



**UNIVERSIDAD DEL ACONCAGUA**  
**FACULTAD DE PSICOLOGÍA**

# **TESIS DE LICENCIATURA**

## **“Tendencia al Comportamiento Ortoréxico: Dimensiones del Perfeccionismo y modalidades de Locus de Control en jóvenes de Mendoza”**

Alumna: VIDELA PIETRASANTA, Andrea Belén

Directora: Dra. MADDIO, Silvina Laura

CO-DIRECTORA: Lic. OLIVA, Valentina

**Mendoza, Febrero de 2018**

**HOJA DE EVALUACIÓN**

**TRIBUNAL**

**Presidente:**

**Vocal:**

**Vocal:**

**Profesores invitados:**

Dra. Silvina Maddio

Lic. Valentina Oliva

**Nota**

### ***Agradecimientos:***

*A mi abuela, por su cariño incondicional y por enseñarme a descubrirme en mis fortalezas y a confiar en mis recursos internos. A mi leal compañera de estudio, le agradezco por los lindos momentos que vivimos juntas mientras yo estudiaba en voz alta. Ella esperó con gran entusiasmo el día en que podría verme recibida. Hoy siento que su amor sigue vivo, y que su energía me llevó a encontrarme con Silvina y con Valentina, para poder disfrutar de este último trayecto en mis estudios.*

*A Silvina y a Valentina, por acompañarme y guiarme en este recorrido. Gracias por su escucha, por su compromiso, por respetar mi forma de trabajo y mis pensamientos, por enseñarme a criticarlos para poder crecer y avanzar en mi camino, por la lectura dedicada y minuciosa que hicieron de mis borradores. Gracias por compartir conmigo sus conocimientos y su tiempo.*

*A mi compañero de vida, Emmanuel, por desear mi felicidad y animarme a buscarla. Gracias por tu paciencia, tu protección, por darme fuerzas y sostenerme dulcemente todos estos años. Gracias por enseñarme a que puedo equivocarme, y que es necesario para poder crecer; por mostrarme que las cosas no son perfectas, sino perfectibles, y por eso valen la pena vivirlas intensamente. Gracias por creer en mí.*

*A mis padres, por desvivirse por mi felicidad y la de mis hermanos. Porque ambos me transmitieron la tenacidad, la perseverancia y el valor del esfuerzo para probarme y construir todos mis proyectos. Porque hoy disfruto de mi ambición por dar lo mejor de mí para poder crearme y desencontrarme. Gracias por el amor que me han brindado, por los valores con los que me nutrieron, por elegirme teniendo que renunciar a otros proyectos.*

*A mis hermanos, Gusti y Fabi, porque no encuentro palabras para describir lo feliz que soy por tenerlos en mi vida. Gracias por estar siempre, por compartir cada momento, por su complicidad y por la hermandad de corazón que nos une.*

## Resumen

El propósito de este estudio fue aproximarse a la realidad del Comportamiento Ortoréxico en nuestro medio. Asimismo, se buscó conocer el tipo de perfil perfeccionista y la modalidad de Locus de Control predominantes en un grupo de dietantes restrictivos voluntarios.

La muestra estuvo constituida por 222 dietantes mendocinos, cuyas edades comprendían entre los 24 y los 35 años. El estudio es Descriptivo-Correlacional, y su diseño es No Experimental-Transversal. Los instrumentos administrados fueron: el cuestionario Orto-15; la Almost Perfect Scale- Revised (APS-R) y la Escala de Locus de Control interna-externa de Rotter.

Los resultados indican: una prevalencia de riesgo de Comportamiento Ortoréxico del 12.2%, predominando el perfil Perfeccionista adaptativo y la modalidad interna de Locus de Control. Lo que se relaciona con una mayor motivación hacia el logro que les permite persistir en el tiempo en sus objetivos, auto-regulando y controlando su conducta de ingesta. Por otra parte, no se encontró correlación significativa entre el Comportamiento Ortoréxico y el Locus de control, por lo que podría pensarse que el Locus de Control es una variable mediadora de aproximación al estrés. La correlación entre la dimensión desadaptativa del Perfeccionismo y el Comportamiento Ortoréxico fue débil; por tanto, se considera que la valoración adaptativa o desadaptativa de los propios estándares de desempeño es específica a cada situación, requiriéndose de otros instrumentos para profundizar su evaluación.

Palabras Claves: Trastornos de la conducta alimentaria no especificados, Ortorexia, Perfeccionismo multidimensional, Locus de control Unidimensional

## **Abstract**

The purpose of this study was to approach the Orthorexic Eating Behavior reality in our environment. Additionally, the study aimed at recognizing the type of perfectionist profile and the Locus of Control modality that prevailed in a group of voluntary restrictive dieters.

The sample group was formed by 222 dieters aged 24 to 35 years from the province of Mendoza. The study is Descriptive-Correlational in nature and its design is Non-experimental and Cross-sectional. The instruments used were the ORTO-15 questionnaire, the Almost Perfect Scale-Revised (APS-R) and Rotter's Internal-External Locus of Control Scale.

Results show a prevalence of risk of 12.2% for Orthorexic Eating Behavior, with the adaptive Perfectionism profile and the internal Locus of Control taking precedence. This is related to a higher motivation for achievement that allows the respondents to insist on their objectives' pursuit, auto-regulating and controlling their intake behavior. Moreover, no significant correlation was found between Orthorexic Eating Behavior and Locus of Control, which leads to the possible conclusion that the Locus of Control is an intermediary variable of approximation to stress. The correlation between the maladaptive dimension of Perfectionism and Orthorexic Eating Behavior was weak, thus the adaptive or maladaptive classification of the respondents' own performance standards is considered specific to each situation, requiring more instruments for its in-depth evaluation.

**Keywords:** Eating Disorder not Otherwise Specified, Orthorexia, Multidimensional Perfectionism, One-dimensional Locus of Control

## Índice

Universidad del Aconcagua.....	p.1
Título.....	p.2
Hoja de Evaluación.....	p.3
Resumen.....	p.5
<b>Introducción.....</b>	<b>p.11</b>
<b>Marco Teórico.....</b>	<b>p.13</b>
<b>Capítulo 1: Ortorexia Nerviosa o Comportamiento Ortoréxico.....</b>	<b>p.14</b>
1.1. ¿Qué se entiende por Ortorexia Nerviosa?.....	p. 15
1.2. Criterios diagnósticos de la Ortorexia Nerviosa.....	p.18
1.2.1. Diagnóstico Diferencial.....	p. 21
1.3. Etiopatogenia desde el Modelo Biopsicosocial.....	p.24
1.3.1. Factores individuales.....	p.24
1.3.2. Factores Familiares.....	p. 28
1.3.3. Factores Socio-culturales.....	p.30
1.4. Los riesgos de la obsesión por un cuerpo sano.....	p.33
1.5. Epidemiología del Comportamiento Ortoréxico.....	p.36
<b>Capítulo 2: Perfeccionismo.....</b>	<b>p. 41</b>
2.1. Introducción al concepto de Perfeccionismo.....	p.42
2.2. Definición de Perfeccionismo.....	p.42
2.2.1. Perfeccionismo, ¿Disposición o rasgo?.....	p.43
2.3. Breve historia y modelos teóricos.....	p.45
2.3.1. Teoría Tripartita del Perfeccionismo.....	p.48

2.3.2. Modelo del Perfeccionismo Disposicional del 2x2.....	p.51
2.4. Perfeccionismo y Trastornos de la Conducta Alimentaria.....	p.53
<b>Capítulo 3: Locus de Control.....</b>	<b>p.58</b>
3.1. Introducción al concepto de Locus de Control.....	p.59
3.2. Orígenes del concepto de Locus de Control.....	p.59
3.3. ¿Qué se entiende por Locus de Control?.....	p.61
3.3.1. Locus de Control Interno.....	p.63
3.3.2. Locus de Control Externo.....	p.65
3.4. Evolución y derivaciones del Locus de Control.....	p.66
3.4.1. Dimensionalidad del Locus de Control.....	p.66
3.4.2. Especificidad del Locus de Control.....	p.69
3.5. Locus de Control y los Trastornos de la Alimentación.....	p.70
Marco Metodológico.....	p.75
<b>Capítulo 4: Método, Instrumentos y Procedimientos.....</b>	<b>p.75</b>
4.1. Objetivos e Hipótesis.....	p.76
4.1.1. Definiciones Operativas.....	p.77
4.2. Diseño de Investigación.....	p.78
4.2.1. Enfoque de Investigación.....	p.78
4.2.2. Diseño metodológico.....	p.78
4.2.3. Diseño de investigación.....	p.79
4.3. Participantes y muestra.....	p.79
4.3.1. Caracterización de la muestra.....	p.80
4.4. Instrumentos de recolección de datos. Descripción y propiedades psicométricas...	p.84
4.4.1. Cuestionario Sociodemográfico.....	p.84
4.4.2. Cuestionario Orto-15.....	p.84



Descripción del Instrumento.....	p.84
Propiedades Psicométricas.....	p.85
Contextualización del Instrumento.....	p.87
Propuesta de Contextualización del Orto-15.....	p.91
4.4.3. Almost Perfect Scale- Revised (APS-R) (Slaney et al., 1996; adaptación argentina de Arana, Keegan y Rutzstein, 2009).....	p.94
Descripción y propiedades psicométricas.....	p.94
4.4.4. Escala de Locus de Control de Rotter (1966; adaptación argentina de Brenlla, Vázquez y Aranguren, 2008).....	p.95
Descripción y propiedades psicométricas.....	p.95
Procedimiento de puntuación.....	p.96
4.5. Procedimiento ético.....	p.97
4.6. Procedimiento de Reclutamiento de Participantes.....	p.98
4.7. Procedimiento de administración y puntuación de instrumentos.....	p.99
4.8. Procedimiento de análisis de datos.....	p.100
4.9. Análisis Preliminar.....	p.100
4.9.1. Análisis de valores perdidos.....	p.100
4.9.2. Fiabilidad o Consistencia Interna de los instrumentos.....	p.101
Cuestionario Orto-15.....	p.101
Escala APS-R.....	p.102
Escala Locus de Control de Rotter.....	p.102
4.9.3. Estadísticos de forma: Asimetría y Curtosis.....	p.103
4.10. Pruebas para el análisis de datos.....	p.103
<b>Capítulo 5: Presentación y Discusión de Resultados.....</b>	<b>p.104</b>

5.1. Prevalencia de Comportamiento Ortoréxico en jóvenes adultos dietantes.....	p.105
5.2. Perfeccionismo y Locus de Control en dietantes jóvenes adultos.....	p.107
5.2.1. Perfeccionismo en dietantes.....	p.107
5.2.2. Locus de Control en dietantes.....	p.109
5.3. Locus de Control, Perfeccionismo y Comportamiento Ortoréxico.....	p.111
5.3.1. Locus de Control y Comportamiento Ortoréxico.....	p.112
5.3.2. Perfeccionismo y Comportamiento Ortoréxico.....	p.113
5.4. Propuesta de Abordaje Psicológico.....	p.114
5.4.1. Promoción de estilos de vidas saludables.....	p.115
Programas de Promoción de estilos de vidas saludables.....	p.115
¿Qué se entiende por autoconcepto y cómo desarrollarlo?.....	p.117
5.4.2. Alternativas Terapéuticas frente al Comportamiento Ortoréxico.....	p.119
<b>Discusión de Resultados.....</b>	<b>p.122</b>
<b>Conclusiones.....</b>	<b>p.135</b>
<b>Limitaciones y Futuras Líneas de Investigación.....</b>	<b>p.138</b>
<b>Referencias Bibliográficas.....</b>	<b>p.139</b>
<b>Anexos.....</b>	<b>p.156</b>

## Introducción

El temor exagerado a la epidemia de la obesidad y la búsqueda de un cuerpo perfectamente puro parodian a las tendencias de la sociedad actual. Las redes sociales y los buscadores en línea obturan con su información indiscriminada, masiva y engañosa. Los medios de comunicación tejen los ideales consumistas a seguir, atrayendo hacia la quietud y pasividad de una imagen impecable. Desde una línea totalmente distinta, los programas de salud siguen apostando por la prevención que educa con imágenes. Mientras tanto, el terreno de la promoción espera nuevas estrategias de acción.

Este entramado social hace eco en sus integrantes, quienes responden a su manera. A partir de allí, hay algunos caminos que entrampan más que otros. En la elección de éstos, se juega lo personal de cada uno. Y justamente, esta tesis aborda ese camino que buscando la salubridad y vitalidad, termina enfermando.

El Comportamiento Ortoréxico o la Ortorexia Nerviosa es la obsesión crónica por aquella comida que la persona considera saludable. Este nuevo trastorno alimentario, como lo define Poulisis (2011), se encuentra en el centro de debates sobre su reconocimiento como una entidad clínica independiente dentro de tales trastornos. Las investigaciones son escasas, y por tanto, muy necesarias para poder avanzar en la promoción de estilos de vidas realmente saludables y en la prevención y terapéutica de esta conducta alimentaria disfuncional.

Koven y Abry (2015) mencionan que el estudio de las manifestaciones clínicas y de los indicadores diagnósticos de este fenómeno posibilitará la construcción de instrumentos que puedan detectarlo a tiempo, y que abran espacios al trabajo promocional y clínico.

Precisamente, uno de los objetivos generales que da curso a esta práctica de investigación es la exploración de la tendencia al Comportamiento ortoréxico en una muestra de dietantes restrictivos voluntarios. De acuerdo a lo postulado por Bratman (1997) y Aranceta Bartrina (2007), se podría pensar que este grupo de sujetos es uno de los más vulnerables a fanatizarse por la comida sana.

Además, se estudiaron dos variables cognitivas: el Locus de Control interno-externo y el Perfeccionismo Multidimensional. Con ello se buscó aportar evidencia empírica de los factores, que a nivel individual, podrían influir en el origen o mantenimiento del Comportamiento Ortorexico.

De esta forma, en una primera instancia se persiguió describir los perfiles de Perfeccionismo y las modalidades de Locus de Control predominantes en esta muestra. Luego, se correlacionó estas variables con el Comportamiento Ortorexico.

Se espera que las conclusiones a las que arribe la presente investigación contribuyan, junto a tantas otras investigaciones, al esclarecimiento y establecimiento de ciertos indicadores que hagan plausible su reconocimiento y detección en un nivel temprano. Además, se busca abrir la discusión y sugerir propuestas de trabajo para prevenir su aparición.

El trabajo desarrollado a continuación se desglosa en dos partes:

En el primer apartado se recorre el marco teórico: el capítulo 1 explica en qué consiste el Comportamiento Ortorexico; el capítulo 2 se centra en el estudio del Perfeccionismo como constructo multidimensional; y el capítulo 3 aborda el constructo de Locus de Control interno-externo.

Posteriormente, se informa el marco metodológico. En él se especifican: los objetivos; las hipótesis; el diseño; las características de la muestra empleada; los instrumentos administrados y los procedimientos éticos, de reclutamiento de participantes y de análisis de resultados.

Luego, se presentan los resultados obtenidos, para poder discutirlos e interpretarlos a continuación. Finalmente, se explican las conclusiones a las que se arribó en este trabajo.

## **MARCO TEÓRICO**

**CAPITULO 1**

**ORTOREXIA NERVIOSA O**

**COMPORTAMIENTO ORTORÉXICO**

### **1.1.¿Qué se entiende por Ortorexia Nerviosa?**

En los últimos años, patologías desconocidas hasta el momento se han escenificado en la práctica clínica alertando a los profesionales de la salud. Entonces, comienzan a plantearse términos nuevos y actuales: Ortorexia, Diabulimia, Vigorexia, Alcohorexia, Pregorexia, Síndrome del Comedor Selectivo (son algunos de ellos) (Pera Pirotto, 2006; Poulisis, 2011). La impetuosa irrupción de dichas patologías, en el campo de trabajo de nutricionistas, psiquiatras y psicólogos, interpela al discurso del saber especializado en el área de la psiconutrición y los trastornos de la alimentación (Ver anexo).

Según Pera Pirotto (2006), estos términos tienen algo en común: describen nuevos trastornos de la conducta alimentaria (de ahora en adelante, TCA), “que se han sumado a lo más conocidos, la bulimia y la anorexia. Además, cada vez son más las personas que los padecen (párr. 2)”.

En palabras de Arnaiz (2008), los TCA pueden pensarse como “aflicciones relacionadas con la alimentación” (p.53), cuya conceptualización clínica remite a “comportamientos que, por su alejamiento más o menos extremo de los patrones alimentarios aceptables, se identifican como desordenados, poco normales y, en buena medida, patológicos” (p.53).

Por tanto, una dieta basada en productos ecológicos, en la cual se regule el consumo de transgénicos y conservantes (Pera Pirotto, 2006), y se le otorgue importancia a la planificación de las comidas diarias, al consumo abundante de frutas y verduras; equilibrando los nutrientes; y reduciendo el uso de sal y el consumo de alimentos con altos contenido en sodio (Ministerio de Salud de la Nación, 2016) no puede ser considerada como nociva para la salud psicofísica del individuo. Al contrario, es lo que recomiendan los especialistas en Nutrición. Es decir, en sí misma

esta dieta, al igual que tantas otras (como la vegetariana, vegana –adecuadamente planificadas), no son perjudiciales ni tampoco implican un TCA (Bratman y Knight, 2001).

Si el deseo de comer alimentos saludables no implica un trastorno en sí mismo (Donini, Marsili, Graziani, Imbriale y Canella, 2005; Getz, 2009), entonces ¿es posible que una forma de alimentación que busca ser saludable pueda convertirse en nociva para el individuo, al punto de trastornar su forma y calidad de vida? Bratman y Knight (2001) responden afirmativamente, ya que una dieta inofensiva con el fin de mejorar los hábitos de alimentación o la salud en general puede convertirse en un verdadero TCA: en Ortorexia nerviosa. Lo que alguna vez fue un deseo sano, se convierte en una enfermiza obsesión. Explican que ello ocurre porque el deseo de comer saludablemente comienza a interferir con la vida diaria de la persona, con sus actividades y relaciones sociales, ocasionándole un malestar significativo. La obsesión por comer saludablemente, por sentirse puros, empieza a anular otros placeres de la vida, tornándose abrumadora e incontrolable (Bratman y Knight, 2001; Mathieu, 2005). El régimen alimentario deja de ser una herramienta flexible para alcanzar bienestar y una mejor calidad de vida, y se convierte en un fin en sí mismo: en un ritual rígido y atrapante que angustia e inmoviliza al individuo. De esta manera, la comida se convierte en el aspecto central y en la parte más importante del transcurrir de sus días (Zamora, Bonaechea, García Sánchez y Ríos Rial, 2005).

Todo comienza cuando la persona intenta clasificar los alimentos en saludables y no saludables y construye su propia teoría alimentaria. Dicha dieta, en principio, es restrictiva ya que se eliminan en forma permanente (o al menos, eso se intenta) ciertos alimentos (Bratman y Knight, 2001; García Jiménez, Ramírez Sánchez; Ceballos Reyes y Méndez Bolaina, 2014). Con el tiempo, la ocupación en la comida se convierte en una preocupación desmedida, que limita psicológicamente al individuo, aislándolo socialmente, pudiendo ocasionarle un importante daño físico a nivel nutricional. Es decir, el comportamiento patológico no es algo transitorio, sino que se vuelve crónico (Bratman y Knight, 2001; Chaki, Pal, y Bandyopadhyay, 2013).



Conceptualmente, la Ortorexia nerviosa es definida como la obsesión patológica por aquella comida que la persona considera saludable (Bratman, 1997; Bratman y Knight, 2001; García Jiménez et al., 2014; Zamora et al., 2005). Dicha disfunción del comportamiento alimentario entraña dos elementos fundamentales para ser considerada un trastorno: debe persistir en el tiempo, es decir, se presenta de manera crónica, y conlleva un impacto significativamente negativo en la calidad de vida del individuo (Donini et al., 2005).

De un modo más didáctico, Bratman y Knight (2001) caracterizan a la Ortorexia nerviosa como una práctica alimentaria desordenada en relación a cualquier teoría restrictiva de la dieta sana, incluso aquellas teorías médicas convencionales. Para los autores, las personas desarrollan dicho TCA tras haber adherido y adoptado una teoría acerca de la alimentación saludable. En tal sentido, Aranceta Bartrina (2007) menciona que con frecuencia los estudios sobre la materia, han observado una mayor tendencia a la Ortorexia en los círculos veganos, seguidores de dietas macrobióticas, holísticas-naturistas (orgánicas), de los grupos sanguíneos, la dieta de la zona, de las alergias o la hiperactividad y déficit de atención de Phil.

Para entender mejor su conceptualización, se puede remitir a su etimología. Ortorexia es un neologismo que deriva del griego: *ορθο* (ortos), que significa recto, y *ορέξις* (orexis) que significa apetito. Fue acuñado en 1997 por Steven Bratman como una especie de Terapia Irónica para sus pacientes excesivamente preocupados por el cumplimiento de una dieta estricta -considerada por ellos “saludable”- (Bratman, 1997; Bratman y Knight, 2001), con la intención de que éstos cuestionaran y criticaran dicha forma de vida y adquirieran conciencia sobre su comportamiento patológico.

Desde el trabajo inicial de Steven Bratman en 1997, la Ortorexia ha sido tema de interés de numerosos estudios de investigación a nivel internacional (Varga et al., 2013 citados en Håman, Barker-Ruchti, Patriksson y Lindgren, 2015). Su reconocimiento oficial es un tema polémico y ampliamente discutido por los profesionales del campo de la psiconutrición. Tal es así que,

actualmente no se reconoce oficialmente a la Ortorexia nerviosa como una entidad nosológica independiente dentro de los TCA propuestos por: El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (APA, 2003), a partir de ahora DMS-IV; y La Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas relacionados con la salud (O.M.S, 1992), de ahora en adelante CIE-10.

Ante esta situación, Håman y colaboradores (2015) señalan que médicos e investigadores se preguntan si la Ortorexia debe considerarse como: a) una nueva variante dentro de TCA, y si el término es realmente adecuado (Rössner, 2004), b) como una adicción conductual –junto a la ludopatía, redes sociales, etc.- o comportamiento compulsivo (Marazziti, Presta, Baroni, Silvestri y Dell'Osso, 2014), c) o un hábito dietético extremo (Varga et al., 2013).

Más allá de su reconocimiento oficial, la APA (s.f) reconoce que se debe atender profesionalmente toda conducta alimenticia que comience a tener un impacto destructivo en el desempeño de las funciones y la calidad de vida de una persona. A su vez, en la Ley nacional 26.396, sancionada por el Congreso de la Nación en 2008, se declara como temas de interés nacional: la prevención y control de los TCA y “demás enfermedades que la reglamentación determine, relacionadas con inadecuadas formas de ingesta alimenticia” (Congreso de la Nación, 2008 citado en Rutzstein et al., 2011, 35).

## **1.2.Criterios diagnósticos de la Ortorexia nerviosa o Comportamiento Ortoréxico**

Los profesionales de la salud se encuentran en su cotidianidad con personas que padecen esta condición, teniendo que tramar y desplegar estrategias de abordajes en medio de una zona turbida, que los estimula al debate activo de la temática en un intento de acordar su lugar en el espectro de los TCA (Bratman y Knight, 2001; Donini et al., 2005; Pera Piroto, 2006; Poulisis, 2011) , de los

Trastornos de ansiedad (Trastorno Obsesivo-Compulsivo, a partir de ahora TOC) (Leonardelli, comunicación personal, 28 de junio, 2017; Meyer-Gross y Zaudig, 2007), o de los Trastornos somatomorfos (Olejniczak et al., 2017). Al mismo tiempo, se discute su reconocimiento (Bratman y Knight, 2001) o no (Centro Especializado en Desórdenes Alimentarios, S.f.; Mac Evilly, 2001; Mathieu, 2005; Strand, 2004 citados en Brytek-Matera, 2012) como una entidad nosológica independiente dentro de dichos espectros. Por ello es muy necesario, que las futuras investigaciones sobre la temática se concentren en indagar y formular criterios diagnósticos que permitan detectar con prontitud este fenómeno patológico, y delimitarlo de otros TCA (Chaki et al., 2013), como así también, de otras entidades nosológicas.

Ciertamente, con el fin de mejorar la conceptualización de Ortorexia Nerviosa, Dunn y Bratman (2016) han propuesto una serie de criterios diagnósticos basados en las investigaciones realizadas hasta el momento (que incluyen una revisión crítica de las historias clínicas de los casos publicados, descripciones narrativas realizadas por profesionales). Los autores están convencidos que la definición y reconocimiento de tales criterios permitirán la identificación de factores de riesgos y ayudarán a validar modalidades de tratamiento. La propuesta de indicadores diagnósticos fue discutida con otros profesionales especialistas en TCA provenientes de los países de: Estados Unidos, Noruega, Polonia, Suecia, Australia, Italia y Alemania. A continuación, se la describe:

Criterio A: Una atención obsesiva en la comida “saludable”, definida a partir de la teoría dietética que adopta esa persona; que conlleva una angustia exagerada en relación con las elecciones alimenticias que ésta percibe como “insalubres”. La pérdida de peso puede ser secundaria a tales opciones dietéticas, pero no es el objetivo principal. Tal criterio, se puede evidenciar:

A.1. Comportamiento compulsivo y/u obsesivo con respecto a las prácticas dietéticas restrictivas, consideradas por el individuo como promotoras de óptima salud.

A.2. La transgresión de las reglas dietéticas auto-impuestas genera un miedo exagerado referido a la enfermedad, sensación de impureza personal y/o sensaciones físicas negativas, acompañada de ansiedad y vergüenza.

A.3. Las restricciones dietéticas aumentan con el tiempo, y la persona puede llegar a eliminar grupos de alimentos enteros, implicando simultáneamente severas y más frecuentes “limpiezas” consideradas purificadoras o desintoxicantes (por ej. ayunos). Estas conductas comúnmente conducen a la pérdida de peso, si bien el deseo de perder peso está ausente, o suele estar oculto o subordinado a la búsqueda de una alimentación saludable.

Criterio B: El comportamiento obsesivo y/o compulsivo comienza a tener un impacto clínicamente negativo en la persona, que se presenta:

B.1. En una malnutrición o desnutrición, severa pérdida de peso y otras complicaciones médicas producto de una dieta restrictiva.

B.2. En un deterioro del funcionamiento social, académico, laboral, que es secundario a las creencias o comportamientos sobre la dieta “saludable” adoptada por esa persona.

B.3. La imagen corporal positiva, la autoestima, la identidad y la satisfacción dependen excesivamente del cumplimiento de sus reglas dietéticas, autodefinidas como “saludables”.

Además, Bratman y Dunn (2016) mencionan que existen otros indicadores en la literatura científica que se asocian comúnmente con Ortorexia Nerviosa. Si bien no se consideran esenciales para realizar el diagnóstico, pueden ayudar a confirmarlo. Tales indicadores incluyen: 1) un comportamiento obsesivo en la elección, planificación, adquisición, preparación y consumo de alimentos; 2) el alimento es concebido principalmente como fuente de salud en lugar de placer; 3) ansiedad desmedida cuando se encuentra cerca de alimentos prohibidos; 4) una creencia exagerada en que la inclusión o eliminación de ciertos tipos de alimentos pueden prevenir y/o curar el bienestar diario; 5) sentimiento de superioridad sobre los demás basado en sus elecciones

alimenticias (las cuales están sobrevaloradas); 6) distorsión de la imagen corporal en torno al sentimiento de “impureza” física (y no en relación al peso); 7) la creencia persistente en sus prácticas dietéticas como promotoras de salud óptima, a pesar de las pruebas de malnutrición; 8) cambios periódicos en las creencias dietéticas mientras que otros procesos permanecen inalterables.

Debido a que por el momento, la Ortorexia Nerviosa no se encuentra reconocida oficialmente como una entidad clínica independiente, y sus criterios diagnósticos se encuentran en proceso de investigación, es que muchos autores (Jerez Fuenzalida, Lagos, Váldez-Badilla, Pacheco y Pérez, 2015; San Mauro Martín et al., 2014) prefieren referirse a dicho fenómeno clínico como Comportamiento Ortoréxico, y no con el nombre de un cuadro clínico, como sería hablar de Ortorexia. Por este mismo motivo, Aracenta Bartrina (2007) se refiere a dicha conducta alimentaria disfuncional como Ortorexia o tendencia Ortoréxica, indistintamente. A su vez, en países de habla hispana muchos profesionales de la salud (Behar Astudillo, 2008; Fundación Imagen y Autoestima, S.f.), en un intento de brindar atención y abordar esta conducta disfuncional en su práctica clínica, la incluyen dentro de los Trastornos de la Conducta Alimentaria No Especificados, que proponen los Sistemas de Clasificación Internacional (APA, 2003). Al respecto, Salgueiro y Kirszman (2012) enfatizan que: “la complejidad del fenómeno que se despliega en la consulta nos obliga a mantener la mirada atenta a múltiples factores y a no encasillarnos en categorías” (p.162).

### **1.2.1. Diagnóstico diferencial**

La Ortorexia Nerviosa presenta características comunes con otras entidades clínicas, como la Anorexia Nerviosa y el TOC. Estos cuadros nosológicos tienen presentaciones clínicas funcionalmente similares, y son altamente comórbidos. De allí el polémico debate sobre su reconocimiento o no como una entidad clínica independiente de estos trastornos psicológicos

(Centro Especializado en Desórdenes Alimentarios, S.f.; Håman et al., 2015; Meyer-Gross y Zaudig, 2007).

La Ortorexia Nerviosa y la Anorexia comparten características tales como un perfeccionismo acentuado, la presencia de ansiedad rasgo, creencias mágicas e irracionales en torno a ciertos alimentos y una gran necesidad de ejercer control. En ambos cuadros, los estándares de desempeño son elevados y la orientación al logro está siempre presente, valorando el cumplimiento fiel de su dieta como un indicador de su ferviente autodisciplina y capacidad de autocontrol. En ambos casos, existe una visión limitada y sesgada sobre los riesgos que implican sus patrones alimentarios, a tal punto que niegan las deficiencias nutricionales y funcionales que pueden padecer (Koven y Abry, 2015).

No obstante, el primer punto en el que se diferencian la Ortorexia y la Anorexia Nerviosa es en la motivación intrínseca que los lleva a comer desordenado. En la Anorexia Nerviosa, las personas están preocupadas por su imagen corporal, tienen miedo a engordar y llegar a la obesidad, y su objetivo principal es la pérdida de peso (Koven y Abry, 2015), sin importar la calidad de la dieta y los nutrientes que ésta le pueda aportar. En cambio, en la Ortorexia Nerviosa el deseo que los mueve a adoptar ciertos hábitos de alimentación es el de ser saludables y naturales; lo importante es que el alimento aporte ciertos nutrientes, más allá de sus calorías o incidencia en el peso (Bratman y Knight, 2001; Koven y Abry, 2015). En la Ortorexia Nerviosa, a diferencia de la Anorexia, la pérdida de peso suele ser secundaria a su régimen de alimentación, pero no es el objetivo principal (Bratman y Dunn, 2016).

Otra diferencia central entre estos TCA, es que mientras las personas con Anorexia Nerviosa tienden a ocultar sus conductas, deseos y pensamientos; los sujetos que padecen de Ortorexia Nerviosa tienden a exhibir orgullosamente sus hábitos de alimentación (Koven y Abry, 2015), construyendo y forjando su identidad a partir de éstos (Katz, 2015).

Ahora bien, la Ortorexia Nerviosa también comparte características con el TOC, como por ejemplo: los pensamientos recurrentes e intrusivos sobre la alimentación y la salud en todo momento, una preocupación excesiva por la contaminación, impureza y suciedad, la fuerte necesidad de orden y de comer de manera ritualizada. En ambos casos, se evidencia un deterioro del funcionamiento psico-social-laboral-académico, ya que concentran la mayor parte de su energía y tiempo en rituales que calmen su ansiedad (Bratman y Knight, 2001; Koven y Abry, 2015). No obstante, estas características pueden diferenciarse en ambos cuadros a partir del contenido de las obsesiones, ya que en la Ortorexia Nerviosa éstas se perciben como en armonía y sintonía con la propia persona (ego-sintónicas), en lugar de ego-distónicas (como es el caso del TOC) (Koven y Abry, 2015). Efectivamente, las personas que padecen de Ortorexia Nerviosa presentan una gran dificultad para cuestionar y darse cuenta de la condición patológica que entrañan sus hábitos alimenticios. Por esta razón es que no aceptan ayuda terapéutica hasta no tocar fondo (Bratman, comunicacional personal, 1 de febrero, 2017).

La ansiedad desmedida en torno a la salud que caracteriza al Comportamiento Ortoréxico puede confundirse con la que aparece en los Trastornos Somatomorfos. En este último espectro, las personas experimentan uno o más síntomas crónicos, que pueden explicarse o no medicamente, acerca de los cuales están excesivamente preocupados y atemorizados, por lo que recurren con mucha frecuencia al uso de servicios médicos tradicionales y no tradicionales. Invierten tiempo y energía desmesuradamente en estos problemas de salud, y en la posibilidad de padecer una enfermedad no diagnosticada. Esta preocupación puede engendrar una preocupación secundaria con la comida y la dieta como un camino para combatir enfermedades reales o percibidas. Si bien no existen estudios empíricos que describan específicamente la Ortorexia Nerviosa como una característica asociada a los Trastornos Somatomorfos, se sabe que la ansiedad relacionada con la salud está estrechamente ligada a la preocupación por la comida (Koven y Abry, 2015).

Al respecto, la Dra. Mónica Katz (2013) esclarece los límites difusos explicando que las personas con un Comportamiento Ortoréxico parecen buscar la salud, pero es en realidad una forma de escapar y de construir ilusoriamente un camino para aumentar la autoestima mediante la compulsión por el control, la búsqueda de la pureza y la espiritualidad, o el uso del alimento como un recurso identitario.

### **1.3. Etiopatogenia desde el Modelo Biopsicosocial**

Dado que no se puede pensar y leer críticamente un fenómeno con independencia de la persona que lo padece, en su singularidad y unicidad, en el acercamiento a su historia de vida que abarca desde su contexto más próximo hasta el entramado social que la engloba, es que se despliega un análisis minucioso de los factores individuales, familiares y sociales que se encuentran comprometidos en la etiopatogenia de los TCA, en tanto mencionan Behar Astudillo y Figueroa (2004) que pueden predisponer a ellos, desencadenarlos y/o perpetuarlos. Dicho análisis se nutre del Modelo Biopsicosocial propuesto por Engel en 1977, en tanto “propuesta integradora, comprehensiva y sistémica de los niveles, biológicos, psicológicos y sociales del individuo” (Sperry, 2008 en Juárez, 2011, p.72).

#### **1.3.1. Factores individuales**

Dentro de los factores individuales, se contemplan el correlato neuroquímico (asociado a lo biológico específicamente), y aquellos rasgos de personalidad y aspectos psicológicos propiamente dicho. Siempre entendiendo la interdependencia y recíproca influencia entre los niveles biológicos, psicológicos y sociales del hombre (Sperry, 2008 citado en Juárez, 2011), y reconociéndolo como



ser de potencialidades y recursos, con libertad para construir su sentido de vida. Sólo a los fines didácticos es que se discriminan dichos niveles.

Desde el nivel biológico-genético-endocrinológico, Fidan, Ertekin, Işıkay y Kirpınar (2010) explican que el término Ortorexia es nuevo y su etiología exacta es todavía desconocida. Koven y Abry (2015) señalan que, más allá de su investigación neuropsicológica exploratoria, no existen estudios publicados sobre los correlatos genéticos, neuroanatómicos, neuroquímicos o psicofisiológicos de la Ortorexia Nerviosa. Por otra parte, la etiología de los TCA tampoco se conoce con claridad, y en la actualidad existe una serie de hipótesis biológicas (Palacios y Palacios, 2006) que se comentan a continuación:

Según Porrás, Ortiz, Gavilán, Ortuño y Vidal (2005, en Palacios y Palacios, 2006), las disfuncionalidades del comportamiento alimentario tienen un comienzo volitivo seguido de una pérdida de control modulada por la desnutrición y los cambios biológicos que sobrevienen a consecuencia de ésta.

Para Kaye (2005, en Palacios y Palacios, 2006) son las alteraciones en el sistema dopaminérgico las que explicarían las conductas obsesivas con ciertos estímulos reforzantes para sí mismas que simultáneamente las hace incapaces para responder a otros estímulos asociados a la comida o al placer. Para este autor, esta hipótesis apoya otros estudios de índole genética “que han mostrado alteraciones en los genes específicos para el receptor D2 en individuos con Anorexia nerviosa” (p.66).

Además, se ha podido constatar alteraciones de la función de la serotonina. Al respecto, Porrás y colaboradores (2005, en Palacios y Palacios, 2006, p.66) señalan que:

las neuronas serotoninérgicas ubicadas en los núcleos de Rafe, tiene un efecto inhibitorio sobre la actividad de diversas áreas cerebrales implicadas en la mediación de la ansiedad como el locus coeruleus, la amígdala y el hipocampo.

