



Universidad de Valladolid

Facultad de Enfermería de
Valladolid
Grado en Enfermería
Curso 2018/19

**ORTOREXIA NERVIOSA:
UNA ENFERMEDAD DISFRAZADA
DE VIRTUD.
RETOS DE LA ENFERMERÍA ANTE LOS
NUEVOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA
ALIMENTARIA**

Alumna: Lucía Bermejo Rodríguez

Tutora: María Ángeles Álvarez

RESUMEN

Los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) son los trastornos mentales que mayor auge están experimentando en los últimos años. Entre ellos se encuentra la Ortorexia Nerviosa, un trastorno de reciente aparición que se caracteriza por una obsesión por la alimentación “sana y limpia” para alcanzar el mayor grado de salud posible, restringiendo aquellos alimentos que contengan cualquier sustancia no natural. Con este trabajo se pretende conocer las tendencias actuales y los desafíos futuros de la enfermería ante los nuevos TCA. Para ello, se ha realizado una búsqueda bibliográfica en las bases de datos más relevantes, incluyendo artículos de los últimos 5 años, en inglés y español, encontrándose 22 artículos viables. La escasez de conocimiento de la ON por parte de las enfermeras implica una carencia de cuidados específicos para estos pacientes, ya que no existen estudios que investiguen cuáles serían los más apropiados. El profesional de enfermería debe conocer esta patología para detectarla correctamente, dando visibilidad a este trastorno, ya que la estigmatización y el rechazo social provocan un aumento de riesgo de aislamiento. La educación para la salud es fundamental para cambiar esas cogniciones erróneas de los pacientes y conseguir una buena adhesión al tratamiento. Los cuidados deben ir dirigidos a incrementar la autoconfianza y la autoestima, además de favorecer la expresión de deseos y sentimientos. La aportación de la enfermería en el equipo multidisciplinar es imprescindible para abordar correctamente la atención integral de estos pacientes.

Palabras clave: ortorexia nerviosa, trastorno de conducta alimentaria, enfermería, saludable.

ABSTRACT

Eating Disorders (ED) are the most booming mental disorders in recent years. Among them is the orthorexia nervosa (ON), a recent onset disorder characterized by an obsession with “healthy and clean” food, to achieve the highest degree of possible health, restricting those foods that contain any non-natural substance. This work is intended to know the current trends and future challenges to the new ED and the role of nursing before them. To this end, a bibliographical search has been carried out in the most relevant databases, including articles of the last 5 years in English and Spanish, with 22 viable articles being found. The scarcity of knowledge about the ON on the part of nurses implies a lack of specific care for these patients, since there are no studies that investigate which would be the most appropriate. The nursing professional must know this pathology to detect it correctly, giving visibility to this disorder, since stigmatization and social rejection cause an increased risk of isolation. Health education is fundamental to change these patients' erroneous cognitions and achieve good adherence to treatment. Care should be directed to increase self-confidence and self-esteem, in addition to promoting the expression of desires and feelings. The contribution of nursing in the multidisciplinary team is essential to properly address the comprehensive care of these patients.

Key words: Orthorexia nervosa, eating disorder, nursing, healthy.

ÍNDICE

1.	INTRODUCCIÓN	4
2.	JUSTIFICACIÓN	7
3.	OBJETIVOS E HIPÓTESIS	8
4.	MATERIAL Y MÉTODOS	9
5.	DESARROLLO DEL TEMA	13
	Rol De Enfermería En La Ortorexia Nerviosa	22
6.	LIMITACIONES Y FORTALEZAS	24
7.	RESULTADOS	25
8.	CONCLUSIONES	27
9.	BIBLIOGRAFÍA	28
8.	ANEXOS	30
	Anexo 1: Test De Ortorexia De Bratman	30
	Anexo 2: Test Orto-15 De Donini.....	31
	Anexo 3: Teruel Orthorexia Scale	35
	Anexo 4: Plan De Cuidados De Enfermería En Un Paciente Ortoréxico. Las 14 Necesidades De Virginia Henderson	39

