



TRABAJO FINAL DE INVESTIGACIÓN- EJECUCIÓN

CARRERA: **LICENCIATURA EN NUTRICIÓN**
MODALIDAD: **Gestionado a distancia**

DIRECTOR /A DE LA CARRERA:

DRA. GUEZIKARAIAN, Norma.

NOMBRE Y APELLIDO DEL AUTOR / LOS AUTORES:

FRANCO, Camila; MONTANGIE Luciana; NOGUERA, Carla.

TÍTULO DEL TRABAJO:

RIESGO DE DESARROLLAR ORTOREXIA Y VIGOREXIA EN PERSONAS MAYORES DE 18 AÑOS QUE ASISTEN A GIMNASIOS EN LA CIUDAD DE RESISTENCIA, CHACO.

SEDE:

Buenos Aires

ASESOR DE CONTENIDOS:

Lic. MAYNAT, Alejandra.

AÑO DE REALIZACIÓN:

2025

ÍNDICE

Resumen	3
Resumo	4
Abstract	5
INTRODUCCIÓN.....	6
MARCO TEÓRICO	7
Ortorexia.....	10
Criterios para diagnosticar la ortorexia:.....	11
Consecuencias	14
Tratamiento.....	14
¿A quién puede afectar la Ortorexia?.....	15
Etiología.....	17
Estudios sobre ortorexia y alimentación.....	19
Vigorexia.....	20
Diagnóstico	22
Consecuencias de la vigorexia.....	23
Tratamiento.....	25
Redes sociales	26
Actividad física.....	28
Musculación como actividad física.....	30
OBJETIVOS.....	31
DISEÑO METODOLÓGICO.....	31
INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	32
BIBLIOGRAFÍA.....	50

Resumen

Introducción

Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) se caracterizan por alteraciones graves en los hábitos alimentarios, con una preocupación obsesiva por la salud, el peso y la imagen corporal. En los últimos años han cobrado especial relevancia manifestaciones menos tradicionales como Ortorexia Nerviosa (ON), definida como la obsesión patológica por la comida considerada saludable, y la Vigorexia (DM), centrada en la búsqueda desmedida de masa muscular. Estos trastornos encuentran terreno fértil en personas que realizan musculación, siendo los jóvenes un grupo de alto riesgo debido a la presión por alcanzar un ideal físico, por lo tanto, el enfoque es hacia la población de 18 a 45 años. Dada la escasez de investigaciones en Argentina y la falta de instrumentos validados, resulta fundamental investigar su prevalencia en gimnasios.

Objetivos

Determinar la presencia de factores de riesgo de desarrollar Ortorexia Nerviosa y Vigorexia en personas de entre 18 y 45 años que practican musculación en gimnasios de la ciudad de Resistencia, Chaco.

Metodología

El estudio fue transversal, descriptivo y observacional. La muestra (n=163) de ambos sexos, entre 18 a 45 años, que practican musculación. La recolección de datos fue una encuesta online auto-administrada. Se utilizaron los siguientes cuestionarios, ORTHO-15 para detectar conductas de Ortorexia Nerviosa (15 preguntas), el de ADONIS para evaluar el riesgo de Vigorexia (13 preguntas) y el de hábitos alimentarios para evaluar consumo diario por grupos de alimentos (6 preguntas). El procesamiento de datos se realizó mediante planillas de Microsoft Excel.

Resultados

Del total de la muestra (n=163), el 56% correspondió a mujeres y el 65% en el rango de 26 a 35 años. Se identificó una altísima prevalencia de factores de riesgo de ON en el 90% de los participantes. Respecto a Vigorexia, el 45% presentó Dismorfia Corporal Media y el 4% manifestó riesgo clínico. Se observó que el 47.2% realiza dietas o consumen suplementos nutricionales de manera frecuente para mejorar su apariencia física. El análisis de la relación entre riesgo y entrenamiento arrojó que el 66% que realiza entre 60 y 120 min presenta riesgo de ON. A su vez, el 74,8 % de las personas con riesgo de Ortorexia exhibió un bajo cumplimiento de las recomendaciones alimentarias argentinas (GAPA).

Conclusión

Se concluye que los factores de riesgo de ON y Vigorexia se encuentran presentes de manera significativa en la población que practica musculación, de Resistencia, Chaco. Existe una fuerte interacción entre la alimentación considerada saludable (ortoréxica), el ejercicio físico intenso y la preocupación por la imagen corporal. Si bien el riesgo de vigorexia clínica es bajo, los resultados elevados de Dismorfia Corporal Media y el uso de suplementos reflejan una canalización de la preocupación estética. Se requiere impulsar la difusión de conocimientos nutricionales con base científica y crear conciencia entre los profesionales de la salud y de la actividad física sobre los peligros vinculados al entrenamiento y la presión estética en este ámbito.

Palabras Clave

Trastornos de la conducta alimentaria (TCA), Ortorexia Nerviosa (ON), Vigorexia (DM), musculación, hábitos alimentarios.

Resumo

Introdução

Os transtornos alimentares (TAs) são caracterizados por graves alterações nos hábitos alimentares, com uma preocupação obsessiva com a saúde, o peso e a imagem corporal. Nos últimos anos, manifestações menos tradicionais, como a Ortorexia Nervosa (ON), definida como uma obsessão patológica por alimentos considerados saudáveis, e a Dismorfia Muscular (DM), centrada na busca excessiva por massa muscular, ganharam particular relevância. Esses transtornos encontram terreno fértil em pessoas que praticam musculação, sendo os jovens um grupo de alto risco devido à pressão para atingir um ideal físico. Portanto, o foco deste estudo é a população de 18 a 45 anos. Dada a escassez de pesquisas na Argentina e a falta de instrumentos validados, é essencial investigar sua prevalência em academias.

Objetivos

Determinar a presença de fatores de risco para o desenvolvimento de Ortorexia Nervosa e Dismorfia Muscular em pessoas entre 18 e 45 anos de idade que praticam musculação em academias na cidade de Resistencia, Chaco.

Metodologia

Trata-se de um estudo transversal, descritivo e observacional. A amostra (n=163) foi composta por indivíduos de ambos os sexos, com idades entre 18 e 45 anos, praticantes de fisiculturismo. Os dados foram coletados por meio de um questionário online autoaplicável. Foram utilizados os seguintes questionários: o ORTHO-15 para detectar comportamentos de ortorexia nervosa (15 questões), o ADONIS para avaliar o risco de dismorfia muscular (13 questões) e o questionário de hábitos alimentares para avaliar a ingestão diária de alimentos por grupo alimentar (6 questões). O processamento dos dados foi realizado utilizando planilhas do Microsoft Excel.

Resultados

Do total da amostra (n=163), 56% eram mulheres e 65% tinham entre 26 e 35 anos. Uma prevalência muito alta de fatores de risco para ortorexia nervosa foi identificada em 90% dos participantes. Em relação à dismorfia muscular, 45% apresentaram dismorfia corporal moderada e 4% apresentaram risco clínico. Observou-se que 47,2% fazem dieta frequentemente ou consomem suplementos nutricionais para melhorar a aparência física. A análise da relação entre risco e treinamento revelou que 66% dos praticantes de musculação que se exercitam entre 60 e 120 minutos apresentam risco de ortorexia. Além disso, 74,8% dos indivíduos com risco de ortorexia apresentaram baixa adesão às Diretrizes Alimentares Argentinas (GAPA).

Conclusão

Conclui-se que os fatores de risco para ortorexia e dismorfia muscular estão significativamente presentes na população que pratica musculação em Resistencia, Chaco. Há uma forte interação entre uma dieta considerada saudável (ortoréxica), exercício físico intenso e preocupação com a imagem corporal. Embora o risco de dismorfia muscular clínica seja baixo, os altos escores na Escala de Dismorfia Corporal e o uso de suplementos refletem uma canalização de preocupações estéticas. É necessário promover a disseminação de conhecimento nutricional baseado em evidências científicas e conscientizar profissionais de saúde e atividade física sobre os perigos associados ao treinamento e à pressão estética nessa área.

Palavras-chave

Transtornos alimentares (TA), Ortorexia Nervosa (ON), Dismorfia muscular (DM), musculação, hábitos alimentares.

Abstract

Introduction

Eating disorders (EDs) are characterized by serious disturbances in eating habits, with an obsessive preoccupation with health, weight, and body image. In recent years, less traditional manifestations such as Orthorexia Nervosa (ON), defined as a pathological obsession with food considered healthy, and Muscle Dysmorphia (MD), centered on the excessive pursuit of muscle mass, have gained particular relevance. These disorders find fertile ground in people who engage in weight training, with young people being a high-risk group due to the pressure to achieve a physical ideal. Therefore, the focus is on the population aged 18 to 45. Given the scarcity of research in Argentina and the lack of validated instruments, it is essential to investigate their prevalence in gyms.

Objectives

To determine the presence of risk factors for developing Orthorexia Nervosa and Muscle Dysmorphia in people between 18 and 45 years of age who practice weight training in gyms in the city of Resistencia, Chaco.

Methodology

This was a cross-sectional, descriptive, and observational study. The sample (n=163) consisted of both sexes, aged 18 to 45, who practiced bodybuilding. Data was collected via a self-administered online survey. The following questionnaires were used: the ORTHO-15 to detect orthorexia nervosa behaviors (15 questions), the ADONIS to assess the risk of muscle dysmorphia (13 questions), and the dietary habits questionnaire to evaluate daily food intake by food group (6 questions). Data processing was performed using Microsoft Excel spreadsheets.

Results

Of the total sample (n=163), 56% were women and 65% were between 26 and 35 years old. A very high prevalence of risk factors for orthorexia nervosa was identified in 90% of the participants. Regarding muscle dysmorphia, 45% presented with moderate body dysmorphia, and 4% showed clinical risk. It was observed that 47.2% frequently diet or consume nutritional supplements to improve their physical appearance. Analysis of the relationship between risk and training revealed that 66% of those who exercise between 60 and 120 minutes present a risk of orthorexia. Furthermore, 74.8% of individuals at risk of orthorexia exhibited low adherence to the Argentine Dietary Guidelines (GAPA).

Conclusion

It is concluded that risk factors for orthorexia and muscle dysmorphia are significantly present in the population that practices bodybuilding in Resistencia, Chaco. There is a strong interaction between a diet considered healthy (orthorexic), intense physical exercise, and concern about body image. Although the risk of clinical muscle dysmorphia is low, the high scores on the Body Dysmorphia Scale and the use of supplements reflect a channeling of aesthetic concerns. It is necessary to promote the dissemination of scientifically based nutritional knowledge and raise awareness among health and physical activity professionals about the dangers associated with training and aesthetic pressure in this field.

Keywords

Eating disorders (ED), Orthorexia Nervosa (ON), Muscle dysmorphia (MD), bodybuilding, eating habits.

RIESGO DE DESARROLLAR ORTOREXIA Y VIGOREXIA EN PERSONAS MAYORES DE 18 AÑOS QUE ASISTEN A GIMNASIOS EN LA CIUDAD DE RESISTENCIA, CHACO.

INTRODUCCIÓN

Los trastornos de la alimentación, también conocidos como trastornos de la conducta alimentaria (TCA), son enfermedades que se caracterizan por alteraciones graves en estos hábitos. Cuando las personas se preocupan por su salud, peso, apariencia corporal, de forma obsesiva pueden indicar signos de un trastorno de alimentación.

Estos trastornos pueden afectar adversamente la salud física y mental de quien los padece y, en algunos casos, hasta pueden poner en peligro su vida. Sin embargo, con tratamiento, las personas pueden recuperarse por completo.

Incluso las personas que parecen ser saludables pueden presentar estos trastornos, independientemente de tener bajo peso corporal, un peso normal o sobrepeso. Pueden afectar a personas de cualquier edad, sexo, origen racial y étnico.

No se comprende bien la causa exacta de los trastornos de la alimentación. Las investigaciones sugieren que una combinación de factores genéticos, biológicos, conductuales, psicológicos y sociales puede aumentar el riesgo de llegar a tenerlos.

En estos tipos de trastornos se identifica la preocupación por el control extremo de la imagen corporal, ya sea a través de la dieta estricta o el aumento excesivo de masa muscular. Este desplazamiento en las prioridades podría implicar un aumento en el futuro de otros tipos de TCA menos tradicionales como la ortorexia, que se caracteriza por una obsesión con la alimentación saludable y la pureza de los alimentos, donde la persona se preocupa excesivamente por evitar productos considerados no saludables; o vigorexia, que se centra en la búsqueda obsesiva por alcanzar mayor masa muscular a cualquier precio y mediante cualquier medio. Hay una tendencia hacia la búsqueda de cuerpos más voluminosos y musculosos.¹

En esta investigación se buscará conocer el riesgo de padecer ortorexia y/o vigorexia, por influencia del entorno psicosocial, cultural y el uso de redes sociales.

MARCO TEÓRICO

Trastornos de la conducta alimentaria (TCA)

Los TCA constituyen un grupo de trastornos mentales caracterizados por una conducta alterada ante la ingesta alimentaria o la aparición de actitudes tendientes al control de peso de modo patológico. Esta alteración lleva como consecuencia problemas físicos o del comportamiento psicosocial del individuo. Las actuales clasificaciones de los TCA incluyen la anorexia nerviosa (AN), la bulimia nerviosa (BN) y otras alteraciones menos específicas denominadas trastornos de la conducta alimentaria no especificados (TANE). Estos últimos habitualmente son cuadros incompletos de AN o BN, por lo cual veremos síntomas similares, ya sea por su inicio o porque están en vías de resolución. Es importante no minimizarlos porque también incluyen trastornos tales como conductas compensatorias inapropiadas, por ejemplo, ingerir pequeñas cantidades de alimentos, masticarlos y expulsarlos; o episodios compulsivos de ingesta de forma recurrente, pero sin conductas compensatorias, siendo esta última la principal diferencia de BN, que a largo plazo podría volverse un problema de sobrepeso u obesidad.²

El concepto y la definición de los trastornos de la alimentación han ido evolucionado a lo largo del tiempo, desde los conceptos clásicos de AN y BN hasta la definición actual descrita en el DSM-5 (Tabla I), que coincide con la clasificación propuesta por la CIE-11, procedente de la CIE-10.³

ANOREXIA NERVIOSA (AN)
a- Restricción de la ingesta energética en relación con las necesidades, que conduce a un peso corporal significativamente bajo (inferior al mínimo normal y/o esperado) con relación a la edad, sexo, el curso del desarrollo y la salud física.
b- Miedo a ganar peso o engordar, o comportamiento persistente que interfiere en el aumento de peso, incluso con un peso significativamente bajo.
c- Alteración en la forma en que uno mismo percibe su propio peso o constitución, influencia impropia del peso o la constitución corporal en la autoevaluación, o falta persistente de reconocimiento de la gravedad del peso corporal bajo actual.

BULIMIA NERVIOSA (BN)
a- Episodios recurrentes por atracones caracterizados por: - Ingestión, en un periodo determinado de una cantidad de alimentos que es claramente superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un periodo similar en circunstancias parecidas. - Sensación de falta de control sobre lo que se ingiere durante el episodio.
b- Comportamientos compensatorios inapropiados recurrentes para evitar el aumento de peso, como el vómito autoprovocado, el uso incorrecto de laxantes, diuréticos u otros medicamentos, el ayuno o el ejercicio excesivo.
c- Los atracones y comportamientos compensatorios inapropiados se producen, en promedio, al menos una vez a la semana durante tres meses.
d- La autoevaluación se ve indebidamente influida por la constitución y el peso corporal.
e- La alteración no se produce exclusivamente durante los episodios de AN.
TRASTORNO POR ATRACÓN (TA)
a- Episodios recurrentes por atracones caracterizados por: - Ingestión, en un periodo determinado de una cantidad de alimentos que es claramente superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un periodo similar en circunstancias parecidas. - Sensación de falta de control sobre lo que se ingiere durante el episodio.
b- Los episodios de atracones se asocian a tres o más de los hechos siguientes: - Comer mucho más rápidamente de lo normal. - Comer hasta sentirse desagradablemente lleno. - Comer grandes cantidades de alimentos cuando no se siente hambre físicamente. - Comer solo debido a la vergüenza que se siente por la cantidad que se ingiere. - Sentirse luego a disgusto con uno mismo, deprimido o muy avergonzado.
c- Malestar intenso respecto a los atracones.
d- Los atracones se producen, de promedio, al menos una vez a la semana durante tres meses.
e- El atracón no se asocia a la presencia recurrente de un comportamiento compensado inapropiado como en la BN y no se produce exclusivamente en el curso de la BN o AN.
OTRO TRASTORNO ALIMENTARIO O DE LA INGESTIÓN DE ALIMENTOS NO ESPECIFICA (OTAE)
a- Anorexia nerviosa atípica: se cumplen todos los criterios de AN, excepto que el peso, a pesar de la pérdida significativa, está dentro o por encima del intervalo normal.

b- Bulimia nerviosa atípica: se cumplen todos los criterios de BN, excepto por los atracones y los comportamientos compensatorios inapropiados se producen, de promedio, menos de una vez a la semana y/o durante menos de tres meses.
c- Trastorno por atracón (de frecuencia baja y/o duración limitada): se cumplen todos los criterios para el trastorno por atracón los comportamientos compensatorios inapropiados se producen, de promedio, menos de una vez a la semana y/o durante menos de tres meses.
d- Trastorno de purgas: comportamiento de purgas recurrentes para influir en el peso o la constitución en ausencia de atracones.
e- Síndrome de ingestión nocturna de alimentos.
TRASTORNO ALIMENTARIO O DE LA INGESTIÓN DE ALIMENTOS NO ESPECIFICADO (TANE)
a- Se utiliza en situaciones en las que el clínico opta por no especificar el motivo de incumplimiento de los criterios de un TCA y de la ingestión de alimentos específico, e incluye presentaciones en las que no existe suficiente información para hacer un diagnóstico.

