

Universidad Católica de Santa María

“IN SCIENTIA ET FIDE ERIT FORTITUDO NOSTRA”

Facultad de Medicina Humana

Programa Profesional de Medicina Humana



**“Características Epidemiológicas y Frecuencia de
la Ortorexia y su relación con el Ejercicio Físico en
personas que acuden a Gimnasios de la ciudad de
Arequipa - 2013”**

Trabajo de Investigación presentado por:

GIANFRANCO RONALD ROMÁN GÓMEZ

Para obtener el Título Profesional de Médico Cirujano

**Arequipa - Perú
2013**

DEDICATORIA

Dedico la presente tesis a:

Dios: Porque es una constante fuente de paz y energía necesaria para poder realizarme como profesional que acompañado con la fe hacen que todo se haga posible.

Mis padres: Porque siempre me apoyaron en cada momento de mi vida, en cada momento de mi formación como profesional y en cada momento de la realización de este trabajo.

EPIGRAFE

*He fallado una y otra vez en mi vida, por eso he
conseguido el éxito.*

Michael Jordan (1963-?) Deportista Estadounidense

ÍNDICE GENERAL

RESUMEN.....	V
ABSTRACT.....	VII
INTRODUCCIÓN.....	1
CAPÍTULO I: MATERIAL Y MÉTODOS.....	4
CAPÍTULO II: RESULTADOS.....	15
CAPÍTULO III: DISCUSIÓN Y COMENTARIOS.....	34
CAPÍTULO IV: CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS.....	40
BIBLIOGRAFÍA.....	43
ANEXOS	
Anexo 1: Cuestionario ACQ, ORTO-15	
Anexo 2: Proyecto de Investigación	

RESUMEN

Antecedente: Ortorexia o la obsesión por la dieta saludable

Objetivo: Identificar la preocupación por el ejercicio físico, describir las características epidemiológicas, conocer el IMC y determinar la frecuencia de presentación de la Ortorexia y su relación con el Ejercicio Físico en personas que asisten a gimnasios de la ciudad de Arequipa-2013

Materiales y Métodos: Estudio observacional transversal y descriptivo. Se entrevistaron a 90 personas y se aplicó un Cuestionario de Preocupación por el Ejercicio Físico (ACQ) (Pope, Phillips y Olivardia, 2000) y el test diagnóstico para la Ortorexia **ORTO-15** (Donini et al., 2005), los cuales se realizaron en los gimnasios más importantes de la ciudad de Arequipa-2013.

Resultados: Se observa el resultado de la aplicación del test de diagnóstico de ortorexia; el 61,11% de asistentes a los gimnasios fueron normales, un 33,33% con ortorexia y 5,56% con diagnóstico de “falta de atención a la dieta”. También se muestran las características epidemiológicas, dentro de los cuales la edad, el sexo y el estado civil de los entrevistados con presencia o no de ortorexia, tuvieron una edad promedio de 25,8(58,59%) años, sexo masculino (65%) y estado civil “soltero” (90%), sin diferencias significativas en ambos grupos ($p > 0,05$). Se muestra la relación del tiempo de asistencia al gimnasio con la presencia o no de ortorexia; la mayoría de ambos grupos asistió menos de 12 meses (62.5%), con diferencias que no fueron significativas ($p > 0,05$). El estado nutricional (IMC) de los asistentes a los gimnasios en relación a la presencia o no de ortorexia muestra que hubo 44,165% de personas con sobrepeso u obesidad en promedio

sin diferencias significativas entre ambos grupos ($p > 0,05$). Se muestra el empleo de dietas especiales y el uso de suplementos dietéticos en los usuarios, los cuales también fueron semejantes en aquellos con y sin ortorexia, y se dio en 45,56% de casos con predominio de la ingesta de proteínas (26,67%). En relación a la ortorexia con la preocupación por el ejercicio físico, el 77,78% de usuarios presentó preocupación leve, 20% moderado y sólo 2,22% una preocupación grave por la realización de ejercicios, que no se asoció de manera significativa ($p > 0,05$) con la presencia de ortorexia, ya que se vieron en proporciones semejantes.

Conclusión: Hay una frecuencia del 33,33% de personas que padecen ortorexia en usuarios que asisten a gimnasios a realizar ejercicio, y la relación de preocupación por realizar ejercicio con la ortorexia no tiene importancia significativa.

PALABRAS CLAVE: ortorexia – dieta – ejercicio físico – score ORTO-15

ABSTRACT

Background: Orthorexia or obsession with healthy diet

Objective: To identify the concern for physical exercise, describe the epidemiological, meet the BMI and determine the frequency of occurrence of Orthorexia and its relationship with exercise in people attending gyms in the city of Arequipa, 2013

Materials and Methods: A descriptive cross-sectional observational study. We applied a Concern Questionnaire Physical Exercise (ACQ) (Pope, Phillips and Olivardia, 2000). The diagnostic test for Orthorexia ORTO-15 (Donini et al., 2005) were interviewed 90 people, which were made in the gyms of the city of Arequipa, 2013.

Results: We observed the result of applying diagnostic test Orthorexia, the 61.11% of attendees at the gyms were normal, with 33.33% and 5.56% with Orthorexia diagnosed with "inattention to the diet "(pre-Orthorexia). Also shown are the epidemiological, within which the age, sex and marital status of the respondents to the presence or not of Orthorexia, the predominant groups were an average age of 25, 8 (58.59%) years male (65%) and most singles (90%) in both groups, with no significant differences ($p > 0.05$). It shows the relationship of time assistance to the gym with the presence or absence of Orthorexia, the majority of both groups attended less than 12 months (62.5%), with no statistically significant differences ($p > 0.05$). The nutritional status (BMI) of those attending gyms in relation to the presence or not of Orthorexia shows that there were 44.165% of overweight or obese on average no significant difference between both groups groups ($p > 0.05$). It shows the use of special diets and dietary supplement use among users, which were also similar in those with and without orthorexia, and occurred

in 45.56% of cases with predominantly protein intake (26.67 %). Regarding orthorexia concern with physical exercise, 77.78% of users showed concern mild, 20% moderate and only 2.22% a serious concern for the exercises, which are not significantly associated ($p > 0.05$) with the presence of orthorexia, as they were in similar proportions.

Conclusion: There is a frequency of 33.33% of people suffering from orthorexia in users attending gyms to exercise, and the relationship of concern with orthorexia exercise has no significant importance.

KEYWORDS: orthorexia - diet - physical exercise - score ORTO-15



INTRODUCCION

Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) son desviaciones cualitativas y/o cuantitativas de la conducta alimentaria considerada normal que ocasionan situaciones carenciales, alteraciones orgánicas, cambios en la composición corporal y desajustes importantes de la relación del individuo con el alimento y su entorno. Aunque los TCA más frecuentes en la actualidad son la anorexia, la bulimia y el trastorno por atracón, el DSM IV habilita un apartado “cajón de sastre” donde se ubicarían transitoriamente otros cuadros de desajuste en la relación entre el individuo y su alimentación. La ortorexia, del griego “orthos” correcto y “orexis” apetito, es un cuadro obsesivo-compulsivo que describe una extremada apetencia y selección de alimentos considerados saludables por el individuo, llegando a configurar con este ritual una dieta restrictiva y un aislamiento social compensatorio. Las personas adscritas a esta tendencia tienen una gran sensibilidad por evitar los alimentos que contienen o podrían tener colorantes, conservantes, pesticidas, ingredientes genéticamente modificados, grasas poco saludables o contenidos excesivos en sal, azúcares y otros componentes. La forma de preparación (verduras cortadas de determinada manera) y los materiales utilizados (sólo cerámica o sólo madera, etc.) también son parte del ritual obsesivo. Por el contrario, sienten una sensación confortable al configurar y hacer realidad un menú, una ración o un plato elaborado exclusivamente con productos orgánicos, ecológicos, biológicos o con determinados certificados de salubridad ⁽¹⁾. En algunos aspectos las personas con tendencia ortoréxica

¹ Bratman S, Knight D. Health Food Junkies: Orthorexia Nervosa: Overcoming the Obsession with Healthful Eating. New York: Broadway publisher, 2001

u ortorexia tienen antecedentes o rasgos comunes con los pacientes que padecen anorexia. Nos encontramos ante personas meticulosas, ordenadas, con una exagerada necesidad de autocuidado y protección (^{1,2}). La configuración de la dieta diaria ocupa buena parte de su tiempo que podría establecerse o contemplarse en cuatro sub apartados. Un primer apartado que se dedica a pensar con preocupación y detenidamente qué va a comer ese día o los siguientes; una segunda fase relacionada con la compra meticulosa e hipercrítica de cada uno de los ingredientes; una tercera fase relacionada con la preparación culinaria de estos ingredientes en la que también tendrán que estar presentes técnicas y procedimientos que no se relacionen con peligros para la salud; la cuarta fase es una fase de satisfacción, confort o culpabilidad en función del cumplimiento adecuado de los tres apartados precedentes. Si alguno de los días no es posible o no ha sido posible cumplir estos ritos, se instaura un sentimiento de culpabilidad y preocupación por la trasgresión o por el no cumplimiento del perfil interiorizado. Esta situación intensa ocasiona el aislamiento social de estas personas que no acuden a eventos colectivos o a comidas convencionales ante la certeza de que no van a poder incorporar los alimentos y bebidas “saludables” que para ellos son de insoslayable necesidad. Las personas con ortorexia, son personas muy estrictas, de percepción vulnerable, controladas y exigentes consigo mismas y con los demás. Las mujeres, el periodo de adolescencia y quienes se dedican a

¹ Catalina Zamora ML, Bote Bonaechea B, García Sánchez F, Ríos Rial B. Ortorexia nerviosa. ¿Un nuevo trastorno de la conducta alimentaria? Actas Esp Psiquiatr. 2005;33(1):66-8

² Mathieu J. What is orthorexia? J Am Diet Assoc 2005; 105:1510-12

deportes como el culturismo, el atletismo y otros, son los grupos más vulnerables (^{1,3}). Prestar atención a lo que se come y mostrar interés por una alimentación saludable es en general una medida que ayuda a mantener y a potenciar la salud y el bienestar. Cuando la obsesión por “comer sano” se lleva al extremo, cuando la “comida sana” se convierte en una obsesión, llega un punto en que todo gira en torno a la comida y todo conduce a restricciones severas con las complicaciones que conlleva incluido el aislamiento social grave. Controlar lo que se come, imponerse prohibiciones y programar detalladamente las comidas se convierte en una prioridad para poder sentirse seguros, tranquilos y dueños de cada situación. En general, existe un deseo de verse perfectos, lo que coincide con otros trastornos de la conducta alimentaria tales como la anorexia y bulimia nerviosas.

-
- ¹ . Bratman S, Knight D. Health Food Junkies: Orthorexia Nervosa: Overcoming the Obsession with Healthful Eating. New York: Broadway publisher, 2001
 2. Catalina Zamora ML, Bote Bonaecha B, García Sánchez F, Ríos Rial B. Ortorexia nerviosa. ¿Un nuevo trastorno de la conducta alimentaria? Actas Esp Psiquiatr. 2005;33(1):66-8
 3. Mathieu J. What is orthorexia? J Am Diet Assoc 2005; 105:1510-12

CAPÍTULO I

MATERIAL Y MÉTODOS

1. Técnicas, instrumentos y materiales de verificación

Técnicas: En la presente investigación se aplicó la técnica de la entrevista.

Instrumentos: El instrumento que se utilizó consistió en una ficha de recolección de datos, un cuestionario de preocupación por el ejercicio físico (ACQ) (Pope, Phillips y Olivardia, 2000) y un test diagnóstico para la Ortorexia **ORTO-15** (Donini et al., 2005) (Anexos).

Materiales:

- Fichas de investigación
- Material de escritorio
- Balanza
- Tallímetro
- Computadora personal con programas de procesamiento de textos, bases de datos y estadísticos.

2. Campo de verificación

2.1. Ubicación espacial:

Ubicación Geográfica: Corresponde a la ciudad de Arequipa, capital de la región del mismo nombre, ubicada en Perú.

El ámbito del área de esta investigación corresponde a los principales gimnasios de la ciudad de Arequipa. (ClubGym, Strong, Cultural, T-Rex, Olympus, Charros Gym, entre otros)

2.2. Ubicación temporal: El estudio se realizó en forma coyuntural en el periodo de Enero y Febrero 2013

2.3. Unidades de estudio: Personas que acuden a gimnasios ya mencionados en la ciudad de Arequipa, constituyendo el universo de la población.

2.4. Población: Totalidad de personas que acuden a gimnasios en la ciudad de Arequipa.

2.4.1 Muestra: de acuerdo a fórmula para determinación de correlación de 2 variables numéricas:

$$n = \left[\frac{Z\alpha + Z\beta}{\frac{1}{2} \ln \left(\frac{1+r}{1-r} \right)} \right]^2 + 3$$

De donde:

n = Tamaño de La muestra

Z α = Coeficiente de confiabilidad para precisión del 95 % = 1,96

Z β = Coeficiente de confiabilidad para precisión del 80 % = 0,84

r = Coeficiente de correlación esperado = 0,30

Por tanto n = 84,8 \approx 90 casos

Según: *Pértegas Díaz, S., Pita Fernández, S.*

Unidad de Epidemiología Clínica y Bioestadística. Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña (España)

Además los integrantes de la muestra deberán cumplir los criterios de selección.

2.4.2 Criterios de selección:

2.4.2.1 Criterios de Inclusión

- De ambos sexos
- Cualquier edad
- Participación voluntaria en el estudio

2.4.2.2 Criterios de Exclusión

- Fichas de encuesta incompletas o mal llenadas
- Usuarios que no deseen participar
- Usuarios que acuda esporádicamente a los gimnasios

3. **Tipo y nivel de investigación:** Es un estudio observacional, transversal y descriptivo.

4. Estrategia de Recolección de datos

4.1. Organización

- Una vez aprobado el proyecto se procedió a solicitar la autorización de los administradores de los principales gimnasios de la ciudad de Arequipa. (Club Gym, Strong, Cultural, T-Rex, Olympus, Charros Gym, Fitness Gym, Gimnasio Del Club Internacional)
- Una vez concedida la aprobación por parte de los gerentes se procedió a explicar a los asistentes a los diferentes gimnasios a explicar el motivo del estudio y solicitar su participación voluntaria, asegurando el anonimato de su participación.
- De los gimnasios seleccionados: 5 aceptaron participar y 3 no accedieron por problemas de tiempo y de accesibilidad a su local.

- Se buscó información acerca del tamaño poblacional de cada gimnasio, la cual fue proporcionado por el gerente, administrador y/o entrenador de los 5 gimnasios que aceptaron participar, hallándose un total poblacional de 520 usuarios.
- Se procedió a entrevistar a todo usuario que se pueda encontrar, de un modo no probabilístico por conveniencia.
- Posteriormente se procedió a la medición de la estatura y peso, seguido de la aplicación de las encuestas, en los usuarios que tenían disponibilidad de tiempo, sin que se haya proporcionado incentivo alguno y explicándoles que será totalmente autónoma; el promedio de duración por encuesta fue de 15 minutos y fue necesario 5 días para llevar a cabo todas ellas, una por cada gimnasio, para evitar el sesgo de que puedan conocer las mismas y que entre los usuarios se informen de dichas preguntas. Cabe destacar que la realización de las mismas se llevaron a cabo en 5 gimnasios diferentes ubicados en diferentes distritos de la ciudad de Arequipa. Los gimnasios son:
 - Primer Gimnasio: “*Club Gym*”: en cuyo lugar se realizaron la mayor cantidad de entrevistas.
 - Segundo Gimnasio: “*Charros Gym*”, un lugar donde tiene bastantes usuarios, pero la mayoría no desearon participar de la entrevista.
 - Tercer Gimnasio: “*Fitness Gym*” donde se encontró la mayor aceptación por la entrevista.
 - Cuarto Gimnasio: “*Strong*” un gimnasio bastante grande con una multitudinaria cantidad de usuarios, pero que por el mismo hecho de ser bastantes no se pudo

reunir a todos y explicar el objetivo de la entrevista.

- Quinto Gimnasio: “*Cultural*” , donde realice las últimas encuestas, el ultimo día
- En total se recolectaron 142 encuestas, las cuales se agruparon en los 5 gimnasios ya mencionados, cada una con características propias que se describen a continuación:

Gimnasio 1: “*Club Gym*” Un gimnasio bastante bien equipado localizado en el distrito de Umacollo, donde la mayoría de sus usuarios son de recursos económicos altos. Se realizó 42 entrevistas.

