



Trabajo Original

Otros

Tratamiento ambulatorio intensivo para trastornos de la conducta alimentaria en México, contextualizado para América Latina
Intensive outpatient treatment for eating disorders in Mexico, contextualized for Latin America

Jorge Armando Barriguete Meléndez¹, Mariana Valdez-Aguilar¹, Ana Regina Pérez Bustinzar¹, Paola Chávez Peón¹, Luis Rojo Moreno²

¹*Clinica Ángeles TCA. Hospital Ángeles Lomas. Huixquilucan, Estado de México. México.* ²*Universidad de Valencia. Valencia, España*

Palabras clave:

Trastornos de la conducta alimentaria. Tratamiento ambulatorio intensivo. Hospitalización parcial. América Latina. Modelo de atención.

Keywords:

Eating disorders. Intensive outpatient treatment. Partial hospitalization. Latin America. Treatment model.

Resumen

Introducción: en América Latina, el acceso a tratamientos especializados para los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) sigue siendo limitado. Aunque han mejorado la detección y el diagnóstico, persisten brechas importantes en la oferta de servicios intensivos y adecuados, especialmente fuera de las grandes ciudades. La mayoría de los modelos existentes se desarrollaron en países de altos ingresos y no siempre se ajustan a las realidades socioculturales y estructurales de la región.

Objetivo: este informe tiene como propósito documentar la implementación y evaluación de un modelo escalable de atención intermedia para TCA, con implicaciones para su adopción por los sistemas públicos de salud de América Latina.

Método: el modelo combina atención ambulatoria y hospitalización parcial mediante un programa estructurado en tres fases terapéuticas: interrupción de síntomas, reestructuración cognitivo-conductual y prevención de recaídas. El equipo interdisciplinario incluye psicología, psiquiatría, nutrición y medicina interna, con enfoques basados en la evidencia y adaptados al contexto mexicano. Desde 2000, ha atendido a más de 700 pacientes con anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, trastorno de atracones y otras presentaciones clínicas.

Resultados: datos de una submuestra de 502 pacientes muestran mejoras significativas de los síntomas alimentarios y el funcionamiento psicológico, sostenidas a los 6 y 12 meses post-alta.

Conclusión: esta experiencia demuestra la viabilidad, eficacia y sostenibilidad del TAI adaptado al contexto latinoamericano, y su potencial para reducir brechas de atención especializada en países de ingresos medios.

Abstract

Introduction: in Latin America, access to specialized treatment for eating disorders (EDs) remains limited. Despite advances in detection and diagnosis, there are still major gaps in the availability of intensive and appropriate services, particularly outside large urban centers. Most existing treatment models were developed in high-income countries and do not always reflect the sociocultural, economic, and structural realities of the region.

Objective: this report aims to document the implementation and evaluation of a scalable intermediate care model for EDs, with implications for adoption in public health systems across Latin America.

Methods: the model integrates outpatient care and partial hospitalization through a structured three-phase therapeutic program focused on symptom interruption, cognitive-behavioral restructuring, and relapse prevention. The interdisciplinary team includes professionals in psychology, psychiatry, nutrition, and internal medicine, using evidence-based approaches adapted to the Mexican context. Since 2000, the program has treated over 700 patients diagnosed with anorexia nervosa, bulimia nervosa, binge eating disorder, and other ED presentations.

Results: clinical data from a subsample of 502 patients indicate significant improvements in ED symptoms and psychological functioning, maintained at 6- and 12-month follow-up.

Conclusion: this experience demonstrates the feasibility, effectiveness, and sustainability of an intensive outpatient model tailored to Latin American contexts. Its implementation may help bridge the treatment gap for EDs in middle-income countries and support the development of more equitable and accessible mental health systems in the region.

Recibido: 06/06/2025 • Aceptado: 23/09/2025

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

Inteligencia artificial: los autores declaran no haber usado inteligencia artificial (IA) ni ninguna herramienta que use IA para la redacción del artículo.

