



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO**

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**SINTOMATOLOGÍA DE ORTOREXIA EN
UNIVERSITARIOS: RELACIÓN CON EL ESTRÉS Y
LOS ESTILOS DE AFRONTAMIENTO**

T E S I S

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA**

P R E S E N T A:

GUADALUPE ALBERTO VÁZQUEZ

DIRECTORA:

DRA. KARLA EDITH GONZÁLEZ ALCÁNTARA

REVISORA:

DRA. CECILIA GUADALUPE SILVA GUTIÉRREZ



SINODALES:

MTRA. INGRID MARISSA CABRERA ZAMORA

DRA. ROCÍO IVONNE DE LA VEGA MORALES

DR. JOSÉ ALFREDO CONTRERAS VALDEZ

CIUDAD UNIVERSITARIA, CIUDAD DE MÉXICO, 2022



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

AGRADECIMIENTOS

A la Universidad Nacional Autónoma de México y a la Facultad de Psicología, por todo el conocimiento que he recibido y las experiencias que me han brindado. Nunca hubiera imaginado realizar mis estudios de licenciatura aquí, me siento muy afortunada.

A mi mamá, por todo su esfuerzo, sin ella no sería quien soy hoy.

A mi compañero de vida, mi hermano Manuel Alberto Vázquez, por enseñarme que el amor incondicional existe, por su apoyo, confianza y ejemplo, porque sin saberlo, me enseñó a enfrentar mis miedos y a que somos más que nuestras historias.

A mi tía Sergia, por brindarme un lugar en el cual pude crecer y vivir momentos maravillosos, gracias por hacerme sentir que aunque esté lejos, tengo un lugar donde volver.

A mi tía Leo, mi tía Edith y mi tío Ada, por el cariño y apoyo que he recibido.

A Judy, por cada plática en la que nos quedamos con más dudas que respuestas, pero también con nuevas ideas.

A Anita, por tu compañía y por todos los momentos que hemos compartido.

A Eli, por recorrer este camino conmigo y por ser ese lugar seguro donde siempre he podido estar cuando me he sentido perdida. Gracias por ser como una hermana y por enseñarme a confiar en mí.

A Oscar y Sandy, porque sus palabras fueron oportunas y me reconfortaron en muchos momentos.

A mis amigas: Keren, Laura, Mar y Diana. Cada una tiene un pedacito de mí y tengan por seguro que yo llevo una parte de ustedes. Las quiero y admiro.

A América, mi terapeuta, por animarme a conocerme y cuestionarme, y por impulsarme a hacer las cosas aunque fuera con miedo.

A mi directora de tesis, la Dra. Karla Edith González Alcántara, quien desde un inicio me brindó su apoyo y sugerencias para poder “aterrizar” una de mis muchas ideas en torno a la

ortorexia. Gracias por estar ahí en cada duda que surgió y por la paciencia con la cual aclaró todas mis dudas. Sin duda cambió mi forma de ver la investigación.

Finalmente, agradezco a la Dra. Cecilia Guadalupe Silva Gutiérrez y a mis sinodales, Mtra. Ingrid Marissa Cabrera Zamora, Dra. Rocío Ivonne de la Vega Morales y Dr. José Alfredo Contreras Valdez, por el tiempo prestado para mejorar este proyecto y por todo lo que aprendí en clases, no sólo de la psicología, sino de ustedes como personas.

Índice

Resumen.....	1
Introducción	2
Capítulo 1: Antecedentes	4
1.1 Ortorexia.....	4
1.2 Medición de la ortorexia nerviosa	11
1.3 Consecuencias.....	13
1.4 Proporción de personas con sintomatología de ortorexia nerviosa.....	14
1.5 Factores asociados a su desarrollo	17
1.6 Estrés.....	22
1.7 Afrontamiento.....	25
1.8 Estrés percibido, estilos de afrontamiento y ortorexia	32
1.9 Población universitaria	33
Capítulo 2: Método	36
2.1 Planteamiento del problema	36
2.1.1 Justificación.....	38
2.1.2 Pregunta de investigación.....	38
2.1.3 Objetivos	39
2.2 Variables.....	40
2.2.1 Estrés percibido	40
2.2.2 Afrontamiento.....	40
2.2.3 Ortorexia.....	41
2.3 Diseño y alcance de investigación	41
2.4 Participantes.....	41
2.5 Instrumentos	42
2.5.1 Escala de Estrés Percibido.....	42
2.5.2 Cuestionario de Afrontamiento del Estrés (CAE) versión reducida.....	44
2.5.3 Escala de Ortorexia de Teruel	45
2.6 Procedimiento	46

2.7	Análisis de datos	47
Capítulo 3: Resultados		49
3.1	Proporción de ortorexia en la muestra	49
3.2	Diferencias entre hombres y mujeres	53
3.3	Diferencias entre grupos de categorías de peso (IMC)	57
3.4	Relación entre estrés percibido, afrontamiento y ortorexia, en la muestra total	60
3.4.1	Correlaciones con ortorexia saludable	61
3.4.2	Correlaciones con ortorexia nerviosa.....	61
3.5	Relación entre estrés percibido y afrontamiento, con ortorexia, en el grupo de mujeres y en el grupo de hombres	62
Capítulo 4: Discusión, limitaciones y sugerencias.....		65
Capítulo 5: Conclusiones		78
Referencias		79
Anexos		95

Resumen

Algunos estudios cualitativos han señalado que quienes presentan síntomas propios de la ortorexia nerviosa mencionan presentar niveles elevados de estrés y que tienden a tener un mayor control en su alimentación como una estrategia de afrontamiento ante este, sin embargo, la relación entre estas variables no ha sido probada de manera empírica.

Por lo tanto, esta investigación tuvo como objetivo identificar la relación entre el estrés percibido, el afrontamiento y la ortorexia en universitarios residentes de la Zona Metropolitana del Valle de México. Para ello, se evaluó a 358 estudiantes universitarios, 71.2% mujeres y 28.8% hombres, con edades entre 18 y 25 años ($M=20.15$; $DE= 1.51$) con la Escala de Ortorexia de Teruel, la Escala de Estrés percibido y la versión reducida del Cuestionario de Afrontamiento del Estrés (CAE). La batería de pruebas fue respondida a través de un formulario en la plataforma Google Forms.

Los resultados muestran que el estrés se relaciona de manera positiva con la ortorexia nerviosa específicamente en mujeres, y de forma negativa tanto en hombres como en mujeres, con la ortorexia saludable. Además, se encontró que el afrontamiento centrado en el problema se asocia de forma positiva con la ortorexia saludable en hombres y mujeres, mientras que el afrontamiento centrado en la emoción se correlacionó positivamente con la ortorexia nerviosa únicamente en las mujeres.

Palabras clave: ortorexia, estrés percibido, afrontamiento, universitarios.

Introducción

Ante el aumento del sobrepeso y la obesidad en México, el tener interés por adoptar una dieta basada en alimentos sanos, se podría considerar un comportamiento saludable. El término ortorexia se refiere al interés por una alimentación sana, esta se podría considerar como una conducta deseable y saludable en las personas, sin embargo, cuando este interés se convierte en una preocupación excesiva y que además absorbe gran parte del tiempo y la vida de quienes la experimentan, surgen consecuencias físicas, psicológicas e incluso psicosociales, que afectan gravemente la calidad de vida de las personas y es entonces cuando se le denomina como ortorexia nerviosa.

Al ser un fenómeno reciente, se requieren investigaciones que indaguen aquellos factores que pudieran estar asociados con el desarrollo y mantenimiento de la ortorexia nerviosa con el objetivo de generar estrategias de prevención o intervención adecuadas.

Algunas investigaciones han indagado sobre los factores que influyen en que un comportamiento saludable sea llevado al extremo, entre ellas, ciertos estudios cualitativos han sugerido que el estrés está relacionado con un mayor control sobre el consumo de alimentos saludables. No obstante, esto no había sido evaluado de forma cuantitativa. Por lo tanto, el propósito de esta investigación fue conocer la relación entre la ortorexia, el estrés percibido y el afrontamiento.

En el capítulo uno se describe los antecedentes sobre las variables de interés que son ortorexia, estrés y estrategias de afrontamiento, por lo que en este apartado se puede vislumbrar no sólo la polémica en torno a la clasificación de la ortorexia, sino también los instrumentos desarrollados para evaluarla, las consecuencias, epidemiología y factores asociados a su desarrollo. También se describen los constructos teóricos de estrés percibido, así como la forma en la que se están clasificando y entendiendo las estrategias de afrontamiento en este trabajo.

El capítulo dos presenta el método utilizado para responder a la pregunta de investigación, incluyendo el planteamiento del problema, los objetivos e hipótesis planteadas, el diseño y alcance de la investigación, los participantes, las características psicométricas de los instrumentos utilizados y el procedimiento realizado en este trabajo.

En el capítulo tres se describen los resultados. Se menciona la proporción de la muestra total que presentó sintomatología baja, media, alta o muy alta de ortorexia nerviosa y también la proporción de universitarios que muestran ortorexia saludable baja, media, alta o muy alta. Se probó si existían diferencias entre sexos (hombre, mujer) y entre categorías de peso (bajo peso, normo peso, sobre peso y obesidad) respecto a las proporciones de ortorexia.

Además, se muestran los resultados de las comparaciones por sexo y categorías de peso de los puntajes de ortorexia, estrés y estrategias de afrontamiento. Finalmente, se presentan las correlaciones observadas entre las tres variables de interés, lo que permite responder al objetivo principal de la investigación y, puesto que se observaron diferencias entre hombres y mujeres en algunas variables también se indica el comportamiento de las correlaciones en cada sexo.

En el capítulo cuatro se encuentra la discusión, en la que se interpretan los resultados observados a la luz de la literatura previa. Y, por último, en el capítulo cinco, se expresan las conclusiones, limitaciones y sugerencias de esta investigación.

Capítulo 1

Antecedentes

1.1 Ortorexia

En los últimos años el objetivo de alcanzar un estilo de vida saludable y evitar enfermedades ha cobrado mayor importancia entre la población de todo el mundo, inclusive se ha instaurado el ideal de “ser sano”, lo cual ha dado pie a que algunos individuos se involucren en conductas patológicas para tratar de alcanzar este ideal (Syurina et al., 2018).

Esto se debe a que la sociedad recibe constantemente mensajes sobre cómo lograr ese estilo de vida a través de la nutrición, esto es, mediante la incorporación de buenos hábitos alimentarios, realización de dietas, incluir suplementos nutricionales, consumir alimentos ecológicos, light, bajos en grasas y azúcares, y la realización de actividad física regular (Bertran, 2010).

Como parte de las conductas patológicas que se pueden desarrollar, se ha observado que algunas personas adquieren un estilo de vida rígido caracterizado por un enfoque excesivo en la nutrición y el consumo de alimentos “saludables”, lo que genera consecuencias negativas en su vida, tales como altos niveles de ansiedad, sentimientos de culpa si se transgrede la dieta establecida, desnutrición, aislamiento social, etc. (Bratman, 2017).

En los años noventa del siglo pasado, Bratman observó en algunos pacientes que lo que a menudo comenzaba como un cambio de hábitos alimentarios para superar una enfermedad o para mejorar la salud, en ciertos casos y con el paso del tiempo, se traducía en un aumento en la preocupación por los alimentos sanos y una obsesión por el seguimiento de una dieta pura, perfecta y saludable (Dunn & Bratman, 2016).

Lo que implica que, aunque en un primer momento los cambios adoptados aumentaron la salud de las personas, estos nuevos hábitos se podían convertir en un estilo de vida que generaba consecuencias graves en la salud de las personas (Varga et al., 2013).

Tras observar un aumento en la aparición de casos con características similares, en 1997 Bratman utilizó por primera vez el término *ortorexia nerviosa* para hacer referencia a personas que presentaban este tipo de conductas. Algunos de los rasgos que observaba en su práctica clínica eran similares a los que ya se habían descrito en la literatura sobre anorexia nerviosa, por ejemplo, la necesidad de tener todo bajo control o la fijación en los alimentos. Por esto, buscó hacer una analogía con la anorexia nerviosa y utilizó este término para indicar la obsesión por una nutrición correcta (Bratman, 2017).

La palabra ortorexia proviene de los términos griegos “orthos” que significa correcto o acertado y “orexis”, que quiere decir apetito o nutrición, por lo cual se entiende como “apetito correcto”. Así, la ortorexia habla de un interés por una alimentación correcta o saludable (Graham, 2003).

De ahí que investigaciones recientes han señalado que la ortorexia es un constructo más amplio con dos dimensiones, una que se relaciona con el interés por la alimentación sana, esto es, la ortorexia saludable, esta representa un interés sano por la dieta y la alimentación saludable, en el cual no hay consecuencias negativas en la vida de las personas que lo presentan, por el contrario, se puede considerar una dimensión saludable o protectora (Barrada & Roncero, 2018; Depa et al., 2019).

En cambio, la ortorexia nerviosa engloba las características descritas por Bratman, e implica que las personas pueden llegar a una obsesión y realizar cambios en sus elecciones alimentarias, tales como: evitar los alimentos con altas cantidades de azúcar o sal, incluir más verduras en la alimentación, limitar el consumo de alcohol, disminuir los carbohidratos o

grasas, comprar sólo en tiendas de alimentos saludables, la búsqueda de alimentos orgánicos, evitación de los alimentos tratados con pesticidas o sustancias artificiales, eliminar categorías completas de alimentos, entre otras (Aksoydan & Camci, 2009; Brytek-Matera, 2012; Koven & Senbonmatsu, 2013).

Es importante tener en cuenta que los seres humanos asignan atributos y significados a los alimentos, y la manera en que encaminan sus elecciones alimentarias está determinada por aspectos como la disponibilidad y la accesibilidad; ideas sobre la salud y la imagen; el atractivo sensorial de los alimentos y el gusto, placer y disfrute (Bertran, 2010; Hernández et al., 2018).

Sin embargo, en la ortorexia nerviosa, factores como el placer y disfrute de los alimentos juegan un papel secundario, mientras que el valor nutricional y la percepción de calidad se encuentran en primer lugar cuando se eligen los alimentos que se van a consumir. Incluso, las personas pueden llegar a evitar el consumo de sus alimentos favoritos si éstos se consideran poco saludables (Varga et al., 2013).

Pese al interés reciente que ha puesto la comunidad académica en contribuir a la literatura sobre este fenómeno, la ortorexia nerviosa aún no se ha incluido dentro del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales en su quinta edición DSM-V (Asociación Americana de Psiquiatría [APA], 2014) ni en la Clasificación Internacional de las Enfermedades CIE-11 (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2019), ya que los criterios diagnósticos no se han definido oficialmente, lo cual se debe a que existen ciertas contradicciones que no han permitido establecer una definición compartida del fenómeno (Boná et al., 2019).

Por ejemplo, aún se sigue debatiendo cuál pudiera ser la mejor clasificación para la ortorexia nerviosa, ya que todavía no hay consenso sobre si se trata de una dieta extrema, excesivamente sana, basada en una teoría o filosofía particular que categoriza los alimentos

como buenos y malos (Varga et al., 2013); una conducta alimentaria desordenada, debido a que el aumento en la sintomatología de este fenómeno se asocia a puntuaciones más altas en instrumentos que evalúan conductas alimentarias desordenadas (Asil & Sürücüoğlu, 2015); una adicción (Marazziti et al., 2014); un nuevo trastorno de la conducta alimentaria (TCA; Brytek-Matera, 2012) o un Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC; Yilmaz et al., 2020).

La posibilidad de considerar a la ortorexia nerviosa como un TCA surge de las similitudes observadas entre ambos fenómenos, por ejemplo, la preocupación en torno a la comida y la alimentación que parece dominar la vida de la persona, también hay pérdida de peso significativa y algunos rasgos de personalidad como el perfeccionismo, la rigidez y la necesidad de control (Aranceta, 2007; Mathieu, 2005; Segura-García et al., 2015).

Aunque, entre las características que los diferencian, se encuentra que el punto central en la anorexia es la cantidad de alimentos que se consumen, mientras que la ortorexia nerviosa se caracteriza por la preocupación sobre la calidad de estos (Varga et al., 2013). Además, la literatura sugiere que en la ortorexia nerviosa no se ha encontrado suficiente evidencia de diferencias de género, mientras que es bien sabido que la anorexia nerviosa tiene una mayor prevalencia en mujeres que en hombres (Zickgraf et al., 2019).

Así mismo, a diferencia de los pacientes con anorexia o bulimia nerviosa, en la ortorexia hay poca evidencia de una preocupación excesiva por el peso o la forma del cuerpo, o de la presencia de conductas compensatorias (Cartwright, 2004). Incluso otros autores (Brytek-Matera, 2012; Mathieu, 2005) han sugerido que la ortorexia nerviosa no se trata de un régimen alimentario establecido con la finalidad de perder peso, si no que su objetivo es convertirse en lo que consideran más sano o puro.

Aunque autores como Cartwright (2004) han propuesto que la ortorexia nerviosa podría considerarse como una ruta hacia la anorexia nerviosa o como una estrategia para superarla,

más no como un TCA per se. Esto debido a que se ha observado que la historia de un TCA previo es un fuerte predictor de ortorexia (Barnes & Caltabiano, 2016), y que la prevalencia de sintomatología de ortorexia nerviosa es mayor en pacientes con anorexia o bulimia, en comparación con quienes no padecen un TCA (Segura-García et al., 2015).

Por lo que, otra hipótesis más es que los pacientes con anorexia nerviosa pueden utilizar “explicaciones ortoréxicas” para enmascarar la motivación por la pérdida de peso, ya que una dieta saludable puede ser una alternativa socialmente aceptable para lograr un estado de delgadez (Barnes & Caltabiano, 2016; Segura-García et al., 2015; Varga et al., 2013).

En una investigación realizada por Depa et al. (2019), cuyo objetivo era conocer los motivos de elección de los alimentos para ambas dimensiones de la ortorexia en estudiantes universitarios españoles, se encontró que en el caso de la ortorexia nerviosa el motivo principal era el control del peso, y la regulación del afecto también mostró una asociación significativa. Mientras que en la ortorexia saludable el motivo principal fue el contenido de salud de los alimentos, y también se asoció significativamente con el control del peso. Estos resultados apoyan la hipótesis de que la ortorexia nerviosa se asocia con una conducta alimentaria alterada, cuya motivación es el control del peso en lugar de un estado de salud.

Por otro lado, también se ha propuesto que la ortorexia nerviosa pudiese ser considerada como una expresión de un TOC, ya que entre quienes presentan sintomatología de ortorexia nerviosa se encuentra la presencia de pensamientos repetitivos y preocupación por un estímulo, específicamente la comida (Yilmaz et al., 2020).

Sobre esto Catalina-Zamora et al. (2005) mencionan que en los pacientes con ortorexia nerviosa se observan rasgos obsesivos-compulsivos, tales como: rigidez, perfeccionismo, necesidad de control trasladada a la alimentación y ansiedad elevada ante algunos alimentos. Y Koven y Abry (2015) coinciden en que los individuos con síntomas de ortorexia nerviosa se

caracterizan por el perfeccionismo, lo cual se expresa en la búsqueda de una dieta “perfecta” y en el seguimiento de reglas dietéticas rigurosas.

Otras de las características que la ortorexia nerviosa parecer compartir con el TOC, tienen que ver con la planificación y el cuidado excesivo, en este caso, de la alimentación; los pensamientos intrusivos sobre la comida y la afectación en la vida diaria de las personas, ya que éstas suelen dedicar mucho tiempo a la organización, búsqueda, compra y preparación de los alimentos que consideran saludables (Donini et al., 2005). Incluso se ha observado que las personas que tienen mayores síntomas obsesivo-compulsivos también presentan mayor tendencia a la ortorexia nerviosa (Aksoy et al., 2015; Arusoğlu et al., 2008).

Sin embargo, a pesar de que pareciera ser que las personas con sintomatología de ortorexia nerviosa, presentan obsesiones y compulsiones, aún no está del todo claro si los pensamientos obsesivos les generan angustia o si los comportamientos que realizan están dirigidos a reducir la angustia o evitar algún evento catastrófico, que son criterios necesarios para el diagnóstico del trastorno obsesivo compulsivo (Graham, 2003). Por lo que no se pueden sacar conclusiones sobre la posible relación con otros trastornos.

Con respecto a la clasificación de la ortorexia como una adicción, Marazziti et al. (2014) mencionan que en el borrador del DSM-V se propuso la inclusión de un nuevo capítulo denominado *Adicciones conductuales*, pero este no se incluyó en la versión final del manual. La ortorexia nerviosa era parte de este capítulo ya que aunque esta no implica el consumo de sustancias exógenas, sí comparte varias características con las adicciones clásicas (alcohol, tabaco, drogas), entre ellas: placer y alivio cuando se lleva a cabo la conducta; dominancia, esto es, el comportamiento realizado domina el pensamiento y se convierte en la ideación principal; conflicto, cuando el comportamiento se vuelve crónico, y genera deterioro en el ámbito familiar, social, laboral, entre otros.

Por otro lado, Behar (2021) considera que se trata de una alteración en la conducta alimentaria, ya que estas se caracterizan por anomalías en el comportamiento relacionado con la alimentación. Particularmente, en el caso de la ortorexia, se habla de la búsqueda de una pureza alimentaria extrema motivada por un enfoque exagerado en los alimentos.

Como se mencionó anteriormente, a pesar de todo lo que se ha propuesto, aún no se logra un consenso sobre cuál es el tipo de trastornos donde debería incluirse este fenómeno. Sin embargo, la mayoría de propuestas coinciden en que la ortorexia nerviosa se trata de una obsesión por comer de forma saludable, que se manifiesta a través del establecimiento de una dieta basada en la calidad percibida de los alimentos que se consumen, y que esta obsesión puede ocasionar problemas psicológicos, físicos y sociales (Dunn & Bratman, 2016).