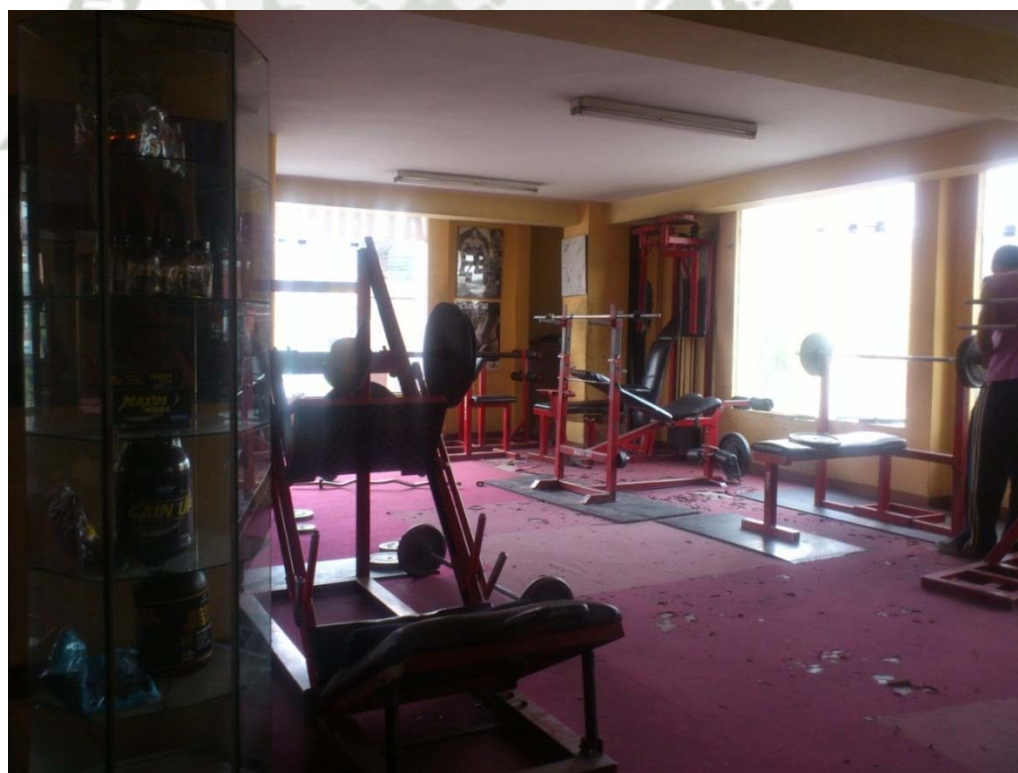
Gimnasio 2: “*Charros Gym*” Gimnasio ubicado en el distrito de Cayma con buena cantidad de usuarios pero que lamentablemente en su mayoría no quiso realizar la entrevista. Se realizaron 26 entrevistas.

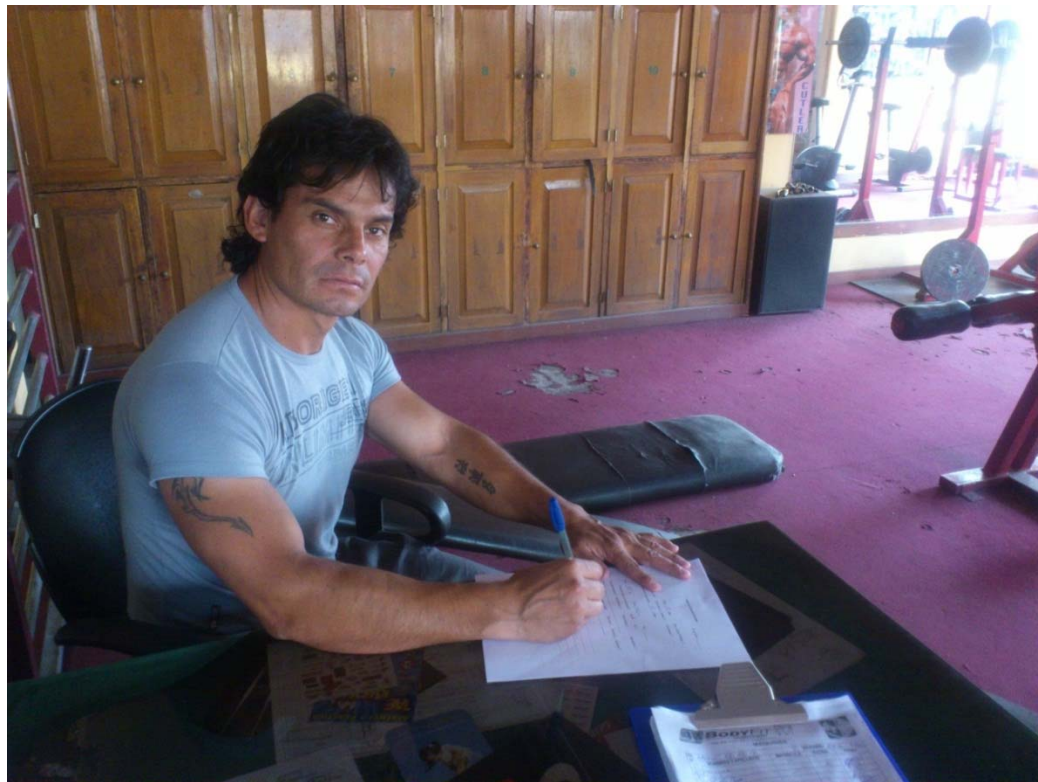
Gimnasio 3: “*Fitness Gym*” Gimnasio ubicado en el distrito de Paucarpata con pocos usuarios y donde la mayoría de usuarios apoyo con las entrevista. Se realizó 33 entrevistas.

Gimnasio 4: “*Strong Gym*” Gimnasio ubicado en el Cercado de la ciudad de Arequipa, quizás uno de los más grandes en cuanto a infraestructura con bastante cantidad de usuarios con recursos económicos bajos, donde solo se pudo realizar 23 entrevistas.

Gimnasio 5: “*Cultural Gym*” Gimnasio ubicado en el distrito de Jose Luis Bustamante y Rivero con regular cantidad de usuarios. Se realizó 18 entrevistas.







4.2. Validación de los instrumentos

El Cuestionario de Preocupación por el Ejercicio Físico (ACQ) (Pope, Phillips y Olivardia, 2000). El cuestionario consta de 13 ítems, que exploran el grado de insatisfacción que tiene el hombre con su aspecto, y hasta qué punto puede llegar para cambiarla. Las respuestas se dividen en tres opciones “a” cuyo valor es de 0 puntos, “b” cuyo valor es de 1 punto y “c” cuyo valor es de 3 puntos. Se obtiene una puntuación de las respuestas que varían de 0 a 39 puntos. Las puntuaciones obtenidas se clasifican en función de la suma de las respuestas que realizas, que sugiere Pope y cols:¹

-
1. ¹ Iñarritu Pérez M, Cruz Licea V, Morán Álvarez I. INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN PARA LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA. Revista salud pública y nutrición. Abril-Junio 2012; VOI 5. N° 2.

- Entre 0 y 9 puntos: Tienes una preocupación con tu imagen corporal, pero no afecta a tu vida diaria.
- Entre 10 y 19 puntos: Tienes una afección media-moderada de este Complejo de Adonis (Dismorfia Muscular). Probablemente esta afección no afecte seriamente a tu vida, no obstante si tú puntuación está más próxima a 19 puntos, deberías plantearte seriamente como afecta esta preocupación corporal a tu vida.
- Entre 20 y 29 puntos: Padeces el Complejo de Adonis e interfiere negativamente en tu vida, debes ponerte en manos de un especialista para empezar un tratamiento.
- Entre 30 y 39 puntos: Tienes un serio problema con tu imagen corporal. Consulta sin demora a un especialista mental con conocimiento en los TDC y empieza con un tratamiento.

El test diagnóstico para la Ortorexia “ORTO-15” (Donini et al., 2005), que consiste en un cuestionario de 15 preguntas entre las cuales se valora la dieta, preocupación por la dieta y su satisfacción con la misma. Tiene 4 categorías en donde la persona encuestada tendrá

-
2. Bratman S, Knight D. Health Food Junkies: Orthorexia Nervosa: Overcoming the Obsession with Healthful Eating. New York: Broadway publisher, 2001
 3. Catalina Zamora ML, Bote Bonaachea B, García Sánchez F, Ríos Rial B. Ortorexia nerviosa. ¿Un nuevo trastorno de la conducta alimentaria? Actas EspPsiquiatr. 2005;33(1):66-8

que marcar entre las opciones de siempre, a menudo, a veces y nunca a todas las preguntas poniendo puntajes de 4, 3, 2 y 1 de acuerdo a la pregunta. Además posee una calificación:

- >40 donde la persona lleva una dieta adecuada
- >40 con prevalencia de respuestas de “nunca”, en donde la persona tiene un problema de falta de atención a la dieta (pre-ortorexia)
- 40-50 donde la persona tiene Ortorexia
- 50-60 donde la persona tiene Ortorexia Severa.¹

4.3. Criterios para manejo de resultados

a) Plan de Procesamiento

Los datos registrados en el Anexo 1, 2 y 3 fueron codificados y tabulados para su análisis e interpretación.

b) Plan de Clasificación:

Se empleó una matriz de sistematización de datos en la que se transcribieron los datos obtenidos en cada Ficha para facilitar su uso. La matriz fue diseñada en una hoja de cálculo electrónica en PC.

c) Plan de Codificación:

Se procedió a la codificación de los datos que contenían indicadores en la escala continua

¹ Donini LM, Marsili D, Graziani MP, Imbriale M, Cannella C. Orthorexia nervosa: validation of a diagnosis questionnaire. *Eat Weight Disord.* 2005;10(2):e28-32

y categórica para facilitar el ingreso de datos.

d) Plan de Recuento.

El recuento de los datos fue electrónico, en base a la matriz diseñada en la hoja de cálculo.

e) Plan de análisis

Se empleó estadística descriptiva con medidas de tendencia central (promedio) y de dispersión (rango, desviación estándar) para variables continuas; las variables categóricas se presentarán como proporciones. La asociación entre los puntajes de las escalas empleadas se evaluó con el cálculo del coeficiente de correlación lineal de Pearson, y la evaluación de sus escalas ordinales con el coeficiente de asociación de Spearman. Para el análisis de datos se empleó la hoja de cálculo de Excel 2010 con su complemento analítico y el paquete SPSSv.19.0.



CAPÍTULO II

RESULTADOS

“Características Epidemiológicas y Frecuencia de la Ortorexia y su relación con el Ejercicio Físico en personas que acuden a Gimnasios de la ciudad de Arequipa - 2013”

Tabla 1

Frecuencia de Ortorexia en las personas que asisten a gimnasios

	N°	%
Normal	55	61,11%
Ortorexia	30	33,33%
Falta de atención a dieta	5	5,56%
Total	90	100,00%

Se aprecia que un tercio de la población total padecen de ortorexia

“Características Epidemiológicas y Frecuencia de la Ortorexia y su relación con el Ejercicio Físico en personas que acuden a Gimnasios de la ciudad de Arequipa - 2013”

Gráfico 1
Frecuencia de Ortorexia en las personas que asisten a gimnasios



“Características Epidemiológicas y Frecuencia de la Ortorexia y su relación con el Ejercicio Físico en personas que acuden a Gimnasios de la ciudad de Arequipa - 2013”

Tabla 2

Distribución de Ortorexia en relación a la edad de los usuarios

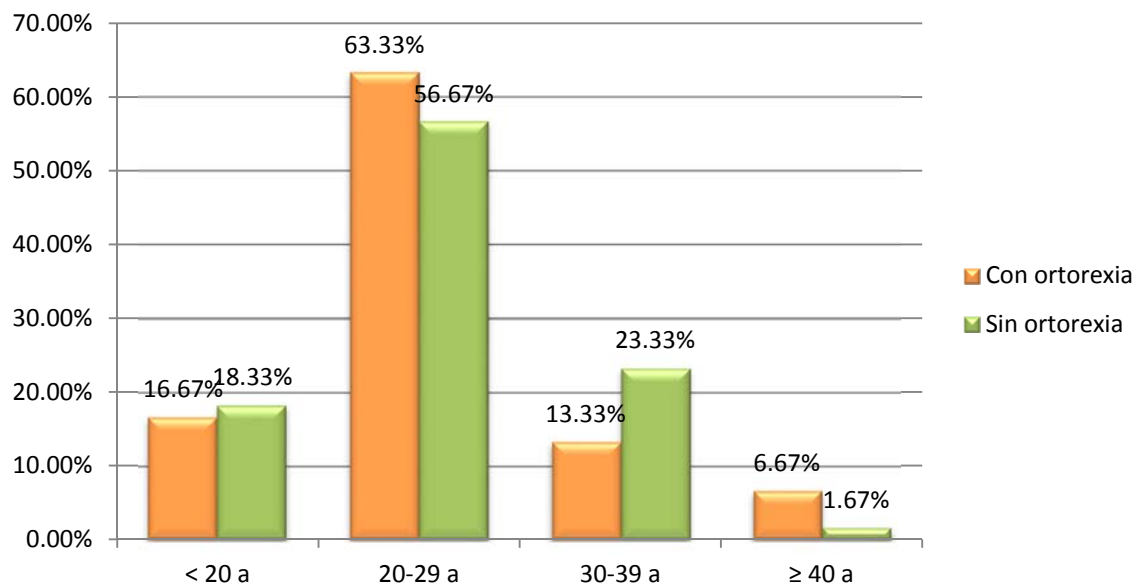
Edad (años)	Con ortorexia		Sin ortorexia		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
< 20 a	5	16,67%	11	18,33%	16	17,78%
20-29 a	19	63,33%	34	56,67%	53	58,89%
30-39 a	4	13,33%	14	23,33%	18	20,00%
≥ 40 a	2	6,67%	1	1,67%	3	3,33%
Total	30	100,00%	60	100,00%	90	100,00%

Se aprecia que la edad de los usuarios en su mayoría oscila entre 20 y 29 años

“Características Epidemiológicas y Frecuencia de la Ortorexia y su relación con el Ejercicio Físico en personas que acuden a Gimnasios de la ciudad de Arequipa - 2013”

Gráfico 2

Distribución de ortorexia en relación a la edad de los usuarios



Edad promedio \pm D. est. (mín – máx)

- Con ortorexia: 25,80 \pm 7,98 años (17-48 a)
- Sin ortorexia: 25,95 \pm 6,45 años (17-42 a)

Prueba t = 0,10

G. libertad = 88

p = 0,92

“Características Epidemiológicas y Frecuencia de la Ortorexia y su relación con el Ejercicio Físico en personas que acuden a Gimnasios de la ciudad de Arequipa - 2013”

Tabla 3

Distribución de ortorexia en relación al sexo de los usuarios

Sexo	Con ortorexia		Sin ortorexia		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
Varones	19	63,33%	42	70,00%	61	67,78%
Mujeres	11	36,67%	18	30,00%	29	32,22%
Total	30	100,00%	60	100,00%	90	100,00%

Chi² = 0,41

G. libertad = 1

p = 0,52

Se aprecia que la mayoría de la población es de sexo masculino

“Características Epidemiológicas y Frecuencia de la Ortorexia y su relación con el Ejercicio Físico en personas que acuden a Gimnasios de la ciudad de Arequipa - 2013”

Gráfico 3

Distribución de ortorexia en relación al sexo de los usuarios



“Características Epidemiológicas y Frecuencia de la Ortorexia y su relación con el Ejercicio Físico en personas que acuden a Gimnasios de la ciudad de Arequipa - 2013”

Tabla 4

Distribución de ortorexia en relación al estado civil de los usuarios

E. civil	Con ortorexia		Sin ortorexia		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
Soltero	28	93,33%	52	86,67%	80	88,89%
Conviviente	1	3,33%	5	8,33%	6	6,67%
Casado	1	3,33%	3	5,00%	4	4,44%
Total	30	100,00%	60	100,00%	90	100,00%

