



## Revista Española de Nutrición Humana y Dietética

Spanish Journal of Human Nutrition and Dietetics

### INVESTIGACIÓN – version post-print

Esta es la versión aceptada para publicación. El artículo puede sufrir cambios de estilo y formato.

#### Inseguridad alimentaria y conductas alimentarias de riesgo en la atención de afirmación de género en La Araucanía, Chile: un estudio cualitativo

#### Food insecurity and risk eating behaviours in gender affirming care in La Araucanía, Chile: a qualitative study

Rodrigo Hernán Torres Bravo<sup>a,b,c</sup>, Augusto Claudio Obando Cid<sup>a,\*</sup>,  
María Angélica Hernández Moreno<sup>a</sup>

- <sup>a</sup> Departamento de Salud Pública, Universidad de La Frontera, Temuco, Chile.
- <sup>b</sup> Observatorio de Equidad en Salud según Género y Pueblo Mapuche, Universidad de La Frontera, Temuco, Chile.
- <sup>c</sup> Centro de Investigación en Género, Diversidad e Inclusión en Salud (Epu Pillan), Facultad de Medicina, Universidad de La Frontera, Temuco, Chile.

\* [augusto.obando@ufrontera.cl](mailto:augusto.obando@ufrontera.cl)

Recibido: 02/04/2026; Aceptado: 22/07/2026; Publicado: 10/09/2026.

Editora asignada: Claudia Troncoso Pantoja, Centro de Investigación en Educación y Desarrollo, Departamento de Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad Católica de la Santísima Concepción, Chile.

CITATION: Torres Bravo RH, Obando Cid, Hernández Moreno MA. Inseguridad alimentaria y conductas alimentarias de riesgo en la atención de afirmación de género en La Araucanía, Chile: un estudio cualitativo. Rev Esp Nutr Hum Diet. 2026; 30(4),2809. doi: 10.14306/renhyd.30.4.2809 [ahead of print].

La Revista Española de Nutrición Humana y Dietética se esfuerza por mantener a un sistema de publicación continua, de modo que los artículos se publiquen antes de su formato final (antes de que el número al que pertenecen se haya cerrado y/o publicado). De este modo, intentamos poner los artículos a disposición de los lectores/usuarios lo antes posible.

*The Spanish Journal of Human Nutrition and Dietetics strives to maintain a continuous publication system, so that the articles are published before its final format (before the number to which they belong is closed and/or published). In this way, we try to put the articles available to readers/users as soon as possible.*

## RESUMEN

**Introducción:** La seguridad alimentaria y nutricional (SAN) es un determinante de la salud y, en personas trans y de género diverso (PTGD), el estigma y la discriminación aumentan la inseguridad alimentaria (IA). En contextos de IA, la alimentación puede organizarse en ciclos de escasez y abastecimiento, con estrategias condicionadas por limitaciones materiales que aumentan el riesgo de conductas alimentarias de riesgo y trastornos de la conducta alimentaria (TCA). En La Araucanía, marcada por pobreza y ruralidad, estas tensiones se entrelazan con la demanda por cuidados de afirmación de género. Objetivo: Describir cómo un equipo clínico comprende y aborda la SAN en la atención a PTGD y cómo se articula con preocupaciones por conductas alimentarias de riesgo y TCA.

**Metodología:** Estudio cualitativo exploratorio-interpretativo en el Policlínico de Género del Hospital Dr. Hernán Henríquez Aravena, La Araucanía, Chile. Participaron 12 profesionales de medicina, psicología, obstetricia y trabajo social. Se realizaron entrevistas semiestructuradas, grabadas y transcritas, analizadas con Atlas.ti (v.23) mediante análisis situacional, codificación inicial y construcción de categorías y mapas relacionales. Hubo aprobación ética y consentimiento informado.

**Resultados:** Los TCA emergen como eje organizador del razonamiento clínico y del manejo interdisciplinario. La IA se operacionaliza de modo pragmático (“qué se puede comer hoy”) y se vincula a hábitos desestructurados, ingresos precarios, redes de apoyo frágiles y disponibilidad alimentaria limitada. La imagen corporal y las expectativas del tránsito y la terapia hormonal de afirmación de género modulan conductas alimentarias diferenciadas en personas transfemeninas y transmasculinas. El equipo enfatiza pesquisa temprana, educación alimentaria situada, acompañamiento y derivación, ajustados a los recursos disponibles.

**Conclusiones:** En este dispositivo público, TCA e IA se entrelazan con expectativas corporales y condiciones materiales, estructurando la organización del cuidado. Se sugiere integrar tamizaje de IA y conductas alimentarias de riesgo, fortalecer educación alimentaria territorial y articular rutas de apoyo social.