Tabla I (cont.). Criterios diagnósticos del DSM-5. ³

Ortorexia

Ortorexia nerviosa (ON) es un término que proviene del griego (ortho: justo o recto, y orexia: apetencia) y refiere a un desorden del comportamiento alimentario. Fue definido por primera vez por Steven Bratman en el año 1997. En su libro “Health Food Junkies”, manifiesta que la ortorexia nerviosa es un desorden caracterizado por la obsesión patológica a consumir alimentos saludables y biológicamente puros, donde el acto de comer empieza a poseer connotaciones pseudo espirituales, y puede derivar en importantes restricciones alimentarias con consecuentes carencias nutricionales.⁴

La ortorexia forma parte de los trastornos de la conducta alimentaria por evitación y/o restricción de alimentos. Ésta considera la calidad de los alimentos; a diferencia de los demás TCA, en donde el factor clave es la cantidad de comida. La ortorexia se caracteriza por la obsesión de ingerir comida sana, es decir, cualquier producto procedente de la agricultura ecológica libre de transgénicos, colorantes, excluyendo grasas, carnes y aquellos alimentos cultivados con pesticidas. Las personas que sufren este trastorno, son capaces de quedarse sin comer si no están seguros de lo que van a ingerir. Además, no sustituyen los alimentos que rechazan por otros que puedan aportar los mismos nutrientes, llevando a una posible carencia, ya sea de vitaminas, minerales u otros nutrientes.³

El perfil de la persona que padece ortorexia, es obsesiva-compulsiva, estricta y muy exigente consigo misma, empieza cuando se centran en la comida que es “beneficiosa” para el cuerpo. Su preocupación no es enfocada en el peso o la percepción de su aspecto físico, sino por mantener una dieta equilibrada y sana, lo cual es recomendable, en medida que no implique una hipervigilancia de los alimentos que se ingieren. La recomendación nutricional es seguir una dieta equilibrada, en cantidad y calidad, mientras que el exceso de control sobre lo que se come termina siendo una contradicción, ya que con el tiempo puede ocasionar complicaciones en la salud de dichas personas.^{3,5}

Criterios para diagnosticar la ortorexia:

- La persona pasa más de 3 horas al día pensando en su dieta sana.
- Obsesión desordenada para comer alimentos sanos y naturales.
- Excluye de la alimentación carnes rojas y/o blancas que no sean magras y especialmente si no son orgánicas, grasas y alimentos tratados con herbicidas o pesticidas.
- Se preocupa más de la calidad de los alimentos que del placer de comerlos.
- A medida que aumenta la calidad de su alimentación disminuye su calidad de vida.
- Nunca se salta la dieta, ni siquiera en ocasiones especiales y si lo hace se siente culpable.
- Planifica hoy lo que comerá mañana.
- Su manera de comer lo aísla socialmente.
- Aparentemente no hay una intención para perder peso, pero debido a la eliminación de una gran cantidad de alimentos de su dieta, suele haber una pérdida de peso.

Los síntomas de la enfermedad pueden ser:

- Depresión.
- Ansiedad.
- Hipocondrías.
- Hipervitaminosis.
- Hipovitaminosis.
- Trastornos obsesivos compulsivos respecto a la alimentación (TOC), en fases avanzadas.⁶

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

El instrumento diseñado para evaluar el comportamiento de la ortorexia nerviosa es un cuestionario denominado ORTO-15. El punto de corte fue establecido por Donini y cols. en 40 puntos, es decir, que por debajo de ese valor se considera que el individuo posee rasgos de ortorexia. Cuanto más bajo es el valor, mayor es la relación del comportamiento o actitudes referentes a la misma. Sin embargo, existen

sugerencias para reducir el punto de corte a 35 puntos, ya que permitiría una determinación más efectiva de aquellas personas con claros síntomas de este trastorno. En la actualidad, la ortorexia no ha sido incluida en la 5ta edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (DSM- 5) de la Asociación Americana de Psiquiatría (APA), como tampoco en la 10° edición de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE 10) de la OMS. Por lo tanto, no se cuenta con criterios claramente establecidos por estas entidades oficiales que permitan su diagnóstico. Como modelo explicativo del desarrollo de los DCA se ha propuesto que los mismos son el resultado de la interacción de tres tipos de factores:

- los predisponentes, los cuales confieren susceptibilidad para presentar un desorden del comportamiento alimentario;
- los precipitantes, es decir los que aceleran el desencadenamiento de este.
- los que lo perpetúan, con lo cual el cuadro se extiende a lo largo del tiempo y dificulta su tratamiento.

Estos factores pueden verse influenciados por factores biológicos, socioculturales y psicológicos. Dentro de estos últimos encontramos a la ansiedad, el perfeccionismo, la depresión, los trastornos obsesivos-compulsivos y la alteración de la imagen corporal.

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

Si bien hay cada vez más estudios internacionales que ponen el foco en la ortorexia y sus posibles relaciones con diferentes rasgos conductuales y de la personalidad, los estudios realizados en la Argentina siguen siendo escasos, sumado a que aún no se cuenta con una herramienta validada en nuestro país. Prácticamente la totalidad de los datos provienen de estudios realizados en otros países tales como: España, México y Chile, entre otros, con lo cual una de las principales limitantes es que las conclusiones son referentes y potencialmente extrapolables a poblaciones extranjeras. Además, estos estudios evidencian una clara relación entre

los factores predisponentes de ansiedad y perfeccionismo con el desarrollo de los desórdenes del comportamiento alimentario, en particular con la anorexia nerviosa y la bulimia, con escasa mención de otros tipos de DCA. ⁴

En varios estudios se ha mencionado que los principales factores en común en las personas que tienden a desarrollar ortorexia son los siguientes:

- Preocupación obsesiva o patológica por la alimentación saludable. Hay ausencia de disfrute o gratificación a través de la comida siendo la fuente de satisfacción el cumplimiento de la dieta autoimpuesta.
- Consecuencias emocionales ante el incumplimiento de las reglas autoimpuestas (ansiedad, sufrimiento).
- Evitar de manera estricta alimentos que consideran “poco saludables”, como los que contienen grasas, azúcares, conservantes, aditivos alimentarios, productos de origen animal u otros.
- Tienen pensamientos recurrentes y obsesivos acerca de la compra, planificación y consumo de los alimentos de su dieta. Dedican más de 3 horas al día en pensar y preparar comidas saludables basándose en su percepción de calidad y composición óptima. Invierten mucho tiempo y esfuerzo en leer, investigar y catalogar los distintos tipos de alimentos, en pesar, cocinar, incluso en desplazarse grandes distancias para conseguir determinado tipo de alimento (ecológicos, sin aditivos, puros, etc.).
- Tienen pensamientos recurrentes y obsesivos acerca de la compra, planificación y consumo de los alimentos de su dieta. Dedican más de 3 horas al día en pensar y preparar comidas saludables basándose en su percepción de calidad y composición óptima. Invierten mucho tiempo y esfuerzo en leer, investigar y catalogar los distintos tipos de alimentos, en pesar, cocinar, incluso en desplazarse grandes distancias para conseguir determinado tipo de alimento (ecológicos, sin aditivos, puros, etc.).
- Vigilan exhaustivamente el etiquetado y el empaquetado de los productos para conocer todos los ingredientes que contiene y así asegurarse la pureza de los alimentos.
- La dieta es el foco principal de su vida, todo gira en torno a ella llegando a afectar a su calidad de vida ya que llegan a sacrificar otros aspectos y áreas como las relaciones sociales, actividades que antes disfrutaban, y a veces, paradójicamente, incluso su salud física.

- Aparecen sentimientos de culpa, preocupación y frustración después de saltarse la dieta con el consumo de alimentos “poco saludables”.
- Gastan cantidades excesivas de dinero en relación con sus ingresos en alimentos de una calidad y composición óptima para ellos.⁹

Consecuencias

Esta patología puede tener graves efectos sobre la salud. Por ejemplo, el bajo y/o nulo consumo de grasas puede comprometer la ingesta de vitaminas liposolubles y ácidos grasos, ambos imprescindibles para el organismo. Sin carne, los niveles de hierro disminuyen drásticamente y, aunque los vegetales también aportan proteínas, son de calidad inferior.

También puede conllevar carencias nutricionales si la persona con ortorexia no sustituye los alimentos que rechaza por otros que puedan aportar los mismos nutrientes. Esto se traduce en anemia, falta de vitaminas o de oligoelementos, y / o falta de energía.

Además, no sólo constituye un daño a nivel físico. A nivel psicológico también produce un trastorno que en la mayoría de los casos debe ser tratado por un especialista.⁶

Tratamiento

Es más costosa la recuperación psicológica que la física, ya que se deben reeducar las conductas que la persona ha ido adoptando a lo largo de un período de tiempo bastante extenso en relación a este trastorno.

La intervención debe realizarse de una manera interdisciplinar e incluir a profesionales como nutricionistas, psicólogos, médicos y en algunos casos, psiquiatras.⁶

El objetivo principal será el de restaurar el adecuado equilibrio nutricional, abordar las posibles consecuencias y complicaciones asociadas a la ortorexia e instaurar hábitos y patrones alimentarios verdaderamente sanos.

Lo primero que debe realizar el nutricionista es subsanar las carencias nutricionales que el paciente ha adquirido al excluir de su dieta ácidos grasos esenciales y minerales. Es necesario supervisar dicha alimentación hasta que se cubran los requerimientos nutricionales del paciente y poco a poco ir implantando una alimentación normal, equilibrada y bien estructurada.⁷

Suelen ser tratamientos largos porque estas personas son muy estrictas consigo mismas, se debe ayudar al paciente a focalizar nuevas conductas adecuadas. Sin embargo, es importante la continuidad del tratamiento con salud mental para lograr la efectividad y adherencia.⁸

¿A quién puede afectar la Ortorexia?

En los últimos años, el número de personas que muestran síntomas de padecer ortorexia nerviosa ha ido en aumento. Afecta más a mujeres, adolescentes y también a la población que se dedica a deportes como el culturismo, el atletismo o la danza ya que consideran que el valor nutritivo de los alimentos tiene una repercusión importante sobre la imagen corporal.

Como posibles causas encontramos el aumento de información sobre nutrición en la actualidad y la difusión de esta en redes sociales y en los medios de comunicación; esto ha aumentado la preocupación en la población en general, sin embargo, mucha de esta información no está basada en evidencia científica.

Otros factores que también influyen son los intereses económicos de la industria alimentaria, el culto por la imagen y la delgadez en la sociedad actual y la presión estética existente, determinados rasgos de personalidad como la rigidez mental, el perfeccionismo o el exceso de autocontrol, la presencia de un trastorno obsesivo compulsivo o la derivación de otro TCA como puede ser la anorexia en su proceso de recuperación.⁹

Un estudio en Argentina del año 2019 revela que el 71.9% de los participantes (n=121) presentó alto riesgo de padecer ON; el 59.8 % de sexo femenino y el resto masculino, entre 18 y 28 años. Otro estudio en 2018 en la ciudad de Cuenca, Ecuador (n=100), el resultado fue que el 59% de la población presentó conducta ortorexica y/o riesgo de ON, el sexo masculino fue de mayor frecuencia, la población entre 20 y 30 años. Los hábitos alimentarios en el estudio publicado en 2019 en Argentina establecen una asociación significativa entre el riesgo de Ortorexia Nerviosa y los patrones alimentarios de la población, es decir que, a medida que aumentaba el riesgo de Ortorexia Nerviosa, se observaban hábitos alimentarios más saludables.

Entre las principales limitaciones de este estudio se encuentra el tamaño de la muestra, el cual no resulta lo suficientemente representativo de la población objetivo. Sería necesario realizar futuras investigaciones con un número muestral más amplio,

que permita obtener resultados con mayor grado de confiabilidad.²⁷

Se ha demostrado que la presencia de TCA es superior en deportistas que, en la población general, sobre todo en deportistas de élite como son los culturistas, atletas, etc. (Castro-López et al., 2015; Toro, 1996). En un estudio con atletas, se encontró que las mujeres se preocupaban más por la comida que las personas sedentarias, así como que los deportistas masculinos mostraron un mayor control nutricional que las personas sedentarias; ambos (mujeres y atletas) obtuvieron bajas puntuaciones en el ORTO-15, lo que indica un mayor riesgo de ON (Segura-García et al., 2012). Aunque cabe destacar un aumento de casos de TCA en los últimos años en los deportistas masculinos, la prevalencia sigue siendo mayor en mujeres que en varones (Martínez-Rodríguez, 2015).

Algunos autores como Dosil (2003), Hausenblas y Carron (1999) y Swoap y Murphy (1995) enumeran una serie de factores que suponen un riesgo para la aparición o el mantenimiento de los TCA en el ámbito del deporte, entre ellos destacan: la presión del entorno, la presión ejercida por los entrenadores y compañeros, las demandas del propio deporte, la práctica deportiva en sí misma, así como otras características psicológicas del deportista (elevado perfeccionismo e impulsividad, altas expectativas de sí mismo y de los demás, baja autoestima, etc.). También señalan otros factores como la insatisfacción corporal, las dietas restrictivas, la ansiedad por el deporte, la propia evaluación de los éxitos y fracasos deportivos, la actividad física excesiva, el control del peso y los eventos traumáticos; aspectos que pueden predisponer a los deportistas al uso de métodos problemáticos, como por ejemplo, los métodos de calor (sauna, uso de plastificantes y fajas), u otros como laxantes, vómitos, ayuno intermitente, retención de líquidos, pastillas para adelgazar y/o la práctica deportiva excesiva (Dosil, 2003; Hausenblas y Carron, 1999; Swoap y Murphy, 1995). La mayoría de los factores, previamente mencionados, pueden encontrarse en la práctica de los siguientes deportes (Dosil, 2004). En primer lugar, en los deportes de categorías por peso (boxeo, halterofilia o powerlifting), donde el peso condiciona la participación de la persona en una categoría u otra; también, en los deportes de estética (gimnasia rítmica, natación sincronizada o patinaje artístico), donde un peso bajo puede resultar beneficioso para el desarrollo de los movimientos y en los que la figura de los deportistas es un aspecto altamente valorado por los jueces; siguiendo esta línea, en los deportes de resistencia (como el atletismo o la natación), donde un bajo peso también puede ser beneficioso, dotando a la persona de mayor agilidad y

por ende, de un mayor rendimiento; y, finalmente, en los deportes de gimnasio (culturismo o fitness), que se caracterizan por la ausencia de un entrenador cualificado que supervise el tipo y la cantidad de ejercicio realizado, o bien, la ausencia de adecuado asesoramiento nutricional, aspectos que llevan a considerar este deporte como una práctica de alto riesgo en la aparición y desarrollo de TCA (Dosil y Díaz, 2002).¹⁰

Etiología

Dos estudios se llevaron a cabo a partir de un enfoque integral en el que los autores introducen y utilizan el concepto teórico de una "sociedad ortorexica".

Así, los individuos deben tomar sus decisiones en el contexto de los consejos de salud contradictorios y la industrialización del suministro de alimentos, creando una situación en la que cada vez es más difícil estar seguro sobre el contenido y la calidad tanto del asesoramiento y la comida que comen. Pero la explicación etiológica más aceptada se ha llevado a cabo fundamentalmente desde modelos multicausales, en los cuales se suele hacer referencia a factores predisponentes, desencadenantes y mantenedores de la afección de estudio, que pueden ser socioculturales, psicológicos y biológicos; y se encuentran en constante interacción.

Factores predisponentes:

- Normalmente quienes sufren de ON son personas muy estrictas, controladoras y exigentes consigo mismas y con los demás, predispuestas genéticamente.
- La ortorexia nerviosa parece no afectar a los sectores marginales, sino más bien al contrario, ya que este tipo de comida es mucho más cara que la normal y más difícil de conseguir.
- Las mujeres, los adolescentes y quienes se dedican a deportes tales, como el culturismo, el atletismo y otros, son los grupos más vulnerables ya que en general son muy sensibles frente al valor nutritivo de los alimentos y su repercusión sobre la figura o imagen corporal.
- También se ha observado, que muchos pacientes que han sufrido anorexia nerviosa, al recuperarse optan por introducir en su dieta sólo alimentos de origen natural, cultivados ecológicamente, sin grasa o sin sustancias artificiales que puedan causarles algún daño.
- Épocas de cambios o transición: En épocas de la vida en las que se produce

un gran cambio existe mayor riesgo de inicio de estos trastornos.

Factores desencadenantes:

- Ilusión por una seguridad total: En las personas con ortorexia existe la falsa creencia de que pueden prevenir todo tipo de enfermedades simplemente con llevar una dieta sana. Son personas que tienen mucho miedo a la muerte y que por tanto buscan todas las posibilidades para alejarse de ella. El factor que más pueden controlar es la alimentación lo que los lleva a obsesionarse de manera desmesurada. La obsesión es tal que la comida les crea una ilusión de perfecta seguridad que les impide seguir creciendo y disfrutando.
- Una negación de la realidad: Se refiere a cómo las diferentes teorías sobre alimentación llevan a buscar los cánones de belleza impuestos sin que el sujeto lo admita.
- La búsqueda de la espiritualidad a través de la cocina: Desde siempre las personas han buscado a Dios, unos en iglesia, templos, naturaleza y actualmente, muchos lo buscan en la comida.
- La creación de una identidad: Los sujetos suelen seguir diferentes y complicadas dietas para diferenciarse de aquellos que no las siguen. A través de la comida buscan un camino para encontrarse a ellos mismos, para establecer una identidad.
- El miedo hacia otra gente: Las personas con ortorexia son gente que come de manera muy extraña por lo que suelen comer solos para evitar las críticas.

Factores mantenedores:

Referido a factores que son consecuencia del trastorno o que ocurren paralelamente y que tienen un efecto de reforzamiento sobre sí mismo, provocando que se mantenga y agraven. En este grupo destacan los siguientes aspectos:

- Reducción de la ansiedad por la necesidad compulsiva de comer alimentos saludables.
- Refuerzo y reconocimiento social, debido a que la ingesta de comida sana se considera una buena práctica saludable.
- Escape de pensamientos.