Así como no hay un acuerdo sobre la clasificación más conveniente para la ortorexia nerviosa, tampoco están muy claros los criterios que deben cumplirse. Cena et al. (2019) proponen que debe estar presente la obsesión por las prácticas dietéticas que se consideran saludables, es decir, basadas en la calidad percibida de los alimentos que se consumen (estas prácticas regularmente se caracterizan por reglas poco flexibles, preocupación recurrente sobre la comida y comportamientos compulsivos), y el deterioro en las áreas del funcionamiento óptimo de una persona, que pueden ir desde consecuencias nutricionales hasta psicosociales (Dunn & Bratman, 2016).

En esta investigación la ortorexia será entendida como un fenómeno de dos dimensiones: ortorexia saludable, que se refiere al interés por comer de forma sana, y ortorexia nerviosa, que representa una preocupación excesiva o patológica por una dieta saludable. Esta preocupación conduce al establecimiento de un estilo de vida determinado por la alimentación, en el cual se evitan los alimentos que se consideran nocivos para la salud, y provoca afectaciones en el ámbito social, familiar y laboral (Barrada & Roncero, 2018).

Cabe aclarar que, desde esta perspectiva, el interés por la alimentación saludable no es “patológico” per se, pero si lo es la ortorexia nerviosa, puesto que conlleva una preocupación excesiva, que implica pensamientos obsesivos, comportamientos compulsivos, restricción dietética y sentimientos de culpa cuando la dieta no se sigue correctamente (Bratman, 2017; Segura-García et al., 2015). Así como cambios en el estilo de vida habitual de la persona a causa de esta obsesión (Donini et al., 2005).

1.2 Medición de la ortorexia nerviosa

Al ser un fenómeno relativamente nuevo, la construcción de instrumentos para medir la ortorexia nerviosa y las características psicométricas de estos aún están siendo probadas.

El primer cuestionario creado para evaluar propiamente la ortorexia nerviosa fue un cuestionario de 10 ítems con un formato de respuesta dicotómico, conocido como el Test de Ortorexia de Bratman (Bratman & Knight, 2000). Posteriormente, y basándose en dicho cuestionario, Donini et al. (2005) desarrollaron el ORTO-15, para la población de adultos italianos. Este instrumento cuenta con 15 ítems con un formato de respuesta tipo Likert que va desde siempre hasta nunca. Las puntuaciones bajas son indicativas de ortorexia nerviosa, mientras que los puntajes altos sugieren una conducta alimentaria normal.

Sin embargo, esta herramienta ha mostrado propiedades psicométricas no adecuadas, por ejemplo, Oberle et al. (2017) quienes probaron las propiedades del ORTO-15 observaron que los valores α de Cronbach oscilan entre 0.14 y 0.83, lo cual denota una baja consistencia interna; Roncero et al. (2017) mencionan que este instrumento presenta limitaciones en la validez de contenido y algunos autores (Arusoglu et al., 2008; Brytek-Matera et al., 2012; Varga et al., 2013) han advertido que varios ítems no están relacionados con el constructo ortorexia al probar su estructura factorial. Es por esto por lo que otros autores (Cena et al., 2019; Dunn & Bratman, 2016) no recomiendan el uso de este instrumento.

Pese a las limitaciones ya mencionadas, el ORTO-15 (Donini et al., 2005) se convirtió rápidamente en la herramienta más popular para evaluar la ortorexia nerviosa en diferentes países, realizándose adaptaciones como el ORTO-11-ESP (Parra-Fernández et al., 2018) para universitarios españoles. Esta versión cuenta con 11 ítems, un formato de respuesta tipo Likert y tres factores relacionados con la conducta alimentaria: clínico, cognitivo-emocional y aspectos emocionales, mismo que presentó una consistencia interna de 0.80.

O el ORTO-14MX (Parra-Carrido et al., 2020), que fue validado con una muestra de estudiantes universitarios mexicanos y consta de 14 ítems y 4 factores: cognición obsesiva, cognición racional, regulación emocional y social normativo. Su objetivo es evaluar las conductas obsesivas de una persona respecto a la selección de alimentos y sus hábitos de consumo, así como sus actitudes respecto a los alimentos considerados como saludables. El valor del alfa de Cronbach fue de 0.78, con un 52.4% de la varianza total explicada.

Otro instrumento desarrollado para identificar casos en los cuales las personas presentan una preocupación problemática sobre la alimentación saludable es el Cuestionario de Hábitos Alimenticios (Gleaves et al., 2013), que a través de 21 ítems evalúa cogniciones, sentimientos y comportamientos relacionados con la alimentación saludable. Consta de tres subescalas (conocimiento de alimentación saludable, problemas asociados con una alimentación saludable y sentimientos positivos acerca de una alimentación saludable) con una consistencia interna adecuada, esto es, valores de alfa de Cronbach entre .72 y .90, y confiabilidad test-retest de .72 a .81. No obstante, pese a los beneficios mencionados anteriormente, una desventaja de este cuestionario es que no considera las consecuencias que surgen cuando las personas no pueden cumplir su régimen alimenticio, por ejemplo, culpa o preocupación.

Otra herramienta es el Inventario de Ortorexia Nerviosa (ONI; Oberle et al., 2021), un cuestionario con 24 ítems agrupados en 3 factores: 9 reactivos que evalúan los

comportamientos y la preocupación por la alimentación saludable, 10 reactivos para evaluar deficiencias físicas y psicosociales y 5 reactivos para valorar el malestar emocional. Todas las escalas mostraron una adecuada consistencia interna (α de Cronbach = 0.88 a 0.90) y confiabilidad test-retest de dos semanas ($r = 0.86 - 0.87$).

Por último, un instrumento que se diferencia del resto es la Escala de Ortorexia de Teruel (Barrada & Roncero, 2018), un inventario que evalúa las dos dimensiones de la ortorexia: ortorexia saludable y ortorexia nerviosa. Este instrumento surgió como una herramienta alternativa al ORTO-15 (Donini et al., 2005) y busca diferenciar entre un interés saludable por la alimentación y una preocupación excesiva o patológica por la misma. Consta de 17 ítems (9 para evaluar ortorexia saludable y 8 para ortorexia nerviosa) con un formato de respuesta tipo Likert. Esta escala presentó propiedades psicométricas deseables, con un coeficiente alfa de Cronbach superior a 0.80 en ambos factores y una correlación test-retest superior a 0.70 para cada factor, con un lapso de 18 meses.

1.3 Consecuencias

Desde la publicación inicial de Bratman en 1997, ha aumentado la atención que se le ha dado a la ortorexia nerviosa y aunque la investigación sigue en curso, actualmente se reconoce que existen varios efectos adversos en la salud de las personas que presentan la sintomatología propia de este fenómeno.

Por un lado, se ha observado que existen consecuencias fisiológicas derivadas de la restricción alimentaria tales como la escasez de nutrientes esenciales (Bägcı et al., 2007), la desnutrición (Bayless et al., 2002) y la inanición, lo que a su vez puede ocasionar otros problemas como la insuficiencia cardíaca (Mathieu, 2005), la pérdida de peso significativa (Moroze et al., 2015) así como complicaciones gastrointestinales y síndrome de realimentación (Matthews, 2018).

También se han advertido consecuencias psicológicas como el experimentar altos niveles de estrés y ansiedad cuando se dificulta el mantener la dieta establecida (P. ej. durante unas vacaciones, ya que estas pueden representar una alteración en la rutina alimenticia); miedo a los alimentos que se consideran poco saludables (Varga et al., 2013); miedo a enfermarse si no se logra cumplir con el patrón de alimentación (Lopes et al., 2018); inflexibilidad cognitiva y conductual (Koven & Senbonmatsu, 2013); sentimientos de culpabilidad y vergüenza si no se sigue el régimen dietético impuesto, ya que esto es percibido como una falta de compromiso con el autocuidado, los objetivos de salud o una falta de autocontrol (Bratman & Knight, 2000; Cheshire et al., 2020).

Además, destinar una cantidad de tiempo excesiva a pensar en los alimentos y en comer, puede ocasionar una disfunción en la vida diaria (Arusoglu et al., 2008), ya que al tratar de cumplir con estos hábitos alimentarios las personas pueden limitar la realización de actividades cotidianas o de esparcimiento, debido a que éstas regularmente dificultan el seguimiento de su rutina, por lo que, en consecuencia, se ha observado que también se producen alteraciones en las relaciones personales o aislamiento social (Varga et al., 2013).

1.4 Proporción de personas con sintomatología de ortorexia nerviosa

Puesto a que aún no es del todo claro cuáles deben ser los criterios diagnósticos de la ortorexia nerviosa, no existen datos respecto a su prevalencia como tal, sin embargo, algunas investigaciones han observado el porcentaje o proporción de personas en su muestra que han presentado síntomas relacionados con la ortorexia nerviosa.

Los resultados de estas investigaciones son variables, es probable que esto se deba en gran parte por la población que se estudia, ya que al ser un fenómeno nuevo muchos autores están explorando cuáles son los grupos que pudieran presentar un mayor riesgo de tener

ortorexia nerviosa, así como por los instrumentos que se usan para medirla. Por ejemplo, con el ORTO-15 (Donini et al., 2005) se han encontrado los siguientes datos:

En un grupo de adultos turcos con una media de edad de 33 años, dedicados a la ópera, ballet y orquesta sinfónica, se encontró que 56.4% de los participantes tenían ortorexia nerviosa. Observándose una prevalencia del 81.8% para los cantantes de ópera, 36.4% para los artistas de orquesta sinfónica y de 32.1% para los bailarines de ballet (Aksoydan & Camci, 2009).

En una muestra de atletas italianos que participan en deportes juzgados, en equipo o que realizan actividades relacionadas con el *fitness*, con un rango de edad de 16-45 años, Segura-García et al. (2015) encontraron que 28% de las atletas mujeres y 30% de atletas hombres presentaban sintomatología de ortorexia nerviosa.

Valera et al. (2014) realizaron un estudio con una muestra de practicantes de *ashtanga* yoga españoles con un rango de edad de 20-55 años, y reportaron que 86% de su muestra presentó puntajes menores a 35 puntos en el instrumento ya mencionado, lo cual indica alta sintomatología de ortorexia nerviosa. En este caso los autores mencionan que es necesario tomar en cuenta la cultura del yoga, ya que ésta puede incluir modificaciones en el estilo de vida de los practicantes como el incorporar hábitos alimenticios más saludables.

Mientras que, en la población universitaria, utilizando el mismo instrumento, se han encontrado diferentes proporciones: 6.9% de estudiantes universitarios italianos en riesgo de padecer ortorexia nerviosa (Donini et al., 2005); 45.5% de una muestra de médicos residentes turcos mostró tendencias hacia la ortorexia; 6.5% en una muestra de universitarios y población general australiana, cuyos participantes tenían una edad promedio de 24 años (Reynolds, 2018).

Quienes evaluaron con el ORTO-11 (Arusoglu et al., 2008) que es una versión adaptada del ORTO-15 (Donini et al., 2005) original también mencionan diferentes porcentajes, por ejemplo, Fidan et al. (2010) reportaron que 43.6% de su muestra de estudiantes de medicina en

Turquía presentaba indicadores de ortorexia nerviosa. Parra-Fernández et al. (2018) crearon el ORTO-11-ESP, una versión de ORTO-15 (Donini et al., 2005), para estudiantes universitarios españoles. La edad de los participantes oscilaba entre los 18 y 41 años y encontraron que el 17% presentaba un alto riesgo de padecer ortorexia. De manera similar, Ruiz y Quiles (2021) en una muestra constituida por universitarios españoles, con una media de edad de 22.04 años encontraron que el 30% presentaba tendencias de ortorexia nerviosa.

Mientras que, en México, utilizando el ORTO-14-MX, una versión adaptada del ORTO-11-ESP, se realizó un estudio también con universitarios con un rango de edad entre 18 y 28 años, y se encontró que el 68.1% de la muestra presentaba indicadores de ortorexia nerviosa, tales como un comportamiento caracterizado por una gran preocupación y deseo por alimentarse de forma saludable (Parra-Carriedo et al., 2020).

Por otro lado, utilizando el Inventario de Ortorexia Nerviosa (ONI; Oberle et al., 2021) encontraron que el 4.5% en estudiantes universitarios estadounidenses se encontraban en riesgo de padecer ortorexia nerviosa.

Como se puede observar los datos varían demasiado, lo cual se debe al uso de diferentes instrumentos para medir ortorexia, y a la evaluación de diversas poblaciones, pues se observa que la mayoría de los participantes provienen de diferentes países y profesiones, lo cual dificulta poder hacer comparaciones, ya que la variabilidad de los datos reportados puede atribuirse a factores socio-culturales y a los hábitos alimentarios relacionados a la cultura de cada país (Háman et al., 2015), por lo que no es posible realizar conclusiones generales sobre la prevalencia de este fenómeno, aunque, con el instrumento ORTO-15 (Donini et al., 2005) y sus variantes (ORTO-11-ESP y ORTO-14MX), que ha sido de los más usados a través del tiempo, se puede observar que parece haber un aumento en el riesgo de aparición de la sintomatología de ortorexia.

1.5 Factores asociados a su desarrollo

Puesto que es poco el tiempo desde que se ha comenzado a estudiar la ortorexia nerviosa con investigaciones empíricas y sistemáticas, aún no queda del todo claro cuáles son los factores relacionados con la aparición de esta sintomatología, sin embargo, algunos trabajos han abordado este tema, lo que ha permitido conocer algunos de los factores con los que se encuentra asociada.

Por un lado, Eriksson (2008) menciona que una mayor ansiedad social relacionada con la apariencia se asocia con puntuaciones más altas de ortorexia nerviosa. En su estudio, los participantes (hombres y mujeres) que tenían una mayor interiorización de un cuerpo delgado o musculoso, mostraron un incremento en los síntomas de ortorexia nerviosa. En esta misma línea, un estudio realizado por Brytek-Matera et al. (2018), señala que los comportamientos relacionados con el mantenimiento o pérdida de peso se asocian con el riesgo de desarrollar ortorexia nerviosa.

En un estudio realizado por Fidan et al. (2010) para evaluar la prevalencia de ortorexia nerviosa en universitarios, encontraron una correlación negativa entre el Índice de Masa Corporal (IMC) y el riesgo de desarrollar ortorexia nerviosa, es decir, los participantes con puntuaciones más bajas (que indican un mayor riesgo de presentar ortorexia) presentaban con mayor proporción un IMC más alto. Estos resultados son congruentes con lo reportado por Depa et al. (2019), ya que en su estudio realizado también con estudiantes universitarios los autores señalan que los valores más altos en el IMC se relacionaron con más síntomas de ortorexia nerviosa.

Una posible explicación ante estos resultados es que las personas con mayores síntomas de ortorexia se preocupan por el peso debido a las consecuencias para la salud que trae el sobrepeso u obesidad, más que por una cuestión “estética”. Además de que el sobrepeso y la

obesidad pueden exponer a las personas a la crítica, haciendo que estas opten por conductas como el consumo de alimentos saludables o la realización de dietas para lograr cambios en su peso corporal (Depa et al., 2019).

Otro de los factores con los cuales parece estar relacionada la ortorexia es el perfeccionismo. En un estudio realizado por Oberle et al. (2017) con una muestra de estudiantes universitarios estadounidenses, se exploró la correlación entre la ortorexia nerviosa con factores de la personalidad, entre los que se encuentra el perfeccionismo. Los autores encontraron correlaciones positivas entre ambas variables y por tanto concluyen que el perfeccionismo está relacionado positivamente con una mayor sintomatología de ortorexia nerviosa tanto en hombres como en mujeres. Así mismo, en otro estudio realizado por Barrada y Roncero (2018) los autores encontraron que la subescala de preocupación por los errores de la Escala de Perfeccionismo Multidimensional de Frost (Frost et al., 1990) se asoció con mayores tendencias de ortorexia nerviosa en una muestra de estudiantes universitarios españoles.

Por otro lado, hay autores que han evaluado el uso de redes sociales y los síntomas de ortorexia nerviosa, esto debido a que se ha demostrado que el uso de medios sociales está relacionado con efectos negativos en la imagen corporal, comparación social y el desarrollo de trastornos de la conducta alimentaria (Ojeda-Martín et al., 2021).

Por ejemplo, Turner y Lefevre (2017) realizaron una encuesta en línea a usuarios de redes sociales que seguían cuentas de alimentación saludable y evaluaron el uso que hacían de estos medios, sus conductas alimentarias y los síntomas de ortorexia nerviosa utilizando el ORTO-15 (Donini et al., 2005). Los resultados mostraron que un mayor uso de Instagram se asoció con mayor sintomatología asociada a la ortorexia nerviosa. Los autores concluyen que esto puede deberse a que Instagram permite a los usuarios una exposición selectiva, de esta manera las personas pueden elegir seguir principalmente cuentas sobre alimentación. Sin

embargo, McComb y Mills (2019) mencionan que estos resultados tienen dos formas de interpretarse, por un lado, puede ser que el uso de Instagram sea un factor de riesgo para la ortorexia, y, por el otro, que las personas con sintomatología elijan Instagram como una red social para seguir cuentas que refuercen sus ideas sobre la alimentación saludable.

Otros autores han planteado algunos motivos que pueden llevar a las personas a realizar cambios en su comportamiento alimentario. En estas investigaciones se ha observado que uno de los motivos para elegir ciertos alimentos en la ortorexia nerviosa es la regulación del afecto (Depa et al., 2019). En esa línea, Donini et al. (2005) mencionan que, en su muestra, las personas con niveles más altos de sintomatología de ortorexia nerviosa presentaron mayores deseos de comer de forma sana cuando se sentían estresados o culpables; por lo que los autores concluyen que el comportamiento alimentario de los participantes surge de un estado anímico que es compensado a través de la comida, y que éste les ayuda transitar momentos de estrés.

Mientras que Catalina-Zamora et al. (2005) señala que en las personas con sintomatología de ortorexia nerviosa se ha observado una tendencia a controlar su vida, que es trasladada a su alimentación para aumentar la sensación de control.

Si se tiene en cuenta la posibilidad de considerar a la ortorexia como un TCA, se puede observar cierta congruencia con la literatura que señala que las dificultades en la regulación emocional median un papel muy importante en el desarrollo y mantenimiento de estos (Goldschmidt et al., 2017).

Por otro lado, Bratman y Knight (2000) señalan que en su práctica clínica era común que en ciertos casos, las personas con síntomas de ortorexia nerviosa estaban impulsadas por el deseo de tratar alguna enfermedad existente o de prevenirla, mejorando su salud. En ese sentido, Cartwright (2004) menciona que regularmente una enfermedad física ocasiona

cambios en la dieta inicial de las personas, los cuales posteriormente, y en algunos casos, se convierten en una excesiva preocupación por la alimentación saludable.

Otros autores han identificado connotaciones pseudo espirituales y elementos religiosos que se relacionan con la motivación que subyace al seguimiento de la rutina alimentaria establecida en la ortorexia nerviosa. Ya que, de manera general, las dietas se basan también en teorías o filosofías que diferencian entre alimentos buenos y malos (Bratman, 2017).

Hasta ahora, la mayoría de los estudios se han centrado en el estudio de la ortorexia nerviosa como un problema individual dejando de lado otros aspectos, como la influencia de múltiples factores y sistemas que operan en diferentes niveles y que también moldean el comportamiento de las personas (Háman et al., 2015).

Como parte de estos factores se encuentra el sanitarismo, este hace referencia a un discurso en torno a la salud y promoción de la misma, y se ha observado principalmente en las sociedades occidentales contemporáneas (Lee & Macdonald, 2010). El sanitarismo, como construcción social de la salud, considera que se puede alcanzar cierto estado de salud mediante la modificación del estilo de vida de una persona; de esta manera configura ciertos comportamientos y prácticas en torno a la salud, tales como la realización de dieta y ejercicio (Brytek-Matera et al., 2020)

Muy relacionado con el sanitarismo, Crawford (1980) utiliza el término “healthism” para describir el especial énfasis otorgado a la responsabilidad individual para mantener un estado de salud óptimo, tomar decisiones saludables, evitar factores de riesgo y llevar a cabo soluciones ante los impedimentos que puedan surgir para lograrlo. Todo esto regularmente mediante el uso de la disciplina y la conducta moral.

Estas corrientes de pensamiento parecen estar generando cierta influencia en la configuración de las prácticas alrededor de la salud y la alimentación que se expresan a nivel individual, específicamente sobre las elecciones de los alimentos y la regulación del peso. Estas

prácticas pueden ser perjudiciales cuando se llevan a conductas como una autovigilancia extrema, con la finalidad de lograr un cierto estado de salud o de reducir los riesgos percibidos (Cartwright, 2004).

Siguiendo con esta perspectiva social de la salud, Nicolosi (2006) introdujo el concepto de *sociedad ortoréxica* para describir a las sociedades occidentales, las cuales se caracterizan por el miedo a ingerir alimentos considerados incorrectos o poco saludables, debido a la idealización de una alimentación saludable y limpia. De tal forma que adherirse a una dieta y limitar la ingesta de ciertos alimentos se considera aceptable e incluso loable (Simpson & Mazzeo, 2017).

Pareciera ser que otro de los factores asociados al desarrollo de la ortorexia es el tipo de sociedad en concreto. Sin embargo, es sólo una hipótesis que necesita ser probada mediante la comparación entre grupos de personas pertenecientes a diversos tipos de sociedades.

En resumen, aún son pocas las investigaciones indagando los factores y motivos asociados a la realización de conductas presentes en la sintomatología de ortorexia nerviosa y algunos resultados obtenidos son contradictorios. Sin embargo, es importante continuar con la investigación puesto que las consecuencias son graves y por lo tanto se requiere generar estrategias de prevención o intervención basadas en investigaciones sistemáticas.