Koven y Rina (2014, en Koven y Abry, 2015) intentaron caracterizar el perfil cognitivo del paciente con diagnóstico ortoréxico utilizando una evaluación neuropsicológica clínica normalizada, enfocada en los dominios cognitivos que se encuentran afectados en la Anorexia Nerviosa y el Desorden Obsesivo Compulsivo o TOC, y en la cual se incluyó como áreas privilegiadas: atención, memoria verbal de largo plazo, funcionamiento viso espacial y funcionamiento ejecutivo. Trabajaron con una muestra no clínica, conformada por 100 adultos jóvenes (estudiantes entre 18 y 22 años), siendo 79 mujeres. Observaron que los participantes altamente ortoréxicos (aquellos con un puntaje menor a 40 en el Orto-15) tenían un desempeño inferior al resto en lo que refiere a los dominios de flexibilidad cognitiva, atención externa y memoria de trabajo. Es decir, según los resultados arrojados, el perfil neuropsicológico de los sujetos ortoréxicos da cuenta de:

1) Rigidez cognitiva: o dificultad en el uso de la capacidad para desplazarse libremente de un pensamiento (o conjunto de pensamientos) a otro/s. El empobrecimiento de esta capacidad podría explicar el enfoque inflexible y rígido que estas personas adoptan frente a la selección, preparación y consumo de alimentos. La pérdida de flexibilidad cognitiva podría ocasionarles un malestar significativo en sus actividades cotidianas, y en muchos casos, interferir con la realización de las mismas.

2) Atención excesivamente centrada en sí mismo, en detrimento de la atención externa. Es decir, parecen privilegiar la información perceptiva, cognitiva y emocional hacia el interior en contraposición a la información externa. Este patrón produce disfunciones adicionales, tales como la intensificación de los estados emocionales, la reducción del esfuerzo, el deterioro en el desempeño de tareas, y en el procesamiento de señales externas.

3) Una reducción de la capacidad de la Memoria de Trabajo. Dicho constructo alude a un tipo de memoria a corto plazo, que estaría implicada en el mantenimiento on-line de la información y manipulación de la misma. Koven y Rina (2014 citado en Koven y Abry, 2015) explican que las

operaciones de la Memoria de Trabajo pueden ser fácilmente interrumpidas por la atención a los estímulos irrelevantes de la tarea, ya sean internos o externos; y es posible, por lo tanto, que la preocupación constante por imágenes o pensamientos relacionados con la alimentación y la salud debilite las operaciones de la Memoria de Trabajo en sujetos con Ortorexia nerviosa.

Dicho perfil neuropsicológico se puede asociar fácilmente con los rasgos de personalidad que se encuentran en muchos pacientes con Comportamiento Ortoréxico. En lo que respecta al nivel psicológico, los estudios evidencian ciertos rasgos premórbidos de personalidad en estos pacientes:

1) En la dimensión cognitiva-racional: suelen ser rígidos en su manera de pensar y actuar, perfeccionistas, meticulosos y ordenados, con una fuerte necesidad de autocuidado y protección, estrictos y autodisciplinados, controlados y exigentes (tanto en relación a sus expectativas y rendimiento, como en relación a los demás) y de percepción vulnerable (Aranceta Bartrina, 2007; Bratman y Knight, 2001; García Jiménez et al., 2014; Gramaglia, Brytek-Matera, Rogoza y Zeppegno, 2017).

2) En la dimensión emocional: intensa y desmedida ansiedad que se intenta controlar mediante rituales relacionados con la elección y preparación de la comida (Gramaglia et al., 2017). La autoestima está en relación directa a lo que se consume y se deja de consumir, apareciendo un sentimiento de superioridad sobre quienes comen “chatarra” (de acuerdo a la propia teoría de comida saludable que han adoptado), surgiendo la culpa desmedida y la auto-condena cada vez que se transgrede con el régimen autoimpuesto, o la auto-alabanza por el éxito cuando se cumple con el mismo. Es en este sentido que se habla de un sentimiento de pureza personal, es decir, de un componente aspiracional, idealista y espiritual en el cual se arraiga la identidad. Al mismo tiempo, se puede encontrar en ellos una marcada insatisfacción afectiva (Bratman y Knight, 2001).

Un recurso importante dentro de la dimensión emocional es la Inteligencia Emocional. En su trabajo, Shanwal y Dasgupta (2014) entienden por ésta la capacidad de conocer las propias emociones, como así también, la de otros y sus respectivas intenciones. Prosiguen argumentado

que, estimularla propicia una adecuada resolución de problemas en todas las áreas de la vida, y ayuda a controlar, oportuna y convenientemente, las emociones en situaciones estresantes. De hecho, han revisado varios estudios que demuestran que quienes no son capaces de controlar sus emociones en una situación particularmente estresante son propensos a comportarse obsesivamente (por ej. en el caso del TOC, o la Ortorexia nerviosa). Específicamente, han observado los efectos de las emociones sobre el comportamiento alimentario, apareciendo disminuido el deseo de comer en la mayoría de las personas con Ortorexia Nerviosa (y sólo incrementado en un 2,94%) ante la frustración o ira. También, en respuesta a la ansiedad las personas con Ortorexia nerviosa (73,53%) tienden a disminuir su deseo de comer y frente a sentimientos de depresión tienden a controlar mucho más su comportamiento alimentario en comparación con las personas que no tienen este diagnóstico.

Todo ello apunta a la necesidad de trabajar nuevas percepciones de los déficits emocionales asociados a los trastornos mentales para poder ayudar a los pacientes, terapeutas, parientes y amigos de éstos a comprender, explicar y hacer frente a los síntomas. Por eso desde hace tiempo, se trabaja con la identificación y comprensión de los sentimientos subyacentes como parte esencial del abordaje de un trastorno alimentario (Shanwal y Dasgupta, 2014).

### **1.3.2. Factores familiares**

De acuerdo con el modelo etiológico de multicausalidad adoptado para el abordaje de los TCA (Campreciós Orriols, 2015), la literatura científica indica que el estudio de la dinámica familiar de las personas con diagnóstico de TCA es fundamental para poder acercarse a la problemática y plantear líneas de acción.

En el caso puntual de la Ortorexia nerviosa, no existen investigaciones publicadas al respecto que estudien la dinámica familiar en pacientes que han recibido este diagnóstico o muestran una

tendencia a él. Por consiguiente, se considera oportuna la revisión bibliográfica sobre los factores familiares en otros TCA.

En líneas generales, se “asocian los perfiles más patológicos con un funcionamiento familiar más disfuncional” (Perkins et al., 2013; Thompson-Brenner et al., 2008 citados en Campreciós Orriols, 2015, p.54).

El estudio de la organización familiar en donde existía un hijo con TCA fue emprendido por los clásicos de la perspectiva sistémica. Por ejemplo, desde Europa por Mara Selvini Palazzoli (Campreciós Orriols, 2015).

Desde Estado Unidos, Minuchin y sus colaboradores (Minuchin, 1974; Minuchin y Fishman, 1981; Minuchin, Rosman y Baker, 1978 citados en Ruíz Martínez, Vázquez Arévalo, Mancilla Díaz, Viladrich i Segué y Halley Castillo, 2013) propusieron el modelo de la familia psicósomática, en el cual se incluían a las familias de personas con Anorexia Nerviosa, “al presentar una estructura con elevada implicación interpersonal, sobreprotectora, rígida y evitadora de conflictos”(46).

Siguiendo esta línea de pensamiento, Toro y Artigas (2000) explican que las familias de algunos pacientes anoréxicos se caracterizan por cierta confusión en la delimitación de las funciones de cada uno. Asociada a dicha confusión aparece la sobreprotección paterna y el control parental, respectivamente (Herraiz-Serrano, 2015 en Campreciós Orriols, 2015).

Profundizando en la naturaleza de las relaciones intrafamiliares diádicas, Torto y Artigas (2000) postulan que las pacientes con Anorexia Nerviosa mantienen una relación de ambivalencia con sus respectivas madres, y de distanciamiento con sus padres producto del sentimiento de incomprensión que perciben de ellos.

No obstante, aparecieron posturas antagónicas a las líneas más clásicas, reprochándoles haber caído en una patologización de las familias. En respuesta a dichas críticas se desarrolló un movimiento que concibe a la familia como un recurso clave en el abordaje de los TCA (Alexander y Treasure, 2012; Eisler, 2005; Lock y Le Grange, 2013; Loeb y Le Grange, 2009 citados en Campreciós Orriols, 2015). La propuesta consiste en empoderar a los padres en sus roles ayudándolos a devenir facilitadores esenciales en el trabajo de recuperación. Se trata de no culpabilizar, ni a los padres ni al paciente, a la par que se trabajan las dinámicas de las relaciones familiares que llevan al mantenimiento de la patología (Campreciós Orriols, 2015).

### **1.3.3. Factores socio-culturales**

Hablar de comensalidad es remitirnos a familia y sociedad. La comida no sólo es nutrición, no sólo atañe a lo fisiológico, sino que trasciende ello y se asocia a la emocionalidad del ser humano. Es que el acto del comer se asocia a múltiples circunstancias que resultan emocionalmente significativas para el hombre. De hecho, comer es un acto social, ya que se aprende en contacto con otras personas. Y tal es así, que para el hombre comer en solitario es una práctica incómoda, que suscita sentimientos de tristeza (Toro, 1996).

La comida deja de ser simplemente alimento y se la asocia con experiencias vividas; se le otorga un valor positivo o negativo en función de ser percibida como premio o castigo, aprobación o desaprobación social, en algo susceptible de aumentar la autoestima o despertar sentimientos culposos (Toro, 1996). De esta manera, se entiende como las elecciones y prácticas alimentarias han estado asociadas al prestigio, al estatus, constituyéndose en un medio de afirmarse frente a los demás (Contreras, 1993 citado en Toro, 1996).

En todas las sociedades y culturas existen tabúes alimentarios sólidamente establecidos (Toro, 1996). Y en general, se observa como cada cultura tiene su propio sistema mediante el cual se organiza y diferencia de las demás, sistema mediante el cual normativiza las prácticas alimentarias,

es decir, qué alimentos se pueden comer o no, cómo prepararlos, cuándo consumirlos y de qué manera hacerlo.

“Transculturalmente las patologías alimentarias se consideran como síndromes ligados a la occidentalidad” (Esteban, 2004 en Behar Astudillo, 2010, p.320).

Ello se explica porque en Occidente la conducta de hacer dieta es un comportamiento muy difundido en la población, y es justamente la dieta para adelgazar uno de los principales factores desencadenantes de un TCA (Lourenço Nogueira, 2007). Esta dieta suele estar asociada a una imagen corporal idealizada construida a partir de los valores, creencias y patrones estéticos característicos de los occidentales (Behar Astudillo, 2010).

Desde las últimas décadas del siglo XX hasta la actualidad, esta sociedad se ha centrado en un culto total al cuerpo (Prince, 1985 citado en Behar Astudillo, 2010), un culto considerado narcisista, que organiza un entorno social ofuscado en el aspecto físico en detrimento de otros, como por ejemplo los espirituales y/o intelectuales. Entrampados en la ecuación belleza=éxito, las personas buscan afirmarse ante los demás, ganando status y prestigio social. Se aspira a un cuerpo delgado y adolescente creyendo en la promesa de alcanzar el poder, el atractivo e inteligencia, es decir, de obtener el éxito social. En el otro polo aparece la gordura, como signo de enfermedad, fealdad, incapacidad e ineficiencia. En este contexto, el papel de los medios de comunicación es decisivo, en tanto patrocinan esta idea sobrevalorada del cuerpo joven, de modelo de revista (Behar Astudillo, 2010).

Estos estereotipos sociales suelen extenderse desde las clases más elevadas a las más bajas. En las sociedades más desarrolladas, existe una relación inversa entre obesidad/gordura y clase social. (Behar Astudillo, 2010). Molina Alén (2006) reflexiona que son justamente las sociedades desarrolladas, en las cuales el problema no es la carencia de alimentos sino su exceso, las más afectadas por el incremento de los TCA. Siguiendo, esta lectura se observa que la Ortorexia nerviosa o Comportamiento Ortoréxico parece no afectar a los sectores marginales, sino a las clases

medias y altas dado que las elecciones alimentarias, que realizan las personas que padecen de este cuadro, se caracterizan por su alto costo económico.

En esta trama, aparece el concepto de “Healthism” (traducido como “salutismo” o “sanitarismo”) como una herramienta para problematizar y, justamente, contextualizar el Comportamiento Ortoréxico (Håman y colaboradores, 2015).

Para Ferrer Lues (2013), el salutismo es la concepción de salud como responsabilidad individual que surge del discurso neoliberal intentando responder al avance de las enfermedades crónicas. La responsabilidad deja de ser del estado, y los riesgos poblaciones pasan a ser individuales, “omitiendo la importancia que las condiciones materiales y culturales de existencia tienen no sólo para la salud individual, sino también para la mera posibilidad de “elecciones” libres e informadas en salud” (p.1). Fundamentada científicamente en la epidemiología del riesgo, los problemas de salud son individualizados, localizados, despolitizados y desocializados (Raphael, Curry-Stevens, y Bryant, 2008 citados en Ferrer Lues, 2013).

De esta manera, los individuos se ven obligados a alcanzar la salud, evitando todo factor de riesgo que conlleve a la enfermedad (Crawford, 1980 citados en Håman et al., 2015). Las acciones para lograr una buena salud están en relación a la práctica regular de ejercicio físico (Kirk y Colquhoun, 1989 citados en Håman et al., 2015) y hábitos de alimentación saludables (Wright, O'Flynn, y Macdonald, 2006 citados en Håman et al., 2015). Ello nos remite a otro elemento del “sanitarismo” conocido como obligación moral, relacionada con el tamaño y la forma del cuerpo (Crawford, 1980 citado en Håman et al., 2015). Desde el sanitariasmo o salutismo, se considera que un cuerpo atractivo y joven va de la mano de una alimentación saludable y del ejercicio regular, lo que posibilita la buena salud. Por eso, al sanitariasmo se lo asocia con los discursos de la cultura de consumo contemporánea (Wright y colaboradores, 2006 citados en Håman et al., 2015). Para estas culturas, un cuerpo delgado representa la salud y es símbolo de buena vida; por el contrario, un



cuerpo obeso representa la pereza, la debilidad emocional y la falta de atractivo (Crawford, 1987 citado en Håman et al., 2015).

Las redes sociales sobrealimentan y exaltan este discurso neoliberal; de hecho Turner y Lefevre (2017) estudiaron específicamente el papel que cumple el uso de la red social Instagram entre los fanáticos de la comida saludable. Contactaron a 680 mujeres, provenientes de Reino Unido, Estados Unidos y otros 40 países, en forma online; y les administraron el instrumento conocido como Orto-15. Concluyeron que el uso de dicha red social estaba relacionado con el aumento de los síntomas de Ortorexia Nerviosa. Por el contrario, Twitter mostró una pequeña asociación positiva con síntomas de Ortorexia Nerviosa. La tasa de prevalencia hallada fue del 49%. El trabajo de estos autores destaca las implicaciones de las redes sociales a nivel del bienestar psicológico; como así también, la influencia de las celebridades sobre sus seguidores. Todo ello tiene implicaciones no sólo a nivel clínico, en tanto la persona se encuentra más vulnerable a presentar la sintomatología en estudio, sino también como un factor mantenedor del trastorno, que en muchos casos interfiere y obstaculiza la recuperación del paciente.

#### **1.4. Los riesgos de la obsesión por un cuerpo sano**

Desde una perspectiva atomista del problema, Chaki y colaboradores (2013) denuncian que el aumento repentino de la incidencia de la obesidad, tanto en sociedades industrializadas como en países subdesarrollados, se debe al estilo de vida sedentario adoptado por la población. La obesidad está asociada a un aumento dramático de la diabetes, problemas cardiovasculares, hipertensión, osteoartritis y cáncer, entre otros problemas conocidos. De esta manera, los autores consideran que ser selectivos sobre la calidad, cantidad y tipo de alimentos consumidos permite mantenerse en forma y saludable. En este contexto, las personas asumen la responsabilidad de protegerse contra tantas amenazas para la salud, especialmente de la epidemia de la obesidad (Håman et al., 2015).

Asustados por tal epidemia y la infinidad de amenazas para la salud, muchas personas se alejan de una dieta realmente saludable y se obsesionan con dietas rígidas de carácter restrictivo a las que consideran y llaman “saludables”. Deciden eliminar de su ingesta aquellos alimentos que contienen (o podrían contener) colorantes, conservantes, pesticidas, ingredientes genéticamente modificados, grasas poco saludables o contenidos excesivos de sal, azúcares y demás componentes; simultáneamente aumentan el consumo de otros alimentos considerados saludables. Incluso, consideran que existe una única forma correcta para preparar los alimentos (por ej. cortar las verduras de determinada manera) y que se deben utilizar determinados materiales (sólo cerámica o sólo madera, etc.) (Aranceta Bartrina, 2007; Bratman y Knight, 2001; Donini, Marsili, Graziani, Imbriale y Cannella, 2004; Olejniczak et al., 2017).

Koven y Abry (2015) explican que tal extremismo dietético puede conducir a severas complicaciones médicas (muchas de ellas también se observan en los cuadros de Anorexia nerviosa) tales como: anemia, osteopenia, hiponatremia, acidosis metabólica, pancitopenia, deficiencia de testosterona y bradicardia. García Jiménez y colaboradores (2014) agregan otras complicaciones médicas, como por ejemplo la hipovitaminosis (un caso frecuente es el de vitamina B-12) o la hipervitaminosis, y consecuencias secundarias al consumo excesivo de suplementos nutricionales, que no pueden ser absorbidos por el organismo, principalmente, en quienes se obsesionan con la nutrición ortomolecular. Saraswati y Nagendraswamy (2015) enfatizan el carácter irreversible de algunas de estas complicaciones físicas, que finalmente pueden llevar a la muerte. Tal es así, que Bratman (s.f) relata en su blog un caso fatal de Ortorexia nerviosa.

Recientemente, la prensa italiana puso en el foco de atención las graves consecuencias que conlleva tal comportamiento alimentario disfuncional. En julio de 2016, un bebé de 13 meses fue hospitalizado, contra la voluntad de sus padres, ante un inminente peligro de muerte. El peso del lactante era de 5,2 kg, su crecimiento estaba por debajo del percentil 3, y manifestaba una hipotonía

y deterioro psicomotor grave. La desnutrición del niño era alarmante, producto de una inflexible y rígida dieta vegana impuesta por sus padres. La temática cobra otra importancia y surgen nuevos interrogantes, ya que no sólo puede perjudicar a la persona fanatizada con tal dieta extrema, sino que puede afectar severamente a los menores de edad que se encuentran bajo su cuidado (Cuzzolaro y Donini, 2016). En tal sentido, Getz (2009) menciona el solapado y silencioso peligro que acecha a la sociedad en la medida que los niños van absorbiendo las tendencias Ortoréxicas de sus padres, imitando el comportamiento obsesivo de éstos, asimilando que ciertos alimentos son “malos” y pueden causarles daño.

A las complicaciones de orden biológico, se deben asociar las psicológicas. En este nivel, se habla de la frustración intensa que suelen experimentar las personas con Comportamiento Ortoréxico cuando sus prácticas alimentarias son interrumpidas o transgredidas, cayendo en una insatisfacción clínicamente significativa ante la creencia y el sentimiento de que la pureza de los alimentos se encuentra comprometida. Todo ello conduce a sentimientos culposos intensos, de odio e ira contra ellos mismos, deseando y provocándose auto-castigos, que se llevan a cabo mediante dietas más estrictas aún o ayunos extremos, con la intención de lograr la limpieza interior (Koven y Abry, 2015).

El martirio y agobio que supone el fanatismo por la comida saludable termina mermando el funcionamiento y rendimiento global de la persona, afectándola en lo laboral, académico y en otras áreas a nivel social y personal (Bratman, 1997; Bratman y Knight, 2001; Donini et al., 2004).

Relacionado al área social, aparece otro riesgo que consume a la persona con Comportamiento Ortoréxico: el aislamiento. Intransigentes en su dieta, creen y sienten que es mejor comer en su casa, a solas, con el fin de poder sentir el absoluto control de aquello que se ingiere. Además, la

superioridad moral que sienten sobre quienes no comparten sus mismas prácticas alimentarias, termina interfiriendo en el deseo de interactuar con otros (Bratman y Knight, 2001; Mathieu, 2005).

### **1.5. Epidemiología del Comportamiento Ortoréxico**

Dada la búsqueda de criterios sólidos e independientes que permitan identificar dicha conducta disfuncional y hacerla plausible de reconocimiento como un nuevo trastorno de la alimentación; numerosas investigaciones han estudiado su prevalencia. Es decir, en qué frecuencia se presenta, en qué grupos de individuos o sectores es más habitual que se manifieste.

En la misma línea, los investigadores buscan diseñar y validar instrumentos para detectar la aparición temprana o en curso de la Ortorexia. Bratman y Knight (2001) fueron los pioneros en proponer un cuestionario para tal fin: “La prueba de Ortorexia –BOT”. Años más tarde; Donini y colaboradores (2005) trabajaron en la construcción y validación de un cuestionario para el diagnóstico de Ortorexia Nerviosa: el Orto-15.

A continuación, se presentan investigaciones sobre la temática como un intento de aproximación a dicho fenómeno. Teniendo en cuenta que todavía no se reconoce oficialmente a la Ortorexia Nerviosa como una entidad independiente dentro de los TCA, se propone la lectura de dichos estudios y de la presente tesis como indicadores de tendencias al Comportamiento Ortoréxico.

Dunn, Gibbs, Whitney y Starosta (2017) mencionan que existen muchas investigaciones, que utilizando el Orto-15, han reportado tasas de prevalencia muy altas en muestras no clínicas. Éstas oscilan entre un 6% a casi un 90%. Para los autores, esta variabilidad podría deberse a cuestiones culturales o a problemas psicométricos con el instrumento.

Inicialmente, fue el Dr. Lorenzo Donini y su equipo (2004), quienes realizaron el primer estudio de prevalencia en Italia, en una muestra de 525 sujetos que se inscribieron voluntariamente, con la

intención de significar la dimensión del fenómeno. Veintiocho sujetos resultaron afectados por Ortorexia Nerviosa (prevalencia del 6,9%). Dichos sujetos manifestaron un deseo incontrolable de comer cuando se sentían nerviosos, emocionados, felices o culpables. El análisis de las características fisiológicas, socioculturales y psicológicas que caracterizan a las personas que sufren de Ortorexia Nerviosa muestra una mayor preponderancia en hombres y en aquellos con menor nivel de educación; asimismo, la edad de las personas con un presunto diagnóstico de Ortorexia Nerviosa era ligeramente más alta que la del resto, que prescindía de dicho diagnóstico.

Una investigación chilena también encontró que la prevalencia de Ortorexia era mayor en hombres (35,1%) que en mujeres (25,5%). A diferencia del estudio italiano, en este caso se reclutaron a 205 estudiantes entre 16 y 18 años, distribuidos en 94 mujeres y 111 varones. Se administró el Orto-15. Finalmente, se concluyó que la tasa de prevalencia de conducta Ortoréxica era del 30,7% (Jerez Fuenzalida et al., 2015).

Aksoydan y Camci (2009) estudiaron la presencia del Comportamiento Ortoréxico en artistas intérpretes o ejecutantes de la Ópera y Ballet Estatal, y de la Orquesta sinfónica de la Universidad de Bilkent (Turquía). La muestra estuvo conformada por 39 hombres y 55 mujeres de un total de 94 artistas con una media de edad de 33 años. Se utilizó la prueba Orto-15 para determinar la prevalencia de la Ortorexia nerviosa. Los resultados arrojaron que el 56,4% de la población estudiada presenta la conducta disfuncional: entre los cantantes de ópera se presentaba en un 81,8%, entre los músicos de la orquesta sinfónica en un 36,4%, y un 32,1% entre los bailarines de ballet. La muestra se caracterizó por presentar un nivel de educación y socio-económico superior al resto de la población en Turquía. Aksoydan y Camci (2009) estiman que dicha población es más susceptible a sufrir de Ortorexia debido a que los artistas de performance son modelos a seguir por la población, en términos de apariencia física y estilo de vida.

Otro estudio enfocado en la relación entre tendencia al Comportamiento Ortoréxico y el nivel educativo de las personas pertenece a Korinth, Schiess y Westenhoefer (2009, citados en Chaki et al., 2013). Puntualmente, los autores evaluaron la restricción dietética, la desinhibición, tendencia hacia la Ortorexia Nerviosa y opciones de alimentos saludables en los estudiantes de Ciencias de Nutrición y en estudiantes de otras carreras de Universidades alemanas. El estudio concluyó que los estudiantes de nutrición pueden tener una tendencia a restringir su ingesta de alimentos para controlar su peso, pero no tienen patrones de alimentación más desorganizados o perturbados que los estudiantes de otras carreras. Observaron que durante el transcurso de sus estudios adoptan prácticas alimentarias ligeramente más saludables, y con ello disminuye su tendencia al Comportamiento Ortoréxico. En esta misma línea, en Brasil se llevó a cabo un estudio con 150 estudiantes de Nutrición, todas ellas mujeres, utilizando una adaptación cultural del Orto-15 (Pontes et al., 2014 citados en Dunn y Bratman, 2016). Se concluyó que 9 de cada 10 mostraban un comportamiento de alto riesgo para la Ortorexia Nerviosa, es decir, que la tasa de prevalencia fue del 88,7% (de Souza y Rodrigues, 2014 citados en Dunn y Bratman, 2016).

Valera, Acuña Ruiz, Romero Valdespino y Visioli (2014) realizaron un estudio piloto para estudiar la presencia de Ortorexia entre los practicantes de yoga ashtanga. De los 136 sujetos evaluados, mediante el cuestionario Orto-15, la Ortorexia se presentó en el 86% de los casos. No se registró ninguna asociación significativa con la edad o el índice de masa corporal. Sí se registró una asociación significativa con el vegetarianismo. Los autores consideran que los practicantes de yoga ashtanga son más sensibles a padecer este tipo de comportamiento obsesivo hacia la alimentación saludable ya que se encuentran inmersos en una auto-disciplina constante muy rigurosa. Según explican, un componente natural de la práctica de yoga es llevar a cabo una dieta saludable, a la cual se le da una referencia excesiva entre los maestros de la disciplina.

Siguiendo la asociación anteriormente mencionada entre vegetarianismo y Ortorexia, otros investigadores han encontrado que las tasas de mayor prevalencia de Ortorexia nerviosa se han ligado a los seguidores de una dieta vegana, frugívora, o crudivegana, como así también, en personas abocadas a las organizaciones de protección de los animales y entre los partidarios de los alimentos orgánicos. Incluso, advirtieron que las personas con tendencia Ortoréxica se caracterizaban por ser físicamente activas y frecuentemente se encontraban motivadas por la idea de perder peso o mantener su figura delgada (Janas-Kozik et al., 2012; Kędra, 2011 citados en Olejniczak et al., 2017).

En Australia, se estudió la prevalencia del fenómeno en una muestra de 283 mujeres dietistas. El 12,8% fue diagnosticado con Ortorexia nerviosa, y el 34,9% con una tendencia al Comportamiento Ortoréxico (Kinzl, Hauer, Traweger y Kiefer, 2006). Cruzando fronteras culturales, Asil y Sürücüoğlu (2015, citados en Dunn y Bratman, 2016) encontraron que la prevalencia de Ortorexia nerviosa en una muestra de 117 dietantes turcos era del 41,9%.

Eriksson, Baigi, Marklund y Lindgren (2008, citado en Håman et al., 2015) hallaron que la mayor frecuencia de ejercicio físico, puntajes más altos de ansiedad social y en preocupación por la apariencia física se correlacionaba con la presencia de Ortorexia. Las puntuaciones más altas las obtuvieron mujeres. Siguiendo la línea que investiga la relación entre Ortorexia y actividad física, Segura-García y colaboradores (2012) examinaron la ocurrencia de Ortorexia nerviosa y otros trastornos de la alimentación en atletas. Emergió una alta positividad en ellos, presencia de Ortorexia nerviosa (28%) y otros trastornos (14%); revelando como factores predictores: la dieta anterior, la edad, el nivel de competencia y características obsesivas-compulsivas.

Sundgot-Borgen y Torstveit (2010, citado en en Håman et al., 2015) nos previenen del cuidado que se debe tener al estudiar las relaciones entre practicantes de deportes formales y la Ortorexia

Nerviosa, ya que muchas veces las estrictas regulaciones de alimentación y ejercicio son comunes y distintivas del deporte en cuestión. En este sentido, Pettersson (2013, citado en Håman et al., 2015) explica que entre atletas de élite en deportes de combate, estos comportamientos se describen como parte de la identidad de los atletas, así como de la cultura deportiva. Estas salvedades demuestran la importancia de considerar el contexto en el cual se encuentra inmerso el sujeto para poder discriminar entre una conducta saludable, una práctica idealizada y el Comportamiento Ortoréxico. Una mirada holística impide caer en la patologización de los comportamientos.

Retomando los estudios de prevalencia sobre este fenómeno alimentario, particularmente en Argentina no se han publicado oficialmente investigaciones al respecto. La Asociación de Lucha contra la Bulimia y la Anorexia (2017), con sede en Entre Ríos, ha difundido un trabajo del Centro Dra. Katz, en el que colaboraron los Doctores Vanesa Anger y Claudio González. La muestra del mismo, cuyo número no se especificó, quedó conformada por adultos residentes de C.A.B.A. Las conclusiones arrojaron que el 18% presentaba criterio diagnóstico de Ortorexia nerviosa, cifraba que trepaba el 60% en personas con anorexia y bulimia.

Al igual que el Centro Dra. Katz, la mayoría de los Centros especializados en TCA de la Argentina reconocen al Comportamiento Ortoréxico como una patología nueva que debe ser abordada en términos de prevención y/o tratamiento. Justamente, el Centro Especializado en Desórdenes Alimentarios (s.f.) considera que es la presentación contemporánea de la Anorexia nerviosa. Por su parte, la Dra. Juana Poulisis (2011), Coordinadora del Área Psiquiatría de Fundación La Casita, publicó un libro sobre los Nuevos TCA, dedicando un capítulo al cuadro clínico en cuestión. No obstante, la escasez de trabajos científicos publicados sobre la problemática resulta un hecho inaudito e incoherente para un país, según Katz (2015), obsesionado con el cuidado del cuerpo. Una obsesión, insiste la doctora, relacionada con el alto nivel de dietismo que existe en la población, cuyo crecimiento se da en paralelo con el índice de obesidad.



# **CAPÍTULO 2**

## **PERFECCIONISMO**

## **2.1. Introducción al concepto de Perfeccionismo**

La lectura del primer capítulo invita a profundizar en el recorrido teórico, clínico y empírico del Comportamiento Ortoréxico. Como se mencionó en éste, uno de los factores que se piensa a nivel de la etiopatogenia del comportamiento alimentario disfuncional es el que remite a lo biológico, psicológico y emocional de la persona, es decir, el factor a nivel individual. En este nivel, la psicología positiva encuentra que existen varias variables de la personalidad que deben ser estudiadas dado que actúan como predisponentes o mantenedoras de un TCA (Rutzstein, Scappatura y Murawski, 2014; Scappatura, Arana, Elizathe y Rutzstein, 2011; Scappatura, Bidacovich, Banasco Falivelli y Rutzstein, 2017). Dentro de estas variables, más específicamente atendiendo a lo cognitivo, se encuentra el Perfeccionismo. Por esta razón, el segundo capítulo pretende dar cuenta de la importancia del mismo en el inicio y mantención de los TCA, específicamente en el Comportamiento Ortoréxico. Para poder lograrlo, se atravesará el recorrido histórico del constructo, focalizando en las distintas conceptualizaciones y teorías cimentadas sobre él, y se revisarán las investigaciones más actuales sobre su posible relación con los TCA.

## **2.2. Definición de Perfeccionismo**

Unas de las definiciones operacionales más difundida y ampliamente compartida en el campo de la psicología del perfeccionismo es aquella brindada por Frost, Marten, Lahart y Rosenblate (1990, citados en Scappatura et al., 2017, p.132) como “la tendencia a establecer altos estándares de desempeño, en combinación con una evaluación excesivamente crítica y una marcada preocupación por cometer errores”.

Stoeber (en prensa), en primer lugar, conceptualiza al perfeccionismo como una disposición multidimensional de la personalidad, en la que se pueden apreciar aspectos adaptativos como desadaptativos. Para el autor, se trata de una disposición a esforzarse para la perfección, mediante la fijación de estándares excesivamente altos de rendimiento, acompañados por exageradas autocríticas y creencias de que los demás esperan la perfección en uno o un actuar perfecto. Finalmente, justifica la importancia de dicha variable de la personalidad en tanto impregna todas las áreas de la vida de una persona, desde sus actividades laborales, académicas, hasta sus relaciones interpersonales y su apariencia física (Stoeber y Stoeber, 2009 citado en Stoeber, en prensa).

Lago, Scappatura, Nusshold y Keegan (2008) también se apoyan en la definición de Frost y colaboradores (1990) a la hora de encaminar su actividad científica. De igual modo, los autores explicitan la concepción actual de dicho constructo desde una doble vertiente: como rasgo estable de la personalidad, pero también como específico a ciertas situaciones o dominios en particular, pudiendo mediar adaptativa como desadaptativamente sobre las cogniciones, los afectos y las conductas.

### **2.2.1. Perfeccionismo: ¿disposición o rasgo?**

No existe una mirada única, correcta y superadora, que pueda responder a la pregunta. Stoeber (en prensa) da cuenta de la desavenencia que existe al respecto recorriendo las distintas posturas vigentes.

Existe una línea dentro de la investigación psicológica que considera al perfeccionismo como un rasgo. Allport (1937, citado en Stoeber, en prensa) puntualiza los rasgos de personalidad como descriptores que reflejan las diferencias individuales entre las personas y se caracterizan por ser relativamente generales, duraderos y responsables de patrones consistentes a través del tiempo y de las distintas situaciones. Existen varios modelos de la personalidad que teorizan al perfeccionismo

como un rasgo; entre ellos figuran: el modelo de Los Cinco Factores y el modelo HEXACO (Stoeber, en prensa). Algunos de estos modelos incluyen al perfeccionismo a nivel de facetas, tal es el caso del Modelo de Factor de Personalidad de Cattell que expone al perfeccionismo como una faceta del autocontrol versus falta de moderación (Cattel y Mead Cloninger; Przybeck, Syrakic y Wetzel, 1994; Lee y Ashton, 2004 citados en Stoeber, en prensa).

Por su parte Stoeber (en prensa) sostiene que por muchos motivos es preferible pensar al perfeccionismo como una disposición y no como rasgo.

En primer lugar, si bien el perfeccionismo tiene un componente genético (Iranzo-Tatay et al., 2015 citado en Stoeber, en prensa), la literatura científica sugiere que las diferencias individuales en el perfeccionismo, en su mayoría, son aprendidas y moldeadas por las experiencias y expectativas desde temprana edad (es decir, el temperamento no determina de manera lineal el desarrollo del perfeccionismo) (Flett, Hewitt, Oliver y Macdonald , 2002; Rice, López y Vergara, 2005 citados en Stoeber, en prensa). Las teorías socio-cognitivas aprehenden las diferencias individuales estables frutos del aprendizaje y la influencia del ambiente como disposiciones y no como rasgos (Fleeson, 2012, Mischel, Shoda y Ayduk, 2007 citados en Stoeber, en prensa).

Otro punto a tener en cuenta es la generalidad y estabilidad de esta variable. El perfeccionismo es, a menudo, específico de un dominio en particular (Dunn et al., 2005; McArdle, 2010 citados en Stoeber, en prensa). Muy pocas personas pueden ser perfeccionistas en todos los espacios de su vida (Stoeber y Stoeber, 2009 citados en Stoeber, en prensa). En cuanto a la estabilidad, los estudios longitudinales han demostrado que la variable puede mostrar cambios en poco tiempo, y dichos cambios se atribuyen a diferencias individuales en percepciones, expectativas y experiencias (Damian, Stoeber, Negru, Baban, 2013; Damian, Stoeber, Negru-Subtirica y Baban, 2017; Soenens et al., 2008 citados en Stoeber, en prensa).

Por estas razones, Stoeber (en prensa) define al perfeccionismo como una disposición multidimensional de la personalidad, específica de ciertos dominios, susceptible de cambios a lo largo del tiempo y cuya adaptación o no se valorará dentro de un continuo, en función de la situación particular, es decir, atendiendo al desempeño y las consecuencias obtenidas, incluyendo en este punto el beneficio o malestar psicológico que le genera a la persona.

### **2.3. Breve historia y modelos teóricos**

La lectura, a través del tiempo, sobre la conceptualización y valoración del perfeccionismo como variable cognitiva permite comprender el interrogante imperante: perfeccionismo ¿disposición o rasgo?

Los orígenes de la investigación sobre el perfeccionismo se encuentran en la teoría psicodinámica. Hacia la mitad del siglo pasado, dos destacados psicoanalistas teorizaron sobre este constructo. Ellos fueron: Alfred Adler y Karen Horney. Mientras que Horney lo definió como la tiranía del deber, considerándolo una disposición de la personalidad altamente neurótica, sin ningún aspecto positivo; Adler tenía una visión más diferenciada de la variable en cuestión. De hecho, varios autores postulan que Adler puede haber sido el pionero en tener una visión multidimensional del perfeccionismo. Para Adler, la aspiración a la perfección es parte de la vida misma y cada uno intenta alcanzar este objetivo de perfección de una manera diferente; por lo cual, los intentos individuales pueden ser diferenciados como comportamientos funcionales o disfuncionales en función de este objetivo (Stoeber, en prensa).