Aunque los especialistas aún no se han puesto de acuerdo en cuáles pueden ser las auténticas causas del inicio de este trastorno, creemos que estar familiarizados con

algunos factores de riesgo nos puede ayudar a prevenirlas y detectarlas precozmente.¹¹

Estudios sobre ortorexia y alimentación.

Estudios realizados en el 2012, demostraron que el riesgo de ON, es mayor en mujeres que en varones, los resultados de la investigación fueron mujeres que presentaron 33% y los varones un 22,5% de riesgo de padecer ON, de los cuales el 49,2 % que asistían al gimnasio presentaban el mismo riesgo. Estos resultados fueron similares a estudios del año 2019, donde hubo tendencia de ortorexia en gimnasios, la mayoría entrenaba entre 5 años o menos y las mujeres que realizaban con mayor frecuencia ejercicio físico, tenían mayor tendencia al trastorno.

Teniendo en cuenta los datos anteriores, se realizó en Argentina un estudio en busca de aportar información a la sociedad y la ciencia, de forma específica con esta prueba de ON en gimnasios de Argentina ya que dicha población se encuentra en riesgo de padecer el trastorno, por lo tanto, es de suma importancia detectarlo para prevenir los riesgos en el futuro.

El 71,9% de los participantes presentó alto riesgo de ON. Entre todos los participantes con alto riesgo, se encontró que un 59,8% era mujer y un 40,2% hombre; la mayoría de ellos (90,8%) con edad entre 18 y 28 años. El 85,1% de los participantes tuvo hábitos alimentarios saludables y el 64,5% refirió sentirse culpable si salteaba un entrenamiento (Tabla 1).¹²

	Frecuencia	(%)
Sexo		
Femenino	62	51,2
Masculino	59	48,8
Riesgo de ON		
Alto riesgo	87	71,9
Bajo riesgo	34	28,1
Hábitos alimentarios		
No saludables	18	14,9
Saludables	103	85,1
Culpabilidad por saltar un entrenamiento		
Si	78	64,5
No	43	35,5

Tabla 1: Frecuencia de variables cualitativas.¹²

Vigorexia

La dismorfia muscular (DM), también conocida como vigorexia, es un trastorno descrito por primera vez en 1993 por el doctor Harrison Pope. Es un desorden emocional que se caracteriza por una obsesión enfermiza por ganar masa muscular que afecta principalmente a varones jóvenes, pero que también lo pueden sufrir las mujeres. Los individuos afectados por esta condición experimentan una percepción distorsionada de su imagen corporal, caracterizada por la sensación de un desarrollo físico insuficiente y una constitución delgada. Esta percepción los impulsa a asistir regularmente a gimnasios, a una frecuente autoobservación frente al espejo y a un control riguroso tanto de su peso corporal como de las dimensiones del perímetro de sus bíceps y torso.

Desde una perspectiva externa, estas conductas podrían interpretarse como una manifestación de preocupación por la salud física, lo que podría generar orgullo y tranquilidad en su entorno familiar. Sin embargo, detrás de estas acciones hay una condición patológica denominada vigorexia.

Cuando el ejercicio constante produce el incremento esperado en la masa muscular, quienes padecen vigorexia no logran reconocer este cambio, persiste en ellos la creencia de debilidad física, lo que los lleva a adoptar pautas alimentarias hiperproteicas y ricas en carbohidratos, con una restricción significativa de grasas. En algunos casos, se observa la adopción de prácticas de consumo de hormonas del crecimiento, esteroides anabólicos y otras sustancias similares.⁷

La vigorexia es una condición que afecta principalmente a los varones, aunque la frecuencia con la que se presenta varía mucho dependiendo del grupo de personas que se estudian. Algo que se ha observado es que los deportistas que se enfocan en el entrenamiento de fuerza podrían tener más probabilidades de desarrollar dismorfia muscular (DM) en comparación con otros atletas o con quienes no hacen ejercicio. Sin embargo, no podemos decir que todos los deportistas de fuerza estén en el mismo riesgo, existen diferencias importantes en cantidad de dismorfia muscular que se encuentra y cómo se manifiesta entre distintos grupos dentro del mundo del entrenamiento de resistencia. Esto parece depender mucho del motivo por el que están entrenando con pesas. De hecho, aquellos atletas que entrenan con pesas buscando principalmente cambiar su apariencia física (como los fisicoculturistas)

podrían ser más propensos a tener dismorfia muscular que los atletas que entrenan para ser más fuertes (como los que entrenan potencia).

Los patrones alimentarios disfuncionales, así como características psicológicas como el perfeccionismo, la autoestima y la ansiedad social, pueden desempeñar un papel clave en el desarrollo y mantenimiento de la DM. La vigorexia tiene puntos en común con los trastornos de la conducta alimentaria (TCA), especialmente por la presencia de una necesidad de hacer ejercicio de forma exagerada y por seguir dietas muy estrictas, algo que se ve en varios tipos de trastornos. Por eso, en investigaciones anteriores se ha encontrado que es común que la vigorexia y los TCA se presenten juntos. Sin embargo, no se sabe mucho sobre otras formas problemáticas de alimentarse, como la ortorexia nerviosa (ON), en personas que tienen vigorexia. Lo que sí se ha observado es que, para lograr ese cuerpo delgado pero musculoso que desean, las personas con vigorexia suelen ser muy estrictas con lo que comen y eligen alimentos pensando mucho en que sean saludables.

Además, la internalización de un ideal de cuerpo musculoso, típico de los varones con vigorexia, desempeña un papel importante en relación con la ortorexia nerviosa. Esta internalización se relaciona con puntuaciones más altas de ortorexia nerviosa, lo que explica por qué la misma es común en personas con DM.

El perfeccionismo podría estar involucrado en el desarrollo y mantenimiento de la vigorexia, tanto directa como indirectamente, dado que estas personas luchan por alcanzar una forma corporal que resulta inalcanzable. La influencia directa reside en la búsqueda del cuerpo perfecto, mientras que la indirecta podría manifestarse a través de la insatisfacción corporal. Si bien la asociación entre el perfeccionismo y el trastorno depresivo mayor (TD) es bien conocida y establecida, se sabe poco sobre qué componentes específicos del perfeccionismo están realmente involucrados en el TD. De hecho, el perfeccionismo se compone de distintas maneras de ser perfeccionista. Podemos ser exigentes con nosotros mismos, con los demás o sentir que los demás esperan que seamos perfectos. Estas diferentes formas de perfeccionismo podrían influir de manera distinta en cómo aparece y se mantiene el trastorno dismórfico.

La baja autoestima también se considera un factor crucial en el desarrollo y mantenimiento de la vigorexia. Las personas que padecen este trastorno pueden

adoptar conductas para mejorar su apariencia con el objetivo de mejorar su autoestima y seguridad en sí mismas; es importante destacar que el desarrollo muscular obtenido al realizar estas actividades también aumenta el deseo de continuar haciéndolas. Por lo tanto, la baja autoestima puede ser una fuente de motivación para los síntomas conductuales de la vigorexia. Además, puede contribuir a evitar situaciones sociales en las que el cuerpo se expone a otros, y dicha evitación se da para reducir temporalmente la ansiedad. Es común que las personas con vigorexia traten de evitar lugares o situaciones donde otros puedan ver su cuerpo, como las playas o las piscinas. Si no pueden evitarlo, suelen vivirlo con mucha angustia y ansiedad. Si bien se ha investigado bastante cómo el miedo a que otros evalúen negativamente su físico se relaciona con la aparición de la dismorfia muscular, no se sabe tanto sobre la ansiedad social en general en personas con esta condición.

A pesar de que últimamente ha habido más interés en este trastorno y de que cada vez se presenta con más frecuencia, la vigorexia todavía no se conoce ni se ha investigado lo suficiente. Como mencionamos antes, las personas con DM sufren mucho y se ven muy afectadas por esa preocupación constante de sentirse débiles y pequeños, lo que termina empeorando su calidad de vida. ¹³

Diagnóstico

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS PARA LA DISMORFIA MUSCULAR PUBLICADOS EN EL DSM-5 (American Psychiatric Association, APA, 2013).

- A. Preocupación por uno o más defectos o imperfecciones percibidas en el aspecto físico que no son observables o parecen sin importancia a otras personas.
- B. En algún momento durante el curso del trastorno, el sujeto ha realizado comportamientos (p. ej., mirarse en el espejo, asearse en exceso, rascarse la piel, querer asegurarse de las cosas) o actos mentales (p.ej., comparar su aspecto con el de otros) repetitivos como respuesta a la preocupación por el aspecto.
- C. La preocupación causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral y otras áreas importantes del funcionamiento.
- D. La preocupación por la apariencia no se explica mejor por la inquietud acerca

del tejido adiposo o el peso corporal en un sujeto cuyos síntomas cumplen los requisitos diagnósticos de un trastorno alimentario.

Especificar si:

Con dismorfia muscular: al sujeto le preocupa la idea de que su estructura corporal es demasiado pequeña o poco musculosa. Este especificador se utiliza incluso si el sujeto está preocupado por otras zonas corporales, lo que sucede con frecuencia. ¹⁴

Consecuencias de la vigorexia

Numerosos problemas orgánicos y lesiones pueden aparecer cuando la práctica deportiva es excesiva.

- Uso de anabólicos: esta consecuencia se sitúa en un nivel alto de riesgo debido a los graves trastornos orgánicos que pueden generar como problemas cardíacos, alteraciones hormonales significativas (masculinización en mujeres, irregularidades menstruales), acné severo, atrofia testicular, disminución de la fertilidad masculina, retención de líquidos y otros efectos adversos importantes. Estas sustancias se utilizan con intención de mejorar el rendimiento físico e incrementar el volumen de sus músculos, pero con su uso no se obtiene ningún beneficio, sino todo lo contrario.
- Trastornos metabólicos derivados de la alimentación: la alteración en la ingesta de nutrientes, con un consumo excesivo de proteínas e hidratos de carbono y una restricción severa de grasas, puede desencadenar desequilibrios metabólicos importantes que afectan funciones del organismo a largo plazo.
- Lesiones por sobrecarga en el gimnasio: la práctica deportiva excesiva y el levantamiento de peso desproporcionado pueden ocasionar daños significativos en el sistema musculoesquelético, como desgarros musculares, esguinces, y problemas crónicos en huesos, tendones y articulaciones, especialmente en los miembros inferiores.

- Desproporciones entre las partes corporales: si bien no implica un riesgo orgánico inmediato tan grave como las anteriores, la obsesión por un desarrollo muscular desmedido puede llevar a desproporciones corporales notables, como un cuerpo muy voluminoso en relación con la cabeza, lo cual puede tener un impacto psicológico en la persona.¹⁵

Para que el tratamiento de la vigorexia realmente funcione, es fundamental contar con un equipo de profesionales de distintas áreas. Dentro de este equipo, el apoyo psicológico se considera la base fundamental para la recuperación, a través de terapias cognitivas y conductuales.

El propósito principal de las terapias cognitivo-conductuales es ayudar a la persona a transformar y sanar la manera en que se relaciona con su propio cuerpo. Esto implica superar esa preocupación exagerada por no tener suficientes músculos, así como modificar los pensamientos, sentimientos y conductas que están dañando su salud, y finalmente, adoptar hábitos que sí sean saludables y beneficiosos.

Para empezar el tratamiento, es importante que la persona entienda bien qué es la vigorexia y cómo le está afectando. Se le pide que lleve un registro de lo que piensa, cómo se comporta y qué siente en diferentes momentos, para luego poder trabajar sobre ello en terapia.

Además, se pretenden tratar tanto las conductas adquiridas del trastorno, como la dismorfia, mediante distintas técnicas con el fin de que el paciente pueda percibirse a sí mismo y a su imagen de una manera realista y objetiva. Se recomienda hacer un seguimiento para prevenir recaídas y seguir trabajando en las inseguridades y conductas perjudiciales.

En ocasiones, es recomendable combinar el tratamiento psicológico con uno farmacológico. Los medicamentos pueden ayudar a la persona a percibir la realidad de forma más clara y a disminuir el malestar, la preocupación y las conductas negativas asociadas a la vigorexia. Generalmente se suelen utilizar inhibidores de la recaptación de serotonina, que actúan sobre los síntomas obsesivos y compulsivos del trastorno.

El rol del Lic. en Nutrición, en el tratamiento es muy importante, ya que se requieren de pautas dietéticas adecuadas para tratar la posible obsesión con la comida, para informar sobre los efectos adversos de los excesos y carencias, y principalmente,

para evitar el desencadenamiento de un trastorno de la conducta alimentaria (TCA) a raíz de la alteración de la alimentación.¹⁶

Con respecto al consumo de sustancias, el complejo de Adonis o vigorexia está relacionado más al consumo de anabólicos que de suplementos. Aquí se potencia el rol de nutricionista ya que este debe intervenir de forma multidisciplinaria actuando en su campo, pero respetando y comprendiendo la importancia de los colegas de la salud, para un óptimo tratamiento. Debe trabajar como un eslabón más de la cadena de la salud capacitándose de forma continua y manteniéndose siempre actualizado, trabajando de forma comprometida con el paciente para facilitarle una alimentación saludable, y posible, dentro de sus necesidades. Para lograr esto, el licenciado en nutrición debe considerar no sólo los aspectos de la alimentación, sino también cómo influyen la salud general, el estado psicológico y emocional, el entorno cultural y las relaciones sociales. Es fundamental ofrecer una atención personalizada, teniendo en cuenta las necesidades y las características específicas de cada paciente.

Esto debe acompañarlo de educación alimentaria, informando y capacitando al paciente respecto a una alimentación correcta para cada momento. El licenciado en nutrición debe actuar para mejorar la calidad nutricional de la dieta, contribuir a mantener un estado nutricional adecuado y prevenir las complicaciones, buscando optimizar el rendimiento del deportista orientándose por un camino saludable y efectivo.¹⁷

Tratamiento

Los tratamientos utilizados para esta patología son los fármacos antidepresivos o la terapia cognitivo-conductual (TCC), en monoterapia (grado 2B, es decir que se puede utilizar solo uno de los tratamientos de manera individual pero la evidencia científica sobre su efectividad no es concluyente, por lo que no se considera como primera elección) o asociados.

Farmacológicos: Se utilizan inhibidores selectivos de recaptación de serotonina (ISRS). Estos pueden ayudar con los síntomas del TDC, facilitando el manejo de los pensamientos y comportamientos. También pueden aumentar la eficacia de otros tratamientos como la psicoterapia.

Psicoterapia: No hay tratamiento psicológico empíricamente validado y específico para la dismorfia corporal, debido a que es un trastorno que ha empezado a recibir atención recientemente, no hay grandes números de bibliografías al respecto, no solo

porque se conoce poco sobre este trastorno, sino porque también quienes lo padecen no buscan tratamiento, ya sea porque desconocen que padecen el trastorno, o porque no les genera malestar, por lo menos en el corto plazo. Se ha observado que si acuden a una consulta es en relación a una lesión o enfermedad física, por ansiedad o depresión, pero no por la vigorexia como tal, además de que quienes padecen este trastorno son personas generalmente que presentan buena salud, por lo que es más difícil detectarlo.

Tratamiento psicológico en adultos: Terapia cognitivo-conductual (TCC), las personas que padecen un trastorno dismórfico corporal presentan una serie de ideas distorsionadas sobre su apariencia física e imagen corporal que provocan reacciones emocionales negativas y patrones disfuncionales de comportamiento. Estas personas centran su atención en pequeños defectos e imperfecciones en su apariencia física, dándoles una gran importancia. En el caso de la vigorexia, los defectos están relacionados con la musculatura y esbeltez corporal.¹⁸

El TDC no es curable, pero sí tratable. Al igual que muchas afecciones de salud mental, su tratamiento suele implicar una combinación de enfoques.¹⁹

Redes sociales

Las redes sociales son una herramienta de comunicación e interacción importante, donde se comparte todo tipo de información, verídica o no, a la que personas de cualquier edad, sexo, nivel educativo, etc. pueden acceder fácilmente. Esto ha ido en aumento en los últimos años, por lo que los recursos utilizados han ido mutando buscando la mejor manera de atraer a los usuarios de todo tipo, en estos casos centrados en las recomendaciones nutricionales según las experiencias de vida, recetas, alimentos, rutinas de entrenamientos, entre otros.²⁰

En estos casos el blanco más vulnerable son los jóvenes, porque reciben mayor influencia de las redes. Están bajo constante estímulo audiovisual de celebridades, compañeros, comida, fitness y moda, lo que puede llevarlos a participar en comportamientos negativos (por ejemplo, hablar de grasa corporal como algo insalubre) o comparar las apariencias en línea, las cuales son exposiciones específicas que pueden aumentar estos riesgos.

Los mensajes orientados a la salud en las redes, se abstienen de hacer foco en el peso y/o la condición física como indicadores de salud; sino que buscan promover la

satisfacción y aceptación corporal orientado a la funcionalidad y diversidad del mismo; dejando de lado la estética.²¹

Instagram se ha convertido en una de las redes sociales de mayor consumo, por lo que se la ha relacionado con el posible desarrollo de algún TCA, debido a que es una plataforma que ejerce presión sociocultural, de modo que el cuerpo ideal de belleza expuesto es cada vez más delgado para las mujeres, y más atlético o deportivo y musculoso para los varones. Estos ideales y conductas son transmitidos por los influencers, quienes se ganan la confianza de sus seguidores, creando contenidos de interés, haciendo que sus seguidores se sientan identificados con ellos, mostrándoles su apariencia física, dieta y ejercicios como la clave de la felicidad; creando una relación de dependencia entre ellos.

