

Prevalencia de conductas alimentarias de riesgo en universitarios de Caracas: actualización y análisis de tendencia temporal

Prevalence of risk eating behaviors in university students in Caracas: an update and temporal trend analysis

Andreina Ramírez ¹  Carlos E. Zerpa ¹ 

RESUMEN

Introducción: Los trastornos del comportamiento alimentario constituyen un problema creciente de salud pública en universitarios con vigilancia epidemiológica continua. **Objetivo:** Actualizar la prevalencia de conductas alimentarias de riesgo para trastornos del comportamiento alimentario en universitarios de Caracas, Venezuela, comparándola con reporte 2022. **Materiales y métodos:** Estudio transeccional descriptivo-comparativo con muestra por conveniencia actual de N = 189 estudiantes (68,78% mujeres; M = 21,79 años, DE = 2,49) y muestra probabilística de un estudio anterior de N = 357 estudiantes (59,4% mujeres, M = 21,4 años, DE = 1,88). Se aplicó el *Eating Attitudes Test-26*, instrumento validado internacionalmente ($\alpha = 0,818-0,938$ en diversas muestras; $\alpha = 0,76$ en su adaptación venezolana) con punto de corte ≥ 20 , evaluando tres dimensiones: Dieta, Bulimia y Control Oral. **Resultados:** La prevalencia global actual 11,11%, sin diferencias significativas a 12,61% reporte 2022. El análisis por género reveló un incremento alcanzando 13,85% en mujeres (vs. 8,68% en 2022) y 5,08% en hombres (vs. 3,93% en 2022). El hallazgo más significativo un incremento en conductas bulímicas ($p < 0,001$), que se duplicaron en ambos períodos, las preocupaciones dietéticas permanecieron estables, sugiriendo evolución específica hacia comportamientos compensatorios más graves en esta población. **Conclusiones:** Hallazgos evidencian la persistencia de conductas alimentarias de riesgo como problema de salud pública en universitarios venezolanos, con evolución compleja que combina estabilización en la prevalencia global con incrementos específicos en conductas bulímicas y tendencias diferenciadas por género. Se requieren estrategias preventivas dirigidas a comportamientos compensatorios, programas de detección temprana y monitoreo epidemiológico continuo.

Palabras clave: Conducta alimentaria, trastornos de alimentación y de la ingestión de alimentos, prevalencia, estudiantes.

ABSTRACT

Introduction: Eating disorders constitute a growing public health problem amongst university students, with ongoing epidemiological monitoring. **Objective:** To update the prevalence of eating behaviours associated with a risk of eating disorders amongst university students in Caracas, Venezuela, and to compare this with the 2022 report. **Materials and methods:** A descriptive-comparative cross-sectional study using a current convenience sample of N = 189 students (68.78% female; M = 21.79 years, SD = 2.49) and a probability sample from a previous study of N = 357 students (59.4% female, M = 21.4 years, SD = 1.88). The *Eating Attitudes Test-26*, an internationally validated instrument ($\alpha = 0.818-0.938$ across various samples; $\alpha = 0.76$ in its Venezuelan adaptation) with a cut-off point of ≥ 20 , was administered to assess three dimensions: Dieting, Bulimia and Oral Control. **Results:** The current overall prevalence was 11.11%, showing no significant difference from the 12.61% reported in 2022. Analysis by gender revealed an increase to 13.85% among women (vs. 8.68% in 2022) and 5.08% among men (vs. 3.93% in 2022). The most significant finding was an increase in bulimic behaviours ($p < 0.001$), which doubled in both periods; dietary concerns remained stable, suggesting a specific trend towards more severe compensatory behaviours in this population. **Conclusions:** The findings highlight the persistence of risky eating behaviours as a public health problem amongst Venezuelan university students, with a complex pattern that combines a stabilisation in overall prevalence with specific increases in bulimic behaviours and gender-specific trends. Preventive strategies targeting compensatory behaviours, early detection programmes and continuous epidemiological monitoring are required.

Key words: Feeding behavior, feeding and eating disorders, prevalence, students.

INTRODUCCIÓN

Las conductas alimentarias de riesgo (CAR) constituyen patrones de alimentación, preocupación corporal y conductas compensatorias que, sin implicar necesariamente un diagnóstico clínico, aumentan la probabilidad de desarrollar trastornos de la conducta alimentaria (TCA) ¹. En este sentido, los TCA se han descrito como enfermedades psiquiátricas complejas que han incrementado notablemente su prevalencia en las últimas décadas, y representan un desafío significativo para la salud pública mundial. Estas patologías se caracterizan por alteraciones en los patrones de ingesta, distorsiones en la percepción de la imagen corporal y conductas compensatorias inapropiadas que comprometen la salud física y mental ¹. El espectro de estos trastornos abarca la Anorexia Nerviosa (AN), la Bulimia Nerviosa (BN) y el Trastorno por Atracón (TAA), además de otras manifestaciones que reflejan su diversidad clínica. ²

¹ Departamento de Ciencia y Tecnología del Comportamiento, Edificio de Estudios Generales, Piso 1. Universidad Simón Bolívar, Valle de Sartenejas, Baruta. Caracas 1010-A, Venezuela.