Chi² = 0,97

G. libertad = 2

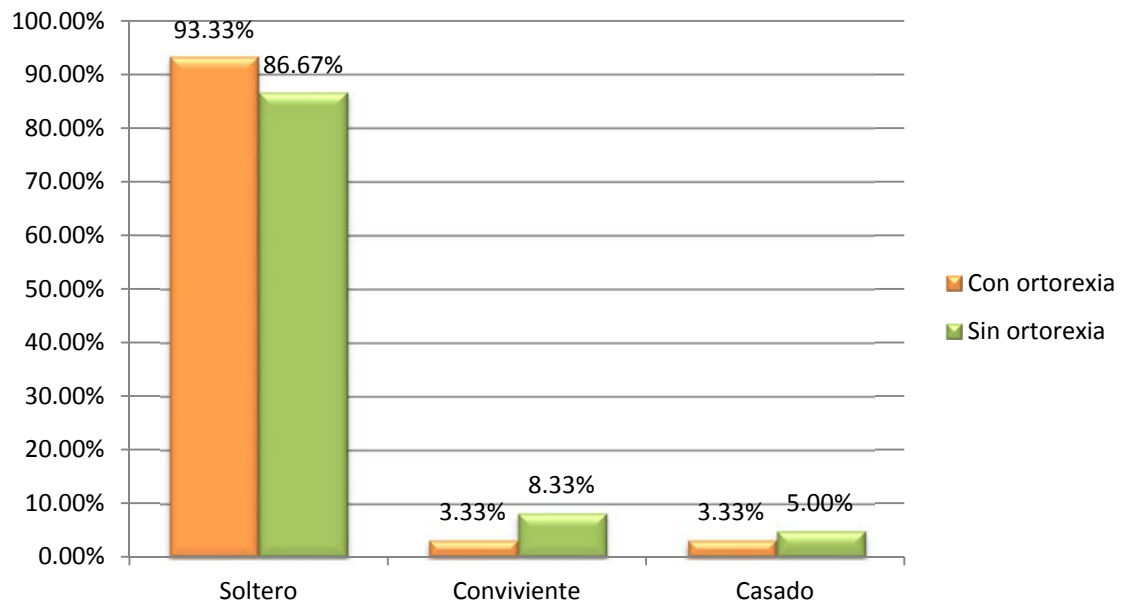
p = 0,61

Se aprecia que la mayoría de la población tiene un estado civil “Soltero”

“Características Epidemiológicas y Frecuencia de la Ortorexia y su relación con el Ejercicio Físico en personas que acuden a Gimnasios de la ciudad de Arequipa - 2013”

Gráfico 4

Distribución de ortorexia en relación al estado civil de los usuarios



“Características Epidemiológicas y Frecuencia de la Ortorexia y su relación con el Ejercicio Físico en personas que acuden a Gimnasios de la ciudad de Arequipa - 2013”

Tabla 5

**Distribución de ortorexia en relación al tiempo de asistencia en los
usuarios**

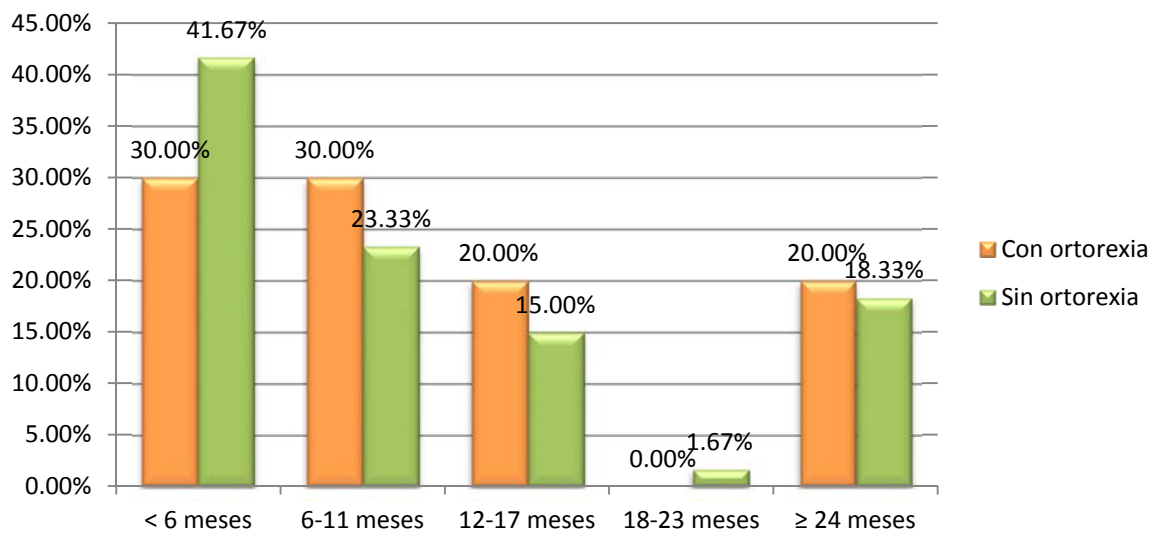
Tiempo	Con ortorexia		Sin ortorexia		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
< 6 meses	9	30,00%	25	41,67%	34	37,78%
6-11 meses	9	30,00%	14	23,33%	23	25,56%
12-17 meses	6	20,00%	9	15,00%	15	16,67%
18-23 meses	0	0,00%	1	1,67%	1	1,11%
≥ 24 meses	6	20,00%	11	18,33%	17	18,89%
Total	30	100,00%	60	100,00%	90	100,00%

Se aprecia que la mayor parte de la población tiene un tiempo de asistencia menor
a 1 año

“Características Epidemiológicas y Frecuencia de la Ortorexia y su relación con el Ejercicio Físico en personas que acuden a Gimnasios de la ciudad de Arequipa - 2013”

Gráfico 5

Distribución de ortorexia en relación al tiempo de asistencia al gimnasio en los usuarios



Tiempo promedio \pm D. est. (mín – máx)

- Con ortorexia: 24,07 \pm 46,68 meses (1 mes – 20 años)
- Sin ortorexia: 18,60 \pm 32,99 meses (1 mes – 15 años)

Prueba t = -0,65

G. libertad = 88

p = 0,52

“Características Epidemiológicas y Frecuencia de la Ortorexia y su relación con el Ejercicio Físico en personas que acuden a Gimnasios de la ciudad de Arequipa - 2013”

Tabla 6

**Distribución de ortorexia en relación al estado nutricional (IMC) de los
usuarios**

IMC	Con ortorexia		Sin ortorexia		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
Adelgazado	0	0,00%	1	1,67%	1	1,11%
Normal	17	56,67%	32	53,33%	49	54,44%
Sobrepeso	12	40,00%	22	36,67%	34	37,78%
Obeso	1	3,33%	5	8,33%	6	6,67%
Total	30	100,00%	60	100,00%	90	100,00%

Chi² = 1,35

G. libertad = 3

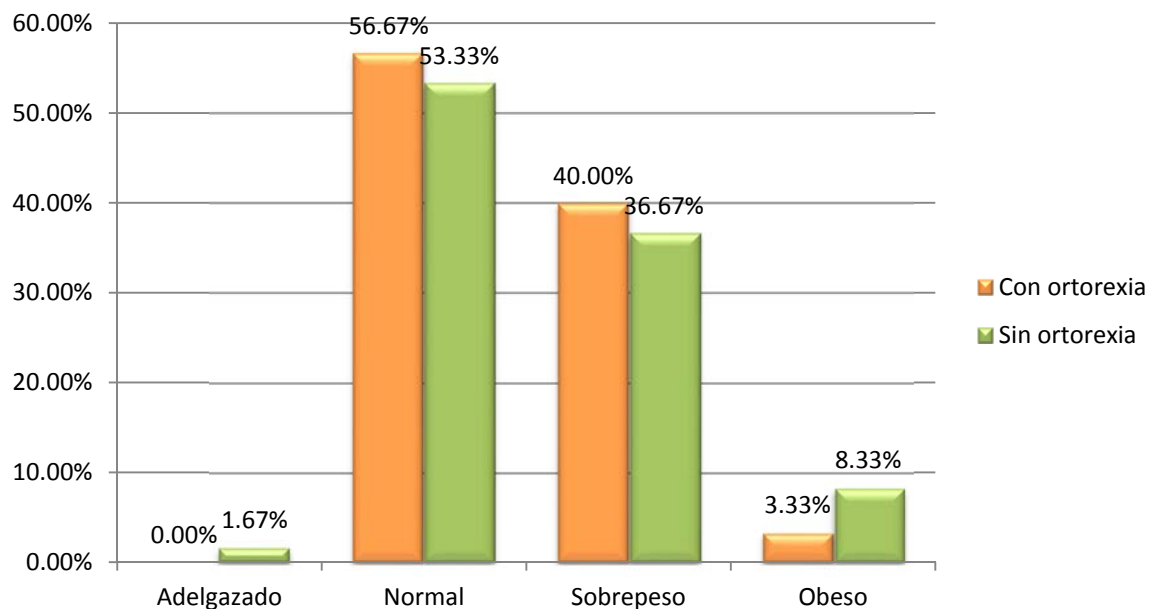
p = 0,71

Se aprecia que la mayor parte de la población tiene un estado nutricional entre
“normal” y con “sobrepeso”

“Características Epidemiológicas y Frecuencia de la Ortorexia y su relación con el Ejercicio Físico en personas que acuden a Gimnasios de la ciudad de Arequipa - 2013”

Gráfico 6

Distribución de ortorexia en relación al estado nutricional de los usuarios



“Características Epidemiológicas y Frecuencia de la Ortorexia y su relación con el Ejercicio Físico en personas que acuden a Gimnasios de la ciudad de Arequipa - 2013”

Tabla 7

**Distribución de ortorexia en relación al consumo de dietas especiales en
los usuarios**

Dieta	Con ortorexia		Sin ortorexia		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
Ninguna	13	43,33%	19	31,67%	32	35,56%
P. bajar de peso	2	6,67%	12	20,00%	14	15,56%
Hiperproteica	9	30,00%	23	38,33%	32	35,56%
Hipocalórica	6	20,00%	6	10,00%	12	13,33%
Total	30	100,00%	60	100,00%	90	100,00%

Chi² = 4,94

G. libertad = 3

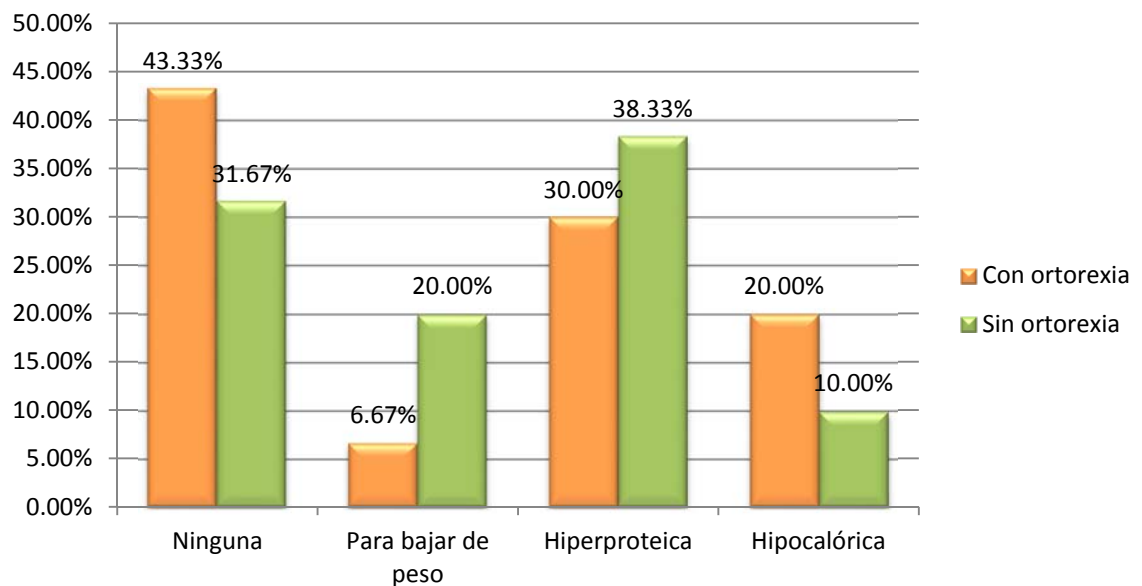
p = 0,18

Se aprecia que la mayor parte de la población no consume ninguna dieta especial

“Características Epidemiológicas y Frecuencia de la Ortorexia y su relación con el Ejercicio Físico en personas que acuden a Gimnasios de la ciudad de Arequipa - 2013”

Gráfico 7

Distribución de ortorexia en relación al consumo de dietas especiales en los usuarios



“Características Epidemiológicas y Frecuencia de la Ortorexia y su relación con el Ejercicio Físico en personas que acuden a Gimnasios de la ciudad de Arequipa - 2013”

Tabla 8

**Distribución de ortorexia en relación al consumo de suplementos
dietéticos en los usuarios**

Suplementos	Con ortorexia		Sin ortorexia		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
Ninguno	16	53,33%	33	55,00%	49	54,44%
Carnitina	1	3,33%	6	10,00%	7	7,78%
Proteínas	11	36,67%	13	21,67%	24	26,67%
Vitaminas	2	6,67%	8	13,33%	10	11,11%
Total	30	100,00%	60	100,00%	90	100,00%

Chi² = 3,64

G. libertad = 3

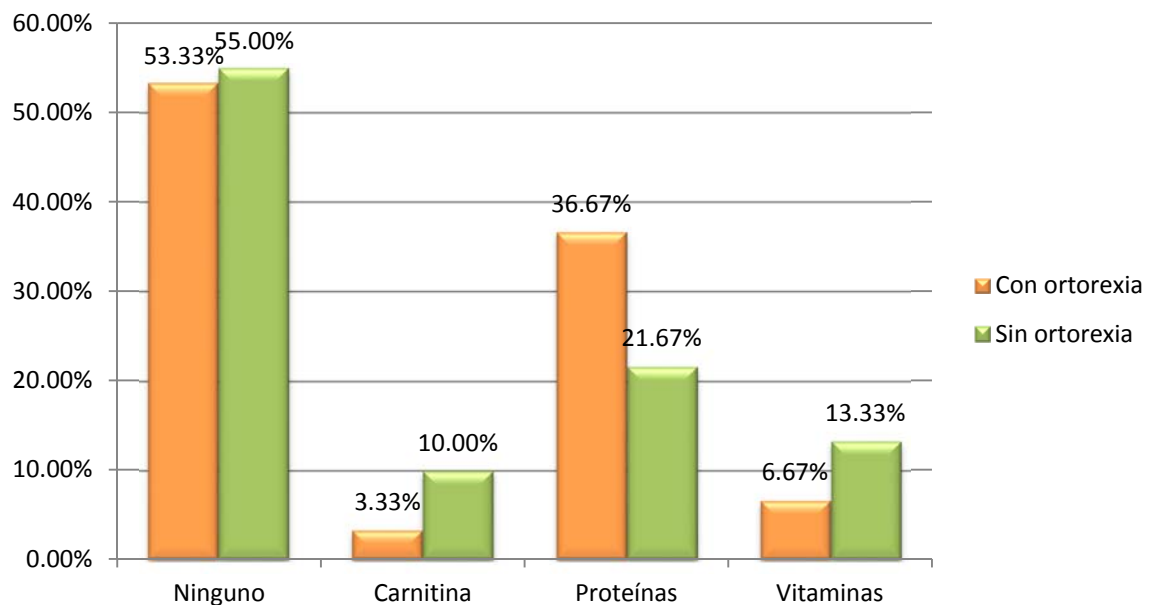
p = 0,30

**Se aprecia que la mayor parte de la población no consume ningún suplemento
dietético**

“Características Epidemiológicas y Frecuencia de la Ortorexia y su relación con el Ejercicio Físico en personas que acuden a Gimnasios de la ciudad de Arequipa - 2013”

Gráfico 8

Distribución de ortorexia en relación al consumo de suplementos dietéticos en los usuarios



“Características Epidemiológicas y Frecuencia de la Ortorexia y su relación con el Ejercicio Físico en personas que acuden a Gimnasios de la ciudad de Arequipa - 2013”

Tabla 9

**Distribución de ortorexia en relación a la preocupación por el Ejercicio
Físico en los usuarios**

Preoc. ejercicio	Con ortorexia		Sin ortorexia		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
Leve	25	83,33%	45	75,00%	70	77,78%
Moderada	4	13,33%	14	23,33%	18	20,00%
Grave	1	3,33%	1	1,67%	2	2,22%
Total	30	100,00%	60	100,00%	90	100,00%