Por otro lado, se ha observado que el tiempo de uso es un factor importante en el posible desarrollo de algún TCA, siendo Turner & Lefevre (2017) los que estudiaron este hecho y obtuvieron que un mayor uso de Instagram se asocia con una ascendente tendencia hacia la ortorexia nerviosa, definida como la obsesión por comer alimentos saludables.²²

La dismorfia muscular o vigorexia, también conocido como síndrome de Adonis por su musculatura, se ha convertido en la meta de muchos jóvenes masculinos.

Como lo hemos mencionado anteriormente, las redes sociales influyen constantemente a los usuarios con sus contenidos, sobre todo a los jóvenes y adolescentes; llevando a muchos de ellos a buscar alcanzar el cuerpo perfecto, por lo que orientan su vida a ese objetivo; sus planes, dietas, amigos, conversaciones gira en torno a ello. En este punto el director médico del centro de Adalmed, Manuel Faraco Favieres, psiquiatra y especialista en TCA, indica que es donde la conducta de estas personas comienza a considerarse patológica.

El psiquiatra destaca que este trastorno es más difícil de controlar ahora que nunca para los padres. “Los niños son imposibles de dominar, un niño puede estar encerrado en su cuarto viendo lo que quiera online”. Y, aunque sea complicado, es importante tratar el trastorno a tiempo, porque no solo la mente se ve afectada, sino que el cuerpo también sufre las consecuencias de una dieta insana, la adicción al deporte y, en ocasiones, el uso de anabolizantes. Estos daños van desde algunos más leves, como problemas renales y hepáticos, hasta “desastres como infartos e incluso la muerte”.²³

Actividad física

La práctica de una actividad deportiva reporta beneficios para la salud, considerada ésta en sus aspectos físicos y psicológicos (Petruzzello, Landers, Hatfield, Kubitz & Salazar, 1991). Sin embargo, el deporte también puede convertirse en factor de riesgo para determinadas patologías (Pope, Katz & Hudson, 1993) o convertirse en sí mismo en un problema cuando se realiza en intensidades y frecuencias cuyas consecuencias son el deterioro y/o malestar. Esto implica un repertorio de conductas que van más allá de lo estrictamente necesario para mantener la forma física o realizar un entrenamiento ajustado a las necesidades del sujeto y/o de la competición para la que se prepara. En este último caso se habla de dependencia del ejercicio, que se produce cuando el sujeto se ve involucrado en la práctica de un ejercicio de forma excesiva (Veale, 1987). Puede decirse que han sido varios los términos considerados para este constructo, entre otros, destacan el de “fanatismo por el fitness” (Little, 1979), la “adicción al ejercicio” (Wichmann & Martin, 1992), el “ejercicio compulsivo” (Hauck & Blumenthal, 1992) o el de “dependencia primaria del ejercicio”, en contraposición a la secundaria que estaría asociada y se derivaría de los trastornos de alimentación (Veale, 1995).²⁴

En un estudio publicado por la revista científica ciencias de la salud, cuyo objetivo fue describir las prácticas dietéticas y la frecuencia de vigorexia en usuarios de gimnasios de la ciudad de Asunción en julio de 2019; donde la muestra fue conformada por proporciones iguales de varones y mujeres, la mayoría de los usuarios de gimnasios eran adultos jóvenes, con nivel educativo universitario y con salario superior al mínimo, generalmente profesionales, con vida laboral activa, características que definen a los grupos que asisten regularmente a los gimnasios. Los participantes asisten regularmente al gimnasio hace casi 2 años, en promedio 5 días a la semana y un tiempo dedicado al entrenamiento de hora y media, similar a lo encontrado por Andrade et al. en el 2012, que estudiaron los niveles de adicción al ejercicio en fisiculturistas y registraron que el 75% entrena una hora o más por día. Los estudios manifiestan que estas variables tienen una relación directa con la aparición de vigorexia, así en otro trabajo se refirió que las puntuaciones de vigorexia son más altas cuando se entrena más de 20 horas a la semana y que esta situación crea malestar en áreas sociales, familiares y sexuales.

El tipo de ejercicio mayormente realizado fue pesas o musculación, que tienen por objetivo el aumento de masa corporal y acompañaban su rutina con prácticas

alimentarias especiales como la dieta y el consumo de suplementos nutricionales (68%).

Los suplementos más frecuentemente consumidos en los usuarios de gimnasios son las proteínas en polvo, lo cual era de esperarse porque el objetivo de la mayoría de estas personas apunta a la ganancia de masa muscular y aumento de su tamaño. Sin embargo en cuanto a la prescripción de dietas y suplementos en los gimnasios según lo referido por los encuestados, fue realizada en su mayoría por licenciados en nutrición, lo cual contrasta con el estudio de Rodríguez et al. que según lo referido por los varones los suplementos fueron recomendados principalmente por «entrenadores y personal trainer» con un 29,2% y 18,4% respectivamente y solo un 5,1% fueron profesionales de la nutrición; en el caso de las mujeres, el porcentaje más alto de recomendación recae en los médicos, con un 25,2%, seguidos por los entrenadores con un 18.3%, no apareció la figura del nutricionista.

Más de la mitad de los participantes presenta vigorexia al aplicar la Escala de Satisfacción Muscular, lo cual supera ampliamente la frecuencia encontrada en los estudios de Martínez-Segura et al. (2015), Babusa et al. (2015) y Zepeda et al. (2011), pero coincide con el estudio de Valdés et al. (2013) que señaló una prevalencia de vigorexia de nivel leve en 55% de estudiantes. Si bien la frecuencia de vigorexia fue mayor en los varones, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre sexos, esto podría deberse a que la preocupación por la ganancia de masa muscular ha aumentado también en las mujeres debido a los estereotipos actuales; se halló una tendencia de asociación significativa entre escolaridad y el puntaje de la Escala de Satisfacción Muscular, cuya media fue mayor en el grupo de estudios universitarios, lo cual podría explicar la elevada frecuencia de vigorexia encontrada en el estudio de Valdés et al. (2013) y en el presente estudio, además, los jóvenes en etapa de crecimiento personal, profesional y social suelen sentir la necesidad de cumplir estándares elevados que regulan el complejo mundo de competitividad social actual.²⁵

En otro estudio publicado por la revista Iberoamericana de psicología del ejercicio y deporte vol. 12. en el cual se pretendió estudiar la relación entre la imagen corporal (IC), las dimensiones de composición corporal (IMC y porcentaje de grasa) y ejercicio físico (frecuencia y duración) e identificar las posibles diferencias de la IC entre sexos. En el mismo, el análisis de variables moduladoras como el ejercicio físico y las dimensiones corporales, pueden relacionarse entre sí. Las ideas y emociones de las

personas pueden desencadenar en conductas poco saludables que impliquen déficits o excesos, ya sea en la práctica del ejercicio físico o conductas alimentarias que serán evidenciadas en las dimensiones corporales. Se ha descrito en informes recientes que los usuarios de gimnasios presentan un autoconcepto frágil y problemas de conducta alimentaria (Castro-López, Cachón, Valdivia, y Zagalaz, 2015). Sin embargo, las diferencias en la imagen corporal entre levantadores de pesas y practicantes de otro tipo de ejercicio físico siguen sin esclarecerse (Borkoles, Polman, y Levy, 2010). El ejercicio físico como práctica reviste de una condición neutral, es decir no es positivo ni negativo y más bien, los profesionales están de acuerdo en que una adecuada práctica de ejercicio físico tendrá como consecuencia el bienestar general del individuo. Pero, por el contrario, una inadecuada práctica de ejercicio físico puede conllevar a un cambio en la conducta alimentaria y con ello problemas asociados a la imagen corporal. ²

Musculación como actividad física.

Es una alternativa de actividad física basada generalmente en ejercicio físico de media a alta intensidad, con la finalidad de encontrar un equilibrio muscular entre los segmentos corporales, generalmente se utilizan estímulos anaeróbicos, este tipo de actividad física se desarrolla principalmente en gimnasios. También se le llama musculación a la actividad encaminada a hipertrofiar el músculo sin llegar a un desarrollo competitivo. La musculación al ser un entrenamiento con pesas provoca transformaciones inducidas en las fibras musculares como son los micro traumas; estas pequeñas lesiones en el músculo contribuyen al cansancio experimentado tras el ejercicio. La reparación de los micro traumas, forman parte del crecimiento muscular mejor conocido como hipertrofia. La práctica de la musculación se enfoca en preservar la masa muscular, con el objetivo de mantener la fuerza, la capacidad contráctil y la elasticidad del músculo, evitando su deterioro prematuro debido a la falta de ejercicio.

La musculación no competitiva es una actividad física en crecimiento, que se caracteriza por el desarrollo de la fuerza y la hipertrofia muscular, sin un objetivo de competir en eventos deportivos específicos. A medida que esta actividad fue ganando popularidad, también hubo un aumento en la atención a la alimentación como un componente fundamental para alcanzar los objetivos. Sin embargo, este enfoque en la alimentación podría llevar al riesgo de padecer ortorexia nerviosa. ²⁷

OBJETIVOS

General: Determinar la presencia de factores de riesgo de desarrollar ortorexia y vigorexia en personas mayores de 18 años, que practican musculación en gimnasios de la ciudad de Resistencia, Chaco.

Específicos:

- Identificar factores de riesgo de ortorexia y vigorexia en la población seleccionada.
- Describir hábitos alimentarios de las personas que practican musculación en la población de estudio.
- Relacionar el riesgo de ortorexia y vigorexia con variables como el nivel de actividad física y los hábitos alimentarios.

DISEÑO METODOLÓGICO

Tipo de estudio y diseño general

Estudio transversal, descriptivo, observacional.

Población y muestra

Población: Personas mayores de 18 años, que practican musculación en gimnasios de Resistencia - Chaco.

Muestra: 163 personas de ambos sexos, entre 18 y 45 años que practican musculación en gimnasios de Resistencia - Chaco.

Técnica de muestreo

Muestreo no probabilístico, por conveniencia.

Criterios de inclusión y exclusión

Inclusión:

- Personas mayores de 18 años.
- Sexo: mujer, varón.
- Practican musculación en gimnasios de Resistencia - Chaco.

Exclusión:

- Enfermedades que requieran un tipo de dieta específica.
- Enfermedades crónicas graves.
- Embarazo o lactancia.
- Personas con enfermedades psiquiátricas o médicas diagnosticadas que interfieran con los hábitos alimentarios o el comportamiento relacionado con el

ejercicio.

Instrumento de medición

Encuestas online.

Método de análisis de datos

El procesamiento de datos se realiza con planillas de Excel.

Procedimientos para garantizar aspectos éticos

- Se solicita informar el consentimiento de participación previo a comenzar la encuesta.
- Se aplican las pautas éticas enunciadas en la declaración de Helsinki.

INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Para la presente investigación se realizó una encuesta online, anónima, compuesta por tres secciones en las cuales utilizamos tres cuestionarios distintos para la obtención de los datos necesarios. En la primera sección para la detección de ortorexia se empleó el cuestionario ORTO-15, desarrollado por Donini et al. (2005), el cual consta de 15 ítems con opciones de respuesta tipo Likert. Esta herramienta ha sido ampliamente utilizada en estudios internacionales y locales para identificar tendencias ortorexicas en poblaciones generales y específicas. Su validez y confiabilidad han sido evaluadas en diversos contextos.

En la segunda sección para la evaluación de características relacionadas con vigorexia se utilizó el Cuestionario del Complejo de Adonis, diseñado por Edwards, Tod y Molnar (2014), compuesto por 13 ítems que indagan sobre la preocupación corporal, imagen muscular y prácticas relacionadas con el ejercicio y la dieta. Este instrumento también cuenta con respaldo teórico y psicométrico en diferentes estudios científicos.

En la tercer y última sección utilizamos un cuestionario con 6 ítems para indagar el consumo alimentario diario por grupo de alimentos. Se incluyeron los distintos grupos con sus equivalencias, teniendo en cuenta la clasificación y las recomendaciones de consumo de alimentos diarios determinados por las Guías Alimentarias para la Población Argentina (GAPA).

Las versiones completas de los instrumentos utilizados se encuentran en los Anexos I, II, III y IV.

Operacionalización de variables

Ortorexia:

Variable: factores de riesgo.

Definición conceptual: Tendencia patológica a la preocupación excesiva por la alimentación saludable, caracterizada por una búsqueda constante de pureza alimentaria y la evitación rígida de alimentos considerados “no saludables”.⁴

Dimensión: Conductas y actitudes alimentarias orientadas al control excesivo de la calidad de los alimentos.

Valores:

- Presencia de riesgo de ortorexia
- Sin presencia de riesgo de ortorexia

Indicador: puntuación total obtenida en el cuestionario ORTO-15, según los puntos de corte <40 puntos presencian riesgo de ortorexia y ≥ 40 puntos sin presencia de rasgos de ortorexia, establecidos por la validación utilizada.

Observaciones: La escala ORTO-15 evalúa la conducta relacionada con la elección, compra, preparación y consumo de alimentos saludables. Distingue tres factores relacionados con la conducta alimentaria: cognitivo (ítems 1, 5, 6, 11, 12 y 14), clínico (ítems 3, 7, 8, 9 y 15), y emocionales (ítems: 2, 4, 10 y 13).³²

Vigorexia:

Variable: factores de riesgo.

Definición conceptual: Trastorno caracterizado por una preocupación obsesiva por el tamaño y la forma muscular, acompañada de una percepción corporal distorsionada y conductas compulsivas de entrenamiento y control alimentario.⁷

Dimensión: Imagen corporal y autopercepción. Conductas alimentarias y de entrenamiento orientadas al desarrollo muscular. Uso de suplementos o sustancias anabólicas.

Valores:

- Riesgo de vigorexia
- Dismorfia corporal media
- Sin riesgo

Indicador: puntuación total obtenida en el cuestionario ADONIS (Anabolic - Dependent

Exercise and Nutrition in Strength), considerando los puntos de corte establecidos por el instrumento para identificar presencia de riesgo.³³

Observaciones:

El cuestionario de complejo de Adonis consta de 13 ítems, Las respuestas se dividen en tres opciones “a” su valor es de 0 puntos “b” su valor es de 1 punto y “c” su 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 del valor numérico de la suma de las respuestas que realizas, de tal forma que las puntuaciones de (Pope, Phillips y Olivardia,2000; Baile, 2005):

- Entre 0 y 9 puntos: sin riesgos.
- Entre 10 y 19 puntos: dismorfia corporal media.
- Entre 20 y 29 puntos: riesgo de vigorexia.
- Entre 30 y 39 puntos: vigorexia.

Hábitos alimentarios:

Variable: consumo diario por grupo de alimentos.

Definición conceptual: Conjunto de preferencias y decisiones alimentarias que reflejan la forma habitual en que una persona selecciona y consume alimentos.

Dimensión: frecuencia de consumo de grupos alimentarios. Diversidad y equilibrio en la dieta. Evitación o restricción de alimentos.

Valores:

- Inadecuado
- Moderadamente adecuado
- Adecuado

Indicador: cantidad de porciones que consumen de cada grupo.

- Verduras y frutas: 5 porciones por día.
- Cereales y legumbres: 4 porciones por día.
- Leche, Yogur y queso: 3 porciones por día.
- Carnes y huevos: 1 porción por día.
- Aceites, frutas secas y semillas: 2 porciones por día.
- Alimentos de consumo opcional: sin recomendación de consumo habitual.

Observaciones: Para la evaluación del cumplimiento de los hábitos alimentarios se establecieron tres niveles de resultado (alto, parcial y bajo) según la cantidad de respuestas clasificadas como “Adecuado”, “Moderadamente adecuado” o

“Inadecuado”. Los criterios se definieron de la siguiente manera.

Cumplimiento alto:

- 4 o más “adecuado”.
- 3 “adecuado” + 3 “moderadamente adecuado”.
- 3 “adecuado” + 2 “moderadamente adecuado”.

Cumplimiento parcial:

- 3 “adecuado” + 1 “moderadamente adecuado”.
- 4 o más “moderadamente adecuado”.
- 3 “moderadamente adecuado” + 1 o más “adecuado”.
- 2 “adecuado” + 2 “moderadamente adecuado”.

Cumplimiento bajo:

- 3 o más “inadecuado”.

Nivel de actividad física:

Variable: realizar actividad física.

Definición conceptual: cantidad de minutos que asisten a realizar musculación diariamente.

Dimensión: duración de las sesiones.

Valores:

- Bajo
- Moderado
- Alto

Indicador: Es necesario sumar 30 minutos de actividad física continua o fraccionada por día, de intensidad moderada, la mayor cantidad de días por semana o 150 minutos de actividad física en la semana distribuidas en duraciones de un mínimo de 10 minutos. ³¹

Observaciones:

- Menos de 60 minutos.
- 60 a 120 minutos.
- Más de 120 minutos.

Resultados

Se encuestó de manera online a 163 personas de entre 18 y 45 años que residen en Resistencia- Chaco, Argentina, con el objetivo de conocer sobre sus hábitos alimentarios y la relación con su imagen corporal.

Caracterización de la muestra

Del total de la muestra estudiada (n=163), según sexo, se pudo observar que un 56% (86 personas) corresponde a mujeres y un 47% (77 personas) a varones. (Gráfico 1).

