (AN), bulimia nervosa (BN), trastorno por atracón, trastorno evitativo/restrictivo de la ingesta alimentaria (TERIA), otros TCA especificados (como anorexia atípica, bulimia subclínica, trastorno purgativo y síndrome del comer nocturno), entre otros. Los grupos más afectados corresponden a mujeres y jóvenes, tanto a nivel mundial como nacional².

Poco se sabe de este problema en Chile. Además de no haber estudios publicados sobre acceso a tratamiento, no hay suficiente información epidemiológica disponible, con estudios locales que reportan resultados ampliamente variados entre sí³. El último estudio epidemiológico realizado en Chile reportó una prevalencia de 0,3% de TCA en adolescentes de entre 12 y 18 años⁴. Asimismo, en un estudio transversal sobre escolares del sur de Chile, 16,1% de la muestra fue identificado en riesgo de desarrollar un TCA⁵. De acuerdo a la información más reciente disponible, Chile tiene la prevalencia más alta tanto de AN como BN en Latinoamérica (0,09% y 0,27%, respectivamente)⁶.

De acuerdo a cifras preliminares de la Unidad de Trastornos Alimentarios de la Red UC Christus (UTAL-UC), las consultas por TCA aumentaron durante la pandemia por COVID-19 entre cuatro a cinco veces en comparación a años previos⁷. Más aún, un estudio desarrollado en Chile, México y Colombia encontró que los mayores patrones disfuncionales de alimentación desarro-

llados durante la pandemia COVID-19 fueron en participantes de Chile⁸. Este tipo de patrones se han asociado al desarrollo de TCA⁹.

Resulta de suma importancia conocer los factores que inciden en el acceso a tratamiento para pacientes con TCA. Un retraso en el inicio de tratamiento ha sido descrito como un marcador de un peor pronóstico y cronicidad del trastorno¹⁰⁻¹². Por lo tanto, abordar barreras de acceso puede resultar fundamental al momento de desarrollar políticas públicas para TCA.

El presente estudio tuvo como objetivo revisar y sintetizar lo disponible en la literatura en cuanto a barreras de acceso a tratamiento para pacientes con TCA. Se intentaron plasmar los hallazgos de modo que las barreras descritas sean lo suficientemente coherentes y lógicas para cualquier lector.

Metodología

Frente al objetivo planteado, se desarrolló una búsqueda en la literatura a través de las siguientes bases de datos: PubMed/Medline, PsychInfo, Web of Science, Scopus, Embase, Scielo y Google Scholar. En todas las bases de datos, salvo en Google Scholar, se realizó la búsqueda utilizando *subject subheadings* específicos y búsqueda con texto. Para el caso de Google Scholar, se realizó una búsqueda manual revisando artículos citados por otros artículos pesquisados previamente.

La estrategia de búsqueda se compuso de dos o tres palabras clave. La primera de ellas correspondió a la población de estudio, por lo que se

utilizó (“*eating disorder*”), (“*anorexia nervosa*”), (“*bulimia nervosa*”) o (“*binge eating disorder*”). Asimismo, la segunda y tercera palabra clave fueron la combinación de (“*barrier*”), (“*treatment*” OR “*therapy*”), (“*access*”) y/o (“*first contact*”). De esta forma, por ejemplo, una búsqueda pudo ser (“*eating disorder*”) AND (“*barrier*”) AND (“*treatment*” OR “*therapy*”). En total hubo 16 búsquedas distintas en las bases de datos mencionadas, a excepción de Google Scholar.

Los criterios de inclusión fueron artículos primarios en inglés, español o portugués; estudios cualitativos, cuantitativos o mixtos; estudios sobre una muestra de pacientes con TCA, familiares o

cuidadores de pacientes con TCA, o profesionales tratantes de pacientes con TCA; y estudios que identifiquen barreras de acceso a tratamiento. Los criterios de exclusión fueron las revisiones y estudios no enfocados en TCA (por ejemplo, utilizando una sub-muestra de pacientes con TCA). No se limitó por año de publicación ni por edad de pacientes (Figura 1).

Para operacionalizar los resultados, se discutió entre los autores de esta revisión la mejor forma de categorizar los hallazgos. De esta forma, se intentó generar categorías que fueran coherentes con la experiencia clínica, y/o que hayan sido descritas previamente en la literatura.

