



(c) José Othón Flores Consejo, 2019.

## Conductas alimentarias de riesgo en estudiantes de la licenciatura en Nutrición

Catalina Cervantes Ortega – María Virginia del Socorro Mateu Armand – Marcela Rosas Nexticapa – Eli Alejandra Garcimarrero Espino<sup>1</sup> – Idalia Illescas Nájera – Karen Patricia Hernández Rojas y Leonor Castillo Juárez<sup>2</sup>

**RESUMEN:** Las Conductas Alimentarias de Riesgo, son manifestaciones similares en forma, pero menores en frecuencia e intensidad a los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA). El DSM-IV-TR y la Clasificación Estadística Internacional de enfermedades y problemas con la Salud, reconocen como trastornos alimenticios a la anorexia, bulimia, el atracón y especifican sobre otros. El objetivo del estudio es Identificar la frecuencia de conductas alimentarias de riesgo asociadas a los trastornos que marca la DSM-IV-TR, en una muestra no probabilística de 191 alumnos, 60% mujeres y 40% hombres entre 18 y 28 años, de la Facultad de Nutrición región Xalapa de la Universidad Veracruzana. Se encontró que existen conductas alimentarias de riesgo, principalmente en mujeres, con mayor frecuencia asociada al trastorno de atracón y menos frecuente a anorexia y bulimia.

<sup>1</sup> Académicos de la Facultad de Nutrición del Campus Xalapa, pertenecientes al cuerpo académico Nutrición, Salud y Educación. Contacto: [ccervantes@uv.mx](mailto:ccervantes@uv.mx) ; [mrosas@uv.mx](mailto:mrosas@uv.mx).

<sup>2</sup> Estudiantes de la licenciatura en Nutrición de la Universidad Veracruzana.

**Palabras clave:** conducta alimentaria, anorexia, bulimia, riesgo, estudiantes

**ABSTRACT:** The food behaviors of risk, are similar manifestations in the form, but lower in frequency and intensity to the eating behavior disorders (EDs). El DSM-IV-TR and the International Statistical Classification of diseases and health problems, they recognize as anorexia, bulimia and binge eating disorders and specified others. The objective of the study is to identify the frequency of food risk behaviors associated with the disorders which marks the DSM-IV-TR, a sample not probabilistic 191 students, 60% women and 40% men between 18 and 28 years old, of the School of Nutrition Universidad Veracruzana in Xalapa. Found that there are food risk behaviors, mainly in women, most often associated with binge eating disorder and less frequent to anorexia and bulimia.

**Keywords:** food behaviors, anorexia, bulimia, risk, student.

## Introducción

Las Conductas Alimentarias de Riesgo (CAR) son aquellas manifestaciones similares en forma, pero menores en frecuencia e intensidad con las de los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA), definidos como el grupo de psicopatologías caracterizados por serios disturbios en la ingesta, como la restricción de alimentos, episodios de apetito voraz (atracones), excesiva preocupación por la figura corporal y/o por el peso. (Fandiño, 2007). Hace algunos años, el DSM-IV-TR (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, fourth Edition revised text, por sus siglas en inglés ó Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, 4ª edición-texto en español revisado) dividía a los TCA en Anorexia Nerviosa y Bulimia Nerviosa e incluía una categoría denominada, Trastorno de la Conducta Alimentaria No Especificado, para aquellos trastornos que no cumplen los criterios para alguno de los trastornos específicos, lo cual viene a cambiar con la 5ª. Edición, en el cual se incluyen y se reconocen trastornos de la conducta alimentaria como son la Pica, el Trastorno de Rumiación y el Trastorno de Evitación/Restricción de la ingestión de alimentos. A pesar de esto, los criterios de diagnóstico reconocidos siguen siendo únicamente sobre la anorexia y la bulimia.

El presente estudio de tipo observacional, tiene como objetivo identificar la frecuencia de las conductas de riesgo en los estudiantes de segundo y cuarto semestre de la Facultad de Nutrición campus Xalapa de la Universidad Veracruzana. Se aplicó un cuestionario diseñado a partir de 2 instrumentos validados: a) Propiedades psicométricas de la Escala de Factores de Riesgo Asociados con Trastornos de la Alimentación (EFRATA-II) en preadolescentes mexicanos, elaborado por Romana Silvia Platas Acevedo y Gilda Gómez-Peresmitré, el cual consta de 31 preguntas, y b) el Cuestionario Breve para Medir Conductas Alimentarias de Riesgo, elaborado

por Claudia Unikel y colaboradores, el cual consta de 10 preguntas. Con este estudio, se obtuvieron datos que permitieron conocer la presencia y frecuencia de estas conductas de riesgo en la población universitaria, para la posibilidad de la implementación de medidas de acción, prevenir la expansión de las mismas y controlar en la medida de lo posible, los efectos perjudiciales de la práctica de dichas conductas en los jóvenes.