Autor de Correspondencia: Carlos E. Zerpa 

e-mail: czerpa@usb.ve

Recibido: 17/04/2026

Aprobado: 20/06/2026

La evolución de los criterios del DSM-53 ha permitido una identificación clínica más precisa y temprana de los TCA, reduciendo los casos de Trastorno de la Conducta Alimentaria no Especificado (TCANE) del DSM-IV (del 47,6% al 39,0%) y, consecuentemente, aumentando los diagnósticos específicos como la AN (del 29,6% al 33,5%) y la BN (del 22,7% al 24,7%) en jóvenes que buscan tratamiento. Esta precisión facilita terapias oportunas, mejorando el pronóstico y reduciendo complicaciones³. No obstante, la complejidad etiológica de estos trastornos, que involucra una interacción de factores genéticos, psicológicos, sociales y culturales, continúa planteando desafíos para su abordaje integral.⁴

La adolescencia tardía y la juventud temprana son periodos de especial vulnerabilidad para el desarrollo de TCA, y pueden persistir en la adultez hasta en el 40,7% de los casos⁵. Las mujeres jóvenes constituyen el grupo demográfico más afectado: datos robustos confirman que la AN puede afectar hasta al 4% de las mujeres y al 0,3% de los hombres, mientras que la BN alcanza hasta el 3% en mujeres y supera el 1% en hombres⁶, lo que subraya su importancia en el ámbito universitario.

En el contexto universitario, conductas alimentarias de riesgo (CAR) asociadas a los TCA adquieren relevancia particular por la convergencia de factores de riesgo como estrés académico, cambios en el estilo de vida y presión social. Encuestas estadounidenses revelan que hasta un 20% de los estudiantes sospecha haber padecido un TCA, con 4% de mujeres y 1% de hombres reportando conductas purgativas en los 30 días previos⁷. Una revisión sistemática y metaanálisis global con más de 145000 estudiantes reveló una prevalencia de trastornos alimentarios del 19,7% (IC 95% [17,9%; 21,6%]), aumentando conforme al índice de masa corporal y porcentaje de mujeres en la muestra, independientemente del contexto occidental o no occidental. Estos hallazgos de Alhaj *et al.*⁸ confirman que un número significativo de universitarios presenta patrones alimentarios desordenados, frecuentemente sin prevención, diagnóstico o tratamiento adecuados, resaltando la necesidad crítica de abordar esta patología en el ámbito universitario.

Diversos estudios apoyan los hallazgos de Alhaj *et al.*⁸, reportando altas prevalencias de TCA en poblaciones universitarias a nivel mundial con incremento sostenido. La prevalencia varía geográficamente: Latinoamérica reporta 0,1% para AN, 1,16% para BN y 3,53% para TAA, mientras Europa presenta tasas de 1-4% para AN y 1-2% para BN5. Francia evidencia cifras preocupantes: Tavoracci *et al.*⁹ documentaron aumentos drásticos durante la pandemia de COVID-19, pasando en mujeres del 31,8% (2018) al 51,8% (2021) ($p < 0,0001$), y en hombres del 13% (2009) al 31,3% (2021) ($p < 0,0001$). Otras prevalencias incluyen: Italia (AN: 0,2-0,8%; BN: 1-5%), Estados Unidos (AN: 0,5-3,7% en mujeres; BN: 1,1-4,2%), y Reino Unido (13,86 casos/100000 habitantes en 8-17 años).⁵

Este patrón se replica regionalmente. España reportó un 30,1% de jóvenes con conductas alimentarias de riesgo (CAR)¹⁰, siendo mayor en mujeres (OR = 2,60; 95% CI, 1,81-3,73), mientras Italia documentó 30% de aumento en casos nuevos durante la pandemia, con edad de inicio reducida a 12 años.^{11,12}

En Alemania, König *et al.*¹³ encontraron 19,6% de adultos y 18,9% de adolescentes positivos para desórdenes alimentarios, cifras superiores a estudios previos (10% en 2017)¹⁴, sugiriendo incremento progresivo asociado con baja alfabetización en salud y percepción negativa de imagen corporal.¹³

En Latinoamérica, la situación es igualmente preocupante. México reportó 20,1% de estudiantes universitarios en riesgo de TCA durante la pandemia, asociado con altos niveles de ansiedad¹⁵. Brasil presenta un panorama similar: un metaanálisis con 33 estudios en universitarios¹⁶ reveló 14,9% de tamizajes positivos con EAT-26 (13,3% con punto de corte ≥ 21), siendo notablemente mayor en estudiantes de nutrición (26,5%) versus otras especialidades (20,5%). Concordantemente, Paraguay reportó 20% de prevalencia de CAR en estudiantes universitarios¹⁷, y Colombia encontró 28,7% en mujeres de odontología (27,6% en hombres).¹⁸

En Venezuela, la investigación epidemiológica sobre CAR asociadas a TCA en universitarios requiere actualización. Los trabajos pioneros de Ríos *et al.*¹⁹ reportaron 11% de prevalencia de CAR en participantes de 10-18 años (N=330). Posteriormente, Lugli & Vivas²⁰ encontraron 6,63% de CAR sugestivas de TCA en universitarios (N=483, punto de corte EAT ≥ 30), desglosado en 8,89% mujeres y 1,93% hombres. Ramírez y Zerpa²¹ actualizaron esta prevalencia reportando 11,11% en estudiantes universitarios de Caracas pre-pandemia (datos recolectados a inicios de 2020), cifra consistente pero que requiere vigilancia continua.

La diferencia de género es permanente en la literatura: una revisión sistemática estimó que los TCA afectan al 8,4% de mujeres versus 2,2% de hombres a lo largo de la vida, manteniéndose en diagnósticos específicos: AN (1,4% vs. 0,2%), BN (1,9% vs. 0,6%) y TAA (2,8% vs. 1,0%)²². La pandemia COVID-19 actuó como catalizador, exacerbando factores de riesgo e incrementando prevalencia y gravedad de TCA en esta población vulnerable.¹⁵

Esta evidencia epidemiológica, con sus convergencias y disparidades, subraya la urgente necesidad de continuar investigando la prevalencia y características de las CAR para TCA en poblaciones universitarias, particularmente en regiones como Venezuela, donde la situación socioeconómica y rasgos culturales pueden influir en su manifestación. La identificación temprana y el desarrollo de estrategias preventivas y de intervención diseñadas para el contexto universitario venezolano son cruciales para mitigar el impacto de estos trastornos y desarrollar políticas de salud mental más efectivas. Por tanto, el propósito de este estudio fue establecer la prevalencia actualizada de CAR para TCA en estudiantes universitarios de Caracas, Venezuela, contrastando los hallazgos con los datos de Ramírez y Zerpa.²¹