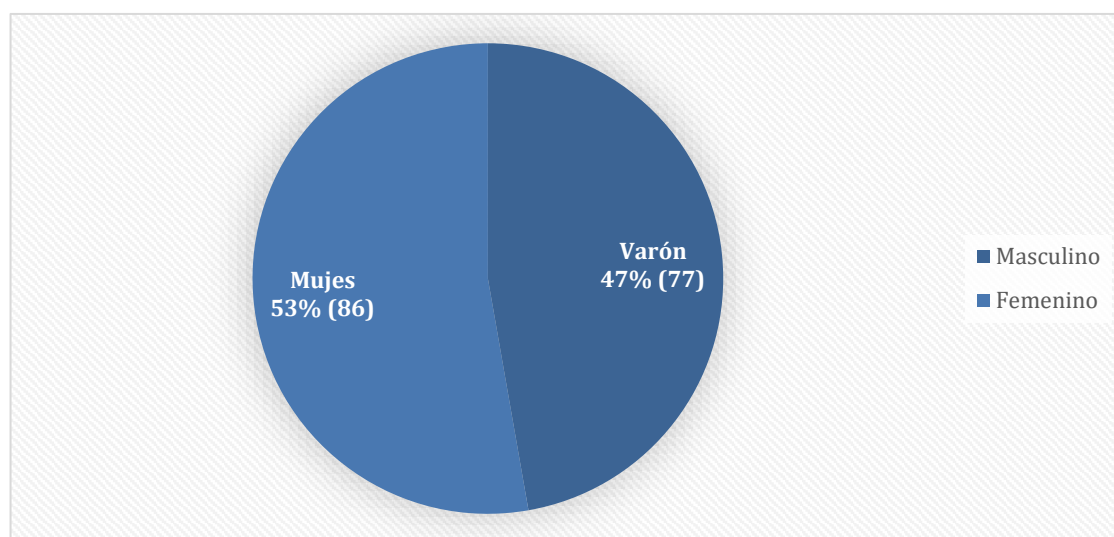


Gráfico 1. Distribución de la población según sexo.

En cuanto a la distribución etaria de esta muestra, se observó que la proporción del 65% de las personas corresponde a las edades entre 26 y 35 años (105 personas), un 20% a las edades entre 36 y 45 años (33 personas) y el 15% restante a las edades entre 18 y 25 años (25 personas). (Gráfico 2).

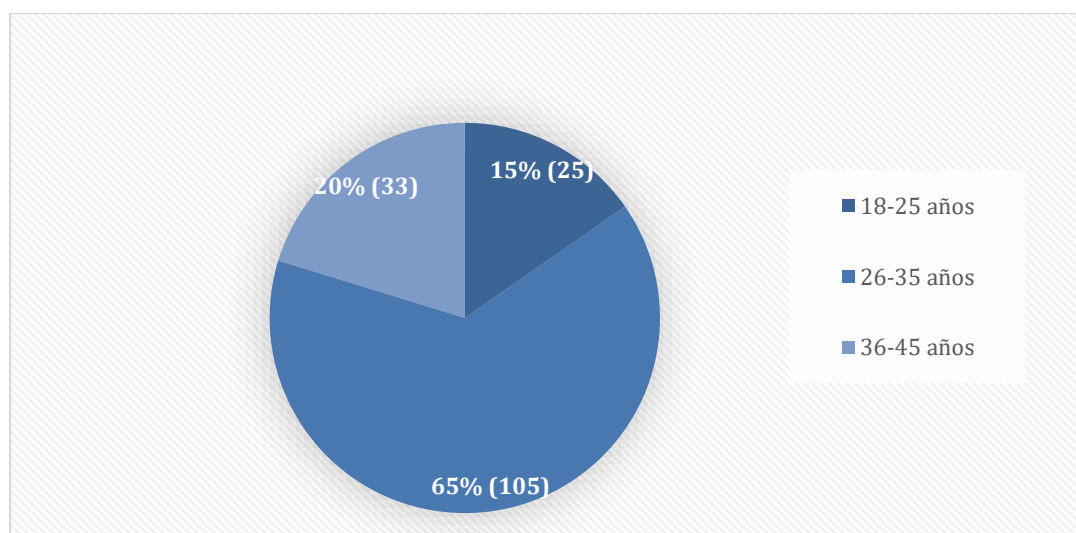
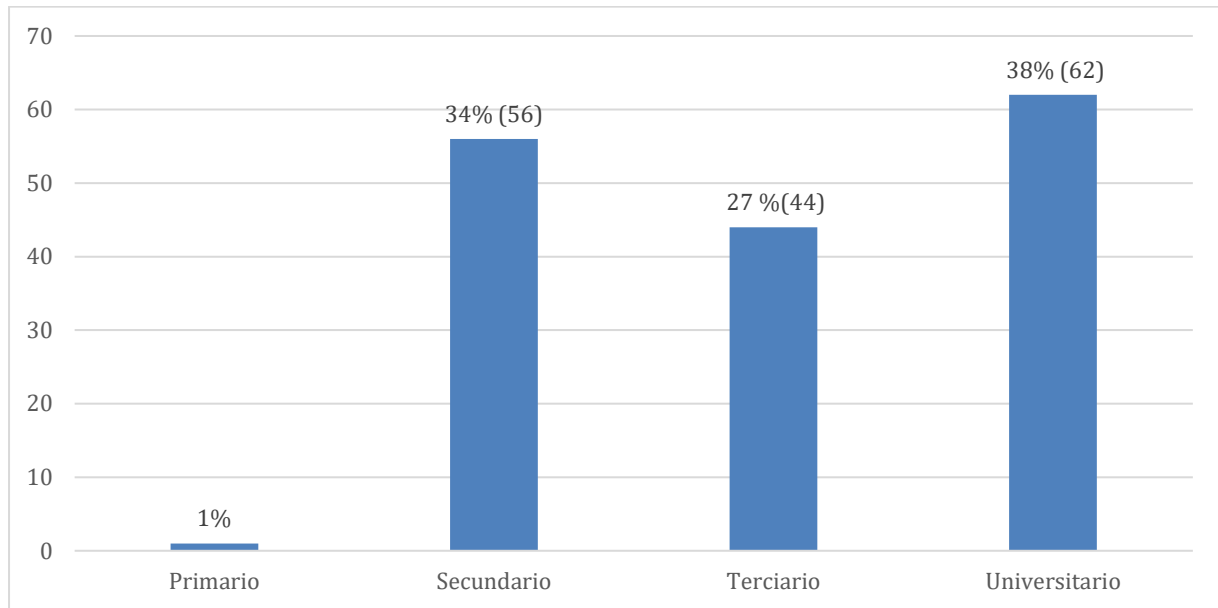


Gráfico 2. Distribución etaria.

Con respecto al nivel educativo de los participantes, se observó que el 38% (62 personas) cuenta con formación universitaria, el 34% (56 personas) presenta estudios secundarios, el 27% (44 personas) posee nivel terciario y el 1% (1 persona) nivel primario. (Gráfico 3).

**Gráfico 3. Máximo nivel educativo.**

En las siguientes figuras se presentan los resultados obtenidos en relación con la presencia o ausencia de factores de riesgo de ortorexia y vigorexia en la población encuestada. Para la recolección de datos se utilizaron: el cuestionario ORTHO-15, instrumento validado que permite detectar conductas y pensamientos asociados a la ortorexia nerviosa, y el cuestionario validado de ADONIS diseñado para evaluar el riesgo de vigorexia.

En el gráfico 4 se observan los resultados correspondientes a la presencia de factores de riesgo de ortorexia. Se evidencia que el 90% de los participantes presenta factores de riesgo, mientras que el 10% no manifiesta indicadores compatibles con esta condición. Estos resultados reflejan que la mayoría de los participantes tienen tendencia hacia conductas alimentarias restrictivas o controladas respecto a la calidad de los alimentos que consumen. En el gráfico 5 se observa que el 90% está representado por un 46,6% (76) de mujeres y un 43,6% (71) de varones; y el 10% restante representa un 6,1% (10) mujeres y el 3,7% (6) varones.

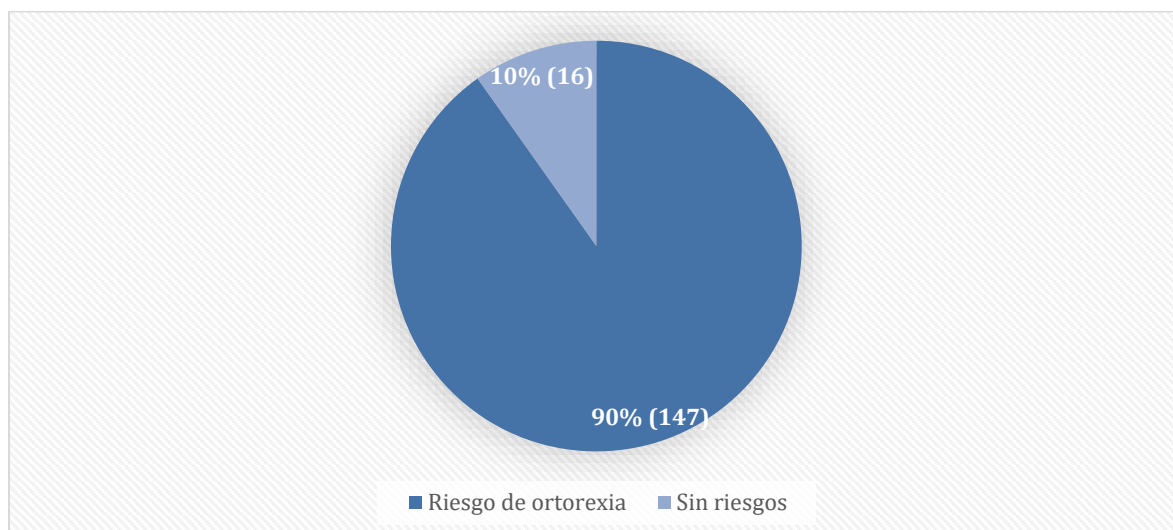


Gráfico 4. Riesgo de ortorexia en personas que realizan musculación.

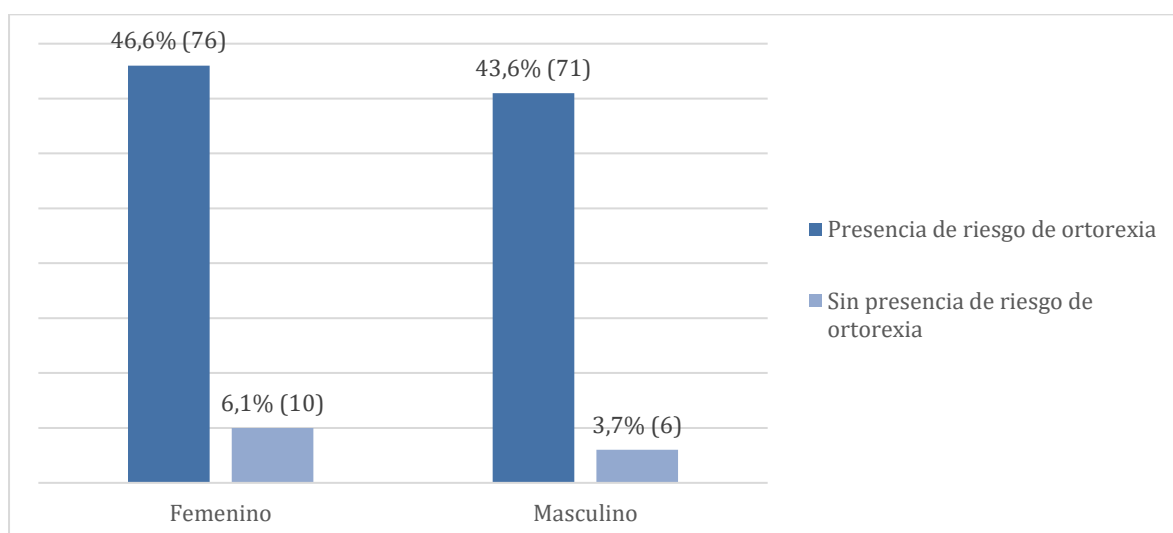


Gráfico 5. Presencia de riesgo de ortorexia en varones y mujeres.

En cuanto a vigorexia, los resultados obtenidos se presentan en el gráfico 6. Se observa que un 51 % de los participantes se encuentra sin riesgo, mientras que un 45 % evidencia dismorfia corporal media, y un 4% presenta riesgo de vigorexia. Estos datos indican que, si bien la mayoría no presenta signos clínicos de vigorexia, existe una proporción significativa con alteraciones en la percepción corporal, lo que sugiere la presencia de conductas y pensamientos de insatisfacción y preocupación constante. En el grafico 7 se puede observar que el 51% de las personas que tienen dismorfia corporal media está representada por un 28,8% (47) de mujeres y un 22,1% (36) de varones. Por otro lado, el 45% de las personas que no tienen riesgo son en un 21,5% (35) mujeres y en un 23,9% (39) varones; mientras que el 4% con riesgo de vigorexia es mayor en mujeres 2,4% (4) que en los varones 1,2% (2).

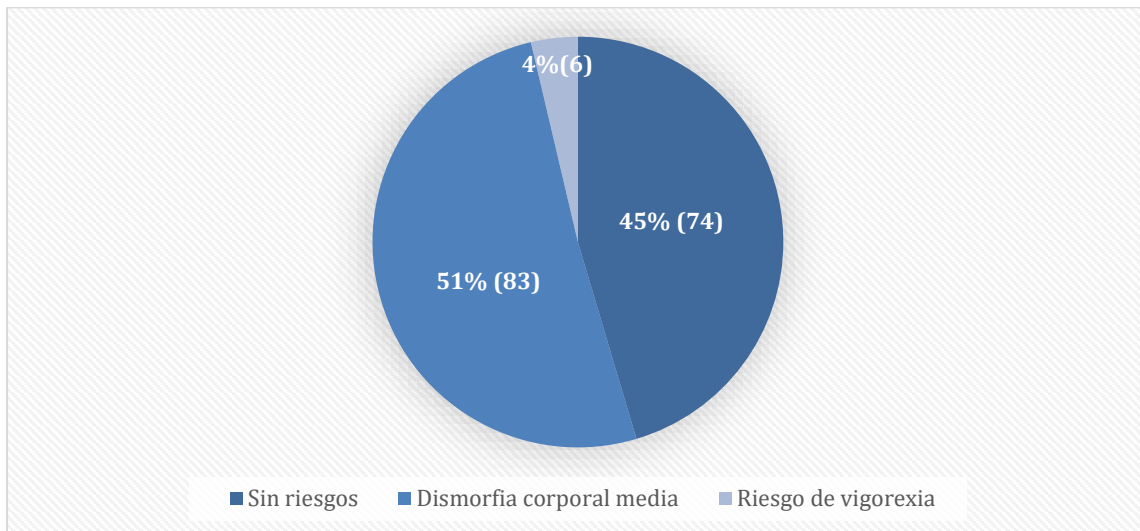
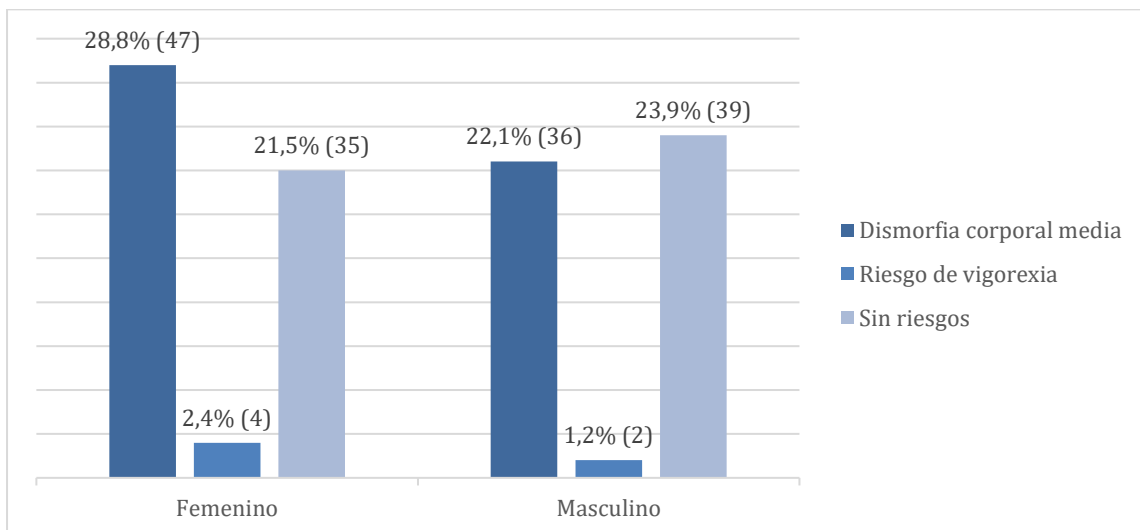


Gráfico 6. Riesgo de vigorexia en personas que realizan musculación.



Gráficos 7. Riesgo de vigorexia en varones y mujeres.

En los siguientes gráficos 8 y 9 se pueden observar los resultados de las interrogantes del cuestionario “ORTHO 15”.

En el punto de si los encuestados pensaban en las calorías consumidas al momento de comer, un 47,2 % (77 personas) refirieron fijarse en ellas a veces. Con respecto a si se les dificulta elegir alimentos en una tienda, el 42,3% (69 personas) indicaron que a veces sí. Acerca de si en los últimos tres meses les preocupaba pensar en comida, el 33,7% (55 personas) muestran que a veces lo hacen. Con respecto a si elegir que comer está condicionado por la preocupación del estado de salud a un 32,5% (53 personas) frecuentemente les preocupa. Por otra parte, en cuanto a si el sabor es la cualidad más importante para elegir un alimento el 40,5% (66 personas) creen que a veces lo es. Con respecto a si están dispuestos a gastar más dinero por una

alimentación saludable el 43,6% (71 personas) siempre lo piensa. La mayor parte considera que pensar en comida saludable nunca ha sido una preocupación por más de 3 horas en el día (55,20%; 90 personas).

