

Boletín

Trastornos de la conducta Alimentaria - TCA

2025



Desorden alimentario **BULIMIA**
Quiero esta sol@ Estigma ESTEREOTIPO

Dejar de comer es mi opción

Comer es malo

Alimento

Kilos de mas

Desorden alimentario

Anorexia

Quisiera verme de otra forma

Rechazo

No Quiero contar lo que siento con mi cuerpo

No quisiera ser yo

No me veo bien

Quiero ser delgada

Aceptación

No me reconozco en el espejo

ANGUSTIA

Quiero ser como veo en redes sociales

La comida me hace daño

Boletín
Trastornos de la conducta
Alimentaria - TCA

**Dirección de Epidemiología, Análisis
y Gestión de Políticas de Salud Colectiva**

**Dirección de Salud Colectiva
Subdirección de determinantes
Secretaría Distrital de Salud de Bogotá
Bogotá, D. C. 2025**

Alcalde Mayor de Bogotá

Carlos Fernando Galán Pachón

Secretario Distrital de Salud

Gerson Orlando Bermont Galavis

Subsecretario de Salud Pública

Julián Alfredo Fernández Niño

Cuerpo directivo de la Subsecretaría de Salud Pública

María Belén Jaimes Sanabria

Dirección de Epidemiología, Análisis y Gestión de Políticas en Salud Colectiva

Patricia Eugenia Molano Builes

Dirección de Salud Colectiva

Diana Sofía Ríos Oliveros

Subdirección de Determinantes en Salud

Marcela Martínez Contreras

Subdirección de Acciones Colectivas

Claudia Milena Cuellar Segura

Subdirección de Gestión y Evaluación de Políticas en Salud Pública

Diana Marcela Walteros Acero

Subdirección de Vigilancia en Salud Pública

Equipo Técnico

Myriam Charry Bautista

Subdirección de Determinantes en Salud

María Mireya Martínez Velasco

Andrea del Pilar Bermúdez Forero

Dirección de Epidemiología Análisis y Gestión de Políticas en Salud Colectiva

Secretaría Distrital de Salud

Carrera 32 # 12-81

Conmutador. 3649090

Bogotá, D.C- 2025

www.saludcapital.gov.co

Tabla de contenido

1. Introducción	3
2. ¿Qué son los TCA?	4
2.1. Breve recuento sobre los TCA	5
3. Epidemiología	6
3.1. Morbilidad de los TCA	8
4. Factores y conductas de riesgo de los TCA	10
5. Estrategias de Prevención de los TCA	14
6. Retos	15
7. Anexos	16
8. Bibliografía	18

1. Introducción

Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) han sido considerados históricamente como síndromes estrechamente relacionados a contextos socioculturales específicos, descritos principalmente en mujeres jóvenes, caucásicas, siendo diez veces más frecuentes en mujeres que en varones y concentrados en países de Europa Occidental y Norteamérica (1,2), sin embargo, varias décadas después, se han documentado casos en todas las culturas incluso con incidencias crecientes, debido fundamentalmente, al desarrollo de mejores herramientas diagnósticas pero, con prevalencias que aún permanecen bajas en comparación a los países occidentales (3).

Los trastornos de la conducta alimentaria constituyen un problema de salud pública de alcance global, cuya carga ha mostrado una tendencia sostenida al aumento en las últimas décadas. Los análisis del Global Burden of Disease Study 2021 indican que, para dicho año, estos trastornos presentaban una prevalencia marcadamente mayor en mujeres, así como una contribución relevante en la población infantil, adolescente y de adultos jóvenes. Adicionalmente, se evidencian diferencias regionales significativas, con tasas más elevadas en países de altos ingresos, lo que sugiere la coexistencia de desigualdades estructurales en la exposición al riesgo y de variaciones en la capacidad de detección, diagnóstico y registro de los casos (4).

Más allá de su impacto epidemiológico, los trastornos de la conducta alimentaria generan una afectación progresiva y multidimensional en la vida de las personas que los padecen. En el ámbito físico, pueden ocasionar deterioro del estado nutricional, alteraciones gastrointestinales y hormonales, y un mayor riesgo cardiovascular, comprometiendo la capacidad funcional y el desempeño cotidiano. A nivel emocional, se asocian con síntomas persistentes de ansiedad y depresión, baja autoestima y distorsiones en la percepción corporal y del autoconcepto. En el plano social, el estigma, la vergüenza y el temor al juicio externo favorecen el aislamiento y limitan la participación en espacios relacionales, educativos y laborales. De manera concomitante, muchas personas con TCA reportan una percepción negativa de su estado de salud, con sentimientos de enfermedad o incapacidad que persisten incluso en ausencia de manifestaciones físicas severas (5).

En este contexto, comprender los trastornos de la conducta alimentaria más allá de su expresión clínica resulta fundamental para orientar respuestas integrales en salud pública. Su creciente carga, las desigualdades en su distribución y detección, así como su impacto multidimensional sobre la vida de las personas, plantean desafíos relevantes para los sistemas de salud en términos de prevención, atención oportuna y reducción de brechas. De esta forma, mediante

el presente Boletín, la Secretaría Distrital de Salud, a partir del reconocimiento de la magnitud y complejidad que representan los TCA para los habitantes del Distrito Capital, busca contribuir al fortalecimiento de las acciones de prevención y control, así como a la priorización de intervenciones orientadas a contener su avance y mitigar sus consecuencias en la salud y el bienestar de la población.

2. ¿Qué son los TCA?

Los trastornos de la conducta alimentaria han sido definidos desde diversas aproximaciones teóricas y clínicas. En definiciones tempranas, Vásquez y colaboradores (1998) los describieron de manera general como un conjunto de síndromes caracterizados por una preocupación excesiva por el peso y la figura corporal, junto con la convicción de que la autovaloración personal depende de forma predominante de la apariencia física (6). Posteriormente, se amplió esta conceptualización al señalar que estos trastornos se distinguen por alteraciones en la percepción de la imagen corporal y del peso, la presencia de conductas alimentarias gravemente perturbadas y sentimientos persistentes de baja autoestima.

El término “trastornos de la conducta alimentaria” se consolida en el ámbito clínico y académico de habla hispana como traducción del concepto anglosajón eating disorders, ampliamente desarrollado en los sistemas de clasificación diagnóstica internacionales. Su uso se estandariza a partir de los manuales diagnósticos, particularmente el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM) y la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE), y se generaliza desde la década de 1990, cuando el abordaje clínico se amplía más allá de la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa, incorporando otros cuadros como el trastorno por atracón y formas clínicas atípicas (7).