MATERIALES Y MÉTODOS

Se empleó un diseño no experimental, transeccional y descriptivo-comparativo, siguiendo la metodología de estudios de tamizaje previos en poblaciones universitarias²¹. La muestra de 2025 fue de N = 189 estudiantes de Caracas, Venezuela (68,78% mujeres), con una edad

promedio de 21,79 años (DE = 2,49; rango: 18-29). Se utilizó una muestra de contraste de un estudio publicado en 2022 ²¹ (N = 357, M = 21,4 años, DE = 1,88). Se utilizó un muestreo por conveniencia, dirigido a estudiantes de pregrado de Caracas con acceso disponible. La recolección de datos se realizó mediante un formulario electrónico de *Google* distribuido a través de canales institucionales y redes estudiantiles. El tamaño muestral se calculó con un nivel de confianza del 95%, error máximo admisible del 5% y prevalencia esperada del 12% (basada en estudios previos), resultando en un tamaño mínimo de 162 participantes.

Se estableció como meta alcanzar aproximadamente 200 participantes para compensar posibles respuestas incompletas, obteniéndose finalmente N=189 cuestionarios válidos, considerando criterios de inclusión (estar matriculado en pregrado en las universidades participantes, edad entre 18-30 años, aceptar participar voluntariamente mediante consentimiento informado digital; y de exclusión (diagnóstico previo de TCA autorreportado, tratamiento psiquiátrico actual por trastornos alimentarios, cuestionarios incompletos (>10% de ítems sin responder).

Para evaluar las conductas alimentarias de riesgo (CAR) asociadas a los TCA, se utilizó el *Eating Attitudes Test-26* (EAT-26), versión abreviada del EAT-40 ²³. Este autoinforme de 26 ítems usa una escala Likert de 6 puntos (1="nunca" a 6="siempre"). La puntuación se recodifica (respuestas 1-3=0, 4=1, 5=2, 6=3), con los ítems 19 y 25 invertidos. El puntaje total va de 0 a 78, usándose un punto de corte de ≥ 20 para identificar riesgo de TCA o CAR.

El instrumento evalúa tres subescalas: Dieta (13 ítems), sobre la evitación de alimentos calóricos y preocupación por la delgadez; Bulimia (6 ítems), sobre tendencias a la ingesta compulsiva; y Control Oral (7 ítems), sobre el autocontrol en la alimentación. El EAT-26 posee sólidas propiedades psicométricas internacionales.

Su estabilidad temporal test-retest (rtt) oscila entre rtt= 0,84 y rtt= 0,8924, ^{24,25}. Su consistencia interna (alfa de Cronbach) es robusta en distintas culturas, reportándose $\alpha = 0,938$ en España ²⁶ y $\alpha = 0,921$ (total), $\alpha = 0,891$ (bulimia), $\alpha = 0,857$ (dieta) y $\alpha = 0,818$ (control oral) en Colombia ²⁷. Para este estudio se usó la adaptación venezolana de Ríos et al.¹⁹, realizada con 330 jóvenes, que reportó $\alpha = 0,76$ y una estabilidad de rtt= 0,72. Dicho estudio confirmó la utilidad del punto de corte ≥ 20 en el contexto local.

La validez de constructo del EAT-26 se ha verificado con análisis factoriales. Aunque estudios en poblaciones específicas, como la israelí, sugieren variaciones factoriales ²⁸, su estructura tridimensional se mantiene estable en Latinoamérica ²⁹. Adicionalmente, el instrumento demuestra adecuada validez concurrente: Erguney-Okumus y Sertel-Berk ³⁰ reportaron correlaciones significativas del EAT-26 con el EAT-40 ($r = 0,65$, $p < 0,001$), el *Eating Disorders Examination Questionnaire* (EDE-Q) ($r = 0,48$ para el total, $p < 0,001$) y el Brief Symptom Inventory (BSI) ($r = 0,22$ para el índice total, $p < 0,001$), validando su utilidad para medir actitudes alimentarias y síntomas psicológicos asociados.

La investigación se llevó a cabo en estricto apego a los principios éticos para el trabajo con participantes humanos, conforme a los lineamientos de Kerlinger y Lee ³¹. Antes de la administración de los instrumentos, cada participante otorgó su consentimiento informado digital, tras ser notificado sobre los objetivos del estudio y el uso de la información recolectada.

Se aseguró un manejo estrictamente confidencial y anónimo de los datos, con el compromiso explícito de no revelar nombres de personas o instituciones específicas en el informe de investigación. Se salvaguardó en todo momento el bienestar de los participantes, garantizando la ausencia de riesgos y la libertad de abandonar el estudio en cualquier momento si así lo consideraban conveniente, respetando las normas del libre consentimiento informado y la ausencia de coerción.

Los datos fueron procesados mediante estadística descriptiva e inferencial. Las variables cuantitativas se resumieron con media, desviación estándar, mediana y rango, mientras que las variables categóricas se expresaron en frecuencias absolutas y porcentajes. La prevalencia de conductas alimentarias de riesgo se estimó a partir de la proporción de participantes con puntuación total en el EAT-26 igual o superior al punto de corte establecido.

Para la comparación entre la muestra de 2025 y la muestra de referencia de 2022 se empleó la prueba χ^2 Chi cuadrado de Pearson en las variables categóricas y la prueba t de Student para muestras independientes en las variables continuas. Asimismo, se calculó el tamaño del efecto mediante la d de Cohen. Se consideró estadísticamente significativo un valor de $p < 0,05$.