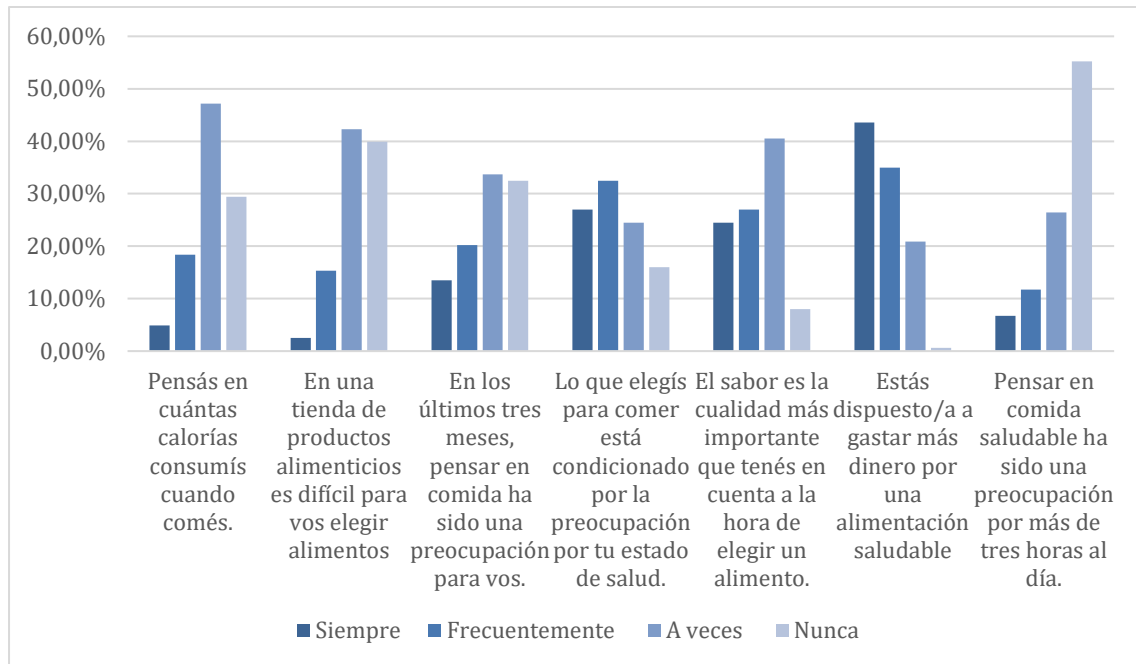


Gráfico 8. Cuestionario ORTHO 15.

En cuanto a las restantes interrogantes, la mayor parte de los encuestados coinciden que a veces se permiten transgresiones alimentarias (65%; 106 personas), y que el 31% (50 personas) a veces consideran que su estado de ánimo influye en su alimentación. Con respecto a si pensaban que la alimentación saludable los hacía sentir mejor consigo mismo, el 68,10% (111 personas) siempre lo hacen. También se detectó que en su mayoría (84,7%; 138 personas) siempre piensan que la alimentación saludable puede modificar su estilo de vida. Por otra parte, el 45% (73 personas) a veces sienten culpa al consumir alimentos pocos saludables. En lo que refiere a si consideran que el mercado actual de productos tiene en su mayoría productos no saludable, frecuentemente el 44,8% (73 personas) lo considera. Para concluir el 41% (66 personas) a veces se encuentran solos cuando comen.

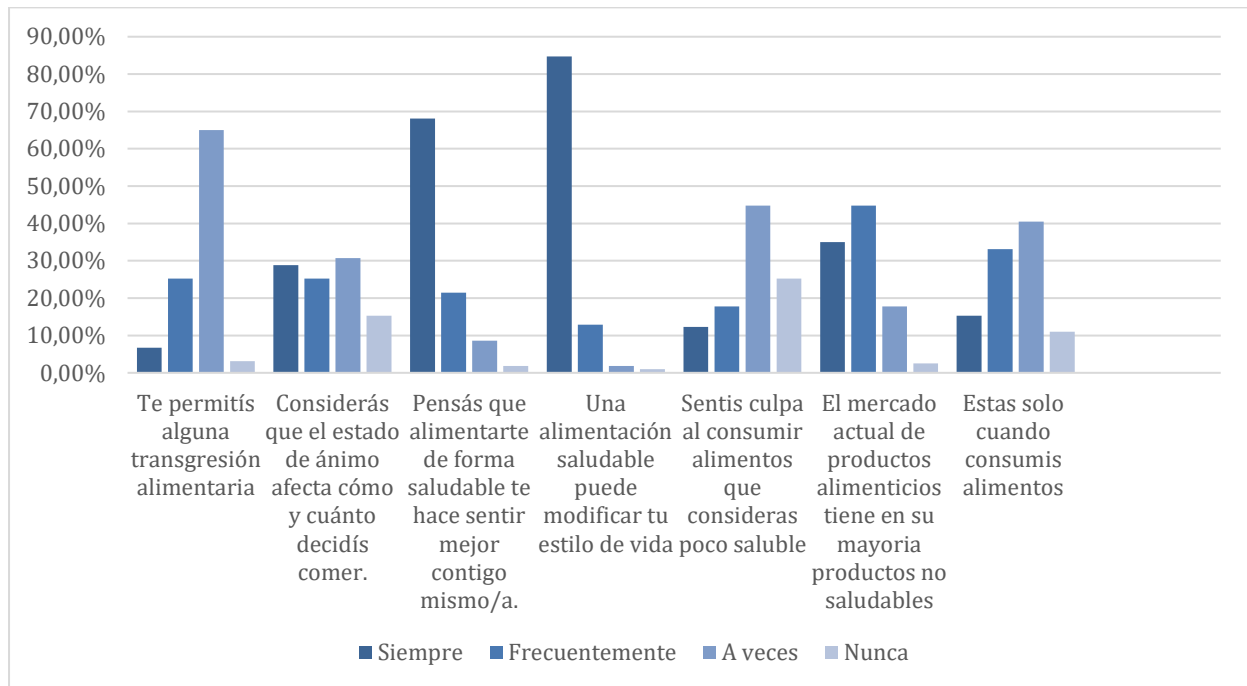


Gráfico 9. Cuestionario ORTHO 15.

Se observa en el gráfico 10 que el 47,2% realiza dietas o consume suplementos nutricionales para mejorar su apariencia de manera frecuente, el 36,2% lo hace a veces y el 16,6% nunca.

Respecto a las actividades relacionadas con el aspecto físico que afectan las relaciones sociales, el 57,7% indicó que esto nunca ocurre, el 35,6% manifestó que sucede a veces y solo el 6,7% lo experimenta frecuentemente.

Por último, respecto a las medidas extremas tomadas para cambiar la apariencia física, el 73% de los encuestados afirmó que nunca las adopta, el 24,5% que lo hace a veces y únicamente el 2,5% reconoció hacerlo frecuentemente.

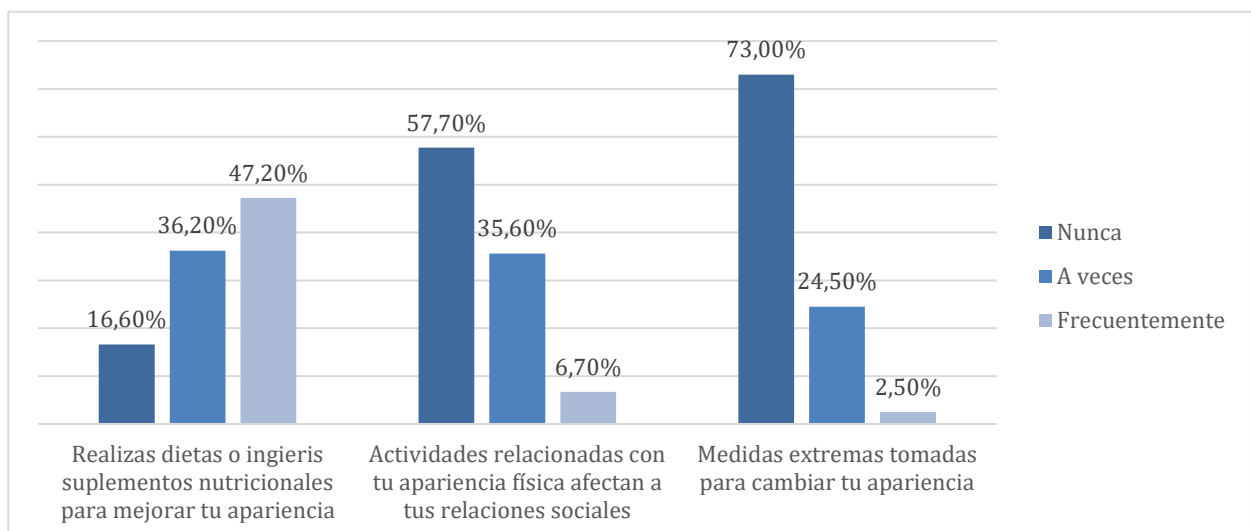


Gráfico 10. Cuestionario de Adonis.

La frecuencia del consumo de sustancias o suplementos con el fin de mejorar la apariencia física se refleja en el gráfico 11, ya sea para ganar masa muscular o perder peso. Se observa que el 61,4% de los participantes indicó que nunca consumió drogas o sustancias, legales o ilegales, con ese propósito. Por otro lado, el 31,9% manifestó haber utilizado solo suplementos legales, adquiridos en sitios oficiales o bajo suscripción. Finalmente, un 6,7% declaró haber usado esteroides, píldoras de adelgazamiento u otras sustancias destinadas a modificar su apariencia corporal.

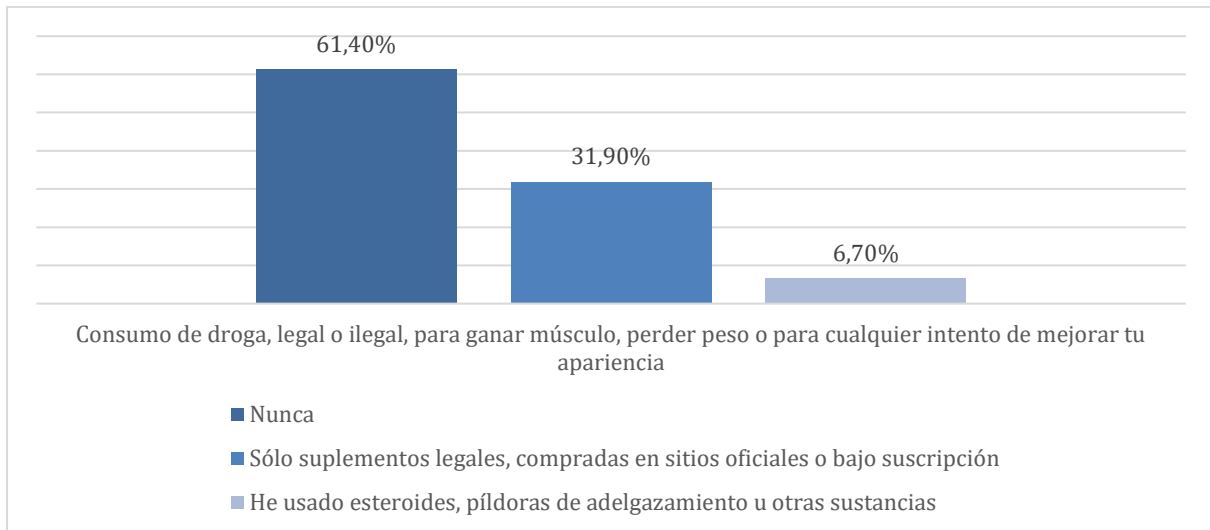


Gráfico 11. Cuestionario de Adonis.

En el gráfico 12 se presentan los resultados obtenidos en relación con los hábitos alimentarios de los participantes, según las recomendaciones de las Guías Alimentarias Argentinas. La mayoría de los encuestados (83%) manifestó un cumplimiento bajo de las recomendaciones diarias de cada grupo de alimento por día, mientras que un 12% refirió un cumplimiento parcial y solo un 5 % declaró cumplir con los requerimientos sugeridos por las GAPA.

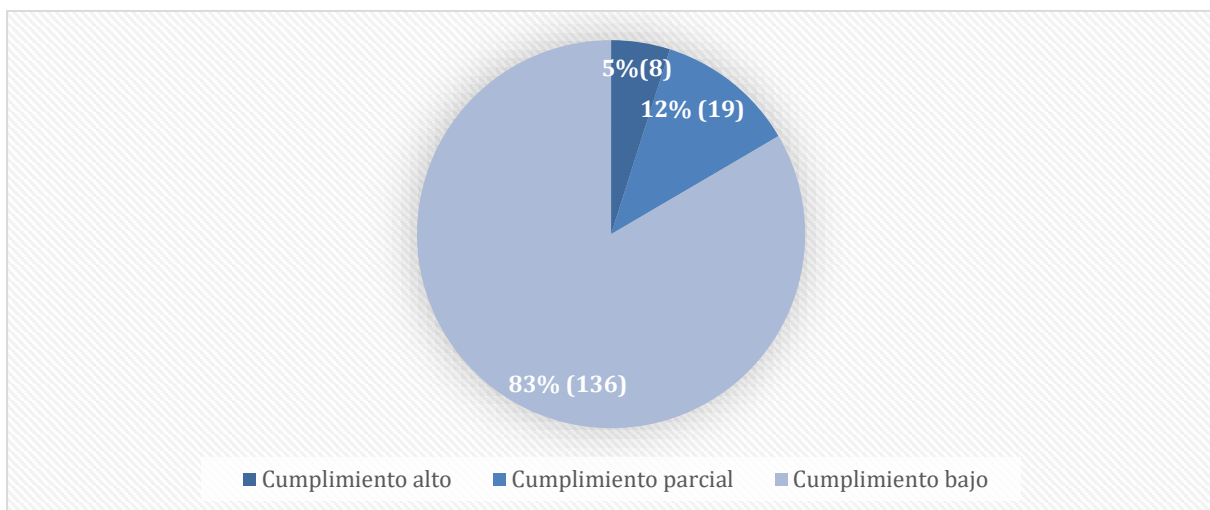


Gráfico 12. Hábitos alimentarios en personas que realizan musculación.

En la muestra analizada del gráfico 13, el 11% de los participantes realiza menos de 60 minutos diarios de actividad física, el 75% entre 60 y 120 minutos, y el 14% más de 120 minutos. Se observa que la mayor proporción de individuos sin riesgo y con dismorfia corporal media se concentra en el grupo que entrena entre 60 y 120 minutos por día, representando más del 70% de los casos.

El riesgo de vigorexia aparece en proporciones similares en los tres grupos de tiempo, aunque con una ligera tendencia a incrementarse entre quienes realizan más de 120 minutos de ejercicio diario.

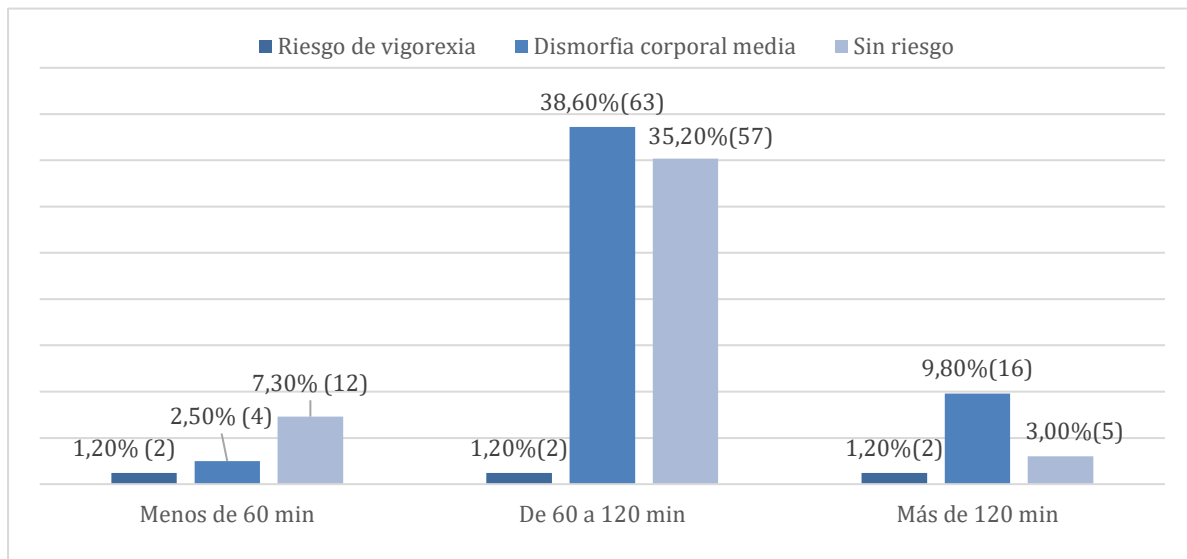


Gráfico 13. Riesgo de vigorexia y cantidad de minutos de actividad física.

En cuanto a la ortorexia, los resultados del gráfico 14 muestran que la presencia de riesgo de ortorexia es más frecuente en el grupo que entrena entre 60 y 120 minutos diarios, donde se concentra más del 60% de los casos. No obstante, se evidencia una proporción menor pero significativa de riesgo entre quienes realizan más de 120 minutos de ejercicio diario, ya que el 100% de las personas que declararon realizar más de 120 min de actividad física diaria presenta riesgo de tener ortorexia. Lo que podría reflejar una relación entre el tiempo dedicado al entrenamiento y una preocupación excesiva por la alimentación saludable.