Luego, vinieron varios años en los cuales no se veía progreso alguno. El estudio sobre el perfeccionismo se había detenido y se encontraba encasillado en una visión unidimensional, que acentuaba su naturaleza patológica y funesta. Así, por ejemplo, Beck (1976 citado en Short, 2015) conceptualizó el perfeccionismo como una forma de disfunción cognitiva caracterizada por el

pensamiento dicotomizado y la sobregeneralización. Hollender (1978, citado en Stoeber, en prensa) se unió a esta visión caracterizando al perfeccionismo como un rasgo de personalidad descuidado.

No obstante, en ese penúltimo año de la década del 70' se publicó un artículo teórico muy influyente sobre el perfeccionismo. Hamachek (1978, citado en Stoeber, en prensa), autor del renombrado artículo, sugirió la importancia de diferenciar dos formas de perfeccionismo, una positiva calificada por él como “perfeccionismo normal”, por la cual los individuos disfrutaban de sus esfuerzos perfeccionistas; y una forma negativa conocida como “perfeccionismo neurótico”, por la cual las personas sufren por sus esfuerzos perfeccionistas.

Años más tarde, la investigación empírica de este constructo comienza a tantear el terreno y a dar sus primeros pasos. Surgiría primero la Escala de perfeccionismo de Burns (1980) y luego la subescala del perfeccionismo del Inventario de TCA (Garner, Olmstead y Plivy, 1983). No obstante, dichas medidas siguieron la concepción de Horney, visualizando al perfeccionismo unidimensionalmente como una disposición altamente neurótica y capturando los aspectos neuróticos y disfuncionales del mismo (Stoeber, en prensa).

La revolución empírica llegaría recién en la década de 1990, reivindicando doce años después el trabajo teórico de Hamachek. Fueron dos equipos de investigadores, que trabajaban de manera independiente, los responsables de este dramático cambio. De esta manera, Frost y colaboradores (1990), por un lado; y Hewitt y Flett (1990, 1991), por otro, publicaron modelos multidimensionales de perfeccionismo y medidas multidimensionales asociadas a ellos (Stoeber, en prensa).

El modelo multidimensional de Frost y colaboradores (1990) consta de 6 dimensiones, desdoblándose así el constructo en: 1) estándares personales (suelen ser excesivamente altos), 2) preocupación por los errores (temor por los errores y por las consecuencias negativas de los mismos según su autoevaluación), 3) dudas sobre las acciones (tendencia hacia la indecisión

relacionada con la incertidumbre acerca de hacer lo correcto), 4) expectativas de los padres, 5) críticas de los padres y 6) organización (tendencia al orden y la limpieza) (Stoeber, en prensa). Frost y colaboradores (1990), basándose en estas dimensiones, construyeron un instrumento que permite medir cuantitativamente el perfeccionismo: The Frost Multidimensional Perfectionism Scale (FMPS) (Johnston, 2016).

En la misma línea, Hewitt y Flett (1990, 1991 citados en Stoeber, en prensa) publicaron un modelo que diferenciaba aspectos intra e interpersonales del perfeccionismo. Ellos describieron tres formas de perfeccionismo: auto-orientado, orientado hacia otros y socialmente prescrito (Short, 2015; Stoeber, en prensa). Para poder medir estas formas de perfeccionismo, los autores desarrollaron una técnica psicométrica conocida como: The Hewitt and Flett Multidimensional Perfectionism Scale (HFMP) (Johnston, 2016).

Si bien ambos modelos sugerían diferentes dimensiones, hay aspectos comunes tal como lo demuestran Frost, Heimberg, Holt, Mattia y Neubauer (1993, citados en Stoeber, en prensa) al someter las nueve dimensiones de los dos modelos a un análisis factorial. Del estudio, resultaron dos dimensiones de orden superior. Así, una dimensión (Dimensión 1) combina: los estándares personales, la organización, el perfeccionismo auto-orientado y el perfeccionismo orientado hacia el otro; mientras que la otra dimensión (Dimensión 2) reúne: la preocupación por errores, dudas sobre acciones, las expectativas y críticas de los padres y el perfeccionismo prescrito socialmente. Además, se correlacionaron las dos dimensiones con medidas de afecto positivo, negativo y depresión; mostrando la Dimensión 1 una correlación positiva con el afecto positivo (y correlaciones no significativas con la depresión y el afecto negativo) y la Dimensión 2 una correlación positiva con el afecto negativo y la depresión (y una correlación no significativa con el afecto positivo) (Stoeber, en prensa).

En consecuencia, Frost y sus colegas denominaron a la Dimensión 1 como “empeño positivo” y a la Dimensión 2 como “preocupaciones de evaluación desadaptativa”. Estas dimensiones también reciben el nombre de esfuerzos perfeccionistas y preocupaciones perfeccionistas, respectivamente. Así es como nació el Modelo de los Dos Factores del perfeccionismo. Este modelo se puede considerar un marco conceptual que sirve como brújula para comprender las diferentes relaciones, a veces opuestas, que muestran las dimensiones del perfeccionismo y con ello estimar indicadores de ajuste o desajuste psicológico (Stoeber, en prensa).

### **2.3.1. Teoría Tripartita del perfeccionismo**

Resumiendo, Johnston (2016) explica que los esfuerzos perfeccionistas reflejarían la tendencia a fijarse altos estándares personales y esforzarse por lograrlos; mientras que las preocupaciones perfeccionistas plasmarían la tendencia a ser crítico con el propio desempeño, preocupándose por los errores o evaluaciones realizadas por otros; en otras palabras, estas preocupaciones surgen de la discrepancia entre el rendimiento que se espera alcanzar y el que se logra finalmente.

El enfoque denominado Teoría Tripartita del perfeccionismo (Parker, 1997 citado en Johnston, 2016) combina estas dimensiones describiendo tres grupos de personas: perfeccionistas saludables, perfeccionistas insalubres y no perfeccionistas (Figura 1). Los perfeccionistas sanos muestran altos estándares personales que pretenden alcanzar (esfuerzos perfeccionistas) pero bajas preocupaciones perfeccionistas. Como contrapartida, los perfeccionistas insalubres muestran, al mismo tiempo, altos estándares de desempeño y altas preocupaciones perfeccionistas. El tercer grupo, los no perfeccionistas, agrupa a aquellas personas con bajos estándares de desempeño. En su lenguaje técnico, Stoeber y Otto (2006 citados en Stoeber, en prensa) utilizaron los términos perfeccionismo adaptativo y desadaptativo de manera intercambiable con los términos originales, perfeccionistas sanos e insalubres.



Esta forma de combinar las dimensiones del perfeccionismo y de agrupar a las personas de acuerdo al grado de salud, se acerca a la descripción de Hamachek (1978) que distingue entre perfeccionistas normales y neuróticos, colocados en extremos opuestos de un espectro del perfeccionismo (Johnston, 2016).

Teoría Tripartita del Perfeccionismo			
Preocupaciones Perfeccionistas			
	Bajas	Altas	
Esfuerzos Perfeccionistas o Altos Estándares	Bajas	No perfeccionistas	
	Altas	Perfeccionistas Saludables (Adaptativo)	Perfeccionistas Insalubres (Desadaptativo)

*Figura 1.* Muestra la interacción entre las dos dimensiones del perfeccionismo: los esfuerzos perfeccionistas y las preocupaciones perfeccionistas. Se desprenden tres categorías, basadas en dicha interacción, que agrupan: a los perfeccionistas sanos (o adaptativos), los perfeccionistas insalubres (desadaptativa) y no perfeccionistas. Fuente: “Adaptive and Maladaptive Outcomes of Perfectionism and Changes After Mindfulness Training”, por Short, M. M. (2015).

Scappatura y colaboradores (2017, p.132) preguntándose por la fundamentación empírica que sostiene el carácter adaptativo o desadaptativo de estas dimensiones, esbozaron como posibles respuestas que:

El carácter desadaptativo del perfeccionismo se fundamenta en su asociación con diversas condiciones psicopatológicas, tales como: síntomas depresivos (Di Schiena, Luminet, Philippot y Douilliez, 2012; Flett, Panico y Hewitt, 2011), obsesivo-compulsivos (Rice y Pence, 2006; Soreni et al., 2014), malestar psicológico (Arana, Scappatura, Lago y Keegan, 2007) y trastornos de ansiedad (Antony, Purdon, Huta y Swinson, 1998; Bardone-Cone et

al., 2007; Saboonchi, Lundh y Öst, 1999), entre otras. En cambio, a la dimensión adaptativa se la visto asociada con consecuencias positivas; por ejemplo, mayor satisfacción con la vida (Wang, Yuen y Slaney, 2009) y mejor calidad de vida percibida (Arana et al., 2010). No obstante, esta relación ha sido menos estudiada (Chang, 2006) y, por ende, los resultados son menos concluyentes (Stoeber y Otto, 2006).

Atendiendo a los hallazgos actuales de las investigaciones que se enmarcan en este modelo tripartito, Oros y Vargas-Rubilar (2016) condensaron las características y atributos que se asocian a cada dimensión particular del perfeccionismo.

De este modo, la dimensión adaptativa del perfeccionismo se enlaza con el interés por la superación personal, la búsqueda de metas elevadas y el esfuerzo realizado a tal fin, la organización, el orden y la puntualidad (Abdi, Chalanbianloo y Joorbonyan, 2015; Ashby y Kottman, 1996; Blatt, 1995; Chan, 2009; Egan, Wade y Shaffan, 2011; Sastre-Riba, 2012; Scappatura et al., 2011; Slaney, Rice, Mobley; Stoeber y Otto, 2006; Trippi y Ashby, 2001 citados en Oros y Vargas-Rubilar, 2016), posibilitando la satisfacción personal, una mejor autoestima y la instrumentalización de estrategias de afrontamiento más adecuadas (Sastre-Riba, 2012; Scappatura et al., 2011; Stoeber y Otto, 2006 citados en Oros y Vargas-Rubilar, 2016). Se vincula este tipo de perfeccionismo con una alta capacidad intelectual, buenas calificaciones, creatividad, altos estándares de rendimiento y planificación profesional (Chan, 2009; Sastre-Riba, 2012, Stoeber, Mutinelli y Corr, 2016; Stoeber y Otto, 2006 citados en Oros y Vargas-Rubilar, 2016).

En contraparte, la dimensión insana o desadaptativa del perfeccionismo se asocia con una actitud autocrítica desmedida, la preocupación excesiva por los errores, pensamiento dicotómico (todo o nada), intolerancia al fracaso, inseguridad en relación a los logros personales y autodesvalorización cuando éstos no son alcanzados (Castro- Fornieles et al., 2007; Frost, Marlen,

Lahart y Rosenblate, 1990; Sherry, Stoeber y Ramasubbu, 2016 citados en Oros y Vargas-Rubilar, 2016).

Según Slaney, Rice, Mobley, Trippi y Ashby (2001, citados en Oros y Vargas-Rubilar, 2016), el elemento que permite distinguir al perfeccionismo sano del desadaptativo es la discrepancia entre los altos estándares autoimpuestos y la percepción de desempeño obtenido.

### **2.3.2. Modelo del Perfeccionismo Disposicional del 2x2**

La propuesta conceptual fue concebida por Gaudreau y Thompson en el año 2010, sosteniendo que el examen de las posibles combinaciones de las dimensiones del perfeccionismo es un punto clave y esencial para diferenciar lo sano o adaptable del perfeccionismo de lo insano o desadaptativo. A diferencia del Modelo Tripartito, los autores sostienen que son cuatro las combinaciones posibles, en lugar de tres. Este marco teórico ha ganado una creciente influencia y relevancia en el particular debate sobre lo adaptativo y desadaptativo del perfeccionismo (Short, 2015).

Gaudreau y Thompson (2010) proponen agrupar las diversas facetas del perfeccionismo en dos dimensiones más amplias dependiendo de su origen (yo versus social) y de sus manifestaciones cognitivas (altos estándares y dudas sobre las acciones). Así, queda definido por un lado, el Perfeccionismo de Preocupaciones Evaluativas (PPE), es decir, aquella tendencia socialmente prescrita a percibir que otros significativos ejercen presión para ser perfecto, combinada con una susceptibilidad a autoevaluarse con dureza y a dudar de la propia capacidad para progresar hacia estándares elevados. Y por otro lado, el Perfeccionismo de Estándares Personales (PEP), en otros términos, es aquella tendencia auto-orientada a fijarse altos estándares de exigencia y a esforzarse escrupulosamente para alcanzarlos.

A partir de la interacción entre las dimensiones de PEP y PPE, Gaudreau y Thompson (2010) postulan cuatro combinaciones posibles dentro del continuo:

- No perfeccionismo: se presentan bajos niveles de PEP y PPE, es decir, las personas no están motivadas a realizar esfuerzos perfeccionistas.
- Perfeccionismo de Preocupaciones Evaluativas Puro: se presenta un alto PPE y bajo PEP. Son individuos que buscan alcanzar estándares perfeccionistas debido a su percepción sobre la presión externa ejercida sobre ellos, sin lograr interiorizarlos.
- Perfeccionismo de Estándares Personales Puro: representado por un alto PEP y bajo PPE. Son personas que han interiorizado alcanzar altos estándares. Se lo asocia con una mejor adaptación o ajuste psicológico.
- Perfeccionismo Mixto: En este caso, se combinan altos niveles de PPE y de PEP. Son individuos que se han apropiado de los altos estándares que buscan, pero simultáneamente perciben la presión de otros significativos para alcanzarlos. Se considera más adaptativo que el tipo de PPE Puro y menos adaptativo que el tipo PEP Puro.

Para este modelo teórico, la adaptación o inadaptación no son extremos opuestos del mismo espectro. Esto significa que la ausencia de un resultado desadaptativo no se interpreta como un resultado adaptativo. Verbigracia, la presencia de distrés es desadaptativa; no obstante, la ausencia de este indicador no es necesariamente adaptativa. Empero, un alto nivel de satisfacción con la vida es señal de una buena capacidad de adaptación a los cambios del ambiente, por lo tanto, se considera un resultado adaptativo (Short, 2015).

## 2.4. Perfeccionismo y Trastornos de la Conducta Alimentaria

El perfeccionismo es una variable cognitiva de influencia relevante en la etiología y mantenimiento de los TCA (Roz, Lee, Payne y Fairburn, 2006; Rutzstein et al., 2014; Scappatura et al., 2011; Scappatura et al., 2017). Apoyando esta hipótesis, Bardone-Cone y colaboradores (2007, citado en Guido, Murawski y Rutzstein, 2011) señalan que existe una consistente evidencia de que los individuos con TCA presentan niveles más altos de perfeccionismo que la población no clínica y que el perfeccionismo es predictivo del desarrollo de los TCA. Garner, Olmsted, Polivy y Garfinkel (1984, citados en Rutzstein et al., 2014) explican que esta situación se debe a que el perfeccionismo conduciría a la búsqueda de estándares elevados e irrealistas en relación con la apariencia física, el control sobre la comida y el peso.

Por esto mismo es que Shafran, Cooper y Fairburn (2002, citados en Hewitt, Flett, Besser, Sherry y McGee, 2003) conceptualizaron los TCA como la expresión del perfeccionismo en el ámbito de la alimentación, el peso y la imagen corporal. Los autores hallaron que los sujetos con TCA presentaban estándares altos con respecto al control de su dieta, del peso y su auto-evaluación se basaba en el cumplimiento estricto de dichos estándares.

A saber, el perfeccionismo clínico y el pensamiento dicotómico se delatan en la intensidad y rigidez de las dietas extremas que siguen los pacientes con TCA. La menor transgresión a éstas arroja a una desvalorización desmesurada de uno mismo. Es en este punto que aparece un contratiempo impetuoso. Ineludiblemente, las transgresiones aparecerán porque las restricciones son absurdas e insostenibles en el tiempo. Ante ello, inmediata y cíclicamente la persona recurrirá a cualquier maniobra de purga y formas extremas de control de peso, como los ayunos y la actividad física excesiva (Rutzstein, 2009).

Así, el perfeccionismo es un factor de especial consideración en el diagnóstico de los TCA, e indiscutiblemente en su tratamiento también. Un estudio longitudinal, realizado por Tyrka, Waldron, Graber & Brook-Gunn (2002), en el que participaron 157 mujeres (y sobre quienes se realizó un seguimiento comenzando a la edad de 12-16, luego en su adolescencia: entre los 14-18 años y posteriormente en la adultez joven: entre 20-24 años), concluyó que el rasgo perfeccionista era un factor predictor de Anorexia Nerviosa en adultas jóvenes.

En su trabajo de revisión, Bardone-Cone y colaboradores (2007, citados en Scappatura et al., 2011) concluyeron que el perfeccionismo se hallaría asociado a peores resultados en el tratamiento de los TCA. Destacaron que los altos niveles de perfeccionismo presentes en los pacientes con TCA, se mantenían luego de la recuperación de los mismos.

En términos psicométricos, la asociación entre perfeccionismo y TCA ha cobrado eminente trascendencia. Shafran y colaboradores (2002, citados en Hewitt et al., 2003) enfatizaron el carácter central del perfeccionismo en los TCA, en tanto se incluye como una subescala en el Inventario de Trastornos alimentarios (EDI) (Garner, Olmstead y Polivy, 1983, citados en Hewitt et al., 2003) y hasta se ha diseñado una medida para evaluarlo específicamente en los TCA (el Neurotic Perfectionism Questionnaire, NPQ) (Mitzman, Slade y Dewey, 1994, citados en Hewitt et al., 2003).

Desde la Teoría Tripartita del Perfeccionismo, numerosas investigaciones se han centrado en las dimensiones adaptativas y desadaptativas del perfeccionismo en los TCA. La discrepancia en sus resultados enriquece y estimula el asunto.

Por un lado, Scappatura y colaboradores (2017) señalan que las investigaciones de Ashby, Kottman, y Schoen (1998); Davis (1997); Dour y Theran (2011); Pearson y Gleaves (2006); Rutzstein y colaboradores (2014); Soenens, (2008); Terry-Short, Owens, Slade y Dewey (1995) dan

cuenta de la asociación positiva entre la sintomatología de los TCA y la dimensión desadaptativa del perfeccionismo.

En una línea intermedia, Scappatura y colaboradores (2017) citan los hallazgos de Bardone-Cone (2007); Bardone-Cone y colaboradores (2008); Bastiani, Rao, Weltzin, y Kaye (1995); Hewitt, Flett, y Ediger (1995) en tanto revelan que ambas dimensiones (adaptativa y desadaptativa) se encuentran asociadas a los desordenes alimentarios.

Una investigación más actual suma evidencia a la primera línea de investigaciones mencionadas. Patterson, Wang y Slaney (2012) reclutaron a 212 mujeres y las dividieron en tres grupos: clínico, subclínico y asintomático. Utilizaron la APS-R y la PSPS, encontrando diferencias significativas entre los tres grupos en la subescala Discrepancia. Específicamente, observaron que las mujeres con TCA puntuaban más alto en la mencionada subescala, percibiendo una gran distancia entre sus altos estándares y sus logros alcanzados, incluida la apariencia que buscan.

En consonancia con este estudio, Boone y colaboradores (2010, citados en Guido et al., 2011) señalaron que la dimensión desadaptativa del perfeccionismo estaba más fuertemente asociada a síntomas de desórdenes alimentarios que la dimensión adaptativa, en adolescentes de ambos sexos. Asimismo, Guido y colaboradores (2011), utilizando la APS-R, hallaron que las mujeres con riesgo de TCA puntuaban más alto en la subescala Discrepancia (perfeccionismo desadaptativo) que aquellas que no tenían dicho riesgo.

Otro estudio argentino reciente, abordado por Scappatura y colaboradores (2017), indagó la asociación entre las dimensiones de perfeccionismo y la presencia de TCA y riesgo de TCA. Utilizando la APS-R, encontraron que las adolescentes con TCA o con riesgo presentan mayor perfeccionismo desadaptativo que las adolescentes que no tenían patología alimentaria. No observaron diferencias en altos estándares, dimensión del constructo considerada adaptativa.

Concluyeron que la diferencia entre los grupos se arraigaba en la subescala Discrepancia (dimensión desadaptativa), y no en la de altos estándares. A partir de estos resultados, los autores interpretaron que las adolescentes con TCA y con riesgo se suelen auto-percibir como incapaces de lograr los estándares de desempeño elevados que se han propuesto.

Focalizando en el Comportamiento Ortoréxico, las investigaciones sobre su asociación con las dimensiones del perfeccionismo son mínimas. Hasta el momento, un solo estudio se ha publicado sobre el asunto. Este estudio, llevado a cabo por Barnes y Caltabiano (2017), se propuso investigar si el perfeccionismo, la imagen corporal, el estilo de apego y la autoestima podían ser considerados predictores del Comportamiento Ortoréxico. Su muestra estuvo conformada por 220 participantes, quienes respondieron vía online distintos instrumentos, entre ellos el Orto-15 y la Escala Multidisciplinaria de Perfeccionismo (MPS). El análisis correlacional de los datos reveló que las tendencias más altas al Comportamiento Ortoréxico se asociaban positivamente con puntuaciones más altas para el perfeccionismo auto-orientado, orientado a otros y socialmente prescripto. Los resultados obtenidos les permitieron concluir que el Comportamiento Ortoréxico comparte similitudes con la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa con respecto al perfeccionismo, las actitudes hacia la apariencia física y el estilo de apego. Por lo cual, el estudio suma evidencia empírica para justificar la inclusión del Comportamiento Ortoréxico dentro del espectro de los TCA.

Del mismo modo, Martins, Alvarenga, Vargas, Sato y Scagliusi (2011) rescatan, en su revisión bibliografía sobre el Comportamiento Ortoréxico, las similitudes que comparte éste con otros TCA, como la anorexia y la bulimia. En relación a los rasgos de personalidad, los autores explican que, los sujetos con Comportamiento Ortoréxico se caracterizan por ser meticulosos, organizados, con una mayor necesidad de autocuidado/protección, la ansiedad y necesidad de autocontrol, seguir



reglas estrictas, la realización de rituales, rigidez en sus pensamientos y creencias (perdiendo el poder de decisión), el deseo de sentirse puro y la tendencia al perfeccionismo.

En general, los estudios publicados sobre las dimensiones del perfeccionismo y los TCA son escasos, ya que históricamente el abordaje del perfeccionismo en este tipo de trastornos se ha llevado a cabo desde una perspectiva unidimensional del mismo. Otra limitación es que la mayoría de las investigaciones se ha centrado en el sexo femenino, sin incluir al masculino (Scappatura et al., 2011).

Es irrevocable la necesidad de ampliar y penetrar en esta temática para poder pensar y repensar sobre las estrategias actuales y futuras para hacer frente a los desordenes alimentarios. Hewitt y colaboradores (2003) realzan las implicaciones prácticas que tienen las investigaciones sobre este tema, ya que si se puede predecir que el perfeccionismo es un factor susceptible y mantenedor de un TCA, entonces los pacientes podrán beneficiarse de una intervención multifacética que reconozca las distintas dimensiones del constructo. Posiblemente, según los autores, al adoptar un enfoque de intervención más complejo sean menos resistentes los pacientes al tratamiento.

# **CAPÍTULO 3**

## **LOCUS DE CONTROL**

### **3. 1. Introducción al Concepto de Locus de Control**

Uno de los miedos más grandes que puede llegar a agobiar y desesperar a un ser humano es la pérdida de control sobre los sucesos de su vida. Asimismo, una de las más fuertes motivaciones humanas y necesidades básicas consiste en tener control sobre las circunstancias que se experimentan. La manera en que el hombre cree controlar su vida conmueve y atañe directamente a su identidad, a su salud, a sus relaciones interpersonales, su situación laboral, a la manera de encarar sus enfermedades y adversidades (Shapiro, 1994).

Así es como esta variable cognitiva, junto a la autoestima y al perfeccionismo multidimensional, predice de manera significativa el bienestar subjetivo (Karatas y Tagay, 2012). Por esta razón, se entiende la resonancia del Locus de control como constructo psicológico trascendental y significativo para la salud mental, la planificación terapéutica y hasta para la salud física del ser humano (Linares, 2001; Shapiro, 1994).

### **3.2. Orígenes del Concepto Locus de Control**

La necesidad de control es inherente al ser humano. Por ello, a menudo las personas se esfuerzan por ejercer cierto grado de control sobre sus acontecimientos vitales, tanto en los cotidianos como en los más trascendentales, con el objeto de alcanzar sus metas o evitar consecuencias adversas (Oros, 2005).

Por el contrario, la sensación de pérdida de esta capacidad de control puede llevar a la persona a un estado paralizante de la propia conducta, con lo cual se ven frustrados los objetivos propuestos

(Oros, 2005). Empíricamente, Seligman (1975, citado en Oros, 2005) lo pudo comprobar en sus experimentos con animales. Tras aplicar una serie de descargas eléctricas a un grupo de perros, sin darles la posibilidad de escapar de ellas, éstos aprendían un patrón de conducta de pasividad que llamó inicialmente sensación de desamparo. Cuando estos mismos animales se encontraban en una situación diferente, donde podían escapar fácilmente del castigo, no intentaban hacerlo. Ya habían aprendido a sentirse indefensos, desamparados y a no luchar para escapar. “La percepción constante de que las propias respuestas son insuficientes o inútiles para controlar una situación adversa a la cual se está expuesto, provoca sentimientos de desvalimiento, déficit cognitivo, motivacional y emocional” (Pereyra, 1995 citado en Oros, 2005, p.90).

Este experimento con animales sirvió para explicar una serie de fenómenos humanos. Así se observa que cuando una persona cree no tener control sobre algún aspecto de su medio o situación, pierde todo deseo y motivación de cambio de otros aspectos que están a su alcance (Oros, 2005).

Extendiendo los supuestos del conductismo clásico, Julian Rotter (1954, citado en De Grande, 2014) elaboró un modelo de predicción de la conducta en el marco de su Teoría del Aprendizaje Social (de ahora en adelante, TAS). Rotter (1975, citado en Linares, 2001, 13) explica que su TAS consiste en “una teoría molar de la personalidad que intenta integrar dos corrientes de la psicología americana: las teorías del reforzamiento y las teorías cognitivas.” De acuerdo a este modelo, el sujeto conducirá su acción basándose en su experiencia, es decir, buscará registros en su memoria de los efectos o consecuencias (reforzamientos) asociados a conductas similares en su historia de vida. Justamente, toma de la psicología conductista el término refuerzo para referirse a esta retroalimentación (positiva o negativa) de la conducta que se obtiene del medio al actuar (De Grande, 2014).

No obstante, la TAS reformuló y amplió el modelo de estímulo-respuesta, situando la posibilidad de ocurrencia de una determinada conducta como dependiente de tres elementos: las expectativas de refuerzos (es decir, qué consecuencias espera lograr o evitar), el valor subjetivo que la persona le atribuye a dicho reforzamiento y el repertorio de conductas alternativas que el sujeto tiene en la situación concreta (De Grande, 2014; Linares, 2001).

Dentro de este contexto de expectativas y refuerzos, Rotter señala dos consideraciones claves: 1) Las expectativas de reforzamiento en una situación dada, conocidas también como expectativas específicas, están determinadas tanto por las experiencias concretas del sujeto en esa situación como por las expectativas de carácter general suscitadas de las experiencias en otras situaciones percibidas como similares; 2) el rol del aprendizaje individual es sustancial en la conformación de una expectativa general capaz de influir en el resto de las expectativas particulares (De Grande, 2014; Linares, 2001). En este sentido, Rotter (1975, citado en Linares, 2001, p.13) “distingue posteriormente entre expectativas específicas (o expectativas de reforzamiento en una situación dada) y expectativas generalizadas (o expectativas de reforzamiento que el individuo extrapola de su experiencia en situaciones anteriores similares).”

### **3.3. ¿Qué se entiende por Locus de Control?**

Precisamente, el constructo Locus de Control (de ahora en adelante, LC) se fundamenta en las expectativas generalizadas. Por lo tanto, se considera que el LC es una cognición del tipo de expectativa generalizada, que delata la historia de reforzamientos de cada persona, y que se refiere a la independencia o dependencia de los resultados respecto de la conducta (Villamarín, 1990 citado en Linares, 2001).

Rotter en 1966 (citado en Linares, 2001, p.15) define el concepto de LC con estas palabras:

“Cuando una persona percibe que un refuerzo sigue a una acción suya pero que no es contingente a esa acción, entonces en nuestra cultura se percibe típicamente como el resultado del azar, el destino, que está bajo el control de otras personas con poder, o como algo impredecible debido a la gran complejidad de las fuerzas que lo causan. Cuando una persona interpreta un evento de esta manera, llamamos a esto una creencia en el control externo. Si la persona percibe que el evento es contingente a su propia conducta o a sus características relativamente permanentes, llamamos a esto una creencia en el control interno.”

Como se aprecia, Rotter solamente consideró un tipo de consecuencias: aquellas percibidas como agradables o positivas para el sujeto, concretamente los refuerzos. Lefcourt (1980) se percata de dicha limitación, y amplía la definición del concepto atendiendo tanto a las consecuencias agradables como a aquellas que no lo son, independientemente de que éstas puedan ser consideradas como refuerzos (Linares, 2001).

Teniendo en cuenta estas primeras consideraciones y los desarrollos posteriores, el LC alude a una percepción y representación subjetiva del lugar donde se localiza el dominio de los acontecimientos. A saber, son las creencias de una persona sobre el grado de control que posee en los eventos que le acontecen. Por lo tanto, podrá localizar ese dominio dentro o fuera de sí (De Grande, 2014; Oros, 2005; Pérez-García, 2012).

El LC es un importante recurso de afrontamiento estrechamente ligado al concepto de Autoeficacia, el cual se refiere también a creencias de control pero ligadas a las propias capacidades, habilidades y recursos personales para ejercerlo. Ambos conceptos constituyen una instancia previa en la planificación y ejecución de las acciones orientadas a una meta, determinando reacciones afectivas consecuentes, que se reflejan en estados emocionales de orgullo o vergüenza (Oros, 2005).

Las personas difieren en el grado de control que creen tener sobre sus vidas, y por ello sus conductas estarán en gran parte determinadas por esa percepción o valoración (Pérez-García, 2012). En palabras de Rotter (1966, citado en Selart, 2005), el lugar de control implica que la persona percibe los efectos de las recompensas o el refuerzo de manera diferente dependiendo si lo explica como contingente a su propia conducta o independiente de ella. Entonces, si una persona tiende a explicar la recompensa como algo que depende de su propia conducta, posee un LC Interno (a partir de ahora, LCI). En contraste, si la persona se inclina habitualmente por explicar la recompensa como resultado de factores externos a la propia conducta, como por ejemplo: la suerte, el azar, el destino, la influencia de otras personas (o elementos), posee un LC Externo (en adelante, LCE) (Pérez-García, 2012; Selart, 2005).

### **3.3.1. Locus de Control Interno**

Lo que subyace al LCI es la concepción del “sí mismo como un agente” (McCombs, 1991 citado en Cortés, 2016, p. 61). Se habla en este sentido en términos de retroalimentación, por la cual las acciones son controladas por los pensamientos, y a su vez, estas acciones afectan positivamente a la motivación, las creencias y el desempeño. Por lo tanto, “la persona cree que el esfuerzo que le dedica a una actividad es contingente con el resultado de su comportamiento” (Cortés, 2016, p. 61).

Según Nehemia, Giora y Yechiela (1992, citados en Cortés, 2016) las personas que poseen un LCI asumen el control de sus decisiones, intentando por todos los medios concretarlas, y encontrándose más preparadas ante cualquier imprevisto que las personas que poseen un LCE. De hecho, una mayor internalidad (LCI) se asocia con rasgos de personalidad tales como la perseverancia ante las dificultades, y un mayor sentido de independencia y de responsabilidad (Young, 2000).

Los aportes de prestigiosos investigadores han esclarecido el papel que dicha variable juega en el estudio de las diferencias individuales. En sus trabajos han encontrado una asociación directa entre un LCI y un mejor desempeño académico, mejor calidad en sus trabajos y alta satisfacción laboral, mejor manejo frente a las diferentes tensiones y problemas de la vida, mayor autoeficacia, autonomía y mejor ajuste social. Afín a ello, hallaron que el LCI estaba relacionado a una menor fatiga emocional, menor tasa de conflictos en el ámbito laboral y menor ansiedad (Day, 1999; Koeske y Kirk, 1995; Pelletier, Alfano y Fink, 1994; Rees y Cooper, 1992; Rimmerman, 1991; Valle Gonzalez, Nuñez, Vieiro, Gómez y Rodríguez, 1999 citados en Oros, 2005).

El estudio de Saini y Khan (1997, citados en Oros, 2005) concluyó que los pacientes alcohólicos con LCI lograban mejores resultados terapéuticos que el resto. Otros estudios en salud han indicado que un LCI amortigua los efectos físicos y emocionales de la enfermedad (Jennings, 1990; Pilisuk, Montgomery, Parks y Acredolo, 1993 citados en Oros, 2005). Por ejemplo, Alexander, Langer, Newman, Chandler y Davies (1989, citados en Linares, 2001) observaron que aquellos pacientes a quienes se les enseñaban estrategias de autocontrol internas (de relajación, meditación, promoción de pensamientos positivos) tendían a vivir más que el grupo control (quienes no recorrieron dicha experiencia).

No obstante, en determinadas circunstancias tener control puede producir efectos negativos en la persona. Tal es el caso de cuando se le proporciona control a una persona que no lo desea, o que no lo puede utilizar de manera efectiva. En estos casos, aumentarán sus niveles de ansiedad y de depresión (Linares, 2001).

Otra circunstancia negativa a tener en cuenta es cuando el individuo persiste en controlar eventos que escapan de su dominio (Linares, 2001). En ello hicieron hincapié Chipperfiel y colaboradores (2016) estudiando los beneficios de los factores psicológicos para la salud. Dirigieron



su atención a la manera en que los individuos evalúan sus resultados. Si bien muchos estudios confirman que la creencia de poseer control sobre los resultados es adaptativa para salud, existe una posibilidad paradójica que se ignora: un incremento de la internalidad puede ser perjudicial. En sus entrevistas con adultos mayores, describieron la existencia de una mentalidad de invencibilidad potencialmente desadaptativa, en la medida que en su internalidad era extrema y al mismo tiempo valoraban pobremente la salud. Aquellos llamados invencibles se caracterizaron por la negación de los riesgos futuros, la carencia de la emoción activadora del miedo y la menor frecuencia con que concurrían a sus médicos. Chipperfiel y colaboradores (2016) reconocen que las evaluaciones psicológicas sobre las atribuciones son modificables, por lo cual se deben ampliar y consolidar estrategias de modificación de mentalidades desadaptativas, lo que potencialmente mejora la calidad de vida.

### **3.3.2. Locus de Control Externo**

Las personas con un LCE generalmente atribuyen sus éxitos a la buena suerte, al destino, o a la influencia de otras personas. Como contrapartida, los fracasos son concebidos como producto de la mala suerte, o tal vez, de la mala fe de las personas (Gómez y Valdés, 1994 citados en Cortés, 2016). Creen que la obtención del refuerzo está más allá de su control (Pérez-García, 2012), y por lo tanto, que es independiente de su conducta o esfuerzo concreto (Linares, 2001).

Para ellos, son factores externos a su persona (por ej. la suerte, la providencia, etc.) los que resolverán sus problemas y dificultades (Lefcourt, 1984 citado en Cortés, 2016), ya que consideran que todos sus empeños y actuaciones son inútiles, sintiéndose incapaces de alterar o modificar los inconvenientes vividos en su transcurrir cotidiano (Guarín y García, 2015 citados en Cortés, 2016).

Las personas con LCE son pasivas (Rotter, 1966 citado en Cortés, 2016), menos productivas (Lefcourt, 1984 citado en Cortés, 2016) buscando las tareas que conllevan menor esfuerzo para poder alcanzar el éxito (Gómez y Vladés, 1994 citados en Cortés, 2016).

En lo que respecta al ámbito de la salud específicamente, se ha observado que aquellas personas con LCE son más propensas a experimentar emociones negativas ante el estrés, presentando hábitos de salud más pobres, contrayendo más enfermedades y llevando a cabo menos acciones de prevención o recuperación (Pérez-García, 2012). Además, a medida que aumentan las atribuciones externas disminuyen significativamente los niveles de bienestar subjetivo, tal como lo pudieron comprobar en su estudio Karatas y Tagay (2012).

### **3.4. Evolución y derivaciones del Locus de Control**

El LC es una construcción conceptual que tiene gran relevancia como factor predictivo de otras variables: comportamentales, afectivas y actitudinales. En su origen fue concebido unidimensional. Actualmente, se pueden medir al menos seis modalidades diferentes que lo componen (Oros, 2005).

#### **3.4.1. Dimensionalidad del Locus de Control**

Para Rotter (1966, citado en Oros, 2005) la percepción del grado de control que se poseía era dicotómica, oscilando entre los polos de la internalidad y la externalidad. De acuerdo a esta concepción unidimensional, construyó su Escala de Locus de Control I-E para adultos (Linares, 2001) ofreciendo al examinado dos opciones de respuestas excluyentes para cada ítem (Oros, 2005).