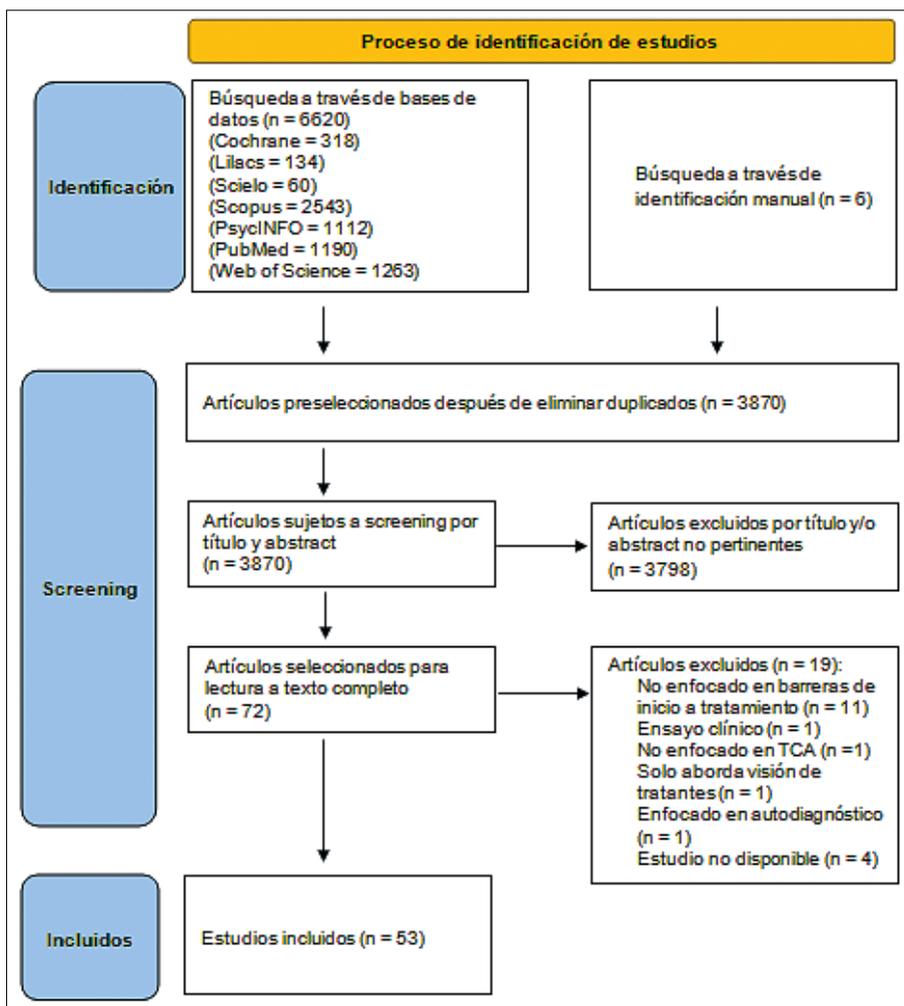


Figura 1. Diagrama de flujo del proceso de identificación de estudios.

Resultados

De los 72 artículos seleccionados para lectura a texto completo, 53 fueron incluidos. Todos los estudios incluidos fueron publicados en inglés.

Veintiseis estudios (49,1%) utilizaron predominantemente metodología cuantitativa, mientras que 21 (39,6%) se guiaron por métodos cualitativos y 6 (11,3%) con metodología mixta. El 100% de los estudios fueron conducidos en países desarrollados, utilizando el criterio del Fondo Monetario Internacional¹³. La Tabla 1 sintetiza las principales barreras que la revisión arrojó.

Creencias del paciente

Una de las barreras más relevantes en el proceso de búsqueda de tratamiento corresponde a las propias creencias de las y los pacientes con TCA. Vale decir, el trastorno puede enmascarse dentro de la “realidad” del individuo, lo que dificulta que sea reconocido como patológico y que requiera ayuda. Estos comportamientos y creencias, también llamados “síntomas egosintónicos”, fueron mencionados por muchos estudios como barreras, manifestándose como una negación de la enfermedad, no querer “perder el control” del trastorno, creer que no es un

problema suficientemente serio, o que no requiere ayuda. La egosintonía del trastorno también puede entenderse como una falta de insight o conciencia de enfermedad. Para ejemplificar, un estudio con una muestra de 13 mujeres encontró que las pacientes experimentaron un proceso cíclico de “entrar y salir” del entendimiento de la severidad del trastorno alimentario, el significado de la enfermedad y la necesidad de apoyo¹⁴. Así, dependiendo de ciertas retroalimentaciones o eventos críticos, las entrevistadas pudieron estar en un estado de comprensión o negación de la enfermedad. Otro estudio, realizado sobre 425 individuos con sintomatología de TCA, encontró que las mayores barreras de acceso a tratamiento fueron (en orden decreciente) el miedo a “perder el control”, el miedo al cambio, y encontrar la motivación al cambio. Los síntomas se asociaron positivamente con la fuerza de la mayoría de las barreras a tratamiento¹⁷. Por su parte, un estudio, que exploró la perspectiva de 34 mujeres noruegas con diagnóstico de anorexia nervosa sobre el “primer contacto” con los servicios de salud, elaboró en que las pacientes buscaron ayuda por: el deseo de ser una “mejor anoréxica”, el deseo de “sentirse menos deprimida”, y el deseo de “reducir las preocupaciones somáticas”²⁸. Los autores plantean que el “ser una mejor anoréxica” se refiere

Tabla 1. Barreras de acceso a tratamiento para pacientes con TCA encontradas en la literatura