**Palabras clave:** Inseguridad alimentaria; Conductas alimentarias de riesgo; Atención de afirmación de género; Personas transgénero; Determinantes sociales de la salud

## ABSTRACT

**Introduction:** Food and nutrition security (FNS) is a key social determinant of health. Among trans and gender-diverse (TGD) people, stigma, discrimination, and economic precarity can increase vulnerability to food insecurity (FI), a key dimension of FNS, shaping everyday eating practices. In Chile's La Araucanía Region, marked by poverty and rurality, these dynamics intersect with growing demand for gender-affirming care in a resource-constrained public health setting. Objective: To describe how a multidisciplinary clinical team understands and addresses FNS within TGD healthcare, and how FI is articulated in relation to risk eating behaviours and eating-disorder (ED)–related clinical concerns.

**Methods:** Exploratory–interpretive qualitative study at the Gender Clinic of Hospital Dr. Hernán Henríquez Aravena (Temuco, Chile). Twelve professionals (medicine, psychology, midwifery, and social work) participated in in-depth semi-structured interviews. Data were audio-recorded, transcribed verbatim, and analysed using situational analysis with iterative coding and relational mapping (Atlas.ti v.23). Ethical approval and written informed consent were obtained.

**Results:** ED-related clinical concerns functioned as a central organising axis in clinical reasoning and interdisciplinary care. FI was approached pragmatically as immediate feasibility (“what can be eaten today”) and linked to disrupted routines, precarious income, fragile support networks, and limited local food availability. Team narratives highlighted how body image pressures and expectations around gender transition and gender-affirming hormone therapy shaped differentiated eating patterns among transfeminine and transmasculine patients. The team emphasised early identification of risk, context-sensitive nutrition education, supportive follow-up, and referrals aligned with available resources.

**Conclusions:** In this public service, FI and risk eating behaviours intersect with embodied expectations and material conditions, shaping care organisation. Routinised screening for FI and risk eating behaviours, territorially adapted nutrition education, and coordinated social/community support pathways may strengthen equitable TGD healthcare.

**Keywords:** Food insecurity; Disordered eating behavior; Gender-affirming care; Transgender persons; Social determinants of health

## MENSAJES CLAVES

- En el Policlínico de Género (La Araucanía), los TCA ordenan el razonamiento y la coordinación del equipo, articulando alimentación, salud mental e itinerarios de afirmación de género en PTGD.
- La SAN se traduce en consulta como decisiones sobre “qué se puede comer hoy”, condicionadas por ingresos inestables, vivir en soledad y oferta doméstica de bajo costo; los tiempos acotados refuerzan esta operacionalización pragmática.
- Expectativas del tránsito y de la THAG se asocian a conductas diferenciadas: en personas transfemeninas, metas de delgadez; en transmasculinas, control de zonas (mamas) y peso para cirugías, favoreciendo restricción o sobreingesta.
- El manejo clínico combina pesquisa temprana, educación alimentaria situada y derivación intra-hospitalaria; incorporar tamizaje sistemático de IA y TCA, con rutas de apoyo social, aparece como prioridad para fortalecer protocolos y continuidad del cuidado.

## INTRODUCCIÓN

La seguridad alimentaria y nutricional (SAN), entendida como el acceso estable a alimentos suficientes y adecuados, constituye un determinante estructural de la salud al influir en prácticas alimentarias, bienestar y condiciones de cuidado<sup>1,2</sup>. En personas trans y de género diverso (PTGD), la SAN adquiere especial relevancia por vulnerabilidades asociadas a estigma y discriminación, que se expresan en mayor riesgo de inseguridad alimentaria (IA) y en barreras para sostener trayectorias de salud<sup>3,4</sup>.

En contextos de IA, la alimentación puede organizarse en ciclos de escasez y abastecimiento, con estrategias de afrontamiento que incrementan el riesgo de conductas alimentarias de riesgo<sup>5</sup>. En paralelo, la evidencia muestra mayor carga de sintomatología relacionada con trastornos de la conducta alimentaria (TCA) en PTGD que en población cisgénero, y que el estrés de las minorías (minority stress) es un mecanismo relevante para comprender la relación entre discriminación, corporalidad y malestar alimentario<sup>6,7</sup>. En el ámbito sanitario, se ha impulsado la pesquisa clínica de IA como componente de prevención y atención integral<sup>8</sup>.

En América Latina y el Caribe persisten niveles relevantes de IA y barreras de acceso a dietas saludables, con mayor impacto en poblaciones históricamente desfavorecidas<sup>9</sup>. En Chile, estas desigualdades adquieren particular intensidad en La Araucanía, territorio marcado por altos niveles de pobreza, ruralidad y población mapuche, lo que vuelve pertinente examinar determinantes alimentarios desde una perspectiva situada<sup>10</sup>.

A su vez, la demanda por atención de afirmación de género, entendida aquí como atención integral e interdisciplinaria que articula acompañamiento clínico-psicosocial, trato respetuoso, THAG cuando corresponde y coordinación del cuidado, se ha incrementado; la THAG se asocia a mejoras en salud mental y calidad de vida<sup>11</sup>. Sin embargo, se han descrito efectos cardiometabólicos, y hábitos alimentarios y estado nutricional son dimensiones pertinentes durante la THAG<sup>12,13</sup>. Pese a ello, gran parte de la literatura se concentra en resultados biomédicos y en contextos fuera de América Latina, lo que limita la transferencia de recomendaciones a servicios públicos con restricciones materiales<sup>4</sup>.