ÍNDICE II: FIGURAS

Figura 1: Artículos encontrados por bases de datos	10
Figura 2: Artículos seleccionados.....	10
Figura 1: Artículos encontrados por bases de datos	10
Figura 4: Idioma de publicación.....	10
Figura 3: Artículos según lugar de procedencia	10
Figura 5: Gráfico de características relacionadas entre la ON, AN y TOC ⁶	18
Figura 6: Necesidad 1: Respirar normalmente	39
Figura 7: Necesidad 2: Comer y beber.....	39
Figura 8: Necesidad 3: Eliminación	40
Figura 9: Necesidad 4: Moverse.....	41
Figura 10: Necesidad 5: Reposo/Sueño.....	41
Figura 11: Necesidad 7: Temperatura.....	42
Figura 12: Necesidad 8: Higiene/Piel	42
Figura 13: Necesidad 9: Evitar peligros/seguridad	43
Figura 14: Necesidad 10: Comunicarse	44
Figura 15: Necesidad 11: Creencias/Valores	45
Figura 16: Necesidad 12: Trabajar/Realizarse	45
Figura 17: Necesidad 13: Recrearse.....	46
Figura 18: Necesidad 14: Aprender.....	46

ÍNDICE III: TABLAS

Tabla 1: Revisión bibliográfica: DeCS “ortorexia”	10
Tabla 2: Revisión bibliográfica: DeCS “trastorno alimentario” AND “enfermería”	12
Tabla 4: Puntuación del ORTO-15.....	34
Tabla 5: Corrección de la TOS	38

ABREVIATURAS

- **TCA:** Trastorno de Conducta Alimentaria.
- **AN:** Anorexia Nerviosa.
- **BN:** Bulimia Nerviosa.
- **DSM-V:** Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, fifth version. (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, quinta versión).
- **CIE-10:** Código Internacional de Enfermedades, décima versión.
- **ON:** Ortorexia Nerviosa.
- **BOT:** Bratman Orthorexia Test (Test de Ortorexia de Bratman).
- **TOS:** Teruel Orthorexia Scale (Escala de Ortorexia de Teruel).
- **MMPI:** Minnesota Multiphasic Personality Inventory (Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota).
- **TOC:** Trastorno Obsesivo-Compulsivo.

1. INTRODUCCIÓN

En la sociedad desarrollada actual, el modelo de belleza se ve frecuentemente acompañado de una imagen de delgadez. Este canon se puede apreciar en los medios de comunicación (series, películas, anuncios...) que suelen asociarlo a la idea de felicidad y éxito. Tanto es así, que ganar peso se considera como un fracaso, concepto muy influyente en la población, sobre todo entre los adolescentes, el colectivo más susceptible y, aún más, en el sexo femenino¹.

En un estudio sobre la distorsión y manipulación de la figura del cuerpo femenino en diferentes medios de comunicación, se definía el “cuerpo ideal” como el de una mujer alta y esbelta, con un tono de piel color canela, rostro sin imperfecciones y cuerpo tonificado¹, un patrón de belleza prácticamente inalcanzable.

Este concepto, junto con las exigencias profesionales, la tendencia de los jóvenes a la imitación y comparación con sus semejantes de la imagen física, y la necesidad de parecer deseable ante el otro sexo, entre otros aspectos, favorece la aparición de Trastornos de Conducta Alimentaria (TCA), teniendo en cuenta su creciente incidencia durante las últimas décadas, con unos datos de prevalencia de riesgo de un 19% en la población universitaria, a nivel nacional².

Los Trastornos de Conducta Alimentaria y de la ingesta de alimentos, se caracterizan por una alteración persistente en la alimentación o en el comportamiento relacionado con la alimentación, que lleva a una alteración en el consumo o en la absorción de los alimentos y que causa un deterioro significativo de la salud física o del funcionamiento psicosocial³, afectando a la conducta y ocasionando un comportamiento distorsionado sobre la imagen corporal, además de los graves problemas físicos y sociales.