RESULTADOS

El análisis de los datos recopilados en 2025 reveló una puntuación promedio de $M = 10,14$ (DE = 8,55) para la muestra total, con una mediana de $Md = 7$. Las puntuaciones oscilaron en un rango de 1 a 49. Utilizando el punto de corte establecido de ≥ 20 en la puntuación total del EAT-26, se identificaron 21 estudiantes con riesgo potencial de desarrollar un TCA, es decir, con Conductas Alimentarias de Riesgo (CAR). Esto se traduce en una prevalencia del 11,11% en la población estudiada. Consecuentemente, el 88,89% de la muestra (168 estudiantes) no presentó indicadores de riesgo significativos.

La edad promedio de los participantes se mantuvo consistente entre ambas cohortes de estudio (21,4 años, DE = 1,88 en 2022 vs. 21,79 años, DE = 2,49 en 2025). Sin embargo, se observó un cambio en la composición de la muestra respecto al género, con un incremento en la proporción de mujeres, pasando del 59,4% en 2022 al 68,78% en 2025.

Los contrastes detallados con la muestra del estudio anterior de 2022 se muestran en las Tablas 1 y 2, y en las Figuras 1 a 3.

Tabla 1. Comparación de hallazgos sobre prevalencia de conductas alimentarias de riesgo en universitarios.

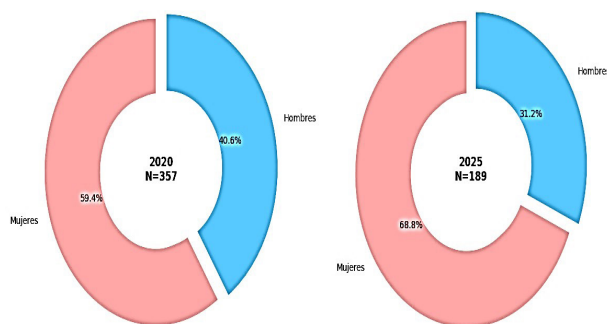
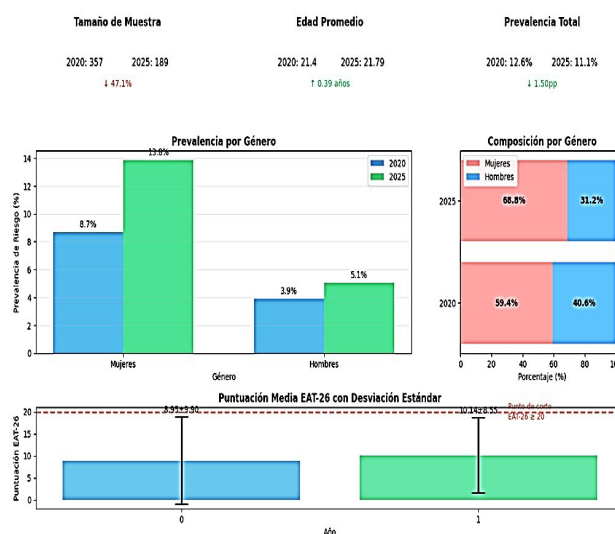
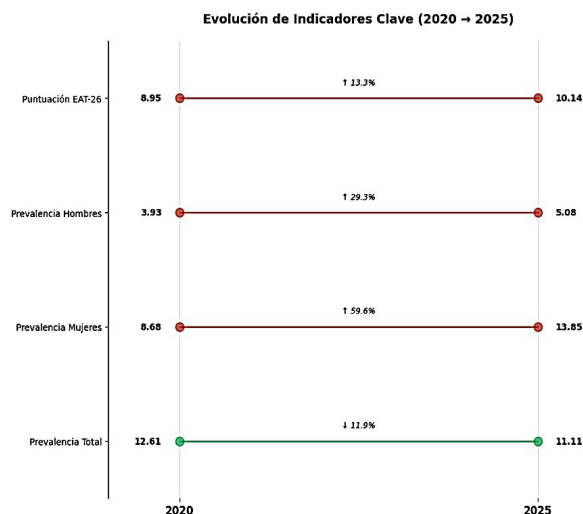
Indicador	Ramírez & Zerpa (2022)	(2025)
Tamaño de la muestra (N)	357	189
% Mujeres en la muestra	59,4%	68,78%
Edad promedio (años)	21,4 (1,88)	21,79 (2,49)
Prevalencia de Riesgo (EAT-26 $\geq$ 20)	12,61%	11,11%
Desglose de Riesgo por Género	8,68% mujeres 3,93% hombres	13,85% mujeres, 5,08% hombres
Puntuación Media en EAT-26	8,95 (DE=9,90)	10,14 (DE=8,55)

Respecto a la prevalencia general de riesgo, la diferencia entre 2022 y 2025 no fue estadísticamente significativa ($\chi^2 = 0,575$, $p = 0,448$). Al desglosar el riesgo por género, la prevalencia en mujeres aumentó del 8,68% al 13,85%, mostrando una tendencia hacia la significancia estadística ($\chi^2 = 2,889$, $p = 0,089$). En los hombres, pasó del 3,93% al 5,08%, sin alcanzar significancia estadística ($\chi^2 = 0,089$, $p = 0,765$). En cuanto a las puntuaciones continuas, aunque el incremento en la puntuación total del EAT-26 no alcanzó significancia estadística ($t = -1,464$, $p = 0,144$), se identificó un aumento significativo en la subescala de Bulimia ($t = -3,441$, $p < 0,001$, $d = 0,315$), cuya media pasó de 1,29 a 2,14 puntos. Por el contrario, la subescala de Dieta se mantuvo estable ($t = 0,143$, $p = 0,887$), mientras que la subescala de Control Oral mostró una tendencia al incremento ($t = -1,775$, $p = 0,076$, $d = 0,153$). Las distribuciones de las puntuaciones en ambos períodos se mantuvieron asimétricas.