Desde una perspectiva diagnóstica contemporánea, los trastornos de la conducta alimentaria y de la ingesta de alimentos (TCAI) comprenden un conjunto de entidades clínicas caracterizadas por alteraciones persistentes en los patrones de alimentación o en las conductas relacionadas con la ingesta, que generan un malestar psicológico significativo y se asocian con deterioro en la salud física y el funcionamiento psicosocial. Entre los trastornos más frecuentes en la población se encuentran la anorexia nerviosa, la bulimia nerviosa y el trastorno por atracón, los cuales concentran una proporción importante de la carga clínica y epidemiológica. Dentro de este conjunto de trastornos, los más frecuentes en la población son la anorexia nerviosa (AN), la bulimia nerviosa (BN) y el trastorno por atracón.

De acuerdo con el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, este grupo diagnóstico incluye la pica¹, el trastorno por rumiación², el trastorno

¹ Pica: ingestión persistente de sustancias no nutritivas y no alimentarias por un tiempo mínimo de un mes.

² Trastorno por rumiación: regurgitación repetida de alimentos, después de alimentarse o comer, durante un período mínimo de un mes.

de evitación o restricción de la ingesta de alimentos³, la anorexia nerviosa⁴, la bulimia nerviosa⁵, el trastorno por atracón⁶, así como los trastornos de la conducta alimentaria o de la ingesta de alimentos especificados y no especificados, que agrupan presentaciones clínicas subumbrales o atípicas.

De manera complementaria, la Clasificación Internacional de Enfermedades, Undécima Revisión (CIE-11) de la Organización Mundial de la Salud define los trastornos de la conducta alimentaria como patrones persistentes de comportamiento anormal relacionados con la alimentación que no son compatibles con el desarrollo del individuo ni con las normas culturales del contexto, y que no pueden explicarse por otras condiciones médicas. Estos trastornos pueden involucrar alteraciones en la ingesta, una preocupación excesiva por la comida, el peso o la figura corporal, y se asocian con consecuencias significativas para la salud y el funcionamiento psicosocial.

Desde esta perspectiva, los TCA constituyen un desafío prioritario para la salud pública, no solo por su gravedad clínica, sino por su impacto acumulado en términos de discapacidad, calidad de vida, desempeño educativo y laboral, y demanda de servicios de salud, lo que exige enfoques integrales que articulen la prevención, la detección temprana y la atención oportuna, con una comprensión amplia de los determinantes sociales que influyen en su aparición y evolución.

2.1. Breve recuento sobre los TCA

El análisis histórico de los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) permite comprender que no se trata de fenómenos emergentes ni exclusivos de la modernidad, sino de expresiones que han adoptado distintas formas a lo largo del tiempo, en estrecha interacción con los contextos sociales, culturales y médicos. Este abordaje histórico resulta clave para desestigmatizar estas condiciones, al evidenciar que las preocupaciones extremas por el cuerpo, la alimentación y el autocontrol han estado presentes durante siglos, aunque

³ Trastorno de evitación / restricción de la ingesta de alimentos, debida ya sea por falta de interés aparente por comer o alimentarse; evitación a causa de las características organolépticas de los alimentos; preocupación acerca de las consecuencias repulsivas de la acción de comer), que se pone de manifiesto por el fracaso persistente para cumplir las adecuadas necesidades nutritivas y/o energéticas, que se evidencia en uno o en más de los siguientes hechos: pérdida significativa de peso, deficiencia nutritiva significativa, dependencia de la alimentación enteral o de suplementos nutritivos por vía oral, interferencia importante en el funcionamiento psicosocial.

⁴ Anorexia nerviosa: se caracteriza por restricción de la ingesta energética persistente, miedo intenso a ganar peso o a engordar (o un comportamiento persistente que interfiere con el aumento de peso), y la alteración de la forma de percibir el peso y la constitución propios.

⁵ Bulimia nerviosa: se caracteriza por episodios recurrentes de atracones, comportamientos compensatorios inapropiados y recurrentes para evitar el aumento de peso, y la autoevaluación que se ve influida indebidamente por el peso y la constitución corporal.

⁶ Trastorno por atracones: corresponde a episodios recurrentes de atracones que se deben producir al menos, una vez por semana durante tres meses. Un atracón es la ingesta en un período determinado de una cantidad de alimento que es claramente superior a la que la mayoría de las personas ingeriría en un período similar y en circunstancias parecidas.

interpretadas bajo marcos conceptuales distintos a los actuales. Revisiones históricas en psiquiatría y salud mental han documentado prácticas de ayuno voluntario en la Grecia clásica y en el Imperio Romano, asociadas a ideales de pureza, disciplina moral y autocontrol, que si bien no eran conceptualizadas como trastornos, sí reflejan una relación problemática con la alimentación y el cuerpo en determinados contextos culturales (8).

Durante el siglo XIX, se produjo un giro relevante en la comprensión de estas conductas, al comenzar a integrarse explicaciones que incorporaban factores médicos, familiares, religiosos y sociales. En este periodo se desarrollaron descripciones clínicas más sistemáticas de la anorexia nerviosa, particularmente en Europa, lo que permitió trascender interpretaciones exclusivamente morales o espirituales y situar estas conductas dentro de un marco médico incipiente, aunque aún fuertemente influido por concepciones culturales de género y familia (9).

No fue sino hasta el siglo XX cuando los TCA se consolidaron como entidades clínicas diferenciadas, a partir de su incorporación progresiva en los sistemas de clasificación diagnóstica, particularmente en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM). Esta formalización diagnóstica representó un punto de inflexión, al permitir un abordaje más sistemático, reducir interpretaciones basadas en prejuicios morales o culturales y favorecer el desarrollo de estrategias terapéuticas y de investigación basadas en criterios estandarizados (American Psychiatric Association). Desde una perspectiva de salud pública, este reconocimiento contribuyó a visibilizar los TCA como un problema de salud mental relevante, con impacto funcional y social, y no únicamente como expresiones individuales de conducta.

Asimismo, la evolución histórica del concepto de los TCA ha puesto en evidencia la interacción constante entre factores culturales, sociales y biomédicos. En particular, el aumento de su reconocimiento durante el siglo XX y comienzos del XXI ha sido analizado en relación con transformaciones socioculturales más amplias, incluyendo los ideales corporales dominantes, la medicalización de la alimentación y las presiones sociales asociadas a la imagen y el rendimiento, especialmente en contextos urbanos e industrializados (9,10). Este enfoque resulta fundamental para la salud pública, en tanto subraya que la prevención de los TCA no puede limitarse al ámbito clínico, sino que requiere intervenciones que aborden los determinantes sociales y culturales que influyen en su aparición y persistencia.