Constituyen en la actualidad, un problema de Salud Pública debido a su gravedad, curso prolongado, tendencia a la cronicidad, necesidad de tratamiento y frecuente hospitalización¹, además de su difícil recuperación total, siendo los más importantes, la Anorexia Nerviosa (AN) y la Bulimia

Nerviosa (BN), cuya incidencia se ha incrementado en las dos últimas décadas. En España se calcula una prevalencia en torno al 1-4,7% ¹, constituyendo la tercera enfermedad crónica más frecuente en la adolescencia, llegando a una incidencia del 5%.

Uno de los factores predisponentes de los TCA en general, es la influencia de la cultura occidental, término que se utiliza para referirse a un patrimonio de normas sociales, valores éticos, tradiciones, costumbres, sistemas de creencias, sistemas políticos y artefactos específicos y tecnologías que tengan algún origen o asociación con Europa ⁹.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), representan el problema de salud más importante de la humanidad, tanto por el número de personas afectadas, como los casos de muertes ocasionadas por los mismos.

Pero además de estos trastornos, en los últimos años han aparecido otros trastornos alimentarios todavía no recogidos en los manuales de clasificación diagnóstica (DSM-V y CIE-10), diferenciados de los que se pueden llamar trastornos clásicos, como la anorexia y la bulimia, y que se están manifestando, incluso con cuadros agudos, en menores de diez años y mujeres de más de cuarenta. Entre ellos se encuentran:

- *Pregorexia*: término que se refiere al temor a ganar peso o “perder la figura” en una mujer embarazada, llegando al punto de controlar el aumento de peso a través de dietas y ejercicio extremo; pudiendo poner en riesgo el desarrollo del feto.
- *Vigorexia*: trastorno mental en el que el individuo tiene una visión distorsionada de su cuerpo, viendo éste débil. Las personas que sufren este trastorno realizan actividad física de forma extrema, acompañándolo de una ingesta abusiva de hidratos de carbono, proteínas, esteroides y anabolizantes, con el fin de aumentar su masa muscular.
- *Drunkorexia*: trastorno en el que los individuos restringen las calorías provenientes de los alimentos para compensarlos con las bebidas alcohólicas que ingerirán más tarde con el fin de no ganar peso.

- *Permarexia*: trastorno en el que los individuos se someten a dietas de forma crónica sin ningún control médico ni nutricional.
- *Diabulimia*: trastorno en el cual, individuos que padecen Diabetes Mellitus tipo I, no se administran la dosis indicada de insulina, impidiendo de esta manera, el paso de glucosa a los tejidos para adelgazar.
- *Ortorexia nerviosa*: trastorno caracterizado por la obsesión de comer “comida sana”. Estos individuos evitan comer ciertos alimentos que puedan contener grasas (carnes rojas, lácteos, aceites...), aditivos, conservantes y/o colorantes.

Este Trabajo de Fin de Grado, se centrará en los cuidados que necesitan las personas que padecen Ortorexia Nerviosa, siendo importante conocer qué es y cómo podemos contribuir las enfermeras a mejorar la calidad de vida de las personas que padecen este tipo de trastorno.

Por otro lado, se pretende dar visibilidad a un trastorno poco conocido, siendo necesario que las enfermeras realicemos actividades de educación para la salud sobre la importancia de mantener un estilo de vida saludable, sin caer en falsos mitos sobre la “alimentación sana”, que carecen de evidencia.

2. JUSTIFICACIÓN

La influencia de los medios de comunicación y redes sociales son factores predisponentes de aparición de TCA, trastornos que, aunque de difícil aparición, causan un gran malestar en el individuo, tanto a nivel personal, social y laboral; como en la familia y personas cercanas.

El desconocimiento de trastornos como la Ortorexia Nerviosa, provoca que los individuos que lo padecen no reciban la ayuda que necesitan, por lo que sería necesario elaborar programas de difusión y prevención sobre los mismos.

La elección de este tema fue debido al interés que me generó leer sobre los TCA de reciente aparición, ya que nunca me había planteado la existencia de otros trastornos alimentarios más allá de la AN y BN, que son, casi exclusivamente, los únicos a los que da visibilidad la sociedad y los medios de comunicación.