Chi² = 1,43

G. libertad = 2

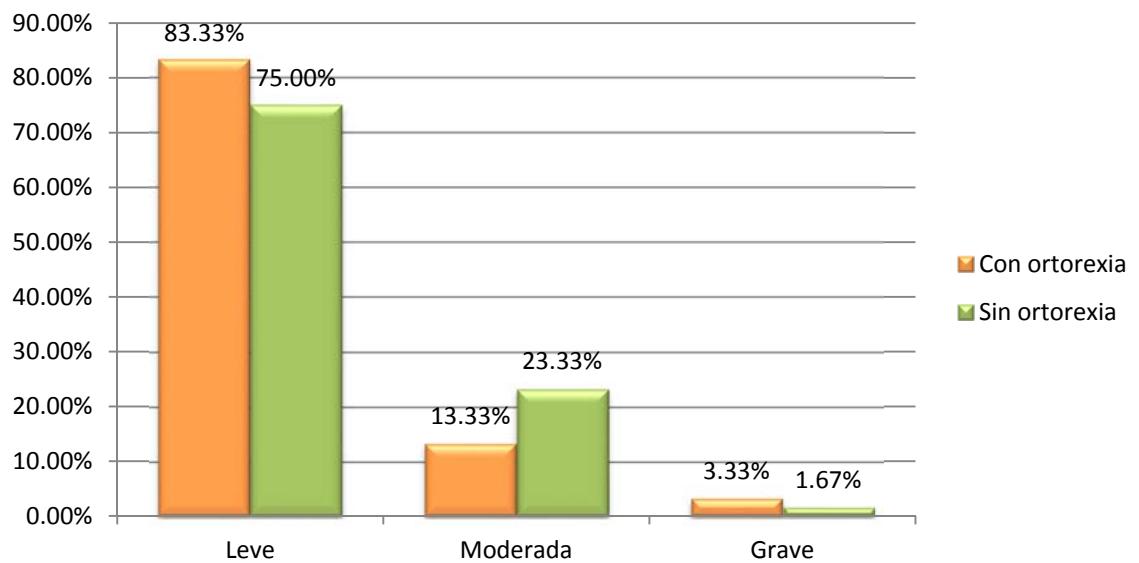
p = 0,49

Se aprecia que la mayor parte de la población tiene una preocupación leve por el
ejercicio físico

“Características Epidemiológicas y Frecuencia de la Ortorexia y su relación con el Ejercicio Físico en personas que acuden a Gimnasios de la ciudad de Arequipa - 2013”

Gráfico 9

Distribución de ortorexia en relación a la preocupación por el Ejercicio Físico en los usuarios



CAPÍTULO III

DISCUSIÓN Y COMENTARIOS



DISCUSIÓN Y COMENTARIOS

El presente estudio buscó determinar la frecuencia de Ortorexia y su asociación con el el Ejercicio Físico en personas que asisten a gimnasios de la ciudad de Arequipa en el 2013. Se realizó la presente investigación debido a que me llama la atención la frecuencia con la que algunas personas obsesionadas por el hecho de ejercitarse llegan al extremo de no ingerir una ración balanceada de alimentos diaria, con el objetivo de mejorar su aspecto estético, dejando de lado su propia salud física y mental.

Para tal fin se realizó una entrevista a una muestra de 90 personas de diferentes gimnasios para aplicar el Cuestionario de Preocupación por el Ejercicio Físico (ACQ) (Pope, Phillips y Olivardia, 2000) y el test diagnóstico para la Ortorexia “ORTO-15” (Donini et al., 2005), Se comparan grupos con prueba de asociación chi cuadrado y con prueba t de student.

En la **Tabla y Gráfico 1** se observa el resultado de la aplicación del test de diagnóstico de ortorexia; el 61,11% de asistentes a los gimnasios fueron normales, con 33,33% con ortorexia y 5,56% con diagnóstico de “falta de atención a la dieta”. No hay muchos estudios acerca de la frecuencia sobre esta enfermedad pero de los pocos que existen se toma como referencia un artículo que señala que en Estados Unidos, la frecuencia de la ortorexia está creciendo, siendo entre un 0.5-1% de su población total, otro estudio publicado recientemente y realizado entre 318 médicos residentes en un hospital de Ankara, en Turquía, estimó que el 45,5% de los participantes obtenían una

puntuación compatible con la ortorexia en el test de cribado ORTO-15¹. Todo esto nos lleva a pensar que existe una gran cantidad de la población que padece de esta patología sin si quiera saber de su existencia.

La **Tabla y Gráfico 2** muestran la relación de la edad con la presencia o no de ortorexia; en ambos grupos predominaron las edades de 20 a 29 años (58,89%), con edad promedio que en aquellos con ortorexia fue de 25,80 años, y en los casos sin ortorexia fue de 25,95 años, sin diferencias significativas entre los dos grupos ($p > 0,05$). No hay estudios concretos sobre la edad de aparición de esta enfermedad pero, según un periodista en Mexico atribuye la edad promedio de 20 a 35 años de edad la aparición de esta enfermedad, señalando que un estudio realizado por la UNAM dio estos datos en un artículo publicado el 2010². Tal vez nosotros podríamos atribuir también como promedio esas edades puesto que es precisamente cuando buscamos de manera sana ingerir alimentos saludables y practicar ejercicio regularmente, por el hecho de no querer envejecer o verse bien, o quizás simplemente que es la etapa donde más energías tenemos para realizar cualquier actividad deportiva.

En la **Tabla y Gráfico 3** se muestra la distribución de sexo de los pacientes según la presencia de ortorexia; en ambos grupos hubo predominantemente varones (60% con ortorexia, 70% sin ortorexia; .el estado civil delos pacientes fue también similar ($p >$

¹ Bagci Bosi AT, Camur D, Güler C. Prevalence of orthorexia nervosa in resident medical doctors in the faculty of medicine (Ankara, Turkey). *Appetite*. 2007 13.

² <http://journalmex.wordpress.com/2010/03/27/ortorexia-trastorno-alimenticio-entre-los-20-y-35-anos-de-edad/#comments>

0,05), con predominio de solteros en ambos grupos (93,33% con ortorexia, 86,67% sin ortorexia; $p > 0,05$) como se muestra en la **Tabla y Gráfico 4**.

“Se presenta en mayor medida entre hombres, jóvenes o adultos jóvenes, con un nivel escolar y socioeconómico alto”. Tal y como lo indica *Iñarritu Pérez, María del Carmen* en su libro “*Trastornos de Conducta Alimentaria*” (UNAM)-2005 esta patología lo presentan más personas del sexo masculino, tal vez en el caso de esta investigación por el hecho de que se realizó el estudio en Gimnasios y los usuarios son más varones que mujeres, es que hayamos tenido mayor población de hombres, pero lo cierto es que el mayor porcentaje de ortorexia lo padecen las personas del género masculino. Cabe mencionar también que el gran porcentaje de los usuarios de los gimnasios tienen un estado civil “soltero”.

En la **Tabla y Gráfico 5** se muestra la relación del tiempo de asistencia al gimnasio con la presencia de ortorexia; la mayoría de ambos grupos asistió menos de 12 meses (60% en el primer grupo, 65% en el segundo), con tiempo promedio en el grupo con ortorexia de 24,07 meses y en el grupo sin ortorexia de 18,60 meses, con diferencias que no fueron significativas ($p > 0,05$). Respecto a este punto debemos mencionar que los usuarios fueron elegidos al azar, por ende no se prestó atención a un tiempo “obligatorio” de asistencia a un gimnasio, en otras palabras, no había un límite de asistencia en tiempo a los gimnasios. Ahora, la mayor parte de las personas que padecen de ortorexia (60%) acuden al gimnasio en un tiempo de 12 meses o menos, dejando lo restante (40%) a aquellas personas que acuden más de 1 año, entre ellos los fisicoculturistas, lo cual nos

indica que no necesariamente el ir a los gimnasios y practicar este deporte hace que padezcas de esta enfermedad.

El estado nutricional de los asistentes a los gimnasios en relación a la presencia de ortorexia se muestra en la **Tabla y Gráfico 6**; hubo 43,33% de personas con sobrepeso u obesidad que presentaban ortorexia, comparado con 45% en el grupo sin ortorexia, sin diferencias significativas entre los grupos ($p > 0,05$). Este cuadro se basa en el IMC (Índice de Masa Corporal) y sus características (Adelgazado ($< 18,5$), Normal (18,5-24,9) Sobrepeso (25-29.9) Obeso (30 a más)). Se observa que de las personas que padecen de ortorexia tienen un IMC de 25 a más un 43,33%, y de las personas que no padecen ortorexia tiene un 45%, una diferencia mínima, lo cual no implica que haya mayor diferencia, cabe señalar el hecho de que las personas con un alto valor de IMC ($25 <$) no necesariamente son personas con sobrepeso u obesas, sino por el hecho de realizar ejercicio de pesas, su masa muscular aumenta y por ende su peso también, aumentando el IMC que cada uno posee.

En la **Tabla y Gráfico 7** se muestra el empleo de dietas especiales en los usuarios; no hubo diferencias significativas en el empleo de las dietas ($p > 0,05$), predominando en ambos grupos el no uso de las mismas o la dieta hiperproteica (35,56% cada una, con 15,55% de usuarios que emplearon dieta para bajar de peso. El uso de suplementos en los usuarios (**Tabla y Gráfico 8**) fue también semejante en aquellos con y sin ortorexia, y se dio en 45,56% de casos con predominio de la ingesta de proteínas (26,67%). Debemos señalar que las personas con ortorexia en un 32,67% no consume ninguna dieta especial, al contrario de las personas que no tiene ortorexia que en su mayoría (38,33%) ingiere una dieta hiperproteica, y sobre lo suplementos ambas poblaciones en su gran mayoría no

ingere nada, dejando en 2do lugar a la ingesta de proteínas como suplemento, esto por el hecho de que lo primero que quieren ganar es masa muscular y son recomendados a ingerir este suplemento.

Finalmente, en la **Tabla y Grafico 9** se muestra la relación de la ortorexia con la preocupación por el ejercicio, evaluado con el cuestionario de Preocupación por el Ejercicio Físico (ACQ); el 77,78% de usuarios presentó preocupación leve, 20% moderado y sólo 2,22% una preocupación grave por la realización de ejercicios, que no se asoció de manera significativa ($p > 0,05$) con la presencia de ortorexia, ya que se vieron en proporciones semejantes. En otras palabras el hecho de tener una preocupación o no por realizar actividades físicas en los gimnasios no implica que vayas a tener ortorexia en un futuro, sino que la ingesta de una dieta inadecuada te lleva a adquirir esta enfermedad.



CAPITULO IV

CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS

CONCLUSIONES

- Primera.** Ocurrió ortorexia en un tercio de personas que asisten a gimnasios de la ciudad de Arequipa 2013.
- Segunda.** La edad, el sexo y el estado civil de las personas que asisten a los gimnasios de Arequipa son variables, con una mayor predominancia de personas entre la segunda década de la vida, de sexo masculino y solteros.
- Tercera.** El IMC de las personas que asisten a los gimnasios de la ciudad de Arequipa es relativamente elevado sin llegar a concluir que la mayoría sean obesos puesto que la mayoría de usuarios obtiene un peso elevado por el ejercicio que realiza.
- Cuarta.** La preocupación por el Ejercicio Físico que tienen los usuarios que asisten a los gimnasios de la ciudad de Arequipa es leve en su gran mayoría
- Quinta.** No existe relación significativa entre la preocupación por realizar ejercicio físico y la ortorexia en personas que acuden a gimnasios de la ciudad de Arequipa.

SUGERENCIAS

PRIMERA: Los instructores de los gimnasios deberían tener más en cuenta a los usuarios que de mala manera relacionan el hecho de asistir a un gimnasio con realizar una dieta inadecuada.

SEGUNDA: Los gimnasios deberían incentivar a que sus usuarios realicen más consultas sobre el tipo de dieta y ejercicio que deben llevar a cabo.

TERCERA: Los gimnasios deberían de promover el control adecuado del ejercicio que se realiza junto con el tipo de dieta para cada uno de los usuarios.

CUARTA: Los administradores junto con su personal de nutrición tienen que llevar un adecuado control de la dieta en todos los usuarios a los gimnasios de la ciudad de Arequipa.

QUINTA: Los administradores de los gimnasios deberían realizar más charlas informativas acerca de esta patología, para así poder instruir a todos sus usuarios sobre una adecuada dieta.

SEXTA: El personal de salud tendría que realizar más investigaciones sobre el tema, no solo en gimnasios sino también en toda la población de la ciudad de Arequipa

BIBLIOGRAFÍA

BIBLIOGRAFIA

1. Iñarritu Pérez M, Cruz Licea V, Morán Álvarez I. INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN PARA LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA. Revista salud pública y nutrición. Abril-Junio 2012; VOI 5. N° 2.
2. Bratman S, Knight D. Health Food Junkies: Orthorexia Nervosa: Overcoming the Obsession with Healthful Eating. New York: Broadway publisher, 2001
3. Catalina Zamora ML, Bote Bonaecha B, García Sánchez F, Ríos Rial B. Ortorexia nerviosa. ¿Un nuevo trastorno de la conducta alimentaria? Actas EspPsiquiatr. 2005;33(1):66-8

HEMEROGRAFÍA

- 1) Asociación Psiquiátrica Americana (2000). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. DSM-IV-TR. Barcelona. Masson.
- 2) Iñarritu Pérez M, Cruz Licea V, Morán Álvarez I. INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN PARA LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA. Revista salud pública y nutrición. Abril-Junio 2012; VOI 5. N° 2. Disponible en: <http://www.respyn.uanl.mx/v/2/ensayos/ensayotca.htm>
- 3) Bratman S, Knight D. Health Food Junkies: Orthorexia Nervosa: Overcoming the Obsession with Healthful Eating. New York: Broadway publisher, 2001

- 4) Catalina Zamora ML, Bote Bonaechea B, García Sánchez F, Ríos Rial B. Ortorexia nerviosa. ¿Un nuevo trastorno de la conducta alimentaria? *Actas EspPsiquiatr.* 2005;33(1):66-8
- 5) Donini LM, Marsili D, Graziani MP, Imbriale M, Cannella C. Orthorexia nervosa: validation of a diagnosis questionnaire. *Eat Weight Disord.* 2005;10(2):e28-32
- 6) Baile Ayensa J, Monroy Martínez K, Garay Rancel F. Alteración de la imagen corporal en un grupo de usuarios de gimnasios. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, enero-junio 2005; 10 (1): 161-169
- 7) Pérez M. Gual P, Irala J, Martínez M y cols. Prevalencia de trastornos de la conducta alimentaria en las adolescentes navarras. *Medicina Clínica* 2000; 114: 481-486.
- 8) Iñarritu Pérez, María del Carmen, *Trastornos de la Conducta Alimentaria* Universidad Autónoma de México (UNAM) Noviembre 2005
- 9) Muñoz R, Martínez A. Ortorexia y Vigorexia: ¿nuevos trastornos de la conducta alimentaria? *Trastornos de la Conducta Alimentaria* 5 (2012) 457-482
- 10) Pinto Nuñez R. Vigorexia como trastorno de la conducta alimentaria y su relación con la autoestima en fisicoculturistas varones de los gimnasios de Arequipa. Tesis para optar el título profesional de Médico Cirujano, Facultad de Medicina de la Universidad Católica de Santa María, 2010
- 11) Baile Ayensa J, González Díaz A, Ramírez Ortiz C, Suárez Andujo P. Imagen corporal, hábitos alimentarios y hábitos de ejercicio físico en hombres usuarios de gimnasio y hombres universitarios no usuarios. *Revista de Psicología del deporte* 2011. Vol. 20, núm. 2, pp. 353-366.