3. Epidemiología

De acuerdo con estudios poblacionales recientes, la prevalencia global por tiempo de vida para cualquier TCA se encuentra entre 0,74% a 2,2% en hombres y 2,8% a 8,4% en mujeres, lo que indica diferencias significativas de género (11).

La prevalencia de la anorexia nerviosa es comparable entre los diferentes países de Latinoamérica, y significativamente más baja comparada con las muestras

europeas y de Norte América. Se ha identificado que los casos de anorexia nerviosa podrían estar más influenciados por otros factores etiológicos más allá de la cultura, tales como las variaciones genéticas o la desregulación emocional. Los estudios evidencian que en Latinoamérica las tasas de prevalencia se encuentran en el mismo rango o mayores que en Europa Occidental. Estudios transculturales realizados en Estados Unidos, indican que la tasa de prevalencia de bulimia nerviosa se encuentra en el mismo rango o levemente mayor en inmigrantes hispanicos que en residentes caucásicos. En cuanto al desorden por atracones, estudios recientes compararon sus tasas de prevalencia entre minorías con habitantes caucásicos identificando una mayor prevalencia en mujeres hispanas en los Estados Unidos (2).

Se estima que, en 2017 a nivel global se perdieron 3,3 millones de años de vida por discapacidad relacionada con TCA, para tasa estandarizada de AVD (Años de Vida Vividos con Discapacidad) para anorexia nerviosa fue 9,4 por 100.000 personas, para Bulimia nerviosa fue de 33,8. Se considera que los TCA corresponden al 2,8% del total de AVD para desórdenes mentales. Adicionalmente, la anorexia y la bulimia nerviosa se encontraron dentro de las primeras 110 causas de AVAD (Años de vida ajustados por discapacidad), contabilizando el 0,1% de todos los AVAD (12) .

El riesgo de mortalidad de personas que continuaron en seguimiento después de un alta hospitalaria por anorexia nerviosa fue cinco veces superior en comparación a personas de la misma edad y género en la población general. Por su parte, aquellos que se encuentran en seguimiento por bulimia nerviosa o recibieron tratamiento ambulatorio para anorexia nerviosa, el riesgo de mortalidad fue dos veces mayor que el de la población general (12).

De acuerdo con la Encuesta Nacional de Salud Mental 2015, en Colombia, la tasa de mortalidad estandarizada 5,1 muertes (IC 95%: 3,99-6,14) por cada 1.000 personas/año, por consecuencias derivadas de la inanición (13).

En cuanto a la epidemiología de los TCA en el país, se tiene conocimiento de varias investigaciones que han brindado información sobre su caracterización:

- Ángel en 1997 informó en población de estudiantes universitarios de Bogotá, una prevalencia de 1.2% para bulimia nerviosa (BN), 0.5% para anorexia nerviosa (AN) y 17.5% para trastornos del comportamiento alimentario no especificado (TCANE), para una prevalencia global de trastornos del comportamiento alimentarios del 19.5% (3).
- Ramírez realizó en el año 2003 un estudio en diversos colegios públicos y privados de Medellín, Colombia, con la participación de 474 estudiantes de sexo femenino entre los 9 y 19 años, encontrando que el 33.5% de las adolescentes estaban con riesgo para TCA, con prevalencia global del 17.7%, distribuida así: 0.8% para AN, 2.3% para BN y 14,6% para TCANE. Cifras elevadas y prácticamente del doble, son señaladas por Rueda (2004) en otro estudio realizado en tres colegios de Bucaramanga, Colombia, al encontrar prevalencia global de TCA (30%), AN (1.6%), BN (5.3%) y TCANE (23%) (3).

- En el año 2010 se estudió la prevalencia de TCA en la población universitaria aplicada a estudiantes de la Universidad Nacional de Colombia y a jóvenes escolarizados de Bucaramanga, la prevalencia de TCA en estudiantes de secundaria de Bucaramanga y en jóvenes de la Universidad Nacional de Bogotá fue del 30%, distribuida de la siguiente forma: AN: 1,7% y 0,48%; BN: 6% y 1,2%; y TCA NOS: 22,3% y 28%, (3,14,15). Del estudio también se concluye que las personas con TCA tienen una alta prevalencia de conductas suicidas. El riesgo de suicidio en mujeres con AN es aproximadamente 20 veces mayor que el de la población general, y en pacientes con BN entre el 15% y el 40% ha incurrido en por lo menos un intento de suicidio.

En Colombia, según la última encuesta de salud mental realizada por el Ministerio de Salud y de Protección Social para el 2015, se encontró un 9.2% de prevalencia de trastornos alimentarios en la población entre 12 y 44 años (13).

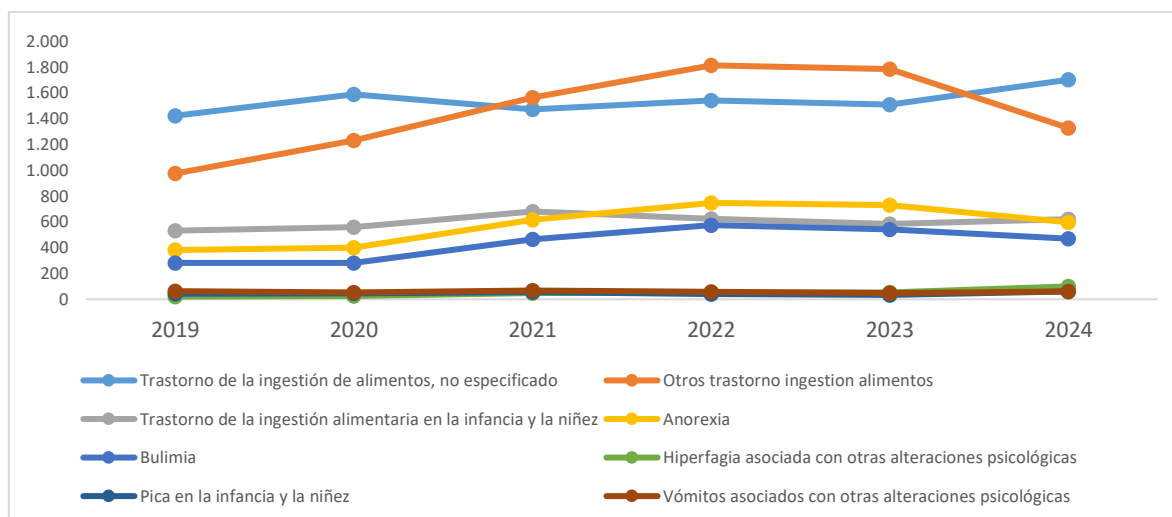
3.1. Morbilidad de los TCA

De acuerdo con la información disponible a partir los RIPS (Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud), correspondiente a atenciones realizadas a la población del Distrito Capital afiliada ya sea al régimen contributivo y subsidiado, así como aquellas personas que fueron atendidas de forma particular, entre los años 2019 y 2024.