En Chile, la evidencia sobre atención sanitaria a PTGD en el sistema público sigue siendo acotada y se ha centrado en caracterización de personas usuarias y trayectorias de atención, quedando

menos desarrollado el análisis de cómo los equipos integran determinantes como la seguridad alimentaria en la organización del cuidado<sup>14</sup>. Revisiones recientes muestran que la IA en PTGD es un problema documentado, pero con vacíos en la comprensión de procesos y articulación del entorno, especialmente fuera de países de altos ingresos<sup>3,4</sup>.

Este estudio, situado en el Policlínico de Género de un hospital público de La Araucanía, utiliza un enfoque cualitativo exploratorio interpretativo para comprender cómo el equipo de salud aborda la SAN en la atención de PTGD y articula la IA con preocupaciones asociadas a conductas alimentarias de riesgo y TCA en la práctica clínica cotidiana. A partir de entrevistas en profundidad, se analiza cómo los TCA aparecen en el razonamiento clínico y en la organización del cuidado en relación con expectativas corporales y tránsito de género.

## METODOLOGÍA

Se realizó un estudio cualitativo exploratorio interpretativo, con análisis temático de orientación situacional, orientado a comprender significados y prácticas vinculadas a la SAN y a conductas alimentarias de riesgo en la atención de PTGD. La investigación se situó en el Policlínico de Género del Hospital Dr. Hernán Henríquez Aravena (HHHA), Región de La Araucanía.

Se invitó a la totalidad de profesionales con participación activa en la atención durante el periodo de estudio. Participaron 12 profesionales de medicina, psicología, obstetricia y trabajo social, mediante muestreo intencional institucional, según voluntariedad, disponibilidad y suficiencia informativa. La producción de información se realizó mediante entrevistas semiestructuradas en profundidad, guiadas por un guion flexible validado por juicio de expertos y ajustado antes de su aplicación, centrado en SAN, conductas alimentarias de riesgo y TCA, riesgo cardiometabólico y coordinación interdisciplinaria.. Las entrevistas fueron realizadas por R.H.T.B., integrante del equipo de investigación y sin rol jerárquico sobre las personas entrevistadas, entre octubre de 2024 y enero de 2025, grabadas con autorización y transcritas íntegramente.

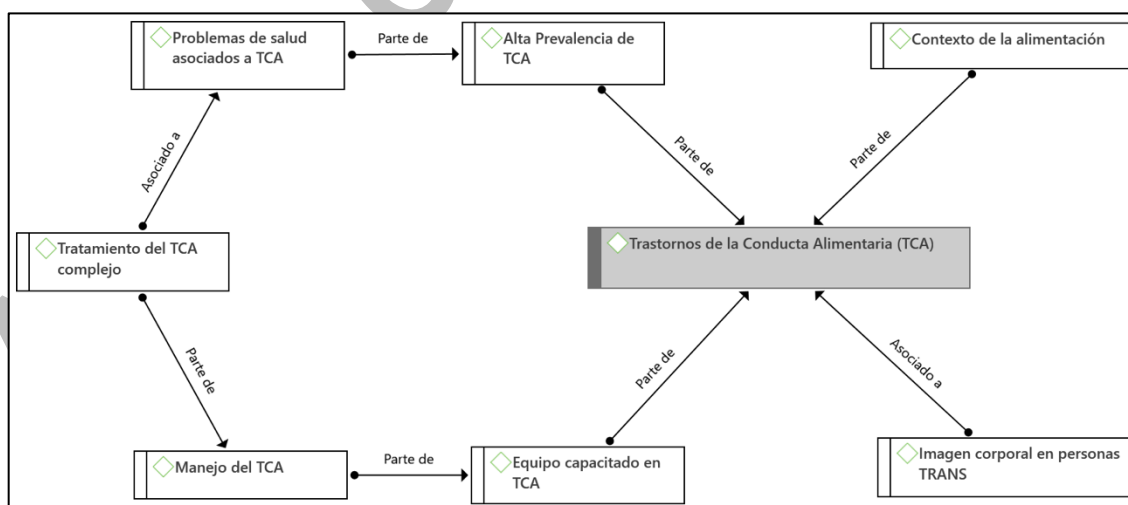
El análisis se desarrolló con apoyo de Atlas.ti (v.23) mediante análisis temático de orientación situacional, con herramientas de comparación constante inspiradas en teoría fundamentada, orientado a examinar relaciones entre actores, condiciones y prácticas en contextos específicos<sup>15</sup>. Se realizó codificación principalmente inductiva, construcción progresiva de

categorías y elaboración de una red semántica; la codificación fue realizada por dos investigadores y contrastada intersubjetivamente, resolviendo discrepancias por consenso. Durante el análisis se consideró reflexivamente la posición del investigador, resguardando credibilidad, reflexividad y trazabilidad analítica. El estudio fue aprobado por el Comité Ético Científico del Servicio de Salud Araucanía Sur (Resolución Exenta N°2309584491, 12 de diciembre de 2023). La participación fue voluntaria, con consentimiento informado escrito, anonimato y confidencialidad; los fragmentos se identifican con código alfanumérico.