Barriguete Meléndez JA, Valdez-Aguilar M, Pérez Bustinzar AR, Chávez Peón P, Rojo Moreno L. Tratamiento ambulatorio intensivo para trastornos de la conducta alimentaria en México, contextualizado para América Latina. Nutr Hosp 2025;42(6):1301-1307

DOI: <http://dx.doi.org/10.20960/nh.05984>

Correspondencia:

Mariana Valdez-Aguilar. Clínica Ángeles TCA. Hospital Ángeles de las Lomas. Vialidad de la barranca, s/n; Hacienda de las Palmas. 52787 Jesús del Monte-Huixquilucan, Estado de México. México
e-mail: psicmarianav@gmail.com

INTRODUCCIÓN

Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) son entidades complejas y multifactoriales que afectan gravemente a la salud física y mental. Se caracterizan por alteraciones persistentes de los patrones alimentarios, así como por una percepción distorsionada del cuerpo y del peso. Aunque tradicionalmente se asociaron con mujeres jóvenes en contextos occidentales, hoy se reconoce su presencia en personas de todas las edades, géneros y entornos socioculturales (1,2).

Desde un enfoque biopsicosocial, los TCA resultan de la interacción entre factores biológicos, emocionales, familiares y culturales. Entre los principales factores de riesgo se encuentran el perfeccionismo, la historia de traumas, la disfunción familiar y la presión social hacia determinados ideales corporales (3,4). Además, estas psicopatologías suelen coexistir con otras comorbilidades psiquiátricas como la depresión, la ansiedad, el trastorno obsesivo-compulsivo y el consumo de sustancias, lo que complica su diagnóstico y tratamiento (5,6).

La prevalencia de los TCA ha aumentado de forma sostenida en las últimas décadas a nivel mundial. Una revisión sistemática reveló que su prevalencia casi se duplicó entre los periodos 2000-2006 y 2013-2018, pasando del 3,4 % al 7,8 % (7). Tras la pandemia por COVID-19, se ha observado un incremento adicional, acompañado de mayores tasas de conducta suicida (8). En México, según la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT), el riesgo de desarrollar un TCA en adolescentes de entre 14 y 19 años aumentó del 0,8 % en 2006 al 1,6 % en 2022 (9).

Pese a estos indicadores, en América Latina los TCA continúan siendo subestimados, subdiagnosticados y poco priorizados en las políticas públicas de salud mental. Aunque existen estudios que documentan un aumento de la prevalencia de psicopatologías como el trastorno de atracones (TA) y la bulimia nerviosa (BN), la mayoría de los países de la región carecen de datos epidemiológicos actualizados, así como de acceso efectivo a servicios especializado (10-12). La respuesta a este problema enfrenta múltiples obstáculos estructurales: escasez de profesionales capacitados, alta comorbilidad psiquiátrica, estigma social y sistemas de salud fragmentados.

Frente a estas barreras, se hace urgente el desarrollo de intervenciones sostenibles, culturalmente adaptadas y eficaces, que puedan aplicarse en entornos de recursos limitados. En este contexto, el tratamiento ambulatorio intensivo (TAI) emerge como una alternativa. Se trata de un modelo estructurado y multidisciplinario que ofrece atención intensiva sin requerir hospitalización completa. Ha demostrado ser eficaz y costo-efectivo en diversos entornos clínicos (13,14). Su diseño está dirigido a las personas que requieren un abordaje más intensivo que el tratamiento ambulatorio tradicional pero que conservan estabilidad médica suficiente como para permanecer en sus entornos cotidianos (14,15).

Desde un punto de vista operativo, el TAI implica entre tres y cinco sesiones semanales, de tres a seis horas por jornada, en las que se integran psicoterapia individual y grupal, orientación nutricional, monitoreo médico, psicoeducación familiar

y estrategias de regulación emocional e integración corporal (16,17). Este formato intensivo permite intervenir de forma simultánea sobre varios dominios clínicos centrales en los TCA: patrones alimentarios, imagen corporal, psicopatología comórbida y dinámicas familiares disfuncionales.

A diferencia de los modelos tradicionales centrados en la hospitalización completa, el TAI representa una alternativa más sostenible, adaptable y viable para el contexto latinoamericano. Aunque países como México, Brasil y Chile han avanzado en el fortalecimiento de la atención comunitaria y en el desarrollo de unidades de hospitalización breve, los dispositivos intermedios —como el tratamiento ambulatorio intensivo— siguen siendo una necesidad desatendida en la mayoría de los sistemas públicos de salud de la región (18).

Desde 2006, una clínica especializada en México ha implementado un modelo propio de TAI con hospitalización parcial, orientado al abordaje integral de los TCA. El modelo está estructurado en tres fases terapéuticas secuenciales. La primera fase se centra en la estabilización de la conducta alimentaria mediante alimentación mecánica, adherencia al tratamiento y psicoeducación inicial. La segunda fase promueve la conciencia interoceptiva y corporal a través de estrategias como el *mindfulness*, la intervención sobre la imagen corporal y la regulación emocional. La tercera fase está enfocada en la consolidación de la autonomía alimentaria, los hábitos funcionales y la prevención de recaídas mediante planes de mantenimiento individualizados (19,20) (Fig. 1).