### Conductas alimentarias de riesgo

Algunos autores sostienen que una conducta alimentaria se define como el comportamiento relacionado con los hábitos de la alimentación, selección de los alimentos que se ingieren, las preparaciones culinarias y las cantidades ingeridas (Gorab e Iñarritu, 2014, p. 41). En ella intervienen factores como las sensaciones de hambre y saciedad, aspectos sociales y culturales, relaciones familiares y sentimentales.

Existen diversos factores de riesgo para el inicio y desarrollo de un trastorno en la conducta alimentaria, los cuales han sido estudiados a través del tiempo, sin embargo se ha demostrado que malos hábitos de alimentación, son factores de riesgo con más peso en el desarrollo de estos trastornos. Fandiño y otros autores (2007) sostienen que los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) son un grupo de psicopatologías caracterizadas por serios disturbios o desórdenes en la ingesta, como restricción de alimentos, episodios de apetito voraz (atracones), excesiva preocupación por la figura corporal y/o por el peso. Los desórdenes alimentarios se dividen en tres categorías diagnósticas: anorexia nerviosa (AN), bulimia nerviosa (BN) y los TCA no especificados (TCA-NOE). Es importante que estos trastornos de la alimentación sean diferenciados de un factor de riesgo, puesto que los primeros hacen referencia a un conjunto de síntomas, mientras que los segundos son síntomas aislados.

León y colaboradores (2008), sostienen que la distinción entre un TCA y un factor de riesgo es, que el primero conforma un síndrome, un conjunto de síntomas (cuantitativa y cualitativamente) agrupados como criterios diagnóstico, señalados en el Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4ª. Edición (DSM-IV-TR), mientras que los factores de riesgo son aquellas manifestaciones o síntomas aislados que se presentan con menor magnitud y frecuencia (p.448), así mismo, Gorab e Iñarritu (2012) afirmaron que los TCA pueden adoptar diversas formas relacionadas posiblemente entre sí y que la persona que los padece puede transitar de una a otra. Estas modalidades son: la anorexia nerviosa (AN), la bulimia nerviosa (BN), los trastornos de la alimentación y la nutrición que no sean considerados en otras enfermedades, el trastorno restrictivo de la conducta alimentaria y el trastorno por atracón. En los últimos 30 años los TCA han sido enfermedades cada vez más frecuentes, sobre todo en los adolescentes, los estudios sobre la frecuencia de conductas alimentarias de riesgo muestran un

aumento preocupante, principalmente en la población de mujeres jóvenes. Se ha encontrado que 10% de las mujeres menores de 30 años de edad, han padecido o padecen algún tipo de TCA. El número de hombres que los presentan también continúa aumentando, especialmente en las modalidades de bulimia nerviosa y trastorno por atracón. (Gorab e Iñarritu, 2014, p. 24).

### **Anorexia**

La mayoría de las personas que cursan con anorexia en realidad no dejan de tener hambre, si no que suprimen su hambre y se hacen pasar a sí mismas por dietas restringidas. La palabra anorexia quiere decir “no tener apetito”, en el caso de la anorexia nerviosa, según Gorab e Iñarritu (2014) es muy rara la pérdida de apetito, más bien es un control excesivo sobre lo que se come. La alimentación de una persona con anorexia no solo es escasa en cantidad, sino también en calidad, puesto que estas personas tienen un control excesivo en contenido nutrimental y aporte de calorías que cada alimento les proporciona. Los vómitos provocados y el consumo de laxantes o diuréticos, se observan de un 15 a 20% de casos” (Aceituno y otros, 2007, p.459). Aunque en la anorexia pueden aparecer las conductas compensatorias, estas son un rasgo distinguible de otros trastornos de la alimentación como lo son, la bulimia y el trastorno por comedor compulsivo o mejor conocido como trastorno por atracón.

### **Bulimia**

La bulimia al igual que la anorexia, se caracteriza por una preocupación excesiva en cuanto al peso corporal y al cuerpo, muchas de las veces, la bulimia aparece en esas personas que llevan un tiempo cursando con anorexia. La palabra bulimia viene del griego: bous = buey, y limus = hambre. Literalmente significa “comer como un buey” y también se ha traducido como “ser capaz de comerse un buey”. La diferencia entre la anorexia y la bulimia, es que las personas que presentan bulimia, tienden a tener periodos en los cuales comen desmesuradamente, sin importarles la calidad, ni la cantidad de lo que están consumiendo, y además están consientes que pueden subir de peso ya que generalmente son alimentos dulces o grasosos (Rodríguez, et al., 2007). Por otra parte, la bulimia nerviosa (BN) es descrita por Russell en 1979, definiéndola “más por comer y purgar que por querer ayunar, con momentos de gran ingesta”, (Rodríguez et al., 2006).