Barrera	Sub-barreras
Creencias del paciente	No-reconocimiento de la enfermedad, su severidad, o la necesidad de ayuda (14-33)
	“Miedo” al tratamiento o acudir a un tratante (33-35)
	Baja percepción de autoeficacia (17, 18, 27, 36-38)
Influencia del entorno familiar y social	No reconoce signos y/o síntomas del TCA (39-42)
	No apoya en el proceso terapéutico o hacia éste (21, 43, 44)
Falta de expertise profesional	Profesional no reconoció TCA o no tomó en serio su gravedad (21, 40, 41, 45-49)
Actitud inadecuada del profesional	Percepción de falta de sensibilidad o empatía del tratante (49-51)
Estigmas socioculturales	Estigma y/o estereotipos sobre TCA (15, 23, 24, 29, 32, 33, 38, 43, 44, 52-60)
	Desconocimiento o “mitos” sobre TCA o la alimentación (43, 44, 61)
	Estigma de género y asociado a minorías sexuales y étnicas (16, 30, 31, 47, 48, 58-60, 62-65)
Barreras del Sistema de salud	Tiempos de espera prolongados hasta derivación al tratamiento (29, 41, 42, 46, 66)
	Falta de recursos y especialistas en servicios de atención (29)
	Inaccesibilidad física o geográfica del servicio (24, 54, 56-58)
	Alto costo monetario del tratamiento (24, 32, 49, 56, 57, 63, 65)

al deseo de las pacientes de superar los aspectos problemáticos de la anorexia, pero al mismo tiempo manteniendo los aspectos “positivos” de la enfermedad (es decir, la sensación de control y el mantener un bajo peso).

Ciertos pacientes describen un “miedo” hacia el tratamiento o a acudir a la atención médica, como lo describe un estudio realizado sobre estudiantes universitarias en Francia³⁵. En el estudio, la barrera se dio principalmente en personas con BN, lo que las autoras asocian a la vergüenza y culpa por sus atracones.

La baja motivación o sensación de autoeficacia frente al tratamiento también ha sido descrita como barrera en el proceso de búsqueda de tratamiento. En un estudio australiano, se encontró una relación positiva entre la intención de buscar tratamiento, la motivación a cambiar, y en la confianza en lograr el cambio³⁶.

Influencia del entorno familiar y social

De acuerdo a lo encontrado en la literatura, el entorno familiar y social cumple un rol crucial para el reconocimiento del TCA y la posterior búsqueda de tratamiento. Si bien suelen ser madres y padres quienes se percatan de los síntomas y aceleran el proceso de búsqueda de tratamiento, el no-reconocimiento familiar también es una barrera. Un estudio cualitativo sobre adolescentes y padres sobre su experiencia en la identificación temprana del TCA planteó que una de las principales barreras fueron las dudas de los padres sobre actuar en base a “suposiciones” de la existencia de un TCA⁴⁰. Por su parte, un estudio canadiense que aplicó entrevistas semi-estructuradas a 4 padres y 6 madres de pacientes con TCA intentó describir el proceso de búsqueda de ayuda mediante una línea de tiempo. Se encontró que, en un inicio, las y los padres ven los cambios en la conducta alimentaria de su hija o hijo como algo positivo o sin mayor significancia. Luego, se preocupan y culpan a sí mismos por no identificar los signos antes; en consecuencia, sienten ansiedad sobre qué hacer, lo que mueve a un inicio de tratamiento en un servicio especializado⁴².

Además del no-reconocimiento, otra barrera que puede emerger desde el entorno familiar y social es el no-apoyo a un paciente con un TCA. Un estudio sobre una muestra de pacientes con TCA que no han recibido tratamiento encontró

que una de las principales barreras reportadas fue la falta de apoyo percibida²¹.

Falta de expertise profesional

El encuentro entre pacientes y profesionales tratantes puede suponer la puerta de ingreso a un proceso terapéutico. Sin embargo, en algunos casos también funcionó como barrera de acceso. De acuerdo a lo descrito en la literatura, las experiencias negativas con profesionales fueron predominantemente por el no-reconocimiento del TCA o el hecho de no prestarle la atención necesaria. Un estudio inglés en el que se encuestó a usuarios de un servicio de tratamiento para TCA describió que la razón más común para un retraso en el tratamiento fue que el profesional de atención primaria no reconoció o actuó en base a los síntomas del trastorno alimentario⁴⁵. Estos hallazgos son similares a los que se encontraron en un estudio alemán, donde se analizaron datos clínicos de 258 pacientes que ingresaron a servicios hospitalarios para TCA. El 80% de las y los pacientes reportaron haber utilizado servicios de salud primarios (médico general o pediatra) antes de la hospitalización⁴⁶. Los autores concluyeron que, en la gran mayoría de los casos, la atención primaria falló en detectar el trastorno alimentario o subestimó la severidad del mismo⁴⁶. La percepción de falta de conocimientos del profesional de salud se encontró también en un estudio en Irlanda, donde los tratantes reportaron no sentirse con la expertise necesaria para tratar TCA²⁹.