En ese sentido, específicamente uno de los factores que se ha mencionado como posible motivador para la realización de conductas de sintomatología de ortorexia nerviosa es el estrés, ya que se ha observado que las personas adoptan este tipo de conductas alimentarias cuando están transitando por eventos estresantes. Sin embargo, para entender mejor el tema es necesario describir qué es el estrés.

1.6 Estrés

El estrés se define como un proceso adaptativo desencadenado por una amenaza real o percibida hacia la integridad física o psicológica, en el cual se activan respuestas fisiológicas y conductuales para asegurar la supervivencia y homeostasis del organismo (McEwen, 2000).

En este proceso cada persona reacciona de forma diferente ante un estímulo estresante, no obstante, existen algunas respuestas que son habituales, por ejemplo: respuestas fisiológicas (dolor de cabeza, tensión muscular en brazos y piernas, sudoración, pulso acelerado, dolor de cuello y espalda, secreción de cortisol, etc.); respuestas cognitivas (irritabilidad, preocupación, depresión, ira, dificultades para concentrarse, ansiedad, dificultad para tomar decisiones, entre otras) y respuestas conductuales (comer de forma excesiva o tener falta de apetito, distracción, tener insomnio o dormir en exceso, etc.; Bairero, 2017; Naranjo, 2009).

Socialmente el estrés tiene una connotación negativa, sin embargo, tener episodios breves o lo que se conoce como *estrés agudo*, puede ser positivo, ya que estos aumentan las capacidades cognitivas como percepción, memoria o toma de decisiones, lo cual es útil para enfrentar los retos de la vida cotidiana (Sierra et al., 2003). Por el contrario, cuando hablamos de un *estrés crónico*, es decir, un estado que se mantiene por un periodo prolongado, este puede causar afectaciones en la salud, el ámbito escolar y laboral, e incluso en las relaciones interpersonales (González & Landero, 2006).

También existen diferentes tipos de estrés con base en la fuente que lo origina. De esta manera, existe el estrés académico, laboral, por enfermedad, marital, familiar, psicosocial, por un duelo, etc. (Espinoza et al., 2018). Aunque, sin importar de cuál es la fuente del estrés, lo que se suele considerar es la cantidad de estrés percibido por los individuos. El estrés percibido se refiere a un estado de activación fisiológica, cognitiva y conductual que surge en el

individuo, a partir de la valoración de dos aspectos: una situación que se percibe como amenaza, y la ausencia de recursos personales y ambientes necesarios para hacerle frente a esa situación (González & Landero, 2007a).

Existe cierto consenso sobre lo mencionado anteriormente en la literatura, pero hay diferentes definiciones e interpretaciones del estrés de acuerdo al campo de estudio. Entre ellas, desde el enfoque fisiológico, se define al estrés en función de la respuesta emitida, esto es, la reacción orgánica que surge ante una amenaza. Uno de los precursores de este enfoque fue Selye (1936, como se citó en Sandín, 2003), quien mencionaba que el estrés fundamentalmente se trata de una serie de respuestas fisiológicas por parte del sistema nervioso autónomo y neuroendocrino que surgen ante un estresor.

Mientras que, desde las orientaciones psicológicas y psicosociales, se pone mayor énfasis en la situación que detona el estrés (Sandín, 2009). Por otro lado, recientemente se propuso un nuevo componente para describir esta respuesta, esta aportación corresponde a la perspectiva interaccional del estrés desarrollada por Lazarus y Folkman (1984). En ésta se asigna mayor importancia a los factores cognitivos y se les sitúa como elementos determinantes en gran parte de la respuesta de estrés, ya que actúan como mediadores entre los estímulos estresantes y la respuesta fisiológica del estrés.

Esta perspectiva también proporciona mayor relevancia al papel activo que tienen los sujetos en el proceso mismo del estrés, ya que de la interpretación que se dé al estímulo y la autovaloración de los recursos con los que se cuentan para hacer frente, depende la magnitud de la experiencia de estrés (Naranjo, 2009).

De esta manera, Lazarus y Folkman (1984) proponen que el estrés representa una relación entre el sujeto y su entorno que es valorada como algo que excede los recursos con los

que se cuenta para afrontarla y que, por tanto, pone en peligro su bienestar personal. Posteriormente, esta definición sería la base de la teoría del estrés y afrontamiento.

La idea central de esta teoría es el concepto cognitivo de “evaluación” o “valoración”, ya que éste actuará como un elemento mediador de la respuesta de estrés y, por lo tanto, se convierte en un factor determinante de que una situación llegue o no a producir estrés en la persona. Así, la evaluación cognitiva se refiere al proceso mediante el cual las personas valoran y asignan un significado a lo que está ocurriendo en relación con su bienestar personal (Lazarus, 1993).

El proceso de evaluación cognitiva consta de tres etapas: la evaluación primaria tiene lugar luego de que un evento es valorado como una amenaza, pérdida, desafío, etc. Posteriormente, la evaluación secundaria, hace referencia a las decisiones tomadas por el sujeto con relación a las posibles estrategias que puede llevar a cabo ante el evento estresante. Finalmente, en la reevaluación, se valoran las medidas que se implementaron en la evaluación secundaria para poder hacer una nueva evaluación general del evento (Törestad et al., 1990).

Existen factores relacionados con el origen, curso y efecto de experiencias estresantes, es decir, factores que suelen estar asociados con la percepción de estrés de las personas, por ejemplo, Sandín (2003) menciona que aspectos como las condiciones socioeconómicas, la personalidad, el sexo, el rol laboral, y las estrategias de afrontamiento con las que cuente la persona pueden estar involucradas en cómo se percibe y enfrenta el estrés.

Así, se ha observado presentan niveles más altos de estrés percibido, las mujeres (Cantú et al., 2010; Leiner & Jiménez, 2011; Vallejo-Martín et al., 2018), las personas con un IMC elevado (Jalca-Ávila et al., 2020), quienes tienen bajo nivel socioeconómico (Faro, 2015), personas con ocupaciones tales como enfermeras del sector público (Juárez, 2007), entre otros.

Además, algo importante en la percepción del estrés, no es sólo la vivencia de la situación estresante, sino que también es necesaria la apreciación de las estrategias con la que considera contar la persona para enfrenarlo, es decir que la magnitud del estrés percibido dependerá no solo de las fuentes de estrés, sino, de factores que actúan como mediadores, entre ellos se encuentra el afrontamiento (González & Landero, 2007b).

1.7 Afrontamiento

Actualmente el afrontamiento se entiende como los esfuerzos conductuales y cognitivos que realiza una persona para poder hacer frente a situaciones que son valoradas como estresantes y para minimizar el malestar que genera el estrés psicológico. Estas situaciones pueden ser demandas externas o internas (Sandín & Chorot, 2003).

El desarrollo del concepto de afrontamiento ha tenido dos aproximaciones. La primera lo entiende como un estilo personal de hacer frente al estrés y su precursor fue el psicoanálisis; el cual postulaba que las personas emplean mecanismos psicológicos de defensa para afrontar amenazas que ponen peligro su integridad. Además, consideraba que ciertos tipos de defensas se asociaban a patologías específicas (Sandín, 2009). Sin embargo, esta hipótesis fue poco clara, por lo que fue perdiendo influencia en la investigación (Lazarus, 1993).

Los aportes de la orientación psicoanalítica sentaron las bases para teorías posteriores que trataron de caracterizar los estilos de afrontamiento. De manera general, los estilos de afrontamiento parten de la idea de que existen disposiciones personales relativamente estables para afrontar situaciones estresantes. Varios autores propusieron modelos basados en los estilos ya mencionados, por ejemplo: Byrne (1969) sugirió que existían dos estilos, represor/sensibilizador, mismos que se asocian con la interiorización y exteriorización de los problemas, respectivamente; por su parte, Kohlman (1993, como se citó en Sandín, 2009)

propuso cuatro patrones de afrontamiento: Modo vigilante rígido, modo evitador rígido, modo flexible y modo inconsistente.

La segunda aproximación surgió a finales de la década de 1970 y estuvo liderada por Lazarus y Folkman, quienes proponían entender al afrontamiento como un proceso. Se trata de una aproximación contextual que sugiere que el afrontamiento cambia con el tiempo y con base en los contextos situacionales que lo producen. Por lo tanto, descarta rasgos o estilos permanentes en una persona, pero plantea que puede haber estrategias más consistentes que otras (Lazarus, 1993).

Desde este enfoque el afrontamiento implica que cuando se identifica una situación como amenazante se activan dos procesos: una valoración cognitiva de la situación, en la cual se estima si ésta puede ser benéfica o dañina. Mientras que el segundo proceso se refiere al afrontamiento y engloba las acciones que la persona puede llevar a cabo para enfrentar la situación (Bairero, 2017).

La teoría del afrontamiento como proceso menciona que existen dos tipos de afrontamiento: centrado en el problema y centrado en la emoción. Cuando las personas utilizan estrategias de afrontamiento centradas en el problema, realizan acciones que generan cambios en el contexto o en sí mismos, con la finalidad de transitar la situación estresante. Por el contrario, en el afrontamiento centrado en la emoción no se realizan cambios en el entorno, ni en la forma en que se trata (p. ej. mediante la evitación) o interpreta (p. ej. usando la negación o reevaluación) la situación estresante (Sandín, 2009).

El afrontamiento centrado en la emoción requiere por un lado modificar la manera en que se atiende el evento estresante (p. ej. mediante la evitación) o por el otro, transformar el significado relacional del evento que está ocurriendo. Esta última opción supone una

reevaluación menos amenazante de la situación, lo cual a su vez se traduce en una disminución del estrés, aunque no haya un cambio real en la situación que detona el estrés (Lazarus, 1993).

Los tipos de afrontamiento se componen de una serie de procesos o acciones específicas que las personas llevan a cabo ante una situación estresante (González & Landero, 2007b). Como parte del afrontamiento centrado en el problema se encuentran las siguientes estrategias: búsqueda de apoyo social, la cual hace referencia a la identificación de aquellas personas y redes de apoyo como familiares o amigos, que pueden proporcionar soporte emocional, ayuda, consejos o información, para transitar la situación estresante. En la reevaluación positiva la persona reconoce la situación problemática, sin embargo, se centra en los aspectos positivos que ésta tenga o haya tenido, por lo que le da un nuevo significado. En la estrategia focalizada en la solución del problema, la persona reconoce y comprende el evento estresante, para después planear y ejecutar un plan de acción.

Mientras que en la estrategia religión se recurre a las creencias religiosas para afrontar aquello que excede los recursos. Está relacionada con una evaluación en la cual se interpreta que no se tiene control sobre la situación, por lo cual se acepta la experiencia y se le da un significado diferente (Sandín, 2003). Esta estrategia también funciona como apoyo emocional ya que se considera que, aunque se esté atravesando por una crisis, existe un “ser superior” que no les abandonará (Di-Collredo et al., 2007).

Por otro lado, están las estrategias que conforman el afrontamiento centrado en la emoción. Entre ellas se encuentra la autofocalización negativa, ésta se caracteriza por culpa, dependencia, resignación, pesimismo y pérdida de control; quienes la utilizan suelen centrarse en los aspectos negativos del estímulo estresor, en lugar de sus capacidades para hacerle frente. Mientras que la expresión emocional abierta se refiere a una descarga emocional en la cual la persona puede expresar tristeza, mostrarse irritable y desahogarse con otras personas.

Finalmente, quienes usan la estrategia de evitación, no se enfrentan directamente a la situación estresante, por el contrario, prefieren no pensar en ella y cambiar el foco atencional hacia otro estímulo, por lo tanto, no se busca ni emplea una solución (Piergiovanni & Depaula, 2018).

La teoría interaccional del estrés y el afrontamiento proporcionan un marco de referencia valioso para determinar la relación entre el estrés y la salud física y mental (Folkman, 2013). Ya que tanto el afrontamiento como la evaluación cognitiva son variables que modulan la respuesta de estrés, por lo que están estrechamente relacionadas a la salud (Sandín, 2009).

Sin embargo, los tipos de afrontamiento producen resultados diferentes. Por ejemplo, debido a que en el afrontamiento centrado en el problema se mantiene un cierto grado de optimismo, autocontrol y una percepción realista de la amenaza, al mismo tiempo que se realiza una movilización de los recursos con los que se cuenta para afrontar, quienes hacen uso de estas estrategias suelen presentar un menor malestar emocional, estrés y riesgo de psicopatología, así como niveles más altos de autoeficacia y mejor salud mental (Pozzi et al., 2015; Piergiovanni & Depaula, 2018).

Por el contrario, se ha observado que el afrontamiento relacionado con la emoción, con excepción de la expresión emocional abierta, se relaciona con mayores niveles de estrés percibido, menor bienestar psicológico y con un mayor riesgo de síntomas de ansiedad y depresión (Garza et al., 2021).

De manera general, el resultado del afrontamiento empleado depende de la persona que implementa el afrontamiento; la importancia y los requisitos adaptativos que sugiere la amenaza; el contexto en el cual se genera el afrontamiento; el tipo de resultado que se espera y la evaluación que se realiza respecto a lo que puede o no hacerse para cambiar la situación (Sandín, 2009; Sandín & Chorot, 2003).

Para evaluar el afrontamiento, Lazarus y colaboradores elaboraron una serie de instrumentos psicométricos. Las escalas que construyeron se realizaron con base en descripciones de lo que las personas piensan o hacen para hacer frente a situaciones de estrés. En 1998 desarrollaron el *Ways of Coping Questionnaire* (WCQ, por sus siglas en inglés), un cuestionario de autoinforme que consta de ocho dimensiones que corresponden al afrontamiento focalizado en el problema (confrontación y planificación de solución de problemas), afrontamiento focalizado en la emoción (distanciamiento, autocontrol, aceptación de la responsabilidad, escape-evitación y revaloración positiva) y búsqueda de apoyo social, la cual se considera que puede ser parte de ambas categorías (Folkman & Lazarus, 1980; Sandín, 2009).

Posteriormente, otros autores realizaron modificaciones en la forma de evaluación. De esta forma, en lugar de preguntar a las personas cómo afrontan situaciones específicas de estrés, las personas deben estimar diferentes conductas según las utilicen (Sandín, 2009). La mayoría de los cuestionarios que buscan evaluar el afrontamiento derivan de forma directa o indirecta del WCQ.

Chorot y Sandín (1987) desarrollaron la Escala de Estrategias de Coping con la finalidad de evaluar las diferentes formas de afrontamiento del estrés. Esta versión constaba de 90 elementos y 9 dimensiones básicas: análisis lógico, redefinición cognitiva, evitación cognitiva, búsqueda de información o consejo, acciones de solución de problemas, desarrollo de refuerzos alternativos, regulación afectiva, aceptación resignada y descarga emocional. Sin embargo, los resultados de un análisis factorial fueron poco consistentes, por lo que se realizó una revisión.

El resultado de esta revisión fue la EEC-Revisada (EEC-R), formada por 54 elementos y 9 dimensiones básicas con 6 ítems cada una: focalizado en la situación o problema,

autofocalización negativa, autocontrol, reestructuración cognitiva, expresión emocional abierta, evitación, búsqueda de apoyo social, religión y búsqueda de apoyo profesional (Sandín et al., 1999, como se cita en Sandín & Chorot, 2003).

Luego de esto, Sandín y Chorot (2003) evaluaron la estructura factorial del EEC-R utilizando los datos de una muestra de estudiantes universitarios. El análisis dio como resultado un cuestionario más breve y consistente, denominado Cuestionario de Afrontamiento del Estrés (CAE), el cual se integra por siete dimensiones de afrontamiento (focalizado en la solución del problema, autofocalización negativa, reevaluación positiva, expresión emocional abierta, evitación, búsqueda de apoyo social y religión), agrupadas en dos factores de orden superior (un factor relacionado con el problema y otro relacionado con el componente emocional del afrontamiento) y 42 reactivos para evaluarlo.

Posteriormente, González y Landero (2007b) valoraron la estructura factorial del CAE en una muestra de estudiantes universitarios mexicanos. El resultado sugirió otra reducción al cuestionario original, dando lugar a 7 dimensiones agrupadas en los dos factores de orden superior y 3 indicadores para cada forma de afrontamiento. El primer factor relacionado con la situación estresante se compone de las dimensiones de búsqueda de apoyo social, focalizado en la solución del problema, reevaluación positiva y religión. Mientras que el segundo factor representa la dimensión emocional del afrontamiento está integrada por expresión emocional abierta, evitación y autofocalización negativa.

Una de las diferencias entre esta versión y la propuesta de Sandín y Chorot en 2003, es que estos últimos autores consideraban que la dimensión de “religión” era parte del afrontamiento emocional. Por el contrario, González y Landero (2007b) ubican esta dimensión de afrontamiento en el factor racional y señalan que esta discrepancia puede deberse a cuestiones culturales entre las muestras utilizadas.

Las investigaciones que se han realizado usando los instrumentos que evalúan el afrontamiento han arrojado datos muy interesantes. Entre ellos, en una investigación realizada por Juárez (2019) con población universitaria mexicana, se encontró que las mujeres tienen puntajes más altos en el afrontamiento centrado en la emoción, lo cual es desfavorecedor ya que les puede dificultar el funcionamiento óptimo ante situaciones estresantes. Sin embargo, Sandín y Chorot (2003) reportaron que, en muestra constituida por hombres y mujeres españoles, las mujeres obtuvieron puntajes más altos en las estrategias de afrontamiento de búsqueda de apoyo social, religión, focalizado en la solución del problema y reevaluación positiva, las cuales conforman el afrontamiento centrado en el problema. En ambas investigaciones se utilizó el Cuestionario de Afrontamiento del Estrés (CAE).

Otra de las diferencias que se ha encontrado tiene que ver con los niveles de estrés. En este caso, un estudio realizado con universitarios colombianos encontró que los estudiantes con altas puntuaciones de estrés, ansiedad y depresión, utilizan menos las estrategias de afrontamiento centrado en el problema, tales como la búsqueda de apoyo social, focalizado en la solución de problema y reevaluación positiva (Lemos et al., 2018). En este caso, los autores utilizaron la Escala de Estrategias de Afrontamiento Modificado (EEC-M), modificado por Londoño et al. (2006) y basada en la Escala Coping de Lazarus y Folkman.

En resumen, la literatura previa menciona que cuando se pretende evaluar el estrés, es necesario tener en cuenta las estrategias de afrontamiento que tiene el individuo, pues estas influyen en la magnitud con la cual se experimenta el estrés y en la forma de hacerle frente.

Como se mencionó previamente en este texto, y regresando al tema de interés principal que es la ortorexia, se ha propuesto que un probable motivador para la realización de conductas de sintomatología de ortorexia nerviosa es el estrés, aunque, por lo observado en la literatura del estrés, este no puede ser separado de las estrategias de afrontamiento de este.

1.8 Estrés percibido, estilos de afrontamiento y ortorexia

La ortorexia es un fenómeno con relativamente poco tiempo de ser estudiado de forma sistemática, aún no hay acuerdo respecto a cómo debe ser clasificada (como un TCA, como parte del TOC, una conducta alimentaria alterada o una adicción) ni sobre los criterios que deben ser incluidos para conformar un diagnóstico de ortorexia nerviosa.

A pesar de ello, la literatura muestra que presentar síntomas relacionados a esta condición están relacionados con diversas consecuencias físicas (como escasez de nutrientes esenciales, desnutrición y pérdida de peso significativa) y psicológicas (por ejemplo, ansiedad y culpa cuando no se lleva a cabo la dieta establecida), así que con el objetivo de conocer mejor este problema y tener información que permita formular estrategias de prevención e intervención, algunos estudios han comenzado a indagar sobre los factores asociados a la ortorexia nerviosa.

Aunque son pocas las investigaciones previas que han abordado esta problemática, se ha observado que parece estar relacionada con el estrés. Un artículo realizado por Cheshire et al. (2020) en el cual se realizaron entrevistas semiestructuradas a personas con tendencia a la ortorexia nerviosa, reportó que cuando los participantes se sentían más estresados tenían una mayor necesidad de controlar su alimentación, por lo cual los autores sugieren que el control en la dieta puede ser una forma de gestionar el estrés.

Esto es similar a lo que se ha observado en los trastornos de la conducta alimentaria, por ejemplo, Cartwright (2004) menciona que en pacientes con un TCA el uso de la comida y el seguimiento de algunos patrones alimentarios son utilizados como medios para conseguir calma u obtener distracción ante la presencia de eventos estresantes, pues la alimentación les proporciona una ilusión de control.

Además, en otro estudio cualitativo realizado por Greville-Harris (2020), el autor menciona que los participantes con sintomatología de ortorexia nerviosa parecían utilizar una serie de reglas en torno a la alimentación como una forma de sentirse en control y un mecanismo de afrontamiento para sentir mayor seguridad. Esto sugiere que el comportamiento relacionado con la ortorexia nerviosa puede ser utilizado como una forma de afrontar el estrés, y aunque no se ha probado en personas con sintomatología propia de la ortorexia nerviosa, en pacientes con TCA se ha visto la tendencia a usar estrategias de afrontamiento centradas en la emoción como la evitación, y en menor medida aquellas estrategias centradas en el problema (Brytek-Matera, 2007; Quiles et al., 2008).

Sin embargo, la relación del estrés percibido y las estrategias de afrontamiento con la ortorexia nerviosa no se ha probado empíricamente, por lo que es necesario conocer si estos factores pudieran estar asociados de manera significativa y cómo es esa relación.

Esta investigación es una primera aproximación a la relación de estas variables con la ortorexia, por lo cual es importante decidir cuál es la población en que se debiera de evaluar. La literatura previa no muestra consenso sobre cuál es la población que en mayor medida presenta sintomatología propia de ortorexia, sin embargo, una población interesante son los jóvenes universitarios, a continuación, se describe el interés en este grupo.