Tabla 2. Análisis estadístico comparativo detallado entre estudios 2022 y 2025.

Variable	2022 M(DE)	2025 M(DE)	t de Student	χ^2	p-valor	d de Cohen
Prevalencias						
General (%)	12,61	11,11	-	0,575	0,448	
Mujeres (%)	8,68	13,85	-	2,889	0,089	
Hombres (%)	3,93	5,08	-	0,089	0,765	
Puntuaciones Continuas						
EAT-26 Total	8,95 (9,90)	10,14 (8,55)	-1,464	-	0,144	0,129
Subescala Dieta	5,89 (6,37)	5,82 (4,91)	0,143	-	0,887	0,012
Subescala Bulimia	1,29 (2,59)	2,14 (2,83)	-3,441	-	<0,001***	0,315
Subescala Control Oral	1,77 (2,74)	2,18 (2,47)	-1,775	-	0,076	0,153
Variables Demográficas						
Edad	21,4 (1,88)	21,79 (2,49)	-1,884	-	0,060	0,182

^a Chi-cuadrado de Pearson; * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$.

Comparación de Composición por Género de las Muestras
Distribución por Género 2020 Distribución por Género 2025**Figura 1.** Composición de las muestras de estudio (2022 vs 2025) por género.**Análisis Comparativo de Conductas Alimentarias de Riesgo en Universitarios 2020 vs 2025****Figura 2.** Comparación de riesgo de TCA entre las muestras (2022 vs 2025)**Figura 3.** Contraste de indicadores clave (2022 vs 2025)

DISCUSIÓN

El presente estudio actualiza la data epidemiológica sobre CAR en universitarios de Caracas, permitiendo una comparación con datos de 2022. La prevalencia global de riesgo de CAR observada (11,11%) es estadísticamente similar a la del corte previo (12,61%), lo que indica una estabilización en la proporción total de estudiantes que alcanzan el umbral clínico. Sin embargo, el análisis detallado revela una dinámica evolutiva compleja y cualitativamente preocupante en la naturaleza de estas conductas, confirmando que las CAR constituyen una problemática de salud pública persistente que requiere vigilancia epidemiológica continua.^{21, 32}

El hallazgo más relevante de esta investigación es el incremento significativo en la subescala Bulimia ($p < 0,001$, $d = 0,315$), cuya puntuación prácticamente se duplicó entre 2022 y 2025. Esta aparente contradicción, es decir, la estabilidad en la prevalencia general, pero incremento en conductas específicas, puede interpretarse como una transición de la población universitaria hacia patrones más graves de riesgo. Mientras las preocupaciones dietéticas permanecen estables ($p = 0,887$), se han exacerbado las conductas compensatorias y los episodios de pérdida de control alimentario.

Esta interpretación concuerda con hallazgos recientes del estudio RENEAT³³, el cual demostró que el riesgo evoluciona durante la vida universitaria. En dicho estudio, las puntuaciones del EAT-26 mostraron una tendencia ascendente, triplicando el riesgo de Anorexia Nerviosa a pesar de fluctuaciones en otros cuadros. Linardon et al.³⁴ sugieren que la estabilidad en la subescala de dieta podría vincularse a un cambio cultural hacia la apreciación de la funcionalidad corporal; sin embargo, esto no ha frenado las conductas disfuncionales subyacentes. El estrés académico también podría estar exacerbando estos patrones, ya que la presión educativa altera significativamente los estándares alimentarios^{35,36}, actuando la ansiedad como mediador hacia las purgas y atracones³⁷.

En cuanto a las variables demográficas, es necesario considerar el incremento en la proporción de mujeres en la muestra (68,78% en 2025), ya que la literatura científica ha documentado consistentemente una mayor prevalencia de CAR y TCA en el sexo femenino, estimándose tasas del 8,6% a lo largo de la vida para mujeres frente al 4,07% en hombres^{38,39}. Investigaciones longitudinales confirman que la incidencia y curso de los trastornos es más alta en mujeres jóvenes⁴⁰⁻⁴². Este fenómeno se atribuye frecuentemente a presiones socioculturales sobre el ideal de delgadez y a una feminización histórica del diagnóstico^{43,44}. En este estudio, el aumento de la prevalencia de riesgo en mujeres (del 8,68% al 13,85%, $p = 0,089$) corrobora la persistencia de esta disparidad.

Por su parte, el incremento relativo en hombres (del 3,93% al 5,08%) coincide con tendencias globales que advierten sobre una crisis silenciosa de TCA en varones. En esta población, el riesgo suele estar enmascarado por diferencias en la expresión del trastorno, vinculándose frecuentemente a la dismorfia muscular, ejercicio excesivo y dietas orientadas a

la hipertrofia más que a la delgadez, dificultando su detección por el estigma asociado a la búsqueda de ayuda^{45,46}.

La intensificación de conductas bulímicas y de control oral documentada en esta cohorte podría también estar estrechamente ligada a factores emergentes como el impacto de las redes sociales (RRSS)⁴⁷. La exposición temprana (desde los 10 años) a contenidos pro-TCA en plataformas visuales^{48,49} se asocia con un aumento en las preocupaciones sobre la imagen corporal y constituye un fuerte predictor de conductas alimentarias disfuncionales en etapas posteriores del desarrollo.⁵⁰

Las implicaciones prácticas de estos hallazgos sugieren la necesidad de reorientar las intervenciones preventivas. Más allá de los enfoques generales sobre imagen corporal, se requiere la implementación de programas universitarios dirigidos específicamente a prevenir episodios de pérdida de control alimentario y conductas purgativas. Esto incluye la capacitación docente para identificar señales de alerta y la creación de protocolos especializados para la detección temprana.