Componentes clave del modelo incluyen la participación activa de las familias, la supervisión clínica sistemática y la actualización profesional continua, en línea con las recomendaciones internacionales para servicios comunitarios de salud mental (21,22). El presente estudio tiene como objetivo documentar la implementación y evaluación de un modelo escalable de atención intermedia para TCA en México, con el propósito de generar evidencia útil para su posible adopción en sistemas públicos y comunitarios de salud de América Latina.

MÉTODO

DISEÑO DEL ESTUDIO

El presente estudio corresponde a un análisis retrospectivo de tipo longitudinal naturalista, desarrollado en el marco de la práctica clínica habitual. Se utilizó un diseño observacional no controlado para maximizar la validez ecológica y complementar la literatura existente, dominada por ensayos clínicos aleatorizados. La recolección de datos se llevó a cabo prospectivamente entre enero de 2000 y marzo de 2022. Las evaluaciones se realizaron en cuatro momentos: ingreso (línea base), alta clínica y seguimientos a los 6 y 12 meses posteriores.

El tratamiento se organizó en un programa estructurado de tres fases terapéuticas secuenciales: interrupción de síntomas, reestructuración cognitivo-conductual y prevención de recaída (Fig. 2).



Figura 1. Modelo interdisciplinario centrado en el paciente para el tratamiento ambulatorio intensivo de los TCA en México.

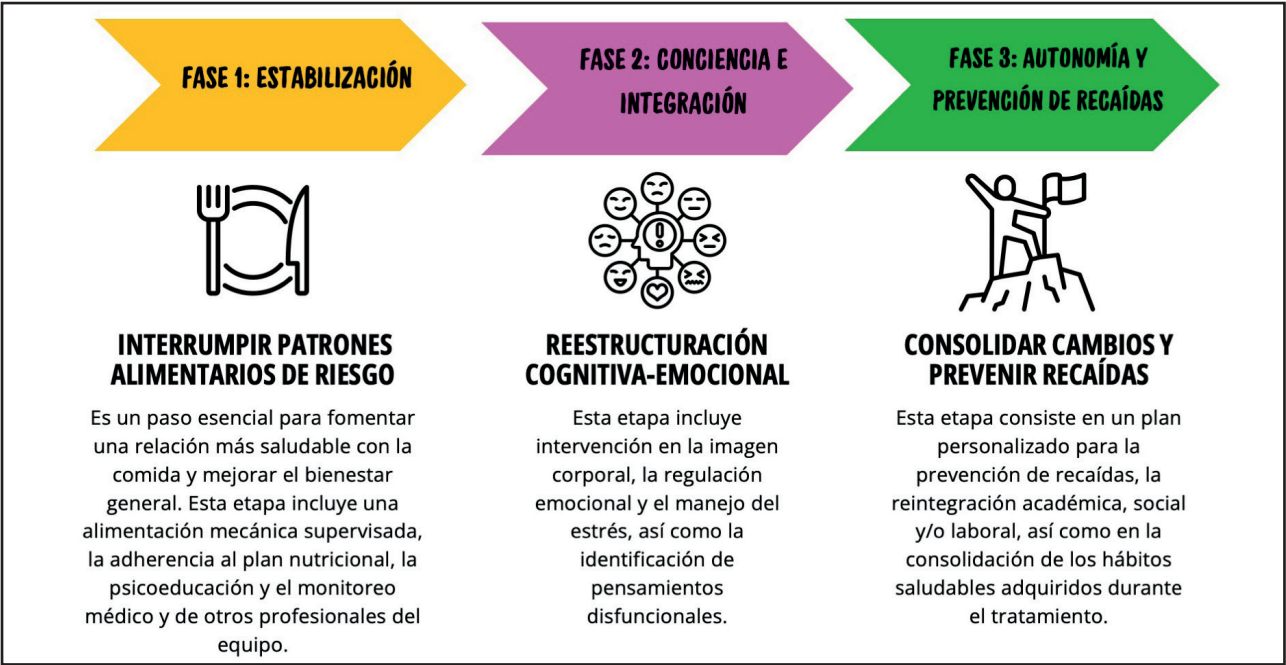


Figura 2. Fases del tratamiento.