1.9 Población universitaria

La alimentación en los jóvenes es un reto, particularmente lo es más en los universitarios pues, aunque en este período aumentan su independencia y toma de decisiones, todos los cambios por los que pasan los hacen ser una población susceptible de adquirir hábitos y conductas poco saludables (Cecilia et al., 2017).

Actualmente se reconoce que el estilo de vida es el principal determinante de la salud física y mental (Moreira-Pérez et al., 2018). Éste se define como los hábitos, comportamientos y decisiones de una persona o grupo de personas, que modulan la forma de conducirnos en la vida diaria (Sanabria Ferran et al., 2007).

Jiménez y Ojeda (2017) mencionan que el estilo de vida se ve modificado por diversos cambios a lo largo de nuestra vida, uno en particular, es la etapa universitaria. En ella los jóvenes se enfrentan a largas sesiones de clases y estudio, tiempo y dinero insuficiente, salida del seno familiar, estrés, responsabilidad sobre sus propios hábitos alimenticios, disponibilidad de alimentos, medios de comunicación y publicidad, el ideal de delgadez, horarios de clases diversos, etc. Todo esto impacta y modifica sus hábitos alimentarios, las conductas de autocuidado de la salud, la actividad física realizada, los patrones de sueño y los niveles de estrés (Canova- Barrios et al., 2018).

La instauración de estilos de alimentación poco saludables en los jóvenes incluso se ve reflejado en datos que señalan el aumento de los índices de sobrepeso y obesidad en los jóvenes (Avalos, 2019; Unikel et al., 2016) pero también tienen mayor vulnerabilidad con relación al desarrollo de TCA, tanto por la consolidación de hábitos alimentarios como por el de su imagen corporal (Escolar-Llamazares et al., 2017; Martínez-González et al., 2014; Parra- Carriedo et al., 2020).

Así, los estudiantes se enfrentan a dos situaciones: por un lado, un estilo de vida acelerado, falta de dinero y tiempo suficiente para cuidar su alimentación, y por otro lado, el aumento creciente del interés por una alimentación saludable y una imagen corporal deseable (Canova-Barrios et al., 2018; Parra-Carriedo et al., 2020).

Por esto, la etapa universitaria es una oportunidad para evaluar los comportamientos alimentarios y los factores de riesgo para la implementación de estos. Además, se encuentran

en un período ideal para adquirir, fortalecer y modificar conductas y hábitos que impacten positivamente en su salud (Moreira-Pérez et al., 2018), por lo que realizar acciones preventivas en este sector es fundamental.

Es por ello por lo que el objetivo de esta investigación fue determinar si existe relación entre el estrés percibido, el afrontamiento y la ortorexia. Para ello, en los siguientes apartados se describen el método y los resultados encontrados al respecto.

Capítulo 2

Método

2.1 Planteamiento del problema

El término ortorexia se usa para referirse al interés por una “alimentación correcta” en la que se hace hincapié en el consumo de alimentos considerados sanos o de calidad (Graham, 2003), puesto que elegir y consumir alimentos que ayuden a mantener la salud es deseable, a esto se le ha denominado *ortorexia saludable*, sin embargo, cuando el alimentarse de manera saludable se convierte en una preocupación obsesiva e interfiere en el funcionamiento normal del individuo, se considera como *ortorexia nerviosa* (Cena et al., 2019).

La ortorexia nerviosa se ha visto asociada con efectos graves en la salud física tales como desnutrición significativa, pérdida de peso extrema, complicaciones gastrointestinales, variabilidad glucémica, así como con problemas en las relaciones sociales pues comúnmente el individuo no puede convivir con personas que no comparten su forma de alimentarse, lo cual puede conducir al aislamiento social, e incluso, se ha observado que quienes presentan sintomatología de ortorexia nerviosa sienten culpa y ansiedad si no logran cumplir con el régimen alimentario establecido (Boná et al., 2019; Cheshire et al., 2020; Dunn & Bratman, 2016; Kalra et al., 2020), es por ello que para disminuir estas consecuencias desde la Psicología se deberían orientar acciones para tratar de prevenirla, o bien buscar formas adecuadas de intervención para quienes la presentan.

Es complicado conocer cuál es la prevalencia de este problema, debido a la falta de acuerdo en los criterios diagnósticos y a la utilización de diferentes instrumentos para evaluar la ortorexia nerviosa, sin embargo, los datos muestran que en jóvenes la tendencia hacia la

ortorexia nerviosa varía entre el 4.5% (Oberle et al., 2021) y el 45.5% (Ramaciotti et al., 2011), y son pocos los datos en los que se ha probado si se presenta en la misma proporción en hombres y mujeres (Donini et al., 2005), lo cual implica que hasta la fecha se desconoce la proporción de personas que presentan sintomatología de ortorexia nerviosa. Asimismo, tampoco se ha probado la proporción de individuos que realizan conductas de ortorexia saludable.

Las investigaciones previas muestran que la presencia de sintomatología relacionada con la ortorexia es un problema que debe ser atendido, para ello, es necesario conocer cuáles son los factores asociados a este fenómeno, sin embargo, este es un problema poco estudiado aún. Algunas investigaciones han encontrado que está relacionado con dificultades en la regulación emocional (Obeid et al., 2021; Vuillier et al., 2020); con la sintomatología del trastorno obsesivo compulsivo (Aksoy et al., 2015; Yilmaz et al., 2020); con un mayor uso de redes sociales, específicamente de instagram (Turner & Lefevre, 2017) y con puntajes más altos de perfeccionismo (Barnes & Caltabiano, 2016; Oberle et al., 2017; Stutts, 2020).

Además, específicamente, a través de entrevistas semiestructuradas a profesionales de la salud y personas con tendencia a la ortorexia nerviosa, se ha propuesto que cuando las personas se sentían más estresadas, tenían una mayor necesidad de controlar su alimentación, pues cuando lo lograban, percibían un aumento en la sensación de control (Cheshire et al., 2020). Esto sugiere que pudieran estar utilizando el control y la rigidez en su alimentación como un mecanismo para regular el estrés, y, en consecuencia, haciendo uso de estrategias de afrontamiento poco adaptativas tal como se ha observado en pacientes con TCA (Cartwright, 2004; Díaz-Marsa et al., 2000; Klump et al., 2000).

Sin embargo, la relación entre el estrés y las estrategias de afrontamiento con la ortorexia no se ha evaluado de manera cuantitativa y mucho menos se ha estudiado si estas

variables sólo están asociadas con la sintomatología de ortorexia nerviosa o si también lo están con la realización de conductas propias de la denominada ortorexia saludable.

Particularmente, los universitarios son una población que se podría considerar vulnerable a presentar sintomatología propia de la ortorexia debido a la etapa de la vida en la cual se encuentran (Parra-Fernández et al., 2018; Varga et al., 2013), puesto que algunos de los cambios que conlleva este periodo son la selección, cambio y consolidación de hábitos, conductas alimentarias y estilo de vida, como consecuencia del aumento de su independencia y toma de decisiones (Cecilia et al., 2017; Nelson et al., 2008; Moreira-Pérez et al., 2018).

Es por ello por lo que la presente investigación tiene como objetivo explorar la relación entre el estrés percibido, las estrategias de afrontamiento y las dos dimensiones de la ortorexia: saludable y nerviosa, en una muestra de universitarios mexicanos.

2.1.1 Justificación

Hasta el momento no existen estudios que relacionen el estrés percibido, el afrontamiento y la ortorexia, tanto nerviosa como saludable. La información obtenida en este trabajo no sólo permitirá tener una idea más clara sobre la relación de estas variables, sino que además, esto representa un punto de partida para en un futuro poder desarrollar estrategias de prevención e intervención basadas en la evidencia, que puedan ser aplicadas en el momento oportuno como es la etapa universitaria, lo cual es fundamental para reducir el deterioro y las múltiples consecuencias que enfrentan las personas que presentan esta sintomatología y aumentar así su calidad de vida.

2.1.2 Pregunta de investigación

¿Existe relación entre el estrés percibido, el afrontamiento y la sintomatología de la ortorexia en universitarios de la Zona Metropolitana del Valle de México?

2.1.3 Objetivos

General

Explorar si existe relación entre el estrés percibido, el afrontamiento y la sintomatología de la ortorexia en universitarios de la Zona Metropolitana del Valle de México.

Específicos

Identificar el porcentaje de la muestra de jóvenes universitarios que presentan sintomatología alta de ortorexia nerviosa y de los que realizan una alta cantidad de conductas relacionadas con la ortorexia saludable.

Conocer si existen diferencias significativas entre hombres y mujeres con respecto a la presencia de la sintomatología de ortorexia nerviosa y de conductas relacionadas con la ortorexia saludable.

Conocer si existen diferencias significativas entre grupos de peso con respecto a la presencia de la sintomatología de ortorexia nerviosa y de conductas relacionadas con la ortorexia saludable.

Analizar las diferencias entre hombres y mujeres respecto a sus puntajes de ortorexia nerviosa, ortorexia saludable, estrés percibido y estilos de afrontamiento.

Analizar las diferencias entre grupos de peso respecto a sus puntajes de ortorexia nerviosa, ortorexia saludable, estrés percibido y estilos de afrontamiento.

2.2 Variables

2.2.1 Estrés percibido

Definición conceptual

“Grado de valoración de los acontecimientos vitales como estresantes” (González & Landero, 2007a; p. 200).

Definición operacional

Para evaluar el Estrés percibido se utilizó la Escala de Estrés Percibido, conocida como PSS por sus siglas en inglés (Cohen et al., 1983), que fue traducida y adaptada al contexto mexicano por González y Landero (2007a) en una muestra de estudiantes universitarios mexicanos.

2.2.2 Afrontamiento

Definición conceptual

“Se entiende el afrontamiento como los esfuerzos, tanto cognitivos como conductuales, que hace el individuo para hacer frente al estrés, es decir, para «manejar» tanto las demandas externas o internas generadoras del estrés, como el estado emocional desagradable vinculado al mismo” (Sandín, 2009; p.17).

Definición operacional

El afrontamiento se evaluó a través del Cuestionario de Afrontamiento del Estrés (CAE) (Sandín & Chorot, 2003) en su versión reducida, la cual fue adaptada en una muestra de universitarios mexicanos por González y Landero (2007b). Evalúa el afrontamiento centrado en el problema y el afrontamiento centrado en la emoción.

2.2.3 Ortorexia

Definición conceptual

“Ortorexia proviene del griego *ortho* y *orexis*, que significa *apetito correcto*. Se puede distinguir entre ortorexia nerviosa (preocupación extrema o excesiva con alimentarse de comida considerada sana) y ortorexia saludable (interés en comer sano)” (Barrada & Roncero, 2018; p. 283).

Definición operacional

Para evaluar la Ortorexia nerviosa se utilizó la Escala de Ortorexia de Teruel, desarrollada por Barrada y Roncero (2018) con una muestra de estudiantes universitarios españoles. Esta escala evalúa la ortorexia saludable y la ortorexia nerviosa.

2.3 Diseño y alcance de investigación

Para cumplir con los objetivos planteados en esta investigación, se llevó a cabo un estudio no experimental transversal correlacional, ya que la finalidad era explorar si existe relación entre tres variables en una muestra específica, mediante la recolección de datos en un único momento, además, no hubo manipulación intencional de las variables independientes (Hernández et al., 2014).

2.4 Participantes

Por medio de un muestreo intencional no probabilístico y accidental, se evaluaron a 358 estudiantes universitarios mexicanos con edades de 18 a 25 años ($M=20.15$; $DE=1.51$), residentes de la Zona Metropolitana del Valle de México, de los cuales 255 (71.2%) son mujeres y 103 (28.8%) son hombres. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1997, quien estableció los criterios para la clasificación de la obesidad por grados

(OMS, 2020; véase Tabla 1) mediante el índice de masa corporal (IMC), un indicador calculado a partir de la división del peso expresado en kilogramos entre la estatura en metros dividida al cuadrado, en esta muestra el 7% de los participantes presentó bajo peso, el 65.4% normopeso, el 19.6% sobrepeso y el 8.1% obesidad (Tabla 1).

Tabla 1

Descripción de los participantes

Categoría de peso	IMC	Mujeres	Hombres	Total
		n (%)	n (%)	n (%)
Bajo peso	<18.5	21 (8.4)	4 (1.6)	25 (100)
Normopeso	18.5-24.9	173 (73.9)	61 (26.1)	234 (100)
Sobrepeso	25.0-29.9	41 (58.6)	29 (41.4)	70 (100)
Obesidad	30.0>	20 (69)	9 (31)	29 (100)
Total		255	103	358

2.5 Instrumentos

2.5.1 Escala de Estrés Percibido

La escala original fue elaborada y validada para estudiantes universitarios por Cohen et al. (1983). En la versión adaptada y validada al contexto español por Remor y Carrobes (2001) para adultos con VIH entre 24 y 69 años, mostró tener propiedades psicométricas adecuadas. Posteriormente, González y Landero (2007a) realizaron la adaptación cultural al contexto mexicano de la versión española mencionada anteriormente, con una muestra de estudiantes universitarios mexicanos.

De manera general esta escala busca determinar el grado en que sucesos vitales son valorados como estresantes. Por suceso vital se entiende cualquier situación dentro del ámbito personal, económico, social, laboral, familiar, etc., que produce desadaptación o estrés

psicológico. Así, la escala proporciona una medida del grado en que las personas perciben su vida como impredecible, sobrecargada o incontrolable.

Está conformada por 14 reactivos que se agrupan en dos factores que surgen de la redacción original y se diferencian en reactivos positivos y negativos. Se evalúan con una escala tipo Likert graduada entre 1 (Nunca) y 5 (Muy a menudo) y los ítems 4, 5, 6, 7, 9, 10 y 13, se invierten. Sin embargo, los autores mencionan que, para efectos de evaluar el estrés, la distinción entre dos factores es irrelevante y sólo debe considerarse una puntuación global del estrés. En consecuencia, de acuerdo con los puntajes obtenidos en el instrumento, se considera que una persona tiene mayores niveles de estrés percibido cuando obtiene puntuaciones más altas.

Los resultados de la adaptación al contexto mexicano muestran una adecuada consistencia interna tanto en el puntaje total de la escala ($\alpha=.83$), como en sus dos factores: ($\alpha=.83$) para el factor 1 y ($\alpha=.78$.) para el factor 2. Esta versión también cuenta con un análisis factorial confirmatorio con índices de ajuste apropiados ($\chi^2 = 2.64$; $RMSEA = .067$; $CFI = .916$). El factor 1 explica el 42.08% de la varianza y el factor 2 el 53.2% (González & Landero, 2007a).

Finalmente, para mostrar validez convergente se realizaron correlaciones con el Inventario de Depresión de Beck (BDI; Beck et al., 1961) y la Escala de Cansancio Emocional (ECE; Ramos et al., 2005). Los resultados mostraron relaciones positivas ($r_s = .553$, $p = .001$ y $r_s = .521$, $p = .001$) para el inventario de depresión y la escala de cansancio emocional, respectivamente (*ver Anexo I*).

2.5.2 Cuestionario de Afrontamiento del Estrés (CAE) versión reducida

Originalmente el cuestionario fue desarrollado por Sandín y Chorot (2003) para estudiantes universitarios españoles, posteriormente, González y Landero (2007b) realizaron la validación de esta escala en el contexto mexicano, con una muestra de jóvenes universitarios.

La versión original se compone de 42 reactivos, sin embargo, los resultados de la validación en México muestran evidencia de adecuadas propiedades psicométricas si sólo se utilizan 21 de estos reactivos.

De esta manera, la versión mexicana se compone de dos dimensiones: afrontamiento relacionado con el problema o la situación estresante, conformado por cuatro factores (búsqueda de apoyo social, focalizado en la solución, reevaluación positiva y religión) y afrontamiento centrado en la emoción, el cual se compone de 3 factores (expresión emocional abierta, autofocalización negativa y evitación). Los reactivos se evalúan con una escala tipo Likert que va de 0 a 4 (nunca a casi siempre).

Un alto nivel de afrontamiento centrado en el problema sugiere que cuando la persona tiene que enfrentar situaciones de estrés, es capaz de encontrar soluciones diversas y satisfactorias, además, posee flexibilidad, lo cual le permite enfrentar las situaciones de forma favorable. Por su parte, un nivel elevado de afrontamiento centrado en la emoción indica que la persona dedica mucho tiempo a pensar en sus emociones y poco a la solución del problema, lo cual puede impedirle enfrentarse de forma eficaz al estrés.

En esta validación se realizó un análisis factorial confirmatorio que mostró índices de ajuste adecuados ($X^2 = 1.46$, $p = .01$; $RMSEA = 0.036$; $CFI = 0.969$). Con respecto a la consistencia interna, se obtuvieron valores de alfa de 0.64 a 0.87 en las 7 formas de afrontamiento. En cuanto a los factores de segundo orden los resultados mostraron $\alpha=0.78$ para

el factor 1 correspondiente al afrontamiento centrado en el problema y $\alpha=0.71$ para el factor 2, es decir, el afrontamiento centrado en la emoción (*ver Anexo 2*).

2.5.3 Escala de Ortorexia de Teruel

Esta escala fue desarrollada por Barrada y Roncero (2018) para estudiantes universitarios españoles. Consta de 17 ítems con un formato de respuesta tipo Likert y dos dimensiones: ortorexia saludable, con 9 ítems, que evalúan un interés sano por la dieta y el consumo de alimentos saludables y ortorexia nerviosa, la cual se relaciona con una preocupación patológica por la dieta saludable y se compone de 8 ítems.

Los puntajes altos en la dimensión de ortorexia saludable representan un interés por una dieta saludable que es parte de la “forma de vida” de las personas. Por otro lado, las puntuaciones elevadas en la dimensión de ortorexia nerviosa indican que la persona está muy preocupada por la alimentación saludable, lo cual puede llevarla a un intento por lograr un cierto estilo de alimentación y a la presencia de consecuencias negativas como culpa o autocastigo, cuando no se cumple con el régimen establecido.

Con respecto a la consistencia interna de la escala, los resultados mostraron un $\alpha=0.80$ para cada uno de los factores y la correlación test-retest, con un lapso de 18 meses, fue superior a .70 para cada factor. Esta escala cuenta también con índices de ajuste apropiados en un análisis factorial confirmatorio ($\chi^2(103) = 453, p = .05; CFI = .965; TLI = .954; RMSEA = .060$).

Además, para mostrar validez de contenido y constructo, se desarrollaron ítems que incluyeran los aspectos problemáticos y no problemáticos de la preocupación por la alimentación saludable, ya que instrumentos anteriores sólo se centraban en la dimensión problemática (los ítems fueron desarrollados por investigadores con experiencia suficiente en el tema de estilos de alimentación y TCA). Así mismo, se realizaron correlaciones y se

encontraron asociaciones positivas de este constructo con los trastornos de la conducta alimentaria, evaluados a través de la Prueba de actitudes alimentarias (EAT-26; Castro et al., 1991), el Afecto Negativo (PANAS; Sandín, 1999) y el Inventario Obsesivo Compulsivo-Revisado (OCI-R; Fullana et al., 2005; *ver Anexo 3*).

Aunque este instrumento no ha sido adaptado en población mexicana, en la muestra de este estudio se observó que la dimensión de ortorexia nerviosa tiene un $\alpha = .87$, mientras que la dimensión de ortorexia saludable tuvo un $\alpha = .84$, lo que indica que este instrumento presenta una adecuada consistencia interna.

2.6 Procedimiento

Las evaluaciones se llevaron a cabo vía internet por medio de la plataforma Google Forms. En primer lugar se conformó la batería que se aplicó, la cual constaba de: (a) consentimiento informado (que se elaboró de acuerdo con las políticas regulatorias de la declaración de Helsinki en cuanto al cumplimiento de los principios éticos de participación voluntaria y gestión de datos confidenciales [Asociación Médica Mundial, 2017]); (b) cuestionario de datos sociodemográficos; (c) Escala de estrés percibido, (d) Cuestionario de Afrontamiento del Estrés (CAE) versión reducida y (e) Escala de Ortorexia de Teruel.

El Índice de Masa Corporal de cada participante se estimó mediante el autorreporte del peso corporal y la estatura, ya que se ha observado que existe una adecuada relación con los datos verdaderos de estas medidas (Osuna-Ramírez et al., 2006). Posteriormente, se crearon grupos de acuerdo a las categorías de peso, es decir, bajo peso, normopeso, sobrepeso y obesidad. El tiempo aproximado para contestar la batería fue de 15 minutos.

Una vez conformada la batería en la plataforma, se invitó a participar a las personas a través de las redes sociales. Medio en el cual se les informó sobre los objetivos del estudio, la no existencia de riesgos y se les hizo saber que su participación era completamente voluntaria

y confidencial, y que el uso de la información únicamente sería con fines estadísticos y de investigación (*ver Anexo 4*).

Posteriormente, Google Forms remitió los datos obtenidos de cada participante a una base, la cual se descargó de la plataforma y posteriormente fueron transferidos a una base de datos de SPSS para su análisis.

2.7 Análisis de datos

En primer lugar, se revisó la base de datos para eliminar los casos con datos perdidos y se llevaron a cabo análisis descriptivos para conocer los datos sociodemográficos de los participantes y la proporción de la muestra que presentó sintomatología de ortorexia nerviosa y ortorexia saludable.

Para evaluar las diferencias significativas entre hombres y mujeres con respecto a las variables de esta investigación, inicialmente se evaluaron los supuestos de la estadística paramétrica y posteriormente se realizaron análisis de t de Student para muestras independientes. En cambio, para las variables que no cumplieron con los supuestos se utilizó análisis de U de Mann-Whitney. Para determinar el tamaño del efecto de la diferencia de medias en los grupos, se calcularon d de Cohen.

Posteriormente, para comparar los grupos de acuerdo al IMC (bajo peso, normopeso, sobrepeso y obesidad) en las tres variables de interés (estrés percibido, afrontamiento y ortorexia), inicialmente se valoraron los supuestos de la estadística paramétrica y después se realizaron análisis de ANOVA de un factor o Kruskal-Wallis según correspondiera.

