

ESTUDIO PRELIMINAR SOBRE LA PRESENCIA DE RASGOS DE ORTOREXIA, PERFECCIONISMO Y ANSIEDAD EN UNA POBLACIÓN ARGENTINA

RODRIGUEZ, Paula; PERSANO, Humberto; GARCÍA, Florencia; IBAS, María Mercedes; SPINELLA, Bárbara Camila; VALLONE, Johanna Giselle

Universidad de Buenos Aires, Facultad de Medicina, Escuela de Nutrición, Buenos Aires, Argentina

RESUMEN

Introducción: La ortorexia nerviosa es un desorden del comportamiento alimentario (DCA) que se manifiesta por una obsesión patológica hacia la comida considerada saludable o biológicamente pura. Debido a la estrecha relación entre los DCA y los trastornos conductuales de la personalidad, se pretende identificar los rasgos de ortorexia, perfeccionismo y ansiedad en una población argentina.

Objetivo: Realizar un primer estudio preliminar sobre la presencia de síntomas o rasgos de de ortorexia, perfeccionismo y ansiedad en una población argentina, a través de un estudio naturalístico con una muestra aleatoria recolectada mediante registros de datos a través de formularios online durante un período determinado.

Materiales y métodos: Estudio naturalístico, transversal, observacional y descriptivo sobre una muestra de 1913 individuos. La recolección de datos se realizó mediante un cuestionario anónimo, conformado por 3 instrumentos en

sus versiones adaptadas: ORTHO 15, EDI-2 y HARS. Los datos se procesaron y analizaron mediante el programa Microsoft Excel versión 2010 y el paquete estadístico SPSS versión 15.

Resultados: El ORTHO 15 arroja que el 80.8% de los encuestados presenta rasgos ortoréxicos. El EDI-2 indica que el 8.5% presenta patología severa ligada al perfeccionismo. El HARS manifiesta que 73.2% de los encuestados presenta un grado de ansiedad que requiere algún tipo de tratamiento.

Conclusión: De acuerdo con los resultados obtenidos, se concluye es necesario llevar a cabo más estudios para poder contrastar con la elevada prevalencia de ortorexia arrojada por el ORTHO 15 en la muestra estudiada. No obstante, surge la necesidad para futuras investigaciones en materia de ortorexia, realizar la validación del ORTHO 15 en la población argentina.

Palabras claves: Ortorexia, perfeccionismo, ansiedad, ORTHO 15, desórdenes del comportamiento alimentario.

ABSTRACT

Introduction: Orthorexia nervosa is an eating disorder (ED) that manifests a pathological obsession with food considered healthy or biologically pure. Due to the close relationship between EDs and personality disorders, it is intended to know the prevalence of orthorexia, perfectionism, and anxiety in the Argentine population.

Objective: Naturalistic study in the Argentine on the presence of orthorexia, perfectionism and anxiety in a random sample collected through data records through online forms.

Methodology: Naturalistic, transversal, observational and descriptive study on a sample of 1913 individuals. The data collection was done by means of an anonymous questionnaire, consisting of 3 instruments in their adapted version: ORTHO 15, EDI-2 and HARS. The data was processed and analyzed using the Microsoft Excel version 2010 program and the SPSS version 15.

Results: ORTHO 15 shows that 80.8% of respondents present orthorexia traits. EDI-2 indicates that 8.5% present severe pathology linked to perfectionism. And HARS states that 73.2% of sample present anxiety which needs treatment.

Conclusion: Based on these preliminary results, more studies would be carried out to assess orthorexia high prevalence observed in this study through ORTHO 15. However, futures researches on orthorexia as validation of ORTHO 15 research tool in the argentine population.

Key words: Orthorexia, perfectionism, anxiety, ORTHO 15, eating disorders.

I. INTRODUCCIÓN

Ortorexia nerviosa es un término que proviene del griego (ortho: justo o recto, y orexia: apetencia) y refiere a un desorden del comportamiento alimentario. Fue definido por primera vez por Steven Bratman en el año 1997. En su libro "*Health Food Junkies*", manifiesta que la ortorexia nerviosa es un desorden caracterizado por la obsesión patológica a consumir alimentos saludables y biológicamente puros, donde el acto de comer empieza a poseer connotaciones pseudo-espirituales [1], y puede derivar en importantes restricciones alimentarias con consecuentes carencias nutricionales. Este fenómeno se manifiesta con la exclusión de la dieta de aquellos alimentos considerados impuros por contener herbicidas, pesticidas u otras sustancias artificiales, y con una preocupación en exceso por las técnicas y materiales empleados en la elaboración de los mismos [2]. La elección de las formas de preparación y utensilios de cocina implementados también se convierten en parte del ritual obsesivo [3]. Si bien este comportamiento puede comenzar con el fin de tratar o mejorar la salud, deriva en que la dieta se convierte en el centro de la vida [4].

Esta condición puede provocar el deterioro no sólo de la salud física, sino también del funcionamiento social y relacional del individuo [5]. Se lo vincula con una tendencia a la pérdida de relaciones sociales y a una situación de insatisfacción afectiva, debido a su creencia de que la soledad permite el control completo de todo el proceso de elaboración de alimentos [6]. Además, la vida de las personas con ortorexia se transforma y está dominada por esfuerzos permanentes para resistir la tentación, la auto-condena por las "fallas" cometidas,

el enaltecimiento por el éxito en el cumplimiento del régimen, y el sentimiento de superioridad respecto a las demás personas en cuanto a la dieta que llevan a cabo [1].

La principal diferencia de este fenómeno con otros DCA radica en que el problema no se centra en la cantidad de comida, sino en la calidad de los alimentos que se consumen [7]. Es decir, el foco está puesto en mantener una dieta extremadamente saludable, casi de características ligadas al fanatismo, pero sin confirmar la existencia de una percepción errónea del propio aspecto físico.

En 2001, Bratman y cols. elaboraron un cuestionario conformado por 10 preguntas para el diagnóstico de ortorexia. Sin embargo, el mismo, ha sido desestimado por falta de validez científica. Posteriormente, en 2005, Donini LM. y cols. formularon el ORTHO 15, el cual consiste en una combinación del cuestionario propuesto por Bratman y el MMPI (Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota), siendo este último uno de los cuestionarios de personalidad más usados en el campo de la salud mental para la identificación de perfiles de personalidad y detección de psicopatologías [2]. El ORTHO 15 consta de 15 preguntas que describen la intensificación del comportamiento ortoréxico, refiriendo a aspectos cognitivos y emocionales relacionados con la alimentación, así como con síntomas clínicos de la ortorexia. Dentro de estos últimos se incluyen [8]:

- Dedicar más de 3 horas al día para planificar la alimentación.

- Preocuparse más por la calidad de los alimentos, que por el placer de consumirlos.
- Disminución de la calidad de vida, conforme aumenta la pseudo-calidad de la alimentación.
- Sentimientos de culpabilidad, cuando no cumplen las convicciones dietéticas.
- Planificación excesiva de lo que se comerá al día siguiente.
- Aislamiento social, provocado por el tipo de alimentación.

Al considerar a la ortorexia nerviosa como un trastorno que se caracteriza por una combinación de comportamientos fóbicos al comer y rasgos de personalidad obsesiva, la disposición de ambos diagnostica la presencia de ortorexia [2].

El punto de corte del ORTHO 15 fue establecido por Donini y cols. en 40 puntos, es decir, que por debajo de ese valor se considera que el individuo posee rasgos de ortorexia. Cuanto más bajo es el valor, mayor es la relación del comportamiento o actitudes referentes a la misma [6]. Sin embargo, existen sugerencias para reducir el punto de corte a 35 puntos, ya que permitiría una determinación más efectiva de aquellas personas con claros síntomas de ortorexia [8]; [9].

Moroze y cols., investigadores de psiquiatría de la Escuela de Medicina de Denver en Colorado, EEUU, han propuesto en 2014 una serie de criterios para el diagnóstico de ortorexia [10]. Sin embargo, en la actualidad, la ortorexia no ha sido incluida en la 5ta edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (DSM- 5) de la Asociación Americana de Psiquiatría (APA) [11], como

tampoco en la 10° edición de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE 10) de la OMS [12]. Por lo tanto, no se cuenta con criterios claramente establecidos por estas entidades oficiales que permitan su diagnóstico.

Como modelo explicativo del desarrollo de los DCA se ha propuesto que los mismos son el resultado de la interacción de tres tipos de factores: los predisponentes, los cuales confieren susceptibilidad para presentar un desorden del comportamiento alimentario; los precipitantes, es decir los que aceleran el desencadenamiento de este; y los que lo perpetúan con lo cual cuadro se extiende a lo largo del tiempo y dificulta su tratamiento. Estos factores pueden verse influenciados por factores biológicos, socioculturales y psicológicos. Dentro de estos últimos encontramos a la ansiedad, el perfeccionismo, la depresión, los trastornos obsesivos-compulsivos y la alteración de la imagen corporal [13].