- 12) Behar R, Molinari D. Dismorfia muscular, imagen corporal y conductas alimentarias en dos poblaciones masculinas. Rev. méd. Chile 2010; vol.138, n.11: 1386-1394.
- 13) Zepeda E, Franco K, Valdes E. Estado nutricional y sintomatología de dismorfia muscular en varones usuarios de gimnasio. Rev. chil. nutr. 2011, vol.38, n.3: 260-267
- 14) Fanjul Peyró C. Vigorexia: una mirada desde la publicidad. SpheraPública 2009; Núm. 9, : 297-29

INTERNET

- 1) Boletín consumer 14 de enero de 2011. Ortorexia: “Adictos a la comida saludable”. Disponible en URL [http://www.consumer.es/web/es/alimentacion/salud_y_alimentacion/adulto_y_vejez/2003/01/14/55947.php]
- 2) González, L). Personalidad y trastornos de la conducta alimentaria. Revista Salud mental. Consultado en: http://www.inprfcd.org.mx/revista_sm/simple_search.php?mots=anorexia
- 3) <http://content.pymenta.com/grupos/fumtadip/info.php?cat=Tratamientos>
- 4) <http://saludyalimentacion.consumer.es/anorexia-y-bulimia-nerviosas/prevencion-y-tratamiento>
- 5) <http://www.medicinayprevencion.com/anorexia/anorexia.htm>
- 6) http://www.manantiales.org.uy/pagina.php?id=tratamientos%7Cbulimia_y_anorexia
- 7) <http://www.monografias.com/trabajos59/trastornos-conducta-alimentaria/trastornos-conducta-alimentaria2.shtml#ixzz2McEsF4DD>

A large, faint watermark of the Universidad Católica de Santa María logo is centered in the background. It features a shield with a cross, a book, and a lamp, surrounded by a banner and a crown. The text 'UNIVERSIDAD CATOLICA SANTA MARIA' is written around the shield, and the year '1961' is at the bottom.

ANEXOS

ANEXO 1

Ficha de recolección de datos

Nº de Ficha: _____

Iniciales: _____ Edad: _____ años Sexo: Varón Mujer

Estado civil: Soltero Conviviente Casado

Desde cuándo acude a gimnasios: _____ meses

Peso: _____ kg Talla: _____ m IMC: _____

Consumes alguna dieta especial? No

Para bajar de peso Hiperproteica Hipercalórica Hipocalórica

Otra _____

Consumen suplementos dietéticos: No Vitaminas Carnitina Hormonas

Otro _____

Observaciones:

.....

.....

.....

.....

ANEXO 2

Cuestionario ACQ

A continuación encontrará unas preguntas acerca de su apariencia. Responda con sinceridad, las encuestas son anónimas y los resultados serán usados sólo con fines de la presente investigación.

- 1) ¿Cuánto tiempo dedicas cada día preocupándote por algún aspecto de tu apariencia (no simplemente pensando sino preocupándote)?
 - a) Menos de 30 minutos.
 - b) De 30 a 60 minutos.
 - c) Más de 30 minutos.
- 2) ¿Con qué frecuencia estás mal por alguna cuestión relacionada con tu apariencia (preocupado, ansioso, deprimido...)?
 - a) Nunca o raramente.
 - b) Algunas veces.
 - c) Frecuentemente.
- 3) ¿Con qué frecuencia evitas que partes de tu cuerpo o tu cuerpo entero sea vistopor otros? Por ejemplo, ¿con qué frecuencia evitas ir a vestuarios, piscinas o situaciones donde debas quitarte la ropa? O también, ¿con qué frecuencia llevas ropas que alteran u ocultan tu apariencia corporal, como por ejemplo intentar ocultar tu cabello o llevar ropas holgadas para esconder tu cuerpo?
 - a) Nunca o raramente.
 - b) Algunas veces.
 - c) Frecuentemente.
- 4) ¿Cuánto tiempo dedicas cada día a actividades de aseo para mejorar tu apariencia?
 - a) Menos de 30 minutos.
 - b) De 30 a 60 minutos.
 - c) Más de 60 minutos.
- 5) ¿Cuánto tiempo dedicas cada día a actividades físicas para mejorar tu apariencia física, tales como levantamiento de pesas, *jogging*, máquina de caminar? (Nos referimos sólo a esas actividades deportivas cuyo objetivo principal sea mejorar la apariencia física).

- a) Menos de 60 minutos.
 - b) De 60 a 120 minutos.
 - c) Más de 120 minutos.
- 6) ¿Con qué frecuencia sigues dietas comiendo alimentos especiales (por ejemplo, de alto grado proteínico o comidas bajas en grasas) o ingieres suplementos nutricionales para mejorar tu apariencia?
- a) Nunca o raramente.
 - b) Algunas veces.
 - c) Frecuentemente.
- 7) ¿Qué parte de tus ingresos económicos los empleas en cuestiones dedicadas a mejorar tu apariencia (por ejemplo, comidas especiales de dieta, suplementos nutricionales, productos para el pelo, cosméticos, técnicas cosméticas, equipamiento deportivo, cuotas de gimnasio...)?
- a) Una cantidad insignificante.
 - b) Una cantidad sustancial, pero nunca hasta el punto de que me cree problemas económicos.
 - c) Una cantidad suficiente hasta el punto de crearme problemas económicos.
- 8) ¿Con qué frecuencia tus actividades relacionadas con tu apariencia física afectan tus relaciones sociales (por ejemplo, el tener que dedicar tiempo a entrenamientos, prácticas alimentarias especiales o cualquier otra actividad relacionada con tu apariencia que terminan afectando a tus relaciones con otras personas)?
- a) Nunca o raramente.
 - b) Algunas veces.
 - c) Frecuentemente.
- 9) ¿Con qué frecuencia tu vida sexual se ha visto afectada por tus preocupaciones relacionadas con la apariencia?
- a) Nunca o raramente.
 - b) Algunas veces.
 - c) Frecuentemente.
- 10) ¿Con qué frecuencia tus preocupaciones con la apariencia o actividades relacionadas con ella han comprometido tu trabajo o carrera (o tus actividades académicas si eres estudiante) (por ejemplo, llegando tarde, perdiendo horas de trabajo o de clase, trabajando por debajo de tu

capacidad o perdiendo oportunidades de mejora o ascenso por preocupaciones y/o actividades con la imagen corporal)?

- a) Nunca o raramente.
- b) Algunas veces.
- c) Frecuentemente.

11) ¿Con qué frecuencia has evitado ser visto por otra gente debido a tus preocupaciones con tu apariencia (por ejemplo, no yendo a la escuela, al trabajo, a eventos sociales o a estar en público...)?

- a) Nunca o raramente.
- b) Algunas veces.
- c) Frecuentemente.

12) ¿Has consumido algún tipo de droga, legal o ilegal, para ganar músculo, perder peso o para cualquier intento de mejorar tu apariencia?

- a) Nunca.
- b) Sólo drogas legales, compradas en sitios oficiales o bajo prescripción.
- c) He usado esteroides legales, píldoras de adelgazamiento u otras sustancias.

13) ¿Con qué frecuencia has tomado medidas extremas (que no sean el uso de drogas) para cambiar tu apariencia, tales como hacer ejercicio excesivo, entrenar incluso estando adolorido, hacer dietas extremas, vomitar, usar laxantes u otros métodos de purga, usar técnicas no convencionales de desarrollo muscular, crecimiento del pelo, alargamiento del pene, etc.?

- a) Nunca o raramente.
- b) Algunas veces.
- c) Frecuentemente.

Calificación:

- Preocupación leve (0 a 9 puntos)
- Preocupación moderada (de 10 a 19 puntos)
- Preocupación grave (de 20 a 29 puntos)
- Preocupación posiblemente patológica (de 30 a 39 puntos)

Anexo 3 Cuestionario ORTO-15

	Siempre	A Menudo	A Veces	Nunca
1.- ¿Cuando come, usted presta atención a las colorías que consume?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.- ¿Cuando vas a una tienda de comida te sientes confundido?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.- ¿En los últimos 3 meses, el pensar en la comida le preocupa?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4.- ¿Sus opciones para comer están condicionadas por su preocupación acerca de su estado de salud?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5.- ¿Es el sabor de la comida más importante que la calidad cuando ingiere la comida?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6.- ¿Está usted dispuesto a gastar más dinero para obtener una alimentación más sana?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7.- ¿Pasa más de tres horas al día pensando en su dieta?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8.- ¿Se ha vuelto Ud. más estricto consigo mismo en los últimos tiempos?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9.- ¿Cree usted que su estado de ánimo afecta a su conducta alimentaria?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10.- ¿Ha mejorado su autoestima alimentándose de forma sana?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11.- ¿Supone un problema su dieta a la hora de comer fuera distanciándolo de su familia y sus amigos?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12.- ¿Cree usted que ingerir comida sana mejorar su apariencia?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13.- ¿Se siente culpable cuando se falta a su régimen dietético?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14.- ¿Cree usted que en el mercado solo hay alimentos no saludables?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15.- En la actualidad, ¿se siente solo al momento de ingerir sus comidas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Universidad Católica de Santa María

“IN SCIENTIA ET FIDE ERIT FORTITUDO NOSTRA”

Facultad de Medicina Humana

Programa Profesional de Medicina Humana



**“Características Epidemiológicas y Frecuencia de la Ortorexia y
su relación con el Ejercicio Físico en personas que acuden a
Gimnasios de la ciudad de Arequipa - 2013”**

Autor:

GIANFRANCO RONALD ROMÁN GÓMEZ

Proyecto de Investigación para optar el Título
Profesional de Médico Cirujano

**Arequipa - Perú
2013**

I. PREÁMBULO

La preocupación por la imagen corporal es una de las características de las sociedades modernas. Durante las últimas décadas se ha observado un gran interés en el sexo femenino por mantener una determinada figura estética, fundamentada en la delgadez, y en los varones por una figura delineada y musculosa (1). Se ha establecido una relación morbosa entre belleza, éxito y delgadez, que se ha relacionado con el incremento de los trastornos de la conducta alimentaria. Dichos trastornos se han generalizado hasta el punto de que se estima que un 4.5 % de las mujeres adolescentes y jóvenes puede estar afectado por alguno de ellos: anorexia nerviosa, bulimia nerviosa o trastornos de conducta alimentaria no especificados, ente ellos la Ortorexia (2).

Los trastornos del comportamiento alimentario (TCA) son complejas enfermedades psicosomáticas de origen multifactorial, influidas por determinantes socioculturales, que tienen mucho que ver con modificaciones en los hábitos y estilos de vida alimentarios, y con ideales estético/corporales. Los trastornos alimentarios evolucionan de forma gradual desde conductas leves y transitorias, que son muy frecuentes en la población general, hasta entidades clínicas mayores bien definidas, que se encuentran entre las enfermedades mentales de mayor letalidad.

No está claro el proceso que lleva de aquellas conductas a desarrollar la enfermedad, pero un factor puede ser la excesiva preocupación por la imagen corporal. No se ha analizado previamente esta relación. El hallazgo de dependencia entre este trastorno puede

ayudar desde un punto de vista preventivo, para la detección precoz de una situación de riesgo y su tratamiento con el objetivo de mejorar el pronóstico de esta patología.



II. PLANTEAMIENTO TEÓRICO

1. Problema de investigación

1.1. Enunciado del Problema

¿Cuál es la Frecuencia de la Ortorexia en personas que asisten a gimnasios de la ciudad de Arequipa en el 2013?

¿Cuáles son las características epidemiológicas de las personas que padecen de Ortorexia en personas que asisten a gimnasios de Arequipa en el 2013?

¿Existe asociación entre la Ortorexia y el Ejercicio Físico en personas que asisten a gimnasios de la ciudad de Arequipa en el 2013?

1.2. Descripción del Problema

a) Área del conocimiento

- Área general: Ciencias de la Salud
- Área específica: Medicina Humana
- Especialidad: Psiquiatría
- Línea: Trastornos alimentarios

b) Análisis de Variables

Variable	Indicad	Valores o categorías	Tipo de variable
V. dependiente:			
Preocupación por Ejercicio Físico	Respues question ACQ	Calificación: ➤ Preocupación leve (0 a 9 puntos) ➤ Preocupación moderad (de 10 a 19 puntos) ➤ Preocupación grave (de 20 a 29 puntos) ➤ Preocupación posiblemente patológica (de 30 a 39 puntos)	Nominal
Variable independiente:			
Ortorexia	Cuestion ORTO-1	>40: Normal >40 con prevalencia de respuestas “Nunca”:Fa de atención a su dieta 40 -50: Ortorexia 50 - 60: Ortorexia Seve	Ordinal
Características Epidemiológicas			
Edad	Fecha de nacimiento	Años	De razón
Sexo	Caracter sexuales secundarias	Masculino o femenino	Nominal
Estado civil	Unión c	Soltero, conviviente, casado, separado	Nominal

IMC	Relación peso y estatura Kg/m ²	Adelgazado (< 18,5), Normal (18,5-24,9) Sobrepeso (25-29.9) Obeso (30 a más)	Ordinal
Tiempo de ejerci	Fecha q ingresa : gimnasi	Meses	De razón

c) Interrogantes básicas

1. ¿Cuál es la Frecuencia de la Ortorexia en personas que acuden a Gimnasios de la ciudad de Arequipa?
2. ¿Cuáles son las características epidemiológicas de las personas que acuden a gimnasios de la Ciudad de Arequipa?
3. ¿Cuál es el IMC de las personas que asisten a gimnasios de la ciudad de Arequipa?
4. ¿Cuál es la preocupación por el Ejercicio Físico en personas que acuden a gimnasios de la ciudad de Arequipa?
5. ¿Existe asociación entre la frecuencia de la Ortorexia y la preocupación por el ejercicio físico en personas que acuden a gimnasios de la ciudad de Arequipa?

d) **Tipo de investigación:** Es un estudio transversal

e) **Nivel de investigación:** Según Altman se trata de un estudio observacional transversal y descriptivo

1.3. Justificación del problema

Originalidad: Puesto que el presente trabajo va dirigido a establecer la frecuencia de la Ortorexia y su relación con el ejercicio físico en personas que asisten a gimnasios de la

ciudad de Arequipa; algunos estudios han abordado el tema del trastorno de la percepción de la imagen corporal pero con la autoestima de las personas que acuden a gimnasios. Ninguno hasta el momento ha evaluado la incidencia del trastorno mencionado con su relación con el ejercicio físico.

Relevancia científica: La preocupación excesiva por la imagen corporal y su relación con el ejercicio físico intenso puede acompañarse de alteraciones de la conducta alimentaria (Ortorexia) que pueden alterar el estado de salud de las personas que lo sufren.

Relevancia social: Estos trastornos por lo general afectan a mujeres y varones adolescentes o jóvenes que se convertirán en adultos que tendrán a su cargo el manejo de la sociedad en un futuro cercano.

Relevancia práctica: Porque permitirá identificar la presencia de trastornos de la percepción corporal y la conducta alimentaria para sugerir formas de detección antes del ingreso a los gimnasios y lograr un manejo integral.

Relevancia Contemporánea: Este estudio es contemporáneo debido al cambio permanente de los patrones de belleza corporal y su impacto en la salud mental.

Factibilidad: Este estudio es factible de realizar porque es un estudio transversal en el que se cuenta con personas motivadas por su salud y el ejercicio físico.

Interés Personal: Además de tener una cierta motivación por realizar una investigación en el área de la psiquiatría, me llama la atención la frecuencia con la que algunas personas obsesionadas por el hecho de ejercitarse llegan al extremo de no ingerir una ración balanceada de alimentos diaria, con el objetivo de mejorar su aspecto estético, dejando de lado su propia salud física y mental.

Contribución académica: En el campo de la medicina por el desarrollo del proyecto en el área de pregrado en medicina y porque es un precedente para nuevos estudios realizados

sobre la Ortorexia y su relación con el ejercicio físico, contribuyendo a la prevención de los mismos.

2 Marco Teórico

2.1.-Trastornos de la Conducta Alimentaria

2.1.1 Definición

Los *trastornos de la conducta alimentaria* (TCA) engloban varias enfermedades crónicas y progresivas que, a pesar de que se manifiestan a través de la conducta alimentaria, en realidad consisten en una gama muy compleja de síntomas entre los que prevalece una alteración o distorsión de la auto-imagen corporal, un gran temor a subir de peso y la adquisición de una serie de valores a través de una imagen corporal.

