



Facultat de Psicologia, Ciències
de l'Educació i de l'Esport Blanquerna

Universitat Ramon Llull

TRABAJO FINAL DE MÁSTER EN PSICOLOGÍA GENERAL SANITARIA

DESARROLLO DE UNA TENDENCIA ORTORÉXICA EN SUJETOS ASIDUOS AL
GIMNASIO: *ORTOREXIA NERVIOSA ¿UN ESTILO DE VIDA SINDRÓMICO?*

Carlota Caterina Stewart Pardo

Tutores:
Meritxell Pacheco y Luis Botella

Curso 2016-17

DESARROLLO DE UNA TENDENCIA ORTORÉXICA EN SUJETOS ASIDUOS AL GIMNASIO: ORTOREXIA NERVIOSA ¿UN ESTILO DE VIDA SINDRÓMICO?

Carlota Caterina Stewart Pardo

Facultat de Psicologia, Ciències de l'Educació i l'Esport Blanquerna,
Universitat Ramon Llull, Barcelona.

RESUMEN. Objetivo: El presente trabajo se basa en el trastorno alimenticio Ortorexia Nerviosa; un trastorno obsesivo-compulsivo caracterizado por una extrema apetencia y constante selección de alimentos considerados saludables. La intención de este estudio es descubrir el desarrollo de la tendencia ortoréxica en sujetos que asisten de forma regular al gimnasio. **Material y Método:** La muestra escogida ha sido de 100 personas divididas en dos grupos en función del sexo y el horario al que asisten al gimnasio. A estos participantes se les ha pasado el cuestionario ORTO-15 (Donini, Marsilli, Graziani, Imbriale, y Cannella, 2005) el cual valida la tendencia ortoréxica. **Resultados:** El 15% de la muestra presenta una tendencia a la ortorexia nerviosa, siendo mayor en la población masculina. Los sujetos que asisten de tardes al gimnasio presentan una mayor tendencia. **Discusión:** En relación a los resultados, podemos extraer que existe cierta tendencia al desarrollo de ortorexia nerviosa en sujetos que asisten al gimnasio, especialmente en la población masculina. Actualmente, la ortorexia nerviosa constituye una gran línea de investigación cuyo objetivo es aumentar nuestra comprensión sobre los trastornos de conducta alimentaria.

Palabras clave: ON- Ortorexia nerviosa, ORTO-15, TCA - Trastorno de la conducta alimentaria, AN – Anorexia Nerviosa, TOC – Trastorno Obsesivo Compulsivo, *Healthism*, TIC.

ABSTRACT. Objective: This work is based on the eating disorder Orthorexia Nervosa, an obsessive-compulsive disorder characterized by extreme hunger and constant selection of foods considered healthy. The aim of this study is to discover the development of orthorexian trend in subjects who regularly attend the gym. **Material and Methods:** The sample selected was of 100 participants divided into two groups according to sex and the time they attend the gym. The questionnaire ORTHO- 15 (Donini, Marsilli, Graziani, Imbriale, & Cannella, 2005) which validates orthorexian trend have been passed to those participants. **Results:** 15% of the sample, presents an orthorexian trend, which is higher in the male population. Subjects who attend the gym in the afternoon, presents a higher trend. **Discussion:** According to the results, we can extract that some orthorexian nervosa trend exist in the population who attend the gym, especially in the male population. Orthorexia nervosa currently constitutes a line of research whose aim is to increase our understanding about feeding and eating disorders.

Key Words: ON- Ortorexia nervosa, ORTO-15, TCA - Trastorno de la conducta alimentaria, AN – Anorexia Nervosa, TOC – Trastorno Obsesivo Compulsivo, *Healthism*, TIC.

INTRODUCCIÓN

Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) son alteraciones de carácter cualitativo/cuantitativo que afectan a la alimentación y que ocasionan situaciones carenciales, problemas orgánicos y severos desajustes en la relación del sujeto con la alimentación (Aranceta, 2007).

En esta línea, podríamos encuadrar la ortorexia nerviosa (ON); un trastorno alimentario inicialmente descrito por Bratman y Knight (2000), que consiste en la fijación excesiva por ingerir únicamente alimentos saludables y la obsesión por tener una nutrición adecuada (Bratman y Knight, 2000). Así pues, la ON supondría una condición patológica por la que el sujeto desarrolla una fijación extrema por la alimentación sana (Barnes y Caltabiano, 2016).

Concretamente, la ON se caracteriza por la necesidad y el deseo obsesivo de ingerir comida, bajo la perspectiva del sujeto, sana y saludable. Estos individuos, habitualmente eliminan de sus dietas alimentos que consideran impuros llegando a restringir de una forma excesiva su alimentación (Barnes y Caltabiano, 2016). Con frecuencia, estas personas se alimentan de productos principalmente orgánicos, ecológicos y con determinadas exigencias de higiene y elaboración (Bratman y Knight, 2000).

Las personas que padecen ON presentan diversas conductas restrictivas y rituales obsesivos que van más allá de la selección de alimentos, por lo que Bratman y Knight (2000) establecieron una serie de criterios en el diagnóstico de este trastorno. Así pues, dichos sujetos piensan de forma excesiva (más de 3 horas al día) sobre los alimentos y la forma de cocinarlos, se sienten superiores a aquellos cuyos hábitos alimenticios no son como los suyos, siguen de forma estricta su dieta e incurren en actitudes restrictivas de alimentación, y su autoestima está directamente relacionada con la adherencia a la

dieta impuesta (Bratman y Knight, 2000). De igual modo, convierten su alimentación en el centro de sus vidas, por lo que reducen de forma exponencial sus relaciones interpersonales, actividades de ocio e incluso, en ocasiones, su salud físico-médica (Bratman y Knight, 2000).