Por otra parte, me resultó llamativo, cómo un hábito saludable como es la alimentación sana, puede llegar a convertirse en una patología que llega a afectar gravemente a una persona.

3. OBJETIVOS E HIPÓTESIS

En este trabajo se plantean los siguientes objetivos:

Objetivo docente:

- Aprender a realizar una revisión bibliográfica con el fin de encontrar la mejor evidencia disponible que responda a la pregunta de investigación.

Objetivo de investigación:

- Obtener información sobre las tendencias actuales y los desafíos futuros ante los nuevos TCA, en concreto, la Ortorexia Nerviosa, analizando la aportación de los profesionales de enfermería ante ellos.

Objetivos específicos:

- Revisión y análisis de documentación sobre los TCA y enfermería.
- Conocer los últimos estudios realizados conforme a la ortorexia.
- Identificar las limitaciones de la información y estudios encontrados conforme al tema.

La **hipótesis** se genera a partir de la pregunta de investigación: ¿Qué aspectos puede mejorar y aportar el profesional de enfermería en beneficio del paciente ortoréxico?

4. MATERIAL Y MÉTODOS

La metodología escogida para realizar la consecución de los objetivos propuestos fue una revisión bibliográfica acerca de la situación actual sobre la ortorexia y el papel de Enfermería ante ellos.

La búsqueda bibliográfica se llevó a cabo entre noviembre y diciembre de 2018:

- Búsqueda en bases de datos de lengua española como Dialnet, Fistera, Scielo, CUIDEN, MEDES, IBECS y Epistemonikos. Se usaron los siguientes Descriptores de Ciencias de la Salud (DeCS): “ortorexia”, “trastorno alimentario”, “enfermería” y “trastorno de conducta alimentaria”
- Búsqueda en bases de datos de lengua inglesa como Pubmed o Nursing & Allied Health Database, utilizando los siguientes Medical Subject Headings (MeSH): “orthorexia”, “eating disorder” y “eating disorder” AND “nursing”.
- Uso de guías clínicas como el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-V).

A los que se aplicaron los siguientes criterios de inclusión y exclusión:

Criterios de inclusión

- Documentos publicados entre 2013 y 2018.
- Documentos publicados en inglés o castellano.
- Documentos con texto completo.
- Documentos gratuitos y de libre acceso.

Criterios de exclusión

- Documentos que no se corresponden al tema.
- Documentos que no cumplen los criterios de inclusión.

Se encontraron 242 resultados, de los cuales 22 fueron utilizados para la realización de este trabajo.

También se incluyeron artículos referenciados en los encontrados debido a su interés, aunque no cumplieran todos los criterios de inclusión.

Se utilizó el gestor bibliográfico Zotero para crear las citas bibliográficas, en formato Vancouver, de los artículos y demás fuentes de información consultadas.