Se dice que: “El ayuno es y ha sido ampliamente utilizado en diversas sociedades y por diversas razones, bien sea religiosa o social, sin que en todos los casos se pueda asociar a la búsqueda de la delgadez, principal motivo que lleva a la anorexia en la actualidad. De igual manera, el vómito auto inducido también ha sido practicado en diversos contextos socioculturales, sin que se asocie exclusivamente a la búsqueda de una imagen corporal ideal” (Uribe, 2007, p. 42).



## Atracón

El trastorno por atracón o también conocido por comilonas, es una de las conductas no especificadas, que a pesar de aun no ser reconocido como un trastorno de la conducta alimentaria, ha estado en boca de todos en los últimos años, puesto que se le asocia con la bulimia y la obesidad. Behar (2008) sostiene que el trastorno por comilonas es el subgrupo no especificado más diferenciado y mejor estudiado desde la última década. Aunque actualmente no es un diagnóstico aprobado por el DSM-IV-TR2, está considerado como uno de los criterios de investigación. Consiste en alteraciones en una o más de las siguientes esferas: conductual (ej.: comilonas), somática (obesidad común aunque no es requisito) y psicológica (ej.: insatisfacción corporal, baja autoestima, depresión (p. 1593). El DSM-IV define atracón como, el consumo a lo largo de un período corto de tiempo de una cantidad de comida muy superior a la que la mayoría de los individuos comerían. La diferencia entre las personas que sufren de este trastorno y la bulimia, recae en que aún estando caracterizado por atracones, en el trastorno por atracón a pesar de haber ese sentimiento de culpa después de haber comido en exceso, no se recurre a una conducta compensatoria como en el caso de la bulimia. A pesar de que el “atracón” es una conducta alimentaria propia de la bulimia, fue identificado como un trastorno diferente, debido a que en estas personas, no se observa la conducta compensatoria de la auto purga.

### Criterios para el diagnóstico

Como se mencionó anteriormente, a pesar de que existen diversas formas de detección de un trastorno alimenticio, los únicos criterios reconocidos mundialmente son los que proporcionan el DSM-IV-TR y la CIE-10 (Clasificación internacional de enfermedades, 10ª edición).

Según el DSM-IV-TR, los criterios internacionales de diagnóstico de Anorexia Nerviosa son los siguientes: a) Rechazo a mantener el peso corporal igual o por encima del valor mínimo normal considerando la edad y talla (por ej. Pérdida de peso que da lugar a un peso inferior al 85% del esperable o fracaso en conseguir el aumento de peso normal durante el período de crecimiento). b) Miedo intenso a ganar peso o a convertirse en obesa, incluso estando por debajo del peso normal. c) Alteración de la percepción del peso o la silueta corporal (alteración del esquema corporal), exageración de su importancia en la autoevaluación o negación del peligro que comporta el bajo peso corporal. d) En las mujeres post puberales, presencia de amenorrea, por ejemplo, ausencia de al menos tres ciclos menstruales consecutivos (se considera la presencia de amenorrea cuando una mujer presenta ciclos menstruales únicamente inducidos por tratamiento hormonal). Y los divide en dos subtipos: Tipo Restrictivo y Tipo Purgativo-compulsivo (DSM-IV, 1994).

Para la CIE-10 los criterios diagnósticos para esta enfermedad son los siguientes: a) Pérdida significativa de peso (IMC o de Quetelet de menos de 17.5 b) La pérdida de peso está originada por el propio enfermo, a través de: suprimir el consumo de "alimentos que engordan" y por uno o más de uno de los síntomas siguientes: vómitos auto provocados, purgas intestinales auto provocadas, ejercicio excesivo y consumo de fármacos anorexígenos o diuréticos. c) Distorsión de la imagen corporal que consiste en una psicopatología específica caracterizada por la persistencia, con el carácter de idea sobrevalorada intrusa, de pavor ante la gordura o la flacidez de las formas corporales, de modo que el enfermo se impone a sí mismo el permanecer por debajo de un límite máximo de peso corporal. d) Trastorno endócrino generalizado que afecta al eje hipotálamo-hipofisariogonadal manifestándose en la mujer como amenorrea y en el varón como una pérdida del interés y de la potencia sexual. e) Si el inicio es anterior a la pubertad, se retrasa la secuencia de las manifestaciones de la pubertad, o incluso ésta se detiene (CIE-10, 1995).

Los criterios internacionales de diagnóstico de Bulimia Nerviosa según el DSM-IV, son los siguientes: a) Presencia de atracones recurrentes. b) Conductas compensatorias inapropiadas, repetidas, con el fin de no ganar peso, por ejemplo: provocación del vómito, uso de diuréticos, laxantes, enemas, ayuno o ejercicio excesivo. c) Los atracones y las conductas compensatorias son producidas no menos de dos veces a la semana durante un período de tres meses. d) La autoevaluación está sumamente influida y determinada por el peso y la silueta corporal. e) La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de la anorexia nerviosa. Y sus Subtipos: Tipo Purgativo y Tipo no Purgativo.