Investigaciones más recientes ponen de manifiesto el aspecto más obsesivo de esta patología pues, los individuos con este trastorno vertebran todo su día en función de su dieta destinando gran parte del tiempo en pro del cumplimiento de la misma (Catalina, Bote, García y Ríos, 2005) y, de igual modo, la incapacidad para realizar alguno de los rituales establecidos (comprar determinados alimentos y/o cocinarlos de determinada forma), supone la aparición de un elevado sentimiento de culpa y preocupación (Brytek, 2012).

Cabe destacar que la personas con ON o tendencia ON no están preocupados por el sobrepeso ni por el mantenimiento de un peso bajo, toda su ansiedad radica en el tipo de alimento y la preparación del mismo (Brytek, Donini, Krupa, Poggiogalle y Hay, 2015).

Habitualmente y a lo largo de los diversos manuales utilizados en psicología y psiquiatría, los TCA incluían por lo general un número limitado de trastornos, siendo los de referencia la anorexia nerviosa (AN) y la bulimia nerviosa (Dell'Osso et al., 2016). En contraposición, la última versión del DSM-5, en su apartado de trastornos de la ingesta y la alimentación, ha añadido diversas alteraciones (pica, mericismo, etc.) dada la evidencia clínica de la relación de éstas con las conductas de ingesta/restricción de la alimentación y del malestar psíquico que produce la relación con la comida (Dell'Osso et al.2016).

En relación a este aspecto, diversos estudios ponen de manifiesto la estrecha relación que existe entre la AN y el Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC), siendo ambos entre

sí estrechamente comórbidos y cuyas formas de presentación clínica son similares (Koven y Abry, 2015). Blachno et al. (2016), hacen hincapié en los pensamientos obsesivos que se han observado en diversos pacientes con AN (tipo de dieta, peso e imagen) los cuales les llevan a rumiar de forma excesiva respecto a la comida y su aspecto físico. De igual modo, los pacientes con AN presentan determinadas conductas compulsivas (restricción coercitiva de la alimentación y meticulosidad en las comidas) (Blachno et al., 2016).

Así pues, no resulta difícil percibir la estrecha relación que puede tener la ON con la AN y el TOC pues estas tres alteraciones presentan muchos aspectos en común (Figura 1). En primer lugar, podemos extraer las similitudes que hay entre la AN y la ON en tanto a los rituales que se llevan a cabo con la comida, la concentración del pensamiento en la alimentación, los estrictos hábitos alimenticios y dietas que se imponen estos sujetos así como la estrecha relación entre alimentación y autoestima (Michalska, Szejko, Jakubczyk y Wojnar, 2016). Destaca al mismo tiempo, la elevada ansiedad que sienten estos sujetos así como la exacerbada necesidad de control (Koven y Abry, 2015).

En contraposición, es preciso mencionar también las diferencias que existen entre ambos trastornos; concretamente, la diferencia principal radica en la motivación que lleva a estos sujetos a experimentar un trastorno u otro. Es decir, la AN tiene como foco de preocupación la imagen corporal y el temor a engordar, factor que motiva la alteración del patrón alimenticio con el fin de perder peso; mientras que, en la ON los individuos adoptan una alimentación que ellos consideran saludable y natural, desarrollando unas creencias y pensamiento mágico respecto a este tipo de dieta (Koven y Abry, 2015). De igual modo, otro de los rasgos diferenciales se observa en la actitud que toman respecto a su alimentación, pues los sujetos con AN tratan de esconder sus

hábitos mientras que aquellos que padecen ON tratan de inculcarlos y por tanto mostrarlos abiertamente (Koven y Abry, 2015).

Por otro lado, podemos observar también la relación que existe entre la ON y el TOC. Las personas que padecen ON presentan elevados pensamientos rumiativos e intrusivos respecto a la alimentación, al mismo tiempo que introducen en sus vidas estrictos rituales de control para con su dieta (Michalska, Szejko, Jakubczyk y Wojnar, 2016). Al mismo tiempo, dicha relación entre ON y TOC se observa en la restricción de tiempo que tienen estos sujetos para realizar otras tareas dada la adherencia estricta que presentan en el cumplimiento de sus rituales (Koven y Abry, 2015).

Nuevamente, es preciso hacer mención a los indicadores diferenciales entre una patología y la otra. La principal diferencia consiste en el contenido de la obsesión, pues en los pacientes con ON éste se percibe como egosintónico, en contraposición al malestar y la ansiedad que sienten los sujetos con TOC dada su característica egodistónica (Michalska, Szejko, Jakubczyk y Wojnar, 2016) (Koven y Abry, 2015).

Recientemente, un único estudio con mujeres adultas que padecían ON pone de manifiesto la relación de la conductas ortoréxicas con la fase prodrómica de la esquizofrenia (Koven y Abry, 2015). A pesar de encontrar una baja comorbilidad entre la esquizofrenia y los TCA, dados los numerosos casos en los que se observa un TCA previo al primer episodio psicótico, mayormente AN, los investigadores han considerado algunas teorías respecto a esta relación: 1) la obsesión con la alimentación puede acabar siendo tal que se constituya un delirio y 2) las deficiencias nutricionales así como la restricción de la alimentación pueden impulsar la psicosis (Koven & Abry, 2015).