2.1.2 Fisiopatología

Los factores que pueden causar trastornos alimentarios son:

- **Factores biológicos:** Hay estudios que indican que niveles anormales de determinados componentes químicos en el cerebro (neurotransmisores) predisponen a algunas personas a sufrir ansiedad, perfeccionismo, pensamientos y comportamientos obsesivos y compulsivos. Estas personas son más vulnerables a sufrir un trastorno de la conducta alimentaria.
- **Factores psicológicos:** Las personas con trastornos alimentarios tienden a tener expectativas no realistas de ellos mismos y de las demás personas. A pesar de ser exitosos se sienten incapaces, ineptos, defectuosos, etc. No tienen sentido de

identidad. Por eso tratan de tomar control de su vida y muchas veces se enfocan en la apariencia física para obtener ese control.

- **Factores familiares:** Personas con familias sobre-protectoras o disfuncionales inflexibles e ineficaces para resolver problemas tienden a desarrollar estos trastornos. Muchas veces no muestran sus sentimientos y tienen grandes expectativas de éxito. Los niños aprenden a ocultar sus sentimientos, desarrollan miedo, inseguridad, dudas, etc., y toman el control por medio del peso y la comida.
- **Factores sociales:** Los medios de comunicación asocian lo bueno con la belleza física (según cánones actuales) y lo malo con la imperfección física. Las personas populares, exitosas, inteligentes, admiradas, son personas con el cuerpo perfecto, lo bello. Las personas que no son delgadas y atractivas son asociadas con el fracaso.

2.1.3 Clasificación

2.1.3.1 Trastorno por atracón

Se habla de trastorno por atracón cuando se produce una sobre ingesta compulsiva de alimentos. Después de este ataque de glotonería aparece una fase de restricción alimentaria en la que baja la energía vital y se siente la necesidad imperiosa de comer. Una vez que se inicia otra sobre ingesta, disminuye la ansiedad, el estado de ánimo mejora, el individuo reconoce que el patrón alimenticio no es correcto y se siente culpable por la falta de control; aun así la persona con este trastorno continúa con este comportamiento a sabiendas de que le causa daño a su cuerpo y salud.

2.1.3.1.1 Signos y Síntomas

Algunos signos y síntomas que puede manifestar un afectado son:

- Incapacidad para ejercer el control sobre el consumo de alimentos.
- Sentimientos de pérdida de control durante el atracón.
- Consumo inusual de grandes cantidades de alimentos a la vez, mucho más que una persona promedio.
- Consumo mucho más rápido durante el episodio de atracón que durante episodios habituales de alimentación.
- Ingieren alimentos hasta sentirse físicamente incómodos (indigestión) y con náuseas, debido a la cantidad de alimentos consumido.
- Come cuando está deprimido, nervioso o aburrido.
- Come grandes cantidades de comida, incluso cuando no tiene hambre.
- A menudo come solo durante los períodos de alimentación normal, debido a sentimientos de vergüenza.
- Se siente disgustado, deprimido o culpable después de comer en exceso.
- Experimenta una rápida ganancia de peso, o incluso un inicio repentino de obesidad
- Sufre de depresión severa.
- Se irrita con facilidad.
- Por la depresión puede llevar a hasta suicidarse

2.1.3.2 Bulimia

2.1.3.2.1 Definición

La persona con bulimia experimenta ataques de voracidad que vendrán seguidos por ayunos o vómitos para contrarrestar la ingesta excesiva, uso o abuso de laxantes para facilitar la evacuación, preocupación excesiva por la imagen corporal y sentimientos de depresión, ansiedad y culpabilidad por no tener autocontrol. Las personas que padecen dicha enfermedad llegan a tener hasta 15 episodios por semana. Afecta principalmente a personas jóvenes, en su mayoría son mujeres; también afecta a personas que han padecido anorexia o han realizado dietas sin control. Intervienen factores biológicos, psicológicos y sociales.

Existen dos tipos:

- Bulimia purgativa: después de los periodos de atracones, el enfermo usa laxantes, diuréticos o se provoca el vómito como método compensatorio.
- Bulimia no purgativa: para contrarrestar los atracones, hace ejercicio en exceso, dietas restrictivas o incluso ayunos.

Los factores principales que van a mantener este problema son la ansiedad, la falta de autoestima y la alteración de la imagen corporal. Las consecuencias de las conductas bulímicas son amenorrea, malformaciones en los dedos, problemas dentales y maxilofaciales, debido a los constantes atracones, pérdida de cabello. Arritmias que pueden desenfocar en infartos, perforación esofágica, pancreatitis,

entre otras. Para evitar el aumento de peso usan métodos compensatorios inapropiados (inducción al vómito).

2.1.3.2.2 Etiología

- El menosprecio de los demás o de uno mismo.
- Presión por sentirse bello y querido por los demás.
- Problemas afectivos dentro del seno familiar.
- Necesidad de pertenencia a un grupo.
- Necesidad de sentirse querido.
- Relacionan que el éxito y la prosperidad en la vida tiene que ver con la delgadez.
- Cambios emocionales.
- Depresión y/o ansiedad.

2.1.3.2.3 Tratamiento

El tratamiento resulta más eficaz en las primeras fases del desarrollo de este trastorno pero, dado que la bulimia suele esconderse fácilmente, el diagnóstico y el tratamiento no suelen presentarse sólo hasta que este problema ya se ha convertido en un ingrediente permanente en la vida del paciente.

Varios centros de tratamiento en instituciones (internamiento) ofrecen apoyo a largo plazo, consejería e interrupción de los síntomas. La forma más común de tratamiento actualmente incluye terapia de grupo psicoterapia o terapia cognitivo-conductual. Las personas con anorexia o con bulimia suelen recibir el mismo tipo de tratamiento y formar parte de los mismos grupos de tratamiento. Esto se debe a que, en muchos casos, los pacientes padecen de ambas enfermedades de manera simultánea.

Algunos denominan a este fenómeno "intercambio de síntomas". Estas formas de terapia se centran tanto en los síntomas que llevan al individuo a presentar estos comportamientos, como en los síntomas relacionados con la alimentación. Además los psiquiatras suelen recetar antidepresivos o antipsicóticos. Los antidepresivos se presentan en diferentes formas, y el que ha mostrado resultados más prometedores es la fluoxetina.

Los antipsicóticos no se utilizan, aquí, en dosis menores que las que se aplican a los casos con esquizofrenia. Con un trastorno de la alimentación, el paciente percibe la realidad de otra manera y tiene grandes dificultades para comprender qué significa comer en condiciones "normales". Desafortunadamente aún no se sabe cuáles serán los resultados a largo plazo de los tratamientos que han venido aplicándose a muchos pacientes con este problema. Por lo pronto, las investigaciones más recientes indican que un 30 por ciento de los pacientes recaen rápidamente, mientras que el 40 por ciento presentan síntomas crónicos.

La prontitud del tratamiento es uno de los factores más importantes para mejorar el pronóstico. Aquellas personas que lo reciban en las primeras fases del trastorno, tendrán una recuperación mejor y más permanente.

La doctora Sabine Naessén, del Instituto Karolinska, descubrió que algunas mujeres con este padecimiento tienen también un desequilibrio hormonal que consiste en la sobreproducción de testosterona (la hormona que, aunque también está presente en el cuerpo femenino, predomina en el organismo de todo varón), y que, para tratarlas, el uso de una píldora anticonceptiva que contiene estrógenos da como resultado la reducción de los síntomas de la bulimia.³ Por supuesto, hacen falta más estudios

para determinar la eficacia de este tipo de tratamiento. Solo es posible recuperarse de esta enfermedad si la persona en cuestión toma la decisión de luchar y cambiar (se trata de una enfermedad mental).

2.1.3.3 Anorexia nerviosa

2.1.3.3.1 Definición

La anorexia nerviosa se caracteriza por una pérdida de peso elevada (más del 15%) debido al seguimiento de dietas extremadamente restrictivas y al empleo de conductas purgativas (vómitos, ejercicio físico en exceso). Estas personas presentan una alteración de su imagen corporal sobrestimando el tamaño de cualquier parte de su cuerpo.

Existen dos tipos:

- Anorexia nerviosa restrictiva: El enfermo apenas come y en muchos casos realiza ejercicio en exceso.
- Anorexia nerviosa purgativa: El enfermo utiliza métodos purgativos tales como vómitos, diuréticos o laxantes después de haber ingerido cantidades ínfimas de comida.

Las características psicológicas y sociales incluyen miedo intenso a comer en presencia de otros, dietas bajas en hidratos de carbono y grasas, preocupación por el alimento, abuso de laxantes y mentiras.

Las principales víctimas de este mal son las mujeres, sobre todo las jóvenes, quienes en ocasiones pueden estar influenciadas por ser admiradoras de personas famosas y mediáticas tales como actrices y modelos.

2.1.3.3.2 Etiología

- baja autoestima.
- poca vida social.
- sensibilidad al fracaso.
- miedo a engordar.

2.1.3.3.3 Tratamiento

Es importante conseguir que la persona afectada reconozca que presenta anorexia nerviosa. La mayor parte de los pacientes que sufren la enfermedad, niegan que lo suyo sea un trastorno de la alimentación y por esta causa acuden a recibir tratamiento cuando el problema ha avanzado mucho. (1)

Dada la naturaleza de este padecimiento, el tratamiento busca restaurar el peso corporal ideal, estabilizar al organismo, mejorar su estado nutricional y restablecer hábitos alimenticios saludables. Conforme se avance en este proceso, deben abordarse los aspectos psicológicos y emocionales mediante psicoterapia, en ocasiones se utilizan medicamentos para mejorar la ansiedad, depresión u otros problemas psíquicos acompañantes (1,2).

Dado que los síntomas de la anorexia nerviosa pueden simular diferentes enfermedades orgánicas, el médico de familia o el pediatra es el primero a quien se debe consultar. En función de la información disponible, la entrevista con el paciente y los familiares próximos, establecerá las diferentes posibilidades diagnósticas y dependiendo de las circunstancias individuales, solicitará cuando sea conveniente, estudios complementarios como analítica general de sangre, orina y

hormonas tiroideas. En ciertos casos es recomendable la hospitalización, cuando la persona ha perdido mucho peso (por debajo del 30% de su peso corporal ideal, respecto a su edad, complexión y talla), continúa perdiendo peso a pesar del tratamiento o se presentan complicaciones médicas, como insuficiencia cardíaca, alteraciones en los niveles de sodio, cloro y potasio en sangre, depresión o intento de suicidio(7,8)

Los programas de tratamiento tienen una buena tasa de éxito en la recuperación del peso normal, pero es común que haya recaídas. Las mujeres que desarrollan este trastorno alimentario a temprana edad tienen una mayor posibilidad de recuperación completa; pero, la mayoría de las personas con esta afección seguirá prefiriendo estar en un peso corporal bajo y estar preocupados hasta cierto punto por los alimentos y las calorías. El manejo del peso puede ser difícil y es posible que se requiera un tratamiento a largo plazo para ayudar a mantener un peso corporal saludable.

2.1.3.4 Vigorexia

2.1.3.4.1 Definición

La vigorexia es un trastorno caracterizado por la preocupación obsesiva por el físico y una distorsión del esquema corporal (dismorfofobia) que puede presentar dos manifestaciones: la extrema actividad del deporte o, la ingesta compulsiva para subir de peso ante la percepción de estar aún demasiado delgado. Aunque los hombres son los principales afectados por la **vigorexia**, es una enfermedad que también afecta a las mujeres.

Implica una adicción a la actividad física (especialmente a la musculación): los vigoréticos suelen realizar ejercicio físico excesivo, a fin de lograr un desarrollo muscular mayor de lo normal, pues de lo contrario se sienten débiles o enclenques. A esta exigencia se suma un trastorno en la alimentación que se hace patente en una dieta poco equilibrada en donde la cantidad de proteínas y carbohidratos consumidos es excesiva, mientras que la cantidad de lípidos se reduce. Esto puede ocasionar alteraciones metabólicas importantes, sobre todo cuando el vigorético consume esteroides (que ocasionan cambios de humor repentinos).

2.1.3.4.2 Tratamiento

El tratamiento de la vigorexia consiste en la atención psicológica a largo plazo. A veces las drogas psiquiátricas se pueden utilizar para controlar la depresión, especialmente en las primeras etapas del tratamiento. El apoyo de amigos y miembros de la familia también es fundamental. La comunidad de levantamiento de pesas ha sido lento en reconocer dismorfia muscular, a pesar de una creciente toma de conciencia de la situación ha llevado a algunos gimnasios para crear grupos de apoyo y sistemas de compañeros para diagnosticar vigorexia en las primeras etapas y para apoyar a las personas en la recuperación.

2.1.3.5 Ortorexia

2.1.3.5.1 Definición

Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) son desviaciones cualitativas y/o cuantitativas de la conducta alimentaria considerada normal que ocasionan situaciones carenciales, alteraciones orgánicas, cambios en la composición corporal y desajustes importantes de la relación del individuo con el alimento y su entorno. Aunque los TCA más frecuentes en la actualidad son la anorexia, la bulimia y el trastorno por atracón, el DSM IV habilita un apartado “cajón de sastre” donde se ubicarían transitoriamente otros cuadros de desajuste en la relación entre el individuo y su alimentación. La ortorexia, del griego “orthos” correcto y “orexis” apetito, es un cuadro obsesivo-compulsivo que describe una extremada apetencia y selección de alimentos considerados saludables por el individuo, llegando a configurar con este ritual una dieta restrictiva y un aislamiento social compensatorio. Las personas adscritas a esta tendencia tienen una gran sensibilidad por evitar los alimentos que contienen o podrían tener colorantes, conservantes, pesticidas, ingredientes genéticamente modificados, grasas poco saludables o contenidos excesivos en sal, azúcares y otros componentes. La forma de preparación (verduras cortadas de determinada manera) y los materiales utilizados (sólo cerámica o sólo madera, etc.) también son parte del ritual obsesivo. Por el contrario, sienten una sensación confortable al configurar y hacer realidad un menú, una ración o un plato elaborado exclusivamente con productos orgánicos, ecológicos, biológicos o con determinados certificados de salubridad (1). En algunos aspectos las personas con tendencia ortoréxica u ortorexia tienen antecedentes o rasgos comunes con los pacientes que padecen anorexia. Nos

encontramos ante personas meticulosas, ordenadas, con una exagerada necesidad de autocuidado y protección (2,3). La configuración de la dieta diaria ocupa buena parte de su tiempo que podría establecerse o contemplarse en cuatro sub apartados. Un primer apartado que se dedica a pensar con preocupación y detenidamente qué va a comer ese día o los siguientes; una segunda fase relacionada con la compra meticulosa e hipercrítica de cada uno de los ingredientes; una tercera fase relacionada con la preparación culinaria de estos ingredientes en la que también tendrán que estar presentes técnicas y procedimientos que no se relacionen con peligros para la salud; la cuarta fase es una fase de satisfacción, confort o culpabilidad en función del cumplimiento adecuado de los tres apartados precedentes. Si alguno de los días no es posible o no ha sido posible cumplir estos ritos, se instaura un sentimiento de culpabilidad y preocupación por la trasgresión o por el no cumplimiento del perfil interiorizado. Esta situación intensa ocasiona el aislamiento social de estas personas que no acuden a eventos colectivos o a comidas convencionales ante la certeza de que no van a poder incorporar los alimentos y bebidas “saludables” que para ellos son de insoslayable necesidad. Las personas con ortorexia, son personas muy estrictas, de percepción vulnerable, controladas y exigentes consigo mismas y con los demás. Las mujeres, el periodo de adolescencia y quienes se dedican a deportes como el culturismo, el atletismo y otros, son los grupos más vulnerables (1,3). Prestar atención a lo que se come y mostrar interés por una alimentación saludable es en general una medida que ayuda a mantener y a potenciar la salud y el bienestar. Cuando la obsesión por “comer sano” se lleva al extremo, cuando la “comida sana” se convierte en una obsesión, llega un punto en que todo gira en torno a la comida y todo conduce a restricciones severas con las complicaciones que conlleva incluido el aislamiento social grave. Controlar lo que se come, imponerse prohibiciones y programar detalladamente las

comidas se convierte en una prioridad para poder sentirse seguros, tranquilos y dueños de cada situación. En general, existe un deseo de verse perfectos, lo que coincide con otros trastornos de la conducta alimentaria tales como la anorexia y bulimia nerviosas.