## RESULTADOS

La codificación inductiva organizó los resultados en torno a una red semántica donde los TCA emergen como eje central de las narrativas profesionales sobre la SAN y situaciones relacionadas en la atención a PTGD. Desde este nodo se agruparon factores contextuales que limitan y reconfiguran la seguridad alimentaria y nutricional (hábitos desestructurados, restricciones económicas y redes de apoyo frágiles) y capacidades del equipo (formación, pesquisa temprana y manejo interdisciplinario). De forma transversal, la imagen corporal vincula alimentación, género y atención. La Figura 1 sintetiza esta red.

**Figura 1. Red semántica de TCA en PTGD (HHHA, La Araucanía).**



Fuente: elaboración propia a partir del análisis de entrevistas (Atlas.ti, versión 23).

### **Los TCA como prisma clínico predominante**

El equipo converge en que los TCA constituyen un motivo de preocupación frecuente, expresado como restricción (saltarse comidas, ayunos) y exceso (sobreingesta, sedentarismo): “Entonces, eh, ese factor igual es clave... no tener horarios establecidos o saltarse comidas, los ayunos prolongados” (E1); “a ser más sedentario y comer comida más chatarra” (E3). Esta centralidad orienta la interpretación clínica y la derivación: “Y nosotros tenemos casos y tratamos de atenderlos a tiempo, los más graves tratamos de verlos en conjunto con el equipo especializado del hospital” (E11). La variabilidad entre subgrupos y etapas del tránsito se reconoce con patrones diferenciados: “El paciente transfemenino quiere ser más delgado” (E11). En personas transmasculinas se describen tensiones con zonas corporales y condiciones que median los cambios esperados: “el éxito de la cirugía es mucho mejor si hay menos grasa corporal, menos tejido graso en las mamas” (E10).

### **Contextos de alimentación y SAN**

Bajo el “contexto de la alimentación”, el equipo describe condiciones que tensionan la SAN cotidiana: vivir solos, ingresos inestables, elección forzada de alimentos baratos y organización del comer “al día”. “Como desde su vivienda, desde la alimentación... eso influye sin duda” (E6). En hogares con oferta limitada predominan carbohidratos de bajo costo: “en mi casa hay puros tallarines y pan” (E4). Se alude a la mediación socioeconómica: “comer sano también cuesta más plata... muchas veces es un proxy del ingreso familiar” (E3). En casos puntuales, el consumo de sustancias agrava la postergación de la ingesta: “tuve una chica que me dijo ‘desde el viernes estoy consumiendo cocaína, así que recién hoy día quizás voy a comer’” (E2). En conjunto, la SAN aparece en tensión entre una lectura clínica centrada en TCA y una lectura material centrada en restricción económica, prácticas desestructuradas y disponibilidad limitada. Esta reducción se normaliza, en parte, por restricciones de tiempo en la consulta: “Imagínate, nosotros trabajamos por 40 minutos... ordenar los sobrecupos (atención de pacientes adicionales no programados)... ‘tengo que decir tantas cosas’... y de repente es como ‘¿Y cómo has estado con eso?’ No. No sé” (E2). La categoría aparece de forma pragmática, como trasfondo aplicado en la consulta: “igual hay un tema de ya como me agarro de lo que tienen acceso, para que puedan tener hábitos saludables” (E4).

### **Imagen corporal, tránsito y expectativas corporales**

Desde la perspectiva profesional, la imbricación entre TCA e imagen corporal en el tránsito de género aparece en relatos reconstruidos por el equipo: “no voy a comer porque si no, se me [van a] notar las caderas... se me notan más los rasgos entonces no como” (E2). En personas transfemeninas se describen metas de delgadez como vía para alcanzar rasgos feminizados: “Con tema como de anorexia por ejemplo tengo al menos una, pero es una transfemenina” (E8). En personas transmasculinas, la tensión se concentra en zonas específicas (p. ej., mamas) y en expectativas sobre la testosterona que no siempre se cumplen: “y la testosterona no va a conseguir eso” (E11). Estas metas activan conductas de restricción y control ponderal, y cuando no se logran los cambios esperados refuerzan riesgos. En respuesta, el equipo enfatiza educación y acompañamiento antes que prohibiciones: “no es llegar y decirle al adolescente oye deja de comer” (E5). También surgen preocupaciones metabólicas ligadas a estilos de vida y pautas alimentarias. La comprensión clínica no patologiza la transición, pero advierte que la presión por adecuar el cuerpo a ideales de género puede desencadenar o agravar TCA.