Hollander, en el año 1978, fue el primer autor en definir el perfeccionismo como la práctica de exigirse a uno mismo o a los demás una mayor calidad de rendimiento de la que es requerida por la situación. Considera que las personas perfeccionistas se caracterizan por establecer metas imposibles de cumplir y definir su autoestima en función del logro alcanzado de esas metas [14]. Además, suelen ser individuos demasiado críticos y con grandes temores a las evaluaciones negativas [15]. Los mismos se caracterizan por poseer un deseo exacerbado por querer hacer las cosas mucho más que bien, lo cual conlleva un intenso malestar intrapersonal e interpersonal [16].

El perfeccionismo es una construcción compleja, dentro de la cual se encuentran dos dimensiones principales: el “perfeccionismo adaptativo” y el “perfeccionismo desadaptativo”. El primero tiene relación con los altos estándares, y se refiere a las elevadas expectativas que el individuo tiene para sí mismo que pueden estar acompañadas o no, de una evaluación autocrítica cuando no se cumple con las mismas. Por otro lado, el perfeccionismo desadaptativo se relaciona con la evaluación autocrítica asociado a una preocupación excesiva por los errores y por las expectativas ajenas [17].

Abundan trabajos en la literatura científica que señalan que el perfeccionismo es una de las características que suele estar presente en la personalidad de los individuos con algún tipo de DCA, así como el rol que juega en el mantenimiento de este. Además, en estudios comunitarios, se ha identificado como un factor de riesgo relevante y predictor para el desarrollo de estos trastornos y las conductas alimentarias de riesgo [14].

Para la medición del perfeccionismo, los dos instrumentos más utilizados son la Escala Multidimensional de Perfeccionismo, y el Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria (EDI) [18], siendo, este último, un cuestionario con un formato de respuesta en una escala tipo Likert de seis puntos. El EDI, en su 2da versión, (EDI-2) fue adaptada, publicada y validada en España para adolescentes entre 13 y 18 años, contando con variadas publicaciones que avalan su validez en el campo de los DCA. Estudios realizados en Chile en el año 2009 concluyen que el instrumento evalúa, en forma adecuada y global, tendencias y comportamientos en los adolescentes de la edad mencionada

relacionados con estos trastornos, pudiendo ser utilizado tanto como herramienta de tamizaje, como en contextos clínicos a nivel individual [19].

Como se ha mencionado anteriormente, otro de los factores psicológicos vinculados al desarrollo de un DCA es la ansiedad. La cual se define como un estado emocional normal, ante determinadas situaciones, que se constituye en una respuesta habitual ante diferentes eventos estresantes. La ansiedad se convierte en patológica cuando supera determinada intensidad o sobrepasa la capacidad adaptativa de la persona, y se acompaña de sintomatología que afecta al sujeto tanto en el plano físico como en el psicológico [20].

Diferentes estudios han concluido que existe un alto porcentaje de personas diagnosticadas con desordenes del comportamiento alimentario que al mismo tiempo reciben el diagnóstico de “fobia social” u otros trastornos de la ansiedad [21]. El trastorno por ansiedad social tiene la mayor incidencia entre todos los trastornos de la ansiedad en personas con algún tipo de desorden alimentario [22]. En consecuencia, se ha visto que la intervención específica de la ansiedad es fundamental en el tratamiento de aquellas personas que padecen dicha patología. La ansiedad social, la alexitimia, definida como la dificultad para identificar y expresar sentimientos y sensaciones corporales [23], y la falta de asertividad conllevan a un deterioro de las habilidades para enfrentar eventos sociales, interfiriendo, no sólo en el curso, sino también en el pronóstico de los DCA. La cronicidad es el principal riesgo de estos, por sus complicaciones médicas y consecuencias sociales [24].

La Escala de Ansiedad de Hamilton (HARS) es uno de los instrumentos más utilizados para conocer el grado de ansiedad que presenta una persona. Cabe destacar que no se trata de un instrumento diagnóstico, sino de un recurso eficaz para evaluar el estado en que se encuentra el individuo. El objetivo de la HARS es evaluar dos aspectos de la ansiedad: la psíquica y la somática [25]. Los elementos que se tienen en cuenta para la primera son: humor ansioso, tensión, miedos, insomnio, funciones intelectuales, depresión y conducta durante la entrevista. Por otro lado, para la ansiedad somática se consideran síntomas musculares, sensoriales, cardiovasculares, respiratorios, gastrointestinales, genito-urinarios y vegetativos. Este instrumento ha sido previamente utilizado en forma autoadministrada en un trabajo final de grado de la Escuela de Nutrición - Universidad de Buenos Aires, encontrándose mayores niveles de ansiedad en individuos con algún DCA respecto de una muestra control [26].

En relación con el perfeccionismo, se ha visto que se encuentra presente tanto en individuos con ansiedad social, como en aquellos con un DCA. Dicha presencia parecería observarse en mayor medida respecto de personas que no presentan ninguno de los trastornos. Diversos estudios han encontrado que el perfeccionismo desadaptativo tiene una fuerte correlación positiva con la ansiedad social, mientras que el perfeccionismo adaptativo está relacionado con los altos estándares y suele encontrarse más vinculado con los DCA [27].

Así mismo, se destaca que, si bien hay cada vez más estudios internacionales que ponen el foco en la ortorexia y sus posibles relaciones con diferentes rasgos conductuales y de la personalidad, los estudios realizados en la Argentina siguen siendo escasos, sumado a que aún no se cuenta con una herramienta validada

en nuestro país. Prácticamente la totalidad de los datos provienen de estudios realizados en otros países tales como: España, México y Chile, entre otros, con lo cual una de las principales limitantes es que las conclusiones son referentes y potencialmente extrapolables a poblaciones extranjeras. Además, estos estudios evidencian una clara relación entre los factores predisponentes de ansiedad y perfeccionismo con el desarrollo de los desórdenes del comportamiento alimentario, en particular con la anorexia nerviosa y la bulimia, con escasa mención de otros tipos de DCA.

Por lo tanto, la relevancia e interés de este estudio radica, como se mencionó anteriormente, en la existencia de escasas investigaciones realizadas en la República Argentina sobre ortorexia, y a su posible relación con rasgos de perfeccionismo y ansiedad.

Además, cabe destacar, que este fenómeno comenzó a cobrar protagonismo en los últimos años, debido, probablemente, a la creciente preocupación social por el aspecto físico, así como también por estar ligado a los nuevos paradigmas alimentarios: el culto a la comida sana, la sobreexposición a las redes sociales y la utilización masiva de las mismas, los cuáles podrían perpetuar aún más este fenómeno. A lo anteriormente expuesto, se adhieren nuevas tendencias de cuestionamiento a las formas de producción tradicionales de alimentos y a la oferta de nuevos alimentos considerados "más saludables", con lo cual, si estas prácticas se llevan a un extremo ligado al fanatismo podrían devenir en diferentes tipos de desórdenes alimentarios como la ortorexia. Es de suma importancia adquirir conocimientos sobre esta temática, con la finalidad de alertar a los

profesionales de la salud sobre la ortorexia y sus posibles consecuencias para la salud física y emocional [28].

Se considera de suma la importancia e interés para poder detectar, entre otros factores, los grupos más vulnerables para presentar ortorexia en el país, y si existe alguna relación de significancia estadística entre este trastorno con la ansiedad y el perfeccionismo, aunque no es el objetivo de este trabajo puesto que se trata de una primera aproximación a la temática y por ende se lo considera un estudio preliminar.

II. OBJETIVOS

Objetivo general

El objetivo general del presente trabajo es llevar a cabo un estudio preliminar sobre la presencia de rasgos de ortorexia, perfeccionismo y ansiedad en una población argentina a través de una muestra aleatoria recolectada mediante registros de datos a través de formularios online durante un período determinado.

Objetivos específicos

1. Relevar datos demográficos de la muestra y tratarlos estadísticamente en forma descriptiva.
2. Identificar la presencia de ortorexia a través del cuestionario ORTHO 15.
3. Identificar rasgos de perfeccionismo a través del Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria (EDI-2).
4. Identificar niveles de ansiedad a través de la Escala de clasificación de la Ansiedad Hamilton (HARS) modificado para autoevaluación.

III. MATERIALES Y MÉTODOS

a. Diseño

El presente trabajo consiste en un estudio naturalístico, transversal, observacional y descriptivo.

La recolección de datos se realizó mediante un cuestionario anónimo, conteniendo preguntas cerradas con múltiples respuestas y de carácter cuantitativo. Se incluyen en el cuestionario datos personales relevantes de quién responde y las preguntas contenidas en los instrumentos ORTHO 15, EDI-2 y HARS.

b. Población y muestra

Para la selección de la muestra se realizó un muestreo al azar, teniendo todos los individuos la misma probabilidad de ser elegidos para formar parte de la muestra. El tamaño de la muestra no estuvo pre-definido, con el objetivo de alcanzar un tamaño muestral ("n") lo suficientemente grande para que sea representativo a nivel poblacional, teniendo en cuenta la variabilidad y amplitud de sus características distributivas.