Actitud inadecuada del profesional

Otro aspecto importante que debe ser considerado es la postura del profesional de salud al momento de atender a un paciente con TCA. Algunos estudios en la revisión describieron falta de empatía, sensibilidad, o mala comunicación con el tratante, lo que funcionó como barrera para acceder a tratamiento. En un estudio cualitativo sobre una muestra epidemiológica australiana se reportó la empatía del profesional como un factor que contribuyó a una experiencia positiva o negativa en la búsqueda de ayuda⁵¹. En tanto, 16 de 18 participantes de otro estudio cualitativo, sobre una muestra de personas con TCA que declinaron tratamiento, señalaron que el tratante no escu-

chaba sus perspectivas, y que sus sentimientos y necesidades no eran consideradas como importantes⁵⁰.

Estigmas socioculturales

Un área ampliamente mencionada en la literatura sobre barreras de acceso a tratamiento en TCA fueron los aspectos socioculturales. Particularmente, el estigma o los estereotipos asociados al TCA y al proceso de búsqueda de ayuda fueron lo más repetido entre los artículos seleccionados. Una investigación mixta conducida sobre estudiantes universitarios con TCA planteó que la principal barrera para pedir ayuda fue el estigma asociado al trastorno⁵⁴. Por su parte, un estudio transversal australiano que intentó separar las barreras según grupo diagnóstico encontró que la barrera más importante fue el estigma, sin existir diferencias significativas según diagnóstico⁵⁵. A su vez, un estudio retrospectivo alemán que buscó medir empíricamente la estigmatización previa y discriminación experimentada por mujeres jóvenes con AN planteó que las participantes reportaron que la sociedad mantiene estereotipos negativos sobre personas con AN, lo que dificultaría el acceso⁴³.

Pese a que la gran mayoría de los estudios publicados presentaron muestras predominantemente caucásicas, cisgénero y de mujeres, algunas publicaciones trascendieron hacia otros grupos. Así, también es posible reconocer estigmas de género y asociado a minorías sexuales y étnicas. Un estudio australiano sobre hombres con TCA encontró que los pacientes refirieron un estigma por ser “hombres consultando por la alimentación”, lo que llevó a un menor reconocimiento por parte de los tratantes⁴⁷. En tanto, otro estudio, conducido sobre pacientes maoríes en Nueva Zelanda, discutió la inaccesibilidad de los servicios de TCA tanto por su “espacio” (culturalmente distante a la población maorí y físicamente lejano a sus viviendas), como por el privilegio que se les da a las experiencias no-maoríes⁵⁸. A su vez una publicación estadounidense buscó investigar las experiencias de personas transgénero y género-diversas con TCA mediante focus groups. Además de la asequibilidad de un tratamiento, algunas barreras que se mencionaron fueron los estereotipos (con sesgos hacia hombres, personas transgénero, afroamericanos e indígenas), y la

discordancia entre el tratamiento tradicional y una práctica género-afirmativa⁶².

Barreras del Sistema de salud

Respecto a las barreras predominantemente del sistema de salud, las cuatro más importantes descritas por la literatura fueron los tiempos de espera desde la derivación hasta el tratamiento, la falta de recursos y especialistas, la inaccesibilidad física o geográfica del servicio, y el costo del tratamiento. Un estudio alemán halló que uno de los factores principales que incidían en el acceso de pacientes con AN fueron los tiempos de espera y disponibilidad de servicios⁴¹. En un estudio irlandés también se reportaron molestias por los tiempos de espera y accesibilidad de los servicios²⁹. Asimismo, un tercio de los padres encuestados en un estudio transversal australiano reportaron un retraso en ser referidos al servicio o en ser atendidos en el servicio desde que se preocuparon⁴⁵. Un estudio cualitativo estadounidense que utilizó el *Health Belief Model* para identificar barreras en individuos con TCA al momento de buscar ayuda planteó como barrera la inaccesibilidad de los recursos de ayuda, al estar lejos o ser muy escasos⁵⁷. Respecto al costo del tratamiento, en un estudio que analizó el alcance de una plataforma online de autoayuda y psicoeducación en trastorno por atracón, el 62,7% de las personas encuestadas reportó el costo financiero del tratamiento como barrera, siendo la más mencionada. Otra investigación, de carácter transversal sobre latinas en Estados Unidos con trastorno por atracón y/o bulimia, encontró que la barrera más relevante fue el costo del tratamiento⁶⁵.

Discusión

La presente revisión de literatura buscó identificar barreras de acceso a tratamiento en pacientes con TCA, incluyendo 53 estudios. Se logró sintetizar la evidencia en torno a seis grandes barreras, las que comprendieron elementos propios del paciente, de su entorno, de la interacción con el equipo y el sistema de salud, y del contexto sociocultural. Asimismo, se dividieron algunas de ellas en “sub-barreras” que pudieron explicar con mayor precisión el fenómeno (por ejemplo, en las distintas maneras en que las creencias del

paciente pueden actuar como barreras).