PARTICIPANTES

La muestra incluyó a 502 pacientes (438 mujeres, 64 hombres), con edades entre 12 y 73 años (M = 22,08, DE = 11,2), diagnosticados de AN, BN, TA o trastorno de la alimentación no especificado (TCANE) conforme al Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales, versión 5 revisada (2). Se excluyeron los pacientes con trastornos psicóticos, trastorno bipolar o que requiriesen hospitalización inmediata. Al ingreso, el IMC promedio fue de 21. La mayoría eran mujeres (87 %), estudiantes (76 %) y solteras/os (87 %) (Tabla I).

Tabla I. Datos sociodemográficos (n = 502)

	n = 502	Frecuencia (%)
Sexo	Hombre	64 (12,1 %)
	Mujer	438 (87,3 %)
Edad		22,08 (DE = 11,29) Rango = 12-73 años
Peso		54,89 (DE = 18,02)
IMC		21,01 (DE = 9,36)
	Bajo peso	159 (31 %)
	Peso normal	248 (49 %)
	Sobrepeso	41 (9 %)
	Obesidad	54 (11 %)
Educación	Primaria	34 (7 %)
	Secundaria	104 (20 %)
	Preparatoria	139 (28 %)
	Licenciatura	198 (39 %)
	Posgrado	27 (6 %)
Ocupación	Estudiante	381 (76 %)
	Profesionista	89 (18 %)
	Ama de casa	18 (4 %)
	Desempleado(a)	14 (2 %)
Estatus marital	Soltero	435 (87 %)
	Casado	45 (9 %)
	Divorciado	18 (3 %)
	Unión libre	1 (0,2 %)
Trastorno alimentario	AN	208 (41 %)
	BN	139 (28 %)
	TA	43 (9 %)
	TCANES	112 (22 %)

(Continúa en la columna siguiente)

Tabla I (Cont.). Datos sociodemográficos (n = 502)

	n = 502	Frecuencia (%)
Duración de la enfermedad	0-6 meses	64 (13 %)
	6-12 meses	84 (17 %)
	1-3 años	115 (23 %)
	3-5 años	35 (7 %)
	5 años y más	191 (38 %)
Nivel de severidad	Bajo	74 (15 %)
	Moderado	99 (20 %)
	Severo	86 (17 %)
	Extremo	36 (7 %)
	No aplicable	204 (41 %)
Remisión	Sin remisión	481 (96 %)
	Remisión parcial	21 (4 %)

AN: anorexia nerviosa; BN: bulimia nerviosa; IMC: índice de masa corporal; TA: trastorno de atracones; TCANES: trastorno de la alimentación no especificado.

INSTRUMENTOS

Se emplearon instrumentos validados en español para la población mexicana. La sintomatología alimentaria se evaluó con el *Eating Attitudes Test* (EAT-26) (23) y el *Eating Disorders Inventory* (EDI) (24)). Los síntomas de ansiedad y depresión se midieron con la *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS) (25). El malestar psicológico global se evaluó mediante la *Symptom Checklist-90-Revised* (SCL-90-R;(26). Para reducir la carga de los participantes, en los seguimientos solo se evaluó la sintomatología alimentaria, de depresión y de ansiedad. Además se recolectaron datos sociodemográficos y clínicos mediante una hoja estructurada, utilizada durante el proceso de admisión.

PROCEDIMIENTO

Las evaluaciones clínicas fueron realizadas por psicólogas clínicas acreditadas en colaboración con los equipos médico y nutricional. Los diagnósticos se establecieron según los criterios del DSM-5, en el contexto de entrevistas clínicas y de aplicación de escalas estandarizadas. Estas mediciones se llevaron a cabo al inicio del tratamiento, al alta y en los seguimientos a los 6 y 12 meses. Los datos se utilizaron tanto para fines clínicos como para evaluar la efectividad longitudinal del programa bajo consentimiento informado y aprobación ética institucional.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

El estudio fue aprobado por el Comité de Ética Institucional en septiembre de 2006 y todos los procedimientos se realizaron conforme a los principios establecidos en la Declaración de Helsinki. Se obtuvo el consentimiento informado por escrito de todos los participantes o de sus tutores legales, en el caso de los menores de edad. La confidencialidad de los pacientes se garantizó mediante la desidentificación de toda la información clínica.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Los análisis se realizaron utilizando el software SPSS versión 23. Para evaluar las diferencias entre grupos en la línea de base, se aplicaron análisis de la varianza de un factor (ANOVA) y pruebas exactas de Fisher. Los cambios pre y postratamiento se analizaron mediante MANOVA de medidas repetidas y pruebas t para muestras relacionadas. El tamaño del efecto se estimó utilizando el estadístico d de Cohen (pequeño = 0,20-0,49; mediano = 10,50-0,79; grande ≥ 0,80). Los datos faltantes se manejaron mediante eliminación por lista completa (*listwise deletion*).