Los criterios de inclusión para la realización del cuestionario y la consecuente participación en el estudio fueron personas residentes en algún lugar de la República Argentina, de todas las edades y sexo, que dieron su consentimiento para la participación de este. Fueron excluidas aquellas que no respondieron la totalidad de las preguntas del cuestionario o que no completaron el

consentimiento informado. El período durante el cual se llevó a cabo la recolección de la muestra fue de noviembre 2019 a enero 2020 y la cantidad de respuestas obtenidas dependió de la difusión de este. Por lo tanto, no es representativo de toda la población de la República Argentina debido a los lugares de donde provinieron las respuestas y por la forma aleatoria en que se recogió.

c. Aspectos éticos

El trabajo de investigación fue realizado bajo los 4 principios de la Bioética [29]. Para la realización del presente trabajo se cuenta con el aval del Comité de Ética en Investigación Biomédica del “Instituto Alberto C. Taquini de Investigaciones en Medicina Traslacional”.

d. Técnicas empleadas

Para la medición de las variables se utilizó un cuestionario virtual de preguntas cerradas con múltiples respuestas. Se estructura en 5 secciones, donde el pasaje a la sección siguiente exige completar totalmente la sección previa. El contenido de cada una de ellas se detalla a continuación:

- 1º sección: Consentimiento informado
- 2º sección: Datos personales de los participantes, incluyendo las variables edad, género, provincia de residencia y localidad de residencia.
- 3º sección: EDI-2 (versión adaptada) [30]
 - Nombre: Inventario de Trastornos de la Alimentación
 - Autores: Corral S, González M, Pereña J, Seisdedos N.
 - Procedencia: España, 1998

- Puntos de corte y categorización:
 - Sin patología < 15 puntos
 - Patología moderada 16 a 20 puntos
 - Riesgo de patología 21 a 24 puntos
 - Patología severa \geq 25 puntos

- 4º sección: ORTHO 15 (versión adaptada) [6]
 - Nombre: ORTHO 15
 - Autores: Donini LM. y cols.
 - Procedencia: Italia, 2005
 - Punto de corte y categorización:
 - Presencia de rasgos de ortorexia < 40 puntos
 - Sin presencia de rasgos de ortorexia \geq 40 puntos

- 5º sección: HARS [31]
 - Nombre: Escala de Ansiedad de Hamilton
 - Autores: Lobo A, Chamorro L, Luque A, Dal-Ré R, Badía X, Baró E y el Grupo de Validación en Español de Escalas Psicométricas [31]
 - Procedencia: España, 2002
 - Puntos de corte y categorización: (versión adaptada) [32]
 - Ansiedad asintomática 0 a 7 puntos
 - Ansiedad mínima 8 a 13 puntos
 - Ansiedad moderada 14 a 21 puntos
 - Ansiedad obvia 22 a 29 puntos
 - Ansiedad severa \geq 30 puntos

Para la recolección de la muestra y obtención de la información se difundió el cuestionario vía redes sociales como Instagram, Facebook y Whatsapp.

e. Análisis estadístico de los datos

Para el registro de datos se utilizó una matriz de elaboración propia. Los mismos se procesaron y analizaron mediante el programa Microsoft Excel versión 2010 y el paquete estadístico SPSS versión 15. Las variables cuantitativas se expresaron a través de la media, moda, porcentaje, desvío estándar y frecuencia absoluta. Los gráficos obtenidos fueron realizados mediante histogramas de frecuencias y gráficos de tortas.

IV. RESULTADOS

Inicialmente se obtuvo una muestra constituida por 1919 personas de las cuales 6 no completaron el consentimiento informado solicitado en el cuestionario, considerado como un criterio de exclusión por interpretarse que se negaron a participar en el estudio. Como consecuencia, la misma quedó finalmente conformada por 1913 individuos pertenecientes a algunas regiones de la República Argentina, un 85.8% (n=1641) reside en la Provincia de Buenos Aires, lo cual resultó la jurisdicción más representativa, en relación con otras jurisdicciones. El 89.8% (n=1718) de la muestra corresponde al sexo femenino, el 10% (n=191) al sexo masculino, y un 0.2% (n=4) no se identifica con el género binario, y eligió la categoría “otros”.

La media de edad fue 27.1 años con una desviación estándar (DE) de 9.8. La moda y la mediana fueron de 22 y 24 años respectivamente.

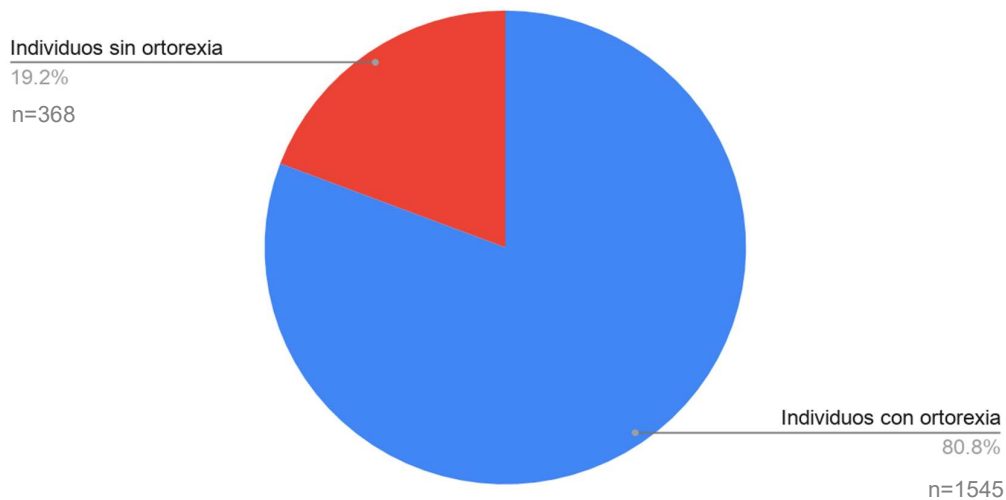
En relación con la evaluación de la presencia de ortorexia mediante el cuestionario **ORTHO 15**, se obtuvieron los siguientes resultados:

Teniendo en cuenta los puntajes asignados a cada una de las respuestas del cuestionario, se procede a totalizar el puntaje global correspondiente a cada uno de los encuestados. Según el punto de corte propuesto por Donini y cols. para el ORTHO 15 se encuentra que el 80.8% (n=1545) de los encuestados presenta rasgos de ortorexia. De los mismos, el 89.8% (n=1387) corresponde al género femenino, el 10.1% (n=156) al masculino, y el 0.1% (n=2) a la categoría de “otro” género.

Gráfico 1

Prevalencia de Ortorexia en el total de encuestados (N= 1913) según el ORTHO 15

Individuos con Ortorexia (n= 1545) vs. individuos sin ortorexia (n=368)



Fuente: Elaboración propia

A continuación, se presentan los resultados de las preguntas del **ORTHO 15** que se consideraron más relevantes en relación con la ortorexia.

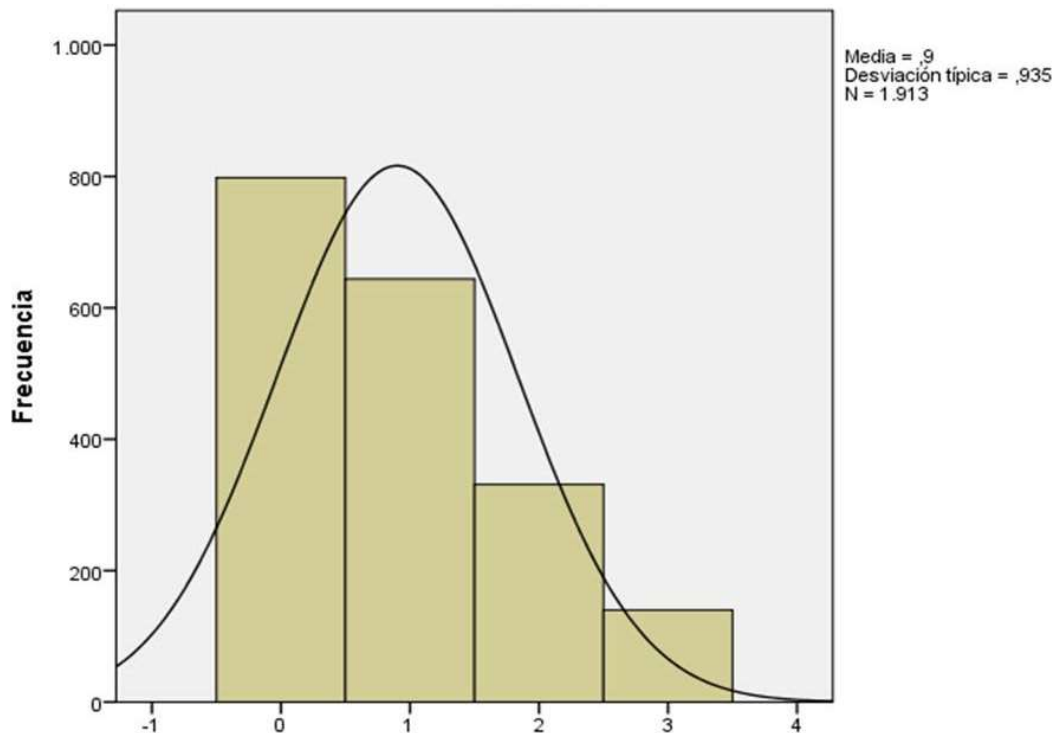
Pregunta 1: *Cuando como, ¿presto atención a las calorías de los alimentos?*

El 41.7% (n=798) de la muestra “nunca” presta atención a esto. Se evidencia un marcado desplazamiento de la curva hacia la izquierda, correspondiendo el valor 0 a la categoría “nunca”, el valor 1 a “a veces”, el valor 2 a “a menudo”, y el valor 3 a “siempre”.