Ahora bien, centrarse exclusivamente en los resultados comentados en el apartado anterior, puede conducir a una lectura reduccionista que aprecie como beneficiosa toda atribución interna, y nociva a toda atribución externa (Oros, 2005). Hoy en día, los investigadores cuentan con una amplia variedad de instrumentos (Linares, 2001) que permiten medir distintas modalidades del

constructo (Linares, 2001; Oros, 2005), pero ninguna de ellas podrá hacerlo en su totalidad y concentrando su complejidad. Siempre debe realizarse una lectura de los datos recabados que reconozca las salvedades y limitaciones del instrumento y del estudio en sí mismo. Sólo de esta manera, los resultados serán aportes que posibiliten el esclarecimiento de ciertos fenómenos y la interrogación de otros distintos, e incluso, nuevos.

Por ejemplo, Bulman y Wortman (1977, citados en Oros, 2005) dieron con una pieza fundamental para interpretar las respuestas de atribución de control que realizaban las personas. Trabajando con víctimas de accidentes traumáticos, se toparon con que quienes se imputaban la responsabilidad de la situación, realizando atribuciones internas frente al fracaso, llevaban a cabo un mejor afrontamiento. Explicaron estos hallazgos a partir de la existencia de dos tipos diferentes de internalidad: 1) la autoacusación de la conducta y 2) la autoacusación de disposición. En la autoacusación de la conducta, el sujeto explica los hechos sucedidos a partir de ciertas conductas específicas que llevó a cabo; por ende, deduce que si evita tales conductas a futuro, podrá evadirse de tales consecuencias. Por lo tanto, modificando sus conductas cree que puede tener el control de la situación. Por el contrario, en la autoacusación de disposición el sujeto cree, generalmente de manera irracional, que son sus cualidades intrínsecas y estables (por ejemplo, soy torpe o un inútil) las que ocasionaron las desgracias, y por lo tanto, los eventos están fuera de su control.

Wallston y De Vellis (1978 citados en Linares, 2001) también hicieron hincapié en la clasificación de la dimensión interna del LC. Observaron que existen dos perfiles de personas que creen tener el control: por un lado las que sólo creen en el control ejercido por ellas mismas, y por otro las que creen que pueden tener el control o bien delegarlo a otras personas con capacidad para ejercerlo. Por ejemplo, hay personas que creen que se pueden curar o prevenir de una enfermedad si ejecutan una serie de conductas consideradas saludables (realizar determinados ejercicios, dietas, tener ciertos cuidados, etc.), y a otras que si bien creen que se pueden curar (o prevenir) gracias a

sus conductas saludables, también valoran la ayuda que pueden recibir de otras personas, como médicos, enfermeros, nutricionistas y psicólogos.

Atendiendo al polo externo del LC y aludiendo específicamente a situaciones sociales y políticas, Levenson (1972 citado en Oros, 2005) propuso una clasificación en la que distinguía entre dos dimensiones: otros poderosos y fatalismo. El fatalismo incluía la suerte, el azar, destino, sucesos accidentales, etc. En cambio, otros poderosos hacía referencia a la creencia de que otros controlan lo que a uno le sucede.

Haciendo una revisión de los distintos aportes hasta el momento, Oros (2005) identificó potencialmente cinco dimensiones del LC: Medio de control, Agente de control, Objeto de control, Momento de control y Sucesos. A continuación, se desglosa cada dimensión:

- Medio de control: orientada a responder por medio de qué o quién es ejercido el control. Para los internalizadores, ellos tienen el control de la situación, y pueden ejercerlo mediante su relación afectiva con los otros (control afectivo) o mediante su esfuerzo (control instrumental). Por el contrario, los externalizadores creen que el control está fuera de ellos, y lo ejercen personas específicas (otros poderosos) o nadie en particular, atribuyendo las consecuencias a la suerte, al destino o al azar (fatalismo).
- Agente de control: El control puede ser ejercido a nivel individual (dominio personal) o a nivel colectivo (ideológico, mucha gente).
- Objeto de control: Puede ser una persona determinada (padres, hijos, maestros) o sobre instituciones.
- Momentos: Estas experiencias de éxito o fracaso pueden formar parte del pasado (recuerdos) o ser partes del futuro (expectativas).

- Sucesos: Se evalúa si las consecuencias obtenidas son positivas (Éxito) o negativas (Fracaso).

### **3.4.2. Especificidad del Locus de Control**

Rotter (1966 citado en Linares, 2001) desarrolló su Escala de Locus de Control I-E para adultos buscando medir únicamente la expectativa general, advirtiendo que su uso no estaba indicado para predecir acciones en situaciones concretas. Atendiendo a este llamado de atención, los investigadores se empeñaron en el desarrollo de nuevos instrumentos para cada conducta que buscaban predecir.

Tal es el caso, de Rothbaum, Weisz y Snyder (1982 citados en Linares, 2001) quienes intentaron definir el control en cuatro tipos: el control predictivo, el control ilusorio, el control vicario y el control interpretativo. Paralelamente, cada tipo se subdividía en dos procesos: el control primario (son los esfuerzos orientados a cambiar el entorno, o aspectos del mismo, para adaptarlo a las necesidades personales), y el control secundario (son los esfuerzos realizados por el sujeto para adaptarse a su entorno). De esta forma, el control predictivo primario es el intento por anticiparse a los acontecimientos y potenciar estrategias que permitan modificarlos. El control predictivo secundario es el intento de anticiparse al acontecimiento, de manera tal que se pueda anular el sentimiento de enfado o desagrado que puede producir. El segundo tipo de control es el control ilusorio primario que intenta influir en la suerte para conseguir determinados resultados. En el control ilusorio secundario se intenta influir sobre los resultados determinados por el azar o la suerte. El tercer tipo de control es el vicario primario en el cual se busca manipular o imitar el poder o habilidad de otros. El control vicario secundario es el intento por asociarse con el poder de otro. El cuarto tipo es el control interpretativo primario en el que se procura entender los problemas para resolverlos. El control interpretativo secundario pretende entender los problemas para modificar su significado y aceptarlos.

El avance en los desarrollos teóricos y empíricos se evidencia en la continua creación, adaptación y desarrollo de instrumentos para medir el control en ámbitos específicos, por ejemplo: en el área de la salud, laboral, en las relaciones personales entre los individuos de diferentes grupos de edad. Cada vez existen instrumentos más específicos para medir conductas muy concretas (Cortés, 2016; Linares, 2001).

### **3.5. Locus de Control y Los Trastornos de la Alimentación**

Shapiro (1994) expone que existen varias entidades clínicas en las que la pérdida de control es una de las características centrales: la Depresión; el Consumo Problemático; el Estrés y los Trastornos de Ansiedad; y los Desórdenes Alimentarios, como la Anorexia, la Bulimia y la Obesidad (Abramson, Garber y Seligman, 1980; Brownell et al., 1986; Jeffrey, 1987; Wilson, 1985; Marlatt, 1983; Mitchell et al., 1986; Nathan, 1986; Shapiro y Zifferblatt, 1976; Shapiro, 1990; Seligman, 1975 citados en Shapiro, 1994).

Concretamente, la relación entre LC y el Comportamiento Ortoréxico no ha sido investigada empíricamente hasta el momento. La mayoría de los estudios publicados se han enfocado en la prevalencia del fenómeno sobre poblaciones específicas (Aksoydan y Camci, 2009; Donini et al., 2004; Fidan et al., 2010; Jerez Fuenzalida et al., 2015; Kinzl et al., 2006; Valera et al., 2014), o bien en las propiedades psicométricas de los instrumentos disponibles para medirlo (Donini et al., 2005; Dunn y Bratman, 2016; Roncero et al., 2017). No obstante, se suele relacionar teóricamente dicho Comportamiento alimentario disfuncional con algunos rasgos de personalidad, caracterizando a sus pacientes como personas que desean el control completo de todo, ilusionadas con la seguridad absoluta que puede proporcionar la comida pura y motivadas a sostener su identidad desde este lugar (Kinzl et al., 2006). Desde luego, este deseo por el completo control de todo conduce a un

desorden del pensamiento, en la medida en que aquello que creían controlar, los termina controlando (Getz, 2009).

Hecha esta salvedad, se debe rescatar que son varios los trabajos que han puntualizado en el esclarecimiento de las relaciones entre la variable Control Psicológico, atendiendo a diversas dimensiones (entre ellas el Locus de Control), y los Desórdenes Alimentarios.

Por ejemplo, Lugli-Rivero y Vivas (2001) exploraron el control personal de la conducta en sus tres aspectos: control objetivo, subjetivo y creencias de control en tres grupos de mujeres: diagnosticadas con TCA, en riesgo de TCA, y sin indicios de TCA. Utilizaron los siguientes instrumentos: Test de actitudes hacia la alimentación, Entrevista diagnóstica internacional compuesta, Inventario de autocontrol, Inventario de autoeficacia percibida para el autocontrol de la conducta e Inventario de locus de control. Finalmente, los resultados arrojaron que el grupo con TCA presentaba mayor dificultad en la emisión de conductas de autocontrol, una merma en el sentimiento de eficacia personal para autorregular la conducta, y mayor creencia en el control de otros poderosos sobre sus actos y consecuencias. Ello les permitió concluir que la variable psicológica control personal de la conducta juega un rol fundamental como factor protector o de riesgo en el desarrollo de la Anorexia o Bulimia nerviosa.

Diez años antes, Williams, Chamove y Millar (1990 citados en Young, 2000) llevaron a cabo un estudio parecido, que obtuvo resultados en la misma línea. Corroboraron que las mujeres con Desórdenes Alimenticios se caracterizaban por ser más externas que las mujeres sin dichos desórdenes. El estudio demostró una relación directa entre sintomatología de los TCA, mayor grado de externalidad en las pacientes y la percepción de sus familias como más controladoras.

Los resultados de los estudios de Jaros y Oszwa (2014) también indicaron una mayor externalidad en los sujetos con Anorexia. Concluyeron que en la patogénesis de los TCA, los comportamientos anoréxicos pueden convertirse en una forma de recuperación del control perdido.

En esta misma línea de pensamiento, Harding y Lachenmeyer (1986 citados en Young, 2000) encontraron un mayor grado de externalidad en todos los aspectos de funcionamiento general de la vida de una persona con TCA, y llegaron a relacionarlo hipotéticamente con un aumento de la ineficacia.

Son muchos los trabajos que sostienen que las personas con Anorexia nerviosa controlan estrictamente la restricción de su ingesta alimentaria en un intento de ganar la sensación de control aunque sea en un aspecto de su existencia (King, 1989; Williams et al., 1990; Rezek y Leary, 1991; Waller y Hodgson, 1996 citados en Young, 2000). Los médicos clínicos han observado que sus pacientes con TCA creen a menudo tener un control limitado en aspectos importantes de sus vidas (Roth y Armstrong, 1990 citado en Young, 2000). Curiosamente, las pacientes anoréxicas frecuentemente muestran un aumento de su sentido de control sobre sus asuntos personales y sobre sí mismas a medida que disminuyen su ingesta calórica (Rezek y Leary, 1991 citados en Young, 2000).

Los hallazgos de la literatura científica alimentan la existencia de una posible correlación, y en algunos casos pareciera ser una relación casual, entre los Desórdenes de la Alimentación y la percepción de control (Young, 2000). No obstante, se debe ser cauteloso a la hora de interpretar los resultados, ya que también hay estudios que arrojan resultados mixtos utilizando la escala tradicional de Locus de Control (Roth y Armstrong, 1990; Williams et al., 1990 citados en Young, 2000). Los estudios de Garner (1976 citado en Young, 2000) mostraron tan sólo una pequeña distinción en el Locus de control que caracterizaba a pacientes obesos, anoréxicos y a sujetos sin



TCA; un tiempo después, en 1985, halló diferencias significativas entre las atribuciones que realizaban pacientes con Anorexia y episodios de Bulimia, con Anorexia restrictiva y pacientes con Bulimia pero peso normal. Se adjudicaron dichas diferencias a la elección de un instrumento de medición distinto, la escala de Locus de Control de Reid y Ware (1973 citados en Young, 2000), que presenta mayor sensibilidad para distinguir entre diferentes tipos de muestras clínicas, y entre poblaciones más grandes y diversas.

Analizando las diferencias entre las distintas poblaciones clínicas e intentando analizar si existía alguna relación entre LC y Desordenes de la Alimentación, varios autores decidieron incluir la variable edad en sus estudios. Hood (1982 citado en Young, 2000), Weiss y Ebert (1983 citados en Young, 2000) observaron que las pacientes jóvenes con Anorexia o Bulimia eran más externas que las pacientes más grandes. Los autores interpretaron que dichas diferencias podían atribuirse a las experiencias propias del aprendizaje social.

Los trabajos que asocian un LCI con los TCA son escasos (Strober, 1981 citado Lugli-Rivero y Vivas, 2001). En este punto, se podría pensar que existe un acuerdo extendido entre los profesionales de la salud en considerar la internalidad, en su justa medida, como un recurso dinámico y poderoso que facilita la adquisición e incorporación de hábitos alimentarios más sanos. Precisamente, Bennet, Moore, Smith, Murphy y Smith (1994) estudiaron la relación entre el LC y la conducta de hacer dieta en una población representativa de 13.045 entrevistados. Los autores encontraron que el consumo de alimentos saludables era frecuente y mayor en aquellos sujetos que poseían un LCI, mientras que aquellos sujetos con un LCE adoptaban comportamientos mucho menos comprometidos con la prevención de enfermedades o el cuidado de la salud.

Los aportes de Cobb-Clark, Kassenboehmer y Schurer (2014) también sustentan esta hipótesis al descubrir en su trabajo que los individuos con un LCI eran más propensos a comer bien y a hacer

ejercicio regularmente. Más específicamente, los autores hallaron diferencias de género entre las atribuciones de control y los hábitos saludables; concluyendo que los hombres con un LCI invertían en dietas y ejercicios esperando una mejora significativa en su salud, mientras que las mujeres con un LCI se comportaban saludablemente por la misma satisfacción que éstos le ocasionaban.

# **CAPÍTULO 4**

## **MARCO METODOLÓGICO**

#### 4.1. Objetivos e Hipótesis

La producción de conocimientos que motiva esta práctica de investigación, encuentra su punto de partida en el siguiente objetivo general:

Explorar la prevalencia de la tendencia al Comportamiento Ortoréxico, y evaluar la correlación del mismo con los perfiles del perfeccionismo y el locus de control, en una muestra no clínica de sujetos entre 24 y 35 años que realicen algún tipo de dieta restrictiva voluntaria.

A partir de éste, se plantean los siguientes objetivos específicos de trabajo:

- Evaluar la tendencia al Comportamiento Ortoréxico en jóvenes adultos dietantes.
  
- Describir los perfiles de Perfeccionismo y Locus de Control predominantes en personas que actualmente se encuentran realizando algún tipo de dieta restrictiva voluntaria.
  
- Evaluar la correlación entre Perfeccionismo, Locus de Control y Comportamiento Ortoréxico en la muestra definida para este estudio.
  
- Esbozar propuestas de trabajo para el abordaje psicológico de este tipo de patología alimentaria.

**Hipótesis:**

H1: Las personas que puntúan bajo en el Orto-15, poseen un Locus de Control Interno exacerbado.

H2: Las bajas puntuaciones en el Orto-15 se asocian con la dimensión desadaptativa del Perfeccionismo.

**4.1.1. Definiciones Operativas**

A los fines de abordar prácticamente este trabajo de investigación, se definen operativamente los siguientes términos:

**Dieta restrictiva Voluntaria:**

Según Carbajal Azcona (2013), la dieta se define como el conjunto y cantidades de alimentos que la persona consume habitualmente. De modo tal, que todas las personas tienen una dieta.

Este estudio se enfoca en aquella dieta restrictiva, es decir, basada en una privación parcial o casi total de algunos alimentos (Carbajal Azcona, 2013). Además, esta privación parcial o total debe ser una elección y decisión del sujeto sustentada en un estilo de vida, una ideología, creencias religiosas, o cualquier otra circunstancia que sea ajena a una condición médica que lo requiera. A saber, la dieta restrictiva es seguida voluntariamente por el sujeto, sin existir previamente una prescripción médica que lo motive.

**Dietante:**

Se define operativamente como dietante a aquella persona que se encuentra en proceso de cambio de sus hábitos de alimentación mediante un tipo de dieta restrictiva voluntaria. Toda

restricción, parcial o total, conlleva mecanismos de adaptación por parte de la persona (conducta dietante), quien debe modificar conductual, cognitiva y emocionalmente su relación con la comida.

## **4.2. Diseño de Investigación**

### **4.2.1. Enfoque de Investigación**

El estudio en curso fue emprendido desde el enfoque cuantitativo. En palabras de Hernández Sampieri, Fernández Collado y Baptista Lucio (2014) consiste en una perspectiva de investigación en la cual el planteamiento del problema es concreto y delimitado, y se lleva a cabo a partir de preguntas vinculadas a cuestiones específicas. Utiliza la recolección de datos con medición numérica para probar hipótesis, como así también, el análisis estadístico para establecer patrones de comportamiento. Entre las bondades de dicho enfoque, nos ofrece la posibilidad de estudiar puntos específicos de ciertos fenómenos y realizar comparaciones entre estudios similares.

### **4.2.2. Diseño Metodológico**

Dado el alcance de este trabajo, el tipo de estudio es Descriptivo-Correlacional (Hernández Sampieri et al., 2014).

Se trata de un estudio Descriptivo debido a que uno de los objetivos está destinado a evaluar la prevalencia de la tendencia al Comportamiento Ortoréxico, y explorar las modalidades de Locus de Control y Perfeccionismo predominantes en jóvenes dietantes mendocinos. Y en tanto, los otros objetivos están dirigidos a evaluar la correlación entre las variables: Perfeccionismo, Locus de Control y el Comportamiento Ortoréxico, tiene también un alcance Correlacional (Hernández Sampieri et al., 2014).

### **4.2.3. Diseño de Investigación**

Se enmarca dentro de los diseños No experimentales-Transversales, ya que los objetivos serán abordados en un determinado momento y población concreta. El estudio se realiza sin la manipulación deliberada de las variables, y la observación se lleva a cabo en su ambiente natural, para luego poder analizar los datos recogidos (Hernández Sampieri et al., 2014).

### **4.3. Participantes y muestra**

Se recurrió a un muestreo no probabilístico, que permitiera la selección de los sujetos según las características de la investigación. De esta manera, la muestra fue intencional (Hernández Sampieri et al., 2014) obedeciendo a los siguientes criterios:

Criterios de inclusión:

- Sujetos de ambos sexos que tengan entre 24 y 35 años de edad. El rango etario fue elegido, en tanto, se considera que dichos sujetos son suficientemente autónomos en la elección de su alimentación (Donini et al., 2005), partiendo de la base que su personalidad se encuentra ya conformada.
- Que residan en la provincia de Mendoza, Argentina.
- Que se encuentren realizando algún tipo de dieta restrictiva de manera voluntaria, o que hayan modificado sustancialmente sus hábitos de alimentación tras haber realizado una.
- Mínimo de tiempo establecido desde que empezó la dieta: 6 meses.
- Que accedan de manera voluntaria a participar en este proyecto.

Criterios de exclusión:

- Sujetos con diagnóstico de Trastorno de la Conducta Alimentaria en algún momento de sus vidas.

- Sujetos que realicen algún tipo de dieta por prescripción médica y/o debido a enfermedades que ameriten un cuidado especial en su alimentación. Ejemplo de tales enfermedades: hipertensión y enfermedades cardiovasculares, diabetes, celiaquía, enfermedad renal, intolerancia a determinados alimentos (por ej. al gluten, la lactosa, etc.). También, debido a estados nutricionales que indiquen un sobre o infra peso.

Como se mencionó anteriormente, se trabajó con una muestra no probabilística, seleccionando intencionalmente (Hernández Sampieri et al., 2014) a los sujetos en función de los criterios de inclusión y exclusión previamente establecidos en el planteamiento del problema. Como este tipo de muestra no busca ser representativa de la población, las conclusiones que se deriven del presente estudio no podrán generalizarse a la misma, sino que sólo deben limitarse a la muestra utilizada. De esta manera, la validez a la que apunta esta investigación sería una validez interna, representativa de este grupo de sujetos y no de otros; por lo tanto, no es generalizable (Hernández Sampieri et al., 2014).

#### **4.3.1. Caracterización de la muestra**

La muestra del estudio estuvo compuesta por un total de 222 participantes, 177 mujeres (79.7%) y 45 varones (20.3%), de la provincia de Mendoza, Argentina. En relación a la edad, la media fue de 28 años (DE=3.64) con un rango etario de 24 a 35 años.

De acuerdo al Nivel máximo de estudios alcanzados, gran parte de la muestra (88.29%) posee estudios superiores: universitario/terciario completo o incompleto y estudios de posgrados. Asimismo, el 23.4% (52 personas) estudia actualmente carreras universitarias/ terciarias; el 16.7% (37 personas) ejerce profesiones en el rubro de la salud, y el resto se dispersa en otras ocupaciones (empleados y administrativos; artistas y diseñadores; docentes; amas de casa; ingenieros;



trabajadores gastronómicos; abogados, escribanos y contadores; esteticistas; terapeutas alternativos –quienes practican una medicina que afirma tener los mismos efectos sanadores de la medicina científica pero no se apoya en pruebas obtenidos a través del método científico-, etc.).

Por otra parte, el 85.1% (189 sujetos) convive con otras personas; mientras que el 14.9% (33 personas) vive solo. De estos 189 sujetos que conviven con otras personas, el 48.68% lo hace con sus padres y/o hermanos; el 20.63% con sus cónyuges e hijo/s; el 16.40% sólo con sus cónyuges; el 9.52% con otras personas (amigos, compañeros de alguna institución, conocidos, etc.), y el 4.76% sólo con sus hijos.

Focalizando en el grupo que convive con otras personas, los participantes manifestaron que:

- El 35.97% convive con menores de edad.
- En relación a la planificación alimentaria: el 60.85% (115 sujetos) respondió que ellos eran los encargados en conjunto con otra persona; el 27.51% (52 personas) indicó que solamente ellos tenían a cargo dicha tarea; el 11.64% (22 entrevistados) manifestó que no se ocupa en absoluto de ello.
- Por último, el 52.38% expresó que come lo mismo que su grupo de convivencia. A diferencia del 47.62% que no lo hace.

Ahora bien, con el fin de indagar las elecciones dietéticas que predominan en el muestreo total, se fijaron las siguientes categorías:

- Alcalina: basada en la creencia que al ingerir los alimentos, luego del proceso de digestión, se producen dos tipos de compuestos: ácidos o alcalinos. Según este paradigma, los alimentos que acidifican la sangre tienden a aumentar la predisposición del sujeto a padecer enfermedades como osteoporosis y cáncer, por lo tanto recomiendan su eliminación. Los alimentos que deben consumirse son los alcalinos, incluyéndose en dicha

categoría los vegetales y frutas frescas (salvo ciruela y arándanos), semillas, frutos secos, lentejas, quinoa, tofu, miel, stevia, granos enteros, aceite de oliva y agua (Errecaborde, 2016 citado en Palacios, 2016).

- Exclusión de gluten, harinas: dicha planificación alimentaria excluye la proteína gluten, presente en trigo, cebada, centeno y avena. Se sostiene en la creencia que los alimentos que proporcionan hidratos de carbono (por ejemplo las pastas, el arroz, las legumbres, las papas), engordan (Geddes, 2014).
- Exclusión de lácteos y sus derivados: consiste en la eliminación de la leche, quesos, mantequilla, crema de leche, yogurt, entre otros.
- Hipocalórica: son aquellas que aportan menos calorías de las que el organismo necesita con el fin de perder peso (Carbajal Azcona, 2013).
- Orgánica: sustentada en el consumo exclusivo de alimentos biológicamente puros, que no contienen herbicidas, pesticidas, colorantes, conservantes ni otras sustancias artificiales (Aranceta Bartrina, 2007).
- Paleolítica: centrada en la ingesta de aquellos alimentos supuestamente disponibles antes de la revolución neolítica, es decir, carne, pescado, frutas, verduras, hortalizas, frutos secos, semillas, flores y brotes. Se excluye el pan, los cereales, pastas, galletas, azúcares, alimentos refinados, grasas trans y alimentos procesados (de la Barrera, 2016).
- Vegana: Se excluye todo alimento de origen animal, ya sean carnes, huevos, lácteos y sus derivados (Saz-Peiró, Morán del Ruste y Saz-Tejero, 2013).
- Vegetariana: Se elimina de la ingesta habitual todo tipo de carne de origen animal o derivados que los contengan, pero puede incluir el consumo de lácteos y sus derivados, o huevos (Saz-Peiró et al., 2013).

- Otra: Combinación de las dietas anteriormente mencionadas, exclusión de determinados alimentos, etc.

La tabla 1 informa los resultados obtenidos de manera descendente para el tipo de dieta elegida.

**Tabla 1**

*Análisis de Frecuencia y Porcentaje para las Elecciones Dietéticas que predominan en la muestra de estudio (n=222).*

<b>Elecciones Dietéticas</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Exclusión de Lácteos	4	1,8
Paleolítica	4	1,8
Alcalina	5	2,3
Alimentos orgánicos	5	2,3
Conteo de calorías (restricción calórica)	15	6,8
Exclusión de gluten, harinas, almidón	16	7,2
Vegana	26	11,7
Otra	73	32,9
Vegetariana	74	33,3
<b>Total</b>	<b>222</b>	<b>100,0</b>

A su vez, el 40.5% (90 sujetos) manifestó que su elección alimentaria se debía a su consecuente adopción de un estilo de vida; el 26.1% (58 personas) indicó que fue el miedo a enfermar o la búsqueda de una mejora en su salud lo que los motivó a iniciar un cambio en sus hábitos de alimentación; el 25.7% (57 individuos) atribuyó su dieta actual a la elección de un estilo de vida, pero reconociendo además un miedo a enfermar; un 4.5% (10 de los dietantes) fundamentó

su régimen en otros motivos distintos a los mencionados por el resto; y por último, un 3.2% (7 sujetos) expresó intereses estéticos detrás de su actual forma de alimentación.

#### **4.4. Instrumentos de Recolección de datos. Descripción y propiedades psicométricas**

##### **4.4.1. Cuestionario Socio-demográfico**

Cuestionario elaborado ad hoc para caracterizar la muestra en función de: 1) Edad, 2) Género, 3) Máximo Nivel de estudios alcanzados, 4) Ocupación, 5) Tipo de dieta seguida y 6) Motivación detrás de la misma.

También, se indagó si la persona 7) vivía sola o acompañada. En el caso de convivir, 8) con quién convive (padres y/o hermanos; cónyuges e hijos; cónyuges, sólo hijos, otra opción), 9) quién se ocupaba de la planificación familiar (ellos, otra persona, ellos en conjunto con otra/s persona/s), 10) si vivían menores de edad con ellos y 11) si comían o no lo mismo que el grupo.

Su formato es semiestructurado y de autoadministración.

##### **4.4.2. Cuestionario Orto-15**

###### **Descripción del Instrumento**

Instrumento desarrollado, en lengua italiana y traducido a la inglesa para su publicación, entre los años 2001- 2005 por el Doctor Lorenzo Donini y sus colaboradores, a los fines de diagnosticar la Ortorexia Nerviosa. El cuestionario está compuesto por 15 ítems sobre la base de una escala gradual de cuatro posibles respuestas: Siempre- A menudo- A veces-Nunca. Dichos ítems investigan la conducta obsesiva del sujeto al momento de seleccionar, comprar, preparar y consumir alimentos, considerados por ellos, como “saludables”. Su formato es de autoadministración (Donini et al., 2005; Dunn y Bratman, 2016; García Jiménez et al., 2014; Jerez Fuenzalida et al., 2015).

El diseño del instrumento se desarrolló en el Instituto de Ciencias de la Nutrición de la Universidad romana “La Sapienza”. Fue validado con 525 sujetos que procedían de distintas ciudades italianas. La muestra total fue dividida en dos grupos: se conformó una sub muestra de 404 sujetos para la preparación del cuestionario Orto-15, y otra de 121 sujetos para su validación. A su vez, se definieron 4 grupos de sujetos según sus: a) comportamientos alimentarios, indagados a partir de un cuestionario sobre hábitos de la alimentación que hacía especial énfasis en aquella comida considerada normalmente como saludable y en aquellas que se consideran como insalubres; y b) los rasgos de personalidad obsesivos-fóbicos, usando el Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota o MMPI (por sus siglas en inglés: Minnesota Multiphasic Personality Inventory) (Donini et al., 2005).

Donini y colaboradores (2005) conformaron el cuestionario a partir de 15 ítems de autoadministración que a su vez se agrupan en 3 dimensiones que se pretenden medir (aunque no se aplicó análisis factorial): área cognitivo-racional (ítems: 1,5,6,11,12,14); área emocional (ítems: 2,4, 10,13); y por último, el área clínica (ítems: 3,7,8,9,15). A cada uno de ellos se le puede asignar desde un punto mínimo de 1 hasta un punto máximo de 4. Se obtiene una calificación final de las respuestas que varían de 15 a 60 puntos.

Los resultados alcanzados se clasifican en función del valor numérico de la suma de las respuestas realizadas por los sujetos, de tal forma que los registros logrados se dividen en 3 categorías, distribuidas de la siguiente manera: conducta ortoréxica (15-35 puntos), normal (36-38 puntos) y saludable (39-60 puntos) (Donini et al., 2005 en Jerez Fuenzalida et al., 2015,p.42).

### **Propiedades Psicométricas**

En relación a sus propiedades psicométricas, los autores encontraron en la validación del cuestionario: una buena capacidad predictiva a un valor umbral de 35, límite que indica una eficacia

del 86.5%, con una alta especificidad del 94.2% y un valor predictivo negativo de 91.1%; lo cual también se verificó con el grupo control (Donini et al., 2005; en Jerez Fuenzalida et al., 2015).

Dunn y Bartman (2016) mencionan que desde su publicación, el Orto-15 ha sido traducido y validado en otras poblaciones. Las versiones que han traducido el cuestionario sin modificación alguna, manteniendo los ítems originales y las puntuaciones tal como las propone Donini y colaboradores (2005) son aquellas provenientes de las lenguas: turca (Asil y Sürücüoğlu, 2015; Bosi, Çamur, y Güler, 2007), portuguesa (Alvarenga et al, 2012; Pontes, Montagner, y Montagner, 2014), polaca (Gubiec, Stetkiewicz-Lewandowicz, Rasmus, y Sobów, 2015; Stochel et al., 2015) y española (Jerez Fuenzalida et al., 2015).

Un estudio español que se encontraba en curso al momento de realizar la contextualización del instrumento, y que fue publicado tiempo después, informa que las propiedades psicométricas de la versión española del Orto-15 no son adecuadas, agregando que el instrumento si bien identifica a aquellas personas que se encuentran realizando dieta, no es eficiente a la hora de detectar el Comportamiento Ortoréxico. El análisis de la estructura interna mostró que la mejor solución que podía interpretarse era la unidimensional, y debido a las bajas puntuaciones, se eliminaron cuatro ítems, quedando reducido el instrumento al Orto-11. Esta versión acotada del cuestionario de Ortorexia corresponde a una de las encontradas en la versión húngara. La consistencia interna del Orto-11 fue adecuada ( $\alpha = .74$ ), resultado que concuerda con la versión húngara ( $\alpha = .82$ ) que comparte la misma estructura. No obstante, los autores resaltan que se requieren de nuevos instrumentos para continuar con el estudio de Ortorexia Nerviosa (Roncero, Barrada y Perpiñá, 2017).

## **Contextualización del Instrumento**

Dado que por el momento, no es posible encontrar en la literatura científica estudios sobre la adaptación y validación de la versión española del Orto-15 en Argentina (Elizathe, comunicación personal, 15 de noviembre, 2016; Poulisis, comunicación personal, 3 de mayo, 2017), se estableció un primer contacto vía e-mail con el Doctor Lorenzo Donini. El creador del instrumento ofreció su colaboración con el presente estudio y envió documentación sobre la temática (Donini, comunicación personal, 3 de febrero, 2017). Una de las publicaciones enviadas por el prestigioso autor fue la Validación del cuestionario diagnóstico de Ortorexia Nerviosa (Donini et al., 2005), en la cual se explica el procedimiento de formulación, desarrollo y validación del instrumento. Además, incluye la versión final propuesta, con su respectivo procedimiento de puntuación.

El primer paso tuvo como objetivo la traducción al español de la versión original. Para ello se utilizó el traductor de Google. Según Balk, Chung, Trikalinos y Kong (2013, citados en Dunn y Bratman, 2016), se trata de un método aceptable de traducción de la información. Luego, se comparó esta traducción con la de García Jiménez y colaboradores (2014), resultando ambas versiones muy similares. Finalmente, se decidió utilizar esta última por tratarse de un estudio publicado oficialmente.

Elegida la traducción con la que se trabajaría, se procuró su contextualización a través de los léxicos pertinentes y expresiones propias de la idiosincrasia de la población a estudiar. Para ello se realizó un estudio de jueces expertos, conformado por 7 profesionales titulados Licenciados en psicología.

Para contextualizar el cuestionario se procedió a confeccionar una hoja de evaluación (ver Anexo), partiendo de la versión de García Jiménez y colaboradores (2014), que permitiera conocer

y sistematizar las opiniones expertas de los jueces. Dicha hoja de evaluación incluía de modo introductorio: el título de la presente tesis, los objetivos que la sostenían; la muestra con la que se trabajaría, los fines perseguidos, una breve explicación acerca del instrumento que se evaluaría (Orto-15), y las definiciones correspondientes a: Comportamiento Alimentario y Ortorexia Nerviosa.

Los jueces evaluaron cada ítem del instrumento considerando dos aspectos importantes: a) representatividad del ítem en relación al constructo que se intenta evaluar específicamente, y b) claridad en la redacción y léxicos empleados. Para realizar dicha evaluación, se les ofreció cinco opciones de respuestas posibles que oscilaban en una escala gradual del 1 (muy bajo) al 5 (muy alto), y un espacio para incluir alguna sugerencia en relación a su redacción o léxico utilizado.

La hoja de evaluación se realizó en conjunto con la directora de Tesis. Se intentó una aproximación a la validez de contenido, es decir, “el grado en el que la medición representa al concepto o variable medida” (Bohrnstedt, 1976 en Hernández Sampieri et al., 2014, 201), y a la validez ecológica, es decir, pensar y aplicar el instrumento en un contexto cultural diferente de aquel en el cual surgió (Contini, 2013). Por esta razón, se indagó la pertinencia del constructo comportamiento alimentario y la redacción, léxicos y modismos empleados en cada uno de los ítems del cuestionario.

Dicha aproximación a la validez ecológica y de contenido del instrumento fue factible gracias a la colaboración brindada por quienes actuaron de jurado en este proceso. Atendiendo a la definición operativa, que proporcionan Escobar-Pérez y Cuervo-Martínez (2008), sobre el juicio de expertos como una opinión informada de personas que cuentan con trayectoria en la temática a estudiar, y por ello pueden brindar información, evidencia, valoraciones y juicios sobre la misma; se establecieron los siguientes criterios para la búsqueda de jueces expertos: poseer título habilitante



de Licenciado en Psicología o Médico psiquiatra; contar con formación y/o experiencia en TCA o en metodología cuantitativa; disponibilidad y motivación para participar; imparcialidad.

La búsqueda de los jueces se efectuó mediante la colaboración de la Co-Directora de Tesis, quien posibilitó el contacto con profesionales que trabajan en la temática abordada. Además, se recurrió a profesores de la Facultad de Psicología de la Universidad del Aconcagua y a profesionales que trabajan en el ámbito de la investigación de los TCA. El contacto con dichos investigadores pudo lograrse vía rastreo de su dirección electrónica en los trabajos publicados, y a través de la red social: researchgate.net.

Actuaron como jueces expertos siete Licenciados en Psicología, con especialidades distintas: 1 Especialista en Psicología de la salud y comunitaria, 1 Especialista en Obesidad y asociación con TCA, 1 Especialista en salud social y comunitaria con amplia experiencia clínica en TCA, 1 Doctor en Psicología, 1 Especialista en Psicología Clínica con experiencia clínica en TCA, y 2 Doctores en Psicología con amplia formación y experiencia clínica en TCA. Cada uno de ellos respondió de manera individual, anónima, confidencial y vía e-mail la hoja de evaluación confeccionada. Todos respondieron en forma completa la misma.

Posteriormente, se analizaron los datos estableciendo un grado de acuerdo entre los jueces que debía superar el 70%. Se promedió individualmente cada ítem según la valoración proporcionada por cada uno de los jueces para la representatividad del constructo y la claridad de la redacción (Tabla 2).

**Tabla 2***Porcentaje de acuerdo interjueces por criterio de los ítems del cuestionario Orto-15*

<b>Ítem</b>	<b>Representatividad</b>	<b>Claridad en la redacción</b>
1	94%	83%
2	71%	60%
3	86%	69%
4	80%	69%
5	89%	80%
6	86%	86%
7	94%	69%
8	77%	60%
9	100%	91%
10	94%	91%
11	71%	60%
12	94%	94%
13	100%	74%
14	80%	60%
15	86%	69%

*Nota:* La valoración interjuez se realizó para cada uno de los ítems traducidos al español (García Jiménez et al., 2014) de la versión original del Orto-15 (Donini et al., 2005).