RESULTADOS

La muestra incluyó en su mayoría mujeres jóvenes (87 %) con una edad promedio de 22 años (DE = 11,3), estudiantes en su mayoría (76 %), y un IMC inicial promedio de 21,01 (DE = 9,36), incluyendo un 31 % con bajo peso clínico. Los análisis pre-post indicaron reducciones significativas de los síntomas de TCA, ansiedad y depresión, con tamaños del efecto de moderados a grandes. Por ejemplo, en las pacientes con BN se observaron mejoras destacadas en los síntomas alimentarios evaluados (d = 0,85) y en las pacientes con TCANES, en la comorbilidad emocional y la sintomatología alimentaria (d = 0,60). El malestar psicológico global también disminuyó de forma significativa en las pacientes con BN y TA.

Los seguimientos a los 6 y 12 meses post-alta confirmaron la estabilidad de los logros terapéuticos en la mayoría de los diagnósticos. Sin embargo, se identificó un leve repunte en los niveles de ansiedad y depresión entre las pacientes con TA al año de seguimiento.

DISCUSIÓN

Los hallazgos de este informe respaldan la viabilidad y la eficacia del TAI como modalidad intermedia para el abordaje de los TCA en contextos latinoamericanos. Más allá de su impacto clínico, esta experiencia tiene implicaciones relevantes para las políticas públicas de salud mental. Un facilitador clave identificado es la existencia de experiencias clínicas locales, tanto en el sector privado como en los programas piloto del sector público. Iniciativas desarrolladas en México, Argentina y Chile han demostrado

que es posible adaptar el modelo del TAI a entornos con recursos limitados, manteniendo estándares terapéuticos y reduciendo la necesidad de hospitalización prolongada (14). Estas experiencias permiten generar aprendizajes valiosos para el diseño de políticas regionales basadas en la evidencia contextualizada.

A nivel internacional, países como Estados Unidos, Canadá y Australia han consolidado redes de atención intermedia que incluyen el TAI como parte de un continuo asistencial estructurado para los TCA. Estos programas están respaldados por guías clínicas nacionales, financiamiento sostenido y marcos regulatorios claros (27). La evidencia muestra que el TAI puede ofrecer resultados clínicos comparables a la hospitalización completa, con menores costos y mejor integración en la vida cotidiana de los pacientes (28). No obstante, la replicación directa de estos modelos en América Latina exige cautela, ya que su éxito depende de factores institucionales y socioculturales que no siempre están presentes en los sistemas de salud de la región.

En el contexto latinoamericano, un facilitador significativo es el potencial del TAI para integrarse en infraestructuras ya existentes, como centros comunitarios de salud mental o unidades ambulatorias. Esta capacidad de inserción sin necesidad de inversiones hospitalarias complejas permite extender el alcance territorial de los servicios especializados y avanzar hacia una atención más equitativa. Experiencias como las de Colombia y Perú en salud mental comunitaria podrían adaptarse para incluir dispositivos como el TAI dentro de sus modelos de atención intermedia (18,29).

Además, la estructura flexible del TAI lo hace compatible con esquemas por fases, permitiendo escalar la intensidad del tratamiento en función del curso clínico. Este enfoque coincide con modelos como el *stepped care*, ampliamente adoptado en Europa (30) y en programas de prevención secundaria de salud mental (31), y resulta especialmente útil en entornos donde la fragmentación del sistema y la falta de continuidad asistencial son problemáticas recurrentes (32).

Sin embargo, la implementación efectiva del TAI enfrenta barreras sustanciales. La principal es la limitada disponibilidad de personal clínico capacitado en el tratamiento especializado de los TCA. En comparación con países como Reino Unido o Australia, donde existen certificaciones avanzadas y formación clínica específica, en América Latina estos contenidos son mínimos en la educación universitaria de salud mental, medicina y nutrición. Esta deficiencia limita la posibilidad de consolidar equipos interdisciplinarios en servicios públicos, donde además predominan la rotación de personal, la sobrecarga asistencial y la escasa inversión en desarrollo profesional.