### **Capacidades del equipo y manejo clínico**

El manejo del TCA se describe como componente central de la atención, basado en pesquisa temprana, educación alimentaria contextualizada y acompañamiento interdisciplinario. Más que diferencias disciplinares sistemáticas, se observaron matices de énfasis según rol profesional: salud mental e imagen corporal, seguimiento clínico-metabólico y condiciones sociales de acceso. En esa pesquisa, se reporta priorización clínica cuando coexisten síntomas: “En esos casos, el psiquiatra suele poner en la balanza qué pesa más: la sintomatología general o lo relacionado con un posible TCA” (E12). El ingreso suele ocurrir por profesionales capacitadas: “Lo que pasa es que la puerta de entrada de los pacientes son la (...) y como ellas los ingresan, ellas pesquisan, porque se han capacitado en eso” (E3). El tratamiento se describe como especialmente desafiante: “el tratamiento es super complejo” (E8); ello se explica por la coexistencia de IA, malnutrición por exceso o déficit y demandas específicas de la THAG, lo que desplaza el foco desde el control prescriptivo hacia itinerarios factibles, como ajustar indicaciones a los recursos disponibles y coordinar derivaciones dentro del equipo. El equipo identifica ambos extremos de la conducta alimentaria (restricción y sobreingesta): “Que hay algunos que se restringen harto...

otros comen mucho” (E7), y las decisiones clínicas se toman en función de recursos reales (tiempo, dinero, redes, hogar), coherentes con el contexto material.

### **Magnitud y consecuencias percibidas**

Los relatos señalan alta presencia de problemas alimentarios, con malnutrición por déficit coexistiendo con malnutrición por exceso. En algunos casos, esta magnitud se expresa como estimaciones aproximadas del equipo, no basadas en registros formales: “...ya como jugando. Yo diría que un 50% es sobrepeso, un 30% obesidad y un 20% enflaquecida” (E9). Se mencionan riesgos cardiometabólicos vinculados al seguimiento clínico: “cuando sube el colesterol, los triglicéridos... yo les pregunto ‘cómo es la alimentación’” (E3). La valoración asistencial también enfatiza carga clínica e impacto funcional: “es muy importante el impacto... en los años de discapacidad... y en la cantidad de enfermedades médicas asociadas” (E11).

### **Síntesis interpretativa**

Para el equipo, los TCA no son ‘solo la comida’: condensan presiones de género, restricciones materiales que organizan qué y cómo se come y respuestas clínicas que van desde pesquisa y educación situada hasta tratamientos complejos: “a veces eso no es que sea un TCA propiamente tal, pero igual es una conducta inapropiada de alimentación” (E1). La centralidad del nodo TCA articula imagen corporal, contexto alimentario, magnitud del problema y capacidades del equipo, funcionando como bisagra entre seguridad alimentaria y cuidados de afirmación de género. El análisis muestra además que la seguridad alimentaria se asocia a restricciones materiales inmediatas más que a la integralidad del concepto; esta reducción refleja un enfoque clínico pragmático: “Menor ingreso, la comida se reduce en arroz, papas, fideos y no es muy saludable” (E7).

## **DISCUSIÓN**

Desde la perspectiva del equipo de salud, los TCA emergen como eje organizador del razonamiento clínico en la atención de PTGD, articulando dimensiones alimentarias, psicosociales y biomédicas. Al tratarse de representaciones profesionales construidas desde la interacción clínica, el hallazgo muestra cómo el equipo traduce condiciones estructurales complejas, como la IA y la precariedad social, en problemas clínicamente abordables. En este

marco, las expectativas corporales asociadas al tránsito de género no solo modulan las conductas alimentarias, sino que también intensifican la interdependencia entre alimentación, salud mental y riesgo metabólico, configurando decisiones clínicas orientadas a la factibilidad más que a la prescripción ideal.

Esta lectura dialoga con una literatura que reporta mayor carga de conductas alimentarias de riesgo en PTGD en comparación con población cisgénero, en escenarios donde confluyen presiones normativas sobre la corporalidad, estigmatización y barreras de acceso a atención culturalmente competente, que tensionan distintas dimensiones de la SAN; en ese marco, también se describen metas de delgadez y preocupaciones corporales diferenciales entre personas transfemeninas y transmasculinas, vinculadas a disforia, cis-passing y estrés de las minorías<sup>6,16</sup>. Desde ahí se entiende mejor que el equipo priorice la pesquisa temprana, la consejería y la educación alimentaria nutricional situada por sobre enfoques prescriptivos o prohibicionistas, buscando metas clínicas realistas y sostenibles.

En relación con la SAN, la traducción observada es marcadamente pragmática: el problema se formula como qué y cómo comer con lo disponible y el presupuesto. Esta lectura dialoga con estudios latinoamericanos que sitúan la SAN en estrategias cotidianas y organización doméstica<sup>17</sup>, y con evidencia reciente sobre nutrición en PTGD, donde IA, salud mental, estigma, metas corporales vinculadas a la afirmación de género, comida y autocuidado aparecen estrechamente relacionados<sup>18</sup>. El aporte de este estudio es mostrar que, en un dispositivo público regional, esas relaciones son reinterpretadas por el equipo como problemas clínicamente abordables mediante consejería, derivación y coordinación intraequipo.

Esta orientación también es consistente con la evidencia que vincula la IA con mayor riesgo de conductas alimentarias problemáticas, incluyendo sobreingesta, preocupación por la comida y síntomas del espectro bulímico<sup>19</sup>. Al mismo tiempo, bajo restricciones materiales, recomendaciones basadas en autorregulación y señales internas de hambre y saciedad pueden ser difíciles de implementar, lo que exige estrategias clínicas más realistas y ajustadas al entorno<sup>20</sup>.