Las barreras y facilitadores encontradas en el análisis son relativamente similares a las descritas previamente, como en la revisión sistemática de Ali et al²⁷ y en el *Scoping review* de Nicula et al⁶⁶. Aquello sirve para ilustrar que los desafíos en torno al acceso a tratamiento son globales, y que las intervenciones de salud pública podrían adaptarse al contexto en la medida que aborden barreras coherentes con el contexto local.

En Chile, y sobre todo frente al creciente debate en torno al modelo de aseguramiento y financiamiento del sistema de salud, resulta clave que los TCA sean discutidos crecientemente. A mediados de 2022 fue presentado un proyecto de ley dedicado a la prevención, atención, diagnóstico y tratamiento de los TCA en Chile⁶⁷, lo que podría aportar a plantear el tema en la discusión pública. Esto cobra relevancia frente al preocupante aumento de la demanda tanto en Chile como en el resto del mundo^{7,68}.

Cualquier intervención debe guiarse en la evidencia. En Inglaterra, el FREED (*First Episode Rapid Early Intervention*) es un modelo de intervención temprana para TCA basado en evidencia y con foco en personas de 16 a 25 años. Las evaluaciones del modelo han demostrado que logra reducir los tiempos de espera con buenos resultados clínicos⁶⁹. Respecto al costo, que en Chile podría ser una barrera por el modelo de financiamiento, un estudio planteó la terapia grupal como una forma de abordar poblaciones de menores recursos⁷⁰.

Limitaciones

La operacionalización de las barreras fue guiada por métodos subjetivos, lo que puede variar entre diferentes autores. No obstante, durante el estudio se contó con el asesoramiento del equipo de la UTAL-UC, de modo que las barreras descritas sean lo más válidas y concordantes con la realidad clínica posible.

Considerando que los estudios incluidos fueron conducidos en países desarrollados, se podría inferir la existencia del sesgo WEIRD (participantes de sociedades occidentales, educadas, industrializadas, ricas y democráticas, según el acrónimo en inglés)⁷¹. Esto podría limitar la aplicabilidad de las barreras para el contexto local, aunque también podría fomentar el desarrollo de

este tipo de estudios en países con otras realidades socioeconómicas.

Conclusión

Los factores que retrasan o impiden el inicio de tratamiento en pacientes con TCA son múltiples y heterogéneos. Abordarlos como política pública puede ser crucial para reducir outcomes negativos en estos pacientes y para disminuir inequidades en salud.

Agradecimientos

Agradecemos al equipo de la UTAL-UC y a la Dirección del Magíster en Salud Pública UC.

Referencias

1. Treasure J, Duarte TA, Schmidt U. Eating disorders. *The Lancet*. 2020; 395: 899–911.
2. Vogel M, Urrejola P, Gumucio ME, Unger C, Figueroa D, Negrón P, et al. Manual para el Manejo Intrahospitalario de los Trastornos Alimentarios. Santiago: Facultad de Medicina UC. 2022. Disponible en: <https://medicina.uc.cl/wp-content/uploads/2022/02/Manual-para-el-manejo-intrahospitalario-de-los-Trastornos-Alimentarios.pdf> [Consultado el 22 de junio de 2023].
3. Gaete V, López C. Trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes. Una mirada integral. *Rev Chil Pediatr* 2020; 91: 784–93.
4. Vicente B, Saldivia S, De la Barra F, Melipillán R, Valdivia M, Kohn R. Salud mental infanto-juvenil en Chile y brechas de atención sanitarias. *Rev Med Chile*. 2012; 140: 447–57.
5. Zapata F, Granfeldt M, Muñoz R, et al. Riesgo de trastorno de la conducta alimentaria en adolescentes chilenos de diferentes tipos de establecimientos educacionales. *Arch Latinoam Nutr*. 2018; 68(3).
6. Kolar DR, Mebarak M. An update on the epidemiology of eating disorders in Latin America: current findings and future challenges. *Curr Opin Psychiatry* 2022.
7. Vogel M, Urrejola P, Irribarra V. Trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes chilenos: una epidemia silenciosa. Centro de Políticas Públicas UC. 2022. Disponible en <https://politicaspublicas.uc.cl/publicacion/trastornos-de-la-conducta-alimentaria-en-adolescentes-chilenos-una-epidemia-silenciosa/> [Consultado