## Metodología

La población se conformó por estudiantes de la Licenciatura en Nutrición del Campus Xalapa de la Universidad Veracruzana y la muestra fue integrada por 213 estudiantes de segundo y cuarto semestre. La muestra es no probabilística o muestra dirigida. La elección de los sujetos de estudio, dependió del criterio del investigador. Se realizó un estudio observacional, cuantitativo, transversal y descriptivo. Los objetivos planteados fueron, uno general: Identificar la frecuencia de conductas alimentarias de riesgo asociadas a los trastornos que marca la DSM-IV-TR en estudiantes de la Licenciatura en Nutrición Campus Xalapa, y tres como específicos: a) Conocer la frecuencia de conductas alimentarias de riesgo asociadas a atracón. b) Conocer la frecuencia de conductas alimentarias de riesgo asociadas a bulimia. c) Conocer la frecuencia de conductas alimentarias de riesgo asociadas a anorexia.

Previo a la aplicación del instrumento, se dio una explicación breve a los alumnos sobre el objetivo de la investigación, el procedimiento de respuesta, el contenido del instrumento y la

confidencialidad de los datos obtenidos. El instrumento que se utilizó para la recopilación de la información, consiste en la obtención de respuestas directamente de los sujetos de estudio a partir de la formulación de una serie de preguntas por escrito. Cuestionario que se adaptó de acuerdo a los objetivos que persigue la investigación.

## Resultados

La muestra total quedó conformada por 191 estudiantes donde el 60% (n= 114) fueron mujeres y el 40% (n=77) hombres. La edad de la muestra estudiada se encontró entre los 18 y los 28 años con una media de 20. Así mismo, del total de la muestra el 52.36% (n=100) de los estudiantes pertenecía al segundo semestre de la Licenciatura y el 47.64% (n=91) de los estudiantes es de cuarto semestre. Dentro de las conductas alimentarias asociadas al trastorno de atracón se puede observar en el Gráfico 1, que en la conducta 1 (En ocasiones he comido demasiado, me he dado un atracón) el 23.6% del total de la muestra contestaron que nunca lo han hecho, el 68.6% que solo a veces, el 5.8% que casi siempre lo hacen y el 2.1% que siempre lo hacen; en la conducta 2 (Siento que tengo más hambre cuando me enojo) el 74.3% contesto que nunca, 16.2% que a veces, 6.8% que casi siempre y el 2.6% que siempre; en la conducta 3 (Cuando estoy triste me da por comer) el 48.2% contesto que nunca, 33% que a veces, 12.6% que casi siempre y el 6.3% que siempre; en la conducta 4 (Siento que podría comer sin parar) el 58.1% contesto que nunca, 29.8% que a veces, 10.5% que casi siempre y el 1.6% que siempre; en la conducta 5 (Pienso constantemente en la comida) el 24.6% contesto que nunca, el 49.2% que a veces, el 17.8% que casi siempre y el 8.4% que siempre; en la conducta 6 (Cuando estoy aburrido (a) me da por comer) el 30.4% contesto que nunca, el 48.2% que a veces, el 15.7% que casi siempre y el 5.8% que siempre; en la conducta 7 (Como aunque no tenga hambre) el 32.5 % contesto que nunca, el 60.7% que a veces, el 5.2% que casi siempre y el 1.6% que siempre; en la conducta 8 (Siento que la comida me tranquiliza) el 47.1% contesto que nunca, el 39.8% que a veces, el 10.5% que casi siempre y el 2.6% que siempre; en la conducta 9 (No siento apetito o ganas de comer, pero cuando comienzo nadie me detiene) el 81.2% contesto que nunca, el 14.1% que a veces, el 3.7% que casi siempre y el 1% que siempre; en la conducta 10 (Suelo comer masivamente (por ejemplo, no desayuno ni como, pero ceno mucho)) el 61.3% contesto que nunca, el 27.7% que a veces, el 9.4% que casi siempre y el 1.6% que siempre; en la conducta 11 (He perdido el control de lo que como (tengo la sensación de no poder parar de comer)) el 81.2% contesto que nunca, el 14.7% que a veces, el 3.1% que casi siempre y el 1% que siempre.