CONCLUSIONES

El presente estudio trasciende la actualización de datos epidemiológicos para revelar una transformación cualitativa en el perfil de las conductas alimentarias de riesgo (CAR) entre estudiantes universitarios caraqueños. Si bien la prevalencia global mantiene una aparente estabilidad ($\approx 11-12\%$) entre 2022 y 2025, este dato agregado oculta una evolución de considerable relevancia clínica: la problemática no solo persiste, sino que evidencia una progresión hacia manifestaciones de mayor severidad y disfuncionalidad.

El hallazgo más significativo radica en la transición documentada desde las preocupaciones dietéticas (que permanecen relativamente estables) hacia un incremento estadísticamente significativo de las conductas de tipo bulímico. La duplicación observada en las puntuaciones de la subescala de Bulimia del EAT-26, aunada a la tendencia ascendente en los problemas de control oral, sugiere que los comportamientos compensatorios y la pérdida de control sobre la ingesta alimentaria constituyen actualmente el núcleo emergente de esta problemática. Esta evolución cualitativa representa un indicador de particular preocupación, dado que señala un agravamiento en la naturaleza del riesgo, independientemente de que no se refleje en un aumento de la prevalencia global según los puntos de corte establecidos.

Los resultados obtenidos fundamentan la necesidad de recalibrar las estrategias preventivas y de intervención en el contexto universitario venezolano. Los programas de prevención requieren trascender los enfoques generalizados sobre imagen corporal y restricción dietética para focalizar esfuerzos en la detección temprana y el abordaje específico de conductas compensatorias y purgativas. Adicionalmente, la tendencia diferencial observada entre géneros (incremento del riesgo en mujeres y persistencia en hombres) demanda el desarrollo de intervenciones sensibles al género que consideren las presiones socioculturales y manifestaciones específicas de cada grupo.

Finalmente, es necesario reconocer ciertas limitaciones en este estudio. Las herramientas de autoinforme (como el EAT-26), si bien son útiles para el cribado poblacional, son insuficientes para establecer un diagnóstico clínico definitivo⁵¹. El diseño transeccional descriptivo, el muestreo por conveniencia, el tamaño muestral (N=189) y la diferencia en la proporción de mujeres entre ambos cortes limitan la generalización causal de los datos. No obstante, la robustez estadística del hallazgo principal sobre el aumento de las conductas bulímicas ($p < 0,001$) y la distribución asimétrica característica de poblaciones no clínicas sugieren que las tendencias aquí reportadas son confiables y clínicamente significativas, evidenciando la necesidad de futuras investigaciones con métodos mixtos y entrevistas clínicas.

REFERENCIAS

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2013. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
2. Solmi M, Radua J, Stubbs B, Ricca V, Moretti D, Busatta D, et al. Risk factors for eating disorders: An umbrella review of published meta-analyses. *Braz J Psychiatry*. 2021;43(3):314-23. <https://doi.org/10.1590/1516-4446-2020-1099>
3. Vo M, Accurso EC, Goldschmidt AB, Le Grange D. The Impact of DSM-5 on Eating Disorder Diagnoses. *Int J Eat Disord*. 2017;50(5):578-81. <https://doi.org/10.1002/eat.22628>
4. Thornton LM, Mazzeo SE, Bulik CM. The Heritability of Eating Disorders: Methods and Current Findings. In: Adan R, Kaye W, editors. *Behavioral Neurobiology of Eating Disorders*. Current Topics in Behavioral Neurosciences, vol 6. Berlin: Springer; 2010. p. 141-56. https://doi.org/10.1007/7854_2010_91
5. Filippini C, Visentini C, Filippini T, Cutino A, Ferri P, Rovesti S, et al. The Follow-Up of Eating Disorders from Adolescence to Early Adulthood: A Systematic Review. *Int J Environ Res Public Health*. 2022;19(23):16237. <https://doi.org/10.3390/ijerph192316237>
6. Van Eeden AE, van Hoeken D, Hoek HW. Incidence, prevalence and mortality of anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Curr Opin Psychiatry*. 2021;34(6):515-24. <https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000739>
7. Eisenberg D, Nicklett EJ, Roeder K, Kirz NE. Eating disorder symptoms among college students: prevalence, persistence, correlates, and treatment-seeking. *J Am Coll Health*. 2011;59(8):700-7. <https://doi.org/10.1080/07448481.2010.546461>
8. Alhaj OA, Fekih-Romdhane F, Sweidan DH, Obeid S, Hallit S. The prevalence and risk factors of screen-based disordered eating among university students: A global systematic review, meta-analysis, and meta-regression. *Eat Weight Disord*. 2022;27(9):3215-43. <https://doi.org/10.1007/s40519-022-01452-0>
9. Tavalacci MP, Ladner J, Déchelotte P. Sharp Increase in Eating Disorders among University Students since the COVID-19 Pandemic. *Nutrients*. 2021;13(10):3415. <https://doi.org/10.3390/nu13103415>
10. López-Guerra V, García-Hermoso A, Santalla-Sánchez A, Vegas-Heredia ED, Díez-Fernández A, Martínez-Vizcaíno V. Prevalence of disordered eating and its associated factors from a socioecological approach among a sample of Spanish adolescents: The EHDLA study. *Int J Public Health*. 2023; 68:1605820. <https://doi.org/10.3389/ijph.2023.1605820>
11. Cappelletto P, De Luca L, Taddei B, Taddei S, Nocentini A, Pisano T. COVID-19 pandemic impact among adolescents with eating disorders referred to Italian psychiatric unit. *J Child Adolesc Psychiatr Nurs*. 2023. <https://doi.org/10.1111/jcap.12440>
12. Dalla L. National Day Against Eating Disorders: Increase of cases and urgent need for prevention in Italy [Institutional report]. Università Campus Bio-Medico di Roma; 2024. Disponible en: <https://www.unicampus.it/en/news/xii-giornata-nazionale-contro-i-disturbi-alimentari/> (<https://www.unicampus.it/en/news/xii-giornata-nazionale-contro-i-disturbi-alimentari/>)
13. König L, Schröder R, Hamer T, Suhr R. Eating disorders and health literacy in Germany: results from two representative samples of adolescents and adults. *Front Psychol*. 2024; 15:1464651. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2024.1464651>
14. Richter F, Strauss B, Braehler E, Adametz L, Berger U. Screening disordered eating in a representative sample of the German population: usefulness and psychometric properties of the German SCOFF questionnaire. *Eat Behav*. 2017; 25:81-8. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2016.06.022>
15. Bautista M, Hernández R, López J. Trastornos de la conducta alimentaria y ansiedad en estudiantes universitarios durante la pandemia por COVID-19: Un estudio transversal. *Nutr Clin Diet Hosp*. 2020;40(3):123-30. <https://doi.org/10.12873/432bautista>
16. dos Reis JA, Silva Júnior CRR, Pinho L. Factors associated with the risk of eating disorders among academics in the area of health. *Rev Gaucha Enferm*. 2014;35(2):73-8. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2014.02.42441>
17. Bareiro AA, Imas MP, Benítez AB, Aveiro-Róbaldo TR. Riesgo de padecer Trastornos de la Conducta Alimentaria estudiantes de 1er y 2do semestre de la carrera de Medicina. *Salud Cienc Tecnol - Ser Conf*. 2023; 2:426. <https://doi.org/10.56294/sctconf2023426>
18. Sanjuán-Navarro PS, Agudelo-Suárez AA, Mora-Cárdenas AL, Angarita-Navarro MP, Valdés-Payares L, Martínez-Gómez ML, et al. Frequency of symptoms and the associated factors of eating disorders in a group of dental students in Medellín, Colombia. *Dent Med Probl*. 2023;60(3):401-11. <https://doi.org/10.17219/dmp/149900>
19. Ríos A, Machado T, Rísquez F, Ortega M. Detención de actitudes sugestivas de Anorexia y Bulimia Nerviosa en estudiantes de 10 a 18 años de edad, del Área Metropolitana de Caracas [unpublished monograph]. Caracas: Concejo Nacional de Ciencia y Tecnología (Conicit); 1994.
20. Lugli Z, Vivas E. Conductas y actitudes sugestivas de riesgo de trastornos del comportamiento alimentario en estudiantes universitarios venezolanos. *Rev Fac Med*. 2006;29(2):168-73. Disponible en: https://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0798-04692006000200014&lng=en&nrm=iso&tlng=es