Finalmente, para conocer la relación entre el estrés percibido, afrontamiento y ortorexia, se valoró que los datos de la muestra total tuvieran distribución normal. Después se realizaron análisis de correlación producto momento de Pearson para la muestra total y para

hombres y mujeres, respectivamente, ya que se observaron diferencias significativas en las variables estrés percibido y afrontamiento.

Capítulo 3

Resultados

3.1 Proporción de ortorexia en la muestra

Con el objetivo de identificar el porcentaje de la muestra de universitarios que presentan sintomatología de ortorexia, se obtuvieron frecuencias y porcentajes de la muestra total y de los diferentes subgrupos de la muestra.

Es conveniente mencionar que debido a las características de la ortorexia, como un fenómeno relativamente nuevo cuyos criterios diagnósticos aún no son del todo claros, y dado que los instrumentos para evaluar la sintomatología de ortorexia no ofrecen puntos de corte para poder decir que una persona presenta un diagnóstico de ortorexia, se decidió crear cuartiles y establecer “niveles de sintomatología de ortorexia” (baja, media, alta y muy alta), para las dos dimensiones, es decir, ortorexia saludable y ortorexia nerviosa. Esto se realizó con base en el puntaje total que podían obtener los participantes en el instrumento.

Ortorexia saludable

En la Escala de Ortorexia de Teruel (Barrada & Roncero, 2018) la dimensión de ortorexia saludable contiene 9 reactivos que se puntúan del 0 a 3, por lo que el rango de esta escala va del 0 al 27. Las puntuaciones se dividieron en cuatro grupos, así, del 0 al 6 se consideró como ortorexia saludable baja, del 7 al 13 como ortorexia saludable media, del 14 al 20 como ortorexia saludable alta y del 21 al 27 como ortorexia saludable muy alta.

Los resultados muestran que el 5.3% de la muestra total se ubica dentro de la categoría de ortorexia saludable muy alta, mientras que el 22.6% presentó ortorexia saludable alta (Tabla 2).

Para conocer si había diferencias entre hombres y mujeres respecto al porcentaje de participantes que presentaban ortorexia saludable se obtuvieron las frecuencias y porcentajes en cada grupo (Tabla 2) y se realizaron análisis de chi cuadrada para comparar entre sexos. Los datos muestran que no hay diferencias significativas entre los grupos ($\chi^2 = 4.13$; $p = .24$).

De manera similar, se obtuvieron los porcentajes y frecuencias por grupos de peso de acuerdo al IMC de los participantes (Tabla 2) pero tampoco se encontraron diferencias significativas ($\chi^2 = 14.47$; $p = .10$).

Ortorexia nerviosa

Por su parte, la dimensión de ortorexia nerviosa está conformada por 8 reactivos que se puntúan del 0 al 3, así el rango en esta escala es de 0 a 24. Los grupos se conformaron de la siguiente manera: del 0 al 5 se consideró como ortorexia nerviosa baja, del 6 al 11 como ortorexia nerviosa media, del 12 al 17 como ortorexia nerviosa alta y del 18 al 24 como ortorexia nerviosa muy alta.

Se observó que, en la muestra total, el 2.5% presentó sintomatología muy alta y el 11.7% se ubica en el nivel alto (Tabla 3), es decir, el 14.2% de la muestra presenta los niveles más altos de ortorexia nerviosa. Es importante mencionar que estos porcentajes no significan que los participantes tengan un diagnóstico de ortorexia nerviosa, sin embargo, son quienes presentan más síntomas asociados a esta.

Al igual que con la dimensión de ortorexia saludable, también se buscaron diferencias entre hombres y mujeres respecto al porcentaje de personas con sintomatología de ortorexia nerviosa. De esta manera, se obtuvieron las frecuencias y porcentajes en cada grupo (Tabla 3) y por medio de chi cuadrada se advirtió que no hay diferencias significativas entre los grupos ($\chi^2 = 3.40$; $p = .33$). De manera similar, se obtuvieron los porcentajes y frecuencias por grupos

de peso (Tabla 3) y la chi cuadrada muestra que no hay diferencias entre grupos ($Chi^2 = 9.19$; $p = .41$).

Tabla 2*Descripción de los participantes en la dimensión de ortorexia saludable*

	Muestra total	Por sexo		Por categoría de peso			
	n (%)	Mujeres n (%)	Hombres n (%)	Bajo peso n (%)	Normopeso n (%)	Sobrepeso n (%)	Obesidad n (%)
Baja	81 (22.6)	62 (24.3)	19 (18.4)	7 (28)	53 (22.6)	12 (17.1)	9 (31)
Media	177 (49.4)	121 (47.5)	56 (54.4)	11 (44)	107 (45.7)	41 (58.6)	18 (62.1)
Alta	81 (22.6)	61 (23.9)	20 (19.4)	4 (16)	62 (26.5)	13 (18.6)	2 (6.9)
Muy alta	19 (5.3)	11 (4.3)	8 (7.8)	3 (12)	12 (5.1)	4 (5.7)	0 (0)
Total	358 (100)	255 (100)	103 (100)	25 (100)	234 (100)	70 (100)	29 (100)

Tabla 3*Descripción de los participantes en la dimensión de ortorexia nerviosa*

	Muestra total	Por sexo		Por categoría de peso			
	n (%)	Mujeres n (%)	Hombres n (%)	Bajo peso n (%)	Normopeso n (%)	Sobrepeso n (%)	Obesidad n (%)
Baja	234 (65.4)	160 (62.7)	74 (71.8)	21 (84)	156 (66.7)	40 (57.1)	17 (58.6)
Media	73 (20.4)	55 (21.6)	18 (17.5)	3 (12)	46 (19.7)	17 (24.3)	7 (24.1)
Alta	42 (11.7)	32 (12.5)	10 (9.7)	0 (0)	28 (12)	10 (14.3)	4 (13.8)
Muy alta	9 (2.5)	8 (3.1)	1 (1.0)	1 (4)	4 (1.7)	3 (4.3)	1 (3.4)
Total	358 (100)	255 (100)	103 (100)	25 (100)	234 (100)	70 (100)	29 (100)

3.2 Diferencias entre hombres y mujeres

Antes de realizar los análisis estadísticos correspondientes, se evaluó si las variables cumplían con los supuestos de la estadística paramétrica, es decir, si tenían nivel de medición intervalar o de razón, distribución normal y homogeneidad de varianzas. Es necesario tener en cuenta que los puntajes totales de las escalas Likert son considerados como mediciones ordinales, sin embargo, lo que se evalúa son percepciones y lo que se considera más que números exactos son tendencias y las puntuaciones deben contextualizarse (Hernández et al., 2014).

Así, se consideró que las variables presentaban una distribución similar a la normal si mostraban valores de asimetría y curtosis de entre -3 y +3 (Pardo et al., 2009), y que tenían homogeneidad de varianzas si la significancia de la prueba de Levene resultaba mayor que .05. Esto permitió seleccionar el análisis estadístico adecuado para probar diferencias entre hombres y mujeres en cada una de las variables de la investigación.

Se encontró que, de los 12 puntajes evaluados, 11 cumplían con los supuestos de la estadística paramétrica, por lo que se realizaron pruebas t de Student para muestras independientes para cada puntaje. Sin embargo, en el caso de la ortorexia nerviosa, se tomaron los valores que ofrece el análisis t de Student cuando no hay homogeneidad de varianza (Tabla 4).

Tabla 4

Comprobación de los supuestos de la Estadística Paramétrica para las diferencias entre hombres y mujeres

Variables	Puntajes de las variables	Nivel de medición	Mujeres N=255		Hombres N=103		Prueba de Levene	
			Asimetría	Curtosis	Asimetría	Curtosis	F	P
Estrés percibido	Puntaje total	Intervalar	.10	-0.6	-.35	-.29	.17	.67
Afrontamiento	Afrontamiento centrado el problema	Intervalar	-.04	-.23	-.10	.47	.03	.85
	Búsqueda de apoyo social	Intervalar	.00	-.48	-.03	-.65	.00	.98
	Reevaluación positiva	Intervalar	-.24	-.59	-.16	-.84	3.44	.83
	Focalizado en la solución	Intervalar	-.12	-.27	-.34	.04	1.32	.25
	Religión	Intervalar	1.94	2.91	1.80	2.06	1.31	.25
	Afrontamiento centrado en la emoción	Intervalar	.37	.04	-.12	-.78	.17	.67
	Autofocalización negativa	Intervalar	.38	-.70	.59	-.28	.64	.42
	Expresión emocional abierta	Intervalar	.59	-.08	.64	.42	.31	.57
	Evitación	Intervalar	.00	-.57	-.22	-.58	.01	.91
Ortorexia	Ortorexia saludable	Intervalar	.32	-.29	.53	.25	1.02	.31
	Ortorexia nerviosa	Intervalar	1.16	.67	1.24	1.18	5.12	.02

Los datos muestran que existen diferencias de magnitud pequeña en el puntaje total de estrés percibido, siendo las mujeres presentan mayores niveles de estrés que los hombres (Tabla 5).

Por lo que se refiere a la variable afrontamiento, respecto a las dos grandes dimensiones se encontró únicamente una diferencia estadísticamente significativa de magnitud pequeña en la dimensión de afrontamiento centrado en la emoción, en la cual se observó una mayor puntuación en las mujeres, en comparación con los hombres. Mientras que en las siete estrategias de afrontamiento se observaron diferencias de magnitud pequeña en búsqueda de apoyo social y autofocalización negativa, así, se observó un mayor uso de estas estrategias en las mujeres que en los hombres (Tabla 5).

Finalmente, en las dos dimensiones de ortorexia (saludable y nerviosa) no se observaron diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres (Tabla 5).

Tabla 5

Diferencias entre hombres y mujeres

Variables	Puntajes de las variables	Mujeres		Hombres		<i>t</i>	<i>Gl</i>	<i>p</i>	95 % IC		<i>d de Cohen</i>
		<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>				<i>LI</i>	<i>LS</i>	
Estrés percibido	Puntaje total	29.98	8.49	26.13	8.86	3.82	356	.00	1.86	5.82	-.44
Afrontamiento	Afrontamiento centrado el problema	20.50	6.85	20.57	7.07	-.08	356	.93	-1.65	1.52	0.1
	Búsqueda de apoyo social	6.08	2.89	5.43	2.85	1.91	356	.05	-.01	1.30	0.22
	Reevaluación positiva	6.47	2.89	6.54	3.29	-.20	356	.83	-.76	.61	-.02
	Focalizado en la solución	6.75	2.69	7.27	2.94	-1.59	356	.11	-1.15	.12	-.18
	Religión	1.19	2.29	1.32	2.50	-.45	356	.65	-.66	.41	-.05
	Afrontamiento centrado en la emoción	15.20	6.37	13.27	6.34	2.29	356	.01	.47	3.39	-.30
	Autofocalización negativa	4.16	3.12	3.34	2.97	2.27	356	.02	.11	1.52	.26
	Expresión emocional abierta	4.40	2.75	3.84	2.61	1.77	356	.07	-.06	1.18	.20
Evitación	6.62	2.91	6.07	3.01	1.59	356	.11	-.12	1.22	.18	
Ortorexia	Ortorexia saludable	10.49	5.50	11.26	5.27	-1.20	356	.22	-2.01	.48	-.14
	Ortorexia nerviosa	5.32	5.25	4.46	4.38	1.57	224. 55	.11	-.21	1.92	.17

Notas. En negritas aparecen las variables con diferencias estadísticamente significativas; IC= Intervalo de confianza; LI= Límite inferior; LS= Límite superior; gl= grados de libertad.

3.3 Diferencias entre grupos de categorías de peso (IMC)

Para evaluar las diferencias entre los grupos creados a partir del Índice de Masa Corporal, primero se evaluaron los supuestos de la estadística paramétrica para cada grupo (bajo peso, normopeso, sobrepeso y obesidad).

Los datos mostraron que a excepción de ortorexia nerviosa, las demás variables podían ser comparadas con ANOVA de un factor y, ortorexia nerviosa con Kruskal Wallis (Tabla 6).

Al comparar entre los grupos de peso no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en ninguno de los doce puntajes evaluados. Esto es, los diferentes grupos de peso se comportaron igual en las variables estrés percibido y en las dos dimensiones del afrontamiento (centrado en la emoción y centrado en el problema), así como en las 7 estrategias que lo conforman. Tampoco se encontraron diferencias en la ortorexia saludable (Tabla 7) ni en la ortorexia nerviosa ($F_{estadístico} = 6.82, gl = 3, p = .07$). Por lo tanto, no se realizaron análisis *post hoc*.

Tabla 6

Comprobación de los supuestos de la Estadística Paramétrica para las diferencias entre personas con bajo peso, normopeso, sobrepeso y obesidad

Variables	Puntajes de las variables	Nivel de medición	Bajo peso		Normopeso		Sobrepeso		Obesidad		Prueba de Levene	
			Asimetría	Curtosis	Asimetría	Curtosis	Asimetría	Curtosis	Asimetría	Curtosis	F	p
Estrés	Puntaje total	Intervalar	.04	-.39	.03	.07	-.28	.22	-.25	-.71	.51	.67
Afrontamiento	Afrontamiento centrado en el problema	Intervalar	-.59	-.30	-.11	.07	.31	.23	-.11	-.27	1.20	.30
	Búsqueda de apoyo social	Intervalar	-.06	-1.11	-.06	-.53	.05	-.25	.12	-.33	1.67	.17
	Reevaluación positiva	Intervalar	-.41	-1.13	-.24	-.50	-.13	-.59	.04	-1.27	2.35	.07
	Focalizado en la solución	Intervalar	-.58	.56	-.16	-.23	.06	-.11	-.65	.26	.09	.96
	Religión	Intervalar	1.04	-.45	1.78	1.83	1.83	2.36	3.46	12.66	1.33	.26
	Afrontamiento centrado en la emoción	Intervalar	.20	-.85	.04	-.18	.15	-.40	.85	.46	2.01	.11
	Autofocalización negativa	Intervalar	.41	-1.30	.34	-.70	.49	-.61	.90	.10	2.94	.03
	Expresión emocional abierta	Intervalar	.09	-1.02	.52	-.22	.67	.77	.80	-.27	2.64	.04
	Evitación	Intervalar	-.16	-.44	-.13	-.50	.06	-.37	.06	-1.05	1.07	.35
Ortorexia	Ortorexia saludable	Intervalar	.31	-.85	.28	-.26	.56	.56	.43	.41	2.03	.10
	Ortorexia nerviosa	Intervalar	2.62	7.97	1.27	1.23	.93	-.03	.91	.13	2.49	.06

Nota. Negritas= variables que no cumplen con los supuestos de la estadística paramétrica.

Tabla 7*Diferencias entre personas con bajo peso, normopeso, sobrepeso y obesidad*

Variables	Puntajes de las variables	Bajo peso		Normopeso		Sobrepeso		Obesidad		<i>F</i> (3, 357)	<i>p</i>	Eta cuadrada
		<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>			
Estrés percibido	Puntaje total	29.20	9.30	28.70	8.77	28.62	9.24	30.55	7.16	.41	.74	.003
Afrontamiento	Afrontamiento centrado en el problema	21.40	8.21	20.82	6.93	19.50	6.71	19.86	5.93	.87	.45	.007
	Búsqueda de apoyo social	6.64	3.47	5.87	2.91	5.54	2.61	6.31	2.79	1.10	.34	.009
	Reevaluación positiva	6.24	3.50	6.69	2.97	6.02	2.78	6.20	3.41	1.04	.37	.009
	Focalizado en la solución	7.20	2.79	7.04	2.77	6.48	2.76	6.51	2.73	1.02	.38	.009
	Religión	1.32	1.95	1.20	2.30	1.44	2.66	.82	2.37	.48	.69	.004
	Afrontamiento centrado en la emoción	14.60	7.37	14.61	6.11	14.47	6.35	15.37	8.23	.14	.93	.001
	Autofocalización negativa	4.00	3.92	3.88	2.97	3.98	3.10	4.17	3.50	.09	.96	.001
	Expresión emocional abierta	4.20	2.39	4.27	2.70	4.04	2.46	4.51	3.71	.23	.81	.002
	Evitación	6.40	3.08	6.45	2.95	6.44	2.71	6.68	3.44	.06	.98	.001
Ortorexia	Ortorexia saludable	10.52	6.67	11.02	5.40	10.65	5.43	8.51	4.20	1.85	.13	.015

3.4 Relación entre estrés percibido, afrontamiento y ortorexia, en la muestra total

Para responder a la pregunta de si existe relación entre el estrés percibido, el afrontamiento y la ortorexia, en primer lugar, se evaluó que los datos de la muestra total tuvieran distribución normal. Los resultados mostraron dicha distribución (Tabla 8), por lo que se efectuaron análisis de correlación de Pearson.

Tabla 8

Comprobación de distribución normal para la muestra total

Variable	Puntajes de las variables	Asimetría	Curtosis
Estrés percibido	Estrés percibido	-.06	.03
Afrontamiento	Afrontamiento centrado en el problema	-.06	-.03
	Búsqueda de apoyo social	-.00	-.52
	Reevaluación positiva	-.21	-.66
	Focalizado en la solución	-.17	-.19
	Religión	1.89	2.59
	Afrontamiento centrado en la emoción	.22	-.06
	Autofocalización negativa	.44	-.61
	Expresión emocional abierta	.61	.03
	Evitación	-.07	-.54
	Ortorexia	Ortorexia saludable	.37
Ortorexia nerviosa		1.20	.87

3.4.1 Correlaciones con ortorexia saludable

Con relación a la ortorexia saludable, que se refiere al interés saludable por una dieta particular, y el estrés percibido, se observó una relación negativa débil, lo cual quiere decir que a mayor nivel de estrés disminuye el interés “saludable” y el seguimiento de una dieta particular.

También se encontraron asociaciones positivas entre la ortorexia saludable, el afrontamiento centrado en el problema y las estrategias que lo componen, es decir: búsqueda de apoyo social, reevaluación positiva, focalizado en la solución y religión. Esto quiere decir que conforme aumentan las conductas propias del afrontamiento centrado en el problema, también hay una mayor presencia de un interés “saludable” por la alimentación sana.

Por otro lado, esta dimensión también se asoció de manera negativa con los factores autofocalización negativa y expresión emocional abierta (Tabla 9).

3.4.2 Correlaciones con ortorexia nerviosa

La ortorexia nerviosa y el estrés percibido se asociaron positivamente, esto quiere decir que a mayor nivel de estrés percibido más presencia de sintomatología asociada a esta dimensión de la ortorexia (Tabla 9). Así mismo, se encontraron asociaciones positivas con el afrontamiento centrado en la emoción y los factores que lo componen, es decir, autofocalización negativa y expresión emocional abierta, esto quiere decir que cuando aumenta el uso de las estrategias mencionadas anteriormente, también aumentan los indicadores de ortorexia nerviosa. También se asoció positivamente con la estrategia religión.

Tabla 9*Correlaciones entre estrés, los factores de afrontamiento y ortorexia, en la muestra total*

Variables	Puntajes de las variables	Ortorexia saludable	Ortorexia nerviosa
Estrés	Puntaje total	-.34**	.15**
Afrontamiento	Afrontamiento centrado en el problema	.38**	-.00
	Búsqueda de apoyo social	.14**	-.01
	Reevaluación positiva	.31**	-.02
	Focalizado en la solución	.35**	-.07
	Religión	.13**	.12*
	Afrontamiento centrado en la emoción	-.10*	.21**
	Autofocalización negativa	-.15**	.20**
	Expresión emocional abierta	-.15**	.19**
	Evitación	.05	.06

Nota: * $p < .05$; ** $p < .01$

3.5 Relación entre estrés percibido y afrontamiento, con ortorexia, en el grupo de mujeres y en el grupo de hombres

Debido a que hombres y mujeres presentaron diferencias en las variables estrés percibido y en los tipos de afrontamiento que emplean, se decidió realizar correlaciones para cada grupo.

Correlaciones con ortorexia saludable

Para ambos grupos se encontró una correlación negativa entre estrés percibido y ortorexia saludable, lo cual quiere decir que cuando los niveles de estrés aumentan, disminuyen los síntomas asociados a esta dimensión de la ortorexia. El afrontamiento centrado en el problema mostró correlaciones positivas con la ortorexia saludable para ambos grupos.

Para el grupo de los hombres se encontraron relaciones positivas entre reevaluación positiva, focalizado en la solución, religión y la ortorexia saludable, así como una relación negativa baja con la expresión emocional abierta.

Para el grupo de las mujeres, los resultados muestran correlaciones positivas entre búsqueda de apoyo social, reevaluación positiva, focalizado en la solución, y ortorexia saludable. Finalmente, se encontraron relaciones negativas con la autofocalización negativa y la expresión emocional abierta (Tabla 10).

Correlaciones con ortorexia nerviosa

En el grupo de mujeres se observó una correlación positiva baja entre el estrés percibido y la ortorexia nerviosa, es decir, cuando el estrés aumenta, también aumenta un interés por la alimentación saludable que puede interferir en la vida de las personas.

El afrontamiento centrado en la emoción sólo correlacionó positivamente con la ortorexia nerviosa, para el grupo de las mujeres. Así mismo, se encontraron correlaciones positivas con la autofocalización negativa y la expresión emocional abierta. Esto quiere decir que cuando aumentan estas estrategias, disminuye el interés saludable por la alimentación y aumentan la preocupación excesiva en torno a la alimentación sana (Tabla 10).