- el 29 de octubre de 2023].
8. Martínez Rodríguez TY, Bernal Gómez SJ, Mora Vergara AP, Hun Gamboa NE, Castillo ZR, Valdés Miramontes EH, et al. Dysfunctional Patterns of Food Intake by Anxiety during Isolation by COVID-19 in Chile, Colombia and Mexico. *Int J Psychol Res (Medellin)* 2021; 14: 48-54.
 9. Wang G-J, Volkow ND, Telang F, Jayne M, Ma Y, Pradhan K, et al. Evidence of gender differences in the ability to inhibit brain activation elicited by food stimulation. *Proceedings of the National Academy of Sciences* 2009; 106: 1249-54.
 10. Austin A, Flynn M, Richards K, Hodsoll J, Duarte TA, Robinson P, et al. Duration of untreated eating disorder and relationship to outcomes: A systematic review of the literature. *European Eating Disorders Review* 2021; 29: 329-45.
 11. Miller KK, Grinspoon SK, Ciampa J, Hier J, Herzog D, Klibanski A. Medical findings in outpatients with anorexia nervosa. *Arch Intern Med* 2005; 165: 561-6.
 12. Andrés-Pepiñá S, Plana MT, Flamarique I, et al. Long-term outcome and psychiatric comorbidity of adolescent-onset anorexia nervosa. *Clin Child Psychol Psychiatry*. 2020; 25(1): 33-44.
 13. World Economic and Financial Surveys World Economic Outlook Database - All countries/Advanced economies (40 countries). Fondo Monetario Internacional. Disponible en: <https://www.imf.org/en/Publications/WEO/weo-database/2021/October/select-countries?grp=110&sg=All-countries/Advanced-economies> [Consultado el 22 de junio de 2023].
 14. Schoen EG, Lee S, Skow C, et al. A retrospective look at the internal help-seeking process in young women with eating disorders. *Eat Disord*. 2012; 20(1): 14-30.
 15. Fitzsimmons-Craft EE, Krauss MJ, Costello SJ, Floyd GM, Wilfley DE, Cavazos-Rehg PA. Adolescents and young adults engaged with pro-eating disorder social media: eating disorder and comorbid psychopathology, health care utilization, treatment barriers, and opinions on harnessing technology for treatment. *Eat Weight Disord*. 2020; 25(6): 1681-92.
 16. Grillot CL, Keel PK. Barriers to seeking treatment for eating disorders: The role of self-recognition in understanding gender disparities in who seeks help. *Int J Eat Disord*. 2018; 51(11): 1285-9.
 17. Griffiths S, Rossell SL, Mitchison D, Murray SB, Mond JM. Pathways into treatment for eating disorders: A quantitative examination of treatment barriers and treatment attitudes. *Eat Disord*. 2018; 26(6): 556-74.
 18. Tipton M, Terrell AL, Becnel J. Understanding Treatment-Seeking Behavior among Female Survivors of Eating Disorders. *Fam Consum Sci Res J*. 2021. 49: 270-83.
 19. Leavey G, Vallianatou C, Johnson-Sabine E, Rae S, Gunpath V. Psychosocial barriers to engagement with an eating disorder service: a qualitative analysis of failure to attend. *Eat Disord*. 2011; 19(5): 425-40.
 20. Fitzsimmons-Craft EE, Eichen DM, Monterubio GE, et al. Longer-term follow-up of college students screening positive for anorexia nervosa: psychopathology, help seeking, and barriers to treatment. *Eat Disord*. 2020; 28(5-6): 549-65.
 21. Liu L, Hay P, Conti J. Perspectives on barriers to treatment engagement of people with eating disorder symptoms who have not undergone treatment: a qualitative study. *BMC Psychiatry*. 2022; 22(1):239.
 22. Trompeter N, Bussey K, Forbes MK, et al. Differences between Australian adolescents with eating disorder symptoms who are in treatment or not in treatment for an eating disorder. *Early Interv Psychiatry*. 2021; 15(4): 882-8.
 23. Moessner M, Minarik C, Özer F, Bauer S. Can an internet-based program for the prevention and early intervention in eating disorders facilitate access to conventional professional healthcare?. *J Ment Health*. 2016; 25(5): 441-7.
 24. Pepper, A. Disordered eating, antifat attitudes, and barriers to treatment in college women from urban and rural areas. Graduate Student Theses, Dissertations, & Professional Papers. 2009.
 25. McAndrew AJ, Menna R, Oldershaw M. Disordered eating and barriers to help-seeking: a brief report. *Eat Disord*. 2022; 30(3): 239-48.
 26. McAndrew AJ, Menna R. Perceptions of disordered eating and associated help seeking in young women. *Eat Disord*. 2018; 26(2): 107-26.
 27. Ali K, Fassnacht DB, Farrer L, et al. What prevents young adults from seeking help? Barriers toward help-seeking for eating disorder symptomatology. *Int J Eat Disord*. 2020; 53(6): 894-906.
 28. Gulliksen KS, Nordbø RH, Espeset EM, Skårderud F, Holte A. The process of help-seeking in anorexia nervosa: patients' perspective of first contact with health services. *Eat Disord*. 2015; 23(3): 206-22.
 29. McNicholas F, O'Connor C, McNamara N, O'Hara L. Eating disorder services for young people in Ireland: perspectives of service providers, service users and the general adolescent population. *Ir J Psychol Med*. 2018; 35(4): 301-9.
 30. Fatt SJ, Mond J, Bussey K, et al. Help-seeking for body image problems among adolescents with eating disorders: findings from the EveryBODY study. *Eat Weight*