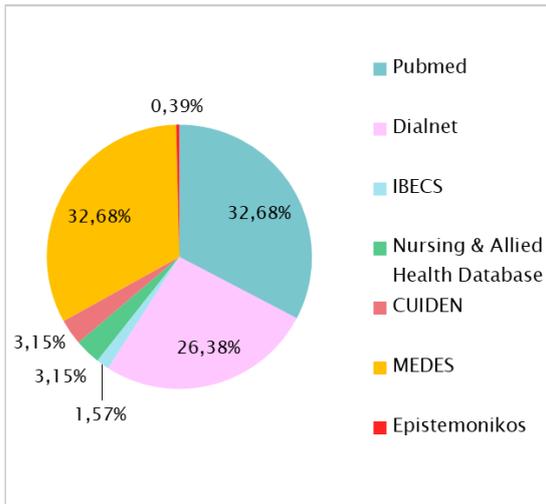


Figura 1: Artículos encontrados por bases de datos

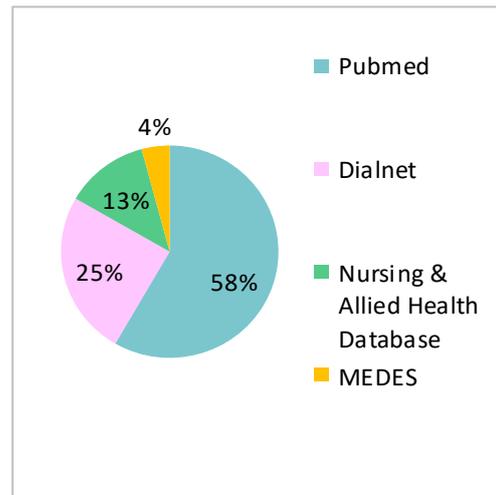


Figura 2: Artículos seleccionados

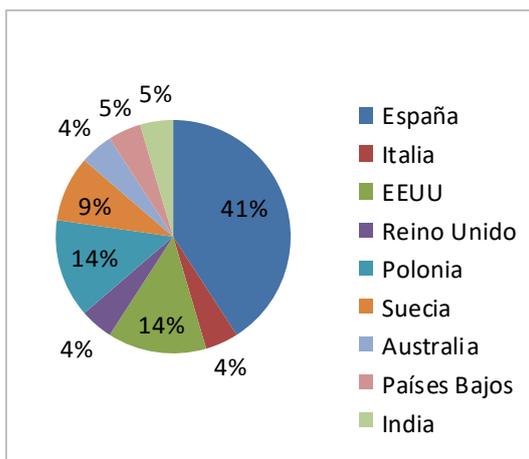


Figura 3: Artículos según lugar de procedencia

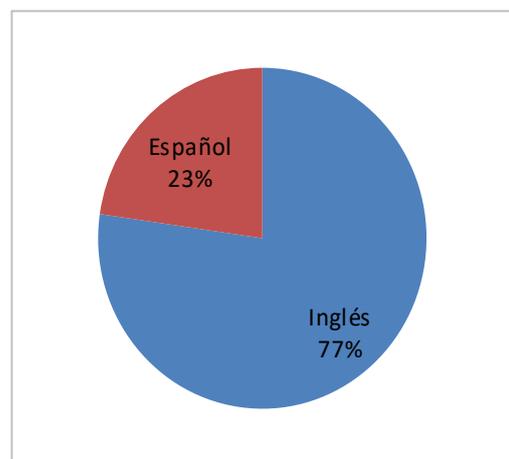


Figura 4: Idioma de publicación

Tabla 1: Revisión bibliográfica: DeCS “ortorexia”

TÍTULO	AUTOR	AÑO	BASE DE DATOS	DISEÑO
Prevalence of orthorexia nervosa in university students and its relationship with psychopathological aspects of eating behaviour disorders.	Parra-Fernández ML et al.	2018	Pubmed	Artículo
Are Clean Eating Blogs a Source of Healthy Recipes? A Comparative Study of the Nutrient Composition of Foods with and without Clean Eating Claims.	Dickinson KM et al.	2018	Pubmed	Artículo
Cultural Phenomena Believed to Be Associated With Orthorexia Nervosa - Opinion Study in Dutch Health Professionals.	Syurina EV et al.	2018	Pubmed	Artículo
Structural validation of ORTO-11-ES for the diagnosis of orthorexia nervosa, Spanish version.	Parra-Fernández ML et al.	2018	Pubmed	Artículo
A Study on the relationship between orthorexia and vegetarianism using the BOT (Bratman Test for Orthorexia).	Dittfeld A et al.	2017	Pubmed	Artículo
Adaptation and validation of the Spanish version of the ORTO-15 questionnaire for the diagnosis of orthorexia nervosa.	Parra-Fernández ML et al.	2018	Pubmed	Artículo
The stigma of clean dieting and orthorexia nervosa.	Nevin SM et al.	2017	Pubmed	Artículo
"If it's not Iron it's Iron f*cking biggest Ironman": personal trainers' views on health norms, orthorexia and deviant behaviours.	Håman L et al.	2017	Pubmed	Artículo
Instagram use is linked to increased symptoms of orthorexia nervosa.	Turner PG et al.	2017	Pubmed	Artículo
Nonspecific eating disorders - a subjective review.	Michalska A et al.	2016	Pubmed	Revisión bibliográfica
Historical evolution of the concept of anorexia nervosa and relationships with orthorexia nervosa, autism, and obsessive-compulsive spectrum.	Dell'Osso L et al.	2016	Pubmed	Revisión bibliográfica
Orthorexia nervosa: An integrative literature review of a lifestyle syndrome.	Håman L et al.	2015	Pubmed	Artículo
Orthorexia nervosa and self-attitudinal aspects of body image in female and male university students.	Brytek-Matera A et al.	2015	Pubmed	Artículo
The clinical basis of orthorexia nervosa: emerging perspectives.	Koven NS et al.	2015	Pubmed	Revisión bibliográfica
University courses, eating problems and muscle dysmorphia: are there any associations?	Bo S et al.	2014	Pubmed	Artículo
Bidimensional Structure of the Orthorexia: development and Initial Validation of a New Instrument	Ramón Barrada J et al.	2018	Dialnet	Artículo
Ortorexia nervosa: un nuevo reto para los profesionales sanitarios en España	Liria Haro C et al.	2016	Dialnet	Artículo
Exploring scientific legitimacy of orthorexia nervosa: a newly emerging eating disorder	Chaki B et al.	2013	Dialnet	Artículo
Hábitos alimentarios y psicológicos en personas que realizan ejercicio físico	San Mauro Martín I et al.	2014	MEDES	Artículo