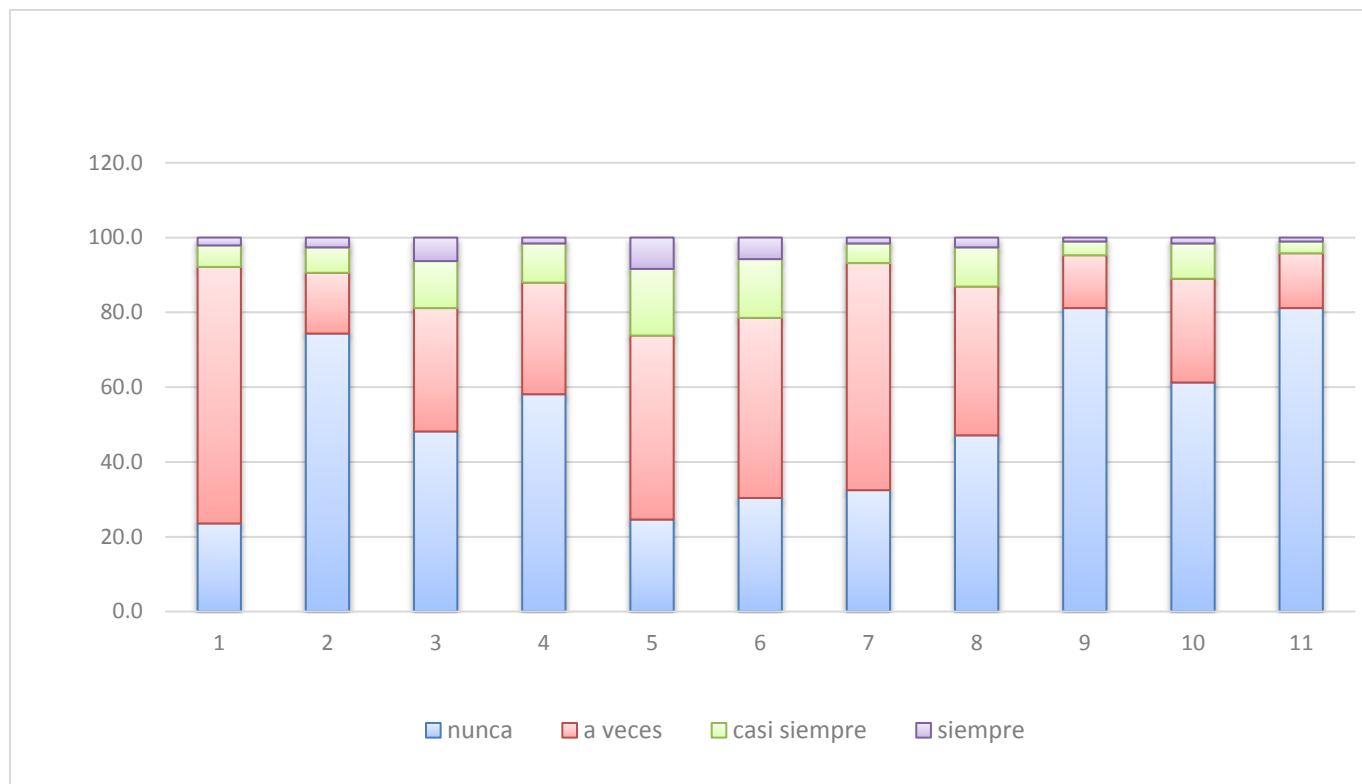


Figura 1. Conductas alimentarias de riesgo asociadas al atracón.

Importante resaltar en cuanto al trastorno de atracón, que para la respuesta a la pregunta número 1: *En ocasiones he comido demasiado, me he dado un atracón*, un alto porcentaje de estudiantes acepta darse un atracón, ya que el 68.6% que solo a veces, el 5.8% que casi siempre lo hacen y el 2.1% que siempre lo hacen, por lo que se considera debe atenderse.

Dentro de las conductas alimentarias asociadas al trastorno de anorexia, se puede observar en el Gráfico 2, que en la conducta 1 (Evito las tortillas y el pan para mantenerme delgado (a)) el 70.7% del total de la muestra contestaron que nunca lo han hecho, el 23.6% que solo a veces, el 4.2% que casi siempre lo hacen y el 1.6% que siempre lo hacen; en la conducta 2 (Considero que saltarse algunas de las comidas es buena estrategia para bajar de peso) el 91.1% contesto que nunca, el 7.3% que a veces, el 0.5% que casi siempre y el 0.5% que siempre; en la conducta 3 (Me la paso “muriéndome de hambre”) el 74.9% contesto que nunca, el 21.5% que a veces, el 2.1% que casi siempre y el 1.6% que siempre; en la conducta 4 (Me gusta sentir el estómago vacío) el 91.1% contesto que nunca, el 8.9% que a veces, el 0% que casi siempre y el 0% que siempre; en la conducta 5 (Me siento culpable cuando como) el 72.8% contesto que nunca, el 23% que a veces, el 3.1% que casi siempre y el 1% que siempre; en la conducta 6 (Ingiero comidas o bebidas libres de azúcares) el 22.5% contesto que nunca, el 58.1% que a veces, el 15.2% que casi siempre y el 4.2% que siempre; en la conducta 7 (Prefiero la sensación de estómago vacío a la de estómago lleno) el