En el año 2024, el 96% de las personas atendidas por TCA se agruparon en: el Trastorno de la ingestión de alimentos no especificado con un 34% (n=1.702), seguido con un 27% por Otros trastornos de la ingestión de alimentos (n=1.329), el 13% de los Trastornos de la ingestión alimentaria en la infancia y la niñez (n=620), seguidos de la anorexia con un 12% (n=597) y el 10% de la Bulimia (n=471).

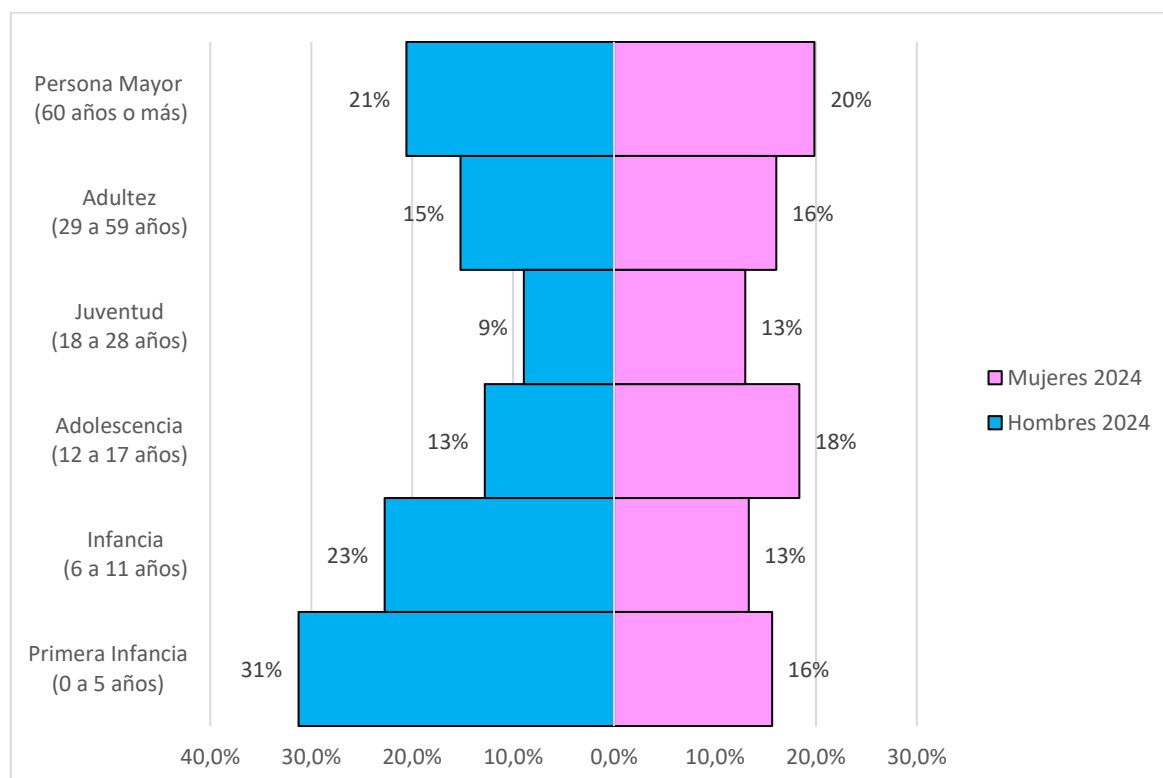
El Trastorno de la ingestión de alimentos y el Trastornos de la ingestión alimentaria en la infancia y la niñez, fueron los que presentaron incremento en el año de 2024, del 13% (año 2023: n=1.510; año 2024: n= 1.702) y 6% ((año 2023: n=585; año 2024: n= 620), respectivamente.

Gráfico 1. Tendencia de número de consultas de TCA en Bogotá, años 2019 a 2024



Fuente: Reporte Consulta a RIPS 1657 (2025 07 24) Morbilidad General por Trastornos y problemas en salud mental y Trastornos Neurológicos con potenciales repercusiones en salud mental en poblaciones diferenciales [Conjunto de datos] a partir de la compilación de Base de datos RIPS SDS 2004-2025; No afiliados (vinculados) y atenciones particulares (Corte de recepción 2025/07/24) y Base de datos RIPS Ministerio de Salud 2009-2025, población contributiva y subsidiada. (Corte de recepción 2025/02/28).

Por su parte, al comparar por curso de vida y sexo, las personas que fueron diagnosticadas con TCA en el año 2024, se encontró que estos diagnósticos fueron más frecuentes en la primera infancia y en los adultos mayores de 60 años. Para el caso de los menores de 5 años, la ocurrencia de estos trastornos puede originarse en factores genéticos, biológicos, conductuales, emocionales y ambientales (14,15); mientras que, para los adultos mayores de 60 años, las causas se relacionan principalmente con factores biológicos propios del envejecimiento (por ejemplo: sarcopenia, aumento de la masa grasa, cáncer, insuficiencia cardíaca o secundaria a medicamentos o tratamientos), o factores como la depresión, la soledad y el aislamiento.

Gráfico 2. Histograma comparativo por curso de vida y sexo de los TCA, año 2024

Fuente: Reporte Consulta a RIPS 1657 (2025 07 24) Morbilidad General por Trastornos y problemas en salud mental y Trastornos Neurológicos con potenciales repercusiones en salud mental en poblaciones diferenciales [Conjunto de datos] a partir de la compilación de Base de datos RIPS SDS 2004-2025; No afiliados (vinculados) y atenciones particulares (Corte de recepción 2025/07/24) y Base de datos RIPS Ministerio de Salud 2009-2025, población contributiva y subsidiada. (Corte de recepción 2025/02/28).

Asimismo, en este último año llamó la atención que los TCA en mujeres adolescentes y aquellas que se encuentran en el curso de vida de juventud suma 31% de las personas con estos diagnósticos, mientras que hombres, esta sumatoria fue del 22%.