Como puede observarse en la Tabla 2, los jueces estuvieron de acuerdo que cada uno de los ítems evaluaba el constructo comportamiento alimentario, es decir, cumplen con el requisito de pertinencia. Por esta razón, se decidió respetar la permanencia de todos ellos.

Sin embargo, en lo que respecta a la claridad y comprensión de redacción de los ítems, los jueces estuvieron de acuerdo que muchos de ellos debían ser modificados exhaustivamente en su redacción y gramática, respetando aquello que se pretende medir puntualmente según corresponda al área de evaluación clínica, cognitiva o emocional. Estos ítems fueron: 2, 3, 4, 7, 8, 11, 14,15.

Otros ítems alcanzaron entre el 70 y 94% de acuerdo en lo que respecta a su claridad y comprensión. Sin embargo, los jueces realizaron sugerencias que se consideraron importantes para lograr una mejor contextualización del instrumento. Este fue el caso de los ítems: 1, 5, 6, 9, 10,13 que sufrieron modificaciones parciales en su redacción y gramática.

El ítem 12 se mantuvo en su versión original. Tanto en este ítem como en el resto del cuestionario se decidió utilizar el tuteo en la redacción de los mismos, siguiendo la sugerencia de unos de los jueces, y buscando lograr un estilo personal y directo.

### **Propuesta de contextualización del Orto-15**

A continuación, se ilustran los cuestionarios en su versión traducida al español original (García Jiménez et al., 2014) (Tabla 3) y, conjuntamente, la propuesta de modificación elaborada (Tabla 4).

**Tabla 3**

*Traducción al español por García Jiménez y colaboradores (2014)*

---

1.- ¿Cuándo come, presta atención a las calorías de la comida?
2.- ¿Cuándo usted entra a una tienda de alimentos, ¿se siente confundido?
3.- ¿En los últimos 3 meses, la idea de la comida, le preocupa?
4.- ¿Sus opciones de alimentación están condicionadas por la preocupación acerca de su estado de salud?
5.- ¿El sabor de la comida es más importante que la calidad al evaluar los alimentos?
6.- ¿Está usted dispuesto a gastar más dinero para tener comida saludable?
7.- ¿El pensar acerca de la comida le preocupa por más de 3 horas al día?
8.- ¿No se permite el incumplimiento de su régimen alimenticio?
9.- ¿Cree que su estado de ánimo afecta su conducta alimentaria?
10.- ¿Cree que comer sólo alimentos saludables, aumenta su autoestima?
11.- ¿Cree usted que el consumo de alimentos saludables cambia su estilo de vida (frecuencia al comer con los amigos fuera de casa)?
12.- ¿Cree que consumir comida saludable puede mejorar su apariencia?
13.- ¿Se siente culpable cuando se salta su régimen?
14.- ¿Cree usted que en el mercado también hay alimentos poco saludables?
15.- En la actualidad, ¿usted ingiere sus alimentos sin compañía?

---

**Tabla 4***Propuesta de modificación y contextualización a partir del acuerdo interjueces*


---

Consigna: Marca con una cruz el casillero que mejor refleje tu caso. Por favor, responde cuidadosamente a cada pregunta.

---

1.- Cuando comes, ¿prestas atención a la cantidad de calorías del alimento?
2.- Al momento de comprar/consumir un alimento en un local de comidas, ¿te sientes confundido entre aquello que deseas y aquello que consideras saludable?
3.- En los últimos 3 meses, ¿te has preocupado en exceso por temas relacionados a la comida?
4.- ¿Eliges tus alimentos en función de si los consideras saludables para ti?
5.- Al elegir tus alimentos, ¿el sabor de la comida es más importante que la calidad nutricional de los mismos?
6.- ¿Estás dispuesto a gastar más dinero para conseguir comida más saludable?
7.- Los temas relacionados a la comida saludable, ¿te dan vueltas por la cabeza durante más de 3 horas al día?
8.- ¿Te permites ocasionalmente una excepción en tu planificación alimentación/o tu dieta actual?
9.- ¿Crees que tu estado de ánimo afecta tu manera de comer?
10.- ¿Sientes que al comer sólo alimentos saludables, aumenta tu autoestima?
11.- ¿Crees que el consumir sólo alimentos saludables afecta tu estilo de vida o interfiere con tus actividades cotidianas ( por ej. Disminuye la frecuencia de comer fuera de casa, el contacto con personas que no comparten tus mismos criterios y pensamientos, etc.)?
12.- ¿Crees que consumir comida saludable puede mejorar tu apariencia?
13.- ¿Te sientes mal anímicamente (por ej. Culpable, triste, irritable, enojado/a) al romper eventualmente con alguna de tus reglas dietarias?
14.- ¿Crees que en el mercado, existen tantas opciones saludables como no saludables?
15.- En la actualidad, ¿prefieres comer solo, sin compañía?

---

La consigna que encabeza el Cuestionario fue pensada y elaborada a partir de la versión española del Orto-15 de Roncero y colaboradores, en prensa (Roncero, comunicación personal, 3 de julio, 2017). Se realizó una modificación parcial de la misma en el intento de aproximación a la validez ecológica del instrumento.

Finalmente, por unanimidad de acuerdo entre los jueces se mantuvo la forma de evaluación que adopta la versión original del Orto-15. Sólo se realizó, a partir de la sugerencia de uno de los jueces, un cambio parcial en las opciones de respuestas, relacionado con la familiaridad del vocabulario empleado. De esta forma, se reemplazó el vocablo: “a menudo” por un sinónimo de uso más

conocido: “con frecuencia”. Las opciones de respuestas continúan siendo 4: “Siempre”, “Con frecuencia”, “A veces”, “Nunca”.

#### **4.4.3. Almost Perfect Scale- Revised (APS-R) (Slaney et al., 1996; adaptación argentina de Arana, Keegan y Rutzstein, 2009)**

##### **Descripción y Propiedades Psicométricas**

La escala fue diseñada inicialmente por el equipo de Robert Slaney (1996), partidario de una visión multidimensional del perfeccionismo, para evaluar el referido constructo en sus dimensiones adaptativa y desadaptativa (Arana et al., 2009; Scappatura et al., 2017). Esta evaluación se hace posible mediante la medición de los esfuerzos perfeccionistas (estándares de desempeño), las preferencias por la pulcritud y la organización (orden) y las preocupaciones perfeccionistas (discrepancia) (Arana, Rice y Ashby, 2017). En este estudio se recurrió a la validación y adaptación hispana realizada por Arana y colaboradores (2009) en población universitaria argentina.

Este instrumento autoadministrable está compuesto por 23 reactivos distribuidos en tres subescalas, tiene un formato de respuesta de tipo likert de 7 (desde 1=fuertemente en desacuerdo a 7=fuertemente de acuerdo), y permite discriminar perfiles adaptativos o funcionales y desadaptativos o disfuncionales de perfeccionismo (Arana et al., 2009).

Las tres subescalas que la componen son: Altos Estándares (de ahora en adelante, AE), Orden (a partir de ahora, O) y Discrepancia (de ahora en adelante, D). La subescala AE (ítems 1, 5, 8, 12, 14, 18, 22) identifica la presencia de estándares elevados de desempeño. La segunda subescala (ítems 2, 4, 7, 10) mide la preferencia por la pulcritud y el orden. Por otra parte, la subescala D (ítems 3,6,9,11, 13, 15, 16, 17, 19, 20, 21, 23) evalúa el grado en el que el sujeto se percibe a sí mismo como incapaz de alcanzar los estándares de desempeño autoimpuestos. Las dos primeras subescalas representan la dimensión funcional o positiva del perfeccionismo, mientras que la

subescala Discrepancia captura de forma mucho más precisa la dimensión negativa o disfuncional del constructo (Arana et al., 2009; Arana, comunicación personal, 11 de noviembre, 2016; Scappatura et al., 2017).

En relación a la consistencia interna de la versión argentina, se obtuvo un coeficiente Alpha de Cronbach de .887 para la escala total en toda la muestra (n=286), lo que indica un nivel adecuado de homogeneidad de la escala. Se conservó la estructura factorial de la escala original. El análisis de consistencia interna para cada subescala arrojó los siguientes valores:  $\alpha = .754$  para AE,  $\alpha = .739$  para O, y  $\alpha = .913$  para D, coeficiente casi idéntico con la escala original (Arana et al., 2009). Por lo tanto, los autores concluyeron que la estructura factorial y los indicadores de confiabilidad para la APS-R argentina fueron satisfactorios (Arana et al., 2009 en Arana et al., 2017).

Por último, dados los objetivos inicialmente formulados, se seleccionaron las sub-escalas AE y D para ser analizadas.

#### **4.4.4. Escala de Locus de Control de Rotter (1966; adaptación argentina de Brenlla, Vázquez y Aranguren, 2008)**

##### **Descripción y Propiedades Psicométricas**

Rotter (1966) desarrolló la Escala de Locus de Control Interno-Externo a los fines de medir las diferencias individuales de las expectativas generalizadas respecto al grado en que las consecuencias (castigos y recompensas) están bajo el control interno y externo; es decir, la escala evalúa a nivel global el LC del individuo (Cortés, 2016).

Para este estudio se recurrió a la adaptación argentina de Brenlla y colaboradores (2008, citados en Brenlla y Vázquez, 2010) de la versión española de Pérez García (1984, citada en Brenlla

y Vázquez 2010). La escala está compuesta por 29 ítems, 23 de los cuales buscan evaluar la variable cognitiva LC, y 6 ítems funcionan como distractores enmascarando el objetivo de la prueba (Brenlla y Vázquez, 2010; Cortés, 2016). Partiendo de una concepción unidimensional del constructo psicológico (Oros, 2005), cada ítem ofrece dos opciones de respuesta, una que implica atribución interna y la otra atribución externa. Su formato es de autoadministración (Brenlla y Vázquez, 2010).

Sus ítems dicotómicos permiten identificar entre sujetos internalizadores (quienes se atribuyen con frecuencia las consecuencias de los hechos) y externalizadores (quienes ubican las consecuencias fuera de su dominio, atribuyéndolas al azar, al destino o a otros poderosos) (Cortés, 2016).

Al referirse a la consistencia interna, Rotter (1966, citado en Cortés, 2016) plantea un coeficiente de alfa de Cronbach que va de .66 a .76. Estudios posteriores sobre las propiedades psicométricas de la escala indican valores de consistencia interna de moderados ( $\alpha = .67$ , Tong y Wang, 2006, citados en Cortés, 2016) a altos ( $\alpha = .84$  a  $.90$ , Gurin, Gurin y Morrison, 1978 citados en Cortés, 2016).

En lo referente a las características psicométricas de la adaptación argentina, sus coeficientes de fiabilidad son moderados pero aceptables ( $\alpha = .65$ ; KR-20/  $r_{20} = 0.646$ ), congruentes con la bibliografía internacional (Brenlla y Vázquez, 2010).

### **Procedimiento de Puntuación**

Para puntuar el instrumento se suman los ítems contestados en la dirección externa, otorgándose a cada uno el valor de 1 (2a, 3b, 4b, 5b, 6a, 7a, 9a, 10b, 11b, 12b, 13b, 15b, 16 a, 17 a, 18 a, 20 a, 21 a, 22b, 23 a, 25 a, 26 b, 28 b, 29 a). Por lo tanto, la puntuación puede oscilar de 0 a 23



puntos. Si se encuentra más cerca de 0 que de 23, el LC es más interno que externo; por el contrario, si la puntuación se acerca más a 23 que a 0, el LC es más externo que interno (Cortés, 2016).

Con el propósito de distinguir entre las distintas modalidades de LC presentes en la muestra del actual estudio, se agruparon los puntajes en 4 categorías:

LC Interno exacerbado: Puntajes que oscilan entre 0 y 5.

LC mixto con tendencia hacia el internalismo: Puntajes que oscilan entre 6 y 11.

LC mixto con tendencia hacia el externalismo: Puntajes que oscilan entre 12 a 17.

LC Externo incrementado: Puntajes entre 18 a 23.

#### **4.5. Procedimiento ético**

La planificación y el desarrollo teórico-metodológico de esta Tesis se sustentan en los aspectos éticos y regulatorios vigentes en la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 (más específicamente en su artículo 7), el Código de Ética de la Federación de Psicólogos de la República Argentina (Fe.P.R.A.) (2013) y el Código de Ética del Colegio de Psicólogos de Mendoza (2011).

El reclutamiento y primer contacto con los participantes se enmarcó dentro de dichos principios. Se les informó en una primera instancia, mediante un lenguaje claro y comprensible, los objetivos que perseguía este trabajo, como así también, los criterios de inclusión y exclusión que debían cumplir quienes accedieran a participar libre y voluntariamente en él. Además, atendiendo al derecho a la información de los participantes se les mencionó que quienes lo desearan podían

recibir los resultados individuales de su protocolo, resaltando que los mismos carecen de valor diagnóstico.

Quienes cumplían con los criterios prefijados y estaban dispuestos a contribuir con este estudio, pasaron a una segunda instancia en donde tomaron contacto con el Consentimiento Informado. Dicho procedimiento fue informado por escrito a cada participante, y en él se explicaba el objetivo de esta práctica de investigación, los criterios anteriormente mencionados, y sus derechos a: participar libre y voluntariamente, declinar su participación o interrumpirla si así lo deseaba en cualquier momento sin perjuicio alguno, la protección de la confidencialidad de los datos aportados como así también de los lugares y vías que permitieron el contacto con ellos para evitar revelar información factible de identificarlos individualmente. Sobre este punto se tomaron las medidas necesarias para cuidar el manejo de la información brindada.

#### **4.6. Procedimiento de Reclutamiento de Participantes**

Con la intención de conformar la muestra para el estudio se recurrió a distintos lugares de producción y comercialización de comidas y alimentos orgánicos, vegetarianos, veganos, dietéticos, paleolíticos, entre otros. También se contactaron a profesionales del ámbito de la Nutrición y la Actividad Física (profesores de educación física, instructores de pilates y yoga). Se visitaron lugares de relajación, meditación, entrenamiento funcional y gimnasios.

Incluso, se realizaron anuncios masivos a través de grupos que promueven tales actividades y formas de alimentación por medio de la redes sociales: Facebook y WhatsApp. Se les pidió a los interesados que enviaran un mensaje privado, con el objeto de proteger su identidad y de establecer un contacto directo que permitiera una comunicación fluida.

Fueron contactadas 2050 personas aproximadamente entre los meses de agosto y septiembre, de las cuales 405 cumplían los requisitos de edad, residían en Mendoza, se encontraban realizando una dieta restrictiva desde hacía más de 6 meses y accedieron a participar voluntariamente.

De los 405 sujetos mencionados anteriormente, 169 manifestaron que su dieta no era voluntaria, sino prescrita por médicos y/o nutricionistas. Otros 14 sujetos decidieron participar inicialmente, pero luego se retractaron durante el proceso de administración de los instrumentos.

Finalmente, 222 personas constituyeron la muestra atendiendo a todos los requisitos de inclusión y exclusión formulados inicialmente, y a los principios éticos enunciados en el apartado anterior.

#### **4.7. Procedimiento de administración y puntuación de instrumentos**

En cuanto a la administración de los instrumentos, en un primer momento se acordó con cada participante, según su conveniencia y disponibilidad, el día y la forma (presencial o virtual) de encuentro. En todos los casos, se les dio la posibilidad de preguntar sobre las dudas surgidas de las consignas, opciones y demás cuestiones sobre los protocolos brindados, como así también, la oportunidad de dar alguna devolución de su experiencia. En forma virtual, se ofreció la posibilidad de hacerlo en línea consultando vía chat o videoconferencia.

De esta forma, la administración de las técnicas se realizó de forma individual. Cada protocolo incluía, en hojas separadas en función de cada apartado, el consentimiento informado y los instrumentos de estudio anteriormente citados y explicados (ver Anexo). Las consignas de cada uno de ellos se presentaron por escrito.

Cada sesión demoró aproximadamente entre 30 a 40 minutos.

Luego de la toma de los instrumentos, se procedió a puntuarlos de acuerdo a las indicaciones establecidas.

#### **4.8. Procedimiento de análisis de datos**

Una vez que se recolectaron los datos y se puntuaron los instrumentos, las respuestas fueron volcadas al programa Microsoft Office Excel 2007. La información socio-demográfica fue codificada en distintas categorías a fin de sintetizarla.

Se eligió el programa informático Statistical Package for the Social Sciences (a partir de ahora SPSS) versión 22, en castellano para cargar los datos que serían sometidos a análisis. El SPSS es un software estadístico muy usado en las ciencias sociales. Tomada esta decisión y codificados las respuestas, se exportó la información contenida en el programa Microsoft Office Excel 2007 a dicha matriz de datos.

#### **4.9. Análisis Preliminar**

Una vez ejecutado el programa, se realizó un análisis preliminar con el objeto de explorar los datos recabados. A continuación, se describen los procedimientos seguidos:

##### **4.9.1. Análisis de valores perdidos**

Se comenzó identificando previamente si existían ítems de los instrumentos o casos con alto porcentaje de valores ausentes (no respuesta >10%) que aconsejen su eliminación del estudio. El análisis efectuado arrojó que estos valores en ninguna de las variables bajo estudio superaron el 1%, por lo que siguiendo este criterio se mantienen todas las variables y participaciones (n= 222) en el análisis.

Los valores ausentes fueron ingresados al sistema con una codificación especial a fin de poder recibir un tratamiento particular. De esta forma, se ignoró solamente la respuesta vacía del protocolo, sin considerarla en la suma total de la variable en cuestión.

#### **4.9.2. Fiabilidad o Consistencia Interna de los instrumentos**

Se estimó la confiabilidad para cada instrumento de medición que se administró mediante el coeficiente alfa de Cronbach (Hernández Sampieri et al., 2014).

Como criterio general, George y Mallery (2003 citados en Frías Navarro, s.f.) sugieren los siguientes valores a la hora de interpretar los coeficientes de alfa de Cronbach:

- Coeficiente alfa > .9 es excelente
- Coeficiente alfa > .8 es bueno
- Coeficiente alfa > .7 es aceptable
- Coeficiente alfa > .6 es cuestionable
- Coeficiente alfa > .5 es pobre

#### **Cuestionario Orto-15**

El análisis de confiabilidad inicial del instrumento, indicó un alfa  $\alpha = .682$ .

La eliminación de 4 ítems incrementaba de forma significativa dicho coeficiente, por lo que se optó por dicho procedimiento. De esta forma, se eliminaron los ítems: 5, 6, 8 y 14; y la versión se redujo a 11 reactivos.

El coeficiente final para el instrumento fue de .740, indicando un valor aceptable de consistencia interna.

Con la reducción de los ítems del instrumento, se recodificaron los rangos numéricos propuestos para las tres categorías, mencionadas por Jerez Fuenzalida y colaboradores (2015), de clasificación de la conducta alimentaria. A continuación, se detallan los mismos:

- Conducta ortoréxica: 11-22 puntos
- Conducta normal: 23-33 puntos
- Saludable: 34-44 puntos

### **Escala APS-R**

La escala que mide el perfeccionismo en sus múltiples dimensiones obtuvo un alfa de Cronbach de .871.

Como se utilizaron dos de sus tres sub-escalas: AE y D, se analizaron los coeficientes respectivos. Para AE el valor de alfa fue .796, y D ( $\alpha = .92$ ) alcanzó una alta consistencia interna. Estos resultados son casi idénticos a los obtenidos por Arana y colaboradores (2009).

Atendiendo a los valores proporcionados por el alfa de Cronbach se decidió considerar el instrumento en su totalidad, es decir, no se eliminó ítem alguno.

### **Escala Locus de Control de Rotter**

La consistencia interna del instrumento es moderada, pero aceptable ( $\alpha = .606$ ). El coeficiente no mejoró significativamente con la eliminación de ningún ítem, por lo que no se realizaron modificaciones o reducciones de reactivos. Estos resultados concuerdan con los hallados por Brenlla y Vázquez (2010).

#### **4.9.3. Estadísticos de forma: Asimetría y Curtosis**

Se analizó la forma de distribución (asimetría y curtosis) de las variables. Como criterio para evaluar los índices de asimetría y curtosis se consideraron excelentes los valores entre +1 y -1, y adecuados los valores inferiores a + 2 y - 2 (George y Mallery, 2007).

Los valores para las variables (Comportamiento Ortoréxico, Perfeccionismo y LC) en estudio oscilaron entre +2 y -2, lo que indica una distribución normal de las mismas.

#### **4.10. Pruebas para el análisis de datos**

Finalizada dicha fase, se prosiguió con el análisis e interpretación de los datos mediante las pruebas estadísticas apropiadas para las hipótesis planteadas.

Se recurrió al análisis de frecuencia para responder a los dos primeros objetivos específicos. El tercer objetivo específico fue abordado desde el análisis correlacional con la prueba paramétrica  $r$  de Pearson (Hernández Sampieri et al., 2014).

## **Capítulo 5**

### **Presentación y Discusión de Resultados**



### **5.1. Prevalencia de Comportamiento Ortoréxico en jóvenes adultos dietantes**

El primer objetivo que motivó el presente estudio fue explorar la prevalencia de la tendencia al Comportamiento Ortoréxico en jóvenes adultos mendocinos que realizan algún tipo de dieta restrictiva voluntaria.

Operativamente, se define la prevalencia como el número de casos, expresados en términos porcentuales, afectados o en riesgo de padecer dicho comportamiento alimentario disfuncional en un intervalo de tiempo concreto (es un estudio con diseño transversal).

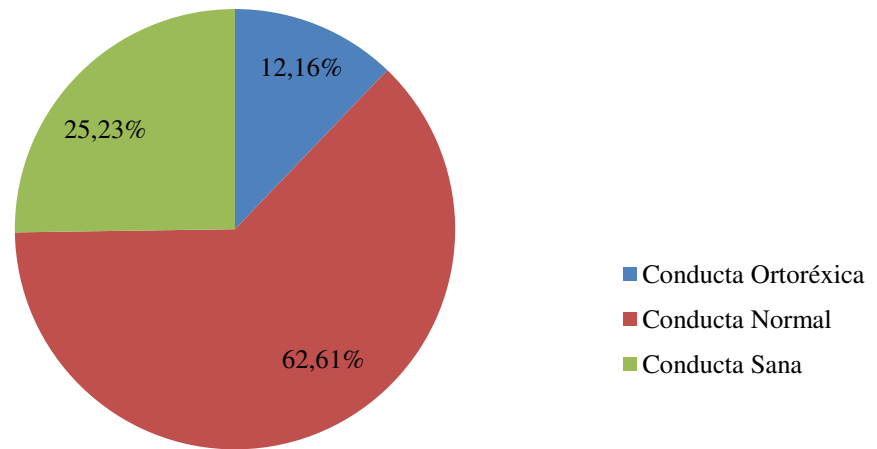
Asimismo, nuevamente se recuerda que se habla de tendencia al Comportamiento Ortoréxico ya que el término Ortorexia Nerviosa todavía no ha sido reconocido oficialmente como una entidad clínica independiente por los Sistemas de Clasificación nosológica internacionales (APA, 2003; O.M.S., 1992). Esta forma de referirse a la patología alimentaria en estudio es compartida también por Gramaglia y colaboradores (2017), quienes indistintamente se refieren a la misma como tendencias ortoréxicas o Comportamiento Ortoréxico.

En primer lugar, se obtuvo la media, DE, máximo y mínimo obtenidos por la muestra en el cuestionario Orto-15 (Tabla 5).

**Tabla 5***Estadísticos descriptivos para el cuestionario Orto-15 (n=222)*

<b>Estadísticos Descriptivos</b>		<b>Orto-15</b>
N	Válidos	222
	Perdidos	0
	Media	29,53
	Desviación Estándar	5,519
	Mínimo	14
	Máximo	42

Posteriormente, los puntajes del instrumento fueron codificados en 3 categorías. Por medio del SPSS, versión 22, se analizaron los estadísticos descriptivos de frecuencia. Los resultados expusieron que de la muestra total de 222 sujetos: el 12.2% (27 sujetos) muestra una tendencia al Comportamiento Ortoréxico; el 62.6% (139 casos) una Conducta normal; y el 25.2% (56 personas) una Conducta sana (Figura 2). Al respecto, se entiende operativamente la construcción conceptual “conducta sana” como la ausencia de sintomatología ortoréxica, y una mayor flexibilidad en la planificación alimentaria que la conducta normal.



*Figura 2.* Conducta Alimentaria en jóvenes adultos dietantes mendoquinas (n=222)

## 5.2. Perfeccionismo y Locus de Control en dietantes jóvenes adultos

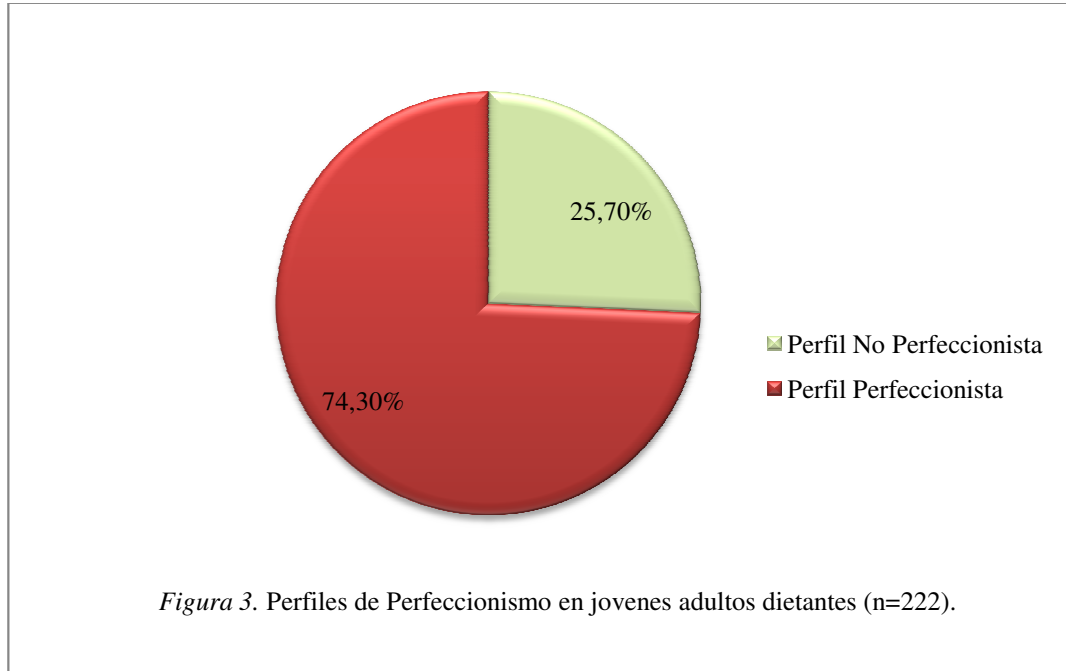
El segundo objetivo que se propuso este estudio fue describir los perfiles de Perfeccionismo y modalidades de LC predominantes en su muestra.

Para ello, se codificaron los puntajes obtenidos en las categorías propuestas para cada uno de los instrumentos. Posteriormente, se aplicó análisis de frecuencia, por medio del SPSS (versión 22), para las variables cognitivas mencionadas.

### 5.2.1. Perfeccionismo en dietantes

Para discriminar entre los distintos perfiles de perfeccionistas y establecer cuál predomina en esta muestra, se obtuvieron los puntajes de cada participante para la sub-escala AE de la APS-R, y luego éstos fueron codificados en dos categorías: perfeccionistas y no perfeccionistas.

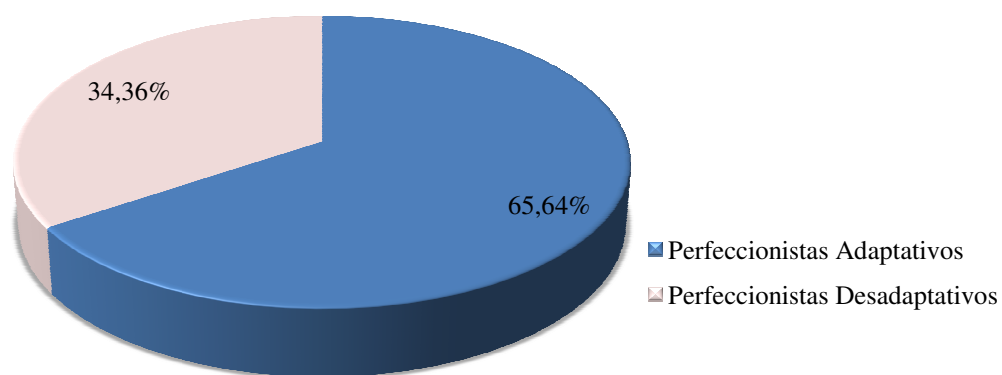
Se aplicaron los estadísticos de Frecuencia para estas categorías, exponiendo que el 74.3% (165 sujetos) de la muestra total (n=222) se ubica en la categoría de Perfeccionistas, y el 25.7% (57 personas) en la de No Perfeccionistas (Figura 3).



Luego, se trabajó con la subescala D para distinguir entre modalidades adaptativas y desadaptativas de evaluación del propio desempeño. Dicha discrepancia puede ser alta (desadaptativa) o baja (adaptativa) en función del puntaje total obtenido por el sujeto para esta subescala, que puede estar por debajo o por arriba de la mediana respectivamente. Así fue como se codificaron las puntuaciones en dos niveles que contemplaron ambas posibilidades.

A través de la funcionalidad de Tablas Cruzadas del SPSS se observaron los porcentajes para ambos niveles de Discrepancia en sujetos Perfeccionistas. En esta subescala, dos sujetos no respondieron a dos de los ítems, por lo cual fueron excluidos del análisis particular de la misma. Estos sujetos fueron identificados como Perfeccionistas en la subescala AE.

Los resultados indican que de los 163 sujetos perfeccionistas que respondieron a todos los ítems de la subescala D, el 65.64% (107 personas) puntúa como adaptativo, mientras que el 34.36% (56 sujetos) se percibe como incapaz de lograr sus estándares anhelados (dimensión desadaptativa) (Figura 4).



*Figura 4.* Distribución porcentual de dentistas Perfeccionistas Adaptativos y Desadaptativos (n=163).

### 5.2.2. Locus de Control en dietantes

La medición de la variable se efectuó mediante la Escala de Locus de Control de Rotter (1966), adaptada por Brenlla y colaboradores (2008) a la población argentina.

Luego de obtener los puntajes de cada sujeto para esta variable, se procedió a recodificarlos en las categorías prefijadas para su descripción. Antes de ello, se determinó la media, DE, máximo y mínimo obtenido para esta variable por la muestra de estudio (Tabla 6).

**Tabla 6***Estadísticos descriptivos para la Escala Locus de Control de Rotter (n=221)*

Estadísticos Descriptivos		Escala de Locus de Control de Rotter
N	Válidos	221
	Perdidos	1
	Media	11,03
	Desviación Estándar	3,342
	Mínimo	1
	Máximo	19

Los Estadísticos Descriptivos de Frecuencia y Porcentaje del SPSS (versión 22) visualizaron que, del total de 221 participantes, el 4.1% (9 personas) presenta un LC Interno Exacerbado; el 52.3% (116 sujetos) un LC mixto con tendencia hacia el internalismo; un 39.6% (88 entrevistados) un LC mixto con tendencia hacia el externalismo y el 3.6% (8 personas) un LC Externo Incrementando. Un participante fue excluido del estudio de esta variable por presentar algunas respuestas ausentes (Figura 5).

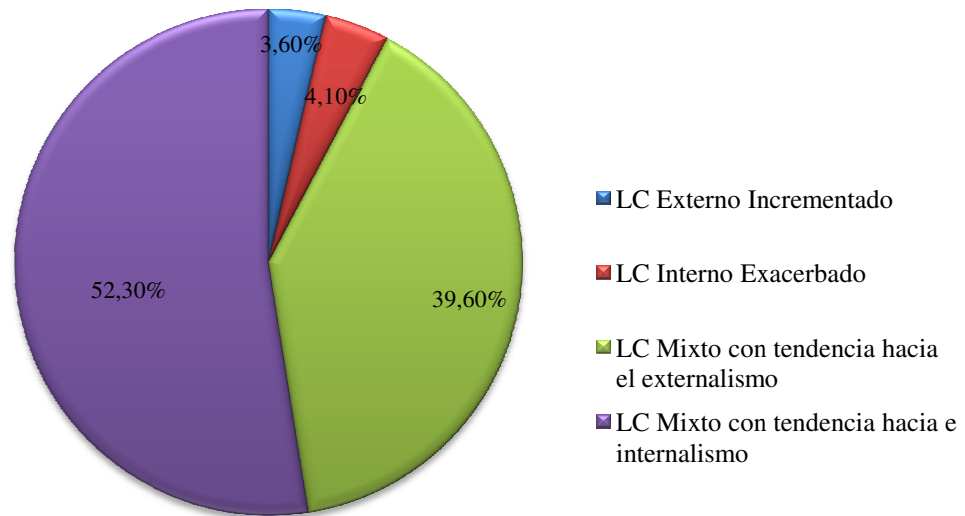


Figura 5. Modalidades de Locus de Control predominantes en la muestra (n=221).

Se realiza la salvedad que el 3,6%, ubicado en la categoría de LC Externo Incrementado, obtuvo puntajes totales en la escala que oscilaron entre los 18 y 19 puntos.

### 5.3. Locus de Control, Perfeccionismo y Comportamiento Ortoréxico

El tercer objetivo que impulsó esta práctica de investigación fue el estudio correlacional entre las variables cognitivas de LC y Perfeccionismo, y el Comportamiento Ortoréxico. Como las variables se distribuyen con normalidad (asimetría y curtosis), se aplicó el coeficiente paramétrico de Pearson, mediante el SPSS (versión 22), a fin de estudiar la covarianza entre éstas.

Hernández Sampieri y colaboradores (2014) indican que el coeficiente  $r$  de Pearson puede variar de  $-1.00$  a  $+1.00$ , siendo:

$-1.00$ = Correlación negativa perfecta.

-0.90= Correlación negativa muy fuerte.

-0.75= Correlación negativa considerable.

-0.50= Correlación negativa media.

-0.25= Correlación negativa débil

-0.10=Correlación negativa muy débil

0.00= No existe correlación entre las variables.

+0.10= Correlación positiva muy débil.

+0.25= Correlación positiva débil.

+0.50= Correlación positiva media.

+0.75= Correlación positiva considerable.

+0.90= Correlación positiva muy fuerte.

+1.00= Correlación positiva perfecta.

### **5.3.1. Locus de Control y Comportamiento Ortoréxico**

Una de las preguntas que da curso a este estudio versa sobre la posible existencia de una relación entre las variables LC y Comportamiento Ortoréxico. Para responder a este objetivo, se utilizó el coeficiente de Pearson analizando los puntajes obtenidos en la Escala Locus de Control de Rotter (adaptación de Brenlla et al., 2008) y en el Orto-15. Se tuvieron en cuenta 221 protocolos de



los 222 recolectados, ya que uno de ellos presentaba valores perdidos en la escala de Locus de Control de Rotter.

El coeficiente de Pearson indicó que los puntajes de la escala de Locus de Control de Rotter no se correlacionan significativamente con los puntajes del Orto-15 (-0.08) (Tabla 7).

**Tabla 7**

*Correlaciones: Locus de Control con Comportamiento Ortoréxico*

Correlación de Pearson	-.088
Sig. (Bilateral)	,190
N	221

### **5.3.2. Perfeccionismo y Comportamiento ortoréxico**

En este punto, se ahondó en la covarianza entre las dimensiones del Perfeccionismo (Adaptativo-Desadaptativo) y el comportamiento alimentario disfuncional en estudio. Mediante el coeficiente de Correlación de Pearson se analizaron los puntajes obtenidos en el Orto-15 con los puntajes logrados en la sub-escala D de la escala APS-R. Fueron considerados 220 casos en total (N=222), ya que dos sujetos tenían respuestas ausentes en la sub-escala D.

Se obtuvo una correlación estadísticamente significativa y negativa muy débil ( $r = -.213^*$ ), con un grado de significación bilateral de .001, y una probabilidad de error del 1% (Tabla 8).

**Tabla 8***Correlaciones: Dimensiones del Perfeccionismo con Comportamiento Ortoréxico*

Correlación de Pearson	-,213*
Sig. (Bilateral)	,001
N	220

\*La correlación es significativa en el nivel 0,01 (2 colas).

La lectura de dicho coeficiente indica que a mayores puntajes en la sub-escala D (indicativa de la dimensión desadaptativa del perfeccionismo), menores puntajes en el Orto-15 (presencia de Tendencia al Comportamiento Ortoréxico).

#### **5.4. Propuesta de abordaje psicológico**

El cuarto objetivo que encauza esta investigación es la búsqueda y creación de herramientas en este campo de estudio que permitan abordarlo psicológicamente.