Aunque el guion de la entrevista buscaba relevar dimensiones amplias de la SAN, el tema se reordenó mayoritariamente desde una racionalidad biomédica. Esta tensión muestra que la

centralidad clínica de los TCA facilita organizar el cuidado, pero también puede reducir la SAN a aquello que resulta visible y tratable en la consulta, dejando en segundo plano sus determinantes materiales. Este riesgo ya ha sido advertido en la atención alimentario nutricional de personas trans<sup>21</sup>, y plantea desafíos para la salud pública en La Araucanía<sup>22</sup>.

A la vez, la relación entre TCA, estilos de vida y preocupaciones metabólicas, tal como es formulada por el equipo, se conecta con trabajos que describen vínculos entre THAG, cambios en composición corporal y riesgo cardiometabólico, especialmente cuando coexisten sedentarismo y dietas de baja calidad<sup>12,23</sup>. Dado su diseño cualitativo, este estudio no aporta evidencia biomédica sobre desenlaces; muestra cómo estas preocupaciones se incorporan al razonamiento clínico y se traducen en derivaciones, educación y coordinación intraequipo, bajo restricciones de tiempo, presupuesto y oferta alimentaria.

En el caso chileno, esta contribución es pertinente porque vincula explícitamente TCA, prácticas alimentarias y condicionantes socioeconómicos en un dispositivo público de atención a PTGD, ampliando una evidencia nacional que se ha enfocado principalmente en barreras, prácticas de atención y conocimiento de normativas por parte de equipos clínicos<sup>24</sup>.

El contraste con la literatura internacional permite matizar esta convergencia: si bien las presiones de género sobre la corporalidad, el estrés de las minorías y el estigma explican parte del riesgo alimentario en PTGD<sup>7</sup>, en este estudio esos mecanismos aparecen mediados por condiciones territoriales, inestabilidad de ingresos y acceso desigual a alimentos frescos, lo que ayuda a entender la gravitación del “comer al día” y de hábitos desestructurados referidos por el equipo<sup>25</sup>.

En el plano organizacional, la atención pública con tiempos acotados y alta demanda favorece que la seguridad alimentaria se traduzca en decisiones prácticas de consulta, centradas en qué se puede hacer con lo disponible, más que en intervenciones de alcance estructural<sup>26</sup>.

En términos clínicos y nutricionales, los resultados sugieren fortalecer la pesquisa temprana con tamizajes breves y, de manera complementaria, incorporar cribado sistemático de IA con rutas de derivación a apoyos sociales<sup>27</sup>. La educación alimentaria situada y la coordinación interdisciplinaria aparecen como estrategias consistentes con la práctica real, incorporando metas corporales y expectativas de transición como insumos clínicos sin patologizar<sup>13,28</sup>. Desde

la nutrición humana y dietética, estos hallazgos refuerzan la necesidad de una anamnesis alimentaria contextualizada, tamizaje breve de IA y conductas alimentarias de riesgo, y recomendaciones dietéticas ajustadas a las condiciones de vida.

Entre las limitaciones, la muestra intencionada de 12 profesionales y un solo centro limitan la transferibilidad; la perspectiva se circunscribe al equipo de salud, por lo que integrar voces de PTGD permitiría triangulación y mayor profundidad sobre barreras percibidas y agencia<sup>29</sup>. No se midieron desenlaces clínicos o nutricionales, acotando el alcance a procesos y razonamientos clínicos. Asimismo, la ausencia de nutricionistas en el equipo puede haber influido en la forma en que se abordan y priorizan las problemáticas alimentarias en la práctica clínica. Entre las fortalezas destacan el anclaje en un dispositivo público territorialmente situado, el uso de entrevistas en profundidad y análisis asistido por software, y la articulación explícita entre TCA, seguridad alimentaria e itinerarios de afirmación de género.

Hacia adelante, se requieren diseños longitudinales sobre la direccionalidad entre IA y conductas alimentarias de riesgo, e investigaciones que integren voces de PTGD y evalúen intervenciones breves factibles en servicios públicos<sup>3,5,30</sup>.

## CONCLUSIONES

Este estudio muestra que, desde la perspectiva del equipo de salud, los TCA estructuran el razonamiento clínico y la organización del cuidado en PTGD, articulando alimentación, salud mental, expectativas corporales y condiciones materiales. En este escenario, la SAN se aborda de forma predominantemente pragmática, como una pregunta por lo que es posible comer y sostener con los recursos disponibles.

A partir de estos hallazgos, los equipos y servicios de salud pueden fortalecer la pesquisa de IA y conductas alimentarias de riesgo, la educación alimentaria situada, la coordinación interdisciplinaria y las rutas de apoyo social, considerando la incorporación de nutricionistas en futuros seguimientos e intervenciones. Estas acciones deben entenderse como respuestas institucionales a las condiciones concretas en que se organiza la atención en salud.