Tabla 10*Correlaciones entre estrés percibido, afrontamiento y ortorexia, para hombres y mujeres*

Variables	Puntajes de las variables	Hombres		Mujeres	
		Ortorexia saludable	Ortorexia nerviosa	Ortorexia saludable	Ortorexia nerviosa
Estrés	Estrés percibido	-.38**	.06	-.32**	.17**
Afrontamiento	Afrontamiento centrado en el problema	.40**	.02	.37**	-.01
	Búsqueda de apoyo social	.06	-.09	.18**	-.00
	Reevaluación positiva	.28**	-.10	.32**	.01
	Focalizado en la solución	.39**	-.08	.32**	-.06
	Religión	.23*	.40**	.09	.03
	Afrontamiento centrado en la emoción	-.11	.08	-.09	.24**
	Autofocalización negativa	-.07	.11	-.16**	.23**
	Expresión emocional abierta	-.19*	.11	-.12*	.21**
	Evitación	-.00	-.02	.09	.08

Nota: *p<.05; **p<.01

Capítulo 4

Discusión

Proporción de ortorexia en la muestra

Los datos de la literatura respecto a la epidemiología de la ortorexia nerviosa son muy variables puesto que los criterios diagnósticos aún no son definitivos lo cual ha complicado tener instrumentos más precisos (Bratman, 2017).

En esta investigación los resultados mostraron que sólo el 2.5% del grupo de jóvenes evaluados presentan sintomatología muy alta de ortorexia nerviosa y 11.7% sintomatología alta, es decir, hay un 14.2% que tiene sintomatología elevada de ortorexia nerviosa, y por lo tanto, es probable que estos estén siendo afectados por una excesiva preocupación por su alimentación y presenten consecuencias como culpa, autocastigo e incluso aislamiento social, tal como lo reportado por Parra-Carriedo et al. (2020), aunque esta sólo es una hipótesis que se tendría que probar en futuras investigaciones.

En México sólo existe otro estudio realizado con estudiantes universitarios en el cual se encontró que el 68.1% de la muestra presentaba indicadores de un comportamiento caracterizado por fuerte preocupación y deseo de alimentarse de forma saludable (Parra-Carriedo et al., 2020) al utilizar el instrumento ORTO-15 (Donini et al., 2005). Aun así, las proporciones encontradas en este trabajo difieren de la mayoría de los estudios previos en los cuales se ha evaluado a estudiantes universitarios, por ejemplo, Donini et al. (2005) encontraron que el 6.9% de universitarios italianos se encontraba en riesgo de padecer ortorexia nerviosa, utilizando el ORTO-15. De igual manera, Fidan et al. (2010) reportaron que el 43.6% de su muestra constituida por residentes de medicina turcos, presentó indicadores de sintomatología

de ortorexia nerviosa, en este caso los autores utilizaron el instrumento ORTO-11 (Arusoglu et al., 2018), una versión adaptada del ORTO-15.

Tal como se puede observar, los estudios previos en universitarios se realizaron con el ORTO-15 (Donini et al., 2005) e incluso entre estos artículos existen diferencias muy grandes respecto a las proporciones de sus muestras que presentan sintomatología de ortorexia nerviosa (de 6.9% a 68.1%), por lo que los datos con esta investigación al haber sido evaluados con la Escala de Ortorexia de Teruel (Barrada & Roncero, 2018) no son del todo comparables, sobre todo porque esta escala evalúa dos dimensiones: ortorexia saludable y ortorexia nerviosa, mientras que el ORTO-15 (Donini et al., 2005) sólo evalúa la dimensión de ortorexia nerviosa.

Es importante tener en cuenta que el ORTO-15 (Donini et al., 2005) es el primer cuestionario creado para evaluar la ortorexia nerviosa y rápidamente se convirtió en la herramienta más utilizada para evaluarla, sin embargo, se ha señalado que presenta deficiencias psicométricas importantes, por lo que no se recomienda su uso (Roncero et al., 2017).

Como se mencionó anteriormente, debido a que la mayoría de los otros instrumentos desarrollados para evaluar ortorexia sólo se centraban en el aspecto patológico de esta, para la presente investigación se utilizó la Escala de Ortorexia de Teruel (Barrada & Roncero, 2018), en la que además de evaluar la dimensión nerviosa de la ortorexia, también permite medir la parte saludable de esta, aspecto que no se había abordado previamente en población mexicana.

De esta manera, en la dimensión de ortorexia saludable, los resultados muestran que el 5.3% de la muestra se ubica en la categoría de ortorexia saludable muy alta y el 22.6% en ortorexia saludable alta. Esto quiere decir que el 27.9% de los jóvenes evaluados tienen un elevado interés por alimentarse de forma saludable.

Sin embargo, el porcentaje que se ubica en la categoría de ortorexia saludable muy alta (22.6%), debiera ser un grupo en el cual se debería realizar más investigación, con el objetivo de conocer si estas conductas pudieran aumentar de forma progresiva hasta llegar a una preocupación excesiva que pudiera convertirse en ortorexia nerviosa. Esto sólo es una conjetura que debiera probarse, por lo que es necesario realizar más investigaciones para definir en qué momento se pasa de un comportamiento saludable a uno obsesivo y qué factores están asociados a ello.

Diferencias entre hombres y mujeres

Los resultados mostraron que no hay diferencias estadísticamente significativas entre sexos, respecto a las dos dimensiones de la ortorexia, es decir, ortorexia nerviosa y ortorexia saludable. Esto es congruente con los pocos estudios previos que también señalan la ausencia de estas (Depa et al., 2019).

Poco se sabe acerca de la epidemiología de la ortorexia nerviosa, y los pocos datos, incluidos los de esta investigación, muestran que hombres y mujeres presentan en la misma proporción sintomatología alta de ortorexia nerviosa y saludable, sin embargo, habrá que indagar respecto a las motivaciones que subyacen a la preocupación por la alimentación saludable, ya sea saludable o nerviosa, con el objetivo de conocer si hay que hacer diferencias entre lo que motiva estas conductas, pues, un estudio realizado por Eriksson (2008) ha propuesto que los puntajes más altos de ortorexia nerviosa estaban relacionados con una mayor ansiedad relacionada con la apariencia tanto en hombres como en mujeres.

La literatura previa indica que las mujeres presentan con más frecuencia que los hombres sintomatología relacionada con la preocupación por la alimentación y por la imagen corporal ya que el ideal de belleza de la mujer que culturalmente se ha instaurado privilegia la delgadez, asociándola con ideas sobre la salud, el triunfo o el poder (Rivarola, 2003; Segura-

García et al., 2015), sin embargo, los hombres también presentan el deseo de ser delgados y a su vez más musculosos y tonificados (Gómez-Peresmitré, 2014), pero aún no es claro si este es el motivo que subyace a la realización de conductas relacionadas con la ortorexia.

Esto es una suposición, por lo que habría que evaluarse a mayor profundidad cuáles son los motivos por los cuales las personas presentan conductas relacionadas con la ortorexia para poder hacer conclusiones.

Con relación al estrés percibido, se encontraron diferencias estadísticamente significativas y son las mujeres quienes presentan mayores niveles de estrés percibido en comparación con los hombres, esto es coherente con la literatura que ha señalado la existencia de diferencias por sexo (Cantú et al., 2010; Leiner & Jiménez, 2011; Lemos et al., 2018).

Vallejo-Martín et al. (2018) señalan que estas diferencias pueden explicarse por las estrategias de afrontamiento que utilizan hombres y mujeres ante experiencias de estrés. Por ejemplo, las mujeres tienden a utilizar más estrategias de afrontamiento centrado en la emoción, en comparación con los hombres, y a su vez, estas estrategias se relacionan con mayores niveles de estrés, ansiedad y depresión. Aunado a esto, el mayor riesgo de estrés en las mujeres también puede deberse a la inequidad de oportunidades académicas y profesionales, y a la violencia a la cual están expuestas (Leiner & Jiménez, 2011; Lemos et al., 2018).

En este mismo sentido, también se quería conocer si existen diferencias entre hombres y mujeres respecto a las estrategias de afrontamiento que emplean para transitar situaciones estresantes. Los resultados mostraron diferencias en el puntaje total del afrontamiento centrado en la emoción, y en la autofocalización negativa (estrategia que forma parte del afrontamiento centrado en la emoción), siendo las mujeres quienes más los emplean, de manera similar a lo que mencionan Vallejo-Martín et al. (2018).

Respecto al afrontamiento centrado en el problema no se encontraron diferencias significativas entre grupos en el puntaje total de este, lo cual concuerda con otra investigación realizada con estudiantes universitarios mexicanos, en las que ambos grupos (hombres y mujeres) se comportaron de forma similar en ambos tipos de afrontamiento (Juárez, 2019).

Sólo se encontraron diferencias significativas en la estrategia búsqueda de apoyo social, que forma parte del afrontamiento centrado en el problema, siendo las mujeres quienes obtuvieron mayores puntajes en comparación con los hombres, lo cual coincide con la literatura previa (Sandín & Chorot, 2003).

Uresti et al. (2017) mencionan que ante una situación estresante los hombres tienden a centrarse en buscar soluciones rápidamente, reservar el problema para sí mismos, controlar la situación y tener una reevaluación positiva, es decir, usan más las estrategias que componen el afrontamiento centrado en el problema, sin embargo, hacen poco uso de la búsqueda de apoyo social, en comparación con las mujeres. Esto puede deberse a que culturalmente se fomenta en los hombres la independencia y restricción en la expresión emocional.

Diferencias entre grupos de peso (IMC)

De forma similar, se quería conocer si existen diferencias entre grupos creados de acuerdo con las categorías de peso del IMC (bajo peso, normopeso, sobrepeso y obesidad) en los dos tipos de ortorexia.

Hasta ahora pocos estudios han determinado el IMC de sus participantes y analizado la relación de este con la ortorexia, pero los pocos hallazgos que se han publicado mencionan dos tipos de resultados: algunas investigaciones (Arusoglu et al., 2008; Donini et al., 2005) han reportado que no existen diferencias entre grupos de peso respecto a la sintomatología de

ortorexia, aunque también se ha reportado que hay relación positiva entre el IMC y la ortorexia (Depa et al., 2019; Fidan et al., 2010).

Los resultados de esta investigación mostraron que no hay diferencias entre categorías de peso, por lo que los resultados coinciden con los de Arusoglu et al. (2008) y con los de Donini et al. (2005), aunque en las investigaciones previas no se mencionan las posibles implicaciones de estos resultados es posible que los datos observados aquí indiquen que sin importar el peso de las personas, realizan en la misma medida conducta relacionadas con la ortorexia nerviosa y saludable.

Sin embargo, en el estudio de Depa et al. (2019) se encontró que los valores más altos del IMC se relacionaron con puntajes más elevados de ortorexia nerviosa, además, la ortorexia nerviosa se relacionó positivamente con el control del peso. Los autores mencionan que probablemente los participantes busquen el control del peso y se preocupan por su alimentación como un medio para evitar problemas de salud asociados al sobrepeso y obesidad. No obstante, las comparaciones entre peso sólo se han realizado en este artículo y en la presente investigación por lo que son muy pocos los datos observados para poder realizar una conclusión verídica. Por lo tanto, esto se debiera seguir probando en futuras investigaciones para esclarecer el comportamiento de estas variables.

Con respecto a las variables estrés, las dos dimensiones de afrontamiento y las 7 estrategias que lo componen, no se encontraron diferencias entre los grupos creados de acuerdo a las categorías del IMC. Este resultado apoya lo que se ha reportado en otros estudios (Lemos et al., 2018).

Relación entre estrés percibido, afrontamiento y ortorexia

Correlaciones con ortorexia nerviosa

El objetivo general de esta investigación era explorar si el estrés y las estrategias de afrontamiento que usan los universitarios estaban relacionadas con la sintomatología de la ortorexia, esto debido a que estudios previos (Cheshire et al., 2020; Greville-Harris, 2019) habían propuesto que la preocupación excesiva por la alimentación saludable podría estar asociada al estrés o a la forma en que se le hace frente, pero no se había probado de manera empírica tales hipótesis.

Los resultados mostraron que hay una asociación positiva entre la sintomatología de ortorexia nerviosa y el estrés percibido, lo cual significa que cuando aumenta el nivel de estrés percibido en los participantes, también aumenta la sintomatología propia de este fenómeno. Aunque, como se mencionó previamente, esto no había sido evaluado en otras investigaciones, estos resultados coinciden con las conjeturas realizadas por Cheshire et al. (2020) quienes por medio de entrevistas semiestructuradas con personas que tenían tendencia a la ortorexia nerviosa, observaron que los participantes reportaron que cuando más estresados se sentían tenían una mayor necesidad de controlar su alimentación. Así, pareciera ser que la forma de gestionar el estrés es a través del control en su dieta.

Pero, de acuerdo con la literatura no sólo el percibir más estrés es lo que puede generar malestar, sino que se ha propuesto que las estrategias que se usan para afrontar el estrés pueden también estar involucradas en la disminución o aumento de dicho malestar. El afrontamiento se refiere a manifestaciones cognitivas y conductuales que se ponen en marcha como un intento de regular el estrés y las emociones asociadas a él, más allá de si ese intento es exitoso o no (Lazarus & Folkman, 1994).

Sobre el afrontamiento, los resultados de esta investigación muestran que la ortorexia nerviosa se asoció de manera positiva tanto con el puntaje total del afrontamiento centrado en la emoción y, específicamente con las dimensiones de autofocalización negativa, expresión emocional abierta y religión.

Hay que tener en cuenta que la estrategia de autofocalización negativa evalúa una tendencia a considerar que nada saldrá bien o que no hay forma de hacer nada por el problema en cuestión, por lo que, a mayor presencia de esta estrategia hay mayor puntuación de ortorexia nerviosa. Por su parte en la expresión emocional abierta las personas pueden mostrarse hostiles hacia los demás, agredirles o mostrarse irritables. Mientras que en la estrategia religión las personas pueden aceptar que no tienen el control de la situación y pedir que se solucione el problema. Cabe mencionar que el afrontamiento centrado en la emoción se caracteriza por hacer cambios en la manera en la cual se atiende el evento o en el significado que tiene el evento, pero no se realizan cambios reales en la situación que denota el estrés.

La relación entre el afrontamiento y la ortorexia no se había evaluado de manera sistemática en investigaciones previas, sin embargo, en un estudio cualitativo realizado por Greville-Harris en 2019, el autor observó que los participantes utilizaban una serie de reglas ciertamente rígidas en torno a la alimentación y ejercicio, como una forma de sentirse en control y un mecanismo de afrontamiento para sentirse seguros.

Es probable que en los participantes con más sintomatología de ortorexia nerviosa las reglas en cuanto a su alimentación funcionen como una forma de aliviar el malestar asociado a una situación presente en sus vidas que les genera estrés, aunque no estén solucionando directamente el problema que les hace sentirse fuera de control. Aunque es una hipótesis, los resultados observados en esta investigación parecen mostrar que quienes tienen puntajes más altos en ortorexia nerviosa optan por estrategias de afrontamiento centradas en la emoción en

las cuales no se realizan propiamente acciones para solucionar el problema o aquellas situaciones que se perciben como estresantes.

Es por ello por lo que probablemente en lugar de enfrentar su problema prefieren usar otras estrategias como expresarse con ira sobre su problema, pensar que todo saldrá mal, pedir en la iglesia que se solucione su problema y para no pensar en su problema, centrarse en aquello en lo que sí tienen “control”, como su alimentación. No obstante, esto sólo es una hipótesis que debe ser probada en futuras investigaciones.

Correlaciones con ortorexia saludable

La dimensión de ortorexia saludable se refiere al interés por la alimentación saludable, que se puede observar por el consumo principalmente de alimentos que se consideran sanos, lo cual implica destinar tiempo a la planificación, compra y preparación de la comida, e incluso gastar más dinero para que la alimentación sea lo más sana posible. Así mismo, conlleva sentimientos de bienestar cuando se lleva a cabo este tipo de alimentación.

Esta variable ha sido poco evaluada en estudios previos, incluso, este es el primer estudio en que se prueba la relación de esta variable con el estrés y el afrontamiento. Los resultados de este trabajo mostraron que la ortorexia saludable está asociada de manera negativa con el estrés percibido, esto quiere decir que cuando los niveles de estrés aumentan, disminuye el interés “sano” por una alimentación saludable. Aunque este resultado no había sido observado con anterioridad es importante notar que el estrés se relaciona de manera positiva con la ortorexia nerviosa, pero de manera negativa con la ortorexia saludable, esto parece indicar que sólo ciertas conductas y cogniciones en torno a la alimentación sana (específicamente la preocupación exagerada) se asocian con el aumento de los niveles estrés, específicamente aquellas que pudieran empezar a ser patológicas, más no la preocupación saludable por alimentarse de manera correcta.

Respecto al afrontamiento, los datos mostraron una relación positiva con el afrontamiento centrado en el problema, así como con las cuatro dimensiones que la conforman, es decir, búsqueda de apoyo social, reevaluación positiva, focalizado en la solución y religión. Hay que tener en cuenta que estas estrategias suelen ser más adaptativas puesto que permiten encontrar una solución al problema, ya sea buscando apoyo social de personas cercanas, tratando de encontrar lo positivo del problema en lugar de centrarse en aquello que no se puede cambiar, realizando acciones directas para enfrentar la situación o incluso pidiendo en las iglesias encontrar una solución al problema, esto nuevamente da cuenta de que las conductas incluidas en la ortorexia saludable son adaptativas y no se asocian con variables perjudiciales.

La ortorexia saludable también se vio asociada de manera negativa con el afrontamiento centrado en la emoción y con dos de las tres dimensiones que lo conforman que son expresión emocional abierta y autofocalización negativa. Lo cual es contrario a lo observado entre estas mismas estrategias de afrontamiento y la ortorexia nerviosa. Nuevamente estos datos, aunque son conjeturas, parecen mostrar que la ortorexia saludable es una conducta protectora, más no así la ortorexia nerviosa.

Relación entre estrés percibido y afrontamiento, con ortorexia, en el grupo de mujeres y en el grupo de hombres

Un punto interesante observado en los resultados de este trabajo es que existen diferencias entre hombres y mujeres respecto al tipo de estrategias de afrontamiento que presentan y el estrés que perciben, por ello, se decidió probar si se observaban comportamientos diferentes en la relación entre ortorexia, estrés y afrontamiento en cada sexo.

Aunque la dirección de las asociaciones fue similar a la observada en todo el grupo de universitarios (hombres y mujeres), los datos muestran algunas relaciones que sólo se observaron en el grupo de mujeres, pero no en el de hombres y viceversa.

Así, sólo en las mujeres, más no en los hombres, se observó que la ortorexia nerviosa se encuentra relacionada de manera positiva con el estrés percibido, con el puntaje total de afrontamiento centrado en la emoción y con dos dimensiones de este tipo de afrontamiento (autofocalización negativa y expresión emocional abierta). También únicamente en mujeres se observó que la ortorexia saludable se asoció de manera positiva con la búsqueda de apoyo que es una estrategia centrada en el problema y de forma negativa con la autofocalización negativa que es una estrategia centrada en la emoción.

Por su parte sólo en los hombres se observó que tanto la ortorexia saludable como la ortorexia nerviosa se asocian positivamente con la estrategia de afrontamiento de religión, que es una estrategia de afrontamiento centrada en el problema.

Aunque esta es un primer abordaje de estos fenómenos tal parece que la relación entre ortorexia, estrés y afrontamiento es diferente dependiendo del sexo de los participantes, esto debería tener una implicación importante en las estrategias de prevención y tratamiento que se realizarán al respecto del problema que se ha abordado en esta tesis.

Sin embargo, es fundamental notar que las correlaciones de la ortorexia nerviosa y saludable, tanto con el estrés como con las estrategias de afrontamiento son bajas en los resultados de esta investigación, por lo que, aunque es la primera vez que esto se evalúa de manera cuantitativa, esto parece mostrar que el estrés y las estrategias de afrontamiento son factores asociados a la ortorexia, aunque la relación no sea tan alta como hacían suponer los resultados de las investigaciones cualitativas previas.

Así, esta investigación es una primera aproximación que exploró el comportamiento de estas variables y es un inicio importante para ahondar en el conocimiento de la ortorexia.

Limitaciones y sugerencias

A pesar de ello, es importante tener en cuenta algunas limitaciones y sugerencias tras el trabajo realizado en este proyecto.

Entre las limitaciones de esta investigación se encuentra el uso de la Escala de Ortorexia de Teruel (Barrada & Roncero, 2018), ya que esta no ha sido probada en población mexicana, esto implica que posiblemente los resultados de esta investigación tengan un cierto grado de error de medición, mismo que en futuras investigaciones debiera ser reducido probando la confiabilidad y validez de este u otros instrumentos que evalúen ortorexia. Es necesario continuar con la investigación sobre este fenómeno para contar con criterios de diagnóstico claros que permitan la construcción de mejores herramientas de medición.

Otra de las limitaciones tiene que ver con que la mayoría de los reactivos que se usaron para evaluar la ortorexia se enfocan en “alimentación saludable” o “alimentos sanos”, sin embargo, la noción de un alimento saludable puede ser diferente para las personas. Por ejemplo, algunas pueden considerar como saludable a los alimentos bajos en calorías y grasas, mientras que para otros participantes esto estará más relacionado con cuestiones morales y ambientales, como en el caso del vegetarianismo. Esto a su vez puede causar confusión en la interpretación de los reactivos, por lo que es importante clarificar esto en una investigación que pruebe cómo lo están entendiendo los participantes o bien elaborando un instrumento donde sea totalmente clara la diferenciación entre estos dos temas.

En este estudio no se averiguó si los participantes tenían algún padecimiento médico que (aunque suele ser mínima la aparición de enfermedades en estas edades) puede estar relacionado con la adopción de una “dieta saludable”, por lo que futuras investigaciones podrían controlar la presencia de algún padecimiento médico que tengan los participantes, ya que esto también puede influir en el tipo de alimentos que consumen y de manera general en

su dieta. Esto es importante ya que algunos estudios (Bratman & Knight, 2000; Cartwright, 2004; Crawford, 2004) han señalado que los cambios en la dieta suelen surgir a raíz de alguna enfermedad y de la preocupación por la salud.