Fuente: elaboración propia

Tabla 2: Revisión bibliográfica: DeCS “trastorno alimentario” AND “enfermería”

TÍTULO	AUTOR	AÑO	BASE DE DATOS	TIPO
Autopercepción del peso y conductas de riesgo relacionadas con los trastornos alimentarios	López Ferreruela I et al.	2017	Dialnet	Artículo
Intervención en contextos clínicos y de la salud	Molero M del M et al.	2016	Dialnet	Guía
La construcción de la identidad e imagen corporal en la adolescencia a través de los medios de comunicación social : estrategias para el desarrollo de un modelo de prevención	Seva Ruiz M et al.	2015	Dialnet	Artículo

Fuente: elaboración propia

5. DESARROLLO DEL TEMA

La Ortorexia Nerviosa es un trastorno que está experimentando un gran auge, al igual que el resto de los TCA, sobre todo entre los adolescentes y adultos jóvenes, siendo un “tipo de trastorno obsesivo”, que lleva al extremo la idea de alimentación sana y que consiste en un control exhaustivo y cada vez más estricto de los componentes de los alimentos.

Dentro de esta cultura occidental, se encuentra la visión social de la salud o *healthism* (salutismo), ideología creada y extendida para la promoción de la salud, medios de comunicación y publicidad, emergiendo durante la década de los 70, siendo descrito como “nueva conciencia en salud” ⁶. Como consecuencia de ello, la sociedad se implicó más en su autocuidado y se responsabilizó de su propia salud.

El *healthism* supone conseguir la salud a través del ejercicio físico y una alimentación saludable, además de considerar un cuerpo juvenil y atlético como indicador de ésta. Un cuerpo obeso, por el contrario, es significado de derrota, fealdad y debilidad.

Dentro del mercado de la cultura occidental, aprovechando esta visión de la salud y con búsqueda del mayor beneficio posible, se distinguen cuatro industrias: industria alimentaria, industria de la dieta y pérdida de peso, industria del *fitness* y la industria de la cirugía estética ⁹. Industrias con mucha difusión por parte de los medios de comunicación, fomentando así ideas sobre el ideal de salud y belleza a través de la forma y tamaño de un cuerpo y promoviendo trastornos alimentarios.

El término “Ortorexia Nerviosa (ON)” fue descrito por primera vez por Steve Bratman en 1997, como una fijación por comer alimentos saludables con el fin de evitar una mala salud y/o enfermedad ⁶. El término proviene de las palabras griegas *orthos-* (correcto) y *-orexis* (apetito) ⁷, por lo que su traducción literal significaría “apetito correcto” debido a la obsesión por la comida sana.