2.1.3.5.2 Historia

En 1996, el doctor Steve Bratman, graduado de la Escuela de Medicina de la Universidad de California que, actualmente, practica medicina alternativa, fue quien acuñó el término de “ortorexia”. La ortorexia todavía no es reconocida como un trastorno de la conducta alimentaria (TCA) porque no tiene punto de partida en la baja autoestima; sin embargo, es seguro que con el tiempo pueda convertirse en un TCA, cuando la alimentación se vuelva más compulsiva y extremista. Sin ninguna duda, el patrón de comportamiento es obsesivo-compulsivo y con predisposición genética. Bratman, durante 25 años, perteneció al Movimiento de Alimentos Naturales de EE.UU.; en 1970, fue agricultor orgánico en una gran comunidad de Nueva York y él mismo se denominaba un “comedor de extremos”. En medio de numerosas y confusas teorías sobre alimentos que se desarrollaban en la comunidad en la que vivía, el doctor Bratman decidió componer su propia dieta. Empezó a estudiar esta conducta, que él mismo experimentaba y trabajó fuerte para curarse; hoy en día se dedica a ayudar a las personas que la padecen.

2.1.3.5.3 Criterios Diagnósticos

Aunque todavía no están suficientemente contrastados, se han propuesto algunos criterios diagnósticos para la ortorexia (7) que se basan en la respuesta afirmativa a cada una de estas cuestiones: (Tabla 1)

- a) Dedicar más de 3 horas al día a pensar en su dieta sana.
- b) Preocuparse más por la calidad de los alimentos que del placer de consumirlos.

- c) Disminución de su calidad de vida conforme aumenta la “calidad” de su alimentación.
- d) Sentimientos de culpabilidad cuando no cumple con sus convicciones dietéticas.
- e) Planificación excesiva de lo que comerá al día siguiente.
- f) Aislamiento social provocado por su tipo de alimentación.

Algunos grupos de trabajo están utilizando para el despistaje de la ortorexia el cuestionario Orto-15 validado por Donini et al (7). Disponen de dos modalidades; un cuestionario bien estructurado de 15 preguntas sobre cuestiones relacionadas con los hábitos alimentarios; y una versión reducida con 11 preguntas. En estudios comunitarios se plantea la importancia de conocer el impacto de los llamados “alimentos saludables” en la dieta tradicional de los consumidores; a qué alimentos desplazan o complementan; cómo se realiza la cobertura de las necesidades nutricionales o cuales son las carencias que ocasiona este perfil de dieta de diseño supuestamente saludable. La recogida de estos datos es de interés prioritario para valorar el perfil nutricional de personas adictas a productos sanos, como el caso de la ortorexia; aquellas que unen la actividad física obsesiva con el consumo de alimentos, suplementos o fármacos de acción anabolizante (vigorexia) o las personas que incorporan gran cantidad de nuevos alimentos en el modelo alimentario de niños o ancianos con resultados todavía no bien conocidos.

TABLA 1
Test diagnóstico para la Ortorexia (Modificado de Bratman)

-
- ¿Pasa más de tres horas al día pensando en su dieta?
 - ¿Planea sus comidas con varios días de antelación?
 - ¿Considera que el valor nutritivo de una comida es más importante que el placer que le aporta?
 - ¿Ha disminuido la calidad de su vida a medida que aumentaba la calidad de su dieta?
 - ¿Se ha vuelto Vd. más estricto consigo mismo en los últimos tiempos?
 - ¿Ha mejorado su autoestima alimentándose de forma sana?
 - ¿Ha renunciado a comer alimentos que le gustaban para comer alimentos “buenos”?
 - ¿Supone un problema su dieta a la hora de comer fuera distanciándolo de su familia y sus amigos?
 - ¿Se siente culpable cuando se salta su régimen?
 - ¿Se siente en paz consigo mismo y cree que todo está bajo control cuando come de forma sana y previsible?
-

Si responde afirmativamente a 4 ó 5 preguntas significan que es necesario que se relaje más en lo que respecta a su alimentación (a no ser que esté a dieta por prescripción facultativa).

Si responde afirmativamente a todas las preguntas, significa que tiene una obsesión importante por la alimentación sana y debe matizar esta conducta con ayuda de un profesional cualificado.

2.1.3.5.4 La teoría del Ortorexico

Estas personas, generalmente, rechazan la carne, las grasas y los alimentos cultivados con pesticidas o herbicidas o que contienen sustancias artificiales. La obsesión va más allá: se preocupan por la forma de preparación y los recipientes en los que cocinan, que tienen que ser, en su mayoría, de madera o cerámica. La clave de la ortorexia es la actitud frente a la comida, que se considera patológica si causa un cambio brusco en el estilo de vida. Esa actitud trae consecuencias: desde el desarrollo de intolerancias alimentarias y alergias, hasta desequilibrios nutricionales. Los ortoréxicos tienen una teoría dietética, una especie de pseudo religión, que se da particularmente en los vegetarianos estrictos o en los que siguen una alimentación macrobiótica. Estas personas van excluyendo de su alimentación cada vez más alimentos, y realizan una serie de “rituales” culinarios: lavan las frutas y

hortalizas muchas veces, suelen preferir los alimentos crudos y bien subdivididos y mastican mucho cada bocado. Si no consiguen los alimentos que están dentro de su esquema alimentario, prefieren pasar hambre. Además, son capaces de recorrer muchos kilómetros para conseguir lo que quieren y pueden pagar fortunas por el alimento en cuestión. Se da, por lo general, en clases sociales acomodadas. Dedican mucho tiempo a la planificación de los menús y a la preparación de los alimentos. Son víctimas de su propia dieta, y tienen a la felicidad “light” como utopía. Cada pequeña transgresión alimentaria se acompaña con sentimientos de culpa y frustración, cada vez más fuertes, que desembocan en dietas estrictas o ayuno. Respecto a su vida social, el rechazo de todo lo que no es “biológicamente natural”, “saludable” o “controlado” según su teoría, influye negativamente en el entorno familiar, de amistades y laboral. Comer en la casa de familiares, amigos o en un restaurante resulta impensable, lo cual aísla a la persona cada vez más. Por eso, este trastorno afecta tanto la salud física como mental; al dejar de lado numerosos alimentos, aumenta el riesgo de desnutrición, anemia, infecciones, osteoporosis. También se presenta fobia a los medicamentos: especialmente los antidepresivos o los suplementos dietarios, necesarios ambos para su tratamiento. De ahí que el abordaje terapéutico sea difícil y lleve mucho tiempo.

2.1.3.5.5 Características de la personalidad “ortoréxica”

1. Se da en personas muy exigentes y estrictas consigo mismas y con los demás, extremistas; en ellas predomina el pensamiento “blanco o negro” o “todo o nada”, no tienen un término medio.
2. En general, existe el deseo de verse perfecto, lo que coincide con otros trastornos de la conducta alimentaria, como la anorexia y bulimia nerviosa.

3. La diferencia es que la ortorexia hace referencia a la calidad, mientras que la anorexia y bulimia, a la cantidad de alimentos. De la anorexia nerviosa restrictiva y mal curada, se puede derivar la ortorexia. También, puede aparecer en personas que han padecido otro desorden alimentario o trastorno obsesivo compulsivo.
4. Sólo en sus estadios más extremos, las manías culinarias degeneran en una enfermedad psiquiátrica; ejemplo, hubo casos de personas que restringieron su alimentación a pan y queso porque eran los únicos alimentos que le inspiraban confianza. Son los cuadros más puros y graves de ortorexia, cuya sintomatología es la misma que presenta un trastorno fóbico.
5. Presentan cambios de carácter y la falta de satisfacción afectiva hace que aumente la preocupación por la comida y se inicie un círculo vicioso, del cual, solo, es casi imposible salir.
6. Cuando la obsesión por comer sano se lleva al extremo, como en estos casos, llega un punto en que todo gira en torno a la comida; controlar lo que se come, imponerse prohibiciones y programar detalladamente las comidas se convierte en una prioridad para poder sentirse seguros, tranquilos y dueños de cada situación. Aunque la ortorexia no ha sido todavía reconocida en los manuales terapéuticos de psiquiatría (DSM IV), se ha convertido en un área de atención creciente. La autoestima y la “identidad dietética” también pueden jugar un papel importante en este trastorno.
7. Hay gente que necesita “pertenecer” a algo, puede decir que es un vegetariano puro y por ello se conoce a sí mismo. En realidad, el término “ortorexia”, fue acogido con escepticismo en el mundo médico por la imprecisión de su diagnóstico. Otros especialistas prefieren considerar la obsesión por lo sano como un subgénero que representa entre el 10 y el 15% de las anorexias, “una variante”.

2.1.3.5.6 Tratamiento

a. Médico: Restablecer el equilibrio médico general, y alteraciones hidroelectrolíticas. Tratar las urgencias como las esofagitis, Mallory-Weiss, pancreatitis, arritmias, hipertensión arterial, enfermedad vascular cerebral.

b. Farmacológico: Con ayuda de un psiquiatra se puede considerar el tratamiento farmacológico, se ha visto que con ansiolíticos, tranquilizantes y antidepresivos inhibidores de la recaptura de serotonina (Fluoxetina-Prozac), los pacientes, sobre todo con bulimia, tienen un 70% de éxito.

c. Nutricional: Se realiza con ayuda de un nutriólogo y el objetivo es el normalizar los patrones de alimentación sin ciclos de compulsión y purga y restablecer el peso normal y mantenerlo, para reducir los síntomas y el riesgo de muerte. Al inicio puede requerirse de nutrición parenteral y después de alimentación entera.

Una vez obteniendo el peso esperado se hace el cambio a comida normal con suplementos líquidos. Ganancia de peso diario limitado a 0.2-0.4 kg, para evitar problemas de la fase de recuperación.

Tienen que evaluar la dieta e identificar deficiencias y excesos.

Educar al paciente acerca de los nutrientes necesarios, desarrollar dietas balanceadas y orientar con guías y corregir creencias y mitos acerca de las dietas y la comida.

d. Psicoterapia: Con ayuda de un psicólogo se requiere de terapias tanto individuales como familiares y de grupo. La terapia individual se basa en la conductiva- conductual, aunque más recientemente se ha utilizado la psicoterapia interpersonal. En casos extremos la hospitalización está indicada para tratar los problemas de hidratación, hipokalemia, síndrome de Mallory- Weiss. El pronóstico,

generalmente es malo porque tienden a recaer y su recuperación es prolongada y difícil.

e. Autoestima: Es la capacidad de tener confianza y respeto por uno mismo.

2.2.- La Imagen Corporal

2.2.1 Definición

La imagen corporal o esquema corporal consiste en el conocimiento y representación simbólica global del propio cuerpo, es decir, es la manera en que se ve e imagina uno mismo. Esta imagen se constituye por un componente perceptivo, un componente cognitivo-afectivo y un componente conductual que se encuentran interrelacionados entre sí y es creada a partir del registro visual con el propio cuerpo siempre situado en un determinado contexto y una determinada cultura que lo definen a lo largo de su proceso evolutivo. En cuanto al componente perceptivo, se refiere a la precisión con la que se percibe el tamaño, el peso y las formas. Los aspectos cognitivo-afectivos son los sentimientos, actitudes, pensamientos que despiertan el propio cuerpo, y los aspectos conductuales se refieren a conductas que se pueden derivar de los anteriores factores como la evitación de la exhibición del cuerpo o el uso de rituales, entre otros.

2.2.2 Alteraciones De La Imagen Corporal

Las alteraciones de la imagen corporal pueden concretarse en dos aspectos:

- Alteración cognitiva y afectiva: insatisfacción con el cuerpo, sentimientos negativos que nuestro cuerpo suscita.
- Alteraciones perceptivas que conducen a la distorsión de la imagen corporal. Inexactitud con que el que se estima el cuerpo, su tamaño y su forma.

No está clara la relación entre estas variables, algunos autores señalan que las personas insatisfechas con su cuerpo tienen distorsiones perceptivas, y otros autores señalan que no. La correlación entre medidas de evaluaciones perceptivas y subjetivas no siempre es alta. Es difícil saber si se distorsiona la imagen corporal porque se está insatisfecho con el cuerpo, o porque existe una insatisfacción con la imagen corporal se distorsiona la misma.

En general cuando la preocupación por el cuerpo y la insatisfacción con el mismo no se adecúan a la realidad, ocupan la mente con intensidad y frecuencia, y generan malestar interfiriendo negativamente en la vida cotidiana hablamos de trastornos de la imagen corporal. En la sociedad occidental un tercio de las mujeres y un cuarto de los hombres presentan insatisfacción corporal. Pero esta insatisfacción y preocupación por el cuerpo se convierte en un trastorno, es decir en un malestar significativo, en un 4% de las mujeres y en menos del 1% de los hombres. De acuerdo a la asociación psiquiátrica americana (APA, DSM-IV-TR), el trastorno dismórfico se define como una preocupación excesiva por un “defecto corporal” inexistente o de escasa entidad. Esta preocupación es exagerada, produce malestar e interfiere gravemente en la vida cotidiana del sujeto dificultando las relaciones personales y su funcionamiento en diversas áreas. Además hay que tener en cuenta que las alteraciones perceptivas, la preocupación y el malestar acerca de la imagen corporal pueden ser un síntoma presente en distintos cuadros clínicos o puede ser un trastorno en sí mismo. Así, en la esquizofrenia es habitual que existan alucinaciones perceptivas y visuales de tipo somático; en la manía los pacientes se ven más atractivos y más delgados; en la depresión más viejos y feos, en la transexualidad existen una falta de correspondencia entre los órganos sexuales y la identidad de género. En todos estos casos, las alteraciones de la imagen corporal son un síntoma más dentro del cuadro que presenta

el paciente y no son abordados específicamente. En cambio, en la dismorfofobia, y en la vigorexia las alteraciones de la imagen corporal son centrales y requieren de una evaluación y una intervención específica. Así, en el trastorno dismórfico corporal la preocupación puede referirse a partes del cuerpo o a aspectos más globales, así como a defectos faciales, la forma, el tamaño, el peso, la simetría de partes del cuerpo y los olores. En una variante de la dismorfofobia, la vigorexia o dismorfia muscular, la preocupación se centra en obtener un cuerpo hipermusculado, lo que conduce a estas personas, principalmente hombres, a pasar horas en el gimnasio y a consumir hormonas y anabolizantes esteroideos para aumentar su masa muscular, con el riesgo que conlleva para la salud. Se ven excesivamente delgados a pesar de tener un cuerpo muy musculoso, presentan pensamientos reiterados de preocupación y rituales (dedicar horas a ejercicios de musculación, pesarse continuamente, llevar una dieta específica) y evitar situaciones donde puede ser observado su cuerpo. En los trastornos de alimentación aparece insatisfacción con la imagen corporal y preocupaciones centradas de un modo global en el peso o tamaño del cuerpo y de modo específico en las nalgas, cintura, muslos y cadera (partes relacionadas con expectativas de maduración sexual y social). Los pensamientos están centrados en la delgadez y las conductas motoras son la realización de dietas, el uso de laxantes y purgantes, el ejercicio físico excesivo y la evitación de situaciones. A pesar de que los programas terapéuticos se centran en la estabilización del peso y en los patrones de alimentación, se sabe que la insatisfacción con la imagen corporal está presente en el inicio, el mantenimiento de los trastornos de alimentación y es uno de los factores más importantes de recaída y mal pronóstico. La realización de dietas es un intento de paliar la insatisfacción corporal y la discrepancia entre el ideal corporal y la propia realidad. En los casos donde existen alteraciones de la imagen corporal, los síntomas se presentan en

cuatro niveles de respuesta que se ponen de relieve especialmente cuando el paciente se enfrenta a situaciones en las que puede ser observado:

- Nivel psicofisiológico: respuestas de activación del Sistema Nervioso Autonomo (sudor, temblor, dificultades de respiración, etc.).
- Nivel conductual: conductas de evitación, camuflaje, rituales de comprobación y tranquilización, realización de dieta, ejercicio físico, etc.
- Nivel cognitivo: preocupación intensa, creencias irracionales, distorsiones perceptivas sobreestimación y subestimación, autoverbalizaciones negativas sobre el cuerpo. Las preocupaciones pueden ser patológicas, obsesivas, sobrevaloradas e incluso delirantes.
- Nivel emocional: insatisfacción, asco, tristeza, vergüenza, etc.

Las consecuencias de la insatisfacción con la imagen corporal son variadas, así cursa con pobre auto-estima, depresión, ansiedad social, inhibición y disfunciones sexuales, desarrollo de trastornos de la conducta alimentaria, inicio de tratamientos cosméticos, quirúrgicos, dermatológicos, capilares, etc... de forma reiterada y con demandas irracionales.

