

El rebote invisible: trastornos de la conducta alimentaria y el protocolo que debe volver a la consulta



Andser Fernanda Avilés Martínez

AEMUAS

andseraviles@gmail.com

Durante mi internado tuve varios casos de pacientes con desnutrición o alteraciones electrolíticas cuyo motivo de consulta inicial era gastritis o golpes de calor. Casos de anemias rechazadas en banco de sangre, que al interrogar tenían el mismo origen: su alimentación. Desde comidas chatarra, horarios irregulares, hasta ayunos autoinducidos de 16 horas (o más) sin nunca haber consultado al personal de salud, todo “investigado” por ellos mismos y vistos como una rutina de *fitness* o autocuidado normal. Estos casos son el reflejo de una problemática social desatendida, de un México donde uno de cada cincuenta adolescentes vive con riesgo de un trastorno de la conducta alimentaria (TCA), en la capital del país la estadística sube a casi 3 de cada 100 (1), según la fuente más representativa sobre el tema: la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición Continua 2022.

Actualmente se sigue hablando sobre los 20 mil casos anuales de anorexia y bulimia que reporta la Secretaría de Salud, pero la última vez que hicieron el conteo fue hace casi una década (2). Muestra del abandono institucional, esta desactualización estadística es solo uno de los muchos factores que contribuye a la persistencia de los TCA en México.

En Países Bajos, un estudio de cohorte con registros de atención primaria no encontró un aumento estadísticamente significativo en la incidencia de anorexia y bulimia

durante la pandemia (3). A diferencia del Reino Unido, en donde un estudio poblacional con registros hospitalarios encontró un aumento durante los dos años posteriores al inicio de la pandemia, consolidándose los TCA como la tercera causa de trastorno mental más frecuente entre adolescentes mujeres (4), mostrando la falla en la identificación temprana desde el primer contacto (5). Un patrón similar fue encontrado en Cataluña, España (6). Aunque a primera vista uno podría creer que estos estudios son contradictorios entre sí hay que recordar que estos estudios fueron concebidos de distintas maneras algunos se basan en información de primer nivel, mientras otros esperan hasta que el paciente esté hospitalizado. Además vale la pena recordar que la prevalencia e incidencia de los TCA dependen de factores socioculturales, los cuales varían a lo largo del mundo. Si la incidencia en atención primaria se mantiene plana mientras la hospitalaria sube, la interpretación más verídica no es que no haya más casos, sino que el primer nivel los está dejando pasar desapercibidos hasta que se vuelven una urgencia, o un diagnóstico secundario durante una hospitalización.

México no cuenta con un estudio de incidencia longitudinal, pero sí con muestras sobre las secuelas que dejó la pandemia. Sotomayor-Terán et al. encuestaron a 2,710 adolescentes de la Ciudad de México tras el final de la

cuarentena, encontraron que 34,4% presentaba síntomas de depresión, 47,2% de ansiedad, 10,6% mostraba conductas alimentarias de riesgo, y el otro 18,1% estaba en riesgo de desarrollarlas, con mayor probabilidad entre mujeres adolescentes con IMC elevado (7). No es un estudio de incidencia longitudinal como los europeos, es un corte transversal, una población única y no una comparación del antes y después, sin embargo llega a demostrar las consecuencias que dejó la pandemia, como ansiedad y depresión sin tratar, en el mismo grupo etario donde los TCA suelen debutar. Otro factor es el sesgo en varones, presente en el 1,2% contra a 2,0% en mujeres, según la misma Ensanut (1), debido a que suele expresarse diferente, menos restricción visible, más vigorexia y ejercicio compulsivo, un patrón que un médico no capacitado en nutrición puede pasar por alto. Tratar a cada paciente sin ese sesgo, sin dejar que los prejuicios cieguen el ojo clínico, es algo que se debe fomentar entre todos los médicos, ya formados o en formación.

A lo largo de mi internado, en un hospital de segundo nivel, la alimentación casi nunca aparecía en la historia clínica, más allá de una pregunta clasificada como buena, regular o mala (excepto en Pediatría, donde preguntar por la ingesta y los hábitos del paciente sí se consideraba necesario), dedicarle tiempo a esas preguntas se sentía casi como perderlo al no ser tomado en cuenta para el manejo del paciente, o su nota de ingreso. Esta falta de preocupación por una alimentación de calidad no se quedaba allí, también se extendía hacia los mismos médicos del hospital, para no solo nosotros internos, sino también incluso médicos de mayor jerarquía, desayunos de apenas unas

galletas por falta de tiempo, y cenas copiosas, después de no haber comido en todo el día (tratada más como recompensa que como una necesidad), eran parte del día a día en el hospital. Si el entorno donde nos formamos normaliza saltarse comidas y comer por urgencia en vez de por hambre, no sorprende que esto llegue a nublar nuestro juicio. Lo más desconcertante, no es la ausencia de una respuesta institucional, sino su invisibilidad y desvalorización. El Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud (CENETEC) tiene desde 2008, una guía de práctica clínica específica para la prevención y el diagnóstico oportuno de anorexia y bulimia nerviosas (8). México no necesita un nuevo protocolo de tamizaje. La cuestión es otra ¿Cuántos pasantes de servicio social, los primeros médicos en enfrentarse al camuflaje del trastorno como pérdidas de peso justificadas por el paciente, amenorrea secundaria o consultas repetitivas por "gastritis" atribuidas al tratamiento, conocen esta guía, o la han aplicado alguna vez en consulta?