Gráfico 2

Distribución de frecuencia de respuestas de la pregunta 1 del ORTHO 15

“Cuando como, ¿presto atención a las calorías de los alimentos?”



Fuente: Elaboración propia

Pregunta 2: *“Cuando entro en una tienda de alimentos, ¿me siento confundido/a o aturdido/a?”*

Un 4.5% (n=86) refiere “siempre” sentirse confundido/a y/o aturdido/a al ingresar a una tienda de alimentos, mientras que un 10.6% (n=202) manifiesta experimentar esta sensación “a menudo”.

Pregunta 8: *“¿Me permito transgresiones alimentarias?”* y **Pregunta 13:** *“¿Me siento culpable si transgredo/no cumplo la dieta?”*

De la muestra obtenida un 9.5% (n=181) de los individuos refiere que “nunca” se permite transgresiones alimentarias. Por otra parte, el 16.8% (n=321) de la muestra “siempre” experimenta culpa al transgredir la dieta.

Pregunta 10: “¿Creo que el hecho de comer solo alimentos saludables aumenta mi autoestima?”

El 15.5% (n=297) de los encuestados alude que consumir solo alimentos saludables aumenta su autoestima “siempre”.

Pregunta 11: “¿Creo que el consumo de alimentos saludables cambia mi estilo de vida (frecuencia de comer afuera, amigos, eventos, etc)?”

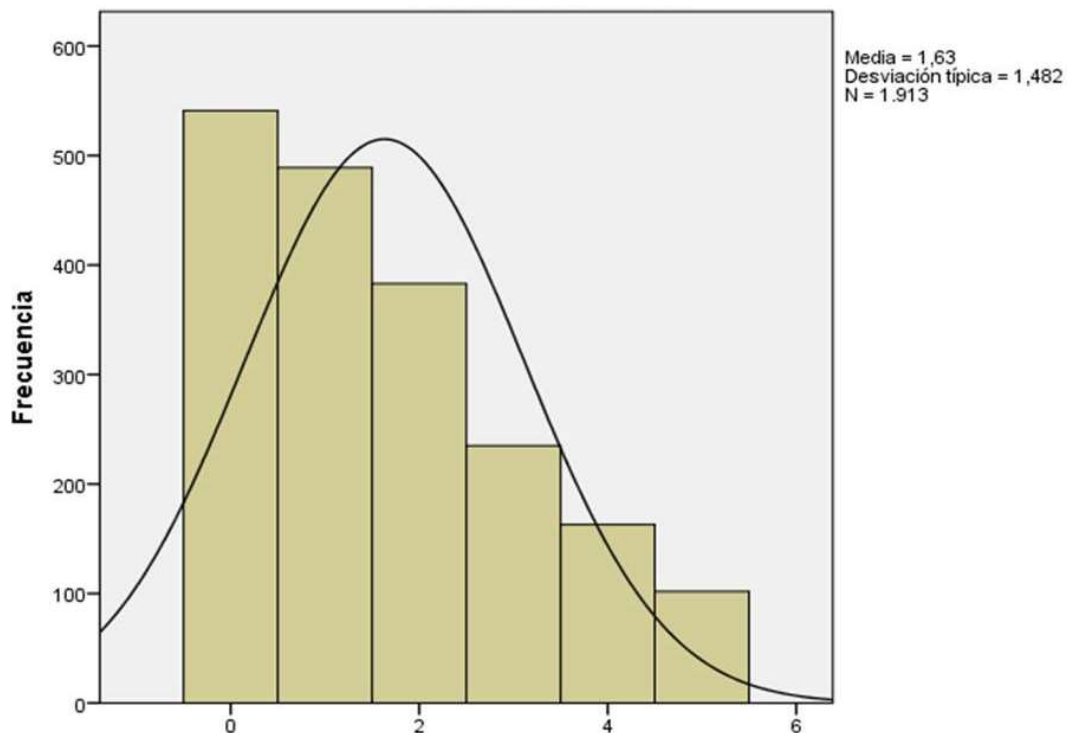
Un 17.9% (n=342) de los encuestados refiere que consumir alimentos saludables modifica “siempre” su estilo de vida.

En lo que respecta a la evaluación de los rasgos de perfeccionismo expresados a través del **EDI-2**, se obtuvieron los siguientes resultados:

Del total de la muestra, el 28.2% (n=541) y el 25.5% (n=489) respondieron que “nunca” y “pocas veces” respectivamente, “para sus familias lo más importante es ser primero en todo”. Es decir, que el 53.7% (n=1030) de la muestra refiere que no habría exigencias familiares, o estas serían mínimas, respecto al perfeccionismo. Hay un claro desplazamiento de la curva hacia la izquierda, correspondiendo el valor 0 a la categoría “nunca”, el valor 1 a “pocas veces”, el valor 2 a “a veces”, el valor 3 a “a menudo”, el valor 4 a “casi siempre”, y el valor 5 a “siempre”.

Gráfico 3**Distribución de frecuencia de respuestas de la Pregunta 1 del EDI-2**

“Para mi familia lo más importante es ser primero en todo”.

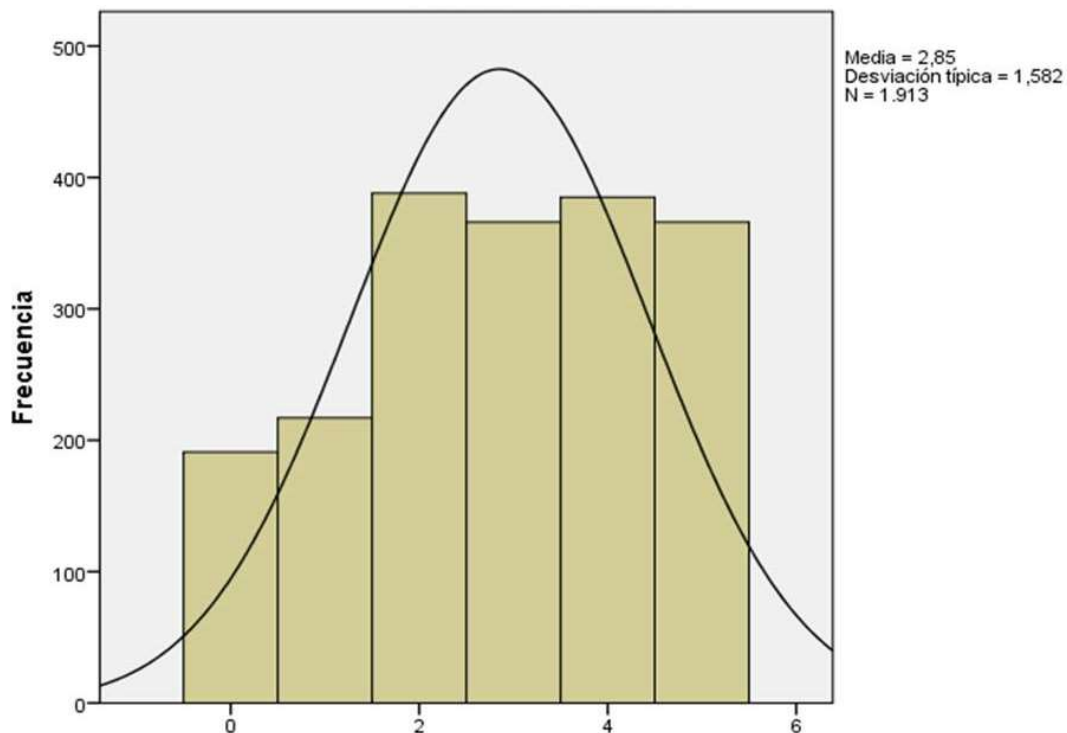


Fuente: Elaboración propia

Sin embargo, al consultar sobre si los padres esperan de la persona un alto nivel de rendimiento, un 58.3% (n=1117) respondió que “a menudo”, “casi siempre” o “siempre” es así. Con lo cual, si bien el 53.7% (n=1030) de la muestra no refiere o no siente “presión familiar para ser el primero en todo”, si la hay en cuanto al rendimiento general del individuo, esperándose que el mismo sea elevado. Los valores del eje de abscisas se corresponden con la clasificación previamente mencionada.