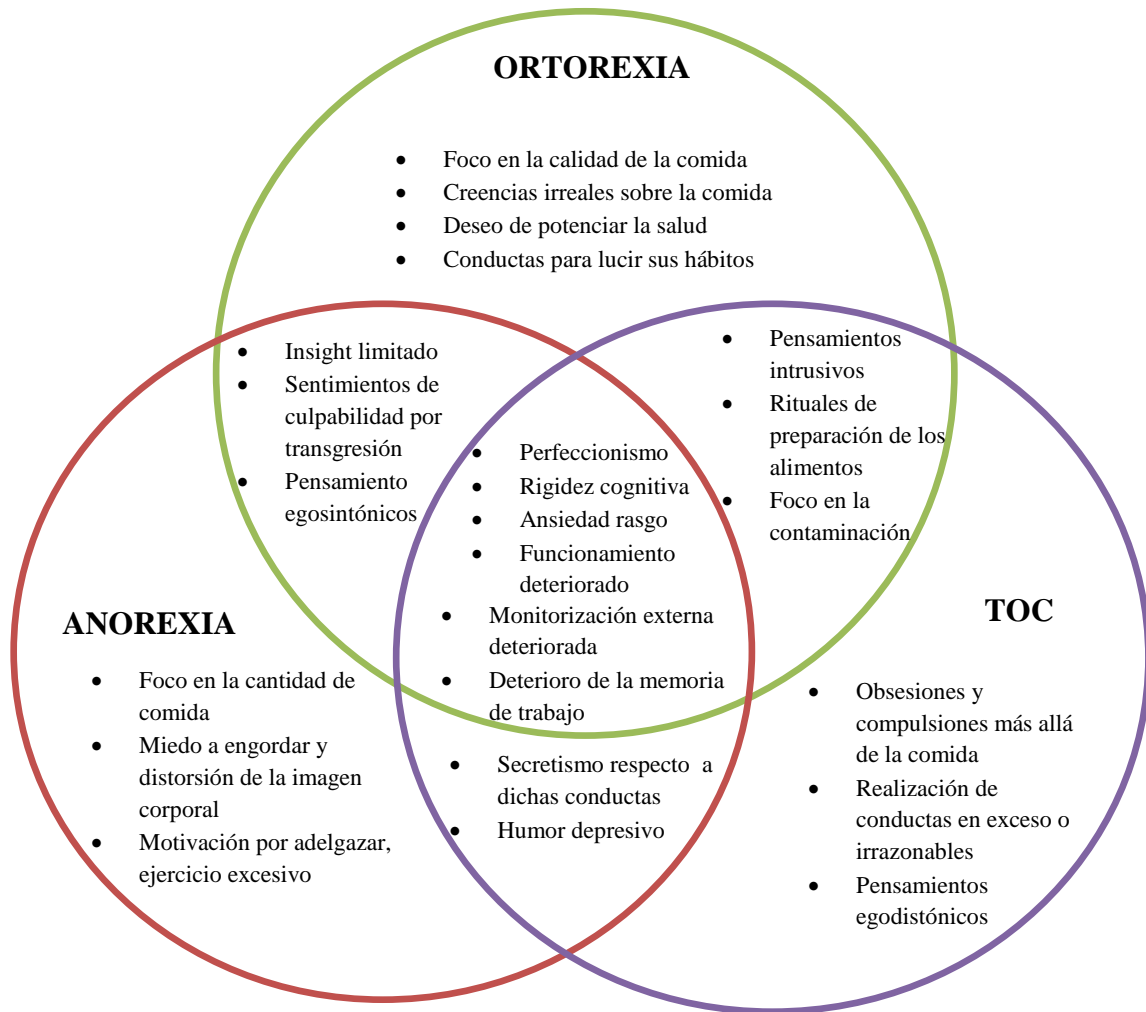


Figura 1.

Diagrama resumen de las similitudes y diferencias entre AN, TOC y ON.

Fuente: Adaptado de Koven, N.S. & Abry, A.W. (2016). The clinical basis of orthorexia nervosa: emerging perspectives. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 11, 385-394.

A pesar de la evidencia de la existencia de ON, a consecuencia de las diversas opiniones al respecto y la falta de un criterio establecido y validado para su diagnóstico, este trastorno no se incluye en el DSM-5 (Barnes y Caltabiano, 2016). Entre otros aspectos, los investigadores siguen debatiendo si la ON constituye un trastorno per sé o un subconjunto de AN o TOC (Koven y Abry, 2015).

Han sido diversos, aunque escasos, los estudios que han tratado de analizar la ON o en su defecto determinada tendencia a la misma. Muchos de éstos, se han centrado únicamente en un tipo de población, habitualmente caucásica, y cuyas muestras han representado, en su mayoría, a la población femenina. Los resultados a estas investigaciones son diversos y dispares encontrándose datos, por el momento, inconsistentes.

Así pues, es posible encontrar estudios en los que tras analizar la relación entre el sexo y la prevalencia de ON, se han encontrado que los hombres destacan con mayor puntuación en el cuestionario ORTO-15 (Donini, Marsilli, Graziani, Imbriale y Cannella, 2005) que las mujeres (Donini, Marsilli, Graziani, Imbriale y Cannella, 2004; Donini, Marsilli, Graziani, Imbriale y Cannella, 2005), siendo estos datos los mayoritarios en las investigaciones, mientras que otros estudios ponen de manifiesto puntuaciones más elevadas en mujeres dada su fuerte preocupación por la comida saludable y su imagen (Brytek, Krupa, Poggiogalle y Donini, 2014). De igual modo, existen datos que no han encontrado diferencia alguna entre ambos sexos (Brytek et al., 2015).

Diversos autores proponen como justificación a las puntuaciones más elevadas en el sexo femenino la mayor tendencia a la preocupación por la alimentación saludable y por la dieta y las implicaciones de ésta (física y socialmente) (Brytek, et al., 2015), al mismo tiempo que son las que desde bien temprano desarrollan una estrecha relación con el deporte y su imagen física, por lo que suelen considerarse el grupo de mayor vulnerabilidad (Mathieu, 2005).

En contraposición, las investigaciones que evidencian puntuaciones más elevadas en el sexo masculino, no se extienden en teorizar el por qué de las mismas. Es posible que la

falta de hipótesis para explicar las puntuaciones de los varones se deba a la poca cantidad de los mismos que busca ayuda en el área de la alimentación por lo que la detección de ON se dificulta (Michalska, Szejko, Jakubczyk y Wojnar, 2016).

A pesar de este vacío bibliográfico, la investigación propuesta por Holle (2004) expone breves indicadores que podrían relacionarse, en investigaciones futuras, con puntuaciones más elevadas en varones en relación al desarrollo de ON.