A partir de las contribuciones de diferentes autores, entidades y organismos (ALUBA, s.f.; Aranceta Bartrina, 2007; Behar Astudillo y Figueroa Cave, 2004; Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos – COP-, 2011; García Jiménez et al., 2014; Jaros y Oszwa, 2014; Katz, 2013; Katz, 2015; Pera Piroto, 2006; Shanwal y Dasgupta, 2014; Young, 2000) que luchan contra los TCA y que promueven la adquisición de hábitos de vida saludables, es que se esbozan las siguientes estrategias de Promoción de estilos de vidas saludables y alternativas terapéuticas para el Comportamiento Ortoréxico.

Además, los resultados alcanzados incitan a continuar con la investigación en la temática, con el fin de poder ampliar su estudio desde otras líneas, con otros instrumentos de medición y/o con métodos con menor grado de estructuración, como por ejemplo: entrevistas abiertas que posibiliten

un conocimiento más profundo y preciso del Comportamiento Ortoréxico. Ello se hace indispensable para poder prevenir estos casos, diagnosticarlos y tratarlos con métodos eficientes y eficaces.

#### **5.4.1. Promoción de estilos de vidas saludables**

A continuación, se explica en qué consisten los Programas de Promoción de carácter integral, cuál es la fundamentación de los mismos y los objetivos que persiguen. De la misma forma, se hace hincapié en el autoconcepto y su desarrollo, como posible herramienta psicológica a promover en los mencionados Programas.

##### **Programas de Promoción de carácter integral**

La promoción de estilos de vida saludables tiene por objetivo empoderar a la comunidad, creando las condiciones materiales y culturales que posibiliten elecciones informadas, conscientes, y plausibles de ser asimiladas e incorporadas a la cotidianeidad de la vida. La Psico-educación, a través de las instituciones escolares y familiares, es una estrategia posible que permite alcanzar concretamente este objetivo mediante la aplicación de Programas de Promoción de carácter integral.

Al respecto el COP (2011) apoya la necesidad de desarrollar Programas integrales en el área de la Psiconutrición para poder prevenir toda conducta alimentaria desordenada, incluyendo los TCA clásicamente conocidos, la obesidad y puntos intermedios como los problemas relacionados con el peso, la imagen corporal, la práctica de dietas restrictivas rígidas, la excesiva preocupación por el consumo de alimentos orgánicos y naturales (ortorexia), etc.

Hasta el momento, los programas de prevención enfocados en un tipo particular de conducta alimentaria disfuncional muestran niveles de eficacia inconsistentes que, López-Guimerà y Sánchez-Carracedo (2010 citados en COP, 2011), aducen justamente a la mirada atomista e

independiente que impregna tanto a los programas de prevención de los TCA como a los de Obesidad y Sobrepeso. Estas formas reduccionistas de concebir y enfrentar la realidad han podido suponer un efecto rebote, en el sentido que los primeros podrían estar potenciando la Obesidad y el Sobrepeso, y los segundo al acentuar de manera extrema el desarrollo de hábitos alimentarios y la práctica de ejercicio físico pueden suponer un mayor riesgo de desarrollo de Anorexia, Bulimia (COP, 2001) o de un Comportamiento Ortoréxico. Es decir, que podrían estarse promoviendo mensajes contradictorios desde la familia, la escuela y la sociedad en general, ya que si bien se insiste en la importancia de un estilo de vida saludable, la realidad es que se vive en un mundo obsesionado con el cuerpo, la belleza y la juventud eterna (COP, 2011; Katz, 2013).

Por las razones anteriormente mencionadas, desde esta tesis se plantea que los Programas de Promoción Integral deben estar dirigidos a:

- Motivar a las personas a aspirar al valor Salud, entendiendo por éste un concepto holístico que incluye tanto lo físico como lo psíquico y espiritual.
- La adquisición de hábitos que permitan una alimentación equilibrada y armoniosa, a nivel fisiológico, psíquico y social.
- Eliminar la tendencia a demonizar o entronizar ciertos productos alimenticios.
- La formación de consumidores críticos que puedan analizar, discriminar y cuestionar el bombardeo de información al que están expuestos constantemente para poder elegir velando por su salud física y mental, permitiéndose el placer y liberándose de culpas infundadas.
- La práctica regular de ejercicio físico, en pos del desarrollo psico-físico-social-espiritual del hombre.
- La construcción del autoconcepto del niño/adolescente desde la potencialidad de sus habilidades y capacidades, reforzando sus logros y su capacidad de exploración, enseñando que toda experiencia es una situación de aprendizaje, en la cual los errores y dificultades permiten

acrecentar y explotar sus recursos. Esto último se halla directamente relacionado con el concepto de Discrepancia, es decir, se debe enseñar a cuestionar y a analizar la viabilidad de los objetivos perseguidos, como así también, a evaluar de forma realista y constructiva el desempeño obtenido.

### **¿Qué se entiende por autoconcepto y cómo desarrollarlo?**

Técnicamente, se toma el autoconcepto como aquel conjunto de pensamientos, creencias, emociones que el sujeto tiene sobre sus capacidades, habilidades, características personales. En otras palabras, es la opinión que la persona tiene sobre sí misma, la forma de concebirse, pensarse y mirarse. Valdez Medina (1994 citado en Morelato, Maddio y Váldez-Medina, 2011) lo define como:

una estructura mental de carácter psicosocial que implica una organización de aspectos conductuales, afectivos y físicos reales e ideales acerca del propio individuo. Estos funcionan como un código subjetivo de acción hacia el medio ambiente interno y externo que rodea al sujeto. Según esta definición también se considera que el autoconcepto está conformado por un sí mismo real y un sí mismo ideal, entre los cuales existe un cierto grado de correspondencia. Si la discrepancia entre ellos es grande, el sujeto estará insatisfecho consigo mismo y tendrá dificultades en su ajuste personal. Entre el autoconcepto real y el ideal se da un intercambio de información gracias al cual el sujeto puede ajustar el concepto de sí mismo y adaptarse a las circunstancias en las cuales se ve involucrado. El autoconcepto contiene información que adquiere sobre sí mismo ya sea de corte totalmente social (lo que otros piensan, dicen, se imaginan o perciben de mí), totalmente individual (lo que yo mismo pienso, digo, me imagino de mí), o bien de carácter psicosocial que implicaría un manejo interno de la información social e individual. De tal modo, el autoconcepto es una estructura mental totalmente versátil y adaptativa que guía al sujeto en su comportamiento (pp. 151-152).

Un objetivo central en este apartado, que se vincula directamente con el autoconcepto, es el desarrollo de la inteligencia emocional como una herramienta decisiva en la prevención de cualquier comportamiento alimentario disfuncional.

Justamente, la sociedad actual con sus exigencias ambiciosas e ímprobas de éxito social, sus patrones de belleza inalcanzable, su forma consumista de concebir y valorar el tiempo, y su virtualidad en el encuentro con el otro, expone a las personas a un continuo estrés. Esta situación afecta directamente a la conducta alimentaria, alterando la misma en elecciones que repercuten en la cantidad (exceso o insuficiencia) o calidad (comportamientos obsesivos) de los alimentos.

Por esta razón, es fundamental enseñar al sujeto a conectarse con sus emociones y sentimientos, a conocerlos y reconocerlos, que pueda conmoverse, tomar conciencia de ellos, interrogarlos, comprenderlos y comunicarlos a través de la palabra. Debe contactarse con sus emociones, sentimientos y recursos internos para poder internalizar y valorar una concepción de sí que trascienda la mera apariencia física.

Entre los recursos internos que permiten afrontar el estrés cotidiano, se encuentra la capacidad de internalizar flexiblemente el control de las situaciones (Locus de Control mixto con tendencia hacia el internalismo), y de evaluar el desempeño alcanzado de forma constructiva de manera tal que permita la satisfacción personal.

La Inteligencia emocional se aprende, se desarrolla, se mejora y se cultiva con las experiencias de la vida. Por lo tanto, se debe trabajar junto a niños y adolescentes la autopercepción, la autoconciencia y regulación de las propias emociones, como así también, el reconocimiento y comprensión (empatía) de los sentimientos e intenciones de su entorno. Se debe impulsar y cultivar en ellos la automotivación, el control instrumental de los impulsos, la capacidad de espera, la empatía, la esperanza y la regulación de las respuestas emocionales y del estado ánimo (Shanwal y Dasgupta, 2014). Todo ello le permitirá afrontar asertivamente las situaciones de estrés que se presenten en su cotidianeidad.

En esta línea, la inteligencia emocional posiblemente le permitirá a la persona concebirse como un ser físico, psico y emocional con posibilidad de proyectarse, experimentar y explorar múltiples

circunstancias y situaciones vitales, con capacidad para resignificar acontecimientos, formas de mirarse y tratarse.

#### **5.4.2. Alternativas terapéuticas frente al Comportamiento Ortoréxico**

Dado que en el origen y mantenimiento de los TCA intervienen múltiples factores, se sugiere abordarlos a través de un equipo interdisciplinario especializado que pueda atender a la complejidad del fenómeno. Es necesario que participen médicos (clínicos, endocrinólogos, psiquiatras), especialistas en nutrición y psicólogos (Aranceta Bartrina, 2007; ALUBA, s.f.; Pera Pirotto, 2006).

Primeros pasos a resolver:

- El equipo multidisciplinario especializado en patologías alimentarias deberá optar por un tratamiento ambulatorio o por la hospitalización del paciente. Esta decisión debe basarse en el momento en que consulta el paciente, de acuerdo al estado nutricional (si existe algún riesgo vital), su estado psiquiátrico (incluyendo riesgo suicida) y las características de la red de apoyo social (especialmente del funcionamiento familiar) (Behar Astudillo y Figueroa Cave, 2004).
- Tratar los déficits nutricionales que intensifican la obsesión, antes de comenzar cualquier psicoterapia. Se ha observado que las carencias alimenticias favorecen las ideas obsesivas y los comportamientos compulsivos en torno a la comida (Behar Astudillo y Figueroa Cave, 2004).
- Los médicos podrán indicar o no la necesidad de un tratamiento farmacológico (Aranceta Bartrina, 2007; García Jiménez et al., 2014).

A nivel psicoterapéutico, toda intervención en disfunciones alimentarias se enfocará en los siguientes objetivos de trabajo:

- Generar conciencia de enfermedad, mediante la psicoeducación, tanto en el paciente como en su entorno cercano para motivarlos al cambio. Es fundamental, lograr la participación y colaboración de todos en el tratamiento.

- Modificar la conducta alterada respecto a la comida y a la imagen corporal (en caso de ser necesario).

En este sentido, Behar Astudillo y Figueroa Cave (2004) mencionan que las técnicas conductuales son muy útiles para este fin en las primeras etapas del tratamiento, pudiendo en muchos casos salvarle la vida a la persona; sin embargo, no tienen igual resultado a largo plazo.

- Mejorar las relaciones interpersonales, en especial el aislamiento social que presentan frecuentemente estos pacientes.

En virtud de ello, se propone desde esta Tesis el desarrollo y fortalecimiento de la Inteligencia Emocional. Koven y Abry (2015) consideran que una forma de hacerlo es aumentando la socialización durante las comidas y diversificando las actividades de ocio y recreación para que el sujeto pueda involucrarse con temas no alimentarios.

- Resolver los conflictos psicológicos que mantienen la enfermedad, en particular los relacionados al estilo de personalidad (Behar Astudillo y Figueroa Cave, 2004).

Desde este trabajo de investigación se formulan distintas alternativas que pueden combinarse como son: centrarse en el autoconcepto y la autoestima del sujeto; en su autonomía; en la reestructuración cognitiva de los pensamientos irracionales, sobregeneralizados, catastróficos y dicotómicos que pueden subyacer a las conductas y emociones del sujeto; en la flexibilidad cognitiva. Tanto el desarrollo de la Inteligencia Emocional desde la Psicología Positiva, como la Terapia Cognitiva Conductual Integrativa pueden abordar las temáticas anteriormente mencionadas.

- Entrenar a la persona en técnicas de relajación que puedan ayudarla a manejar la ansiedad que suscita la preocupación desmedida por un cuerpo perfectamente saludable.



- Tratar la comorbilidad psiquiátrica (Behar Astudillo y Figueroa Cave, 2004).
- Evitar las recaídas (Behar Astudillo y Figueroa Cave, 2004).

Específicamente, en el Comportamiento Ortoréxico la autoestima y el autoconcepto se encuentran atrapados en el cumplimiento de reglas rígidas, que según su perspectiva, les permite una vida saludable. La satisfacción personal también depende excesivamente del cumplimiento de estos rituales, por lo cual es clave enfocarse en ello desandando el mito fanáticamente sostenido como saludable (idea sobrevalorada e irrealista), y trabajando con los pacientes la posibilidad de construir e instrumentar otros recursos identitarios, sacándolos del único lugar de interés donde se encuentran petrificados.

Además, estos pacientes suelen posicionarse como expertos en la materia (Bratman y Knight, 2001; Donini et al., 2005). La autopercepción de daño deberá centrarse, en primera instancia, en que puedan darse cuenta de las distorsiones y errores que tiene la información que manejan.

La planificación concreta de las intervenciones a realizar dependerá del caso individual (Behar Astudillo y Figueroa Cave, 2004; Bratman; comunicación personal, 3 de febrero, 2017). No existe una única forma de tratar las patologías mentales y no existen manuales que condicionen y determinen la actividad del terapeuta y las respuestas del paciente. Consecuentemente con la libertad de elección que tiene el hombre, existen múltiples formas de aproximarse y luchar contra el sufrimiento mental. Formas que responden a las particularidades de cada sujeto, en función de su historia de vida, de sus recursos y potencialidades. Cada persona es única e irrepetible, por lo tanto, cada tratamiento también lo será.

Lo importante es darse cuenta de que las reglas inamovibles y los patrones rígidos dejan afuera una rica porción de la vida. La que se toma cuando se comparte con otros, y en eso los ortodoxos suelen quedar aislados porque la comida se los come a ellos (Poulisis, 2011, p. 112)

## DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Este trabajo contó con la participación voluntaria de 222 personas que cumplían con todos los criterios intencionalmente formulados en el planteamiento del problema.

Ya en esta instancia se puede comunicar satisfactoriamente que todos los objetivos pretendidos, al comienzo de la investigación, fueron logrados.

El primer objetivo específico apuntó a evaluar, en términos porcentuales, la tendencia al Comportamiento Ortoréxico en jóvenes adultos dietantes. Este objetivo tuvo su punto de partida en la creciente relevancia clínica que tiene por estos días el fenómeno Ortoréxico, en lo que respecta a la prevención y tratamiento del mismo, como así también, a la promoción de estilos de vidas realmente saludables. Un comportamiento alimentario disfuncional, con manifestaciones clínicas diferentes a las ya conocidas y reconocidas por los manuales internacionales de clasificación nosológica, merece ser el centro de debates e investigaciones que posibiliten su comprensión, detección y tratamiento integral. Es por ello, que este objetivo descriptivo se une a la línea investigativa que busca conocer en qué frecuencia (o porcentaje) se presenta el Comportamiento Ortoréxico en determinadas poblaciones.

De acuerdo a lo arrojado por el Orto-15 en esta muestra de estudio (n=222), el 12.2% (27 individuos) presenta una tendencia al Comportamiento Ortoréxico. Desde una mirada clínica, este dato resulta alarmante, y justamente por ello, merece una implicación más directa por parte de los profesionales de la salud.

Hasta el momento, los estudios que han indagado sobre la prevalencia del Comportamiento ortoréxico varían desde un 6% a un 88,7% (Dunn y Bratman, 2016).

En este estudio, el porcentaje afectado (o bien en riesgo) obtenido concuerda casi de manera idéntica con el hallado por Kinzl y colaboradores (2006), en una muestra de 283 mujeres dietistas australianas. En dicho estudio, el 12.8% fue diagnosticado con Ortorexia Nerviosa (Kinzl et al., 2006).

Otros estudios han identificado un porcentaje mucho mayor de prevalencia; no obstante, sus respectivas muestras han tenido características específicas y diferentes a este estudio. Por ejemplo: un estudio turco reportó una tasa de prevalencia del 45.5% en 318 médicos residentes (Bosi et al., 2007 citados en Dunn y Bratman, 2016). Para los artistas turcos de performance (intérpretes o ejecutantes de la Ópera y Ballet Estatal, y de la Orquesta sinfónica de la Universidad de Bilkent), la tasa de prevalencia aumentó a un 56.4% (Aksoydan y Camci, 2009). En Brasil, la tasa de prevalencia alcanzó un porcentaje preocupante (81.9%) en una muestra de 392 dietistas (Alvarenga et al., 2012 citados en Dunn y Bratman, 2016).

En Argentina, si bien hasta el momento no se han publicado oficialmente investigaciones sobre la temática; la Asociación de Lucha contra la Bulimia y la Anorexia (2017) informa que un 18% de los adultos residentes de C.A.B.A. presenta sintomatología propia del cuadro de Ortorexia Nerviosa. El trabajo realizado por el centro Dra. Katz no explicita sobre los procedimientos éticos y metodológicos seguidos, ni sobre la cantidad y características de los sujetos que conformaron la muestra. Sólo informa que se administró el cuestionario Orto-15, sin especificar el método de traducción por el que se optó, y si se practicó o no alguna modificación en la construcción semántica de los reactivos. Más allá de anunciar una tasa de prevalencia baja, la ausencia de información esencial sobre sus condiciones y procedimientos dificulta la comparación o contraste con los resultados de esta tesis.

El creador del Orto-15, el doctor Lorenzo Donini (2005), también visualizó un porcentaje de prevalencia relativamente bajo (6.8%) en su estudio de validación del mismo con población italiana. Doce años después, Dunn y colaboradores (2017) también reportaron una incidencia bastante baja en su muestra de procedencia estadounidense. Los autores aplicaron el Orto-15 conjuntamente con entrevistas abiertas; concluyendo que la Ortorexia Nerviosa, al igual que la Anorexia y la Bulimia, son afecciones pocos comunes en la población. Desde esta tesis, se comparte el criterio estadístico por el cual se podría considerar al Comportamiento Ortoréxico una afección poco común; no obstante, clínicamente las personas afectadas deben recibir la atención médica y psicológica más eficaz y eficiente para afrontar este padecimiento. Es decir, que el porcentaje hallado reviste una importancia clínica trascendental que no puede ser subestimada o ignorada.

Algunos centros de atención especializada en España concuerdan que se trata de un padecimiento poco común, refiriendo entre un 0.5 y un 1% de pacientes ortoréxicos. Para otros especialistas, la ortorexia es un subgénero que representa entre el 10 y el 15% de las anorexias. No obstante, la carencia de estudios sobre el tema en este país europeo dificulta su pronta y rápida detección; por lo que podría tratarse de un TCA más común pero menos evidente que la Anorexia y la Bulimia (Aranceta Bartrina, 2007; Brytek-Matera, 2012)

Ahora bien, en este estudio se obtuvo un  $\alpha = .682$  para la totalidad del instrumento (considerando sus 15 ítems), que si bien indica una consistencia interna cuestionable, es significativamente mayor al reportado por Roncero y colaboradores (2017) en su trabajo sobre las propiedades psicométricas de la adaptación española del Orto-15 ( $\alpha = .23$ ). Dicho incremento en la fiabilidad del cuestionario puede deberse a dos aspectos interrelacionados estrechamente: 1) a las características socio-culturales y particulares de la muestra con la que se trabajó; y 2) a la contextualización que se intentó del instrumento mediante el jurado de expertos, en busca de una aproximación a su validez ecológica.

Posteriormente, se eliminaron 4 ítems del cuestionario procurando un aumento significativo de su consistencia interna. La reducción del Orto-15 a 11 ítems obtuvo un  $\alpha = .74$ , valor idéntico al obtenido por Roncero y Colaboradores (2017), quienes realizaron el mismo procedimiento con los mismos ítems en el estudio anteriormente mencionado. Por tanto, la consistencia interna es aceptable, pero se sugiere cierta cautela a la hora de leer sus resultados. Esta circunstancia alienta a continuar con la labor investigativa profundizando en éstos a través de métodos y diseños de exploración con características más abiertas y flexibles.

Si bien este estudio se abordó desde una metodología cuantitativa; las fases de administración de los instrumentos y devolución de los resultados personales a quienes así lo desearon, posibilitaron un contacto directo y fluido con los participantes. Algunas personas se mostraron más comunicativas y activas al momento de recibir sus resultados, haciendo posible una retroalimentación enriquecedora para ambas partes. Entre las respuestas más significativas en lo que concierne a este estudio específicamente, algunas personas que puntuaron en el rango de conducta alimentaria normal mencionaron que el primer cuestionario (el Orto-15) los llevó a reflexionar y a pensar sobre su conducta alimentaria, considerándola rígida y señalando cierto malestar a nivel social (distanciamiento de amigos y conocidos, menor frecuencia de salidas con ellos, etc.) y/o a nivel emocional-cognitivo (inversión de grandes esfuerzos en la búsqueda, selección y preparación de las comidas). Asimismo, en este espacio varias personas se autodefinieron como “autoexigentes”, “perfeccionistas”, “muy responsables”, y “comprometidos con la vida y con el medio ambiente”. Esta forma de percibirse se relaciona con el resto de los objetivos perseguidos.

En esta línea, el segundo objetivo pretendido fue la descripción de los perfiles de perfeccionismo y LC predominantes en la muestra de dietantes. Para ello se utilizaron los instrumentos anteriormente mencionados.

El perfeccionismo es una variable cognitiva de gran influencia en la etiología y mantenimiento de los TCA (Roz, Lee, Payne y Fairburn, 2006; Rutzstein et al., 2014; Scappatura et al., 2011; Scappatura et al., 2017). Con frecuencia se lo suele señalar como un factor de mayor vulnerabilidad a desarrollar un TCA; de allí el interés que mueve su estudio particular.

Los resultados arrojados por la APS-R indican que prevalece el perfil Perfeccionista (el 74.3%) en esta muestra de dietantes (n=222). A su vez, el 65.64% (107 personas) de los sujetos perfeccionistas tiene un funcionamiento adaptativo, según la escala administrada; a diferencia del 34.36% (56 sujetos) que se percibe como incapaz de alcanzar el rendimiento aspirado. Por lo tanto, el perfil que predomina en esta muestra es el del Perfeccionista adaptativo.

La escala en su totalidad obtuvo un alfa de Cronbach de .871. A su vez, la sub-escala AE obtuvo un valor de alfa de .796; y la sub-escala D un índice de .92. Los valores obtenidos son casi idénticos a los hallados por Arana y colaboradores (2009). Dichos valores indican una alta consistencia interna, que permite confirmar los resultados con un escaso margen de error.

Por otra parte, es importante destacar que hasta el momento no se han realizado estudios sobre el perfil del perfeccionismo predominante en personas que realizan algún tipo de dieta restrictiva. Las bases de datos consultadas fueron: PubMed, EBSCO, PsycINFO y google académico. Los términos que se utilizaron fueron: Perfeccionismo (positivo, adaptativo, saludable, negativo, desadaptativo), Perfil perfeccionista, dieta, conducta dietante, restricción. Los mismos fueron ingresados tanto en español como en inglés, ya que éste último es el que cuenta con mayor número de investigaciones en la temática. No obstante, los estudios sugeridos no reportaban la información buscada. Esto coincide con lo expuesto por Scappatura y colaboradores (2011) en su estudio de revisión sobre las dimensiones del perfeccionismo en los TCA. Estos autores enfatizan en la escasez de trabajos publicados oficialmente sobre el tema, aludiendo que ello se debe a la visión

unidimensional que históricamente se ha otorgado al constructo de perfeccionismo. Lago y colaboradores (2009), agregan que el 70% de las investigaciones que han administrado la APS-R se han llevado a cabo en estudiantes universitarios. Actualmente, según la búsqueda realizada para esta tesis, la gran mayoría de las investigaciones que indagan sobre la multidimensionalidad del perfeccionismo se enfocan en población universitaria, y en segundo lugar, en población clínica.

Lago y colaboradores (2009), continúan explicando que numerosas investigaciones han encontrado que el Perfeccionismo adaptativo es indicador de motivación hacia el logro. De esta forma, se podría interpretar que el perfil Perfeccionista adaptativo hallado en la muestra es congruente con una conducta dietante restrictiva que logra mantenerse en el tiempo, es decir, los sujetos entrevistados llevan al menos 6 meses sosteniendo las pautas alimentarias autoimpuestas.

Otra variable cognitiva de gran resonancia en los hábitos de alimentación elegidos y asimilados es el LC (Bennet et al., 1994; Cobb-Clark et al., 2014; Getz, 2009; Jaros y Oszwa, 2014; Kinzl et al., 2006; Lugli-Rivero y Vivas, 2001; Shapiro, 1994; Young, 2000). La importancia de su estudio radica en que, junto al perfeccionismo multidimensional, predice de manera significativa el bienestar subjetivo de la persona (Karatas y Tagay, 2012).

Como parte del segundo objetivo de esta tesis es describir las modalidades de LC predominantes en la muestra, se administró la escala de Locus de Control de Rotter (1966; adaptación argentina de Brenlla et al., 2008). No obstante, la consistencia interna del instrumento es cuestionable ( $\alpha = .606$ ), lo que aconseja una lectura precavida de los resultados comunicados.

De las 221 participaciones que fueron tenidas en cuenta ( $n=222$ ), se observa que un poco más de la mitad se caracteriza por un mayor internalismo (un 4,1% posee un LC Interno Exacerbado y un 52,3% un LC mixto con tendencia hacia el internalismo). De ello se desprende, que la internalidad es la modalidad que tiende a preponderar en esta muestra de estudio; y por encontrarse

gran parte de la misma dentro de la categoría de LC mixto, se interpreta que existe cierta flexibilidad en la instrumentalización de este recurso de afrontamiento.

Los resultados pueden ser leídos a partir de los aportes de renombrados estudiosos en la materia. Tal es así que, Cobb-Clark y colaboradores (2014) estudiaron el LC más influyente en aquellas personas que tenían hábitos de vida saludables. Técnicamente, por hábitos saludables hacían referencia a las conductas de alimentarse sanamente y con moderación, practicar ejercicio físico con regularidad y evitar el tabaco. Reunieron a más de 4000 personas para su estudio, encontrando que aquellas que poseían una mayor internalidad se caracterizaban por hábitos de vida más saludables. A partir de sus conclusiones, se extrae que los sujetos con una mayor internalidad pueden dirigir y autorregular sus conductas de una forma más funcional y adaptativa. Retrocediendo dos décadas, Bennet y colaboradores (1994) también encontraron que el estilo de vida saludable era sostenido por quienes poseían un LC interno.

Estudiando el LC en personas con Obesidad, González, Lugli, Vivas y Guzmán (2015) encontraron que estas personas tendían a creer mayormente que su peso y su conducta alimentaria estaba regulada por el azar y por otras personas con poder, sintiéndose menos capaces de llevar adelante acciones para controlar su comportamiento. En relación a la adherencia al tratamiento de estas personas, Lugli Rivero (2011), González y Lugli Rivero (2012) observaron que los pacientes con mayor percepción de autoeficacia y con un estilo interno de atribución obtenían mejores resultados, logrando una autorregulación del peso (López, 2013). La diferencia entre las personas con Obesidad que no realizan tratamiento y las que sí, según López (2013), radica en que las segundas han decidido cambiar sus hábitos de alimentación. En su estudio, López (2013) observó que las personas que decidían comenzar con un tratamiento poseían mayor nivel de autoeficacia percibida y una mayor internalidad para poder sostener en el tiempo (durante un mes) sus objetivos.



La lectura de las evidencias científicas contemporáneas, tanto en poblaciones sin diagnóstico clínico como en grupos de sujetos que si lo poseían, permite pensar que la posibilidad de mantener en el tiempo una dieta restrictiva, lo cual supone una autorregulación constante y moderación de la conducta de ingesta, es congruente con la tendencia a la dimensión interna que sobresale en los jóvenes-adultos con los que se trabajó.

El tercer objetivo que da cuerpo a esta tesis es el estudio correlacional entre las variables cognitivas LC y Perfeccionismo y el Comportamiento Ortoréxico.

La primera hipótesis, formulada al inicio de esta práctica de investigación, correlaciona los bajos puntajes en el Orto-15 (Comportamiento Ortoréxico) con los bajos puntajes en la Escala de Locus de Control de Rotter (modalidad interna exacerbada). El Coeficiente de Pearson obtenido indica que los puntajes de ambos instrumentos no se correlacionan significativamente entre sí (-.08). Por lo tanto, se rechaza esta primera hipótesis.

Dicho resultado contrasta fuertemente con lo teorizado por reconocidos estudiosos del Comportamiento Ortoréxico, quienes mencionan que la necesidad, el deseo y la creencia de control absoluto es uno de los rasgos más notorios de las personas que presentan dicha disfuncionalidad, o que se encuentran más vulnerables a padecerla (Aranceta Bartrina, 2007; Bratman, 1997; Bratman y Knight, 2001; Brytek-Matera, 2012; García Jiménez et al, 2014; Getz, 2009; Gramaglia et al., 2017; Håman et al., 2015; Katz, 2013; Kinzl et al., 2006; Koven y Abry, 2015). Por ejemplo, Getz (2009) menciona que la misma creencia de poder controlarlo todo, los descontrola. Esto significa que cuando no logran cumplir al pie de la letra con sus imposiciones, rituales y reglas rígidas, se sienten culpables por haber perdido el control o transgredido sus planes (Brytek-Matera, 2012). Justamente, esta línea de pensamiento llevó a hipotetizar que un LC Interno Exacerbado podría

acompañar esta obsesión enfermiza por la comida que erróneamente se considera saludable, y ser un criterio comúnmente manifestado por las personas que sufren de ella.

Dado que hasta el momento no existen estudios publicados sobre la relación del LC con la Ortorexia Nerviosa, se podría considerar esta práctica de investigación como una primera instancia que no logra probar lo teóricamente postulado hasta el momento.

Existen algunos trabajos que han estudiado el LC en población clínica (pacientes con Anorexia, Bulimia, Obesidad). Muchos de ellos han observado que la dimensión que adquiere un mayor protagonismo es la externa. Así, Lugli-Rivero y Vivas (2001) encontraron que las mujeres diagnosticadas con TCA tendían mayormente a creer que otros poderosos tenían el control, a diferencia de aquellas mujeres que no tenían indicios de alteraciones alimentarias. Williams y colaboradores (1990 citados en Young, 2000) obtuvieron idénticos resultados, que asociaron con una percepción de sus familias como más controladoras.

Jaros y Oszwa (2014) tampoco pudieron confirmar su hipótesis de una posible relación entre LC y los desordenes alimenticios. No obstante, observaron una mayor externalidad en las personas con Anorexia. El recorrido teórico que hicieron y los resultados que obtuvieron, los llevaron a considerar que el LC no es un determinante directo de las patologías alimentarias, sino más bien una variable mediadora de aproximación al estrés.

La segunda hipótesis continúa con la línea que indaga sobre los factores individuales que intervienen en la sintomatología del Comportamiento Ortoréxico. Esta hipótesis correlaciona los bajos puntajes en el Orto-15 (indicadores del Comportamiento Ortoréxico) con las altas puntuaciones en la sub-escala D de la APS-R (evaluación desadaptativa del propio desempeño según los objetivos autoimpuestos).

El coeficiente de Pearson aplicado arrojó una correlación estadísticamente significativa, negativa muy débil ( $r=213^*$ ), con un grado de significación bilateral de .001 y una probabilidad de error del 1%. Dada la baja magnitud del coeficiente de correlación, no es posible confirmar esta segunda hipótesis, la cual queda entonces rechazada.

La mayoría de los autores concuerdan que el perfeccionismo es un rasgo obsesivo fuertemente marcado en aquellas personas que sufren de Ortorexia Nerviosa (Aranceta Bartrina 2007; Bratman, 1997; Bratman y Knight, 2001; Brytek-Matera, 2012; García Jiménez et al., 2014; Martins et al., 2011); es más, gran parte de la literatura científica asocia al perfeccionismo con los TCA (Guido et al., 2011; Hewitt et al., 2003; Roz et al., 2006; Rutsztein et al., 2014; Scappatura et al., 2011; Scappatura et al., 2017). En el caso puntual del Comportamiento Ortoréxico, la persona insiste y se aferra con rigidez y firmeza a una dieta perfecta (Mathieu, 2005), intentando alcanzar un cuerpo sano, completamente puro; esto es, un cuerpo perfecto (Brytek-Matera, 2012).

Por el momento, no se han publicado trabajos que correlacionen las distintas dimensiones del perfeccionismo con el Comportamiento Ortoréxico. Barnes y Caltabiano (2017) procuraron establecer si el perfeccionismo podía ser considerado un predictor del Comportamiento Ortoréxico. Aplicaron la MPS y el cuestionario Orto-15 a su muestra de 220 sujetos, y encontraron una correlación positiva entre las tendencias más altas al Comportamiento Ortoréxico y las puntuaciones más altas para el perfeccionismo auto-orientado, socialmente prescripto y orientado a otros. El trabajo de Barnes y Caltabiano (2017) aportó evidencia empírica al postulado teórico que asocia al Comportamiento Ortoréxico con el rasgo perfeccionista. No obstante, el estudio no profundizó ni discriminó entre las dimensiones adaptativas o saludables y las desadaptativas del perfeccionismo, tal como lo propone la APS-R.

De por sí, las investigaciones que han estudiado la relación entre las distintas dimensiones del perfeccionismo y los TCA son escasas (Scappatura et al., 2017). No conforme ello, sus resultados son curiosamente dispares (Scappatura et al., 2011; Scappatura et al., 2017). Mientras en algunos estudios se halló que la presencia de TCA se asociaba únicamente con la dimensión desadaptativa del perfeccionismo (Ashby et al., 1998; Pearson y Gleaves, 2006; Rutzstein et al., 2014; Soenens et al., 2008 citados en Scappatura et al., 2017); en otros se encontró que ambas dimensiones del perfeccionismo se asociaban con esta patología (Bardone-Cone, 2007; Bastiani et al., 1995; Hewitt et al., 1995 citados en Scappatura et al., 2017), lo cual llevó a cuestionar el valor adaptativo del constructo (Bardone-Cone, 2007 citado en Scappatura et al., 2017). Scappatura y colaboradores (2017), utilizando la APS-R como medida multidimensional del perfeccionismo, encontraron resultados congruentes con la última línea de estudios citados.

Lo hallado en esta tesis no refuta ni contradice lo teóricamente postulado por prestigiosos estudiosos en la materia, quienes se han basado mayormente en su experiencia clínica. No obstante, el valor arrojado por el coeficiente de correlación de Pearson es insuficiente para probar empíricamente la presencia de éste en la muestra del actual estudio.

En este punto, los resultados obtenidos para el perfil predominante en la muestra de dietantes y para la correlación entre las dimensiones del perfeccionismo y el Comportamiento Ortoréxico conducen a interpretar los datos desde una doble vertiente, tal como lo plantea Lago y colaboradores (2008). De esta forma, se lo considera como un

rasgo estable de la personalidad y también como específico a situaciones o dominios en particular, pudiendo ejercer tanto una influencia adaptativa como desadaptativa sobre la cognición, el afecto y la conducta (Lago et al., 2008, 48).

Esta concepción resulta beneficiosa como estrategia clínica, ya sea para potenciar los recursos internos o para trabajar problemas específicos. De este modo, algunas personas pueden tender a fijarse altos estándares en un mayor número de dominios, y caracterizarse por este tipo de funcionamiento; no obstante, lo saludable o no del mismo dependerá de la situación concreta que atraviese la persona.

En tal caso, se podría considerar que según la sub-escala D de la APS-R la persona tendería a funcionar desadaptativamente con este rasgo en varios ámbitos de su vida; empero, una entrevista abierta con la persona permitiría posiblemente complementar este estudio para conocer la funcionalidad o disfuncionalidad del rasgo en la situación específica de la dieta y su alimentación.

Por último, el cuarto objetivo invita a reflexionar y crear propuestas para el abordaje psicológico de este fenómeno. De acuerdo al recorrido bibliográfico realizado, se considera oportuno y estratégico empoderar a la población mediante el desarrollo y fortalecimiento de la inteligencia emocional. En un nivel promocional, brindará la posibilidad de formar consumidores críticos que puedan elegir conscientemente sus hábitos de vida, velando por su salud psico-física. La inteligencia emocional es un recurso poderoso en el camino de la auto-contemplación y auto-percepción como sujetos con autonomía, potencialidades que se harán capacidades y habilidades, y oportunidades de crecimiento, cambio y adaptación.

El recorrido realizado alerta sobre la escasez de estudios sobre la Ortorexia Nerviosa o Comportamiento Ortoréxico, y sobre la falta de herramientas profesionales para abordarlo psicológicamente. En el campo de los TCA, el estudio del perfeccionismo se sigue limitando a su faceta disfuncional, sin contemplar la posibilidad de hacer de éste un valioso recurso para la terapia y la instauración de hábitos de vida saludables. En la misma línea, el LC es una variable cognitiva que no ha recibido la suficiente atención por parte de los expertos en la temática, y de acuerdo a las

escasas investigaciones encontradas, podría estar relacionada con un mayor o menor ajuste psicológico en el ámbito de la psiconutrición. Es fundamental, continuar y ahondar en el estudio de los indicadores diagnósticos de este comportamiento alimentario disfuncional, en la creación de instrumentos que permitan detectarlo a tiempo y de estrategias de acción para poder afrontarlo. A ello se suma, que el terreno de la promoción en estilos de vida saludables aún permanece desértico, a la espera de profesionales que puedan comprometerse con él y trabajarlo arduamente.