Gráfico 4**Distribución de frecuencia de respuestas de la Pregunta 4 del EDI-2**

“Mis padres esperan de mí un alto nivel de rendimiento”.



Fuente: Elaboración propia

En las preguntas relacionadas con la auto exigencia y la tendencia personal al perfeccionismo se observa que el 53.3% (n=1022) de la muestra refiere que “siempre” y “casi siempre” se ha esforzado de niño/a para no desilusionar a sus padres y/o maestros. Además, se observa que el 40.1% (n=771) “siempre” y “casi siempre” se proponen a sí mismos metas sumamente elevadas, y un 37.1% (n=711) cree que “siempre” y “casi siempre” debe hacer las cosas a la perfección

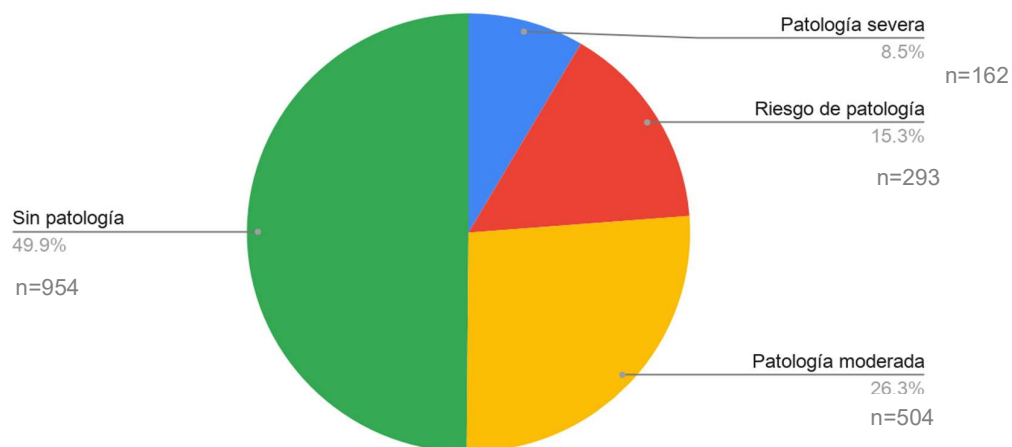
o no hacer nada, reflejando una baja tolerancia al fracaso por parte de este grupo.

En función de los puntajes asignados a cada una de las respuestas del cuestionario, se procede a totalizar el puntaje global correspondiente a cada uno de los encuestados. Según los puntos de corte propuestos por el EDI-2, para perfeccionismo, se encuentra que el 49.9% (n=954) no presenta patología, el 26.3% (n=504) manifiesta patología moderada, el 15.3% (n=293) se encuentra en riesgo de patología, y el 8.5% (n=162) evidencia patología severa. De estos últimos, el 88.3% (n=143) corresponde al género femenino, y el 11.7% (n=19) al masculino.

Gráfico 5

Prevalencia de perfeccionismo en la totalidad de encuestados (n= 1913) expresada por el instrumento EDI-2.

Individuos con algún grado de perfeccionismo o en riesgo n= 959 (patología severa n=162; patología moderada n=504, en riesgo n=293) vs individuos sin patología n=954



Fuente: Elaboración propia

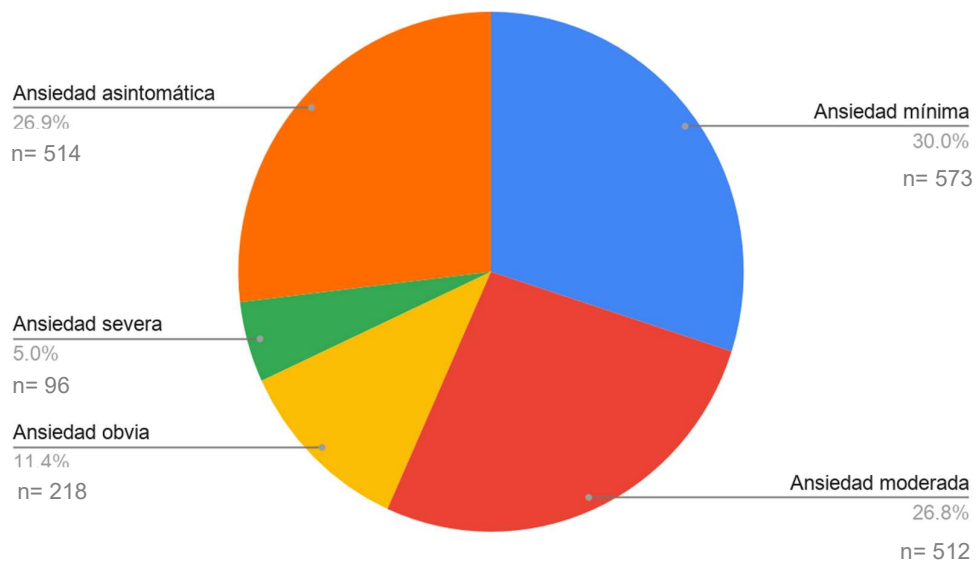
Respecto a la evaluación del grado de ansiedad expresado a través del **HARS**, se obtuvieron los siguientes resultados:

En función de los puntajes asignados a cada respuesta de las diferentes preguntas del cuestionario, se procede a totalizar el puntaje global correspondiente a cada uno de los encuestados. Según el punto de corte propuesto por el HARS se encuentra que el 73.2% (n=1399) de los encuestados presentan un grado de ansiedad que requiere algún tipo de tratamiento, distribuyéndose de la siguiente manera: el 30% (n=573) de la muestra presenta ansiedad mínima, el 26.8% (n=512) ansiedad moderada, mientras que un 11.4% (n=218) ansiedad obvia y un 5% (n=96) ansiedad severa. De los mismos, el 91.6% (n=1281) corresponde al género femenino, el 8.1% (n=114) al masculino, y el 0.3% (n=4) a la categoría de “otro” género.

Gráfico 6

Prevalencia de ansiedad en la muestra total (n= 1913) expresada por el instrumento HARS

Según el HARS, el 73.2% (n=1399) de los encuestados se incluye en alguna de las categorías de ansiedad que requiere tratamiento, distribuyéndose de la siguiente manera:



Fuente: Elaboración propia

V. DISCUSIÓN

La presente investigación tuvo como propósito identificar y describir la presencia de rasgos de ortorexia, ansiedad y perfeccionismo en una población argentina, y particularmente, detectar resultados preliminares que puedan determinar la prevalencia de los rasgos de ortorexia, perfeccionismo y ansiedad en la muestra obtenida.

Uno de los aspectos más relevantes que han motivado la realización de este estudio es la escasez de investigaciones previas en materia de ortorexia llevadas a cabo en el país. Incrementándose su importancia por el hecho de que no existe un instrumento validado para medir la presencia de este trastorno en la población argentina. En consecuencia, dicha carencia de información local no ha permitido establecer comparaciones con los resultados arrojados por la presente investigación.

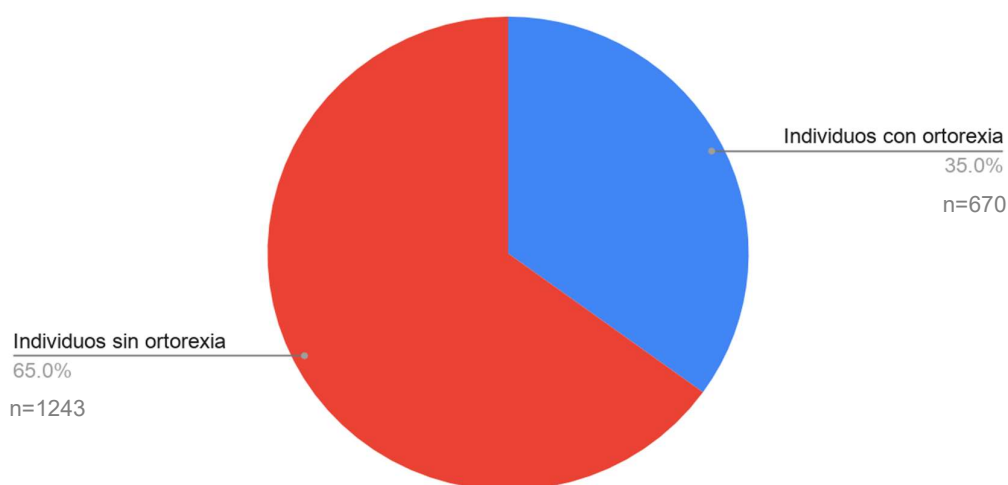
El ORTHO 15, propuesto por Donini y cols. es la herramienta que fue utilizada para determinar la prevalencia de ortorexia. El punto de corte se encuentra establecido en 40 puntos, es decir, que por debajo de ese valor se considera que existe presencia de rasgos ortoréxicos. Los resultados arrojados revelan que el 80.8% (n=1545) de la muestra presentarían rasgos de ortorexia.