Además, las limitaciones estructurales en financiamiento, infraestructura física y logística siguen siendo una barrera crítica, sobre todo en zonas rurales y comunidades marginadas. En muchos países, los servicios especializados en salud mental están centralizados en las capitales o grandes ciudades, lo que restringe el acceso a tratamientos intermedios a las poblaciones urbanas de ingresos medios o altos (33). En este escenario, el TAI corre el riesgo de consolidarse como una modalidad disponible únicamente en el sector privado si no se promueve activamente su inserción en las redes públicas de atención.

Finalmente, las barreras socioculturales siguen siendo determinantes: el estigma asociado a los TCA, la normalización de conductas alimentarias de riesgo, la escasa visibilidad de estas problemáticas en las agendas sanitarias y la ausencia de campañas de prevención dirigidas a poblaciones vulnerables dificultan tanto la detección oportuna como el acceso al tratamiento.

Este estudio aporta evidencia relevante desde un enfoque naturalista sobre un modelo intensivo de tratamiento ambulatorio adaptado al contexto latinoamericano, una línea de investigación escasamente explorada en la región. A diferencia de muchos estudios centrados en países de altos ingresos, este trabajo se basa en datos longitudinales recolectados sistemáticamente en un entorno clínico real durante más de dos décadas, lo que otorga una alta validez ecológica a los resultados. La muestra es considerablemente amplia y diversa en términos de edad, diagnóstico y características clínicas, lo que permite observar patrones generales de respuesta terapéutica. Asimismo, el diseño del programa, centrado en un enfoque interdisciplinario e integrador, ofrece una propuesta replicable y escalable que puede informar políticas públicas de salud mental y contribuir a reducir brechas en la atención especializada de los TCA en América Latina.

Sin embargo, se deben considerar algunas limitaciones al interpretar los hallazgos. En primer lugar, el diseño observacional y la ausencia de un grupo de control limitan la posibilidad de establecer relaciones causales entre la intervención y los resultados clínicos observados. En segundo lugar, aunque se trata de una muestra amplia y diversa, la mayoría de los participantes provenían de un entorno urbano y accedieron al tratamiento en un contexto privado, lo que podría afectar la generalización de los resultados a otros contextos, particularmente a los servicios públicos o rurales. Además, la heterogeneidad diagnóstica y de edades de la muestra podría haber influido en la variabilidad de los efectos terapéuticos. Por último, el seguimiento a 6 y 12 meses se basó en datos autoinformados, sin verificación externa, lo que introduce la posibilidad de sesgos de memoria o deseabilidad social.

CONCLUSIONES

Los hallazgos presentados respaldan el potencial del TAI para ser incorporado en otros contextos de América Latina, especialmente como parte de una red de atención intermedia de salud mental. No obstante, su expansión en sistemas públicos y comunitarios exige superar barreras estructurales, normativas y formativas que aún persisten en la región. En este marco, se proponen las siguientes recomendaciones para facilitar la adopción y expansión del TAI en América Latina:

- 1. Incluir los TCA y el TAI en la formación profesional de salud mental, nutrición y medicina general, tanto en los programas de pregrado como en los de posgrado, con un enfoque interdisciplinario y culturalmente pertinente.
- 2. Diseñar y validar guías clínicas regionales que definan criterios de inclusión, intensidad mínima, duración terapéutica, procedimientos de derivación y estándares de calidad.

- 3. Financiar programas piloto en sistemas públicos o mixtos, con monitoreo sistemático de resultados, para generar evidencia local que sustente las políticas de escalamiento.
- 4. Fomentar modelos híbridos de atención que combinen intervenciones presenciales con modalidades de telemedicina, ampliando la cobertura a poblaciones en zonas rurales o marginadas.
- 5. Desarrollar campañas de sensibilización comunitaria orientadas a reducir el estigma, aumentar la detección precoz de los TCA y promover la búsqueda de ayuda oportuna, con enfoque en la juventud, la diversidad corporal y la perspectiva de género.