21. Ramírez A, Zerpa C. Conductas alimentarias de riesgo en estudiantes universitarios venezolanos: prevalencia en la ciudad de Caracas, 2020. *GICOS*. 2022;7(1):11-26. Disponible en: <https://portal.amelica.org/ameli/journal/351/3514061002/html/>
22. Capuano EI, Ruocco A, Scazzocchio B, Zanchi G, Lombardo C, Silenzi A, et al. Gender differences in eating disorders. *Front Nutr*. 2025; 12:1583672. <https://doi.org/10.3389/fnut.2025.1583672>
23. Garner DM, Olmsted MP, Bohr Y, Garfinkel PE. The Eating Attitudes Test: Psychometric features and clinical correlates. *Psychol Med*. 1982;12(4):871-8. <https://doi.org/10.1017/S0033291700049163>
24. Banasiak S, Wertheim E, Koerner J, Voudouris N. Test-retest reliability and internal consistency of a variety of measures of dietary restraint and body concerns in a sample of adolescent's girls. *Int J Eat Disord*. 2001; 29:85-9. [https://doi.org/10.1002/1098-108x\(200101\)29:1%3C85::aid-eat14%3E3.0.co;2-g](https://doi.org/10.1002/1098-108x(200101)29:1%3C85::aid-eat14%3E3.0.co;2-g)
25. Carter P, Moss R. Screening for anorexia and bulimia nervosa in a college population: Problems and limitations. *Addict Behav*. 1984; 9:417-9. [https://doi.org/10.1016/0306-4603\(84\)90045-5](https://doi.org/10.1016/0306-4603(84)90045-5)
26. Rivas T, Bersabé R, Jiménez M, Berrocal C. The Eating Attitudes Test (EAT-26): Reliability and Validity in Spanish Female Samples. *Span J Psychol*. 2010;13(2):1044-56. <https://doi.org/10.1017/s1138741600002687>
27. Constain G, Ricardo C, Rodríguez-Gázquez M, Álvarez M, Marín C, Agudelo C. Validez y utilidad diagnóstica de la escala EAT-26 para la evaluación del riesgo de trastornos de la conducta alimentaria en población femenina de Medellín, Colombia. *Aten Primaria*. 2014;46(6):283-9. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2013.11.009>
28. Spivak-Lavi Z, Peleg O, Tzischinsky O, Stein D, Latzer Y. Differences in the Factor Structure of the Eating Attitude Test-26 (EAT-26) in Different Cultures in Israel: Jews, Muslims, and Christians. *Nutrients*. 2021;13(6):1899. <https://doi.org/10.3390/nu13061899>
29. Pérez AR, Valdez-Aguilar M, Barriguete-Meléndez JA. Validación de la Versión Corta de la Escala de Actitudes Alimentarias (EAT-18) en Población Mexicana. *Rev Iberoam Diagn Eval Psicol*. 2024;71(1):169-81. <https://doi.org/10.21865/RIDEP71.1.12>
30. Erguney-Okumus FE, Sertel-Berk HO. Yeme tutum testi kısa formunun (YTT-26) üniversite örnekleminde türkçeye uyarlanması ve psikometrik özelliklerinin değerlendirilmesi. *Psikoloji Calismalari*. 2020. <https://doi.org/10.26650/SP2019-0039>
31. Kerlinger FN, Lee HB. Investigación del comportamiento. Métodos de investigación en ciencias sociales. 4ta ed. México: MacGraw-Hill; 2002.
32. Galmiche M, Déchelotte P, Lambert G, Tavalacci MP. Prevalence of eating disorders over the 2000-2018 period: A systematic literature review. *Am J Clin Nutr*. 2019;109(5):1402-13. <https://doi.org/10.1093/ajcn/nqy342>
33. Eguren-García I, Sumalla-Cano S, Conde-González S, Vila-Martí A, Briones-Urbano M, Martínez-Díaz R, et al. Risk Factors for Eating Disorders in University Students: The RUNEAT Study. *Healthcare (Basel)*. 2024;12(9):942. <https://doi.org/10.3390/healthcare12090942>
34. Linardon J, Messer M, Tylka TL. Functionality appreciation and its correlates: Systematic review and meta-analysis. *Body Image*. 2023; 45:65-72. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2023.02.002>
35. Maqsood L, Aslam M, Masood FJ, Asad I, Iqbal M, Sheikh NU, et al. Association between Academic Stress and Eating Patterns among University Students: Association between Academic Stress and Eating Patterns. *Diet Factor (J Nutr Food Sci)*. 2023;4(02):06-10. <https://doi.org/10.54393/df.v4i02.74>
36. Fowler K, Wareham-Fowler S. Eating disorder risk in undergraduate students: exploring academic, wellness and social factors and potential to flourish. *J Coll Stud Ment Health*. 2025;1-23. <https://doi.org/10.1080/28367138.2025.2453170>
37. Chai Y, Fu G, Liu Y, Song Q, Xue C, Luo S. The relationship between stress, anxiety and eating behavior among Chinese students: a cross-sectional study. *Front Public Health*. 2024; 12:1466700. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2024.1466700>
38. Hudson JI, Hiripi E, Pope HG Jr, Kessler RC. The prevalence and correlates of eating disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Biol Psychiatry*. 2007;61(3):348-58. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2006.03.040>
39. World's Healthiest Foods (WHF). Eating Disorder Statistics: What You Need to Know in 2024. whfoods.com [Internet]. 2024. Disponible en: <https://whfoods.com/blog/eating-disorder-statistics/>(<https://whfoods.com/blog/eating-disorder-statistics/>)
40. Barakat S, McLean SA, Bryant E, Le A, Marks P, Touyz S, et al. Risk factors for eating disorders: Findings from a rapid review. *J Eat Disord*. 2023;11(1):8. <https://doi.org/10.1186/s40337-022-00717-4>
41. Nagata JM, Stuart E, Hur JO, Panchal S, Low P, Chaphekar AV, et al. Eating Disorders in Sexual and Gender Minority Adolescents. *Curr Psychiatry Rep*. 2024;26(7):340-50. <https://doi.org/10.1007/s11920-024-01508-1>
42. Qian J, Wu Y, Liu F, Yuan D, He S, Yi L, et al. An update on the prevalence of eating disorders in the general population: A systematic review and meta-analysis. *Eat Weight Disord*. 2022;27(2):415-28. doi:10.1007/s40519-021-01162-z
43. Douglas V, Balas B, Gordon K. Facial femininity and perceptions of eating disorders: A reverse-correlation study. *PLoS One*. 2021;16(8): e0255766. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0255766>
44. Gordon KH, Perez M, Joiner TE. The impact of racial stereotypes on eating disorder recognition. *Int J Eat Disord*. 2002;32(2):219-24. <https://doi.org/10.1002/eat.10070>
45. Lavender JM, Brown TA, Murray SB. Men, muscles, and eating disorders: An overview of traditional and muscularity-oriented disordered eating. *Curr Psychiatry Rep*. 2017;19(5):32. <https://doi.org/10.1007/s11920-017-0787-5>