82.2% contesto que nunca, el 13.1% que a veces, el 4.2% que casi siempre y el 0.5% que siempre; en la conducta 8 (He hecho ayunos (dejar de comer por 12 horas o más)) el 65.4% contesto que nunca, el 33% que a veces, el 1% que casi siempre y el 0.5% que siempre; en la conducta 9 (He hecho dietas para tratar de bajar de peso) el 58.1% contesto que nunca, el 31.9% que a veces, el 7.9% que casi siempre y el 2.1% que siempre; en la conducta 10 (He usado pastillas para tratar de bajar de peso) el 91.6% contesto que nunca, el 6.8% que a veces, el 1% que casi siempre y el 0.5% que siempre; en la conducta 11 (Me ha preocupado engordar) el 36.1% contesto que nunca, el 36.6% que a veces, el 15.2% que casi siempre y el 12% que siempre. En el gráfico 2, se observa el resultado en el grupo de hombres.

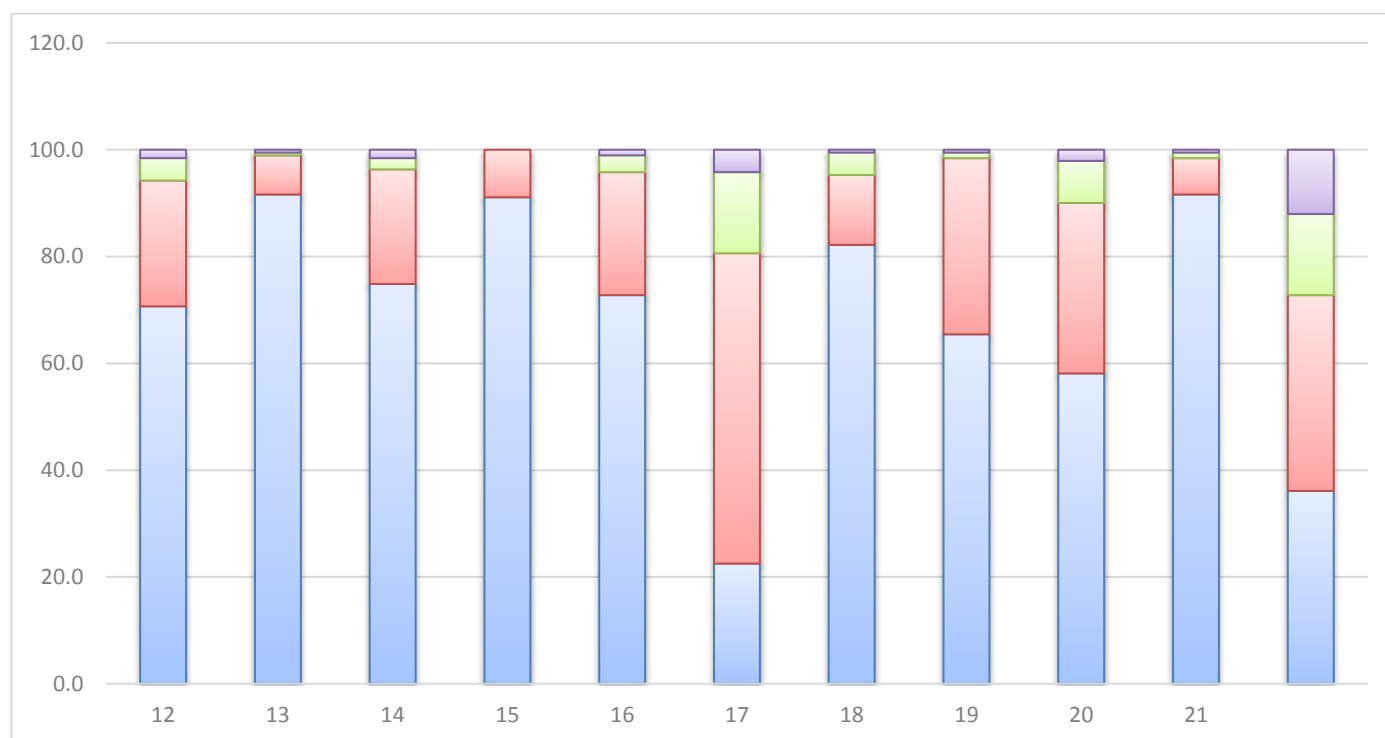


Figura 2. Conductas alimentarias de riesgo asociadas a la anorexia.

Con respecto a las conductas de riesgo asociadas a la anorexia, en la pregunta 6: *Ingiero comidas o bebidas libres de azúcares*, se encontró, un alto porcentaje refirió consumirlas el 58.1% dijo que a veces, el 15.2% que casi siempre y el 4.2% que siempre, solo el 22.5% contesto que nunca. Probablemente esto está asociado a querer consumir menos calorías, pues así mismo, se observa en las respuestas a la pregunta 11: *Me ha preocupado engordar*. Que el 36.1% contesto que nunca, pero un alto porcentaje manifiesta esta preocupación con el 36.6% que a veces, el 15.2% que casi siempre y el 12% que siempre.