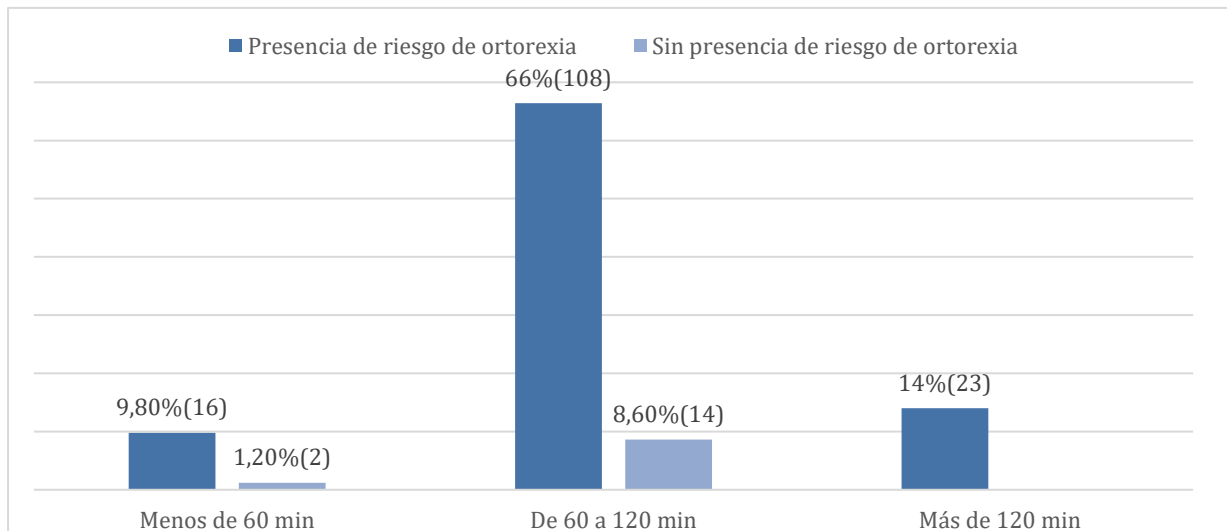


Gráfico 14. Riesgo de ortorexia y cantidad de minutos de actividad física.

En el gráfico 15 se analizó la relación entre las variables de hábitos alimentarios y la presencia de riesgo de ortorexia. El 74,8% (122) de los encuestados quienes presentan riesgo de ortorexia tienen un cumplimiento bajo de las recomendaciones diarias de las GAPA.

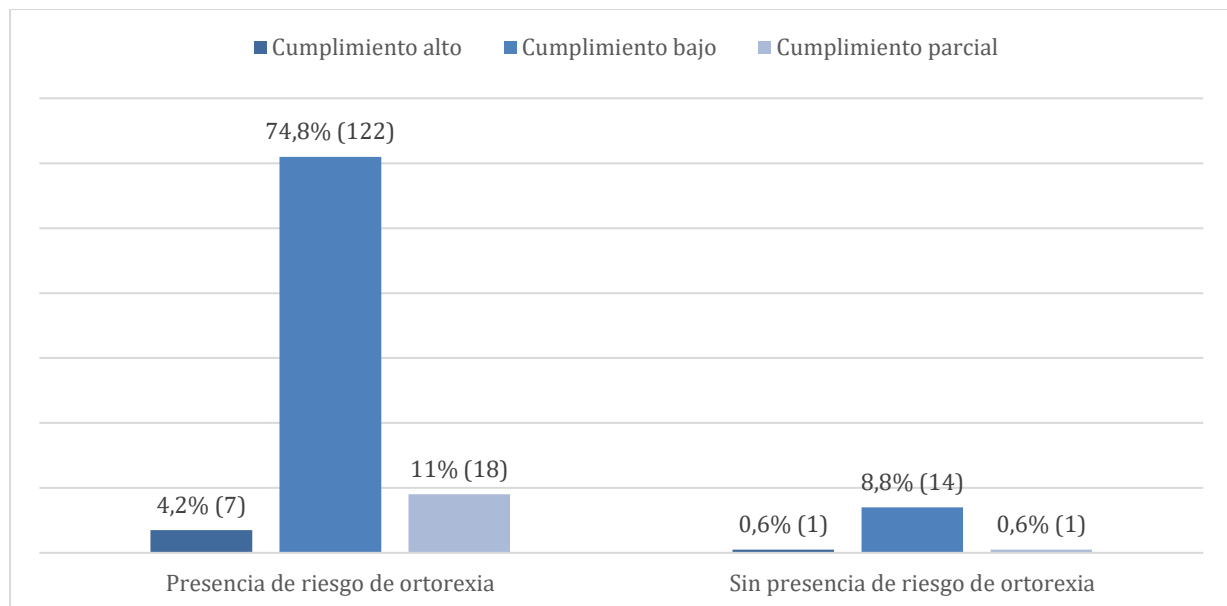


Gráfico 15. Presencia de riesgo de ortorexia y hábitos alimentarios.

De acuerdo a la relación entre el riesgo de vigorexia y los hábitos alimentarios, se observa que el 42,9% (70) de las personas que tienen dismorfia corporal media y el 37,4% del grupo sin riesgo presentan un bajo cumplimiento de las recomendaciones diarias alimentarias, por lo que podemos decir que el riesgo de vigorexia no necesariamente está vinculado a cumplir con las recomendaciones diarias

alimentarias. (Gráfico 16).

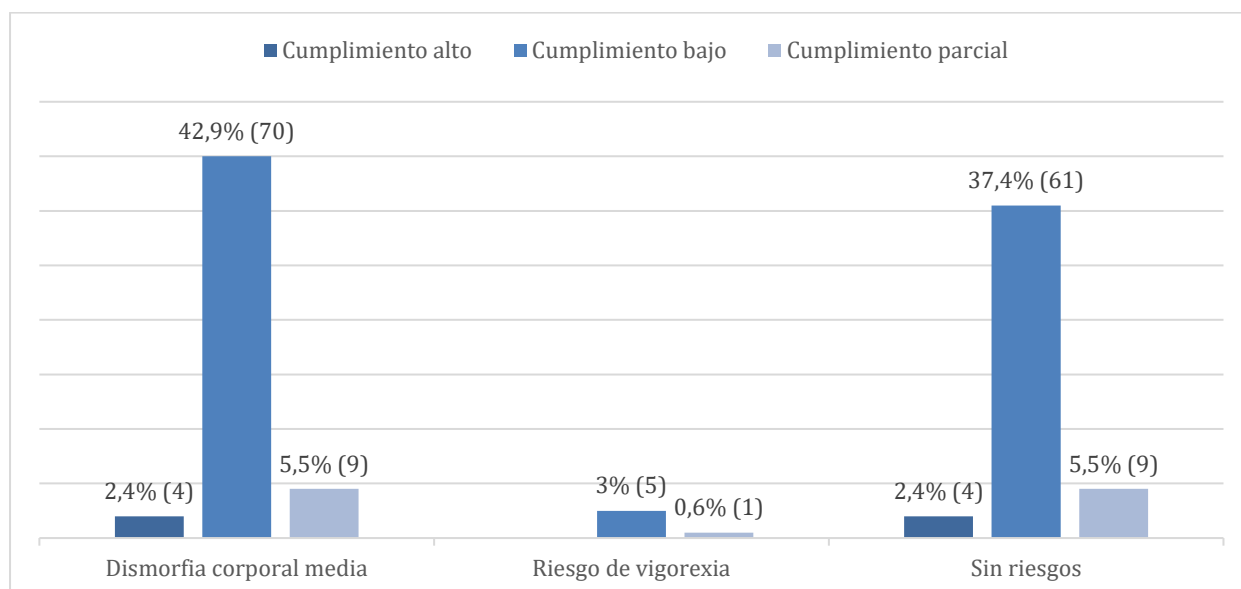


Gráfico 16. Riesgo de vigorexia y hábitos alimentarios.

Pruebas de Chi Cuadrado

Tabla 1. Tabla de contingencia de las variables “riesgo de ortorexia” y “cumplimiento de las GAPA”

	Resultados					Totales de filas
	Cumplimiento bajo	Cumplimiento parcial	Cumplimiento alto			
Presencia de riesgo de ortorexia	122 (122.65) [0.00]	18 (17.13) [0.04]	7 (7.21) [0.01]			147
Sin presencia de riesgo de ortorexia	14 (13.35) [0.03]	1 (1.87) [0.40]	1 (0.79) [0.00]			16
Totales de columnas	136	19	8			163 (Total general)

El estadístico chi-cuadrado es 0,5451. El valor p es 0,76143. El resultado no es significativo con un valor $p < 0,05$.

Tabla de contingencia de las variables “vigorexia” y “cumplimiento de las GAPA” no es ejecutable por tener variables nulas.

Discusión

El estudio tuvo como objetivo principal determinar la presencia de factores de riesgo de desarrollar ortorexia nerviosa (ON) y vigorexia (DM) en personas entre 18 y 45 años que practican musculación en gimnasios de la ciudad de Resistencia, Chaco.

Los hallazgos obtenidos son de particular relevancia dado el escaso número de investigaciones locales y la falta de instrumentos validados en Argentina que aborden la problemática, de manera similar a lo referido en la Revista Nutrición Investiga por Rodriguez, P. et. al.⁴. Los datos obtenidos en la investigación indican una elevada prevalencia de factores de riesgo de ON, el 90% de los participantes, del cual el 46,6% (76) son mujeres y el 43,6% (71) varones, manifestando indicadores compatibles con esta condición. Este hallazgo se alinea, e incluso supera, la alta tendencia reportada en estudios previos del país como lo referido por Velázquez M. en Argentina año 2019, donde el 71.9% de los participantes presento alto riesgo de padecer ON.²⁷

Por otro lado, desde el punto de vista de la actividad física, el riesgo de ON se concentra en el grupo que entrena entre 60 y 120 minutos diarios. El 100% de las personas (23) que declararon realizar más de 120 minutos de actividad física diaria presentaron riesgo de tener ortorexia. La bibliografía de Marrero Ramos B. ha

identificado la actividad física excesiva y la presión por el entorno deportivo como factores de riesgo para el desarrollo y mantenimiento de los TCA (Dosil, 2003; Hausenblas y Carron, 1999).¹⁰ en relación con los datos, encontramos similitud en personas que entrenan musculación, el cual permite destacar su relación con el riesgo de ON.

En cuanto a la vigorexia, el 45% de los participantes presentó dismorfia corporal media, y el 4% riesgo de vigorexia. Resultados similares se obtuvieron en el estudio de Valdés et al. (2013)²⁵, el cual señaló una prevalencia de vigorexia de nivel leve en el 55% de estudiantes. Esta similitud en los porcentajes sugiere que la preocupación estética es un fenómeno frecuente en poblaciones jóvenes y activas. El análisis por sexo reporta mayor frecuencia en varones; a diferencia del presente estudio, donde la dismorfia corporal media y el riesgo de vigorexia fueron ligeramente superiores en mujeres.

Se observó una baja adherencia a las recomendaciones alimentarias de las GAPA (83%), dato consistente con la literatura nacional que reporta que el patrón alimentario argentino se encuentra, en general, alejado de las recomendaciones de las GAPA en todos los niveles socioeconómicos.³⁴ No obstante, también se identifica una alta preocupación por la "salud" y la pureza alimentaria (alto riesgo ON), que contrasta con el bajo cumplimiento de las pautas nutricionales, este resultado avala lo reportado por Baile JJ, et al. en la Revista de Psicología del Deporte, que indica que los usuarios de gimnasios tienen mayores tendencias patológicas en hábitos de alimentación y ejercicio físico que la población general, lo que sugiere una práctica del deporte motivada por fines principalmente estéticos en lugar de la salud.³⁵

Se pudo observar que el 47,2% de los participantes (77) realiza dietas o consumen suplementos nutricionales de manera frecuente, como en el estudio de Velázquez - Comelli Patricia, donde reportó que el 68% de los participantes (50) que asisten al gimnasio en Asunción también acompañan sus rutinas con dietas y suplementos nutricionales.²⁵

Los datos demuestran que el riesgo de vigorexia no necesariamente está vinculado al cumplimiento de las recomendaciones diarias alimentarias, ya que 42,9% de las personas con dismorfia corporal media presenta un bajo cumplimiento nutricional, lo que nos lleva a interrogarnos si la DM en esta población se asocia mayormente a una preocupación estética de alto impacto (suplementación) o a una dieta estricta.

En lo que respecta al ejercicio físico, el 75% de la muestra entrena entre 60 y 120

minutos diarios, al igual que el promedio de hora y media reportado por Velázquez - Comelli Patricia. Aunque el riesgo de vigorexia mostró una tendencia a incrementarse en quienes realizan más de 120 minutos, solo representa a un 4% de la muestra. A diferencia de la bibliografía que asocia puntuaciones altas de vigorexia con malestar en áreas sociales y familiares, la mayoría de los encuestados (57,7%) afirmó que las actividades físicas nunca afectan sus relaciones sociales.²⁵ Esta baja afectación social es una fortaleza de la muestra, indicando que, aunque existe preocupación corporal, no ha escalado a la disfunción grave que define el trastorno clínico.

Es importante reconocer las limitaciones de esta investigación, si bien la muestra (n=163) permitió alcanzar los objetivos propuestos, y es superior a la de estudios previos reportados, su tamaño aún no es suficientemente representativo para extrapolar las conclusiones a toda la población de gimnasios del Nordeste argentino. Esto concuerda con las limitaciones señaladas en la bibliografía, que instan a realizar investigaciones con un número muestral más amplio para obtener resultados con mayor grado de confiabilidad.

Conclusión

Considerando el objetivo general del presente estudio de determinar la presencia de factores de riesgo de desarrollar ortorexia nerviosa (ON) y vigorexia (DM) en personas que practican musculación en Resistencia, Chaco, se puede concluir que dichos factores se encuentran presentes en la población estudiada. Esto subrayan la necesidad de una atención particular a los hábitos alimentarios y la salud mental en el contexto de los gimnasios.

En cuanto a la ortorexia nerviosa, se observó que la gran mayoría de los participantes manifestó indicadores de riesgo compatibles con esta condición. Aunque los hábitos alimentarios puedan estar orientados a la mejora del rendimiento o el aspecto físico, se evidenció que la obsesión por la calidad y pureza de los alimentos es un fenómeno prevalente.

Respecto a la dismorfia muscular, si bien el riesgo de vigorexia es bajo, cerca de la mitad de la muestra presenta un grado considerable de preocupación por la apariencia física y la ganancia de masa muscular, lo que sugiere el uso de suplementos nutricionales como inversión del cuidado de la imagen corporal, más que de una restricción dietética estricta.

Uno de los hallazgos de esta investigación es la relación entre el riesgo de ortorexia

nerviosa y la intensidad del ejercicio, dado que se encontró que el volumen excesivo de entrenamiento diario es un factor de riesgo dominante, donde la totalidad de los individuos con el mayor tiempo de práctica manifestaron riesgo de ON.

Existe, por ende, una tríada que interactúa en el contexto de la musculación: alimentación considerada saludable (ortoréxica), ejercicio físico intenso y preocupación por la imagen corporal. El ejercicio físico no establece una conexión causal directa, pero sí ejerce una profunda influencia sobre la prevalencia de la conducta ortoréxica. Este paradigma invita a considerar cómo la práctica inadecuada o excesiva de la actividad física puede llegar a predisponer los TCA (trastornos de la conducta alimentaria).

A pesar de la presencia de estos factores de riesgo, la mayoría de los encuestados afirmó que sus rutinas de ejercicio no han impactado negativamente su vida social o familiar, lo que marca una diferencia respecto a la presentación clínica avanzada de la DM. Esto indica que la preocupación, aunque existente, todavía se encuentra en una fase donde no ha generado una disfunción grave.

Todavía hay un largo camino por recorrer en la investigación para obtener una comprensión completa de la ON y para diferenciar la preocupación saludable por el bienestar de la obsesión patológica. Por este motivo, se requieren investigaciones adicionales para caracterizar de manera adecuada el comportamiento ortoréxico en el ámbito deportivo y explorar su etiología.

Asimismo, resulta fundamental impulsar la difusión de conocimientos nutricionales respaldados por evidencia científica y crear una mayor conciencia entre los profesionales de la salud y la actividad física acerca de los peligros vinculados al entrenamiento desmedido y la presión estética en los gimnasios. Se sugiere, además, replicar este estudio en otras poblaciones del Nordeste argentino o en otros contextos deportivos para incrementar la generalización de los resultados obtenidos.