En la literatura actual hay ciertas discrepancias respecto al punto de corte que mejor se adapta a dicho instrumento, y que pueda deducir la mayor confiabilidad de los resultados obtenidos. Otros estudios proponen utilizar un umbral menor de 35 puntos [8];[9]. Debido a la alta prevalencia de síntomas de ortorexia

encontrada en el presente estudio, se decidió posteriormente analizar los resultados utilizando este último valor como punto de corte. Con esa modificación del punto de corte la prevalencia de síntomas de ortorexia obtenidos en este caso fue del 35% (n=670) de la muestra estudiada, un porcentaje notablemente inferior y probablemente más confiable.

Gráfico 7

Prevalencia de ortorexia expresada por el instrumento ORTHO 15 (punto de corte <35) en la muestra total (n=1913)



En lo que respecta a la validación del instrumento en diversos países (Hungría, España, Turquía, Alemania, Polonia), se observa una considerable variación en cuanto a la cantidad y al tipo de preguntas incluidas en el cuestionario con el fin de mantener la consistencia interna del mismo. Este hecho podría estar ligado a diferencias socioculturales, tales como la educación, la profesión y el estado socio-económico de los habitantes de los distintos países. Además, el desarrollo

de ortorexia está relacionado a cómo los individuos internalizan los ideales de sus respectivas sociedades [6].

Ante esta eventualidad, se tomó la decisión de llevar a cabo un análisis individual y más minucioso de aquellas preguntas del ORTHO 15 que se consideran que tienen injerencia directa en los rasgos ortoréxicos descritos originalmente por Bratman. Esta modalidad utilizada para abordar los datos recolectados ha permitido una interpretación más fidedigna de las personas que podrían presentar rasgos compatibles con ortorexia. Se considera que el elevado porcentaje de individuos con rasgos de ortorexia arrojado por el instrumento puede tener relación con una mala interpretación de las preguntas por parte de los encuestados, debido a que, como se ha expuesto anteriormente, diversas preguntas dan espacio a múltiples apreciaciones que no correlacionan exclusivamente con ortorexia, sino que podrían corresponderse con hábitos alimentarios de los sujetos de la actualidad, es decir podrían obedecer a un cambio de época y su relación con comer alimentos más saludables, o a las características de alimentación de los sujetos argentinos.

A continuación, se discriminan esas preguntas específicas:

Pregunta 1: *“Cuando como, ¿presto atención a las calorías de los alimentos?”*

Se observa que el 58,3, (n=1115) manifiesta algún grado de preocupación respecto a las calorías aportadas por los alimentos. Si bien esta característica no es un rasgo característico de las personas con ortorexia, resulta relevante destacarlo ya que es una conducta fuertemente ligada (aunque no exclusiva) en desórdenes alimentarios o rasgos obsesivos en relación con la alimentación.

Pregunta 2: *“Cuando entro en una tienda de alimentos, ¿me siento confundido/a o aturdido/a?”*

El 15,1% de la muestra refiere sentirse “siempre” o “a menudo” confundido/a y/o aturdido/a al ingresar a una tienda de alimentos. Si bien este comportamiento no se corresponde con los principales rasgos ortoréxicos descritos por Bratman [8], cabe destacar que se trata de personas que excluyen de la dieta alimentos considerados impuros por diferentes motivos (contener herbicidas, pesticidas, otras sustancias), por lo que en el momento de selección de los mismos se podrían generar sensaciones que generan perturbación.

Pregunta 7: *“Planificar una alimentación, ¿me ocupa más de 3 horas al día?”*

Una de las características de las personas con ortorexia, descritas por Bratman, refiere que dedican más de 3 horas al día en planificar su alimentación [8]. En las encuestas se observa que un 7.6% (n=145) de la muestra manifiesta que “siempre” demora más de 3 horas diarias en el diseño de su alimentación.

Pregunta 8: *“¿Me permito transgresiones alimentarias?”* y **Pregunta 13:** *“¿Me siento culpable si transgredo/no cumplo la dieta?”*

Varios autores han definido que las personas que padecen ortorexia realizan esfuerzos permanentes para resistir la tentación de quebrantar su dieta [1], y que la tendencia al perfeccionismo y la auto exigencia son características que suelen estar presentes en la personalidad de las mismas [18].

Bratman señala que ante la infracción de la alimentación planificada aparecen sentimientos de culpabilidad en estos sujetos [8]. Los resultados de la encuesta

indican que un 16.8% (n=321) de la muestra “siempre” experimenta culpa al transgredir la dieta. Sin embargo, este valor puede estar relacionado, al mismo tiempo, con sentimientos de culpabilidad de personas que se han desviado de un plan alimentario indicado con fines dietoterápicos.

Pregunta 10: *“¿Creo que el hecho de comer solo alimentos saludables aumenta mi autoestima?”*

Si bien las personas con ortorexia experimentan sentimientos de superioridad respecto a los demás en cuanto a la dieta que llevan a cabo [1], no necesariamente este porcentaje se condice totalmente con este hecho. El aumento de la autoestima puede deberse a una sensación de “bienestar” o “vitalidad” generada por consumir alimentos saludables en lugar de comida de baja calidad nutricional, sin llegar a ser esto un evento patológico.

Pregunta 11: *“¿Creo que el consumo de alimentos saludables cambia mi estilo de vida (frecuencia de comer afuera, amigos, eventos, etc)?”*

En ocasiones, el tipo de alimentación que llevan a cabo las personas con ortorexia les provoca una situación de aislamiento social [8] ya que la soledad permitiría un control total de su dieta, con una consecuente tendencia a la pérdida de las relaciones sociales [6]. Sin embargo, esto puede deberse no sólo a una cuestión de buscar un dominio completo del proceso de elaboración de los alimentos, sino que una persona que realiza un régimen específico para una patología como la celiaquía, diabetes u obesidad, puede verse involucrado en esta misma situación de aislamiento.

Del presente estudio se desprende que sería más útil para la población argentina utilizar como punto de corte del ORTHO 15 < 35 puntos. A su vez, resultaría más ventajoso, por ser más representativo de los criterios de ortorexia, utilizar una selección de las preguntas del ORTHO 15 que reflejan las definiciones de Bratman para definir Ortorexia, puesto que los resultados expresados en porcentajes en esas preguntas específicas son también menores que cuando se consideran los puntos de corte. La selección de esas preguntas parecería ser más sensible a la hora de determinar la presencia de ortorexia y ello implicaría una versión más acotada del cuestionario como instrumento para evaluar Ortorexia. Aunque deberían llevarse a cabo más trabajos para dilucidar este aspecto.

Futuros estudios más complejos y de comparaciones entre los fenómenos de ortorexia, perfeccionismo y ansiedad podrían determinar el peso que estas variables: perfeccionismo y ansiedad pudiesen tener sobre los rasgos ortoréxicos.

VI. LIMITACIONES DEL PRESENTE TRABAJO

Se destaca que la distribución de la muestra por género y disposición geográfica no ha resultado ser representativa de toda la población argentina, aunque sí representó un porcentaje importante de sujetos de la Provincia de Buenos Aires. Por lo tanto, los resultados podrían verse sesgados por estos motivos, distribución por género y por región.

Respecto a las limitaciones halladas en función de las herramientas disponibles para evaluar ortorexia en la población argentina, se abre una nueva línea de investigación en este campo, para poder contar con datos confiables y fidedignos, sobre dicho fenómeno. Se considera, para futuros trabajos, la necesidad de contar con la validación del ORTHO 15 para nuestro país con los puntos de corte que sean más representativos de nuestra propia población.

Además, se encuentra abierto a nuevas investigaciones la búsqueda de una relación con significancia estadística entre ortorexia, perfeccionismo y ansiedad, debido a que en el presente estudio se han abordado sus características a través del tratamiento de los datos estadísticos con una modalidad meramente descriptiva.

VII. CONCLUSIONES

A través del instrumento ORTHO 15, propuesto por Donini y cols. se obtuvo que un porcentaje significativo sobre el total de la muestra presentó rasgos de ortorexia cuando se utilizó el punto de corte menor a 40 puntos. Por otra parte, al utilizar otro punto de corte sugerido por otros autores, con un valor de umbral menor de 35 puntos [8]; [9], el porcentaje de individuos con características ortoréxicas desciende notablemente a menos de la mitad del total de la muestra.

Los rasgos de perfeccionismo mensurados a través del EDI-2, evidencian que la tendencia al perfeccionismo se encuentra relacionada con la auto exigencia y con la expectativa familiar de alcanzar un alto rendimiento y no necesariamente con la presión familiar “para lograr ser el mejor”. Sin embargo, más de la mitad de los sujetos respondió que suelen sentir presión familiar y ello implica tener altas expectativas para que logren un alto rendimiento. La muestra se repartió en proporciones similares en cuanto a riesgo para padecer algún tipo de patología asociado al perfeccionismo y no tenerlo, pero ello implica que la mitad sí puede padecerlo y un porcentaje menor estuvo asociado a síntomas graves de perfeccionismo.