4. Factores y conductas de riesgo de los TCA

La evidencia disponible muestra que los factores y conductas de riesgo asociados a los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) presentan una distribución diferencial por territorio, grupo etario y sexo, lo que refuerza la necesidad de abordajes contextualizados. De acuerdo con la Encuesta Nacional de Salud

Mental 2015, los adultos jóvenes residentes en Bogotá registran las mayores prevalencias de conductas de riesgo para TCA en el país (11,4%; IC 95%: 9,0–14,4), seguidos por la región Atlántica (10,1%; IC 95%: 8,4–12,2), la región Central (9,5%; IC 95%: 7,5–11,8) y la región Oriental (8,3%; IC 95%: 6,7–10,2). En contraste, la región Pacífica presenta las prevalencias más bajas (6,9%; IC 95%: 5,4–8,9). En el caso específico de Bogotá, el 3,7% de los adultos jóvenes reporta conductas de dieta (IC 95%: 2,5–5,7), mientras que en la región Atlántica se observa una mayor proporción de atracones alimentarios (6,8%; IC 95%: 5,3–8,6) (13).

La misma encuesta identifica que los comportamientos asociados a pérdida de control frente a la ingesta particularmente los atracones constituyen la conducta alimentaria de riesgo más frecuente tanto en adolescentes (6,1%) como en adultos jóvenes (5,8%). Resulta especialmente relevante la alta proporción de adolescentes hombres que reportan este tipo de conductas (6,8%). En la población adulta joven, aunque las mujeres presentan mayores prevalencias en la mayoría de comportamientos de riesgo alimentario incluyendo conductas de dieta (3,2% frente a 1,9% en hombres) y mayor malestar frente al acto de comer (2,6% frente a 2,0%), las diferencias por sexo en conductas sugestivas de atracones son menores (5,9% en mujeres frente a 5,6% en hombres). Este patrón sugiere que, si bien los TCA continúan afectando de manera más visible a las mujeres, el riesgo es también elevado en hombres, quienes tienden a consultar menos y a ser sub-detectados en los servicios de salud (13).

En el ámbito local, un estudio realizado en 2005 en Bogotá y Medellín evidenció una proporción significativa de adolescentes mujeres en riesgo de desarrollar trastornos de la conducta alimentaria. El 11,6% de las participantes entre los 13 y 19 años presentó riesgo de anorexia nerviosa, mientras que el 6% mostró riesgo de desarrollar anorexia y/o bulimia nerviosa. Estos resultados se asociaron con múltiples factores psicosociales, entre ellos la presión derivada de los estándares contemporáneos de belleza, dinámicas familiares conflictivas, experiencias vitales estresantes, niveles bajos de autoestima y percepciones negativas de sí mismas. El estudio destaca que, aunque la internalización de ideales corporales de delgadez es frecuente en la adolescencia, la aparición de un TCA requiere la concurrencia de otros factores individuales y contextuales, como dificultades en las relaciones familiares e interpersonales y la presencia de alteraciones del estado de ánimo (15).

En relación con la bulimia nerviosa, el mismo estudio identificó el consumo y abuso de alcohol como un factor de riesgo relevante. Esta asociación coincide con lo descrito por Bulik (2004), quien señala una alta coexistencia entre bulimia nerviosa y problemas relacionados con el uso de alcohol, vinculados a dificultades en el control de impulsos. Desde una perspectiva de salud pública, esta evidencia refuerza la necesidad de abordar los TCA dentro de un marco integral que considere la concurrencia de múltiples conductas de riesgo y no se limite exclusivamente a las alteraciones alimentarias (15).

A partir de estos hallazgos, se resalta la importancia de fortalecer estrategias de prevención orientadas al desarrollo de habilidades para el afrontamiento de situaciones vitales conflictivas, así como a la identificación temprana de rasgos como el perfeccionismo y el miedo a la madurez, que mostraron un peso relevante en la población adolescente. Asimismo, se enfatiza el papel de la detección temprana, señalando la necesidad de capacitar a padres de familia y educadores en el reconocimiento de señales de alerta, dado que el pronóstico de estos trastornos depende en gran medida de la oportunidad de la intervención (15).

De manera complementaria, un estudio realizado en Cundinamarca con jóvenes escolarizados de zonas urbanas y rurales de los municipios de Chía, Tabio, Cajicá y Sopó identificó una proporción significativa de casos probables de TCA, predominantemente en mujeres. Más de la mitad de los adolescentes que aceptaron valoración clínica recibieron un diagnóstico confirmado, sin diferencias relevantes por estrato socioeconómico o grupo etario. La mayoría de los casos correspondió a presentaciones no especificadas, y se evidenció una alta comorbilidad con trastornos depresivos y de ansiedad, así como una mayor frecuencia de conductas suicidas en comparación con adolescentes sin diagnóstico psiquiátrico. Estos hallazgos confirman que los TCA pueden presentarse desde edades tempranas y suelen coexistir con otros problemas de salud mental, lo que incrementa su complejidad clínica y su relevancia como problema de salud pública (16).

En Bogotá, el Boletín de Situación del sobrepeso y la obesidad en escolares (2022) evidenció, a partir del tamizaje del estado nutricional realizado en instituciones educativas públicas y privadas del Distrito Capital, que uno de cada cuatro escolares presenta exceso de peso. Este hallazgo resulta relevante en tanto el sobrepeso y la obesidad en la infancia y adolescencia se asocian no solo con un mayor riesgo de enfermedades no transmisibles, sino también con consecuencias psicosociales adversas, como ansiedad, depresión, aislamiento social, conductas disruptivas y trastornos de la conducta alimentaria. En la adolescencia, la relación entre obesidad y TCA se encuentra mediada por factores conductuales y por las dinámicas cotidianas personales y familiares que influyen en los hábitos alimentarios (17).

En el ámbito universitario, un estudio publicado en 2023 en la Revista Puertorriqueña de Psicología analizó las conductas de riesgo para TCAI y su relación con el rendimiento académico en estudiantes de la Universidad de Manizales, con edades entre los 16 y 24 años. Las conductas evaluadas incluyeron la presencia de atracones y conductas purgativas en los últimos 12 meses, patrones restrictivos de alimentación y el consumo regular de comidas equilibradas (18). Los resultados mostraron que el 28,7% de los estudiantes presentaba conductas de riesgo para desarrollar un TCAI, con una mayor proporción en estudiantes del programa de Comunicación Social y Periodismo (36,1%). Asimismo, se identificó una interferencia significativa en el rendimiento académico en estudiantes de Medicina y Psicología con conductas de riesgo, lo que sugiere un impacto diferenciado según el contexto formativo. El estudio

concluye que estas conductas son frecuentes en la población universitaria y se asocian con un mayor riesgo de afectación académica y potencial deserción, lo que refuerza la necesidad de estrategias institucionales de prevención (18).