Es un trastorno emergente, aunque su prevalencia es difícil de determinar por la escasez y especificidad de herramientas existentes para su diagnóstico, aun así se cree que afecta al 6,9% de la población general y al 35-57,8% de la población de riesgo (nutricionistas y dietistas y otros profesionales de la salud, estudiantes de carreras de ciencias de la salud, entrenadores físicos, bailarines, etc.)⁶; sin embargo la OMS, determina que lo padece un 28% de la población mundial.

En cuanto a España, los especialistas marcan su prevalencia en un 0,5-1%²², y aunque las consecuencias de la ortorexia dependen de su gravedad, es una enfermedad “progresiva y silente”, que hace que el día a día de la persona que la padece esté cada vez más limitado y suele conducirles al aislamiento social.

Los individuos con ON, además de obsesionarse con la comida sana, tienen patrones de conducta establecidos a la hora de preparar los alimentos y de comer. Están más concienciados por la calidad que por la cantidad de alimentos. Esta preocupación se traduce en el tiempo considerable que gastan examinando el origen del alimento (verduras con pesticidas, animales expuestos a suplementos hormonales...), procesamiento (pérdida de nutrientes durante la cocción, adición de micronutrientes, saborizantes o conservantes artificiales) y embalaje (alimentos con posibles compuestos cancerígenos derivados del plástico, información suficiente en el etiquetado...) ⁸. Este trastorno comienza a ser un problema cuando la persona comienza a adoptar comportamientos perjudiciales para la salud y la dieta se convierte en lo prioritario; dejando otros aspectos de su vida ⁹.

Aunque la meta de la AN es perder peso y el de la ON es estar sano, ambas restringen los hábitos de comida a tal punto, que ponen en peligro la vida de quien los padece. Pero mientras que la anorexia es reconocida como un mal, la ortorexia tiene el problema añadido de que es “una enfermedad disfrazada de virtud”.

La red social que más fomenta este trastorno es Instagram, como demuestra un estudio publicado por la revista *Eat Weight Discord* ¹⁰. Ésta se ha hecho muy popular los últimos años, por lo que es perfecta para dar visibilidad al

healthism. El problema es que muchas de las cuentas que promueven una alimentación saludable, las gestionan personas que no son profesionales en la salud, demonizando así ciertos alimentos como los hidratos de carbono, lácteos o grasas. A ésto se le suman las publicaciones de las *celebrities* y los llamados *influencers* que fomentan alimentos sin gluten, ecológicos o sin conservantes ni aditivos.

También son muy populares los blogs sobre alimentación sana. Un estudio que analizó la composición nutricional de algunas recetas de blog sobre alimentación “limpia”, concluyó que, las kilocalorías entre las recetas de éstos y la receta control (es decir, con alimentos habituales), eran similares. Hubo un mayor porcentaje en proteínas, fibra y grasas, sin embargo, no cumplía con las recomendaciones de la OMS respecto a los niveles de azúcares, sodio, grasas totales y grasas saturadas ¹¹. Esto significa que la opción de usar alimentos “puros” no significa ser una alternativa más sana que el consumo de los alimentos tradicionales, aunque sea así percibido por la población.

No existe un criterio diagnóstico reconocido para la ON, ya que ni la CIE-10 ni la DSM-V, lo reconoce como un TCA.

Según Bratman y Knight, la ON puede ser diagnosticada tras la presencia de los síntomas siguientes ¹²:

- Emplear más de 3 horas al día en pensar y preparar comida saludable.
- Sentimientos de superioridad al tener estos hábitos alimenticios.
- Seguir un particular régimen dietético autoimpuesto de manera rígida y tener comportamientos restrictivos compensatorios tras una indiscreción dietética.
- Relacionar la autoestima con la adhesión a la dieta autoimpuesta (tener sensación de autosatisfacción al cumplir el régimen dietético).
- Hacer del consumo de una dieta saludable, el foco principal de la vida; a expensas de otros valores personales, relaciones sociales, actividades que antes se disfrutaban, y a veces, irónicamente; la salud física.
- Hacer que el valor nutricional de la comida sea más importante que el placer de comerla.

Se relacionan estos criterios con el test de Bratman y Knight llamado Test de Ortorexia de Bratman (BOT), siendo éste positivo para la ON al responder afirmativamente, al menos 4 de 10 preguntas ¹² (*Anexo 1*).