El TAI no solo representa una modalidad clínica eficaz sino también una estrategia de salud pública con potencial para reducir desigualdades, optimizar recursos y avanzar hacia sistemas de atención más accesibles, escalables y centrados en el paciente. Su implementación en América Latina requiere voluntad política, compromiso institucional y alianzas intersectoriales que prioricen la salud mental como componente central del bienestar individual y colectivo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Kolar DR, Rodríguez DLM, Chams MM, Hoek HW. Epidemiology of eating disorders in Latin America: a systematic review and meta-analysis. *Curr Opin Psychiatry* 2016;29(6):363-71. DOI: 10.1097/YCO.0000000000000279

2. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5™, 5th ed. Arlington, VA, US: American Psychiatric Publishing, Inc.; 2013. xlv, 947 p.

3. Hilbert A, Pike KM, Goldschmidt AB et al. Risk factors across the eating disorders. *Psychiatry Research* 2014;220(1-2):500-6. DOI: 10.1016/j.psychres.2014.05.054

4. Drieberg H, McEvoy PM, Hoiles KJ, Shu CY, Egan SJ. An examination of direct, indirect and reciprocal relationships between perfectionism, eating disorder symptoms, anxiety, and depression in children and adolescents with eating disorders. *Eat Beh.* 2019;32:53-9. DOI: 10.1016/j.eatbeh.2018.12.002

5. Arijá Val V, Santi Cano MJ, Novalbos Ruiz JP, Canals J, Rodríguez Martín A. Characterization, epidemiology and trends of eating disorders. *Nutr Hosp* 2022;39(Spec No2):8-15. DOI: 10.20960/nh.04173

6. van Hoeken D, Hoek HW. Review of the burden of eating disorders: mortality, disability, costs, quality of life, and family burden. *Curr Opin Psychiatry* 2020;33(6):521-7. DOI: 10.1097/YCO.0000000000000641

7. Galmiche M, Déchelotte P, Lambert G, Tavalacci MP. Prevalence of eating disorders over the 2000–2018 period: a systematic literature review. *American J Clin Nutr* 2019;109(5):1402-13. DOI: 10.1093/ajcn/nqy342

8. Taquet M, Geddes JR, Luciano S, Harrison PJ. Incidence and outcomes of eating disorders during the COVID-19 pandemic. *Br J Psychiatry* 2022;220(5):262-4. DOI: 10.1192/bjp.2021.105

9. Villalobos-Hernández A, Bojórquez-Chapela I, Hernández-Serrato MI, Unikel-Santoncini C. Prevalencia de conductas alimentarias de riesgo en adolescentes mexicanos: Ensanut Continua 2022. *Salud Publica Mex* 2023;65:s96-s101. DOI: 10.21149/14800

10. Trujillo-ChiVacuan EM, Perez M. Eating Disorders in Latin America. En: Robinson P, Wade T, Herpertz-Dahlmann B, Fernandez-Aranda F, Treasure J, Wonderlich S, editores. *Eating Disorders: An International Comprehensive View* Cham: Springer International Publishing; 2023. p. 1-13.

11. Moreno R, Buckelew SM, Accurso EC, Raymond-Flesch M. Disparities in access to eating disorders treatment for publicly-insured youth and youth of color: a retrospective cohort study. *J Eat Disord* 2023;11:10. DOI: 10.1186/s40337-022-00730-7

12. Castañeda F, Cerda J, Jara R, Riestra F, Urrejola P, Vogel M, et al. Exploration of barriers to treatment for patients with eating disorders in Chile. *J Eat Disord* 2024;12(1):160. DOI: 10.1186/s40337-024-01104-x

13. Eshkevare E, Ferraro I, McGregor A, Wade T. Eating Disorder Day Programs: Is There a Best Format? *Nutrients* 2022;14(4):879. DOI: 10.3390/nu14040879

14. Panea-Pizarro I, Moran JM, Lavado-García J, Beato-Fernández L, Domínguez-Martin AT, Huerta-González S, et al. Health-Related Quality of Life in Spanish Women with Eating Disorders. *Nutrients* 202;13(2):403. DOI: 10.3390/nu13020403

15. Anderson LM, Smith KE, Nuñez MC, Farrell NR. Family accommodation in eating disorders: a preliminary examination of correlates with familial burden and cognitive-behavioral treatment outcome. *Eating Disorders* 2022;29(4):327-43. DOI: 10.1080/10640266.2019.1652473

16. Miskovic-Wheatley J, Bryant E, Ong SH, Vatter S, Le A, Aouad P, et al. Eating disorder outcomes: findings from a rapid review of over a decade of research. *J Eat Disord* 2023;11(1):85. DOI: 10.1186/s40337-023-00801-3