Parece ser que la autopercepción masculina respecto a su estatus físico así como su peso se encuentra estrechamente relacionada con la posibilidad de exponer sus cuerpos a la vista y por consiguiente a la crítica, motivo por el cual es frecuente, aunque cada vez menos, encontrar en centros de salud y gimnasios una mayor población masculina (Holle, 2004). De igual modo, se ha observado que los hombres presentan una elevada ansiedad física social cuando deben exponer sus torso ante situaciones en las que sin desearlo se ven expuestos (Holle, 2004).

Teniendo en cuenta que la ON no constituye una alteración en la que el foco de preocupación sea la condición física (Brytek et al., 2015), es fácil hipotetizar que, si los hombres no se sienten cómodos con su estatus físico y con la exposición de sus cuerpos esto los lleve, tal y como expone Holle (2004), a frecuentar centros de tonificación así como, quizá, establecer una dieta en la que sus alimentos sean mayormente saludables pudiendo desarrollar en algún momento una tendencia a la ON. No obstante, sería preciso realizar mayores estudios respecto a la relación y las causas de las elevadas puntuaciones en ON de la población masculina.

A pesar de las diferencias entre hombres y mujeres, y los pocos estudios sobre este trastorno, la bibliografía encontrada pone de relieve que al parecer la ON tiene una elevada prevalencia. Tras el análisis de diversos estudios se estima que la misma abarca

un rango de 6.9% al 57.6% en la población general, siendo de un 81.8% en determinadas poblaciones (Koven y Abry, 2015). Concretamente en nuestro país, la prevalencia de esta psicopatología se desconoce en la actualidad, aunque diversos centros de salud especializados refieren datos de un 0.5% a un 1% de sujetos con ON (Brytek, 2012).

Con el fin de poder comprender en mayor medida el debate que existe respecto a este trastorno y las características del mismo, es preciso tener en cuenta también los factores sociales y, principalmente, el concepto de *healthism* (Figura 2).

Healthism es el término inglés propuesto para hacer referencia a una perspectiva social de la salud (Lee & Macdonald, 2010; citado en Haman, Barker, Patriksson y Carin, 2015).

Dicho concepto, descrito inicialmente por Crawford en 1980 (Haman, Barker, Patriksson y Carin, 2015) tiene como base la concepción individualizada de la responsabilidad de la salud así como el foco en el aspecto físico y el tamaño corporal (delgadez vs. obesidad). Así pues, *healthism* considera el cuerpo joven como el atractivo, una dieta saludable y el ejercicio, como bases de una buena salud (Crawford, 1980; referenciado en Haman, Barker, Patriksson y Carin, 2015). Esta concepción individualizada junto con unos cánones más cercanos a un concepto subjetivo de belleza que salud, pueden promover determinadas conductas nocivas en la población con el fin de alcanzar el ideal de salud promovido por el *healthism*; entre otras, el desarrollo de ON (Haman, Barker, Patriksson y Carin, 2015).

Al mismo tiempo, no se debe olvidar el peso de las TIC (tecnologías de la información y comunicación) respecto a la promoción y el desarrollo de una cultura saludable en la que la alimentación sana y la imagen física cobra un excesiva valoración positiva (ej.

anuncios de determinada alimentación, reality shows sobre sobrepeso, etc.) (Haman, Barker, Patriksson y Carin, 2015). Así mismo, principalmente en la sociedades occidentales, la exigencia por una dieta saludable y el distanciamiento de los alimentos industriales en pro de una alimentación natural (círculo vegan y macrobiótico), podrían suponer las bases sociales del desarrollo de ON (Haman, Barker, Patriksson y Carin, 2015).

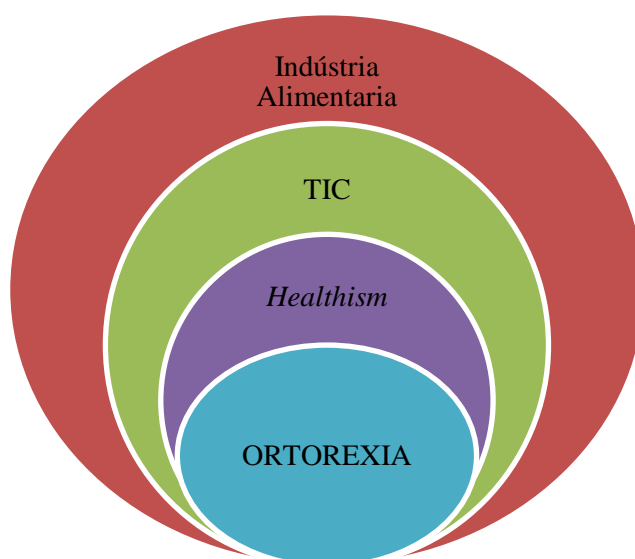


Figura 2.

Diagrama resumen de los factores sociales base del desarrollo de ON

A causa del auge que está tomando en nuestra sociedad la cultura de la alimentación saludable así como el desarrollo de hábitos beneficiosos para nuestra salud, el presente estudio tiene como foco de investigación evaluar el desarrollo de una tendencia ortoréxica en sujetos que asisten de forma regular al gimnasio así como observar las posibles diferencias en el desarrollo de la misma en relación al sexo y la temporalidad.

MÉTODO

Participantes

La selección de la muestra se llevó a cabo mediante un muestreo por cuotas de fijación uniforme, dado que el tamaño de la muestra es igual en ambos estratos (mujeres y hombres).

Por lo que respecta a los criterios de inclusión, todos los individuos que compusieron la muestra eran mayores de 18 años, las variables nivel académico, y estatus sociolaboral no fueron tomadas en cuenta. De igual modo, no se tuvieron en cuenta alteraciones alimenticias o dietas especiales.

En cuanto a los criterios de exclusión, los menores de edad quedaron excluidos puesto que se consideró que los mismos no son suficientemente autónomos en la elección de su alimentación.