## CONCLUSIONES

Las conclusiones que se desprenden de este estudio conciernen directamente a la muestra conformada, la cual se particulariza por haber sido intencionalmente seleccionada siguiendo criterios de inclusión y exclusión fijados exhaustivamente en el planteamiento del problema. Esta circunstancia impide la generalización de las conclusiones, ya que la muestra no busca ser representativa de la población.

En términos estadísticos, la tendencia al Comportamiento Ortoréxico en jóvenes adultos dietantes que residen en la provincia de Mendoza es relativamente baja. No obstante, en términos clínicos el porcentaje es significativo ya que implica graves riesgos para la salud psico-física y social de la persona, según se constató en el capítulo 1 del apartado teórico. Por esta razón, esta problemática merece la atención e implicación directa por parte de los profesionales de la salud.

Ahondando en las características psicológicas de la muestra, se pudo visualizar que gran parte de los sujetos que participaron se caracterizan por fijarse altos estándares de desempeño. Con ello, se infiere que el perfil predominante es el Perfeccionista; y dado que más de la mitad de la muestra se percibe como capaz de alcanzar dichos estándares, se interpreta que este perfil tiende a mediar adaptativamente sobre la cognición, el afecto y la conducta de los sujetos. Según la literatura consultada, este rasgo se revela en el interés por la superación personal y el esfuerzo dedicado a tal fin (Abdi et al., 2015; Ashby y Kottman, 1996; Blatt, 1995; Chan, 2009; Egan et al., 2011; Sastre-Riba, 2012; Scappatura et al., 2011; Slaney, Rice, Mobley; Stoeber y Otto, 2006; Trippi y Ashby, 2001 citados en Oros y Vargas-Rubilar, 2016). Por lo tanto, podría evidenciarse esta motivación hacia el logro (Lago et al., 2009) en la conducta restrictiva que han logrado mantener en el tiempo, a fin de alcanzar sus metas.

Poder sostener los objetivos deseados a largo plazo, también se relaciona con un LC más interno que externo (Cobb-Clark et al., 2014; González y Lugli Rivero, 2012; López, 2013; Lugli Rivero, 2011). En esta muestra, se observó una tendencia hacia la dimensión interna, conjuntamente con una flexibilidad de este recurso de afrontamiento, lo que se relacionaría con una constante autorregulación y moderación de la conducta de ingesta.

Tanto el perfil Perfeccionista adaptativo como la modalidad interna del LC, con su respectiva flexibilidad, se relacionan con un mayor nivel de ajuste psicológico y con hábitos de vida más saludables. Esta caracterización hallada como predominante en la muestra de estudio es congruente con un porcentaje de prevalencia relativamente bajo de Comportamiento Ortoréxico. Si bien este estudio no indaga sobre el grado de bienestar o malestar psicológico que desencadena la dieta seguida, ni tampoco sobre la salubridad de la misma; este dato puede ser detenido en cuenta en un plano hipotético, cuya investigación a futuro sería fructífera para el campo de la psiconutrición.

Luego, como tercer objetivo se buscó estudiar la correlación entre estas dos variables cognitivas y el Comportamiento Ortoréxico.

La primera hipótesis formulada correlaciona los bajos puntajes en el Orto-15 (tendencia al Comportamiento Ortoréxico), con los bajos puntajes en la Escala de Rotter (LC Interno Exacerbado). La misma fue rechazada, ya que los puntajes de ambos instrumentos no se correlacionan significativamente entre sí en esta muestra de estudio. Siguiendo a Jaros y Oszwa (2014), podría pensarse que el LC es una variable mediadora de aproximación al estrés. Asimismo, sería beneficioso continuar indagando el Control en situaciones más específicas, como lo es el LC de Salud en esta población, con instrumentos que ciertamente lo posibiliten. Por ejemplo: esta tendencia a la internalidad, ¿se caracteriza por creer que sólo ellos ejercen el poder, o bien, creen que ellos tienen el poder pero pueden delegarlo a otras personas con capacidad para practicarlo?



(Wallston y De Vellis, 1978 citados en Linares, 2001); ¿la internalidad extrema podría relacionarse con una mentalidad de invencibilidad? (Chipperfiel et al., 2016).

Por otro lado, la segunda hipótesis formulada no pudo ser confirmada en esta muestra de estudio. La baja magnitud de correlación, entre los puntajes obtenidos en el Orto-15y los puntajes de la sub-escala D de la APS-R, resultó insuficiente para probar el postulado teórico que relaciona al rasgo perfeccionista rígido con el Comportamiento Ortoréxico (Aranceta Bartrina 2007; Bratman, 1997; Bratman y Knight, 2001; Brytek-Matera, 2012; García Jiménez et al., 2014; Martins et al., 2011). Esta circunstancia lleva a considerar al perfeccionismo desde una doble vertiente (Lago et al., 2008); a saber, como un rasgo estable de la personalidad, pero también como específico a situaciones o dominios en particular, pudiendo la persona operar con él desde una forma más o menos adaptativa, o tal vez, desadaptativa. De esta manera, estudios con diseños cualitativos, que permitan por ejemplo entrevistas abiertas, serían productivos para indagar de una forma íntegra los estándares autoimpuestos en relación a la dieta seguida y la satisfacción o insatisfacción que resultan de la autoevaluación que el individuo realiza entre sus estándares y el desempeño concretamente logrado.

Finalmente, se explicita lo que se ha sostenido desde el comienzo de esta práctica de investigación. Lejos de buscar respuestas acabadas, la intención fue aproximarse a un terreno muy poco trabajado y advertido por los profesionales de la salud, tanto en lo que respecta a la promoción, prevención, como al tratamiento clínico. El recorrido realizado brindó la posibilidad de conocer de un modo más general el fenómeno de estudio, desencadenando interrogantes más profundos y específicos. De la misma forma, el posicionamiento inicial adoptado fue cambiando a lo largo del proceso, posibilitando otro tipo de lecturas, y motivando a incursionar en líneas de investigación que focalicen sus esfuerzos en los aspectos adaptativos, a nivel de capacidades y recursos personales, que promueven estilos de vidas saludables.

### **Limitaciones y Futuras Líneas de Investigación**

En el apartado anterior, se intentó realzar que las mismas conclusiones abrían paso a nuevas líneas de investigación. Consiguientemente, gran parte de las limitaciones encontradas fueron percibidas de igual manera.

Desde un principio, se advirtió que estudiar un fenómeno recientemente problematizado, sería ingresar en un debate polémico. A ello, se debe sumar que las investigaciones son escasas, y que el único instrumento de medición que en ese momento se encontraba a disposición era el Orto-15.

En vista de ello, se plantea abordar esta limitación continuando con el trabajo realizado desde otras líneas de investigación, operando con instrumentos que posean un menor nivel de estructuración. Por ejemplo, la posibilidad de entrevistar abiertamente a los participantes permitiría conocer el nivel de satisfacción o insatisfacción que genera la dieta seguida, si existen complicaciones médicas o malestares propios de la sintomatología ortoréxica o de algún otro TCA.

Específicamente en nuestro país, no existe un consenso teórico sobre el fenómeno ortoréxico, y los postulados de base que se sostienen son importados de Europa o Estados Unidos. La experiencia clínica de médicos, psiquiatras y psicólogos debe ser recopilada sistemática y analíticamente en trabajos científicos que posibiliten el desarrollo de un marco teórico que contemple los factores culturales de nuestro país. Por tanto, este último punto constituye un verdadero vacío en el campo de los padecimientos mentales, que exige ser abordado prontamente.

### Referencias Bibliográficas

- Aksoydan, E. y Camci, N. (marzo, 2009). Prevalence of orthorexia nervosa among Turkish performance artists. *Eating and weight disorders*, 14(1), 33-37. doi: 10.1007/BF03327792
- American Psychiatric Association (2003). Trastornos de la conducta alimentaria. En American Psychiatric Association (Eds.), *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Cuarta edición* (553-564). Barcelona: Masson
- American Psychiatric Association (s.f). Trastornos en la alimentación. En [www.apa.org](http://www.apa.org). Recuperado de: <http://www.apa.org/centrodeapoyo/alimentacion.aspx>
- Arana, F., Keegan, E. y Rutzstein, G. (2009). Adaptación de una medida multidimensional de perfeccionismo: la Almost Perfect Scale-Revised (APS-R). Un estudio preliminar sobre sus propiedades psicométricas en una muestra de estudiantes universitarios argentinos. *Evaluar*, 9, 35-53.
- Arana, F., Keegan, E. y Rutzstein, G. (2009). APS-R (Almost Perfect Scale-Revised versión Español) (Escala psicométrica de Perfeccionismo Multidimensional). Adaptación argentina. Instituto de Investigaciones CONICET, Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina.
- Arana, F., Rice, K. y Ashby, J. (2017). Perfectionism in Argentina and the United States: Measurement Structure, Invariance, and Implications for Depression. *Journal of Personality Assessment*. doi: 10.1080/00223891.2017.1296845
- Aranceta Bartrina, J. (2007). Ortorexia o la obsesión por la dieta saludable. *Archivos Latinoamericanos de Nutrición*, 57(4), 313-315. Recuperado de:

[http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0004-06222007000400002](http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-06222007000400002)

Arnaiz, M. I. G. (2008). Los trastornos del comportamiento alimentario: a propósito de la cultura.

*Topodrilo. Sociedad, Ciencia y Arte, 1*, 53-59.

Asociación de Lucha contra la Bulimia y la Anorexia (s.f.) La Prevención. En [www.aluba.org.ar](http://www.aluba.org.ar).

Recuperado de: <http://aluba.org.ar/tratamientos/la-prevencion/>

Asociación de Lucha contra la Bulimia y la Anorexia (febrero, 2017). Crecen los casos de Ortorexia

Nerviosa en Argentina: Cuando comer sano se vuelve obsesión. Recuperado de:

[http://www.fundacioncentro.com.ar/modulo\\_noticias\\_responsivas/pdf.php?codigo=119](http://www.fundacioncentro.com.ar/modulo_noticias_responsivas/pdf.php?codigo=119)

Barnes, M. A. y Caltabiano, M. L. (marzo, 2017). The interrelationship between orthorexia nervosa, perfectionism, body image and attachment style. *Eating and Weight Disorders, 22*(1), 177-

184. doi: 10.1007/s40519-016-0280-x

Barrada, J. R. y Roncero, M. (noviembre, 2017). *Bidimensional Structure of the Orthorexia:*

*Development and Initial Validation of a New Instrument.* Manuscrito aceptado para su publicación.

Behar A., R. (diciembre, 2008). Trastornos de la conducta alimentaria no especificados, síndromes parciales y cuadros subclínicos: Una alerta para la atención primaria. *Revista médica de Chile, 136*(12), 1589-1598. doi: 10.4067/S0034-98872008001200013

Behar, A., R. y Figueroa C., Gustavo (Ed.). (2004). *Anorexia Nerviosa y Bulimia. Clínica y Terapéutica.* Santiago: Mediterráneo.

- Behar A., R. (2010). La construcción cultural del cuerpo: El paradigma de los trastornos de la conducta alimentaria. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 48(4), 319-334.  
<https://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272010000500007>
- Bennet, P., Moore, L., Smith, A., Murphy, S. y Smith, C. (1994). Health locus of control and value for health as predictors of dietary behaviour. *Journal Psychology & Health*, 10(1). doi: 10.1080/08870449408401935
- Bratman, S. (septiembre/octubre, 1997). Health Food Junkie. Obsession with dietary perfection can sometimes do more harm than good, says one who has been there. *Joga Journal*, 136, 42-50.
- Bratman, S., y Knight, D. (2001). *Health food junkies; orthorexia nervosa: overcoming the obsession with healthful eating*. New York: Broadway Books.
- Bratman, S. (s.f.). Fatal Orthorexia. En [www.orthorexia.com](http://www.orthorexia.com). Recuperado de: <http://www.orthorexia.com/original-orthorexia-essay/fatal-orthorexia/>
- Brenlla, M. E. y Vázquez, N. (2010). *Análisis Psicométrico de la adaptación argentina de la escala de Locus de Control de Rotter*. Documento de trabajo. Santa María de los Bs As: Observatorio de la deuda social argentina. Recuperado de: [http://uca.edu.ar/uca/common/grupo68/files/Documento\\_de\\_Trabajo\\_Locus\\_de\\_Control.pdf](http://uca.edu.ar/uca/common/grupo68/files/Documento_de_Trabajo_Locus_de_Control.pdf)
- Brytek-Matera, A. (2012). Orthorexia nervosa – an eating disorder, obsessive--compulsive disorder or disturbed eating habit? *Archives of Psychiatry and Psychotherapy*, 1, 55-60.

- Campreciós Orriols, Meritxell (2015). *Validación y aplicabilidad clínica del Cuestionario de Evaluación de las Relaciones Familiares Básicas (CERFB) en los trastornos de la conducta alimentaria* (Tesis Doctoral). Recuperado de: <http://hdl.handle.net/10803/352474>
- Carbajal Azcona, A. (2013). *Manual de Nutrición y Dietética*. Recuperado de: <http://eprints.ucm.es/22755/1/Manual-nutricion-dietetica-CARBAJAL.pdf>
- Centro Especializado en Desórdenes Alimentarios (S.f.). Desórdenes Alimentarios. En: <http://www.cedaonline.com.ar/>. Recuperado de: <http://www.cedaonline.com.ar/>
- Chaki, B., Pal, S. y Bandyopadhyay, A.(2013). Exploring scientific legitimacy of orthorexia nervosa: A newly emerging eating disorder. *Journal of Human Sport and Exercise*, 8(4), 1045–1053. doi: 10.4100/jhse.2013.84.14
- Chipperfield, J., Perry, R., Pekrun, R., Barchfeld, P., Lang, F. y Hamm, J. (marzo, 2016). The Paradoxical Role of Perceived Control in Late Life Health Behavior. *PLoS One*, 11(3). doi: 10.1371/journal.pone.0148921
- Cobb-Clark, D. A., Kassenboehmer, S. C., Schurer, S. (febrero, 2014). Healthy habits: The connection between diet, exercise, and locus of control. *Journal of Economic Behavior & Organization*, 98, 1-28. doi: 10.1016/j.jebo.2013.10.011
- Código de ética de la federación de Psicólogos de la República Argentina. Recuperado de: [http://fepra.org.ar/docs/acerca\\_fepra/codigo\\_de\\_etica\\_nacional\\_2013.pdf](http://fepra.org.ar/docs/acerca_fepra/codigo_de_etica_nacional_2013.pdf)
- Código de Ética del Psicólogo. Recuperado de: [http://www.ucongreso.edu.ar/wp-content/uploads/CODIGO\\_COLEGIO\\_DE\\_PSICOLOGOS\\_-DE\\_MENDOZA\\_Documento-de-trabajo.pdf](http://www.ucongreso.edu.ar/wp-content/uploads/CODIGO_COLEGIO_DE_PSICOLOGOS_-DE_MENDOZA_Documento-de-trabajo.pdf)

- Contini, E. N. (2013). Valorización y desvalorización de los tests en el campo de la psicología argentina. Una disociación no superada. *Psiencia. Revista latinoamericana de ciencia psicológica*, 5 (2), 119-122. doi: 10.5872/psiencia/5.2.71
- COP (marzo-mayo, 2011). Integrando los programas de prevención de las alteraciones del comportamiento alimentario. *INFOCOP*, 52, pp.4-7. Recuperado de: <https://www.cop.es/infocop/pdf/1923.pdf>
- Cortés, D. (2016). *La autoestima, la autoeficacia y el Locus de Control y su influencia en el rendimiento académico en alumnos en Escuelas de Negocio* (Tesis doctoral). Facultad de Psicología, Universidad Complutense de Madrid, Madrid, España.
- Cuzzolaro, M. y Donini, L. M. (diciembre, 2016). Orthorexia nervosa by proxy? *Eating and weight disorders*, 21(4), 549-551. doi: <https://doi.org/10.1007/s40519-016-0310-8>
- De Grande, P. (2014). Reflexiones sobre la interpretación del concepto de locus de control en investigación social. *Pensando Psicología*, 10(17), pp. 127-134. doi: <http://dx.doi.org/10.16925/pe.v10i17.795>
- De la Barrera, N. (7 de julio de 2016). ¿Te querés hacer vegetariano o paleo? Tené en cuenta estas recomendaciones. *La Nación*. Recuperado de: <http://www.lanacion.com.ar/1915608-te-quieres-hacer-vegetariano-o-paleo-tene-en-cuenta-estas-recomendaciones>
- Donini, L. M., Marisili, D., Graziani, M. P., Imbriale, M. y Cannella, C. (junio, 2004). Orthorexia nervosa: a preliminary study with a proposal for diagnosis and an attempt to measure the dimension of the phenomenon. *Eating and weight disorders*, 9(2), 151-157.

- Donini, L. M., Marisili, D., Graziani, M. P., Imbriale, M. y Cannella, C. (junio, 2005). Orthorexia nervosa: Validation of a diagnosis questionnaire. *Eating and weight disorders*, 10(2), 28-32.
- Dunn, T. M. y Bratman, S. (abril, 2016). On orthorexia nervosa: A review of the literature and proposed diagnostic criteria. *Eating Behaviors*, 21, 11-17. doi: 10.1016/j.eatbeh.2015.12.006
- Dunn, T. M, Gibbs, J., Whitney, N. y Starosta, A. (marzo, 2017). Prevalence of orthorexia nervosa is less than 1 %: data from a US simple. *Eating and Weight Disorders*, 22(1), 185-192. doi: 10.1007/s40519-016-0258-8
- Escobar-Pérez, J. y Cuervo-Martínez, A. (2008)- Validez de contenido y juicio de expertos: Una aproximación a su utilización. *Avances en Medición*, 6, 27-36. Recuperado de: [http://www.humanas.unal.edu.co/psicometria/files/7113/8574/5708/Articulo3\\_Juicio\\_de\\_expertos\\_27-36.pdf](http://www.humanas.unal.edu.co/psicometria/files/7113/8574/5708/Articulo3_Juicio_de_expertos_27-36.pdf)
- Ferrer Lues, M. (2013). ¿La salud como responsabilidad individual? Análisis del concepto de salud en los Programas de Gobierno de la Concertación en Chile. *Acta Científica del XXIX Congreso de la Asociación Latinoamericana de Sociología*. Santiago de Chile: Asociación Latinoamericana de Sociología: Universidad de Chile, Facultad de Ciencias Sociales. Recuperado de: [http://actacientifica.servicioit.cl/biblioteca/gt/GT19/GT19\\_FerrerLues.pdf](http://actacientifica.servicioit.cl/biblioteca/gt/GT19/GT19_FerrerLues.pdf)
- Fidan, T., Ertekin, V., Işıkay, S. y Kirpınar I. (2010). Prevalence of orthorexia among medical students in Erzurum, Turkey. *Comprehensive Psychiatry*, 51, 49-54. doi:10.1016/j.comppsy.2009.03.001



- Frias Navarro, D. (s.f.). *Alfa de Cronbach y consistencia interna de los ítems de un instrumento de medida*. Recuperado de: <https://www.uv.es/~friasnav/AlfaCronbach.pdf>
- Fundación Imagen y Autoestima (s.f.). Trastorno de la Conducta Alimentaria No Especificado (TCANE). En <http://www.f-ima.org>. Recuperado de: <http://www.f-ima.org/es/trastornos-relacionados/trastorno-de-la-conducta-alimentaria-no-especificado-tcane>
- García Jiménez, A., Ramírez, I., Ceballos Reyes, G., Méndez Bolaina, E. (abril-junio, 2014). ¿Qué sabe Ud. Acerca de... Ortorexia? *Revista Mexicana de Ciencias Farmacéuticas*, 45(2), 84-87. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=57932294010>
- Gaudreau, P. y Thompson, A. (2010). Testing a 2x2 model of dispositional perfectionism. *Personality and Individual Differences*, 48, 532–537. doi:10.1016/j.paid.2009.11.031
- Geddes, D. (26 de julio de 2014). Comer sin harinas, un cambio de hábitos que despierta polémicas. *Clarín*. Recuperado de: [https://www.clarin.com/sociedad/comer-harinas-habitos-despierta-polemicas\\_0\\_H1hTxjcwXe.html](https://www.clarin.com/sociedad/comer-harinas-habitos-despierta-polemicas_0_H1hTxjcwXe.html)
- George, D. y Mallery, P. (2007). *SPSS for Windows: Step by Step 14.0 Update (7 ed.)*. Boston: Allyn & Bacon.
- Getz, L. (2009). Orthorexia: When Eating Healthy Becomes an Unhealthy Obsession. *Today's Dietitian*, 11(6), 40.
- González, M., Lugli, Z., Vivas, E. y Guzmán, R. (2015). Insatisfacción con la imagen corporal y control personal de la conducta en obesos que asisten a tratamiento. *Revista de la Sociedad Venezolana de Gastroenterología*, 69(2), 28-35. Recuperado de: <http://www.genrevista.org/index.php/GEN/article/view/11/3>

- Gramaglia, C., Brytek-Matera, A., Rogoza, R. y Zeppegno, P. (febrero, 2017). Orthorexia and anorexia nervosa: two distinct phenomena? A cross-cultural comparison of orthorexic behaviours in clinical and non-clinical samples. *BMC Psychiatry*, 17(1), 75. doi: 10.1186/s12888-017-1241-2
- Guido Salvador, C., Murawski, B. y Rutzstein, G. (diciembre, 2011). Conductas y actitudes alimentarias, imagen corporal y perfeccionismo en estudiantes universitarias mujeres. *Anuario de investigaciones*, 18, 35-40. Recuperado de: <http://www.scielo.org.ar/pdf/anuinv/v18/v18a02.pdf>
- Håman, L., Barker-Rucht, N., Patriksson, G. y Lindgren, E.C. (agosto, 2015). Orthorexia nervosa: An integrative literature review of a lifestyle síndrome. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 10, 1-15. doi: 10.3402/qhw.v10.26799
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C. y Baptista Lucio, P. (2014). *Metodología de la Investigación*. (5° Edición). México: Mc Graw-Hill.
- Hewitt, P. L., Flett, G. L., Besser, A., Sherry, S. B. y McGee, B. (2003). Perfectionism Is Multidimensional: a reply to Shafran, Cooper and Fairburn (2002). *Behaviour Research and Therapy*, 41, 1221-1236. doi:10.1016/S0005-7967(03)00021-4
- IBM Corporation y otros (1989,2013). Statistical Package for the Social Sciences (versión 22) (Software estadístico). Recuperado de: [www.ibm.com/ar-es/marketplace/spss-statistics](http://www.ibm.com/ar-es/marketplace/spss-statistics)
- Jaros, K. y Oszwa, U. (mayo-junio, 2014). Locus of control in girls with anorexia readiness síndrome. *Psychiatr. Pol*, 48(3), 441-451. Recuperado de:

[http://www.psychiatriapolska.pl/uploads/images/PP\\_3\\_2014/JarosENGverPsychiatrPol2014v48i3.pdf](http://www.psychiatriapolska.pl/uploads/images/PP_3_2014/JarosENGverPsychiatrPol2014v48i3.pdf)

Jerez Fuenzalida, T., Lagos H, R., Valdés-Badilla, P., Pacheco P, E. y Pérez C, C. (marzo, 2015). Prevalencia de conducta ortoréxica en estudiantes de educación media de Temuco. *Revista chilena de nutrición*, 42(1).doi: 10.4067/S0717-75182015000100005

Johnston, S. C. (2016). *The Construction of Adolescent Perfectionism and its Relevance for Clinical Contexts* (Tesis Doctoral). Recuperado de: <https://www.era.lib.ed.ac.uk/bitstream/handle/1842/22953/Johnston2017.pdf?sequence=2&isAllowed=y>

Juárez, F. (2011). El concepto de salud: Una explicación sobre su unicidad, multiplicidad y los modelos de salud. *International Journal of Psychological Research*, 4(1), 70-79. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/5134644.pdf>

Karatas, Z. y Tagay, O. (2012). Self esteem, locus of control and multidimensional perfectionism as the predictors of subjective well being. *International Education Studies*, 5(6). doi:10.5539/ies.v5n6p131

Katz, M. (2013). *Somos lo que comemos*. Buenos Aires: Aguilar.

Katz, M. (2015). *Más que un Cuerpo. Cómo descubrir tu verdadera belleza*. Buenos Aires: Aguilar.

Kinzl, J. F, Hauer, K., Traweger, C. y Kiefer, I. (2006). Orthorexia Nervosa in Dieticians. *Psychother Psychosom*, 75, 395-396. doi: 10.1159/000095447

- Koven, N. y Abry, A. W. (febrero, 2015). The clinical basis of orthorexia nervosa: emerging perspectives. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 11, 385–394. doi: 10.2147/NDT.S61665
- Lago, A., Traiber, L., Dalla Valle, A., Partarrieu, A., De Rosa, L. y Keegan, E. (2009). Una revisión de Estudios que utilizan la escala APS-R como medida para la Evaluación del perfeccionismo multidimensional. *I Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XVI Jornadas de Investigación Quinto Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR*. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires
- Ley N° 26657. Boletín Oficial N° 32649, Buenos Aires, Argentina, 28 de Mayo del 2013.
- Linares J., E. (2001). *Los juicios de control sobre los agentes de salud: variable moduladora de la calidad de vida de los enfermos de cáncer de pulmón avanzado sometidos a tratamiento paliativo* (Tesis Doctoral). Recuperado de: [www.tesisenxarxa.net/TESIS\\_UAB/AVAILABLE/TDX-1127102-160751//](http://www.tesisenxarxa.net/TESIS_UAB/AVAILABLE/TDX-1127102-160751//)
- López, C. (2013). *Autoeficacia y Locus de Control en pacientes con sobrepeso u obesidad en tratamiento de reducción de peso*. Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Palermo, Buenos Aires, Argentina
- Lourenço Nogueira, T. (2007) *Análisis de la implicación de diferentes factores reguladores del apetito y el estado nutricional en pacientes con Anorexia Nerviosa y en pacientes con bajo peso constitucional* (Tesis doctoral). Recuperado de: [https://repositorio.uam.es/xmlui/bitstream/handle/10486/1902/6132\\_louren%C3%A7o\\_t\\_hais.pdf?sequence=1](https://repositorio.uam.es/xmlui/bitstream/handle/10486/1902/6132_louren%C3%A7o_t_hais.pdf?sequence=1)

- Lugli-Rivero, Z. y Vivas, E. (2001). Trastornos de alimentación y control personal de la conducta. *Salud Pública de México*, 43(1), 09-16. Recuperado de: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0036-36342001000100002&lng=es&tlng=pt](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342001000100002&lng=es&tlng=pt).
- Martins, M. C. T., Alvarenga, M. d. S., Vargas, S. V. A., Sato, K. S. y Scagliusi, F. B. (marzo/abril, 2011). Ortorexia nervosa: reflexões sobre um novo conceito. *Revista de Nutrição*, 24(2), 345-357. Doi: 10.1590/S1415-52732011000200015
- Mathieu, J. (2005). What is orthorexia? *Journal of the American Dietetic Association*, 105(10), 1510-1512.
- Meyer-Gross, G. y Zaudig, M. (enero, 2007). Orthorexia nervosa: Status quo of scientific literature and nosological considerations. *Personlichkeitsstorungen Theorie und Therapi*, 11(2), 131-139.
- Microsoft Corporation. Office Excel (2007) (Software de computación)
- Ministerio de Salud de la Nación (2016). *Guías alimentarias para la población argentina*. Recuperado de: [http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000000817cnt-2016-04\\_Guia\\_Alimentaria\\_completa\\_web.pdf](http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000000817cnt-2016-04_Guia_Alimentaria_completa_web.pdf)
- Molina Alén, E. (2006). Perspectiva antropológica de un caso de ortorexia nerviosa. *Cultura de los cuidados*, Año 10(20), 109-116. doi: 10.14198/cuid.2006.20.15
- Morelato, G., Maddio, S. y Váldez-Medina, J. L. (2011). Autoconcepto en Niños de Edad Escolar: El papel del maltrato infantil. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, XX (2), 151-159. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/2819/281922823006.pdf>

- Olejniczak, D., Bugajec, D., Panczyk, M., Brytek-Matera, A., Religioni, U., Czerw, A., Grąbczewska, A., Juszczak, G., Jabłkowska-Górecka, K. y Staniszevska, A. (febrero, 2017). Analysis concerning nutritional behaviors in the context of the risk of orthorexia. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 13, 543-550. doi: 10.2147/NDT.S129660
- Oros, L. B. (2005). Locus de control: Evolución de su concepto y operacionalización. *Revista de Psicología*, 14(1), 89-97. doi: 10.5354/0719-0581.2005.17338
- Oros, L. B. y Vargas-Rubilar, J. (junio, 2016). Perfeccionismo infantil: normalización de una escala argentina para su evaluación. *Acción psicológica*, 13(2), 117-126. doi: 10.5944/ap.13.2.17822
- Palacios, C. (17 de marzo de 2016). La dieta alcalina, ¿es saludable? *La Nación*. Recuperado de: <http://www.lanacion.com.ar/1880221-la-dieta-alcalina-es-saludable>
- Palacios, E. y Palacios E., X. (2006). Correlatos neuroendocrinológicos y cognoscitivos de la Anorexia Nerviosa. *Repertorio de Medicina y Cirugía*, 15(2), pp.62-71.
- Páramo, M. A. (2012) *Normas para la presentación de citas y referencias bibliográficas según el estilo de la American Psychological Association (APA): Tercera edición traducida de la sexta en inglés*. Documento de cátedra de Taller de Tesina. Facultad de Psicología, Universidad del Aconcagua. Mendoza.
- Patterson, R. E., Wang, K. T. y Slaney, R. B. (2012). Multidimensional perfectionism, depression and relational health in women with eating disturbances. *Eating Behaviors*, 13, 226-232. Recuperado de:

[https://www.researchgate.net/publication/225184493\\_Multidimensional\\_perfectionism\\_depression\\_and\\_relational\\_health\\_in\\_women\\_with\\_eating\\_disturbances](https://www.researchgate.net/publication/225184493_Multidimensional_perfectionism_depression_and_relational_health_in_women_with_eating_disturbances)

Pera Pirotto, P. (6 de marzo de 2006). Nuevos desórdenes alimenticios y más afectados. Comer mucho, poquito o nada. *El País*. Recuperado de: <http://aluba.org.ar/tag/trastornos-alimentarios/>

Pérez-García, A. M. (2012). Factores cognitivos y Personalidad. En J. Bermúdez Moreno, A. M. Pérez-García, J. A. Ruiz Caballero, P. Sanjuán Suárez y B. Rueda Laffond (Eds.), *Psicología de la Personalidad*. Madrid: UNED.

Poulisis, J. (2011). *Los nuevos Trastornos Alimentarios*. Buenos Aires: Paidós.

Roncero, M., Barrada, J.R. y Perpiña, C. (septiembre, 2017). Measuring Orthorexia Nervosa: Psychometric Limitations of the ORTO-15. *The Spanish Journal of Psychology*, 20(41). doi: 10.1017/sjp.2017.36

Roz, S., Lee, M., Payne, E. y Fairburn, C. (junio, 2006). The impact of manipulating personal standards on eating attitudes and behaviour. *Behaviour Research and Therapy*, 44(6), 897-906. doi: 10.1016/j.brat.2005.08.009

Ruíz Martínez, A. O., Vázquez Arévalo, R., Mancilla Díaz, J. M., Viladrich i Segués, C. y Halley Castillo, M. E. (2013). Factores Familiares asociados a los Trastornos Alimentarios: una revisión. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 4, 45-27. Recuperado de: <http://www.scielo.org.mx/pdf/rmta/v4n1/v4n1a6.pdf>

Rutzstein, G. (2009). Teoría y terapia cognitivo-conductual de los trastornos alimentarios. *Diagnosis*, 6, 11-26.

- Rutzstein, G., Elizathe, L., Scappatura, M.L., Murawski, B., Lievendag, L., Leonardelli, L., Custodio, J. y Galarregui, M. S. (2011). Imagen corporal y hábitos alimentarios en adolescentes. Un dispositivo de intervención orientado a la prevención de los trastornos alimentarios. *Premio Facultad de Psicología*, 33-50.
- Rutzstein, G., Scappatura, M. L. y Murawski, B. (junio, 2014). Perfeccionismo y baja autoestima a través del continuo de los trastornos alimentarios en adolescentes mujeres de Buenos Aires. *Revista mexicana de trastornos alimentarios*, 5(1), 39-49. Recuperado de: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2007-15232014000100006](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-15232014000100006)
- Salgueiro, M. d. C. y Kirszman, D. (agosto, 2012). Intervención Multinivel en el Tratamiento de los Trastornos de la Conducta Alimentaria: El rol de la familia. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 21(2), 161-17. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/2819/281927588008.pdf>
- San Mauro Martín, I., Garicano Vilar, E., González Fernández, M., Villacorta Pérez, P., Megias Gamarra, A., Miralles Rivera, B.,...Calle de la Rosa, L. (diciembre, 2014). Hábitos alimentarios y psicológicos en personas que realizan ejercicio físico. *Nutrición Hospitalaria*, 30(6), 1324-1332.
- Saraswati, P. y Nagendraswamy, C. (septiembre, 2015). Orthorexia Nervosa- a Review. *International Journal of Psychiatric Nursing*, 1(2), 64-67. doi: 10.5958/2395-180X.2015.00062.6
- Saz-Peiró, P., Morán del Ruste, M. y Saz-Tejero, S. (2013). La dieta vegetariana y su aplicación terapéutica. *Medicina Naturista*, 7(1), 13-27.



Scappatura, M. L.; Arana, F.; Elizathe, L. y Rutzstein, G. (2011). Perfeccionismo adaptativo y desadaptativo en trastornos alimentarios: un estudio de revisión. *Anuario de Investigaciones*, 18, 81-88. Recuperado de: [http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1851-16862011000100009&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-16862011000100009&lng=es&tlng=es)

Scappatura, M. L., Bidacovich, G., Banasco Falivelli, M. B. y Rutzstein, G. (2017). Dimensions of perfectionism (adaptive and maladaptive) in adolescents with eating disorder. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 8(2), 131-141. doi: 10.1016/j.rmta.2017.03.001

Segura-García C., Papianni M. C., Caglioti F., Procopio L., Nisticò C. G., Bombardiere L., Ammendolia, A.; Rizza, P.; De Fazio, P. y Capranica, L. (diciembre, 2012). Orthorexia nervosa: A frequent eating disordered behavior in athletes. *Eating and weight disorders*, 17 (4), 226-233. doi: 10.3275/8272

Selart, M. (marzo, 2005). Understanding the role of locus of control in consultative decision-making: a case study". *Management Decision*, 43(3), 397-412. <https://doi.org/10.1108/00251740510589779>

Shanwal, V. K y Dasgupta, P. (2014). Emotional intelligence: A management tool for orthorexia nervosa. *Indian Journal of Health and Wellbeing*, 5(6), 738-741. Recuperado de: [https://www.researchgate.net/publication/285299271\\_Emotional\\_Intelligence\\_A\\_Measurement\\_Tool\\_for\\_Orthorexia\\_Nervosa](https://www.researchgate.net/publication/285299271_Emotional_Intelligence_A_Measurement_Tool_for_Orthorexia_Nervosa)

Shapiro, D. H. (1994). *Manual for the Shapiro Control Inventory (SCI)*. San Jose, CA: Behaviordata.

- Short, M. M. (2015). *Adaptive and Maladaptive Outcomes of Perfectionism and Changes After Mindfulness Training* (Tesis doctoral). Recuperado de: <https://knowledgecommons.lakeheadu.ca/bitstream/2453/712/3/ShortMp-1b.pdf>
- Stelzer, F., Cervigni, M. A. y Martino, P. (2010). Bases neurales del desarrollo de las funciones ejecutivas durante la infancia y adolescencia. Una revisión. *Revista Chilena de Neuropsicología*, 5(54), 176-184.
- Stoeber, J. (en prensa). Perfectionism. En V. Zeigler-Hill y T. K. Shackelford (Eds.), *Encyclopedia of personality and individual differences*. New York: Springer
- Stoeber, J. (en prensa). The psychology of perfectionism: An introduction. En J. Stoeber (Ed.), *The psychology of perfectionism: Theory, research, applications*. London: Routledge.
- Stoeber, J. (en prensa). The psychology of perfectionism: Critical issues, open questions, and future directions. En J. Stoeber (Ed.), *The psychology of perfectionism: Theory, research, applications*. London: Routledge.
- Tyrka, A. R.; Waldron, I.; Graber, J. A. y Brooks-Gunn, J. (noviembre, 2002). Prospective predictors of the onset of anorexic and bulimic síndromes. *International Journal of Eating Disorders*, 32(3), 282-290. doi: 10.1002/eat.10094
- Toro, J. (1996). *El cuerpo como delito. Anorexia, bulimia, cultura y sociedad*. Barcelona: Ariel.
- Toro, J. y Artigas, M. (2000). *El cuerpo como enemigo. Comprender la anorexia*. Barcelona: Martínez Roca.