3. Análisis De Antecedentes Investigativos

3.1 A nivel local y nacional

3.1.1 Autor: Pinto Nuñez R.

Título: Vigorexia como trastorno de la conducta alimentaria y su relación con la autoestima en fisicoculturistas varones de los gimnasios de Arequipa

Fuente: Tesis para optar el título profesional de Médico Cirujano, Facultad de Medicina de la Universidad Católica de Santa María, 2010

Resumen: Realizó un estudio buscando la relación de dependencia entre la autoestima y la presentación de la vigorexia en fisicoculturistas varones; demostrando que se ve severamente influenciada por la misma, además de caracterizar los factores de riesgo que pueden ser detonantes de esta patología, como son el uso de esteroides, tiempo de entrenamiento, tipo de dieta.

3.2 A nivel internacional

3.2.1 Autor: Zepeda E, Franco K, Valdes E.

Título: Estado nutricional y sintomatología de dismorfia muscular en varones usuarios de gimnasio.

Fuente: Rev. chil. nutr. 2011, vol.38, n.3: 260-267

Resumen: El propósito de esta investigación fue evaluar la presencia de síntomas de Dismorfia Muscular (MD, por sus siglas en inglés) y el estado nutricional en varones usuarios de gimnasio. Participaron 100 usuarios de gimnasio quienes contestaron la Escala de Motivación por la Musculatura (DMS; por sus siglas en inglés) y un formato de hábitos alimentarios que incluyó el recordatorio de 24 horas. También se registraron las medidas antropométricas de los participantes. Los resultados mostraron que 22% de los participantes presentaron síntomas de MD. La dieta que llevaron a cabo los varones con síntomas de MD fue más alta en proteínas que la dieta de los varones sin síntomas de MD, con una diferencia marginalmente significativa. Asimismo, los varones con síntomas de MD asistían al gimnasio más días y horas a la semana y consumían sustancias para aumentar masa muscular en mayor medida que los varones del grupo sin síntomas de MD. No se presentaron diferencias significativas entre los grupos respecto a la composición corporal. Se concluye que una cantidad importante de usuarios de gimnasio presentaron síntomas de MD y que la composición de su dieta puede alterar su estado nutricional.

3.2.2 Autor: Baile Ayensa J, Monroy Martínez K, Garay Rancel F.

Título: Alteración de la imagen corporal en un grupo de usuarios de gimnasios.

Fuente: Enseñanza e Investigación en Psicología, enero-junio 2009; 10 (1): 161-169

Resumen: Se estima que los hombres que practican deportes de gimnasio lo hacen en parte porque tienen altos niveles de insatisfacción corporal. En Latinoamérica se dispone de pocos datos que confirmen esta posible relación. El presente estudio tuvo por objeto averiguar el nivel de insatisfacción corporal que tenía un grupo de usuarios de gimnasios. Se recabó una muestra de 83 hombres que asistía a siete gimnasios. Para la valoración de la imagen corporal, se utilizó una adaptación del cuestionario Complejo de Adonis. Los resultados demuestran que casi la mitad de los sujetos tenía una preocupación moderada con respecto a su imagen corporal, y diez de cada cien mostraba una preocupación grave.

3.2.3 Autor: González Díaz A, Ramírez Ortiz C, Suárez Andujo P.

Título: Imagen corporal, hábitos alimentarios y hábitos de ejercicio físico en hombres usuarios de gimnasio y hombres universitarios no usuarios.

Fuente: Revista de Psicología del deporte 2011. Vol. 20, núm. 2, pp. 353-366

Resumen: Este estudio tiene por objeto analizar si los varones usuarios de gimnasio se diferencian de los no usuarios, estos últimos, universitarios procedentes de población general, en las siguientes variables: imagen corporal, hábitos de alimentación alterados y hábitos de ejercicio alterados. Participaron dos muestras: una de 78 hombres usuarios de gimnasios elegidos al azar entre gimnasios de Guadalajara (Jalisco-México), y 340 sujetos no usuarios de gimnasio, estudiantes de la universidad UNIVA en Guadalajara (JaliscoMéxico). Los resultados muestran que ambas submuestras, varones usuarios y no

usuarios de gimnasio, no se diferencian en cuanto a imagen corporal medida con un cuestionario de actitudes. También se observó que los primeros tienen peores hábitos de alimentación y de ejercicio físico que los hombres de población general. La intensidad de la alteración de actitudes alimentarias y de actitudes hacia el ejercicio físico estaba en relación con el deseo de tener mayor tamaño y musculación, medido con una escala de figuras. Estos datos apuntan a que los usuarios de gimnasio tienen mayores tendencias patológicas en hábitos de alimentación y ejercicio físico que la población general, lo que podría estar relacionado con una práctica del deporte con fines estéticos más que de salud.

3.2.4 Autor: Javier Aranceta Bartrina

Título Ortorexia o la obsesión por la dieta saludable

Fuente: Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública. Universidad de Navarra. España 2010

Resumen: La ortorexia es un cuadro obsesivo-compulsivo caracterizado por una extremada apetencia y selección de alimentos considerados saludables. Este ritual conduce con frecuencia a una dieta restrictiva y un aislamiento social compensatorio. Las personas adscritas a esta tendencia evitan obsesivamente los alimentos que contienen o podrían tener colorantes, conservantes, pesticidas, ingredientes genéticamente modificados, grasas poco saludables o contenidos excesivos en sal, azúcares y otros componentes. La forma de preparación de los alimentos y los materiales utilizados para ello también son parte del ritual obsesivo. Las personas con tendencia ortoréxica a menudo tienen antecedentes o rasgos comunes con los pacientes que padecen anorexia. Son personas meticulosas, ordenadas, con una exagerada necesidad de autocuidado y protección.

Las mujeres, el periodo de adolescencia y quienes se dedican a deportes como el culturismo, el atletismo y otros, son los grupos más vulnerables. Se ha propuesto un test corto como herramienta de cribado y diagnóstico precoz de este trastorno. El tratamiento de la ortorexia requiere la intervención de un equipo de ayuda en el que participen médicos, psicoterapeutas y dietistas. En algunos casos puede ser necesario el uso de antiserotoninérgicos como parte del tratamiento.

4. Objetivos

4.1 General

Establecer la frecuencia de la Ortorexia y su relación con el Ejercicio Físico en personas que asisten a gimnasios de la ciudad de Arequipa.

4.2 Específicos

- 1) Conocer la frecuencia de presentación de la Ortorexia en personas que acuden a gimnasios de la ciudad de Arequipa.
- 2) Identificar la preocupación por el ejercicio físico en personas que acuden a gimnasios de la ciudad de Arequipa.
- 3) Describir las características epidemiológicas de las personas que acuden a gimnasios de la ciudad de Arequipa.
- 4) Conocer el IMC de las personas que acuden a los gimnasios de la ciudad de Arequipa
- 5) Establecer la asociación entre la presentación de Ortorexia y la relación con el ejercicio físico en personas que acuden a gimnasios de la ciudad de Arequipa.

5. Hipótesis

Es probable que exista una asociación directa y significativa entre la presencia de Ortorexia y su relación con el Ejercicio Físico en personas que acuden a gimnasios de la ciudad de Arequipa.

III. PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

1. Técnicas, instrumentos y materiales de verificación

Técnicas: En la presente investigación se aplicará la técnica de la entrevista.

Instrumentos: El instrumento que se utilizará consistirá en:

- Una ficha de recolección de datos (Anexo 1)
- Un cuestionario de la Preocupación por el Ejercicio Físico (ACQ; Anexo 2)
- Un cuestionario de presentación de Ortorexia (ORTO-15) de 26 ítems.

Materiales:

- Fichas de investigación
- Material de escritorio
- Programas digitales de recopilación de datos en PC

2. Campo de verificación

2.1. Ubicación espacial:

Ubicación Geográfica: Corresponde a la ciudad de Arequipa, capital de la región del mismo nombre, ubicada en Perú.

El ámbito del área de esta investigación corresponde a los principales gimnasios de la

ciudad de Arequipa. (ClubGym, Strong, Cultural, T-Rex, Olympus, Charros Gym, entre otros)

2.2. **Ubicación temporal:** El estudio se realizará en forma coyuntural durante el mes de Enero y Febrero 2013.

2.3. **Unidades de estudio:** Personas que acuden a gimnasios ya mencionados en la ciudad de Arequipa, constituyendo el universo de la población.

2.4. **Población:** Totalidad de personas que acuden a gimnasios en la ciudad de Arequipa.

2.4.1 **Muestra:** de acuerdo a fórmula para determinación de correlación de 2 variables numéricas:

$$n = \left[\frac{Z\alpha + Z\beta}{\frac{1}{2} \ln \left(\frac{1+r}{1-r} \right)} \right]^2 + 3$$

De donde:

n = Tamaño de La muestra

Z α = Coeficiente de confiabilidad para precisión del 95 % = 1,96

Z β = Coeficiente de confiabilidad para precisión del 80 % = 0,84

r = Coeficiente de correlación esperado = 0,30

Por tanto n = 84,8 \approx 90 casos

Además los integrantes de la muestra deberán cumplir los criterios de selección.

2.4.2 Criterios de selección:

2.4.2.1 Criterios de Inclusión

- De ambos sexos

- Mayores de edad
- Participación voluntaria en el estudio

2.4.2.2 Criterios de Exclusión

- Fichas de encuesta incompletas o mal llenadas
- Usuarios que no deseen participar
- Usuarios que acuda esporádicamente a los gimnasios

3. Estrategia de Recolección de datos

3.1. Organización

Se solicitará la autorización a los administradores de los principales gimnasios de la ciudad de Arequipa. (Club Gym, Strong, Cultural, T-Rex, Olympus, Charros Gym, entre otros)

Se contactará con los asistentes para explicar el motivo del estudio y solicitar su participación voluntaria, asegurando el anonimato de su participación. Se entregará la ficha de recolección de datos para obtener información general, así como peso y estatura, y además el Cuestionario ACQ y el cuestionario ORTO-15.

Una vez concluida la recolección de datos, éstos serán organizados en bases de datos para su posterior interpretación y análisis.

3.2. Recursos

a) Humanos

- Investigador.

b) Materiales

- Fichas de investigación

- Material de escritorio
- c) Programas digitales de recopilación de datos en PC
- d) Financieros
- Autofinanciado

3.3. Validación de los instrumentos

El Cuestionario de Preocupación por el Ejercicio Físico (ACQ) (Pope, Phillips y Olivardia, 2000). El cuestionario consta de 13 ítems, que exploran el grado de insatisfacción que tiene el hombre con su aspecto, y hasta qué punto puede llegar para cambiarla. Las respuestas se dividen en tres opciones “a” cuyo valor es de 0 puntos, “b” cuyo valor es de 1 punto y “c” cuyo valor es de 3 puntos. Se obtiene una puntuación de las respuestas que varían de 0 a 39 puntos. Las puntuaciones obtenidas se clasifican en función de la suma de las respuestas que realizas, que sugiere Pope y cols:

- Entre 0 y 9 puntos: Tienes una preocupación con tu imagen corporal, pero no afecta a tu vida diaria.
- Entre 10 y 19 puntos: Tienes una afección media-moderada de este Complejo de Adonis (Dismorfia Muscular). Probablemente esta afección no afecte seriamente a tu vida, no obstante si tú puntuación está más próxima a 19 puntos, deberías plantearte seriamente como afecta esta preocupación corporal a tu vida.
- Entre 20 y 29 puntos: Padeces el Complejo de Adonis e interfiere negativamente en tu vida, debes ponerte en manos de un especialista para empezar un tratamiento.

- Entre 30 y 39 puntos: Tienes un serio problema con tu imagen corporal. Consulta sin demora a un especialista mental con conocimiento en los TDC y empieza con un tratamiento.

El test diagnóstico para la Ortorexia “ORTO-15”, que consiste en un cuestionario de 15 preguntas entre las cuales se valora la dieta, preocupación por la dieta y su satisfacción con la misma. Tiene 4 categorías en donde la persona encuestada tendrá que marcar entre las opciones de siempre, a menudo, a veces y nunca a todas las preguntas poniendo puntajes de 4, 3, 2 y 1 de acuerdo a la pregunta. Además posee una calificación de >40 donde la persona lleva una dieta adecuada, una calificación de >40 con prevalencia de respuestas de nunca, en donde la persona tiene un problema de falta de atención a la dieta que posee una calificación de 40-50 donde la persona tiene el trastorno de Ortorexia y finalmente una calificación de 50-60 donde la persona tiene el trastorno de Ortorexia Severa.

3.4 Criterios para manejo de resultados

a) Plan de Procesamiento

Los datos registrados en el Anexo 1 serán luego codificados y tabulados para su análisis e interpretación.

b) Plan de Clasificación:

Se empleará una matriz de sistematización de datos en la que se transcribieron los datos obtenidos en cada Ficha para facilitar su uso. La matriz fue diseñada en una hoja de cálculo electrónica en PC.

c) Plan de Codificación:

Se procederá a la codificación de los datos que contenían indicadores en la escala continua

y categórica para facilitar el ingreso de datos.

d) Plan de Recuento.

El recuento de los datos será electrónico, en base a la matriz diseñada en la hoja de cálculo.

e) Plan de análisis

Se empleará estadística descriptiva con medidas de tendencia central (promedio) y de dispersión (rango, desviación estándar) para variables continuas; las variables categóricas se presentarán como proporciones. La asociación entre los puntajes de las escalas empleadas se evaluarán con el cálculo del coeficiente de correlación lineal de Pearson, y la evaluación de sus escalas ordinales con el coeficiente de asociación de Spearman. Para el análisis de datos se empleará la hoja de cálculo de Excel 2010 con su complemento analítico y el paquete SPSSv.19.0.

I.V Cronograma de Trabajo

Fecha de inicio: 25 de Diciembre 2012

Fecha probable de término: 28 de Febrero 2013

Actividades	Diciembr				Enero 1				Febrero			
1. Elección del tema												
2. Revisión bibliográfica												
3. Aprobación del proyecto												
4. Ejecución												
5. Análisis e interpretación												
6. Informe final												

Bibliografía Básica

1. Asociación Psiquiátrica Americana (2000). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. DSM-IV-TR. Barcelona. Masson.
2. Iñarritu Pérez M, Cruz Licea V, Morán Álvarez I. INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN PARA LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA. Revista salud pública y nutrición. Abril-Junio 2012; VOI 5. N° 2. Disponible en: <http://www.respyn.uanl.mx/v/2/ensayos/ensayotca.htm>
3. Bratman S, Knight D. Health Food Junkies: Orthorexia Nervosa: Overcoming the Obsession with Healthful Eating. New York: Broadway publisher, 2001
4. Catalina Zamora ML, Bote Bonaechea B, García Sánchez F, Ríos Rial B. Ortorexia nerviosa. ¿Un nuevo trastorno de la conducta alimentaria? Actas EspPsiquiatr. 2005;33(1):66-8
5. Donini LM, Marsili D, Graziani MP, Imbriale M, Cannella C. Orthorexia nervosa: validation of a diagnosis questionnaire. Eat Weight Disord. 2005;10(2):e28-32
6. Baile Ayensa J, Monroy Martínez K, Garay Rancel F. Alteración de la imagen corporal en un grupo de usuarios de gimnasios. Enseñanza e Investigación en Psicología, enero-junio 2005; 10 (1): 161-169
7. Pérez M. Gual P, Irala J, Martínez M y cols. Prevalencia de trastornos de la conducta alimentaria en las adolescentes navarras. Medicina Clínica 2000; 114: 481-486.
8. Salaberria K, Rodríguez S, Cruz S. Percepción de la imagen corporal. Osasunaz. 8, 2010, 171-183. <http://www.euskomedia.org/PDFAnlt/osasunaz/08/08171183.pdf>
9. Muñoz R, Martínez A. Ortorexia y Vigorexia: ¿nuevos trastornos de la conducta alimentaria? Trastornos de la Conducta Alimentaria 5 (2012) 457-482
10. Pinto Nuñez R. Vigorexia como trastorno de la conducta alimentaria y su relación con la autoestima en fisiculturistas varones de los gimnasios de Arequipa. Tesis para optar el título profesional de Médico Cirujano, Facultad de Medicina de la Universidad Católica de Santa María, 2010