BIBLIOGRAFÍA

1. National Institute of Mental Health. Trastornos de la alimentación: Lo que debe saber [Internet]. Washington D.C.: National Institute of Mental Health; Revisado 2024 [citado 4 Abr 2025]. Disponible en: <https://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/los-trastornos-de-la-alimentacion>
2. Ministerio de Sanidad y Consumo. Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria [Internet]. Barcelona (España): Agencia d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques de Catalunya; 2009 [citado 14 Mar 2025]. Disponible en: https://www.aeesme.org/wp-content/uploads/docs/GPC_440_TCA_Cataluya.pdf
3. Arijá Val V, Santi Cano MJ, Novalbos Ruiz JP, Canals J, Rodríguez Martín A. Caracterización, epidemiología y tendencias de los trastornos alimentarios [Internet]. Nutr Hosp. 2022;39(Spec2):8–15 [citado 14 Mar 2025]. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112022000500003
4. Rodríguez P, Persano H, García F, Ibas M, Spinella BC, Vallone JG. Estudio preliminar sobre la presencia de rasgos de ortorexia, perfeccionismo y ansiedad en una población argentina [Internet]. Rev Nutr Investiga. 2020;20(b):906 [citado 26 Mar 2025]. Disponible en: https://escuelanutricion.fmed.uba.ar/revistani/pdf/20b/ncl/906_c.pdf?utm_source=https://www.google.com
5. Sánchez Muñoz R, Martínez Moreno A. Ortorexia y vigorexia: ¿Nuevos trastornos de la conducta alimentaria? Trastornos de la Conducta Alimentaria [Internet]. 2007;5(2007):457-482 [citado 14 Mar 2025]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2379929>
6. Asociación Contra la Anorexia y la Bulimia. Tipos de TCA [Internet]. Asociación Contra la Anorexia y la Bulimia. 2019 [citado 20 Mar 2025]. Disponible en: <https://www.acab.org/es/los-trastornos-de-conducta-alimentaria/que-son-los-tca/tipos-de-tca/>
7. Gutiérrez Castro CF, Ferreira R. Vigorexia: estudio sobre la adicción al ejercicio. Un enfoque de la problemática actual [Internet]. Medellín (Colombia): Instituto Universitario de Educación Física y Deporte, Universidad de Antioquia; 2007 [citado 25 Mar 2025]. Disponible en: <http://viref.udea.edu.co/contenido/pdf/105-vigorexia.pdf>
8. Morcillo Chamizo M. Nutrición y trastornos de la conducta alimentaria [Trabajo Fin de Grado en Ciencia y Tecnología Alimentaria]. Cáceres (España): Universidad de Extremadura; 2019 [citado 7 Abr 2025]. Disponible en: https://dehesa.unex.es/bitstream/10662/10112/1/TFGUEX_2019_Morcillo_Chamizo.pdf
9. Clínica CTA. La Ortorexia: Síntomas, tratamiento y cómo prevenirlo [Internet]. Clínica CTA; 2024 [citado 20 Mar 2025]. Disponible en: <https://www.clinicacta.com/ortorexia-sintomas-tratamiento-prevencion/>
10. Marrero Ramos B. Relación entre ortorexia, práctica deportiva, depresión y ansiedad [Trabajo de Fin de Grado en Internet]. San Cristóbal de La Laguna (España): Universidad de La Laguna; 2022 [citado 23 Abr 2025]. Disponible en: <https://riull.ull.es/xmlui/bitstream/handle/915/28377/Relacion%20entre%20ortorexia%2c%20p%20ractiva%20deportiva%2c%20depresion%20y%20ansiedad.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
11. Parra Fernández ML. Riesgo de ortorexia: adaptación y validación al español del cuestionario (ORTHO-15) [Tesis doctoral en Internet]. Ciudad Real (España): Universidad de Castilla-La Mancha; 2018 [citado 24 Abr 2025]. Disponible en: <https://ruidera.uclm.es/server/api/core/bitstreams/25f9d9a6-7761-431c-8532-2fc4e0fb56e0/content>

12. Gaab CA, Otero J. Riesgo de ortorexia nerviosa y su relación con los hábitos alimentarios en personas que asisten a gimnasios [Internet]. Actual Nutr. 2019;20(4):112-119 [citado 14 Abr 2025]. Disponible en: https://www.revistasan.org.ar/pdf_files/trabajos/vol_20/num_4/RSAN_20_4_112.pdf
13. Cerea S, Bottesi G, Quirico FP, Paoli A, Ghisi M. Muscle Dysmorphia and its Associated Psychological Features in Three Groups of Recreational Athletes [Internet]. Scientific Report. 2018; 8:1-10 [citado 26 Mar 2025]. Disponible en: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC5995876/pdf/41598_2018_Article_27176.pdf
14. Hernández Torres A. Vigorexia en los gimnasios de Teruel [Internet]. Revista Atalaya Medica. 2020; 19:117-145 [citado 25 Mar 2025]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/7907054.pdf>
15. Guterman T. Vigorexia: enfermedad o adaptación [Internet]. Efdeportes.com: Revista Digital. 2006;10(99) [citado 25 Mar 2025]. Disponible en: <https://www.efdeportes.com/efd99/vigorex.htm>
16. Orbiu. ¿Qué es la Vigorexia?, Causas y Tratamiento [Internet]. ORBIUM ADICCIONES; 2021 [citado 4 Abril 2025]. Disponible en: <https://orbiuadicciones.com/adicciones-comportamentales/vigorexia-que-es-causas-tratamiento/>
17. Mazzeo N. Vigorexia [Tesis de Grado en Internet]. Mar del Plata (Argentina): Universidad FASTA, Facultad de Ciencias de la Salud; [s.f.] [citado 24 Abril 2025]. Disponible en: <https://dspace.ufasta.edu.ar/server/api/core/bitstreams/3fc758c9-5263-4a7f-91b6-b4ed6a3f12b6/content>
18. Pejenaute, EG y Labari, eurodiputado (2018). Vigorexia. FMC - Formación Médica Continuada en Atención Primaria, 25 (5), 262–269. [Citado el 31 de marzo 2025].. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.fmc.2017.08.003>
19. Clínica Cleveland. Trastorno dismórfico corporal [Internet]. Clínica Cleveland; [s.f.] [citado 31 Marzo 2025]. Disponible en: <https://my.clevelandclinic.org/health/diseases/9888-body-dysmorphic-disorder>
20. Asil E, Yılmaz MV, Ayyıldız F, Yalçın T. El efecto del uso de las redes sociales sobre la ortorexia nerviosa: una muestra de Turquía [Internet]. Nutr Hosp. 2023;40(2):384–390 [citado 7 Abr 2025]. Disponible en: <https://doi.org/10.20960/nh.04217>
21. Rounsefell K, Gibson S, McLean S, Blair M, Molenaar A, Brennan L, et al. Redes sociales, imagen corporal y elecciones alimentarias en adultos jóvenes sanos: Una revisión sistemática de métodos mixtos [Internet]. Nutricion y Dietetica. 2020;77(1):19–40 [citado 7 Abr 2025]. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/1747-0080.12581>
22. García Puertas D. Influencia del uso de Instagram sobre la conducta alimentaria y trastornos emocionales. Revisión sistemática [Internet]. Rev Esp Com Salud. 2020;11(2):244 [citado 7 Abr 2025]. Disponible en: <https://doi.org/10.20318/recs.2020/5223>
23. Albizu C. Baja autoestima y redes sociales: caldo de cultivo de la vigorexia adolescente [Internet]. Medicina Responsable; 2022 [citado 9 Abr 2025]. Disponible en: <https://medicinaresponsable.com/enfermedades/baja-autoestima-y-redes-sociales:-el-caldo-de-cultivo-perfecto-para-la-vigorexia-en-adolescentes>
24. Arbinaga Ibarzábal F, Caracuel Tubío JC. Dependencia del ejercicio en fisicoculturistas competidores evaluada mediante la escala de adicción general Ramón y Cajal [Internet]. Univ Psychol. 2007;6(3):575-585 [citado 8 Abr 2025]. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/647/64760307.pdf>
25. Velázquez-Comelli P. Prácticas dietéticas y frecuencia de vigorexia en usuarios de gimnasios de la ciudad de Asunción [Internet]. Rev Cient Cienc Salud. 2020;2(2):35-42

- [citado 10 Abr 2025]. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=749878811006>
26. Aguirre-Loaiza H, Reyes S, Ramos-Bermúdez S, Bedoya DA, Franco AM. Relación entre imagen corporal, dimensiones corporales y ejercicio físico en usuarios de gimnasios [Internet]. *Revista Iberoamericana de Psicología del Ejercicio el Deporte*. 2017;12(1):149-156. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/3111/311148817015.pdf>
 27. Velázquez M. Hábitos alimentarios y riesgo de ortorexia en personas que practican musculación no competitiva [Trabajo Final de Grado en Internet]. Buenos Aires: Universidad ISALUD; 2023 [citado 14 abril 2025]. Disponible en: <http://repositorio.isalud.edu.ar/xmlui/handle/123456789/643>
 28. Donini LM, Marsili D, Graziani MP, Imbriale M, Cannella C. Orthorexia nervosa: Validation of a diagnosis questionnaire [Internet]. *Eat Weight Disord*. 2005 Jun;10(2):e28–32 [citado 18 julio 2025]. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/7098054_Orthorexia_nervosa_Validation_of_a_diagnosis_questionnaire
 29. Lodwig LC. Nivel de ortorexia nerviosa y tipo de alimentación en adultos de 20 a 40 años en Lima Metropolitana [Tesis de licenciatura en Internet]. Lima: Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas; 2021 [citado Julio 2025]. Disponible en: https://repositorioacademico.upc.edu.pe/bitstream/handle/10757/621155/LODWIG_LC.pdf?sequence=13
 30. Latorre-Román PA, Garrido-Ruiz A, García-Pinillos F. Versión española del cuestionario del complejo de Adonis; un cuestionario para el análisis del dimorfismo muscular o vigorexia [Internet]. *Nutr Hosp*. 2015;31(3):1246–1253 [citado Julio 2025]. Disponible en: <https://scielo.isciii.es/pdf/nh/v31n3/34originaldeporteyejercicio04.pdf>
 31. Ministerio de Salud de la Nación. Guías Alimentarias para la Población Argentina [Internet]. Buenos Aires (Argentina); 2016 [citado 11 Noviembre 2025]. Disponible en: https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/bancos/2020-08/guias-alimentarias-para-la-poblacion-argentina_manual-de-aplicacion_0.pdf
 32. Niedzielski A, Kaźmierczak-Wojtaś N. Prevalencia de la ortorexia nerviosa y sus herramientas diagnósticas: una revisión bibliográfica. *International Journal Environmental Research and Public Health* [Internet]. 2021;18(10):5488. [citado 13 Nov 2025]. Disponible en: <https://doi.org/10.3390/ijerph18105488>
 33. González Martí I. Vigorexia; Instrumentos para su detección [Internet]. En: *Actas V Congreso Asociación Española de Ciencias del Deporte*. León: Asociación Española de Ciencias del Deporte; 2008 [citado 18 Nov 2025]. Disponible en: <https://www.cienciadeporte.com/images/congresos/leon/salud,%20ocio%20y%20recreacion/gonzalezvigorexia.pdf>
 34. FIC Argentina. Situación alimentaria de la población adulta en Argentina [Internet]. Buenos Aires: FIC Argentina; 2023 [citado 2 Dic 2025]. Disponible en: https://www.ficargentina.org/wpcontent/uploads/2023/10/2309_doc_ennys_adultos.pdf
 35. Baile JI, González DA, Ramírez OC, Suárez AP. Imagen corporal, hábitos alimentarios y hábitos de ejercicio físico en hombres usuarios de gimnasio y hombres universitarios no usuarios [Internet]. *Rev Psicol Deporte*. 2011 [citado 2 Dic 2025];20(2):353-66. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/2351/235122167008.pdf>

Anexo I – Cuestionario ORTO-15 en inglés

Cuestionario original en inglés sobre Ortorexia Nerviosa

Este anexo incluye el cuestionario validado por Donini et al. (2005), correspondiente al estudio "Orthorexia nervosa: Validation of a diagnosis questionnaire". El cuestionario está en su idioma original (inglés).²⁸

TABLE 1 Test for the diagnosis of orthorexia nervosa.				
ORTO-15				
	Always	Often	Sometimes	Never
1) When eating, do you pay attention to the calories of the food?	☐	☐	☐	☐
2) When you go in a food shop do you feel confused?	☐	☐	☐	☐
3) In the last 3 months, did the thought of food worry you?	☐	☐	☐	☐
4) Are your eating choices conditioned by your worry about your health status?	☐	☐	☐	☐
5) Is the taste of food more important than the quality when you evaluate food?	☐	☐	☐	☐
6) Are you willing to spend more money to have healthier food?	☐	☐	☐	☐
7) Does the thought about food worry you for more than three hours a day?	☐	☐	☐	☐
8) Do you allow yourself any eating transgressions ?	☐	☐	☐	☐
9) Do you think your mood affects your eating behavior?	☐	☐	☐	☐
10) Do you think that the conviction to eat only healthy food increases self-esteem?	☐	☐	☐	☐
11) Do you think that eating healthy food changes your life-style (frequency of eating out, friends, ...)?	☐	☐	☐	☐
12) Do you think that consuming healthy food may improve your appearance?	☐	☐	☐	☐
13) Do you feel guilty when transgressing ?	☐	☐	☐	☐
14) Do you think that on the market there is also unhealthy food?	☐	☐	☐	☐
15) At present, are you alone when having meals?	☐	☐	☐	☐
SCORING GRID FOR ORTO-15 TEST RESPONSES				
ITEMS	RESPONSES			

Anexo II - Cuestionario ORTO-15 en italiano y traducido al español

Este anexo contiene el cuestionario ORTO-15 en su idioma original (italiano) con su traducción al español, utilizado para evaluar comportamientos relacionados con la ortorexia nerviosa. Fue extraído del repositorio institucional de la Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas (UPC).²⁹

Tabla 1. ORTO 15 versión original en italiano y en español.

ORTO 15 original (Italiano)	ORTO 15 Traducido (Español)
1. Quando mangia fa attenzione alle calorie degli alimenti?	1. ¿Piensas en cuántas calorías consumes cuando comes?
2. Quando entra in un negozio di prodotti alimentari, è confuso?	2. ¿En una tienda de productos alimentarios es difícil para ti elegir alimentos?
3. Negli ultimi 3 mesi, il pensiero del cibo è stato per lei una preoccupazione?	3. ¿En los últimos tres meses pensar en comida ha sido una preocupación para ti?
4. Le sue scelte alimentari sono condizionate dalla preoccupazione per il suo stato di salute?	4. ¿Lo que eliges para comer está condicionado por la preocupación por tu estado de salud?
5. Il sapore è la più importante delle qualità di cui lei tiene conto nel giudicare un cibo?	5. ¿El sabor es la cualidad más importante que tiene en cuenta a la hora de juzgar un alimento?*
6. E' disposto a spendere di più per avere un cibo sano?	6. ¿Estás dispuesta a gastar más dinero por una alimentación saludable?*
7. Il pensiero del cibo sano la preoccupa per più di tre ore al giorno?	7. ¿El pensar en comida sana ha sido una preocupación por más de 3 horas?
8. Si concede qualche trasgressione alimentare?	8. ¿Tienes algún rechazo o negación a un alimento o grupo de alimentos?*
9. Ritieni che il tono dell'umore incida sul suo comportamento alimentare?	9. ¿Consideras que el estado de ánimo afecta cómo y cuánto decides comer?*
10. Ritieni che la convinzione di alimentarsi con cibi sani aumenti la sua autostima?	10. ¿Crees que sea verdad que la comida sana te hace sentir bien contigo misma?*
11. Ritieni che il consumo di cibi sani modifichi il suo stile di vita (frequenza ristorante, amici,...)?	11. ¿Consideras que el consumo de comida sana modifica tu comportamiento con tus amistades y/o familiares?*
12. Ritieni che consumare cibi sani possa migliorare il suo aspetto fisico?	12. ¿Consideras que consumir comida sana puede mejorar tu aspecto físico?*
13. Si sente in colpa quando trasgredisce?	13. ¿Te sientes culpable cuando consumes alimentos poco saludables?*
14. Ritieni che in commercio siano presenti anche cibi non sani?	14. ¿Consideras que el mercado actual de productos alimentarios tiene en su mayoría productos no sanos?*
15. Attualmente quando consuma i pasti, lo fa da solo?	15. ¿Actualmente cuando consumes tus alimentos lo haces solo?

*Preguntas omitidas que generan el ORTO11. Puntuación de ítems: 3/4/7/10/11/12/15: 1,2,3,4; 2/9: 4,3,2,1; 1/13: 2,4,3,1.

Anexo III – Cuestionario del Complejo de Adonis para detección de vigorexia

Este anexo incluye el cuestionario del complejo de Adonis, adaptado y validado en español por Latorre-Román et al. (2015). El cuestionario fue diseñado para evaluar indicadores relacionados con el dimorfismo muscular o vigorexia, especialmente en poblaciones deportistas o preocupadas por su imagen corporal.

Se extrae del artículo original publicado en la revista Nutrición Hospitalaria, disponible en SciELO.³⁰

Instrucciones para el participante:

Conteste las siguientes preguntas marcando con una "X" la opción que más se acerque a su situación personal...

1. ¿Cuánto tiempo dedicas cada día preocupándote por algún aspecto de tu apariencia (no simplemente pensándolo 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 visto por 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 a 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 tu 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 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 dolorido, 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.

Anexo IV Cuestionario consumo diario de grupos de alimentos de las Guías alimentarias para la población argentina (GAPA).³¹

1. ¿Consumís porciones de frutas y verduras en el día? (Una porción equivale a: 1/2 plato playo de verduras o 1 fruta mediana). No se incluye: papa, batata, mandioca, choclo.

- a) Ninguna porción.
- b) 1 a 2 porciones por día.
- c) 3 a 5 porciones por día.
- d) +5 porciones por día.

2. ¿Incluís cereales y legumbres en tus comidas diarias? (Una porción equivale a: 60g de pan (1 mignón) o 1/2 taza de legumbres cocidas o 1/2 taza de pasta cocida o 1 papa o 1/2 choclo o 1/2 mandioca o 1 taza de avena o 1/4 taza de arroz cocido). Se incluyen: papa, mandioca, choclo y batata; harinas, avena, arroz, pastas, pan, entre otros.

- a) Ninguna porción.
- b) 1 a 2 porciones por día.
- c) 3 a 4 porciones por día.
- d) + 4 porciones por día.
- e) Evito estos alimentos.

3. ¿Consumís porciones de leche, yogur y queso diariamente? (Una porción equivale a: 1 taza de leche líquida o 1 vaso de yogur o 1 cucharada tipo postre de queso crema o 1 rebanada de queso tamaño mazo de carta).

- a) Ninguna porción.
- b) 1 a 2 porciones por día.
- c) 3 porciones por día.
- d) + 3 porciones por día.

4. ¿Consumís porciones de carnes y huevos en el día? (Una porción equivale a: bife del tamaño de la palma de una mano o 1 huevo).

- a) Ninguna porción.
- b) 1 porción por día.
- c) 2 porciones por día.
- d) + 2 porciones por día.

5. ¿Agregas aceite, frutos secos y/o semillas a tus comidas diarias? (Una porción equivale a: 1 cucharada sopera de aceite crudo o 1 puñado de frutos secos o 1 cucharada sopera de semillas).

- a) Ninguna porción.
- b) 1 porción por día.
- c) 2 porciones por día.
- d) + 2 porciones por día.

6. ¿Consumís productos ultra procesados diariamente? (Una porción equivale a: 1 vaso de gaseosa o una golosina o 5 galletitas o un puñado de snacks o 1/2 factura con membrillo o 1 unidad de salchicha o 1 cucharada sopera de mayonesa, etc.).

Incluyen galletitas dulces o saladas, golosinas, snacks: maní salado, palitos salados, papas fritas, chizitos; amasados de pastelería, gaseosas o bebidas azucaradas, jugo en polvo, embutidos, industrializados, aderezos, entre otros.

- a) Ninguna porción.
- b) 1 porción por día.
- c) 2 porciones por día.
- d) + 2 porciones por día.