- Turner, P. y Lefevre, C. (junio, 2017). Instagram use is linked to increased symptoms of orthorexia Nervosa. *Eating and Weight Disorders*, 22(2), 277–284. doi: 10.1007/s40519-017-0364-2
- Valera, J. H., Acuña Ruiz, P., Romero Valdespino, B. y Visioli, F. (diciembre, 2014). Prevalence of orthorexia nervosa among ashtanga yoga practitioners: a pilot study. *Eating and weight disorders*, 19 (4), 469-472. doi: 10.1007/s40519-014-0131-6
- Young, S. M. (2000). *The Relationship Between Locus of Control and Dietary Patterns Consistent with Eating Disorders in Female Adolescents* (Tesis de maestría). Recuperado de: [http://www.collectionscanada.gc.ca/obj/s4/f2/dsk1/tape3/PQDD\\_0030/MQ66728.pdf](http://www.collectionscanada.gc.ca/obj/s4/f2/dsk1/tape3/PQDD_0030/MQ66728.pdf)
- Zamora, M.L.C., Bonaecha, B.B., García Sánchez, F. y Ríos Rial, B. (enero, 2005). Orthorexia nervosa. A new eating behavior disorder? *Actas Esp Psiquiatr*, 33(1), 666–68.

# **ANEXOS**

## ANEXO I

## Recortes Informativos

**UNO** Secciones ▾ Ovación Servicios ▾ Clasificados Contactos ▾

SALUD - MENDOZA viernes 02 de Junio de 2017

## Vigorexia y ortorexia, otros trastornos a la hora de comer

Estas patologías en las conductas alimentarias evidencian enfermedades tan graves como bulimia o anorexia.

por **Gonzalo Conti**  
conti.gonzalo@diariouno.net.ar

Facebook Twitter Imprimir



**T**al como la anorexia o la bulimia, la obsesión masculina por mostrar un cuerpo extremadamente musculoso, la manía por comer únicamente comida sana, o el famoso atracón de comida son considerados Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA).

Este viernes se celebra el Día Mundial de Acción por los TCA, con el fin de concientizar a la población sobre estas patologías y la posibilidad de curarlas si las personas enfermas son abordadas integralmente por un cuerpo médico.

Los TCA son trastornos mentales caracterizados por comportamientos patológicos al momento de comer y una obsesión por el control del peso. Al tener origen multifactorial, es decir ser iniciados por la interacción de diferentes causas de origen biológico, psicológico, familiar o sociocultural, lo recomendado por los especialistas es el abordaje integral.

Aunque los TCA más conocidos son la anorexia y la bulimia, hay otros como la vigorexia, la ortorexia o el atracón, que también lo son.

La vigorexia es el trastorno por el cual la persona se preocupa porque parece verse pequeña o débil, lo que la lleva a un exceso de ejercicio físico, a la ingesta de suplementos nocivos para el organismo y a la mala alimentación.

La ortorexia, por otro lado, es la manía por la comida sana. Al seguir una dieta que excluye la carne, las grasas, los alimentos cultivados con pesticidas o herbicidas y las sustancias artificiales que pueden dañar al organismo, se producen carencias nutricionales e incluso enfermedad psiquiátrica.

El trastorno por atracón tiene como característica la ingesta compulsiva de forma recurrente pero sin conductas compensatorias como el vómito autoinducido o el abuso de laxantes. Es habitual que las personas que lo padecen presenten síntomas depresivos.

Desde la Fundación CETAI expresaron que lamentablemente ni en [Mendoza](#) ni en Argentina se cuenta con estadísticas fidedignas sobre la cantidad de personas que sufren algún trastorno de la conducta alimentaria ni cuáles son los más recurrentes pero que cada vez llegan más pacientes.

Además, aseguraron que desde que ellos trabajan de manera integral y a largo plazo con los pacientes lograron curar a muchas personas con diferentes patologías.

"Desde temprana edad se pueden ir detectando cambios físicos o emocionales en los niños, cuando están ansiosos y no dejan de comer, por ejemplo", dijo María Florencia Grossi, pediatra de la fundación.

"La finalidad es concientizar a la comunidad de que éstas son enfermedades y no son caprichos como muchos creen", aseguró María Estela Estefan, médica psiquiatra, directora médica de Fundación CETAI.

"Los tratamientos duran entre dos y tres años, porque hay que hacer un seguimiento y mantenimiento de los cambios", contó Rosario Alcaraz, psicóloga, coordinadora de la Fundación CETAI.



### Nueve realidades acerca de los TCA

- 1 Mucha gente con un trastorno de la conducta alimentaria (TCA) se ve saludable, a pesar de que puede estar extremadamente enferma.
- 2 Las familias no son culpables y pueden ser los mejores aliados de pacientes y proveedores de salud durante el tratamiento.
- 3 Un diagnóstico de TCA es una crisis de salud que interrumpe el funcionamiento personal y familiar.
- 4 Los TCA no son de elección, sino enfermedades mentales muy serias biológicamente influenciadas.
- 5 Los TCA afectan a personas de todas las edades, sexo, raza, etnias, orientación sexual y estatus socioeconómico.
- 6 Los TCA conllevan tanto un mayor riesgo de suicidio como de complicaciones físicas y médicas.
- 7 Los genes y el ambiente juegan un papel importante en el desarrollo de los TCA.
- 8 Los genes por sí solos no predicen quién desarrollará un TCA.
- 9 La recuperación completa es posible en los TCA. La detección e intervención tempranas son muy importantes.

LA NACION | SOCIEDAD | ALIMENTACIÓN SALUDABLE

# Ortorexia: el silencioso trastorno alimentario de hoy

La obsesión por comer sano afecta especialmente a jóvenes

Micaela Urdinez [SEGUIR](#)

30 de junio de 2016

[f](#) [t](#) [✉](#) [💬](#) 814





**D**os cucharaditas de avena mezcladas con agua y medio pomelo. Eso es lo que desayunaba Julia todos los días. Ella, como muchos otros, empezó queriendo tener una dieta saludable y terminó con ortorexia, el trastorno alimentario de hoy.

Es la trampa de la vida sana. Son en su mayoría adolescentes, pero también adultos que detrás de una elección por el mundo orgánico, el vegetarianismo y el veganismo, esconden un desorden más profundo.

"Es un trastorno poco conocido. Comienza como un inocente intento por mejorar la calidad de la alimentación, pero con el tiempo aparecen las obsesiones sobre qué se debe comer y qué está totalmente prohibido", explica Juana Poulisis, psiquiatra y autora del libro *Los nuevos trastornos alimentarios*.

No existen cifras exactas sobre estos desórdenes, pero se sabe que la prevalencia estimada de anorexia nerviosa -el trastorno más conocido- en mujeres jóvenes y adolescentes de países desarrollados es de 0,5% a 1%. El principal rasgo de las personas con ortorexia es la rigidez. Primero descartan la grasa animal, las harinas blancas, los hidratos de carbono, los aditivos y los conservantes. Y la lista no para de crecer.

Ortorexia deriva del griego *orthos*, lo correcto, y *orexi*, apetito, por lo que quiere decir literalmente "hambre por la comida correcta". Las personas que atraviesan una anorexia o bulimia tienen fijación con la cantidad, mientras que los ortoréxicos tienen fijación con la calidad de la comida. Si la ortorexia avanza, puede desembocar en una anorexia.

Los más afectados son los adolescentes, impulsados por el ideal de belleza y de felicidad instalado en la sociedad. Ellos no necesariamente tienen un bajo peso, porque la obsesión no pasa por la imagen, sino por comer bien.

Para Olga Ricciardi, directora del Centro Especializado en Desórdenes Alimentarios (CEDA), la ortorexia es la presentación más moderna de la anorexia, que aparece como la fisonomía de un cuidado extremo por los alimentos que se consumen. De a poco se va acotando el modo de comer de manera absolutamente restrictiva, acompañado de rituales.

"Es una modalidad que se viene presentando desde 2008 porque existe un fuerte estímulo publicitario. En los últimos 10 años creció enormemente la movida de la comida gourmet. En la posmodernidad hay un empuje cultural y publicitario en relación con la comida que se consume. El 90% de la incidencia es femenino", dice Ricciardi.

Desde la Fundación La Casita, empezaron a ver casos en la consulta en los últimos cinco años. "Tenemos un montón de pacientes que vienen con la idea de que son veganas o vegetarianas, pero te vas dando cuenta de que es más un trastorno alimentario encubierto que una filosofía de vida por la poca flexibilidad que tienen", cuenta Julieta Ramos, coordinadora del área de psicología de la entidad.

## **Problemas de salud**

Cuando las reglas que establecen los alimentos permitidos comienzan a coartar la vida de quien las aplica, aflora este desorden alimentario. "La elección de la comida y la variedad se convierten en algo tan reglado que, paradójicamente, puede llevar a problemas de salud", agrega Poulisis.

Esto es justamente lo que le empezó a ocurrir a Julia. Un día comenzó con problemas de estreñimiento. Había perdido casi 20 kilos en menos de un año y su cuerpo se quejaba como podía. Con 1,70 metros de estatura, pesaba 55 kilos. Ése fue el punto final. Su mamá la llevó al gastroenterólogo y a una nutricionista que la derivó a La Casita. Y ahí empezó el verdadero camino de recuperación.

"Cuando me mudé a Buenos Aires para estudiar empecé a correr y a comer lo que yo consideraba saludable. En mi cabeza era una gourmet de la cocina y leía todo el tiempo sobre eso. Desde los 14 que era vegetariana, pero cada vez comía menos cosas", dice esta chica de 19 años, que hoy vive con sus tíos.

Se empezó a cocinar su comida y a buscar desenfrenadamente información sobre el tema en Internet. No podía pensar ni hablar de otra cosa.

"Lo mío era calidad y cantidad. Medía todo. Dos cucharadas de esto, una de otra cosa. Creía que tenía permitidos, pero nunca los llevaba a la práctica. No era consciente de lo que me pasaba", dice esta adolescente, que dejó de ser vegetariana hace un mes porque "el fundamento ideológico había perdido fuerza".

Hoy tiene otro color de piel, otra postura, otro humor. "Me gustaría poder dejar de pensar en la comida todo el día, porque te saca posibilidades de disfrutar de otras cosas", concluye Julia.

Para Ricciardi, el principal riesgo es que no hay conciencia de la enfermedad y son personas que no están dispuestas a curarse de nada porque no hay nada que curar. "Y mucho menos hacer un tratamiento", agrega.

El tema es que los padres también están atrapados en la cultura de lo sano, y entonces ven como una virtud de sus hijas que se enfoquen en comer "saludable". Esto genera un contexto que facilita la ortorexia y que retrasa muchísimo el diagnóstico.

"Las chicas arrancan cada vez más jóvenes con estos trastornos. Hasta hemos visto niñas de 9 años con esta patología. El problema es que ellas nunca se ven bien", explica Ramos.

Las adolescentes más vulnerables a padecer estos trastornos suelen ser muy autoexigentes.

"Los padres cuentan que antes de enfermar eran como las «hijas perfectas», con buen rendimiento académico. Tanto es así que encaran la vida saludable con la misma exigencia, llegando al momento en que lo saludable se distorsiona y ya todo les hace mal", expresa Paula Hernández, también coordinadora del área de psicología de La Casita.

Si bien las mujeres son las que tienen más inclinación hacia los trastornos alimentarios, los hombres no están exentos.

Santiago siempre tuvo sobrepeso. No le gustaba su cuerpo. De chico se ponía varios buzos para disimularlo. En la secundaria empezaron a molestarlo con el tema y decidió tomar cartas en el asunto. "A los 16, gracias a la materia Biología, empecé a entender qué es lo que tenía que manipular de mi dieta para poder bajar de peso y a tomar conciencia sobre qué tipo de alimentos eran buenos para este objetivo. Yo sabía que tenía grandes chances de caer en una anorexia porque soy extremista, obsesivo y exigente", dice este joven de 19 años.

Iba al gimnasio cuatro veces por semana, pegó el estirón y restringió su dieta a carnes, verduras, frutas y barritas de cereales. Medía 1,80 y llegó a pesar 51 kilos. "Mi cuerpo estaba al borde del colapso. Me cansaba el solo hecho de tener que estar todo el día despierto. Y ahí le pedí ayuda a mi mamá", recuerda Santiago, que siempre fue un excelente alumno.

Empezó un tratamiento en CEDA, donde estuvo dos años. Fue ampliando su dieta y hoy está en un peso sano y con las energías puestas en la universidad. "En gran parte caí en este trastorno por la presión social y porque quería estar en mejor estado físico para gustarle a las chicas. Ahora tengo otra relación con mi cuerpo. No me molesta un día comer de más porque pienso en el largo plazo y en tratar de mantenerme saludable", concluye Santiago.

## **Signos de alarma**

Los especialistas señalan que lo importante es no catalogar los alimentos como saludables o no saludables. "El acento tiene que estar puesto en moderar las cantidades y aprender a comer de todo, pero también en el contexto en que nos alimentamos. Un signo de alarma es cuando los adolescentes comienzan a evitar salidas y encuentros con amigos o familia porque prefieren comer distinto del resto", agrega Hernández.

"Yo como de todo pero sano", "esto me cae mal", "me hace doler la panza" o "me da granitos" son todas clásicas excusas que encuentran para evitar ingerir determinados alimentos. "Porque son chicas muy inteligentes, hábiles en su discurso y hambrientas de información. En esto, las redes sociales son la peor compañía, porque permiten que la información llegue en todo momento", dice Ramos.

Uno de los factores que predisponen a tener un trastorno alimentario es tener padres dietantes. Desde las instituciones señalan que reciben a muchas chicas que están haciendo la misma dieta que la madre o que van al gimnasio juntas.

"Los padres también están inmersos en esto. Porque la generación de los que hoy tienen entre 40 y 50, que tienen hijos de 10 y 15, están enganchados en esto de la comida sana y orgánica. Y terminan sin querer metiendo a sus hijos en esta moda, que puede llevar a pacientes vulnerables a este tipo de trastornos", agrega Poulisis.

## Anexo II

### Hoja de Evaluación confeccionada para la Contextualización del Orto-15

El presente trabajo de investigación, correspondiente a una tesis de Licenciatura en Psicología titulada: “Tendencia al comportamiento ortoréxico, tipos de perfeccionismo y modalidades de Locus de Control en jóvenes de Mendoza”, tiene por objetivo explorar en qué frecuencia aparece la tendencia al comportamiento ortoréxico, y estudiar su relación con el perfeccionismo y el locus de control, en una muestra no clínica de sujetos entre 24 y 35 años que realicen algún tipo de dieta restrictiva voluntaria. Con ello se busca contribuir al conocimiento de este comportamiento alimentario disfuncional, con el fin de poder abrir la discusión y pensar alternativas para su abordaje psicológico.

Se utilizarán tres instrumentos de recolección de datos. Uno de ellos es:

-El cuestionario ORTO-15

**Cuestionario Orto-15:** Instrumento desarrollado, en lengua inglesa, en el año 2005 por el Doctor Lorenzo Donini y sus colaboradores, a los fines de diagnosticar la Ortorexia. El cuestionario está compuesto por 15 ítems sobre la base de una escala gradual de cuatro posibles respuestas: Siempre- A menudo- A veces-Nunca. Su formato es de autoadministración.

Se entiende por **comportamiento ortoréxico** aquella conducta alimentaria disfuncional, por la cual la persona se obsesiona por ingerir alimentos que ella considera saludables. De esta manera, se ve afectado su funcionamiento biológico, psicológico, y social.

Por otra parte, se define al comportamiento alimentario como aquella conducta asociada a los hábitos de alimentación, a la selección de los alimentos que se ingieren, a las planificaciones y preparaciones culinarias, a las cantidades ingeridas de los mismos, y a las formas en que se lleva a cabo la ingesta propiamente dicha (incluyendo el ambiente elegido para tal fin, la búsqueda de compañía o rechazo de la misma) (Osorio, Weisstaub y Castillo, 2002).

En la Tesis, se prevé utilizar la traducción al español de dicho instrumento realizada por García, Ramírez, Ceballos y Méndez (2014).

	Siempre	A menudo	A veces	Nunca
1.- ¿Cuándo come, presta atención a las calorías de la comida?				
2.- ¿Cuándo usted entra a una tienda de alimentos, ¿se siente confundido?				
3.- ¿En los últimos 3 meses, la idea de la comida, le preocupa?				
4.- ¿Sus opciones de alimentación están condicionadas por la preocupación acerca de su estado de salud?				
5.- ¿El sabor de la comida es más importante que la calidad al evaluar los alimentos?				
6.- ¿Está usted dispuesto a gastar más dinero para tener comida saludable?				
7.- ¿El pensar acerca de la comida le preocupa por más de 3 horas al día?				
8.- ¿No se permite el incumplimiento de su régimen alimenticio?				
9.- ¿Cree que su estado de ánimo afecta su conducta alimentaria?				
10.- ¿Cree que comer sólo alimentos saludables, aumenta su autoestima?				
11.- ¿Cree usted que el consumo de alimentos saludables cambia su estilo de vida (frecuencia al comer con los amigos fuera de casa)?				
12.- ¿Cree que consumir comida saludable puede mejorar su apariencia?				
13.- ¿Se siente culpable cuando se salta su régimen?				
14.- ¿Cree usted que en el mercado también hay alimentos poco saludables?				
15.- En la actualidad, ¿usted ingiere sus alimentos sin compañía?				

**PUNTUACIÓN DE LAS RESPUESTAS DEL CUESTIONARIO ORTO-15**

Reactivos	Respuestas			
	Siempre	A menudo	A veces	Nunca
2-5-8-9	4	3	2	1
3-4-6-7-10-11-12-14-15	1	2	3	4
1-13	2	4	3	1

En este cuestionario el valor de 1 se le asigna a la respuesta que es más indicativa de ortorexia y 4 a la respuesta que indica un comportamiento de alimentación normal, diagnosticándose con ortorexia a aquellos individuos con un puntaje menor a 40.<sup>6</sup>

Como dicha traducción no está adaptada a población de habla hispana, como así tampoco, a población argentina; su colaboración es muy valiosa para poder contextualizar el instrumento a través de los léxicos pertinentes y expresiones propias de la idiosincrasia de la población a estudiar. La finalidad es que pueda ser fácilmente entendida y comprendida por la misma.

**Por favor, lea detenidamente cada ítem que conforma el cuestionario. Se solicita que desde su evaluación, señale representatividad y claridad en la redacción. Para realizar tal evaluación se ofrecen las siguientes opciones de respuesta:**

- |                      |                    |
|----------------------|--------------------|
| <b>1. Muy Bajo</b>   | <b>4. Alto</b>     |
| <b>2. Bajo</b>       | <b>5. Muy Alto</b> |
| <b>3. Intermedio</b> |                    |

**1.- ¿Cuándo come, presta atención a las calorías de la comida?**

	1	2	3	4	5
Evalúa específicamente el constructo “comportamiento alimentario.”					
Está redactada de manera clara y comprensible.					

¿Sugeriría algún cambio en relación al léxico utilizado o su manera de redacción?

**2.- Cuando usted entra a una tienda de alimentos, ¿se siente confundido?**

	1	2	3	4	5
Evalúa específicamente el constructo “comportamiento alimentario.”					
Está redactada de manera clara y comprensible.					

¿Sugeriría algún cambio en relación al léxico utilizado o su manera de redacción?

**3.- ¿En los últimos 3 meses, la idea de la comida, le preocupa?**

	1	2	3	4	5
Evalúa específicamente el constructo “comportamiento alimentario.”					
Está redactada de manera clara y comprensible.					

¿Sugeriría algún cambio en relación al léxico utilizado o su manera de redacción?

**4.-¿Sus opciones de alimentación están condicionadas por la preocupación acerca de su estado de salud?**

	1	2	3	4	5
Evalúa específicamente el constructo “comportamiento alimentario.”					
Está redactada de manera clara y comprensible.					

¿Sugeriría algún cambio en relación al léxico utilizado o su manera de redacción?

---

**5.- ¿El sabor de la comida es más importante que la calidad al evaluar los alimentos?**

	1	2	3	4	5
Evalúa específicamente el constructo “comportamiento alimentario.”					
Está redactada de manera clara y comprensible.					

¿Sugeriría algún cambio en relación al léxico utilizado o su manera de redacción?

---

**6.- ¿Está usted dispuesto a gastar más dinero para tener comida saludable?**

	1	2	3	4	5
Evalúa específicamente el constructo “comportamiento alimentario.”					
Está redactada de manera clara y comprensible.					

¿Sugeriría algún cambio en relación al léxico utilizado o su manera de redacción?

---

**7.- ¿El pensar acerca de la comida le preocupa por más de 3 horas al día?**

	1	2	3	4	5
Evalúa específicamente el constructo “comportamiento alimentario.”					
Está redactada de manera clara y comprensible.					

¿Sugeriría algún cambio en relación al léxico utilizado o su manera de redacción?

---

**8.- ¿No se permite el incumplimiento de su régimen alimenticio?**

	1	2	3	4	5
Evalúa específicamente el constructo “comportamiento alimentario.”					
Está redactada de manera clara y comprensible.					

¿Sugeriría algún cambio en relación al léxico utilizado o su manera de redacción?

---



---

**9.- ¿Cree que su estado de ánimo afecta su conducta alimentaria?**

	1	2	3	4	5
Evalúa específicamente el constructo “comportamiento alimentario.”					
Está redactada de manera clara y comprensible.					

¿Sugeriría algún cambio en relación al léxico utilizado o su manera de redacción?

---

**10.-¿Cree que comer sólo alimentos saludables, aumenta su autoestima?**

	1	2	3	4	5
Evalúa específicamente el constructo “comportamiento alimentario.”					
Está redactada de manera clara y comprensible.					

¿Sugeriría algún cambio en relación al léxico utilizado o su manera de redacción?

---

**11.- ¿Cree usted que el consumo de alimentos saludables cambia su estilo de vida (frecuencia al comer con los amigos fuera de casa)?**

	1	2	3	4	5
Evalúa específicamente el constructo “comportamiento alimentario.”					
Está redactada de manera clara y comprensible.					

¿Sugeriría algún cambio en relación al léxico utilizado o su manera de redacción?

---

**12.-¿Cree que consumir comida saludable puede mejorar su apariencia?**

	1	2	3	4	5
Evalúa específicamente el constructo “comportamiento alimentario.”					
Está redactada de manera clara y comprensible.					

¿Sugeriría algún cambio en relación al léxico utilizado o su manera de redacción?

---

**13.-¿Se siente culpable cuando se salta su régimen?**

	1	2	3	4	5
Evalúa específicamente el constructo “comportamiento alimentario.”					
Está redactada de manera clara y comprensible.					

¿Sugeriría algún cambio en relación al léxico utilizado o su manera de redacción?

---

---

**14.- ¿Cree usted que en el mercado también hay alimentos poco saludables?**

	1	2	3	4	5
Evalúa específicamente el constructo “comportamiento alimentario.”					
Está redactada de manera clara y comprensible.					

¿Sugeriría algún cambio en relación al léxico utilizado o su manera de redacción?

---

**15.- En la actualidad, ¿usted ingiere sus alimentos sin compañía?**

	1	2	3	4	5
Evalúa específicamente el constructo “comportamiento alimentario.”					
Está redactada de manera clara y comprensible.					

¿Sugeriría algún cambio en relación al léxico utilizado o su manera de redacción?

¿Está de acuerdo con la forma de evaluación del cuestionario?

---

¿Sugeriría otra forma de hacerlo? Si su respuesta es positiva, ¿cuál sería?

---

**Muchas gracias por su colaboración**

**Anexo III****Consentimiento Informado****Comportamiento alimentario y su relación con variables de personalidad**

El presente trabajo de investigación, correspondiente a una tesis de Licenciatura en Psicología, tiene por objetivo estudiar el comportamiento alimentario, en una muestra de sujetos entre 24 y 35 años que realicen algún tipo de dieta restrictiva voluntaria. Con ello se busca contribuir al conocimiento del comportamiento alimentario y su relación con algunas variables de la personalidad.

En caso que desees participar, se informa que la participación es voluntaria, pudiendo declinarla en el momento que lo desee. La información recabada es confidencial y anónima. Sólo se generarán resultados en base a análisis grupales. Finalmente, se informa que aquellos participantes que deseen obtener datos sobre los resultados de su evaluación, se los contactará vía mail, para brindarle un informe de la misma. Tu colaboración es muy valiosa para el desarrollo del presente trabajo.

**Consentimiento**

Brindo mi consentimiento informado y voluntario a participar del proyecto de investigación, correspondiente a una Tesis de Licenciatura en Psicología, realizada por la alumna Videla Pietrasanta, Andrea Belén; dirigida por la Dr. Silvina Laura Maddio y co-dirigida por la Lic. Valentina Oliva. Dicha investigación se encuentra avalada por la Facultad de Psicología, Universidad del Aconcagua, Mendoza, Argentina.

---

(Nombre y Apellido)

**Anexo IV****Cuestionario Sociodemográfico**

¿Tu dieta actual se debe a alguna enfermedad o condición en particular que lo requiera?

Si (  )    No (  )

¿Te han diagnosticado en algún momento un Trastorno de la conducta alimentaria (se incluye obesidad, sobrepeso)?

Si (  )    No (  )

A continuación, por favor marca la opción correcta o menciona la respuesta junto al casillero que le corresponde:

- 1) Edad:
- 2) Género: F o M
- 3) Máximo nivel educativo alcanzado:
  - Primario Incompleto
  - Primario Completo
  - Secundario Incompleto
  - Secundario Completo
  - Universitario/Terciario Incompleto
  - Universitario/Terciario Completo
  - Estudios de Posgrado
- 4) Ocupación:
- 5) Actualmente vives:

Solo (  )    Convivo con otra/s persona/s (  )

En caso de convivir con otras personas,

5. A.) ¿Con quién convives?

- Padres y/o hermanos:
- Cónyuge:
- Cónyuge e hijo/s:
- Hijo/s:
- Otra opción: \_\_\_\_\_

5. B.) ¿Quién está a cargo de la planificación alimentaria del grupo?

Vos () Otra persona () Vos en conjunto con otra/s persona/s ()

5. C.) ¿Dentro del grupo se encuentran personas menores de edad?

Si () No ()

5. D.) ¿Comes lo mismo que el resto?

Si () No ()

6) Tipo de dieta seguida (podes marcar más de una opción correcta)

- Vegetariana
- Vegana
- Alcalina
- Paleolítica
- Exclusión de gluten, harinas, almidón
- Exclusión de lácteos
- Sólo productos orgánicos
- Conteo de calorías (restricción calórica)
- Otra:

7) ¿Hace cuánto tiempo comenzaste con este tipo de dieta?

8) ¿Por qué motivos comenzaste con esta dieta?

- Elección de un estilo de vida
- Estéticos
- Mejorar o mantener mi salud
- Miedo a enfermarme
- Otros: \_\_\_\_\_

## ANEXO V

## Cuestionario Orto-15 (propuesta de Contextualización)

## 1) ESCALA 1

Marcá con una cruz el casillero que mejor refleje tu caso. Por favor, respondé cuidadosamente a cada pregunta.

	Siempre	Con Frecuencia	A Veces	Nunca
1.- Cuando comes, ¿prestas atención a la cantidad de calorías del alimento?				
2.- Al momento de comprar/consumir un alimento en un local de comidas, ¿te sientes confundido entre aquello que deseas y aquello que consideras saludable?				
3.- En los últimos 3 meses, ¿te has preocupado en exceso por temas relacionados a la comida?				
4.- ¿Eliges tus alimentos en función de si los consideras saludables para ti?				
5.- Al elegir tus alimentos, ¿el sabor de la comida es más importante que la calidad nutricional de los mismos?				
6.- ¿Estás dispuesto a gastar más dinero para conseguir comida más saludable?				
7.- Los temas relacionados a la comida saludable, ¿te dan vueltas por la cabeza durante más de 3 horas al día?				
8.- ¿Te permites ocasionalmente una excepción en tu planificación alimentación/o tu dieta actual?				
9.- ¿Crees que tu estado de ánimo afecta tu manera de comer?				
10.- ¿Sientes que al comer sólo alimentos saludables, aumenta tu autoestima?				
11.- ¿Crees que el consumir sólo alimentos saludables afecta tu estilo de vida o interfiere con tus actividades cotidianas ( por ej. Disminuye la frecuencia de comer fuera de casa, el contacto con personas que no comparten tus mismos criterios y pensamientos, etc.)				
12.- ¿Crees que consumir comida saludable puede mejorar tu apariencia?				
13.- ¿Te sientes mal anímicamente (por ej. Culpable, triste, irritable, enojado/a) al romper eventualmente con alguna de tus reglas dietarias?				
14.- ¿Crees que en el mercado, existen tantas opciones saludables como no saludables?				
15.- En la actualidad, ¿prefieres comer solo, sin compañía?				

## ANEXO VI

### Escala APS-R

Los siguientes ítems han sido diseñados para medir las actitudes que tienen las personas sobre sí mismas, sobre su desempeño y sobre los demás. No hay respuestas correctas ni incorrectas. Por favor, responde todas las preguntas. Utiliza tu primera impresión y no pierdas demasiado tiempo en responder cada ítem de forma individual. Responde cada uno de los ítems utilizando la escala que presentamos debajo para describir tu grado de acuerdo con cada uno de los mismos.

1. Fuertemente en desacuerdo.
2. En desacuerdo.
3. Levemente en desacuerdo.
4. No estoy de acuerdo ni en desacuerdo.
5. Levemente de acuerdo.
6. De acuerdo.
7. Fuertemente de acuerdo

		1	2	3	4	5	6	7
1	Tengo altos estándares de desempeño, ya sea en el trabajo o en el estudio.							
2	Soy una persona ordenada.							
3	A menudo me siento frustrado porque no puedo alcanzar mis metas.							
4	Ser pulcro es importante para mí.							
5	Si uno no espera mucho de sí mismo, nunca triunfará.							
6	Lo mejor de mí nunca parece ser lo suficientemente bueno para mí.							
7	Pienso que cada cosa debería estar en su lugar.							
8	Tengo altas expectativas para mí mismo.							
9	Raramente cumplo con mis elevados estándares.							
10	Me gusta ser siempre organizado y disciplinado.							
11	Dar lo mejor de mí nunca parece ser suficiente.							
12	Me impongo estándares muy elevados.							
13	Nunca estoy satisfecho con mis logros.							
14	Espero lo mejor de mí mismo.							
15	A menudo me preocupa no estar a la altura de mis expectativas.							
16	Mi desempeño rara vez esta a la altura de mis estándares.							
17	No estoy satisfecho aún cuando sé que hice lo mejor que pude.							
18	Trato de dar lo mejor de mí en todo lo que hago.							
19	Rara vez soy capaz de alcanzar mis altos estándares de desempeño.							
20	Casi nunca estoy satisfecho con mi desempeño.							



21	Casi nunca siento que lo que he hecho está lo suficientemente bien.							
22	Tengo una fuerte necesidad de esforzarme por la excelencia.							
23	A menudo siento decepción después de completar una tarea porque sé que la podría haber hecho mejor.							

**ANEXO VII****Escala Locus de Control de Rotter**

## ESCALA III

A continuación te presentamos pares de frases que indican diferentes actitudes u opiniones ante la vida. Por favor elige de cada par UNA opción, la que mejor refleje tu parecer, con una cruz [X]. No hay respuestas correctas o incorrectas. Sólo responde con sinceridad.

Recuerda, elige solo UNA de las opciones del par.

## Ítem 1

- a.  Los niños se meten en problemas porque sus padres los retan mucho.
- b.  Hoy en día, el problema con la mayoría de los niños es que sus padres son demasiado permisivos con ellos.

## Ítem 2

- a.  La mayoría de las situaciones tristes que ocurren en la vida de las personas se deben, en parte, a la mala suerte.
- b.  Las desgracias que sufren las personas son el resultado de los errores que cometen.

## Ítem 3

- a.  Una de las principales razones de que haya guerras es el hecho de que las personas no se interesan lo suficiente en la política.
- b.  Siempre existirán las guerras, no importa cuán arduamente las personas traten de evitarlas.

## Ítem 4

- a.  A la larga, las personas obtienen el respeto que se merecen en este mundo.
- b.  Desafortunadamente, muchas veces el valor de una persona no es reconocido, a pesar de lo mucho que haga.

## Ítem 5

- a.  La idea de que los maestros son injustos con los estudiantes es una tontería.
- b.  La mayoría de los estudiantes no se da cuenta hasta qué punto las situaciones inesperadas influyen en sus calificaciones.

## Ítem 6

- a.  Sin apoyo suficiente, uno no puede ser un líder eficaz.
- b.  Las personas capaces que no logran ser líderes es porque no han sabido aprovechar sus oportunidades.

## Ítem 7

- a.  No importa lo que hagas, siempre habrá alguien a quien no le caés bien.
- b.  Las personas que no logran agradar a los demás es porque no saben relacionarse con los otros

## Ítem 8

- a.  La personalidad está fuertemente determinada por la herencia.
- b.  Son nuestras experiencias de vida lo que determinan qué somos.

## Ítem 9

- a.  A menudo he notado que lo que tiene que suceder, sucederá.
- b.  Confiar en el destino nunca ha resultado para mí tan bueno como el decidirme por un determinado curso de acción.

## Ítem 10

- a.  Para un estudiante bien preparado raramente existen los exámenes injustos.
- b.  Muchas veces las preguntas de los exámenes tienden a estar tan poco relacionadas con el trabajo en el curso, que estudiar resulta realmente inútil.

## Ítem 11

- a.  Llegar a tener éxito es cuestión de trabajo duro, la suerte tiene poco o nada que ver con ello.
- b.  Conseguir un buen trabajo depende, principalmente, de estar en el lugar correcto, en el momento oportuno.

## Ítem 12

- a.  El ciudadano común puede tener influencia en las decisiones del gobierno.
- b.  Este mundo está manejado por unas pocas personas que se encuentran en el poder, y el hombre común no puede hacer mucho respecto de ello.

## Ítem 13

- a.  Cuando hago planes, estoy casi seguro de poder realizarlos.
- b.  Hacer planes con mucha anticipación no siempre es bueno, porque muchas cosas parecen ser cuestión de buena o mala suerte.

## Ítem 14

- a.  Hay ciertas personas que directamente no son buenas.
- b.  Todas las personas tienen algo bueno.

## Ítem 15

- a.  En mi caso, obtener lo que quiero tiene poco o nada que ver con la suerte.
- b.  Muchas veces podríamos decidir qué hacer simplemente tirando una moneda.

## Ítem 16

- a.  Frecuentemente, llegar a ser jefe depende de haber tenido la buena suerte de estar primero en el lugar correcto.
- b.  Lograr que las personas hagan lo correcto depende de su capacidad, la suerte tiene poco o nada que ver con ello.

## Ítem 17

- a.  En relación a los sucesos mundiales, la mayoría de nosotros somos las víctimas de fuerzas que no podemos ni entender ni controlar.
- b.  Participando activamente en la política y en las cuestiones sociales, las personas pueden controlar lo que sucede en el mundo.

## Ítem 18

- a.  La mayoría de las personas no se dan cuenta hasta qué punto sus vidas están controladas por hechos accidentales.
- b.  En realidad, no existe algo llamado "suerte".

## Ítem 19

- a.  Uno debería estar siempre dispuesto a admitir sus errores.
- b.  En general es mejor ocultar los propios errores.

## Ítem 20

- a.  Es difícil saber si, realmente, le agradas o no a una persona.
- b.  La cantidad de amigos que tienes depende de cuán agradable eres.

## Ítem 21

- a.  A la larga, lo malo que nos sucede se compensa con lo bueno que nos pasa.
- b.  La mayoría de las desgracias son el resultado de la falta de capacidad, la ignorancia, la haraganería o de las tres juntas.

## Ítem 22

- a.  Si nos esforzamos lo suficiente, podemos eliminar la corrupción en la política.
- b.  Es difícil para la gente tener demasiado control sobre lo que hacen los políticos en su cargo.

## Ítem 23

- a.  A veces me cuesta entender cómo los maestros llegan a las notas que ponen.
- b.  Existe una relación directa entre cuán duro estudio y las notas que obtengo.

## Ítem 24

- a.  Un buen líder espera que las personas decidan por sí mismas lo que deben hacer.
- b.  Un buen líder indica claramente a todos cuáles son sus tareas.

## Ítem 25

- a.  Muchas veces siento que tengo poca influencia sobre las cosas que me suceden.
- b.  Me resulta imposible creer que el azar o la suerte tienen un papel importante en mi vida.

## Ítem 26

- a.  Las personas que están solas es porque no intentan ser amigables.
- b.  No tiene mucho sentido tratar de agradar a la gente; si les gustás, les gustás.

## Ítem 27

- a.  En la escuela secundaria se pone mucho énfasis en el deporte.
- b.  Los deportes en equipo son una excelente manera de moldear el carácter.

## Ítem 28

- a.  Lo que me sucede, es el resultado de mis propias acciones.
- b.  A veces siento que no tengo suficiente control sobre el rumbo que está tomando mi vida.

## Ítem 29

- a.  La mayoría de las veces no logro comprender por qué los políticos se comportan en la forma en que lo hacen.
- b.  A la larga, las personas son responsables de los malos gobiernos, tanto a nivel nacional como local.

Deseas recibir los resultados de tu evaluación: Si( ) No ( )

En caso de ser positiva, por favor, dejá tu dirección de e-mail: \_\_\_\_\_

¡GRACIAS POR TU COLABORACIÓN!