En este estudio participaron 100 sujetos los cuales se dividieron teniendo en cuenta el criterio sexo (hombres y mujeres) así como la franja horaria a la que asisten al gimnasio (mañana o tarde). La repartición fue la siguiente:

- 25 sujetos masculinos que asisten de mañana al gimnasio.
- 25 sujetos femeninos que asisten de mañana al gimnasio.
- 25 sujetos masculinos que asisten de tarde al gimnasio.
- 25 sujetos femeninos que asisten de tarde al gimnasio.

A todos los participantes se les administró el cuestionario ORTO-15 (Donini et al., 2005).

Previamente a la exploración de la tendencia ortoréxica, a todos los sujetos se les facilitó un consentimiento informado mediante el cual los mismos pudiesen conocer la finalidad del estudio así como sus derechos y la participación voluntaria y anónima de la investigación.

Material

El instrumento utilizado ha sido el cuestionario ORTO-15 (Donnini et al., 2005) (véase Anexo 1). Este cuestionario está compuesto por 15 ítems de respuesta múltiple, cuatro, para cada uno de ellos.

Para la validación de este cuestionario se han de sumar los resultados obtenidos según el valor de cada ítem. Si los resultados de la suma son ≥ 40 puntos, el sujeto en cuestión muestra una tendencia ortoréxica mientras que el sujeto que presente una puntuación < 40 no presenta tendencia alguna.

Cabe destacar que la entrevista propuesta por Bratman y Knight (2000) ha quedado excluida dada su dificultad de evaluación así como de análisis estadístico validado.

Procedimiento

Para llevar a cabo la recogida de datos, se han buscado en 5 gimnasios diferentes de la provincia de Barcelona, sujetos que cumpliesen los criterios expuestos.

Se han realizado 100 cuestionarios, todos ellos acompañados de su consentimiento informado. Destaca que durante el proceso se han tenido que solventar diversas dudas respecto a la temática de la investigación así como a la privacidad de los datos.

Una vez obtenidas las respuestas se ha procedido al análisis de los datos y al recuento de las puntuaciones obtenidas en el cuestionario mediante el programa *Rcommander*, un

software libre para el análisis de datos estadísticos, con el objetivo de evaluar la presencia de ON en base al sexo y la temporalidad.

RESULTADOS

De la presente investigación se han extraído las siguientes variables en relación al objetivo propuesto (desarrollo de ON en función del sexo y la temporalidad).

- 3 variables cualitativas dicotómicas en escala nominal (ON, sexo y temporalidad)
- 1 variable cuantitativa continua en escala de razón (edad)

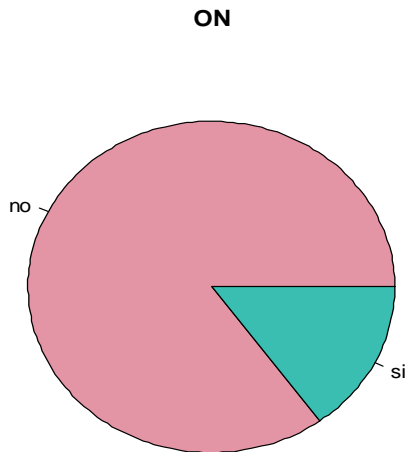
En primer lugar podemos observar que un 85% de la muestra de sujetos no presenta tendencia ortoréxica alguna en contraposición al 15% restante (Figura 3).

Por lo que respecta a la variable cualitativa sexo, podemos extraer que el 14% de la mujeres de la muestra presentan una posible tendencia ortoréxica, encontrando un porcentaje ligeramente más elevado en la población masculina (16%) (Tabla 2, Figura 4).

En cuanto a la variable temporalidad, los resultados evidencian una mayor tendencia a la ON en aquellos sujetos que frecuentan los gimnasios de tarde, 22%, a diferencia del 8% que asiste en horario matutino (Tabla 3, Figura 5).

Finalmente, la variable edad, comprendida entre los 18 y los 74 años, pone de manifiesto que la media de la muestra son los 36; en relación a los indicadores de dispersión se observan valores elevados en la desviación típica (13,81) (Tabla 4).

Si se observa el diagrama de caja (Figura 6), vemos una clara asimetría positiva tanto en la cola superior como en el 50% central de la caja, cabe destacar que no ha sido necesario calcular curtosis debido a la asimetría positiva que presenta la misma.



Porcentaje total de la muestra en el desarrollo de ON

FIGURA 3. Porcentaje total de la muestra en el desarrollo de ON.

TABLA 2. Tabla de Contingencia entre ON y sexo.

	HOMBRE	MUJER	TOTAL
NO O.N<40	42	43	85
SI O.N>=40	8	7	15
TOTAL	50	50	100

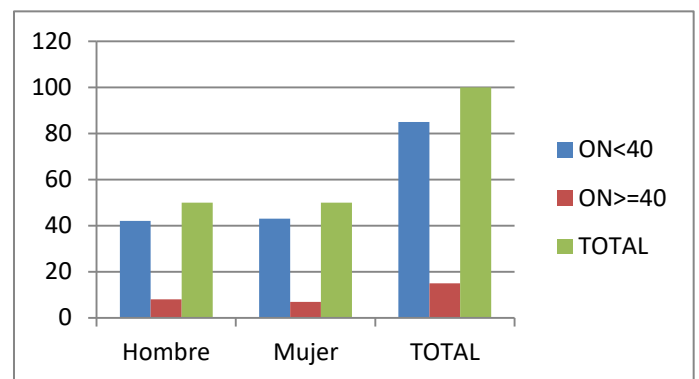


FIGURA 4. Diagrama de barras: ON y sexo

TABLA 3. Tabla de Contingencia entre ON y temporalidad.