Capítulo 5

Conclusiones

A la fecha existen pocos estudios en México sobre la ortorexia y específicamente sobre los factores con los cuales se relaciona, por tanto, los resultados de esta investigación contribuyen a la información existente sobre este fenómeno y pueden encaminar la dirección de futuros estudios y de estrategias de prevención e intervención.

Los resultados de esta investigación permiten concluir que:

Existe una relación positiva entre el estrés percibido y la sintomatología de ortorexia nerviosa, específicamente en mujeres.

Particularmente en mujeres, la sintomatología de ortorexia nerviosa está relacionada positivamente con el afrontamiento centrado en la emoción, sobre todo la estrategia de autofocalización negativa y expresión emocional abierta.

Tanto en hombres como en mujeres la ortorexia saludable está relacionada positivamente con el afrontamiento centrado en el problema.

Existe una relación negativa entre el estrés percibido y la sintomatología de ortorexia saludable, en hombres y en mujeres.

La proporción de estudiantes con síntomas altos de ortorexia nerviosa es el 14.2%.

No hay diferencias estadísticamente significativas entre los grupos creados a partir del peso, respecto a las dos dimensiones de ortorexia: saludable y nerviosa, ni en el estrés percibido y afrontamiento.

Referencias

Aksoy, A., Yücel, E., Özdemir, A., Baş, A., Sakallı, A., Erginöz, E., & Duran, A. (2015). Relationship between Orthorexia and Obsessive-Compulsive Symptoms in Patients with Generalised Anxiety Disorder, Panic Disorder and Obsessive Compulsive Disorder. *Yeni Symposium*, 53(4), 22-26. <http://doi.org/10.5455/NYS.20160324065040>

Aksoydan, E., & Camci, N. (2009). Prevalence of orthorexia nervosa among Turkish performance artists. *Eating and Weight Disorders*, 14(1), 33-37. <https://doi.org/10.1007/bf03327792>

Altman, S. E., & Shankman, S. A. (2009). What is the association between obsessive-compulsive disorder and eating disorders?. *Clinical psychology review*, 29(7), 638–646. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2009.08.001>

Asociación Americana de Psiquiatría. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (5ta ed.). Editorial médica panamericana.

Aranceta, J. (2007). Ortorexia o la obsesión por la dieta saludable. *Archivos Latinoamericanos de Nutrición*, 57(4), 313-315. http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-06222007000400002&lng=es.

Arusoğlu, G., Kabakçı, E., Köksal, G., & Kutluay, T. (2008). Ortoreksiya nervoza ve Orto-11'in türkçeye uyarlama çalışması. *Türk psikiyatri dergisi*, 19(3), 283-291. https://www.researchgate.net/publication/323498033_Orthorexia_Nervosa_and_Adaptation_of_ORTO-11_into_Turkish

Asil, E., & Sürücüoğlu, M. S. (2015). Orthorexia Nervosa in Turkish Dietitians. *Ecology of food and nutrition*, 54(4), 303–313. <https://doi.org/10.1080/03670244.2014.987920>

Asociación Médica Mundial. (2017). Declaración de Ginebra. <https://www.wma.net/es/policies-post/declaracion-de-ginebra/>

Avalos, M. L. (2019). Descripción de los estilos de vida de estudiantes universitarios de la Región Occidente México. UNAM. <http://www.comsoc.udg.mx/noticia/udeg-participa-en-proyecto-nacional-para-describir-el-perfil-en-los-estilos-de-vida-de>

Bairero, M. (2017). El estrés y su influencia en la calidad de vida. *Multimed*, 21(6), 971-982. <http://www.revmultimed.sld.cu/index.php/mtm/article/view/688/1054>

Bağci, A. T., Camur, D., & Güler, C. (2007). Prevalence of orthorexia nervosa in resident medical doctors in the faculty of medicine (Ankara, Turkey). *Appetite*, 49(3), 661–666. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2007.04.007>

Barnes, M. A., & Caltabiano, M. L. (2016). The interrelationship between orthorexia nervosa, perfectionism, body image and attachment style. *Eat Weight Disord*, 22(1), 177-184. <https://doi.org/10.1007/s40519-016-0280-x>

Barrada, J. R., & Roncero, M. (2018). Estructura Bidimensional de la Ortorexia: Desarrollo y Validación Inicial de un Nuevo Instrumento. *Anales de Psicología*, 34(2), 282-290. <https://doi.org/10.6018/analesps.34.2.299671>

Bayless, J. D., Kanz, J. E., Moser, D. J., McDowell, B. D., Bowers, W. A., Andersen, A. E., & Paulsen, J. S. (2002). Neuropsychological characteristics of patients in a hospital-based eating disorder program. *Annals of Clinical Psychiatry*, 14(4), 203-207. <http://dx.doi.org/10.3109/10401230209147458>

Beck, A., Ward, C., Mendelson, M., Mock, J., & Erbaugh, J. (1961). Inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 561-571. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1961.01710120031004>

Behar, R. (2021). Ortorexia nerviosa: ¿Un estilo de vida o el surgimiento de un nuevo trastorno alimentario?. *Revista chilena de nutrición*, 48(2), 255-265. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75182021000200255>

Bertran, M. (2010). Acercamiento antropológico de la alimentación y salud en México. *Physis-Revista de Saúde Colectiva*, 20(2), 387-41. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=400838227004>

Boná, E., Túry, F., & Forgács, A. (2019). Evolutionary aspects of a new eating disorder: Orthorexia nervosa in the 21st century. *Psychological Thought*, 12(2), 4-13. <https://doi.org/10.5964/psyct.v12i2.356>

Byrne, D. (1969). The repression-sensitization as a dimension of personality. En B. A. Maher (Ed.). *Progress in experimental personality research* (págs 169-220). Nueva York: Academic Press.

Bratman, S. (2017). Orthorexia vs. Theories of healthy eating. *Eat Weight Disord*, 22(3), 381-385. <https://doi.org/10.1007/s40519-017-0417-6>

Bratman, S., & Knight, D. (2000) Health food junkies. Broadway, New York.

Brytek-Matera, A. (2007). Anorexia nervosa among French adolescent females in relation to self-esteem, coping strategies, anger expression and anger control. *Archives of Psychiatry and Psychotherapy*, 4, 53-57. https://www.researchgate.net/publication/228784266_Anorexia_nervosa_among_French_adolescent_females_in_relation_to_self-esteem_coping_strategies_anger_expression_and_anger_control

Brytek-Matera, A. (2012). Orthorexia nervosa- An eating disorder, obsessive-compulsive disorder or disturbed eating habit. *Archives of Psychiatry and Psychotherapy*, 1(1), 55-60. <https://www.researchgate.net/publication/266008463>

Brytek-Matera, A., Gramaglia, C., Gambaro, E., Delicato, C., & Zeppego, P. (2018). The psychopathology of body image in orthorexia nervosa. *Journal of Psychopathology*, 24(1), 133-140. <https://www.researchgate.net/publication/328393451>

Brytek-Matera, A., Staniszevska, A., & Hallit, S. (2020). Identifying the Profile of Orthorexic Behavior and “Normal” Eating Behavior with Cluster Analysis: A Cross-Sectional Study among Polish Adults. *Nutrients*, 12(1), 1-16. <https://doi.org/10.3390/nu12113490>

Brytek-Matera, A., Pardini, S., Modrzejewska, J., Modrzejewska, A., Szymańska, P., Czepczor-Bernat, K., & Novara, C. (2021). Orthorexia Nervosa and its association with obsessive-compulsive disorder symptoms: initial cross-cultural comparison between Polish and Italian university students. *Eating and Weight Disorders*, 27(3), 913-927. <https://doi.org/10.1007/s40519-021-01228-y>

Canova-Barrios, C., Quintana-Honores, M., & Álvarez-Miño, L. (2018). Estilos de Vida y su implicación en la salud de los estudiantes Universitarios de las Ciencias de la Salud:

Una revisión sistemática. *Revista Científica*, 24(2), 2-30.
<https://www.researchgate.net/publication/329440741>

Cantú, R., Alegre, J., Martínez, O., Chávez, M., Arellano, S., Saucedo, C., Talamantes, J., & Landero, R. (2010). Satisfacción con la vida, comunicación con padres y estrés percibido en jóvenes universitarios *SUMMA Psicológica UST*, 7(2), 83-92.
<https://doi.org/10.18774/448x.2010.7.126>

Castro, J., Toro, J., Salamero, M., & Guimerá, E. (1991). The Eating Attitudes Test: Validation of the Spanish version. *Evaluación Psicológica*, 7, 175-189.
https://www.researchgate.net/publication/262441219_Adaptation_and_validation_of_the_Spanish_version_of_the_Disordered_Eating_Attitude_Scale_DEAS

Catalina-Zamora, M. L., Bote, B., García, F., & Ríos, B. (2005). Orthorexia nervosa. A new eating behavior disorder?. *Actas españolas de psiquiatría*, 33(1), 66–68. https://xn--essstrungen-aargau.h3b.ch/media/archive1/fachpersonen/diagnostik/differentialdiagnostik/Orthorexia_NewEatingDisorder.pdf

Crawford, R. (1980). Healthism and the medicalization of everyday life. *International journal of health services : planning, administration, evaluation*, 10(3), 365–388.
<https://doi.org/10.2190/3H2H-3XJN-3KAY-G9NY>

Cartwright, M. M. (2004). Eating disorder emergencies: understanding the medical complexities of the hospitalized eating disordered patient. *Crit Care Nurs Clin N Am*, 16(4), 515–530. <https://doi.org/10.1016/j.ccell.2004.07.002>

Cecilia, M., Atucha, N., & García-Estañ, J. (2017). Estilos de salud y hábitos saludables en estudiantes del Grado en Farmacia. *Educación Médica*, 19(3), 294-305.
<https://doi.org/10.1016/j.edumed.2017.07.008>

Cena, H., Barthels, F., Cuzzolaro, M., Bratman, S., Brytek-Matera, A., Dunn, T., Varga, M., Missbach, B., & Donini, L. M. (2019). Definition and diagnostic criteria for orthorexia nervosa: a narrative review of the literature. *Eating and weight disorder*, 24(2), 209–246.
<https://doi.org/10.1007/s40519-018-0606-y>

Cohen, S., Kamarck, T., & Mermelstein, R. (1983). A Global Measure of Perceived Stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 24(4), 385-396. <https://doi.org/10.2307/2136404>

Cheshire, A., Berry, M., & Fixsen, A. (2020). What are the key features of orthorexia nervosa and influences on its development? A qualitative investigation. *Appetite*, 155(1), 1-10. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2020.104798>

Chorot, P., & Sandín, B. (1987). Escala de Estrategias de Coping (EEC). Madrid: Universidad Nacional de Educación a Distancia.

Depa, J., Barrada, J. R., & Roncero, M. (2019). Are the Motives for Food Choices Different in Orthorexia Nervosa and Healthy Orthorexia?. *Nutrients*, 11(3), 1-14. <https://doi.org/10.3390/nu11030697>

Díaz-Marsa, M., Carrasco J. L., & Saiz, J. (2000). A study of temperament and personality in anorexia and bulimia nervosa. *Journal of Personal Disorders*, 14(4), 352–359. <https://doi.org/10.1521/pedi.2000.14.4.352>

Di-colloredo, C. A, Aparicio, D. P., & Moreno, J. (2007). Descripción de los estilos de afrontamiento en hombres y mujeres ante la situación de desplazamiento. *Psychologia. Avances de la disciplina*, 1(2), 125-156. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=297224996002>

Donini, L. M., Marsili, D., Graziani, M. P., Imbriale, M., & Cannella, C. (2005). Orthorexia nervosa: a preliminary study with a proposal for diagnosis and an attempt to measure the dimension of the phenomenon. *Eating and weight disorders* 9(2), 151–157. <https://doi.org/10.1007/BF03325060>

Dunn, T. M., & Bratman, S. (2016). On orthorexia nervosa: A review of the literature and proposed diagnostic criteria. *Eating behaviors*, 21(1), 11–17. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2015.12.006>

Eriksson, L., Baigi, A., Marklund, B., & Lindgren, E. C. (2008). Social physique anxiety and sociocultural attitudes toward appearance impact on orthorexia test in fitness participants. *Scandinavian journal of medicine & science in sports*, 18(3), 389–394. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0838.2007.00723.x>

Escolar-Llamazares, M. C., Martínez, M. A., González, M. Y., Medina, M. B., Mercado, E., & Lara, F. (2017). *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 8, 105-112. <http://dx.doi.org/10.1016/j.rmta.2017.05.003>

Espinoza, A., Guaman, M., & Siguenza, W. (2018). Estilos de afrontamiento en adolescentes de colegios de la ciudad de Cuenca, Ecuador. *Revista cubana de educación superior*, 37(2), 45-62. <http://scielo.sld.cu/pdf/rces/v37n2/rces04218.pdf>

Faro, A. (2015). Confirmatory factor analysis of three versions of the Perceived Stress Scale (PSS): A population-based study. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 28(1), 21-30. <https://doi.org/10.1590/1678-7153.201528103>

Fidan, T., Ertekin, V., Isikay, S., & Kirpinar, I. (2010). Prevalence of orthorexia among medical students in Erzurum, Turkey. *Comprehensive Psychiatry*, 51(1), 49-54. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2009.03.001>

Folkman S. (2013) Estrés: evaluación y afrontamiento. En: Gellman M. D, Turner J. R (eds). *Encyclopedia of Behavioral Medicine*. Springer, Nueva York, N. Y. https://doi.org/10.1007/978-1-4419-1005-9_215

Folkman, S., & Lazarus, R. S. (1980). An analysis of coping in a middle-aged community sample. *Journal of Health and Social Behavior*, 21(3), 219-239. <https://doi.org/10.2307/2136617>

Fullana, M. A., Tortella-Feliu, M., Caseras, X., Andión, Ó., Torrubia, R., & Mataix-Cols, D. (2005). Psychometric properties of the Spanish version of the Obsessive–Compulsive Inventory-Revised in a non-clinical sample. *Journal of Anxiety Disorders*, 19, 893-903. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2004.10.004>

Garza, J. P., Cruz-de la Cruz, C., Leija, J. G., Sánchez, K. E., & Kawas, O. (2021). Reevaluación positiva como estrategia de afrontamiento del estrés durante la pandemia de COVID-19. *Salud mental*, 44(4), 177-184. <https://doi.org/10.17711/SM.0185-3325.2021.023>

Gelabert, E., García-Esteve, L., Martín-Santos, R., Gutiérrez, F., Torres, A., & Subirà, S. (2011). Psychometric properties of the Spanish version of the Frost Multidimensional Perfectionism Scale in women. *Psicothema*, 23, 133-139. <https://www.psicothema.com/pdf/3861.pdf>

Goldschmidt, A. B., Lavender, J. M., Hipwell, A. E., Stepp, S. D., & Keenan, K. (2017). Emotion Regulation and Loss of Control Eating in Community-Based Adolescents. *Journal of abnormal child psychology*, 45(1), 183–191. <https://doi.org/10.1007/s10802-016-0152-x>

Gómez-Peresmitré, G. (2014). Imagen corporal y Orientación Sexual. Fenix.

González, M.T., & Landero, R. (2006). Síntomas psicósomáticos autoinformados y estrés en estudiantes de Psicología. *Revista de Psicología Social*, 21(2), 141-152. <https://doi.org/10.1174/021347406776591558>

González, M. T., & Landero, R. (2007a). Factor Structure of the Perceived Stress Scale (PSS) in a Sample from Mexico *The Spanish Journal of Psychology*, 10(1), 199-206. <https://www.redalyc.org/pdf/172/17210120.pdf>

González, M. T., & Landero, R. (2007b). Cuestionario de afrontamiento del estrés (CAE): Validación en una muestra mexicana. *Revista de Psicopatología y Psicología clínica*, 12(2), 189-198. <https://doi.org/10.5944/rppc.vol.12.num.3.2007.4044>

Graham, E. C. (2003). Development of the Eating Habits Questionnaire. [Tesis de maestría]. Texas A&M University.

Greville-Harris, M., Smithson, J., & Karl, A. (2020). What are people's experiences of orthorexia nervosa? A qualitative study of online blogs. *Eating and Weight Disorders- Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 25(6), 1693-1702. <https://doi.org/10.1007/s40519-019-00809-2>

Gleaves, D. H., Graham, E. C., & Ambwani, S. (2013). Measuring orthorexia: Development of the Eating Habits Questionnaire. *The International Journal of Educational and Psychological Assessment*, 12(1), 1-18. https://www.researchgate.net/publication/263808892_Measuring_Orthorexia_Development_of_the_Eating_Habits_Questionnaire

Háman, L., Barker-Ruchti, N., Patriksson, G., & Lindgren, E. C. (2015). Orthorexia nervosa: An integrative literature review of a lifestyle syndrome. *International journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 10(1), 1-15. <https://doi.org/10.3402/qhw.v10.26799>

Hernández, M., Martínez, B., Almiron-Roig, E., Pérez-Diez, S., San Cristóbal, R., Navas-Carretero, S., & Alfredo, J. (2018). Influencia multisensorial sobre la conducta alimentaria: Ingesta hedónica. *Endocrinología, Diabetes y Nutrición (EDN)*, 65(2), 114-125. <https://doi.org/10.1016/j.endinu.2017.09.008>

Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, M. (2014). Metodología de la investigación (6ª ed.). McGraw-Hill.

Jalca-Ávila, M. N., Coolt-Cevallos, C. E., Baque-Arteaga, K. S., & Caderón-Pico, A. E. (2020). Estrés como desencadenante del sobrepeso y obesidad en estudiantes universitarios. *Polo del Conocimiento*, 5(6), 739-749. <https://doi.org/10.23857/pc.v5i6.1992>

Jiménez, O., & Ojeda, R. (2017). Estudiantes universitarios y el estilo de vida. *Revista Iberoamericana de Producción Académica y Gestión Educativa*, 4(8), 1-15. <http://www.pag.org.mx/index.php/PAG/article/view/723>

Juárez, A. (2019). Depresión en jóvenes universitarios: Una aproximación desde el modelo ecológico de conductas de salud. [Tesis de doctorado]. Universidad Nacional Autónoma de México.

Juárez, A. (2007). Factores psicosociales, estrés y salud en distintas ocupaciones: un estudio exploratorio. *Investigación en salud*, 9(1), 57-64. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=14290109>

Kalra, S., Kapoor, N., & Jacob, J. (2020). Orthorexia nervosa. *Journal of the Pakistan Medical Association*, 70(7), 1282-1284. <https://jpma.org.pk/PdfDownload/10043>

Koven, N., & Senbonmatsu, R. (2013). A neuropsychological evaluation of orthorexia nervosa. *Open Journal of Psychiatry*, 3(1), 214-222. <http://dx.doi.org/10.4236/ojpsych.2013.32019>

Koven, N. S., & Abry, A. W. (2015). The clinical basis of orthorexia nervosa: emerging perspectives. *Neuropsychiatric disease and treatment*, 11(1), 385-394. <https://doi.org/10.2147/NDT.S61665>

Klump, K. L., Bulik, C. M., Pollice, C., Halmi, K. A., Fichter, M. M., Berrettini, W. H., Devlin, B., Strober, M., Kaplan, A., Woodside, D. B., Treasure, J., Shabbout, M., Lilenfeld, L. R.,

Plotnicov, K. H., & Kaye, W. H. (2000). Temperament and character in women with anorexia nervosa. *The Journal of nervous and mental disease*, 188(9), 559–567. <https://doi.org/10.1097/00005053-200009000-00001>

Lazarus, R. S. (1993). Coping theory and research: past, present, and future. *Psychosomatic medicine*, 55(3), 234–247. <https://doi.org/10.1097/00006842-199305000-00002>

Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). Estrés, valoración y afrontamiento. Nueva York: Springer.