17. Vroling MS, Wiersma FE, Lammers MW, Noorthoorn EO. Predicting Dropout from Intensive Outpatient Cognitive Behavioural Therapy for Binge Eating Disorder Using Pre-treatment Characteristics: A Naturalistic Study: Predicting Dropout from Cognitive Behavioural Therapy for Binge Eating Disorder. *Eur Eat Disorders Rev* 2016;24(6):494-502. DOI: 10.1002/erv.2474

18. Giedion U, Bitrán R, Tristao I, editores. Planes de beneficios en salud de América Latina: una comparación regional. Washington, D.C.: Banco Interamericano de Desarrollo; 2014. DOI: 10.18235/0012566

19. Alharbi Y, Saleh F, Shahat KA. Effective Treatment Approaches for Eating Disorders in Children and Adolescents: A Review Article. *Cureus* 2024;16(11):e74003. DOI: 10.7759/cureus.74003

20. Beintner I, Hütter K, Gramatke K, Jacobi C. Combining day treatment and outpatient treatment for eating disorders: findings from a naturalistic setting. *Eat Weight Disord* 2020;25(2):519-30. DOI: 10.1007/s40519-019-00643-6

21. Becker AE. Outpatient management of eating disorders in adults. *Curr Womens Health Rep* 2003;3(3):221-9.

22. Joy EA, Wilson C, Varechok S. The multidisciplinary team approach to the outpatient treatment of disordered eating. *Curr Sports Med Rep* 2003;2(6):331-6. DOI: 10.1249/00149619-200312000-00009

23. Rayón GA, Nieto García ML, Mancilla Díaz JM, Vázquez Arévalo R, Ocampo Téllez-Girón MT. Interiorización del ideal de delgadez, imagen corporal y sintomatología de trastorno alimentario en mujeres adultas. *Psicología y Salud* 2007;17(2):251-326.

24. Santoncini CU, Chapela IB, García SC, Romo AC. Validación del eating disorder inventory en una muestra de mujeres mexicanas con trastorno de la conducta alimentaria. *Salud mental* 2006;29(2).

25. Barriguete Meléndez JA, Pérez Bustínzar AR, Vega Morales RI de la, Barriguete Chávez-Peón P, Rojo Moreno L, Barriguete Meléndez JA, et al. Validación de la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión en población mexicana con trastorno de la conducta alimentaria. *Revista mexicana de trastornos alimentarios* 2017;8(2):123-30.

26. Cruz-Fuentes CS, López-Bello L, Blas-García C, González-Macías L, Chávez-Balderas RA. Datos sobre la validez y confiabilidad de la Symptom Check List 90 (SCL-90) en una muestra de sujetos mexicanos. *Salud Ment* 2005;28(1):72-81.

27. Allen KL, Mountford VA, Elwyn R, Flynn M, Fursland A, Obeid N, et al. A framework for conceptualising early intervention for eating disorders. *Eur Eat Disord Rev* 2025;31(2):320-34. DOI: 10.1002/erv.2959

28. Webb H, Griffiths M, Schmidt U. Experiences of intensive treatment for people with eating disorders: a systematic review and thematic synthesis. *J Eat Disord* 2024;12:115. DOI: 10.1186/s40337-024-01061-5

29. Vásquez-Paredes PJ, Esquivel-Cerquin JD. Salud mental y telemedicina en la atención primaria rural del Perú: influencia y diferencias de género en el estigma y la aceptación. *Aten Primaria* 2025;57(8):103229.

30. Boyd L, Baker E, Reilly J. Impact of a progressive stepped care approach in an improving access to psychological therapies service: An observational study. *PLoS One* 2019;14(4):e0214715. DOI: 10.1371/journal.pone.0214715

31. Harfield S, Davy C, Kite E, McArthur A, Munn Z, Brown N, et al. Characteristics of Indigenous primary health care models of service delivery: a scoping review protocol. *JB I Database System Rev Implement Rep* 2015;13(11):43-51. DOI: 10.11124/bisirir-2015-2474

32. Mareya S, Watts MC, Zhao L, Olasoji M. Exploring the Stepped Care Model in Delivering Primary Mental Health Services-A Scoping Review. *Int J Ment Health Nurs* 2024;33(6):2026-42. DOI: 10.1111/inm.13427

33. Alegria M, Mulvaney-Day N, Torres M, Polo A, Cao Z, Canino G. Prevalence of psychiatric disorders across Latino subgroups in the United States. *Am J Public Health* 2007;97(1):68-75. DOI: 10.2105/AJPH.2006.087205