Los resultados aportan evidencia situada sobre un dispositivo público regional y delimitan la necesidad de integrar la dimensión alimentaria y nutricional en la atención afirmativa de género, sin proponer un modelo universal ni exceder el alcance cualitativo del estudio.

## **AGRADECIMIENTOS**

Los autores no desean declarar agradecimientos adicionales.

## **CONTRIBUCIÓN DE AUTORÍA**

R.H.T.B. concibió la idea original, diseñó el estudio y realizó la recolección de datos. A.C.O.C. y M.A.H.M. participaron en el análisis e interpretación de los datos y en la redacción del manuscrito. R.H.T.B. y A.C.O.C. colaboraron en la discusión de los hallazgos y en la revisión crítica del texto. Todos los autores aprobaron la versión final.

## **FINANCIACIÓN**

Este estudio fue financiado por el Proyecto DIUFRO PEG23-0004, Universidad de La Frontera, Chile.

## **CONFLICTO DE INTERESES**

Los autores declaran no tener conflictos de interés.

## **DISPONIBILIDAD DE DATOS**

Los Datos cualitativos anonimizados disponibles bajo solicitud razonable al autor de correspondencia.

1. FAO, FIDA, OMS, PMA y UNICEF. El estado de la seguridad alimentaria y la nutrición en el mundo 2024: Financiación para acabar con el hambre, la inseguridad alimentaria y la malnutrición en todas sus formas [Internet]. Roma: FAO; 2024. Disponible en: <https://doi.org/10.4060/cd1254es>
2. Moosavian SP, Awlqadr FH, Mehrabani S, Mazinani K, Hosseini MS, Hodder S, et al. The association between food insecurity and adverse health outcomes in adults: an umbrella review of systematic reviews and meta-analyses. Nutr Rev. 2025;nuaf136. doi: 10.1093/nutrit/nuaf136.

3. Nascimento IMR, Reis AP dos, Andrade RTS de, Pereira M. Transgender and gender nonconforming people's vulnerability to food insecurity: systematic review and meta-synthesis. *Cad Saude Publica*. 2026;41(12):e00058825. doi: 10.1590/0102-311XEN058825.
4. Scheim AI, Rich AJ, Zubizarreta D, Malik M, Baker KE, Restar AJ, et al. Health status of transgender people globally: a systematic review of research on disease burden and correlates. *PLoS One*. 2024;19(3):e0299373. doi: 10.1371/journal.pone.0299373.
5. Abene JA, Tong J, Minuk J, Lindenfeldar G, Chen Y, Chao AM. Food insecurity and binge eating: a systematic review and meta-analysis. *Int J Eat Disord*. 2023;56(7):1301-22. doi: 10.1002/eat.23956.
6. Rasmussen SM, Dalgaard MK, Roloff M, Pinholt M, Skrubbeltrang C, Clausen L, et al. Eating disorder symptomatology among transgender individuals: a systematic review and meta-analysis. *J Eat Disord*. 2023;11:84. doi: 10.1186/S40337-023-00806-Y.
7. Santoniccolo F, Rollè L. The role of minority stress in disordered eating: a systematic review of the literature. *Eat Weight Disord*. 2024;29:41. doi: 10.1007/S40519-024-01671-7.
8. Nicholson WK, Silverstein M, Wong JB, Chelmow D, Coker TR, Fernandez A, et al. Screening for food insecurity: US Preventive Services Task Force recommendation statement. *JAMA*. 2025;333(15):1333-9. doi: 10.1001/JAMA.2025.0879.
9. FAO, FIDA, OPS, UNICEF y PMA. América Latina y el Caribe. Panorama regional de la seguridad alimentaria y la nutrición 2024: Fomentando la resiliencia frente a la variabilidad del clima y los eventos extremos para la seguridad alimentaria y la nutrición [Internet]. Santiago: FAO; 2025. Disponible en: <https://doi.org/10.4060/cd3877es>
10. Pareja-Arellano N, Sandoval-Obando E, Riquelme-Brevis H. Etnia y ruralidad como ejes de la desigualdad social en la Araucanía (Chile) actual. *Papeles Poblac*. 2023;29(118):177-207. doi: 10.22185/24487147.2023.118.32.
11. Wilson LM, Sharma R, Dukhanin V, McArthur K, Robinson KA, Baker KE. Hormone therapy, mental health, and quality of life among transgender people: a systematic review. *J Endocr Soc*. 2021;5(4):bvab011. doi: 10.1210/jendso/bvab011.