- Disord. 2020; 25(5): 1267-75.
31. Cachelin FM, Striegel-Moore RH. Help seeking and barriers to treatment in a community sample of Mexican American and European American women with eating disorders. *Int J Eat Disord.* 2006; 39(2): 154-61.
 32. Hepworth N, Paxton SJ. Pathways to help-seeking in bulimia nervosa and binge eating problems: a concept mapping approach. *Int J Eat Disord.* 2007; 40(6): 493-504.
 33. Meyer, D. Help-Seeking for Eating Disorders in Female Adolescents. *Journal of College Student Psychotherapy.* 2001; 15(4): 23-36.
 34. Clinton D, Almlöf L, Lindström S, Manneberg M, Vestin L. Drop-in access to specialist services for eating disorders: a qualitative study of patient experiences. *Eat Disord.* 2014; 22(4): 279-91.
 35. Tavolacci MP, Déchelotte P, Ladner J. Eating Disorders among College Students in France: Characteristics, Help-and Care-Seeking. *Int J Environ Res Public Health.* 2020; 17(16): 5914.
 36. McLean SA, Caldwell B, Robertson M. Reach Out and Recover: Intentions to seek treatment in individuals using online support for eating disorders. *Int J Eat Disord.* 2019; 52(10): 1137-49.
 37. Bridges AN, Wormley KA, Leavitt IW, McCord DM. Personality differences in treatment-seeking and non-treatment-seeking individuals with self-reported anorexia. *Int J Adolesc Med Health.* 2016; 29(5).
 38. Hackler A, Vogel D, Wade N. Attitudes Toward Seeking Professional Help for an Eating Disorder: The Role of Stigma and Anticipated Outcomes. *Journal of Counseling & Development.* 2010; 88(4): 424-31.
 39. Forrest LN, Smith AR, Swanson SA. Characteristics of seeking treatment among U.S. adolescents with eating disorders. *Int J Eat Disord.* 2017; 50(7): 826-33.
 40. Ciao AC, Lebow J, VandenLangenberg E, Ohls O, Berg KC. A qualitative examination of adolescent and parent perspectives on early identification and early response to eating disorders. *Eat Disord.* 2022; 30(3): 249-66.
 41. Kästner D, Weigel A, Buchholz I, Voderholzer U, Löwe B, Gumz A. Facilitators and barriers in anorexia nervosa treatment initiation: a qualitative study on the perspectives of patients, carers and professionals. *J Eat Disord.* 2021; 9(1): 28.
 42. Coelho JS, Suen J, Marshall S, Burns A, Lam PY, Geller J. Parental experiences with their child's eating disorder treatment journey [published correction appears in *J Eat Disord.* 2022 Jul 19;10(1):108]. *J Eat Disord.* 2021; 9(1): 92.
 43. Maier A, Ernst JP, Müller S, et al. Self-perceived stigmatization in female patients with anorexia nervosa-results from an explorative retrospective pilot study of adolescents. *Psychopathology.* 2014; 47(2): 127-32.
 44. Wacker E. Barriers and facilitators to seeking treatment for subclinical eating disorders: The importance of supportive relationships. *Journal of Family Psychotherapy.* 2018; 29(4): 292-317.
 45. Hughes EK, Poker S, Bortz A, Yeo M, Telfer M, Sawyer SM. Adolescent and Parent Experience of Care at a Family-Based Treatment Service for Eating Disorders. *Front Psychiatry.* 2020; 11: 310.
 46. Bühren K, Herpertz-Dahlmann B, Dempfle A, et al. First Sociodemographic, Pretreatment and Clinical Data from a German Web-Based Registry for Child and Adolescent Anorexia Nervosa. *Z Kinder Jugendpsychiatr Psychother.* 2017; 45(5): 393-400.
 47. Dearden A, Mulgrew E. Service Provision for Men with Eating Issues in Australia: An Analysis of Organisations', Practitioners', and Men's Experiences. *Australian Social Work.* 2013; 66(4): 590-606.
 48. Becker AE, Franko DL, Speck A, Herzog DB. Ethnicity and differential access to care for eating disorder symptoms. *Int J Eat Disord.* 2003; 33(2): 205-12.
 49. Evans EJ, Hay PJ, Mond J, et al. Barriers to help-seeking in young women with eating disorders: a qualitative exploration in a longitudinal community survey. *Eat Disord.* 2011;19(3): 270-85.
 50. Andersen ST, Linkhorst T, Gildberg FA, Sjögren M. Why Do Women with Eating Disorders Decline Treatment? A Qualitative Study of Barriers to Specialized Eating Disorder Treatment. *Nutrients.* 2021; 13(11): 4033.
 51. Kaitz J, Ray S, Harkins D. Barriers in addressing body image and eating issues in primary care: an overview of women's narratives. *Women Health.* 2020; 60(3): 260-70.
 52. McCallum LA, Alaggia R. Achieving Recovery Through Resilience: Insights From Adults in Midlife Living With Anorexia Nervosa. *Qual Health Res.* 2021; 31(4): 619-30.
 53. Holmberg TT, Sainte-Marie M, Jensen EK, et al. An analysis of patient motivation for seeking online treatment for binge eating disorder-A mixed methods study combining systematic text condensation with sentiment analysis. *Front Psychiatry.* 2022; 13: 969115.
 54. Byrom NC, Batchelor R, Warner H, Stevenson A. Seeking support for an eating disorder: a qualitative analysis of the university student experience-accessibility of support for students. *J Eat Disord.* 2022; 10(1): 33.
 55. Hamilton A, Mitchison D, Basten C, et al. Understanding treatment delay: Perceived barriers preventing treatment-seeking for eating disorders. *Aust N Z J Psychiatry.* 2022; 56(3): 248-59.