Estos hallazgos son consistentes con la literatura internacional, que ha documentado asociaciones entre problemas de salud mental, conductas alimentarias de riesgo y bajo rendimiento académico en población universitaria. No obstante, la naturaleza causal de esta relación aún no es concluyente, lo que subraya la necesidad de continuar fortaleciendo la investigación en este campo. En el estudio citado, la interferencia académica fue más evidente en estudiantes de Psicología y Medicina con conductas de riesgo para TCAI, en comparación con aquellos que no las presentaban (18).

Finalmente, estudios recientes en Colombia han identificado el uso de redes sociales como un factor emergente de riesgo para el desarrollo de TCA. Una investigación realizada en Medellín en 2020, centrada en mujeres de 15 a 30 años que asisten regularmente a gimnasios, encontró que el 47,5% de la muestra presentaba riesgo de TCA. Los resultados señalaron una asociación entre el uso de redes sociales orientado a la validación de la autoimagen, la presencia de actitudes alimentarias anómalas y la insatisfacción corporal. Este patrón, en interacción con otros factores de vulnerabilidad, puede favorecer el inicio o mantenimiento de un TCA, especialmente en poblaciones altamente expuestas a ideales corporales normativos (19).

En este mismo sentido, una investigación desarrollada en la Pontificia Universidad Javeriana sobre el riesgo de TCA y el uso de redes sociales en estudiantes de artes escénicas concluyó que el uso no supervisado de estas plataformas puede influir de manera significativa en las conductas alimentarias de riesgo y en la distorsión de la imagen corporal. En este estudio, las conductas alimentarias de riesgo (CAR) se definen como manifestaciones conductuales previas al diagnóstico clínico de un TCA, que incluyen dietas no saludables, atracones, conductas purgativas y obsesión por el peso, con menor frecuencia e intensidad que los trastornos establecidos (20).

De los estudiantes encuestados, una proporción importante reportó el uso de redes sociales para informarse sobre nutrición, siendo Instagram y YouTube las plataformas más utilizadas. De acuerdo con una revisión previa, determinadas redes sociales se asocian con diferentes riesgos: Instagram y Pinterest con anorexia, bulimia y ortorexia, debido a su énfasis en la apariencia física; Facebook y YouTube con contenidos de ejercicio, control de peso y, en algunos casos, recuperación; y otras plataformas como blogs, Tumblr, WhatsApp y Twitter con contenidos que promueven conductas propias de los TCA. En conjunto, estos estudios evidencian que las redes sociales influyen de manera significativa en la autopercepción corporal, favoreciendo la comparación social y la búsqueda de validación externa, lo que puede constituirse en un factor adicional de riesgo para el desarrollo de TCA (20).

5. Estrategias de Prevención de los TCA

La prevención de los trastornos de la conducta alimentaria, exige una estrategia integral que aborde de manera articulada los factores psicológicos, sociales, culturales y biológicos que intervienen en su desarrollo. En el marco del Modelo MAS Bienestar, esta prevención se orienta a fortalecer capacidades individuales y colectivas, así como a consolidar entornos protectores que favorezcan el bienestar, la salud mental y relaciones saludables con la alimentación y el cuerpo a lo largo del curso de vida.

El diseño y la implementación de las intervenciones preventivas deben sustentarse en principios éticos y humanizados, garantizando el respeto por la autonomía, la confidencialidad y los derechos de las personas. Resulta fundamental adoptar una mirada que reconozca la diversidad de género, la pluralidad cultural y las diferencias corporales presentes en los territorios, evitando la estigmatización y la patologización innecesaria de los cuerpos. Este marco contribuye a generar confianza, reducir barreras de acceso y promover un cuidado inclusivo y libre de sesgos discriminatorios.

Las instituciones educativas constituyen un escenario prioritario para la promoción de la salud mental y la prevención de los TCA. Para lograr impactos sostenidos, es necesario implementar programas educativos integrales, pertinentes a las distintas etapas del desarrollo, que fortalezcan la autoestima, promuevan una alimentación saludable alejada de enfoques restrictivos y fomenten el respeto por la diversidad corporal. Estos procesos deben incorporar el desarrollo de habilidades socioemocionales, como la identificación y gestión de emociones, la expresión asertiva de sentimientos y la comunicación abierta entre estudiantes, familias y docentes, configurando redes de apoyo que reduzcan la aparición de conductas de riesgo.

La educación emocional desempeña un papel clave al permitir que niños, adolescentes y jóvenes desarrollen herramientas para afrontar la presión social, reconocer señales de alerta y buscar apoyo oportunamente. De igual manera, los contenidos educativos deben cuestionar los estereotipos de género y la asociación errónea entre delgadez, éxito personal y valor social. La evidencia disponible indica que las estrategias preventivas que involucren a toda la comunidad educativa presentan mayor impacto y sostenibilidad en el tiempo.

De forma complementaria, la detección temprana y el acompañamiento efectivo de jóvenes en riesgo requieren fortalecer las capacidades de docentes, familias y personal institucional para identificar señales de alarma, tales como cambios drásticos en los hábitos alimentarios, pérdida excesiva de peso, aislamiento social o expresiones persistentes de rechazo hacia el propio cuerpo. Estas acciones deben ir acompañadas de herramientas prácticas para el apoyo emocional, estrategias de comunicación empática con adolescentes y jóvenes, y mecanismos claros de referencia oportuna a servicios especializados. La formación continua en estos ámbitos contribuye a disminuir la demora en el diagnóstico y tratamiento, aumentando las posibilidades de recuperación.

Asimismo, la exposición permanente a estándares estéticos irreales, amplificada por los medios de comunicación y las redes sociales, se reconoce como un factor de riesgo relevante en el desarrollo de los TCA. Por ello, las estrategias de prevención deben incorporar acciones educativas orientadas a fortalecer el pensamiento crítico frente a los mensajes que circulan en estos espacios. Esto implica enseñar a analizar y cuestionar activamente la publicidad, las tendencias de belleza distorsionadas y la cultura de la imagen corporal dominante.