12. Rahman SU, Manasrah N, Kumar N, Hamza M, Sharma A, Patel N, et al. Impact of gender-affirming hormonal therapy on cardiovascular risk factors in transgender health: an updated meta-analysis. *JACC Adv.* 2024;3(10):101265. doi: 10.1016/j.jacadv.2024.101265.
13. Sousa IP, Amaral TF. Relationship between food habits, nutritional status, and hormone therapy among transgender adults: a systematic review. *Nutrients.* 2024;16(19):3280. doi: 10.3390/nu16193280.
14. Contreras Gálvez P, del Río Valdebenito J, Lafuente Astroza L. Caracterización sociodemográfica y de salud de las personas trans que ingresaron al programa de acompañamiento a la identidad de género de un hospital público de Chile entre los años 2013 al 2023. *Rev Med Chil.* 2024;152(12):1185-97. doi: 10.4067/s0034-98872024001201185.
15. Clarke AE. Situational analysis: grounded theory after the postmodern turn. Thousand Oaks, CA: SAGE Publications, Inc.; 2005.
16. McGregor K, McKenna JL, Barrera EP, Williams CR, Hartman-Munick SM, Guss CE. Disordered eating and considerations for the transgender community: a review of the literature and clinical guidance for assessment and treatment. *J Eat Disord.* 2023;11:75. doi: 10.1186/S40337-023-00793-0.
17. Gaitán-Rossi P, Vilar-Compte M, Teruel G, Pérez-Escamilla R. Food insecurity measurement and prevalence estimates during the COVID-19 pandemic in a repeated cross-sectional survey in Mexico. *Public Health Nutr.* 2021;24(3):412-21. doi: 10.1017/S1368980020004000.
18. Schier HE, Chetty K, Induri S, Gunther C. When you feel more at home, you want to take better care of that home: key informant perspectives on nutrition priorities, behaviors, and health promotion for transgender and gender-diverse youth: an interpretive descriptive qualitative research study. *J Acad Nutr Diet.* 2026;126(8):156354. doi: 10.1016/j.jand.2026.156354.

19. Hazzard VM, Loth KA, Hooper L, Becker CB. Food insecurity and eating disorders: a review of emerging evidence. *Curr Psychiatry Rep.* 2020;22(12):74. doi: 10.1007/S11920-020-01200-0.
20. Burnette CB, Hazzard VM, Larson N, Hahn SL, Eisenberg ME, Neumark-Sztainer D. Is intuitive eating a privileged approach? Cross-sectional and longitudinal associations between food insecurity and intuitive eating. *Public Health Nutr.* 2023;26(7):1358-67. doi: 10.1017/S1368980023000460.
21. Hernández Moreno A, Torres Bravo R, Obando Cid C. El derecho a la atención con pertinencia. Situación de salud y atención nutricional de personas transgénero en terapia hormonal. En: Romero Lizama P, Rey Arriagada A, Browne Sartori R, editores. *Alteraciones: Mujeres, feminismos y diversidades de género.* 1a ed. La Plata: Editorial de la Universidad Nacional de La Plata; 2024. p. 127-52.
22. Erasmus E. The use of street-level bureaucracy theory in health policy analysis in low- and middle-income countries: a meta-ethnographic synthesis. *Health Policy Plan.* 2014;29(Suppl 3):iii70-8. doi: 10.1093/HEAPOL/CZU112.
23. Gois Í, Rodrigues FB, Pereira M, Dias-da-Silva MR, Gomes SM. Body mass index and body composition changes in transgender people undergoing gender-affirming hormone therapy: a systematic review and meta-analysis. *Rev Endocr Metab Disord.* 2025;26(6):937-53. doi: 10.1007/S11154-025-09985-2.
24. Zapata Pizarro A, Muenia Bugueño C, Quiroz Nilo S, Alvarado Villarroel J, Leppes Jenkis F, Villalón Friedrich J, et al. Percepción de la atención de salud de personas transgénero en profesionales médicos y médicas del norte de Chile. *Rev Chil Obstet Ginecol.* 2021;86(1):61-7. doi: 10.4067/s0717-75262021000100061.
25. Choudhury S, Bi AZ, Medina-Lara A, Morrish N, Veettil PC. The rural food environment and its association with diet, nutrition status, and health outcomes in low-income and middle-income countries (LMICs): a systematic review. *BMC Public Health.* 2025;25:994. doi: 10.1186/S12889-025-22098-4.

26. Odoms-Young A, Brown AGM, Agurs-Collins T, Glanz K. Food insecurity, neighborhood food environment, and health disparities: state of the science, research gaps and opportunities. *Am J Clin Nutr*. 2024;119(3):850-61. doi: 10.1016/j.ajcnut.2023.12.019.
27. O'Connor EA, Webber EM, Martin AM, Henninger ML, Eder ML, Lin JS. Preventive services for food insecurity: evidence report and systematic review for the US Preventive Services Task Force. *JAMA*. 2025;333(15):1340-51. doi: 10.1001/JAMA.2024.22805.
28. Coleman E, Radix AE, Bouman WP, Brown GR, de Vries ALC, Deutsch MB, et al. Standards of care for the health of transgender and gender diverse people, version 8. *Int J Transgend Health*. 2022;23(Suppl 1):S1-259. doi: 10.1080/26895269.2022.2100644.
29. Ahmed SK. The pillars of trustworthiness in qualitative research. *J Med Surg Public Health*. 2024;2:100051. doi: 10.1016/J.GLMEDI.2024.100051.
30. Holland D, White LCJ, Pantelic M, Llewellyn C. The experiences of transgender and nonbinary adults in primary care: a systematic review. *Eur J Gen Pract*. 2024;30(1):2296571. doi: 10.1080/13814788.2023.2296571.