Lee, J., & Macdonald, D. (2010). Are they just checking our obesity or what?' The healthism discourse and rural young women. *Sport, Education and Society*, 15(2), 203219. <https://doi.org/10.1080/13573321003683851>

Leiner, M., & Jiménez, P. (2011). Un estudio comparativo del estrés percibido en estudiantes de ciencias administrativas y biológicas en tiempos de violencia. *Contaduría y Administración*, 233(1), 99-119. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0186-10422011000100007

Lemos, M., Henao-Pérez, M., & López-Medina, D. C. (2018). Estrés y Salud Mental: Relación con Afrontamiento y Actividades Extracurriculares. *Archivos de medicina*, 14(2:3), 1-8. Doi: <https://doi.org/10.3823/1385>

Londoño, N. H., Henao-López, G. C., Puerta, I. C., Posada, S., Arango, D., & Aguirre, D. C. (2006). Propiedades psicométricas y validación de la escala de estrategias de coping modificada (EEC-M) en una muestra colombiana. *Universitas Psychologica*, 5(2), 327-349. <https://www.redalyc.org/pdf/647/64750210.pdf>

Lopes, R., Melo, R., & Dias-Pereira, B. (2018). Orthorexia nervosa and comorbid depression successfully treated with mirtazapine: a case report. *Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 25(1), 163-165. <https://doi.org/10.1007/s40519-018-0539-5>

McComb, S. E., & Mills, J. S. (2019). Orthorexia nervosa: A review of psychosocial risk factors. *Appetite*, 140, 50-75. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2019.05.005>

McEwen, B. S. (2000). Effects of adverse experiences for brain structure and function. *Biological psychiatry*, 48(8), 721-731. [https://doi.org/10.1016/s0006-3223\(00\)00964-1](https://doi.org/10.1016/s0006-3223(00)00964-1)

Marazziti, D., Presta, S., Baroni, S., Silvestri, S., & Dell'Osso, L. (2014). Behavioral addictions: a novel challenge for psychopharmacology. *CNS Spectrums*, 19(06), 486–495. <https://doi.org/10.1017/S1092852913001041>

Martínez-González, L., Fernández, T., Molina, A. J., Ayán, C., Bueno, A., Capelo, R., Mateos, R., & Martín, V. (2014). Prevalencia de trastornos de la conducta alimentaria en universitarios españoles y factores asociados: proyecto uniHcos. *Nutrición Hospitalaria*, 30(4), 927-934. <https://doi.org/10.3305/nh.2014.30.4.7689>

Matthews, K. L., Capra, S. M., & Palmer, M. A. (2018). Throw caution to the wind: Is refeeding syndrome really a cause of death in acute care?. *European Journal of Clinical Nutrition*, 72(1), 93-98. <https://doi.org/10.1038/ejcn.2017.124>

Mathieu, J. (2005). What is orthorexia?. *Journal of the American Dietetic Association*, 105(10), 1510-1512. <https://doi.org/10.1016/j.jada.2005.08.021>

Moreira-Pérez, D., Dueñas-Núñez, M., & Alfonso-Moré, A. (2018). El estilo de vida y su correlación con el índice de masa corporal en estudiantes de 2do año de la comunidad de la universidad de las ciencias informáticas. *OLIMPIA. Revista de la Facultad de Cultura Física de la Universidad de Granma*, 15(50), 108-118. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6578677>

Moroze, R. M., Dunn, T. M., Holland, J. C., Yager, J., & Weintraub, P. (2015). Microthinking about micronutrients: A case of transition from obsessions about healthy eating to near-fatal “orthorexia nervosa” and proposed diagnostic criteria. *Psychosomatics*, 56(4), 397-403. <https://doi.org/10.1016/j.psych.2014.03.003>

Naranjo, M. L. (2009). Una revisión teórica sobre el estrés y algunos aspectos relevantes de éste en el ámbito educativo. *Revista Educación*, 33(2), 171-190. <https://www.redalyc.org/pdf/440/44012058011.pdf>

Nava, C., Ollua, P., Vega, C., & Soria, R. (2010). Inventario de Estrategias de Afrontamiento: una replicación. *Psicología y Salud*, 20(2), 213-220. <https://doi.org/10.25009/pys.v20i2.604>

Nelson, M., Story, M., Larson, N., Neumark-Sztainer, D., & Lytle, L. (2008). Emerging adulthood and collegeaged youth: An overlooked age for weight-related behavior change. *Obesity*, 16(10), 2205-2211. <https://doi.org/10.1038/oby.2008.365>

Nicolosi, G. (2006). Biotechnologies, alimentary fears and the orthorexic society. *Tailoring Biotechnologies*, 2(3), 37-56. https://www.researchgate.net/publication/229077615_Biotechnologies_alimentary_fears_and_the_orthorexic_society

Osuna-Ramírez, I., Hernández-Prado, B., Campuzano, J. C., & Salmeron, J. (2006). Índice de Masa Corporal y percepción de la imagen corporal en una población adulta mexicana: La precisión del autorreporte. *Salud pública de México*, 48 (2). www.redalyc.org/pdf/106/10648202.pdf

Parra-Fernández, M. L., Rodríguez-Cano, T., Onieva-Zafra, M. D., Perez-Haro, M. J., Casero-Alonso, V., Fernández-Martínez, E., & Notario-Pacheco, B. (2018). Prevalence of orthorexia nervosa in university students and its relationship with psychopathological aspects of eating behaviour disorders. *BMC psychiatry*, 18(1), 364. <https://doi.org/10.1186/s12888-018-1943-0>

Parra-Carriedo, A., Tena-Suck, A., Barajas-Márquez, M. W., Bilbao, G. M., Díaz, M. C., Flores, I., & Ruíz-Shuayre, A. (2020). When clean eating isn't as faultless: the dangerous obsession with healthy eating and the relationship between Orthorexia nervosa and eating disorders in Mexican University students. *J Eat Disord*, 8(54), 1-12. <https://doi.org/10.1186/s40337-020-00331-2>

Pardo, A., Ruíz, M.A., & San Martín, R. (2009). Análisis de datos en ciencias sociales y de la salud. Síntesis S.A.

Piergiovanni, L., & Depaula, P. (2018). Estudio descriptivo de la autoeficacia y las estrategias de afrontamiento al estrés en estudiantes universitarios argentinos. *Revista*

mexicana de investigación educativa, 23(77), 413-432.
http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S1405-66662018000200413&script=sci_abstract

Pozzi, G., Frustaci, A., Tedeschi, D., Solaroli, S., Grandinetti, P., Di Nicola, M., & Janiri, L. (2015). Coping strategies in a sample of anxiety patients: factorial analysis and associations with psychopathology. *Brain and Behavior*, 5(8), 1-10.
<https://doi.org/10.1002/brb3.351>

Obeid, S., Hallit, S., Akel, M., & Brytek-Matera, A. (2021). Orthorexia nervosa and its association with alexithymia, emotion dysregulation and disordered eating attitudes among Lebanese adults. *Eating and weight disorders*, 26(8), 2607–2616.
<https://doi.org/10.1007/s40519-021-01112-9>

Oberle, C. D., Samaghabadi, R. O., & Hughes, E. M. (2017). Orthorexia nervosa: Assessment and correlates with gender, BMI, and personality. *Appetite*, 108(1), 303–310. Doi:
<https://doi.org/10.1016/j.appet.2016.10.021>

Oberle, C. D., De Nadai, A. S., & Madrid, A. L. (2021). Orthorexia Nervosa Inventory (ONI): development and validation of a new measure of orthorexic symptomatology. *Eating and weight disorders: EWD*, 26(2), 609–622. <https://doi.org/10.1007/s40519-020-00896-6>

Ojeda-Martín, A., López-Morales, M. P., Jáuregui-Lobera, I., & Herrero-Martín, G. (2021). Uso de redes sociales y riesgo de padecer TCA en jóvenes. *JONNPR*, 6(10), 1298-1307. <https://doi.org/10.19230/jonnpr.4322>

Organización Mundial de la Salud. (2020). Prevalence of obesity among adults, BMI > =30 (age-standardized estimate) (%). [https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/prevalence-of-obesity-among-adults-bmi-=-30-\(age-standardized-estimate\)-\(-\)](https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/prevalence-of-obesity-among-adults-bmi-=-30-(age-standardized-estimate)-(-))

Organización Mundial de la Salud. (2019). CIE-11 para estadísticas de mortalidad y morbilidad. <https://icd.who.int/browse11/l-m/es>

Quiles, Y., & Terol, M.C. (2008). Afrontamiento y trastornos de la conducta alimentaria. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 40(2), 259-280.
<https://www.redalyc.org/pdf/805/80500205.pdf>

Ramos, F. Manga, D., & Morán, C. (2005). Escala de Cansancio Emocional (ECE) para estudiantes universitarios: Propiedades psicométricas y asociación. INTERPSIQUIS. https://www.researchgate.net/publication/271846180_Escala_de_cansancio_emocional_ECE_para_estudiantes_universitarios

Remor, E., & Carrobles, J. A. (2001). Versión Española de la Escala de Estrés Percibido (PSS-14): estudio psicométrico en una muestra VIH+. *Ansiedad y Estrés*, 7(2-3), 195-201. <http://www.sidastudi.org/es/registro/2c9391e41fb402cc011fb44948bd4f00>

Rivarola, M. F. (2003). La imagen corporal en adolescentes mujeres: su valor predictivo en trastornos alimentarios. *Fundamentos En Humanidades*, IV(1984), 149–161. <http://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/1273106.pdf%5Cnhttp://dialnet.unirioja.es/servlet/extart?codigo=1273106>

Roncero, M., Barrada, J. R., & Perpiñá, C. (2017). Medición de la ortorexia nerviosa: Limitaciones psicométricas del ORTO-15. *Revista Española de Psicología*, 20(41), 1-9. <http://doi.org/10.1017/sjp.2017.36>

Ruíz, A., & Quiles, Y. (2021). Prevalencia de la Ortorexia Nerviosa en estudiantes universitarios españoles: relación con la imagen corporal y con los trastornos alimentarios. *Anales de Psicología*, 37(3), 493-499. <https://doi.org/10.6018/analesps.449041>

Sanabria-Ferrand, P. A., Gonzales, L. A., & Urrego, D. Z. (2007). Estilos de vida saludable en profesionales de la salud colombianos. Estudio exploratorio. *Revista Med*, 15(2), 207–217. http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S012152562007000200008&script=sci_abstract&tlng=es

Sandín, B., & Chorot, P. (2003). Cuestionario de afrontamiento del estrés (CAE): Desarrollo y validación preliminar. *Revista de Psicopatología y Psicología clínica*, 8 (1), 39-53. <https://doi.org/10.5944/rppc.vol.8.num.1.2003.3941>

Sandín, B. (2003). El estrés: un análisis basado en el papel de los factores sociales. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 3(1), 141-157. <https://www.redalyc.org/pdf/337/33730109.pdf>

Sandín, B. (2009). El estrés. *Manual de psicopatología* (págs. 3-43). McGrawHill.

Sandín, B., Chorot, P., Lostao, L., Joiner, T. E., Santed, M. A., & Valiente, R. M. (1999). Escalas PANAS de afecto positivo y negativo: Validación factorial y convergencia transcultural [Positive and Negative Affect Schedule: Factorial validation and transcultural convergence]. *Psicothema*, *11*, 37-51. <https://www.psicothema.com/pdf/229.pdf>

Segura-Garcia, C., Ramacciotti, C., Rania, M., Aloï, M., Caroleo, M., Bruni, A., Gazzarrini, D., Sinopoli, F., & De Fazio, P. (2015). The prevalence of orthorexia nervosa among eating disorder patients after treatment. *Eating and weight disorders*, *20*(2), 161–166. <https://doi.org/10.1007/s40519-014-0171-y>

Sierra, J. C., Ortega, V., & Zubeidat, I. (2003). Ansiedad, angustia y estrés: tres conceptos a diferenciar. *Revista Mal-estar E Subjetividade*, *3*(1), 10-59. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=27130102>

Syurina, E. V., Bood, Z. M., Ryman, F. V., & Muftugil-Yalcin, S. (2018). Cultural phenomena believed to Be associated with orthorexia nervosa - opinion study in Dutch health professionals. *Frontiers in Psychology*, *9*. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6142186/>

Stutts, L. A. (2020). It's complicated: The relationship between orthorexia and weight/shape concerns, eating behaviors, and mood. *Eating behaviors*, *39*(3). <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2020.101444>

Ramacciotti, C. E., Perrone, P., Coli, E., Burgalassi, A., Conversano, C., Massimetti, G., & Dell'Osso, L. (2011). Orthorexia nervosa in the general population: A preliminary screening using a self-administered questionnaire (ORTO-15). *Eating Weight Disord*, *16*(2), 127-130. <https://doi.org/10.1007/BF03325318>

Reynolds, R. (2018). Is the prevalence of orthorexia nervosa in an Australian university population 6.5%?. *Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, *23*(4), 453-458. <https://doi.org/10.1007/s40519-018-0535-9>

Simpson, C. C., & Mazzeo, S. E. (2017). Attitudes toward orthorexia nervosa relative to DSM-5 eating disorders. *The International journal of eating disorders*, 50(7), 781–792. <https://doi.org/10.1002/eat.22710>

Törestad, B., Magnusson, D., & Oláh, A. (1990). Afrontamiento, control y experiencia de la ansiedad: una perspectiva interactiva. *Investigación sobre la ansiedad: Una revista internacional*, 3(1), 1-16. <https://doi.org/0.1080 / 08917779008248737>

Turner, P., & Lefevre, C. (2017). Instagram use is linked to increased symptoms of orthorexia nervosa. *Eat Weight Disord*, 22(2), 277-284. <https://doi.org/10.1007 / s40519-017-0364-2>

Unikel, C., Díaz de León, C., & Rivera, J. A. (2016). Conductas alimentarias de riesgo y correlatos psicosociales en estudiantes universitarios de primer ingreso con sobrepeso y obesidad. *Salud mental*, 39(3), 141-148. <https://doi.org/0.17711/SM.0185-3325.2016.012>

Uresti-Maldonado, K.C., Orozco-Ramírez, L.A., Ybarra-Sagarduy, J.L., & Espinosa-Muñoz, M.C. (2017). Percepción del machismo, rasgos de expresividad y estrategias de afrontamiento al estrés en hombres adultos del noreste de México. *Acta universitaria*, 27(4), 59-68. <https://doi.org/10.15174/au.2017.1273>

Vallejo-Martín, M., Aja, J., & Plaza, J. J. (2018). Estrés percibido en estudiantes universitarios: influencia del burnout y del engagement académico. *International Journal of Educational Research and Innovation (IJERI)*, 9(1), 220-236. <https://www.upo.es/revistas/index.php/IJERI/article/view/2558>

Valera, J. H., Ruiz, P. A., Valdespino, B. R., & Visioli, F. (2014). Prevalence of orthorexia nervosa among ashtanga yoga practitioners: A pilot study. *Eating and Weight Disorders*, 9(4), 469-472. <https://doi.org/10.1007/s40519-014-0131-6>

Varga, M., Dukay-Szabó S., Túry, F., & van Furth, E. (2013). Evidence and gaps in the literature on orthorexia nervosa. *Eat Weight Disord*, 18(2), 103-111. <https://doi.org/10.1007/s40519-013-0026-y>

Vuillier, L., Robertson, S., & Greville-Harris, M. (2020). Orthorexic tendencies are linked with difficulties with emotion identification and regulation. *Journal of Eating Disorders*, 8(15), 1-10. <https://doi.org/10.1186/s40337-020-00291-7>

Yilmaz, H., Karakus, G., Tamam, L., Demirkol, M., Namli, Z., & Yeşiloğlu, C. (2020). Association of orthorexic tendencies with obsessive-compulsive symptoms, eating attitudes and exercise. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, *16*(1), 3035-3044. <https://doi.org/10.2147/NDT.S280047>

Zickgraf, H. F., Ellis, J. M., & Essayli, J. H. (2019). Disentangling orthorexia nervosa from healthy eating and other eating disorder symptoms: Relationships with clinical impairment, comorbidity, and self-reported food choices. *Appetite*, *134*(1), 40–49. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2018.12.006>

Anexos

Anexo 1. Escala de Estrés Percibido PSS-14

Marca la opción que mejor se adecúe a tu situación actual, teniendo en cuenta el *último mes*.

<i>Durante el último mes:</i>	Nunca	Casi nunca	De vez en cuando	A menudo	Muy a menudo
E1. ¿Con qué frecuencia has estado afectado/a por algo que ha ocurrido inesperadamente?	0	1	2	3	4
E2. ¿Con qué frecuencia te has sentido incapaz de controlar las cosas importantes de tu vida?	0	1	2	3	4
E3. ¿Con qué frecuencia te has sentido nervioso/a o estresado/a (lleno de tensión)?	0	1	2	3	4
E4. ¿Con qué frecuencia has manejado con éxito los pequeños problemas irritantes de la vida?	0	1	2	3	4
E5. ¿Con qué frecuencia has sentido que has afrontado efectivamente los cambios importantes que han estado ocurriendo en tu vida?	0	1	2	3	4
E6. ¿Con qué frecuencia has estado seguro/a sobre tu capacidad de manejar tus problemas personales?	0	1	2	3	4
E7. ¿Con qué frecuencia has sentido que las cosas te van bien?	0	1	2	3	4
E8. ¿Con qué frecuencia has sentido que no podías afrontar todas las cosas que tenías que hacer?	0	1	2	3	4
E9. ¿Con qué frecuencia has podido controlar las dificultades de tu vida?	0	1	2	3	4
E10. ¿Con qué frecuencia has sentido que tienes el control de todo?	0	1	2	3	4
E11. ¿Con qué frecuencia has estado enfadado/a porque las cosas que te han ocurrido estaban fuera de tu control?	0	1	2	3	4
E12. ¿Con qué frecuencia has pensado sobre las cosas que no has terminado (pendientes de hacer)?	0	1	2	3	4
E13. ¿Con qué frecuencia has podido controlar la forma de pasar el tiempo (organizar)?	0	1	2	3	4

E14. ¿Con qué frecuencia has sentido que las dificultades se acumulan tanto que no puedes superarlas?	0	1	2	3	4
---	----------	----------	----------	----------	----------

Anexo 2. Cuestionario de Afrontamiento del Estrés (CAE)

Indica qué haces tú para enfrentar las situaciones o problemas estresantes más importantes que has vivido **DURANTE EL ÚLTIMO AÑO**. Lee atentamente cada inciso y elige tu respuesta marcando la casilla.

	Nunca	Casi nunca	De vez en cuando	A menudo	Casi siempre
Pedí a parientes o amigos que me ayudaran a pensar acerca del problema	0	1	2	3	4
Pedí a algún amigo o familiar que me indicara cuál sería el mejor camino a seguir	0	1	2	3	4
Procuré que algún familiar o amigo me escuchara cuando necesité manifestar mis sentimientos	0	1	2	3	4
Me comporté de forma hostil con los demás	0	1	2	3	4
Agredí a algunas personas	0	1	2	3	4
Me irrité con alguna gente	0	1	2	3	4
Asistí a la Iglesia	0	1	2	3	4
Acudí a la Iglesia para rogar que se solucionase el problema	0	1	2	3	4
Acudí a la Iglesia a poner velas o rezar	0	1	2	3	4
Establecí un plan de acción y procuré llevarlo a cabo	0	1	2	3	4
Hice frente al problema poniendo en marcha varias soluciones concretas	0	1	2	3	4
Pensé detenidamente los pasos a seguir para enfrentarme al problema	0	1	2	3	4
Cuando me venía a la cabeza el problema, trataba de concentrarme en otras cosas	0	1	2	3	4
Me concentré en el trabajo o en otra actividad para olvidarme del problema	0	1	2	3	4
Procuré no pensar en el problema	0	1	2	3	4
Me convencí de que hiciera lo que hiciera las cosas siempre me saldrían mal	0	1	2	3	4
Me sentí indefenso(a) e incapaz de hacer algo positivo para cambiar la situación	0	1	2	3	4
Me di cuenta de que por mí mismo no podía hacer nada para resolver el problema	0	1	2	3	4

Intenté centrarme en los aspectos positivos del problema	0	1	2	3	4
Intenté sacar algo positivo del problema	0	1	2	3	4
Experimenté personalmente eso de que ´no hay mal que por bien no venga´	0	1	2	3	4

Anexo 3. Escala de Ortorexia de Teruel

Las siguientes preguntas se relacionan con las ideas y actitudes que tienes en relación con la alimentación. En concreto, nos gustaría saber hasta qué punto para ti es importante seguir una alimentación sana o consumir alimentos como, por ejemplo, aquellos libres de grasa, sal, conservantes, aditivos hechos por el ser humano o cualquier sustancia que consideres nociva o tóxica, como herbicidas o pesticidas.

	Nada de acuerdo	Algo de acuerdo	Bastante de acuerdo	Muy de acuerdo
1. Me siento bien cuando como comida sana				
2. Empleo gran cantidad de tiempo en comprar, planificar y/o preparar la comida para que mi alimentación sea lo más saludable posible				
3. Considero que mi modo de alimentarme es más sano al del común de la gente				
4. Me siento culpable cuando como algún alimento que considero no sano				
5. Mis relaciones sociales se han visto afectadas negativamente a causa de mi preocupación por comer alimentos sanos				
6. Mi interés por una alimentación sana es una parte importante de mi forma de ser, de entender el mundo				
7. Prefiero comer un alimento sano y poco sabroso que un alimento de buen sabor que no sea sano				
8. Como principalmente alimentos que considero sanos				
9. Mi preocupación por la alimentación sana me consume mucho tiempo				
10. Me preocupa la posibilidad de comer alimentos poco saludables				
11. No me importa gastar más dinero en un alimento si lo considero más sano.				
12. Me siento agobiado/a o triste si como alimentos que no considero sanos				
13. Prefiero comer poco, pero sano, a quedar saciado/a con comida que pueda no ser sana				
14. Evito comer con gente que no comparte mis ideas sobre alimentación sana				

15. Intento convencer a la gente de mi alrededor para que siga mis hábitos de alimentación saludable				
16. Si en algún momento como algo que considero no sano, me castigo por ello				
17. Los pensamientos sobre alimentación saludable no me dejan concentrarme en otras tareas				

CORRECIÓN:

Nada de acuerdo= 0; Algo de acuerdo= 1; Bastante de acuerdo= 2; Muy de acuerdo= 3.

TOS Ortorexia Saludable=

TOS1+TOS2+TOS3+TOS6+TOS7+TOS8+TOS11+TOS13+TOS15

TOS Ortorexia Nerviosa= TOS4+TOS5+TOS9+TOS10+TOS12+TOS14+TOS16+TOS17

Anexo 4. Consentimiento informado

Este cuestionario forma parte de una investigación que se lleva a cabo en la Facultad de Psicología de la UNAM y que tiene por objetivo conocer la forma en que las personas se sienten y actúan cotidianamente respecto a su alimentación. Es por ello que te solicitamos responder a una serie de preguntas.

Tu participación es voluntaria y no tiene riesgos identificados. Tus respuestas serán confidenciales y anónimas, es decir, NO se te pide ningún dato de identificación (nombre, teléfono, etc.) y sólo se utilizarán con fines estadísticos. Ten en cuenta que no existen respuestas buenas ni malas, por lo que te pedimos respondas con toda sinceridad.

Si aceptas participar y estás listo(a) para comenzar la evaluación, da clic en ACEPTO. Si aún no estás listo(a), da clic en NO ACEPTO y saldrás de esta página.

MUY IMPORTANTE: Asegúrate de contar con al menos 25 minutos sin distracciones para contestar, si en este momento NO los tienes, da clic en NO ACEPTO, y podrás ingresar posteriormente.

¡Gracias, tu participación es muy valiosa!