En este sentido, resulta necesario impulsar estrategias de sensibilización dirigidas a adolescentes, familias y comunidades, que promuevan la aceptación corporal, la autoeficacia y la valoración de la salud por encima de la apariencia física. La articulación entre instituciones educativas y entidades gubernamentales facilita el diseño y la difusión de materiales con participación activa de los propios jóvenes, fortaleciendo la resiliencia frente a las presiones sociales y reduciendo la interiorización de ideales corporales nocivos.

La promoción de prácticas de alimentación saludable debe consolidarse en los entornos familiares, educativos y comunitarios. En el hogar, esto implica fomentar hábitos y rutinas alimentarias regulares y flexibles; mientras que en jardines y colegios se requiere garantizar coherencia mediante planes de alimentación equilibrados y nutritivos. Los centros educativos deben constituirse como espacios de aprendizaje vivencial, donde el ejemplo se refleje en las tiendas escolares, los comedores y las acciones pedagógicas cotidianas. Este abordaje debe reconocer y valorar las prácticas alimentarias culturales, promoviendo un aprendizaje significativo basado en la participación, la escucha activa y el diálogo constructivo de toda la comunidad educativa.

6. Retos

Uno de los principales retos en Colombia es la ausencia de guías de práctica clínica específicas para los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) elaboradas en el contexto nacional. Esta situación hace necesario avanzar en la formulación de lineamientos técnicos basados en la mejor evidencia disponible, que orienten de manera integral la prevención, la detección temprana y el tratamiento de estos trastornos. Dichos lineamientos deben promover el fortalecimiento de capacidades institucionales y territoriales para dar respuesta a los TCA mediante acciones articuladas de carácter clínico, comunitario y de salud pública, bajo enfoques integrales, interdisciplinarios y humanizados, que puedan ser implementados de manera efectiva en diversos contextos sociales, educativos y sanitarios.

Otro desafío relevante es el fortalecimiento de la producción de conocimiento epidemiológico sobre los TCA desde una perspectiva inclusiva. Resulta fundamental profundizar en la estimación de la prevalencia y las conductas de riesgo no solo en mujeres, sino también en hombres, reconociendo que en este grupo los TCA suelen estar sub-detectados y subdiagnosticados. Asimismo, se

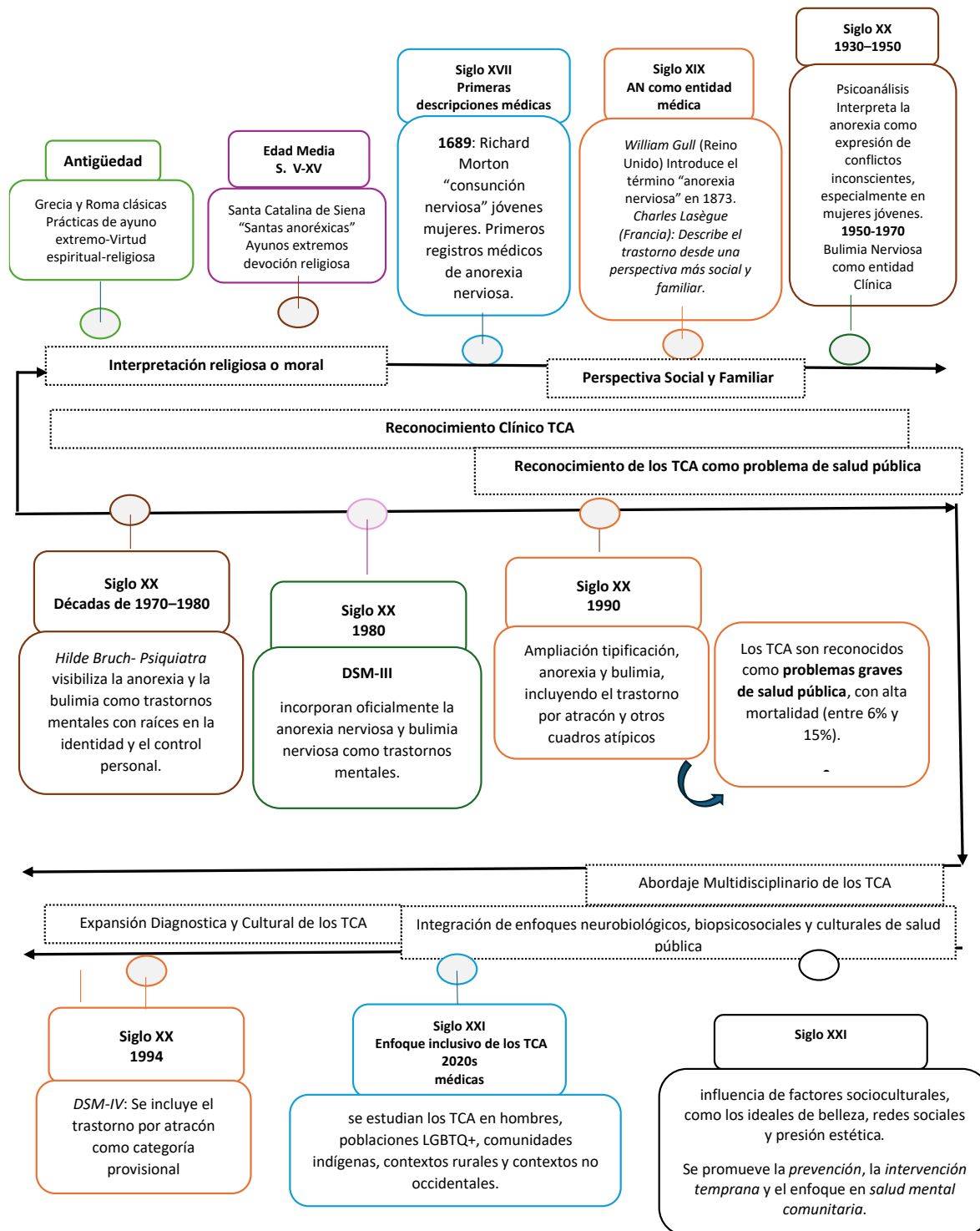
requiere avanzar en la inclusión activa de las diversidades de género, así como de grupos étnicos y culturales diversos, considerando que la intersección del género, la identidad, la etnicidad y las condiciones socioeconómicas que influyen de manera significativa en la expresión, el reconocimiento y la atención de estos trastornos.

Para Bogotá, un gran reto es consolidar una respuesta distrital intersectorial, territorializada y basada en la Atención Primaria Social para la prevención y atención integral de los trastornos de la conducta alimentaria, que articule de manera efectiva los sectores de salud, educación, integración social, cultura y deporte, así como a las familias y comunidades, con el fin de fortalecer la detección temprana, reducir la fragmentación de la atención y garantizar intervenciones oportunas, humanizadas y culturalmente pertinentes en las distintas localidades de la ciudad.