46. Devrim-Lanpir A, Zare R, Redha AA, Sandgren SS. Muscle dysmorphia and associated psychological features of males in the Middle East: A systematic review. *Perform Enhanc Health*. 2023;11(3):100256. [https://doi.org/ 10.1016/j.peh.2023.100256](https://doi.org/10.1016/j.peh.2023.100256)
47. Fardouly J, Jarman HK, Bromberg M, McLean SA, Wilksch S, Fuller-Tyszkiewicz M, et al. Navigating social media, body image, and eating disorders: Recommendations for policymakers and researchers to drive positive change. *SSRN*; 2024. Disponible en:: [<https://ssrn.com/abstract=4973962>] (<https://ssrn.com/abstract=4973962>)
48. Fardouly J, Magson NR, Rapee RM, Johnco CJ, Oar EL. The use of social media by Australian preadolescents and its links with mental health. *J Clin Psychol*. 2020;76(7):1304-26. <https://doi.org/10.1002/jclp.22936>
49. Ofcom. Children and parents: Media use and attitudes report 2023. London: Ofcom; 2023. Disponible en:: <https://www.ofcom.org.uk/research-and-data/media-literacyresearch/childrens/children-and-parents-media-use-and-attitudes-report-2023>
50. Rohde P, Stice E, Marti CN. Development and predictive effects of eating disorder risk factors during adolescence: Implications for prevention efforts. *Int J Eat Disord*. 2015;48(2):187-98. <https://doi.org/10.1002/eat.22270>
51. Keski-Rahkonen A, Sihvola E, Raevuori A, Kaukoranta J, Bulik CM, Hoek HW, et al. Reliability of self-reported eating disorders: Optimizing population screening. *Int J Eat Disord*. 2006;39(8):754-62. <https://doi.org/10.1002/eat.20277>

Salus