Es significativo que un alto porcentaje de sujetos en la Argentina presentan indicadores altos de niveles de ansiedad de acuerdo con los puntajes de la HARS. Más de la mitad de la población estudiada presentó un grado de ansiedad que requiere algún tipo de tratamiento. Aunque el nivel de ansiedad mínima y

moderada prevalece en un poco más de la mitad de la población estudiada y un porcentaje menor presenta ansiedad obvia y severa.

VIII. ANEXOS

Anexo N° 1: Encuesta anónima conteniendo los instrumentos ORTHO 15, EDI-2 y HARS

1° SECCIÓN

Consentimiento informado

2° SECCIÓN

EDAD (Texto de respuesta corta)

GENERO (Respuesta de selección múltiple)

- Femenino
- Masculino
- Otro

PROVINCIA DE RESIDENCIA (Respuesta de selección múltiple desplegable)

LOCALIDAD DE RESIDENCIA (Texto de respuesta corta)

3° SECCIÓN (EDI-2 versión adaptada - Respuesta de selección múltiple)

1) Para mi familia lo más importante es ser primero en todo.

- Siempre
- Casi siempre
- A menudo
- A veces
- Pocas veces
- Nunca

2) De niño/a me esforcé por no desilusionar a mis padres y maestros.

- Siempre
- Casi siempre
- A menudo
- A veces
- Pocas veces
- Nunca

3) Detesto cuando no soy el/la mejor en algo.

- Siempre
- Casi siempre
- A menudo
- A veces
- Pocas veces
- Nunca

4) Mis padres esperan de mí un alto nivel de rendimiento.

- Siempre
- Casi siempre
- A menudo
- A veces
- Pocas veces
- Nunca

5) Creo que tengo que hacer todo a la perfección o no hacer nada.

- Siempre
- Casi siempre
- A menudo
- A veces
- Pocas veces
- Nunca

6) Me propongo metas sumamente elevadas.

- Siempre
- Casi siempre
- A menudo
- A veces
- Pocas veces
- Nunca

4º SECCIÓN (ORTHO 15 versión adaptada - Respuesta de selección múltiple)

1) Cuándo cómo, ¿presto atención a las calorías de los alimentos?

- Siempre
- A menudo
- A veces
- Nunca

2) Cuándo entré en una tienda de alimentos, ¿me siento confundido/a o aturdido/a?

- Siempre
- A menudo
- A veces
- Nunca

3) En los últimos 3 meses, ¿pensar en la comida me ha generado preocupación?

- Siempre
- A menudo
- A veces
- Nunca

4) ¿Mis hábitos alimentarios están condicionados por la preocupación sobre mi estado de salud?

- Siempre
- A menudo
- A veces
- Nunca

5) Para mí, ¿el sabor de la comida es más importante que la calidad?

- Siempre
- A menudo
- A veces
- Nunca

6) ¿Estoy dispuesto/a a gastar más dinero para tener una alimentación más sana?

- Siempre
- A menudo
- A veces
- Nunca

7) Planificar una alimentación sana, ¿me ocupa más de tres horas al día?

- Siempre
- A menudo
- A veces
- Nunca

8) ¿Me permito transgresiones alimentarias?

- Siempre
- A menudo
- A veces
- Nunca

9) ¿Mi estado de ánimo afecta mi comportamiento alimentario?

- Siempre
- A menudo
- A veces
- Nunca

10) ¿Creo que el hecho de comer sólo alimentos saludables aumenta mi autoestima?

- Siempre
- A menudo
- A veces
- Nunca

11) ¿Creo que el consumo de alimentos saludables cambia mi estilo de vida (frecuencia de comer afuera, amigos, eventos...)?

- Siempre
- A menudo
- A veces
- Nunca

12) ¿Creo que el consumo de comida saludable puede mejorar mi apariencia?

- Siempre
- A menudo
- A veces
- Nunca

13) ¿Me siento culpable si transgredo/ no cumplo la dieta?

- Siempre
- A menudo
- A veces
- Nunca

14) ¿Creo que en el mercado también hay alimentos poco saludables?

- Siempre
- A menudo
- A veces
- Nunca

15) En la actualidad, ¿cómo solo/a?

- Siempre
- A menudo
- A veces
- Nunca

5º SECCIÓN (HARS versión adaptada - Respuesta de selección múltiple)

Instrucciones: La evaluación debe referirse a los últimos 7 días.

1) Estado de ánimo ansioso. Preocupaciones, anticipación de lo peor, aprensión (anticipación temerosa), irritabilidad.

- Ausente = 0
- Leve = 1
- Moderado = 2
- Grave = 3
- Muy grave/incapacitante = 4

2) Tensión. Sensación de tensión, imposibilidad de relajarse, reacciones con sobresalto, llanto fácil, temblores, sensación de inquietud.

- Ausente = 0
- Leve = 1
- Moderado = 2
- Grave = 3
- Muy grave/incapacitante = 4

3) Temores. A la oscuridad, a los extraños, a quedarse solo/a, a los animales, al tráfico, a las multitudes.

- Ausente = 0
- Leve = 1
- Moderado = 2
- Grave = 3
- Muy grave/incapacitante = 4

4) Insomnio. Dificultad para conciliar el sueño, sueño interrumpido, sueño insatisfactorio y cansancio al despertar. Sueños, pesadillas, terrores nocturnos.

- Ausente = 0
- Leve = 1
- Moderado = 2
- Grave = 3
- Muy grave/incapacitante = 4

5) Capacidad intelectual. Dificultad para concentrarse, mala memoria.

- Ausente = 0
- Leve = 1

- Moderado = 2
- Grave = 3
- Muy grave/incapacitante = 4

6) Estado de ánimo deprimido. Pérdida de interés, insatisfacción en las diversiones, depresión, despertar prematuro, cambios de humor durante el día.

- Ausente = 0
- Leve = 1
- Moderado = 2
- Grave = 3
- Muy grave/incapacitante = 4

7) Síntomas somáticos (musculares). Dolores y molestias musculares, rigidez muscular, contracciones musculares, bruxismo, voz temblorosa.

- Ausente = 0
- Leve = 1
- Moderado = 2
- Grave = 3
- Muy grave/incapacitante = 4

8) Síntomas somáticos (sensoriales). Zumbidos de oídos, visión borrosa, sofocos y escalofríos, sensación de debilidad, sensación de hormigueo.

- Ausente = 0
- Leve = 1
- Moderado = 2

- Grave = 3
- Muy grave/incapacitante = 4

9) Síntomas cardiovasculares. Taquicardia, palpitaciones, dolor en el pecho, latidos vasculares, sensación de desmayo.

- Ausente = 0
- Leve = 1
- Moderado = 2
- Grave = 3
- Muy grave/incapacitante = 4

10) Síntomas respiratorios. Opresión o constricción en el pecho, sensación de ahogo, suspiros, disnea.

- Ausente = 0
- Leve = 1
- Moderado = 2
- Grave = 3
- Muy grave/incapacitante = 4

11) Síntomas gastrointestinales. Dificultad para tragar, gases, dispepsia: dolor antes y después de comer, acidez, sensación de estómago lleno, vómitos acuosos, vómitos, sensación de estómago vacío, digestión lenta, borborismos (ruido intestinal), diarrea, pérdida de peso, estreñimiento.

- Ausente = 0
- Leve = 1

- Moderado = 2
- Grave = 3
- Muy grave/incapacitante = 4

12) Síntomas genitourinarios. Micción frecuente, micción urgente, amenorrea, menorragia, aparición de la frigidez, eyaculación precoz, ausencia de erección, impotencia.

- Ausente = 0
- Leve = 1
- Moderado = 2
- Grave = 3
- Muy grave/incapacitante = 4

13) Síntomas vegetativos. Boca seca, rubor, palidez, tendencia a sudar, vértigos, cefaleas de tensión, piloerección (pelos de punta).

- Ausente = 0
- Leve = 1
- Moderado = 2
- Grave = 3
- Muy grave/incapacitante = 4

14) Comportamiento durante el cuestionario. Agitación, inquietud, idas y venidas, temblor de manos, ceño fruncido, rostro tenso, suspiros o respiración rápida, palidez facial, deglución de saliva.

- Ausente = 0

- Leve = 1
- Moderado = 2
- Grave = 3
- Muy grave/incapacitante = 4

Anexo N° 2: Consentimiento informado

C O N S E N T I M I E N T O I N F O R M A D O

Evaluación del fenómeno de ortorexia en la población de la República Argentina y su posible relación con los rasgos de perfeccionismo y de ansiedad

- O R I G I N A L P A R A E L V O L U N T A R I O

Yo, _____ abajo firmante, declaro por la presente haber leído este texto y luego de realizar todas las preguntas al Investigador Principal: Humberto L. Persano y a los Co Investigadores: Paula Rodríguez, Florencia García, María Mercedes Ibas, Bárbara Camila Spinella, Johanna Giselle Vallone., he recibido una explicación satisfactoria sobre los objetivos del estudio, el procedimiento, su finalidad. He recibido una copia del Formulario de Información y he leído y comprendido su contenido. Me han sido respondidas todas mis dudas y entiendo que mi participación es voluntaria y cuento con el derecho de retirarme cuando lo desee, con la única obligación de informar de mi decisión al médico responsable, lo que doy mi consentimiento a la participación en esta investigación. Por todo lo tanto doy **libremente mi acuerdo** y de manera espontánea para participar en este estudio.