Dentro de las conductas alimentarias asociadas al trastorno de bulimia, se puede observar en el gráfico 3, que en la pregunta 1 (Me avergüenza comer tanto) el 73.3% del total de la muestra

contestaron que nunca lo han hecho, el 19.9% que solo a veces, el 4.2% que casi siempre lo hacen y el 2.6% que siempre lo hacen; en la pregunta 2 (Siento que no puedo parar de comer) el 77% contesto que nunca, el 20.9% que a veces, el 1.6% que casi siempre y el 2.6% que siempre; en la pregunta 3 (Como grandes cantidades de alimento aunque no tenga hambre) el 69.1% contesto que nunca, el 27.2% que a veces, el 3.1% que casi siempre y el 0.5% que siempre; en la pregunta 4 (Me sorprendo pensando en la comida) el 64.9% contesto que nunca, el 31.4% que a veces, el 2.6% que casi siempre y el 1% que siempre; en la pregunta 5 (Es muy difícil controlar los alimentos ya que todo lo que nos rodea nos provoca comer) el 59.2% contesto que nunca, el 35.6% que a veces, el 4.7% que casi siempre y el 0.5% que siempre; en la pregunta 6 (He vomitado después de comer para tratar de bajar de peso) el 95.2% contesto que nunca, el 4.2% que a veces, el 0.5% que casi siempre y el 0% que siempre; en la pregunta 7 (He tomado diuréticos (sustancia para perder agua) para tratar de bajar de peso) el 93.2% contesto que nunca, el 6.3% que a veces, el 0.5% que casi siempre y el 0% que siempre; en la pregunta 8 (He tomado laxantes (sustancia para facilitar la evacuación) para tratar de bajar de peso) el 93.2% contesto que nunca, el 6.3% que a veces, el 0.5% que casi siempre y el 0% que siempre.

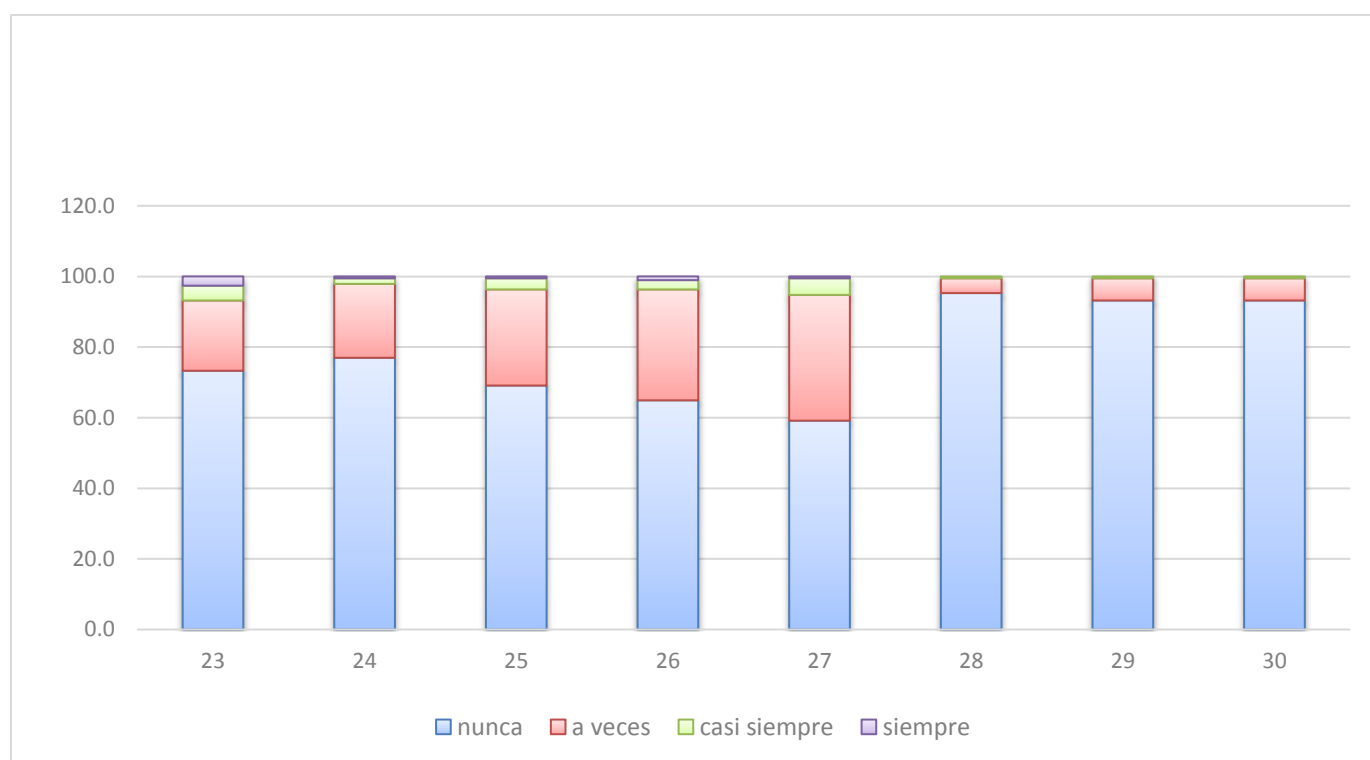


Figura 3. Conductas alimentarias de riesgo asociadas a la bulimia.