	MAÑANA	TARDE	TOTAL
NO O.N<40	46	39	85
SI O.N>=40	4	11	15
TOTAL	50	50	100

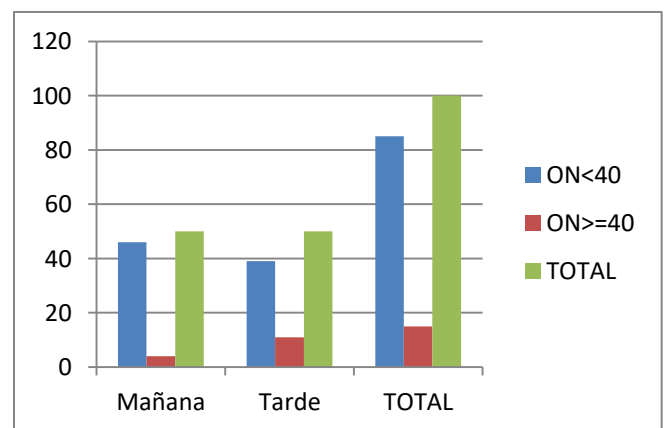


FIGURA 5. Diagrama de barras: ON y temporalidad

TABLA 4.

Tabla Resumen de estadísticos de Tendencia Central y Dispersión

TENDENCIA CENTRAL	DISPERSIÓN
Md = 32 años \bar{x} = 36,26 años Trimediana = 28,75 años \bar{Q} = 32,5 años	Rango = 56 años IQR = 22 años S = 13,81 años CV = 38 años

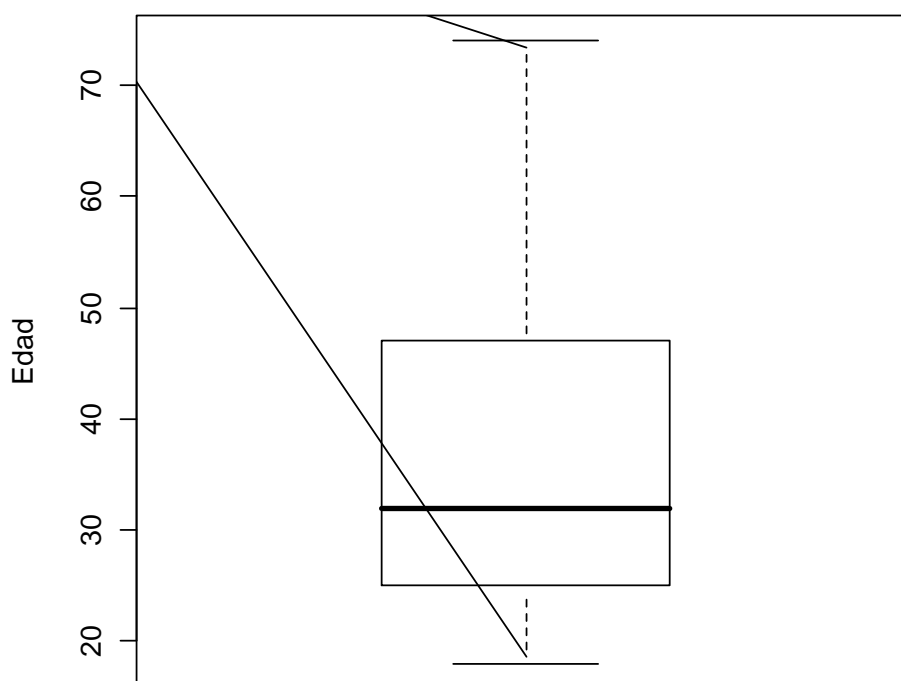


FIGURA 6.

Diagrama de caja de la variable edad

DISCUSIÓN

El análisis cualitativo y cuantitativo de los datos pone de manifiesto la existencia de una tendencia ortoréxica en sujetos asiduos al gimnasio.

A partir de los datos extraídos, por lo que respecta a la variable ortorexia, podemos extraer que el 15% de la población estudiada presenta una tendencia a esta patología. Estos resultados guardan relación con la promoción, cada vez mayor, de hábitos de vida considerados saludables y el concepto de *healthism* (Haman, Barker, Patriksson y Carin, 2015). De igual modo, los datos han sido extraídos en una población occidental por lo que es de esperar que los mismos estén directamente relacionados con el peso de las TIC respecto al cuidado de la salud, así como con los procesos de fabricación industrializados de los cuales las sociedades más desarrolladas tratan de desvincularse (Haman, Barker, Patriksson y Carin, 2015).

En cuanto a los resultados obtenidos en la variable sexo, los datos evidencian una mayor tendencia para con el género masculino. Estos resultados se asemejan a los encontrados en diversos estudios, pues parece ser que los hombres presentan puntuaciones más elevadas en el cuestionario utilizado que no las mujeres (Donini et al., 2004; Donini et al., 2005). En contraposición y en relación a diversas investigaciones, al parecer se esperaría que las mujeres puntuasen más elevado dada su mayor preocupación por la dieta y salud (Brytek et al., 2015) y, aunque en el presente estudio un determinado número de mujeres presenta una tendencia a la ON, el porcentaje es más elevado en los varones. Es preciso mencionar que las diferencias y las puntuaciones encontradas no son estadísticamente significativas.

Como ya se ha comentado anteriormente, es posible que los datos recabados de la población masculina se relacionen a su vez con aspectos más vinculados a su apariencia

física y a su peso (Holle, 2004) que no por una preocupación real hacia su salud alimenticia. De igual modo, es posible que esta diferencia en los datos se apoye a su vez en la propuesta de Holle (2004), pues teniendo en cuenta que los varones están preocupados por la exposición de sus cuerpos es habitual que frecuenten gimnasios; así pues, teniendo en cuenta que la muestra ha sido seleccionada en centros de tonificación, es posible que esta mayor puntuación se deba a lo mismo.

Cabe destacar que el cuestionario administrado no mide variables sobre la apariencia física por lo que lo anteriormente comentado es, únicamente, una hipótesis. Al mismo tiempo y teniendo en cuenta que las sociedades occidentales cada vez son más igualitarias, la baja diferencia encontrada en las puntuaciones entre hombres y mujeres puede deberse a este factor. Pues actualmente, la preocupación por la salud ya no es una temática exclusivamente femenina sino que es compartida por ambos sexos.