El coordinador de la Clínica de Trastornos de la Conducta Alimentaria del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz declaró que el confinamiento por COVID-19 incrementó los trastornos alimentarios, porque las redes sociales facilitaron el acceso a información poco confiable sobre pérdida de peso, y estimó que hasta 25% de los adolescentes en el país presenta algún grado de TCA (9). Ya hay un reconocimiento del problema y un protocolo oficial para atenderlo desde el primer contacto, y aun así, el trastorno sigue llegando tarde, camuflado en síntomas que rara vez se integran como un síndrome.

Incorporar la guía del CENETEC a la capacitación formal de pasantes antes de iniciar el servicio social, como parte del protocolo de bienvenida igual que el soporte vital básico o la notificación epidemiológica. Debemos afrontarlo, como a muchos mi primer instinto frente a una paciente es esperar a que las señales sean claras antes de preguntar directamente sobre purgas o distorsión de la imagen corporal, por miedo a incomodar, en especial a adolescentes, pero ese mismo instinto, multiplicado por cada médico de primer contacto que piensa igual, es lo que sostiene el subdiagnóstico. Por eso se debe integrar de forma sistemática una herramienta breve y validada como el cuestionario SCOFF (10), que identifican casos probables de anorexia o bulimia con una sensibilidad de 84,6% y especificidad de 89,6% (11), en el interrogatorio habitual de todo adolescente, no solo en quien despierta sospecha, no añade más de un minuto a la consulta, y evita que ese minuto dependa del miedo a incomodar de quien pregunta. Es importante, tener claro qué sigue si el tamizaje resulta positivo. Se debe educar brevemente sobre alimentación con una referencia a psicología.

Terminó el internado y comienzo el servicio social, en el hospital aprendí a curar la enfermedad, pero en el servicio social debo aprender a educar y prevenir. Para este cambio es necesario no restar importancia a ningún síntoma ni dejar que los prejuicios afecten nuestro actuar. Si algo pretendo hacer llegar al pasante que lee esto en su primera semana, es el valor de la sospecha, de dar una pregunta de más, mirar al paciente y no solo a su motivo de consulta.

REFERENCIAS

1. 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 Pública de México. 2023;65:s96-101. Disponible en: <https://doi.org/10.21149/14800>
2. Secretaría de Salud. Anorexia, un trastorno de la conducta alimentaria [Internet]. Ciudad de México: Gobierno de México; 2017 [citado el 01 jul 2026]. Disponible en: <https://www.gob.mx/salud/articulos/29920>
3. Meier K, Van Hoeken D, Kager CCM, Van Eeden AE, Oldehinkel AJ, Hoek HW. Impact of the COVID-19 Pandemic on the Incidence of Anorexia and Bulimia Nervosa in Dutch Primary Care. International Journal of Eating Disorders. 2025;58(6):1155-64. Disponible en: <https://doi.org/10.1002/eat.24431>
4. Trafford AM, Carr MJ, Ashcroft DM, Chew-Graham CA, Cockcroft E, Cybulski L, et al. Temporal trends in eating disorder and self-harm incidence rates among adolescents and young adults in the UK in the 2 years since onset of the COVID-19 pandemic: a population-based study. The Lancet Child & Adolescent Health. 2023;7(8):544-54. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/s2352-4642\(23\)00126-8](https://doi.org/10.1016/s2352-4642(23)00126-8)
5. Ford T. Worrying post-pandemic trends in eating disorders and self-harm in adolescents. The Lancet Child & Adolescent Health. 2023;7(8):521-3. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/s2352-4642\(23\)00149-9](https://doi.org/10.1016/s2352-4642(23)00149-9)
6. Raventós B, Abellan A, Pistillo A, Reyes C, Burn E, Duarte-Salles T. Impact of the COVID-19 pandemic on eating disorders diagnoses among adolescents and young adults in Catalonia: A population-based cohort study. International Journal of Eating Disorders. 2022;56(1):225-34. Disponible en: <https://doi.org/10.1002/eat.23848>
7. Vázquez CCR, Terán DGS, Lazarevich I, Tolentino RG, Alva GL, Meléndez JAB. Evaluation of depression, anxiety, risky eating behaviors, eating habits and physical activity after the COVID-19 pandemic among adolescents in Mexico City. Nutrición Hospitalaria. 2024;41(5):1052-61. Disponible en: <https://doi.org/10.20960/nh.05083>
8. Secretaría de Salud. Trastornos de la conducta alimentaria: anorexia nerviosa y bulimia nerviosa. Prevención y diagnóstico oportuno en el primer nivel de atención [Internet]. México: Secretaría de Salud; 2008 [citado el 01 jul 2026]. Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica: SSA-113-08. Disponible en: https://salme.jalisco.gob.mx/sites/salme.jalisco.gob.mx/files/ssa_113_08_eyr_0.pdf
9. Secretaría de Salud. Trastornos de la conducta alimentaria afectan a 25% de adolescentes [Internet]. Ciudad de México: Gobierno de México; 2023 [citado el 02 jul 2026]. Disponible en: <https://www.gob.mx/salud/prensa/004-trastornos-de-la-conducta-alimentaria-afectan-a-25-de-adolescentes>
10. Morgan JF, Reid F, Lacey JH. The SCOFF questionnaire: assessment of a new screening tool for eating disorders. BMJ. 1999;319(7223):1467-8. Disponible en: <https://doi.org/10.1136/bmj.319.7223.1467>
11. Hill LS, Reid F, Morgan JF, Lacey JH. SCOFF, the development of an eating disorder screening questionnaire. International Journal of Eating Disorders. 2009;43(4):344-51. Disponible en: <https://doi.org/10.1002/eat.20679>