56. Linardon J, Rosato J, Messer M. Break Binge Eating: Reach, engagement, and user profile of an Internet-based psychoeducational and self-help platform for eating disorders. *Int J Eat Disord.* 2020; 53(10): 1719-28.
57. Akey JE, Rintamaki LS, Kane TL. Health Belief Model deterrents of social support seeking among people coping with eating disorders. *J Affect Disord.* 2013; 145(2): 246-52.
58. Clark MTR, Manuel J, Lacey C, Pitama S, Cunningham R, Jordan J. Reimagining eating disorder spaces: a qualitative study exploring Māori experiences of accessing treatment for eating disorders in Aotearoa New Zealand. *J Eat Disord.* 2023; 11(1):22.
59. Reyes-Rodríguez ML, Ramírez J, Davis K, Patrice K, Bulik CM. Exploring barriers and facilitators in eating disorders treatment among Latinas in the United States. *J Lat Psychol.* 2013; 1(2): 112-31.
60. Becker AE, Hadley Arrindell A, Perloe A, Fay K, Striegel-Moore RH. A qualitative study of perceived social barriers to care for eating disorders: perspectives from ethnically diverse health care consumers. *Int J Eat Disord.* 2010; 43(7): 633-47.
61. Tillman KS, Sell DM. Help-seeking intentions in college students: an exploration of eating disorder specific help-seeking and general psychological help-seeking. *Eat Behav.* 2013; 14(2): 184-6.
62. Hartman-Munick SM, Silverstein S, Guss CE, Lopez E, Calzo JP, Gordon AR. Eating disorder screening and treatment experiences in transgender and gender diverse young adults. *Eat Behav.* 2021; 41: 101517.
63. Cachelin FM, Rebeck R, Veisel C, Striegel-Moore RH. Barriers to treatment for eating disorders among ethnically diverse women. *Int J Eat Disord.* 2001; 30(3): 269-78.
64. Channa S, Lavis A, Connor C, Palmer C, Leung N, Birchwood M. Overlaps and Disjunctures: A Cultural Case Study of a British Indian Young Woman's Experiences of Bulimia Nervosa. *Cult Med Psychiatry.* 2019; 43(3): 361-86.
65. Neyland MKH, Bardone-Cone AM. Treatment experiences of Latinas with current or past binge eating disorder and/or bulimia nervosa. *Eat Disord.* 2019; 27(2): 253-65.
66. Nicula M, Pellegrini D, Grennan L, Bhatnagar N, McVey G, Couturier J. Help-seeking attitudes and behaviours among youth with eating disorders: a scoping review. *J Eat Disord.* 2022; 10:21.
67. Bello-Campos MF. Salud Mental: Ley de Prevención, Atención, Diagnóstico y Tratamiento de los Trastornos de la Conducta Alimentaria en Chile (#LeyTCA). 2022. Disponible en: <https://www.camara.cl/verDoc.aspx?prmID=15300&prmTIPO=INICIATIVA> [Consultado el 22 de junio de 2023].
68. Díaz RF, Pilicita SL, Godoy VL, Donoso FA. Trastornos de conducta alimentaria grave en adolescentes durante la pandemia COVID-19: un llamado a la acción. *Andes Pediatría.* 2022; 93: 138.
69. Austin A, Flynn M, Shearer J, Long M, Allen K, Mountford VA, et al. The First Episode Rapid Early Intervention for Eating Disorders - Upscaled study: Clinical outcomes. *Early Interv Psychiatry* 2022;16:97-105.
70. Volpe U, Monteleone AM, Ricca V, et al. Pathways to specialist care for eating disorders: An Italian multicentre study. *Eur Eat Disord Rev.* 2019; 27(3): 274-82.
71. Rad MS, Martingano AJ, Ginges J. Toward a psychology of Homo sapiens: Making psychological science more representative of the human population. *Proc Natl Acad Sci U S A.* 2018; 115(45): 11401-5.