Es preciso mencionar que, a pesar de las diferencias de sexo encontradas en el presente estudio, la falta de congruencia respecto a los datos en investigaciones anteriores así como el vacío bibliográfico que existe respecto al estudio sobre TCA en varones, las conclusiones extraídas deben ser tomadas como hipótesis a explorar en base a los resultados.

En cuanto a los datos recabados mediante el análisis de la variable temporalidad, éstos evidencian que las mayores puntuaciones en el desarrollo de ON se concentran en horario de tarde. Cabe destacar que no existe bibliografía ni evidencia respecto al estudio de las variables temporalidad y ortorexia ni temporalidad y TCA; por lo que únicamente se puede hipotetizar sobre el porqué de estos resultados. Es posible que una de las causas de lo mismo sea la pauta alimenticia tan marcada que se tiene en horario matutino a causa del desempeño laboral de cada uno, pues habitualmente, gran parte de

la sociedad tiene concentrado en la mañana el mayor volumen de trabajo motivo por el cual determinados factores de riesgo en el desarrollo de ON se minimizan (ej. Llevar a cabo determinados rituales de cocina, búsqueda constante de determinados alimentos, etc.).

De igual modo, ocurre algo similar con la variable edad. Todos los estudios consultados no hacen ninguna referencia a la franja de edad en la que se concentra la mayor prevalencia de ON (Brytek, 2012; Koven y Abry, 2015); de hecho, el mayor bagaje bibliográfico y de investigación que existe respecto a esta temática se engloba en muestras de estudiantes cuya edad está comprendida entre los 14 y 21 años.

De nuevo y como hipótesis, sería posible que los datos obtenidos respecto a la variable edad (media de 36 años), se relacionen con el momento vital; cuanto más cercano a los 18 podríamos inferir que esta población podría ser menos consciente respecto a su propia salud y el cuidado de la misma. En contraposición, las personas con mayor edad y vidas más asentadas, presentan una mayor consciencia y preocupación por su salud así como lo hábitos de cuidado para con la misma. Por este motivo podemos inferir que la población joven adulta o que se encuentra en la madurez primaria puede ser más propensa al desarrollo de ortorexia nerviosa.

Por lo que respecta al tratamiento de este trastorno, son pocas las investigaciones que existen en base a su estudio, motivo por el que no existen grandes evidencias sobre la efectividad de las intervenciones propuestas hasta el momento (Koven y Abry, 2015).

La propuesta de intervención ideal en la ON debe ser multidisciplinar y han de colaborar especialistas médicos, de nutrición y psicoterapeutas (Aranceta, 2007) y ésta ha de combinar medicación con terapia cognitivo-conductual y psicoeducación (Koven y Abry, 2015). Es preciso mencionar que en los casos más severos de ON en los que

existe una gran pérdida de peso o incluso desnutrición, se recomienda hospitalizar a los pacientes y que éstos reciban atención especializada de médicos expertos en el *Síndrome de Realimentación* (Koven y Abry, 2015).

Por lo que respecta a la intervención psicoterapéutica se han propuesto diversas técnicas como, en un principio, las más efectivas. En primer lugar, la exposición y prevención de respuestas con el objetivo de tratar los aspectos más compulsivos y obsesivos de la ON. De la misma manera, se propone la reestructuración cognitiva con el fin de minimizar las disonancias cognitivas, tales como la generalización y la tendencia al catastrofismo, así como cualquier pensamiento distorsionado respecto a la alimentación, la comida y la salud. Al mismo tiempo, se considera oportuno el entrenamiento en diversos tipos de relajación, a fin de paliar la ansiedad, así como la modificación de conducta para expandir el repertorio alimenticio, incrementar la socialización durante las comidas y diversificar las actividades de los pacientes sin que incluyan relación con la alimentación (Koven y Abry, 2015).

Por lo que respecta a la psicoeducación, se propone que ésta se enfoque en evidenciar empíricamente los diversos mitos sobre salud y alimentación así como de empoderar al paciente mediante el conocimiento sobre la temática (Koven y Abry, 2015).

En relación al tratamiento farmacológico, las investigaciones evidencian la utilidad de los ISRS (inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina) así como algún antipsicótico (Olanzapina), dada la efectividad que presentan en la AN y el TOC (Koven y Abry, 2015).

En cuanto al tratamiento de estos pacientes, destaca que los sujetos que padecen ON en relación a otros que padecen otro tipo de TCA, suelen responder mejor a éste dada su preocupación por la salud y el cuidado personal (Brytek, 2012). No obstante, Aranceta

(2007) recalca la importancia de trabajar con el entorno inmediato de los pacientes aquejados de ON y de la necesidad de fomentar la educación nutricional en edad temprana.

Por lo que respecta a las limitaciones del presente estudio, es preciso tener en cuenta que únicamente se ha utilizado el ORTO-15 y existe un gran debate sobre la capacidad de éste para medir ON, de igual modo, no se han tenido en cuenta posibles alteraciones metabólicas/orgánicas o dietas especiales que hayan podido sesgar los resultados. Es preciso hacer mención a la gran falta de investigación y bibliografía respecto a la temática por lo que las hipótesis e inferencias realizadas a lo largo de la discusión no son extrapolables a la población y no tienen validez científica.

Es necesario hacer hincapié en la necesidad de investigación respecto a la ON con el fin de poder ampliar nuestro conocimiento y el cuerpo teórico de la misma desde aspectos vinculados a su evaluación y detección como a la etiología, el tratamiento y la prevención.