Con base a las respuestas de los estudiantes, existe una mayor frecuencia de conductas alimentarias de riesgo asociadas con el trastorno de atracón y menor con las asociadas a anorexia y bulimia.

De los 191 estudiantes encuestados, 114 masculinos y 77 femeninas, 100 de segundo y 91 de cuarto semestre, en la siguiente tabla se observa que en total solo 66, respondieron *nunca* a alguna conducta de riesgo.

Tabla 1

Respuesta	Conducta alimentaria de riesgo	Total	2°Semestre		4° Semestre	
			M	F	M	F
Nunca	Atracón	4	-	1	2	1
Nunca	Anorexia	8	2	2	3	1
Nunca	Bulimia	54	9	18	12	15

A pesar de que en la categoría de “nunca” los porcentajes eran altos, de los 191 estudiantes encuestados solo el 2.09% contestaron en su totalidad nunca para las conductas alimentarias de riesgo asociadas al trastorno de atracón; el 4.18% para las conductas alimentarias de riesgo asociadas al trastorno de anorexia y de conductas alimentarias de riesgo asociadas al trastorno de bulimia fueron el 28.27% de los estudiantes.

A través de este estudio, se obtuvieron datos que permiten conocer la presencia y frecuencia de estas conductas de riesgo alimentarias en una población universitaria, que estudia nutrición y que sabe afectan su salud. Se considera necesario crear estrategias para la detección, prevención y la expansión de las mismas, así como la difusión de los efectos perjudiciales por la práctica de dichas conductas.

## Referencias

Aceituno M, et al. (2007). *Libro de la Salud del Hospital Clinic de Barcelona y La Fundación BBVA*. Barcelona, España: Editorial Nerea.459-466.

Behar, R. (2008). Trastornos de la Conducta Alimentaria no Especificados, Síndromes Parciales y Cuadros Subclínicos: Una alerta para la atención primaria. Chile: *Rev Méd Chile*, Vol. (136) 1589-1598.

Behar, S., Alviña, M., Medinelli, A., Tapia, P. (2007). Trastornos de la conducta alimentaria en estudiantes de la carrera de nutrición y dietética. *Revista Chilena de Nutrición*; Vol. 34 (4), 298-306.

Fandiño, A., Giraldo, S., Martínez, C., Aux, C., Espinosa, R. (2007). Factores Asociados Con Los Trastornos De La Conducta Alimentaria En Estudiantes Universitarios En Cali, Colombia. *Rev. Columbia Médica*, Vol. (38) 345-351.

Gorab, A., Iñárritu, M. (2014). *Trastornos de la Conducta Alimentaria. Anorexia y Bulimia*. Cd. de México, México: Universidad Nacional Autónoma de México.

León R., Gómez-Peresmitré, G., Platas, S. (2008). Conductas Alimentarias De Riesgo Y Habilidades Sociales En Una Muestra De Adolescentes Mexicanas. *Rev. Salud Mental*. Vol. (31) 447-452.

Morán, I., Cruz, V., Iñárritu, M. (2009). Prevalencia de Factores y Conductas de Riesgo Asociados a Trastornos de la Alimentación en Universitarios. *Revista Médica del Hospital General de México*. Vol. 72 (2) 68-72.

Organización Panamericana de la Salud. (1995). *Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y problemas relacionados con la Salud*. Washington, D.C, EU.: Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud.

Rodríguez, L., Antolín, M., Vaz, Francisco., García M A. (2006). Trastornos del Comportamiento Alimentario: Anorexia y Bulimia. *Documento de Apoyo a las actividades de educación para la Salud 2*.

Unikel, C., Bojórquez, L., Carreño, S. (2004). Validación de un Cuestionario Breve para medir Conductas Alimentarias de Riesgo. *Rev. Salud Pública de México*. Vol. (46) 509-515.

Unikel, C., Díaz De León, C., Rivera J. (2016). Conductas Alimentarias de Riesgo y Correlatos Psicosociales en Estudiantes Universitarios de Primer Ingreso con Sobrepeso y Obesidad. *Rev. Salud Mental*. Vol. 39 (3), 141-148.

Uribe, J F. (2007). *Anorexia: Los factores socioculturales de riesgo*. Antioquia, Colombia: Universidad de Antioquia.