VOLUNTARIO:

_____/_____/_____
FECHA FIRMA ACLARACIÓN DOCUMENTO TIPO Y N°

INVESTIGADOR PRINCIPAL

_____/_____/_____
FECHA FIRMA ACLARACIÓN DOCUMENTO TIPO Y N°

"Evaluación del fenómeno de ortorexia en la población de la República Argentina y su posible relación con los rasgos de perfeccionismo y de ansiedad".



IX. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- [1] Bratman, S., & Knight, D. (1997). Health food junkie. *Yoga journal*, 136, 42-50.
- [2] García, A., Ramírez, I., Ceballos, G., & Méndez, E. (2014). ¿Qué sabe Ud. Acerca de Ortorexia? *Revista mexicana de ciencias farmacéuticas*, 45(2), 84-87.
- [3] Bartrina, J. (2007). Orthorexia or when a healthy diet becomes an obsession. *Archivos latinoamericanos de nutrición*, 57(4), 313-315.
- [4] Mateo-Martínez, G., & Sellán-Soto, M. C. (2017). En torno del apetito correcto: exploración del constructo ortorexia desde los núcleos esenciales del discurso experiencial. *Escola Anna Nery*, 21(3).
- [5] Brytek-Matera, A., Rogoza, R., Gramaglia, C., & Zeppegno, P. (2015). Predictors of orthorexic behaviours in patients with eating disorders: a preliminary study. *BMC psychiatry*, 15(1), 252.
- [6] Parra-Fernandez, M. L., Rodríguez-Cano, T., Onieva-Zafra, M. D., Perez-Haro, M. J., Casero-Alonso, V., Muñoz Camargo, J. C., & Notario-Pacheco, B. (2018). Adaptation and validation of the Spanish version of the ORTO-15

questionnaire for the diagnosis of orthorexia nervosa. *PLoS One*, 13(1), e0190722.

- [7] Sánchez, R. M., & Moreno, A. M. (2007). Ortorexia y vigorexia: ¿Nuevos trastornos de la conducta alimentaria? *Trastornos de la conducta alimentaria*, (5), 457-482.
- [8] Plichta, M., Jezewska-Zychowicz, M., & Gębski, J. (2019). Orthorexic tendency in polish students: exploring association with dietary patterns, body satisfaction and weight. *Nutrients*, 11(1), 100.
- [9] Ramacciotti, C. E., Perrone, P., Coli, E., Burgalassi, A., Conversano, C., Massimetti, G., & Dell'Osso, L. (2011). Orthorexia nervosa in the general population: a preliminary screening using a self-administered questionnaire (ORTO-15). *Eating and weight disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 16(2), e127-e130.
- [10] Koven, N. S., & Abry, A. W. (2015). The clinical basis of orthorexia nervosa: emerging perspectives. *Neuropsychiatric disease and treatment*, 11, 385.
- [11] DSM, V. (2014). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM5*. EE. UU: Asociación americana de psiquiatría. Recuperado de <http://www.adaptacionescurriculares.com/Teoria>, 208.
- [12] World Health Organization. (1992). CIE-10. Décima revisión de la

clasificación internacional de las enfermedades. Trastornos mentales y del comportamiento. Descripción clínica y pautas para el diagnóstico.

- [13] Baladia, E. (2016). Percepción de la imagen corporal como factor predisponente, precipitante y perpetuante en los trastornos de la conducta alimentaria (TCA). *Revista Española de Nutrición Humana y Dietética*, 20(3), 161-163.
- [14] Pamies, L., & Quiles, Y. (2014). Perfeccionismo y factores de riesgo para el desarrollo de trastornos alimentarios en adolescentes españoles de ambos géneros. *Anales de Psicología*, 30(2), 620-626.
- [15] Bergunde, L., & Dritschel, B. (2020). The shield of self-compassion: A buffer against disordered eating risk from physical appearance perfectionism. *PloS one*, 15(1), e0227564.
- [16] López, P. L., Arana, F., Keegan, E., Lago, A., & Scappatura, M. L. (2005). Actualización y perspectivas en la relación perfeccionismo-imagen corporal. In *XII Jornadas de Investigación y Primer Encuentro de Investigadores en Psicología del Mercosur*. Facultad de Psicología-Universidad de Buenos Aires.
- [17] Levinson, C. A., Brosos, L. C., Vanzhula, I. A., Bumberry, L., Zerwas, S., & Bulik, C. M. (2017). Perfectionism group treatment for eating disorders in an inpatient, partial hospitalization, and outpatient setting. *European Eating*

Disorders Review, 25(6), 579-585.

- [18] Behar, R., Gramegna, G., & Arancibia, M. (2014). Perfeccionismo e insatisfacción corporal en los trastornos de la conducta alimentaria. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 52(2), 103-114.
- [19] Correa, M. L., Zubarew, T., Silva, P., & Romero, M. I. (2006). Prevalencia de riesgo de trastornos alimentarios en adolescentes mujeres escolares de la Región Metropolitana. *Revista chilena de pediatría*, 77(2), 153-160.
- [20] López, O. I. F., Hernández, B. J., Almirall, R. B. A., Molina, D. S., & Navarro, J. R. C. (2012). Manual para diagnóstico y tratamiento de trastornos ansiosos. *MediSur*, 10(5), 466-479.
- [21] Pinto, N. S., & Vindel, A. C. (2012). Ansiedad en los trastornos alimentarios: Un estudio comparativo. *Psicothema*, 24(3), 384-389.
- [22] Godart, N. T., Flament, M. F., Curt, F., Perdereau, F., Lang, F., Venisse, J. L., ... & Jeammet, P. (2003). Anxiety disorders in subjects seeking treatment for eating disorders: a DSM-IV controlled study. *Psychiatry research*, 117(3), 245-258.
- [23] Montalvo, J. F., & Yáñez, S. (1994). Alexitimia: concepto, evaluación y tratamiento. *Psicothema*, 6(3), 357-366.

- [24] Behar, R. (2010). Funcionamiento psicosocial en los trastornos de la conducta alimentaria: Ansiedad social, alexitimia y falta de asertividad. *Revista mexicana de trastornos alimentarios*, 1(2), 0-0.
- [25] Sabater, V. (2016). La mente es maravillosa. *Obtenido de La Mente es Maravillosa: <https://lamenteesmaravillosa.com/psicologia-del-color-curiosidades>*.
- [26] Persano, H., Ciccioli, M., Gonzalo, M., Jubany, F., Pugliese, C., Soto, S. (2019). Ansiedad y trastornos de la conducta alimentaria: Estudio empírico sobre una muestra clínica y una muestra control. Universidad de Buenos Aires, *Revista Nutrición Investiga* 2019;IV(2):154–94.
- [27] Levinson, C. A., & Rodebaugh, T. L. (2016). Clarifying the prospective relationships between social anxiety and eating disorder symptoms and underlying vulnerabilities. *Appetite*, 107, 38-46.
- [28] Martins, M. C. T., Alvarenga, M. D. S., Vargas, S. V. A., Sato, K. S. C. D. J., & Scagliusi, F. B. (2011). Ortorexia nervosa: reflexões sobre um novo conceito. *Revista de nutrição*, 24(2), 345-357.
- [29] Marchi, P. (2007). Bioética y Nutrición. Consideraciones de interés para la formación de profesionales de la nutrición. Asunción, Paraguay: Universidad de la Integración de las Américas; 2007, 8-27. <https://www.monografias.com/trabajos-pdf2/bioetica-nutricion->

consideraciones-formacion-profesionales/bioetica-nutricion-
consideraciones-formacion-profesionales.shtml

- [30] Garner, D. M. (1998). EDI-2. Inventario de trastornos de la conducta alimentaria. TEA Ediciones. *Publicaciones de Psicología Aplicada. Serie Menor*, 267.
- [31] Lobo, A., Chamorro, L., Luque, A., Dal-Ré, R., Badia, X., Baró, E., & Grupo de Validación en Español de Escalas Psicométricas (GVEEP. (2002). Validación de las versiones en español de la Montgomery-Asberg Depression Rating Scale y la Hamilton Anxiety Rating Scale para la evaluación de la depresión y de la ansiedad. *Medicina clínica*, 118(13), 493-499.
- [32] Niño-Avenidaño, C. A., Ospina, J. M., & Abril, F. G. M. (2014). Episodios de ansiedad y depresión en universitarias de Tunja (Colombia): probable asociación con uso de anticoncepción hormonal. 2012. *Investigaciones Andina*, 16(29), 1059-1071.