Actualmente las investigaciones tienen en cuenta diversas tendencias nuevas en los diagnósticos de TCA (drunkorexia, diabulimia, etc.) entre los que se encuentra el presente (Dell'Osso et al., 2016); por este motivo sería de gran importancia profundizar en su estudio con el fin de determinar si la ON constituye una nueva dimensión de los TCA o del TOC, o incluso un nuevo trastorno per se, por lo que la exploración de sus características y el impacto de las mismas debería ser explorado con mayor profundidad.

Finalmente, hacer especial mención a la poca información que existe sobre TCA, salud alimenticia y aspecto físico en varones, motivo por el cual debería fomentarse el estudio

de estos aspectos en población masculina con el objetivo de poder comprender mejor las diferencias de género y cómo es vivido el trastorno u alteración en esta población.

REFERENCIAS

- Aranceta, J. (2007). Ortorexia o la obsesión por la dieta saludable. *Archivos Latinoamericanos de Nutrición*, 4(57), 313-315.
- Barnes, M.A. & Caltabiano, M.L. (2016). The interrelationship between orthorexia nervosa, perfectionism, body image and attachment style. *Eating Weight Disorders*, 21, 1-8.
- Blachno, M., Brynska, A., Tomaszewicz, C., Jagielska, G., Srebnicki, T., Wisniewki, A. & Wolanczyk, T. (2016). Obsessive-compulsive symptoms and physical activity in patients with anorexia nervosa - possible relationships. *Psychiatria Polska*, 50(1), 55-64.
- Bratman, S. & Knight, D. (2000). *Health Food Junkies: Orthorexia Nervosa: Overcoming the obsession with Healthful Eating*. New York: Broadway.
- Brytek, A. (2012). Orthorexia nervosa: An eating disorder, obsessive-compulsive disorder or disturbed eating habit?. *Archives of Psychiatry and Psychotherapy*, 1, 55-60.
- Brytek, A., Krupa, M., Poggiogalle, E. & Donini, L.M. (2014). Adaptation of the ORTHO-15 test to Polish women and men. *Eating Weight Disorders*, 19(1), 69-76.
- Brytek, A., Donini, L.M., Krupa, M., Poggiogalle, E. & Hay, P. (2015). Orthorexia nervosa and self-attitudinal aspects of body image in female and male university students. *Journal of Eating Disorders*, 3(2), 1-8.

- Catalina, M.L., Bote, B., García, F. y Ríos, B. (2005). Ortorexia nerviosa. ¿Un nuevo trastorno de la conducta alimentaria?. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 33(1), 66-68.
- Dell'Osso, L., Abelli, M., Carpita, B., Pini, S., Castellini, G., Carmassi, C. & Ricca, V. (2016). Historical evolution of the concept of anorexia nervosa and relationship with orthorexia nervosa, autism, and obsessive-compulsive spectrum. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 12, 1651-1660.
- Donini, L.M., Marsilli, D., Graziani, M.P., Imbriale, M. & Cannella, C. (2004). Orthorexia nervosa: A preliminary study with a proposal for diagnosis and an attempt to measure the dimension of the phenomenon. *Eating Weight Disorders*, 9(2), 151-157.
- Donini, L.M., Marsilli, D., Graziani, M.P., Imbriale, M. & Cannella, C. (2005). Orthorexia nervosa: Validation of a diagnosis questionnaire. *Eating Weight Disorders*, 10(2), 28-32.
- Haman, L., Barker, N., Patriksson, G. & Carin, E. (2015). Orthorexia nervosa: An integrative literature review of a lifestyle syndrome. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*. 10, 1-15.
- Holle, C. (2004). Male Bogy Image: Self-perceived weight status and avoidance of body exposure. *Perceptual and Motor Skills*, 99, 853-860.
- Koven, N.S. & Abry, A.W. (2016). The clinical basis of orthorexia nervosa: emerging perspectives. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 11, 385-394.

Mathieu, J. (2005) What is orthorexia? *Journal of the American Dietetic Association*, 105, 1510-1512.

Michalska, A., Szejko, N., Jakubczyk, A. & Wojnar, M. (2016). Nonspecific eating disorders - a subjective review. *Psychiatria Polska*, 50(3), 497-507.

ANEXO 1

ORTO- 15. Test para el diagnóstico de la Ortorexia Nerviosa

	Siempre	Frecuentemente	A veces	Nunca
1) Cuando come, ¿presta atención a las calorías que contiene el alimento?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2) ¿Cuándo va a una tienda de alimentación se siente confuso?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3) En los últimos 3 meses, ¿le han preocupado pensamientos referidos a la comida?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4) ¿Selecciona los alimentos que come condicionado por una preocupación acerca de su salud?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5) ¿Es el sabor más importante que la calidad cuando evalúa la comida?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6) ¿Está dispuesto a gastar más dinero para obtener alimentos saludables?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7) ¿El pensar en comida le preocupa más de tres horas al día?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8) ¿Se permite excederse en su alimentación?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9) ¿Cree que su humor afecta a su comportamiento alimenticio?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10) ¿Cree usted que la convicción de ingerir únicamente alimentos saludables acrecenta su auto-estima?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11) ¿Cree usted que comer alimentos saludables cambia su estilo de vida (frecuencia con la que va a comer fuera, amistades...)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12) ¿Cree usted que consumir alimentos saludables puede mejorar su aspecto?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13) ¿Se siente culpable cuando transgrede su dieta?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14) ¿Cree usted que en el supermercado también hay alimentos poco saludables?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15) Actualmente, ¿está usted solo cuando realiza las comidas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

PUNTUACIONES DE LOS ITEMS DEL CUESTIONARIO ORTO-15				
ITEMS	RESPUESTAS			
	Siempre	Frecuentemente	A veces	Nunca
2-5-8-9	4	3	2	1
3-4-6-7-10-11-12-14-15	1	2	3	4
1-13	2	4	3	1

Fuente: Adaptado de Donini, L.M., Marsilli, D., Graziani, M.P., Imbriale, M. & Cannella, C. (2005). Orthorexia nervosa: Validation of a diagnosis questionnaire. *Eating Weight Disorders*, 10(2), 28-32.