Los estudios futuros deben incorporar metodologías sensibles al contexto sociocultural que permitan una detección y un diagnóstico más precisos, evitando sesgos asociados a estereotipos de género o modelos homogéneos de presentación clínica. La generación de información robusta y desagregada constituye un insumo clave para el diseño de políticas públicas, programas de prevención y estrategias de atención más pertinentes y equitativas, alineadas con las necesidades reales de los distintos grupos poblacionales y territorios.

7. Anexos

ANEXO 1. Esquema Evolución Histórica de los Trastornos de la Conducta Alimentaria.



Fuente: elaboración propia.

8. Bibliografía

1. Keel PK, Klump KL. Are eating disorders culture-bound syndromes? Implications for conceptualizing their etiology. *Psychological Bulletin* [Internet]. 2003 [citado 30 de diciembre de 2025];129(5):747-69. Disponible en: <https://doi.apa.org/doi/10.1037/0033-2909.129.5.747>
2. Kolar DR, Rodriguez DLM, Chams MM, Hoek HW. Epidemiology of eating disorders in Latin America: a systematic review and meta-analysis. *Current Opinion in Psychiatry* [Internet]. 2016;29(6). Disponible en: https://journals.lww.com/co-psychiatry/fulltext/2016/11000/epidemiology_of_eating_disorders_in_latina_merica_.8.aspx
3. Monterrosa-Castro Á, Boneu-Yépez Deiby J, Muñoz-Méndez JT, Almanza-Obredor PE. Trastornos del comportamiento alimentario: escalas para valorar síntomas y conductas de riesgo. *Revista ciencias Biomédicas*. 2012;3(1):99-111.
4. Liu K, Gao R, Kuang H, E R, Zhang C, Guo X. Global, regional, and national burdens of eating disorder in adolescents and young adults aged 10–24 years from 1990 to 2021: A trend analysis. *Journal of Affective Disorders* [Internet]. noviembre de 2025 [citado 30 de diciembre de 2025];388:119596. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0165032725010389>
5. Gaete P V, López C C. Trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes. Una mirada integral. *Revista chilena de pediatría*. 2020;91(5):784-93.
6. Méndez JP, Vásquez -Velázquez V, García - García E. Los trastornos de la conducta alimentaria. *Boletín médico del Hospital Infantil de México*. 2008;65.
7. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales: DSM-5. 5.^a ed., 2.^a reimp. Buenos Aires [etc.]: Editorial Médica Panamericana; 2016.
8. Vandereycken W, Deth R van. From fasting saints to anorexic girls : the history of self-starvation. London: Atglone Press; 1994.
9. Fairburn CG, Harrison PJ. Eating disorders. *The Lancet* [Internet]. febrero de 2003 [citado 30 de diciembre de 2025];361(9355):407-16. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0140673603123781>
10. Treasure J, Himmerich H. Eating disorders. *Medicine* [Internet]. agosto de 2024 [citado 30 de diciembre de 2025];52(8):501-5. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1357303924001294>
11. Hay P, Aouad P, Le A, Marks P, Maloney D, National Eating Disorder Research Consortium, et al. Epidemiology of eating disorders: population, prevalence,

- disease burden and quality of life informing public policy in Australia—a rapid review. *J Eat Disord* [Internet]. 15 de febrero de 2023 [citado 30 de diciembre de 2025];11(1):23. Disponible en: <https://jeatdisord.biomedcentral.com/articles/10.1186/s40337-023-00738-7>
12. Van Hoeken D, Hoek HW. Review of the burden of eating disorders: mortality, disability, costs, quality of life, and family burden. *Current Opinion in Psychiatry* [Internet]. noviembre de 2020 [citado 30 de diciembre de 2025];33(6):521-7. Disponible en: <https://journals.lww.com/10.1097/YCO.0000000000000641>
13. Ministerio de Salud y Protección Social, Colciencias. Encuesta Nacional de Salud Mental. Colombia: MinSalud; 2015.
14. García-Galicia A, Montiel-Jarquín AJ, Rivera-Zúñiga BP, Torres-Santiago D, Aréchiga-Santamaría A, González-López AM, et al. Eating Disorders In Children Under 5 Years Of Age And Their Relationship To Family Function. *RFMH* [Internet]. 18 de junio de 2021 [citado 30 de diciembre de 2025];21(3):494-501. Disponible en: <http://revistas.urp.edu.pe/index.php/RFMH/article/view/3796>
15. Londoño Muñoz MV. Trastornos alimenticios: anorexia y bulimia nerviosas en una muestra de la población colombiana. [Colombia]: Universidad de los Andes; 2005.
16. Ortiz SP, Caro JM, Mesa CLD. Factores de riesgo de los trastornos de la conducta alimentaria en jóvenes escolarizados en Cundinamarca (Colombia). *Revista Colombiana de Psiquiatría* [Internet]. junio de 2010 [citado 30 de diciembre de 2025];39(2):313-28. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0034745014602535>
17. Cortés Morales AL, Bernal D. Situación del sobrepeso y obesidad en los escolares y abordaje desde el sector salud. *BED* [Internet]. 31 de marzo de 2023 [citado 30 de diciembre de 2025];20(3):6-14. Disponible en: <https://revistas.saludcapital.gov.co/index.php/BED/article/view/223>
18. Muñoz Patiño J, Delgado Reyes AC, Aguirre Aldana L, Sanchez Lopez JV. Conductas de riesgo de trastornos de la conducta alimentaria y de la ingesta y su relación con el rendimiento académico en estudiantes de la Universidad de Manizales. *RePS* [Internet]. 20 de septiembre de 2023 [citado 30 de diciembre de 2025];34(2):212-23. Disponible en: <https://repsasppr.net/index.php/reps/article/view/793>
19. Restrepo JE, Castañeda Quirama T. Risk of Eating Disorders and Use of Social Networks in Female Gym-Goers in the City of Medellín, Colombia. *Revista Colombiana de Psiquiatría (English ed)* [Internet]. julio de 2020 [citado 30 de diciembre de 2025];49(3):162-9. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S2530312020300497>

20. Angarita Barrera MA. Riesgo de trastornos de la conducta alimentaria y el uso de redes sociales en estudiantes de artes escénicas de la Pontificia Universidad Javeriana en Bogotá, Colombia 2020. [Bogotá (Colombia)]: Pontificia Universidad Javeriana; 2020.