Sin embargo, estos criterios diagnósticos no han sido comprobados empíricamente y no se ha establecido que formen un patrón de conducta que pueda calificarse de síndrome.

Moroze et al. (2014) ¹³ también propuso varios criterios diagnósticos para la ON⁸. Los dos primeros criterios destacan la obsesión por la “pureza de los alimentos, así como el impacto de consumir alimentos poco saludables, culpabilidad y de las posibles consecuencias sociales de este comportamiento obsesivo. Los dos últimos, se refieren al diagnóstico del trastorno como una condición médica en sí, en lugar de un aumento de la gravedad de otro trastorno ¹⁴, caracterizado principalmente por:

- **Preocupación obsesiva por comer “comida saludable”, centrándose en la preocupación de la calidad y composición de los alimentos:**
 - Consumir una dieta desequilibrada nutricionalmente, debido a creencias preocupantes sobre la “pureza” de los alimentos.
 - Preocupación por comer alimentos impuros o poco saludables y por el efecto de la calidad y composición de éstos en la salud física y/o emocional.
 - Evitación estricta de alimentos que el paciente cree “poco saludables”, que pueden incluir aquellos que contengan grasa, conservantes, aditivos alimentarios, productos de origen animal u otros componentes que el paciente considere no sanos.
 - Para las personas que no son profesionales de la alimentación, pasar una cantidad excesiva de tiempo (más de 3 horas al día) leyendo, adquiriendo y preparando tipos específicos de comida basada en su percepción de calidad y composición.
 - Sentimientos de culpa y preocupación después de transgredir la dieta con el consumo de alimentos “poco sanos” o “impuros”.
 - Intolerancia a las creencias alimentarias ajenas.

- Gastar cantidades excesivas de dinero en relación con su ingreso, en alimentos debido a su calidad y composición percibidas.
- **La preocupación obsesiva provoca deterioro en el paciente:**
 - Deterioro de la salud física debido a los desequilibrios nutricionales (desarrollo de desnutrición debido a una dieta desequilibrada).
 - Angustia severa o deterioro del funcionamiento social, académico o vocacional debido a pensamientos y comportamientos obsesivos que se centran en las creencias del paciente sobre la alimentación “saludable”.
- **La alteración no es simplemente una exacerbación de los síntomas de otro trastorno como el trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) o de la esquizofrenia u otro trastorno psicótico.**
- **El comportamiento no se explica únicamente por el cumplimiento de las normas alimentarias de ciertas religiones o por el seguimiento de prescripciones dietéticas relacionadas con alergias alimentarias o condiciones médicas que requieran una dieta especial.**

Donini (2004) ¹⁵ desarrolló otro cuestionario diagnóstico llamado ORTO-15 (*Anexo 2*), combinando el BOT, con el Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota (MMPI), uno de los cuestionarios más utilizados en el campo de la salud mental, cuyo diseño está dirigido hacia la identificación del perfil personal y detección de trastornos psicológicos ¹⁶. Es un test de pregunta multi-respuesta (siempre, frecuentemente, a veces, nunca). Éstas se puntúan de 1 a 4 y, si la suma total de la puntuación es menor de 40, se considerará un indicador de ON; si la puntuación total supera los 40 puntos, será un indicativo de comportamiento alimentario normal. Existen variantes del test como el ORTO-11, un cuestionario que reduce los 15 ítems a 11.

En España se ha desarrollado el Teruel Orthorexia Scale (TOS), un cuestionario que diferencia la ON de la ortorexia saludable, es decir, el interés por una dieta saludable, pero sin rasgos psicopatológicos ¹⁷ (*Anexo 3*).

Algunos profesionales de la salud, califican la ON como una forma de AN o una forma de trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) ¹² o de trastorno por

restricción/evitación de la ingesta de alimentos e, incluso, como un factor de riesgo de desarrollo de futuros TCA ¹². Estas relaciones son debidas a que la ON comparte diversas características con los trastornos anteriores ⁶ (Figura 5).

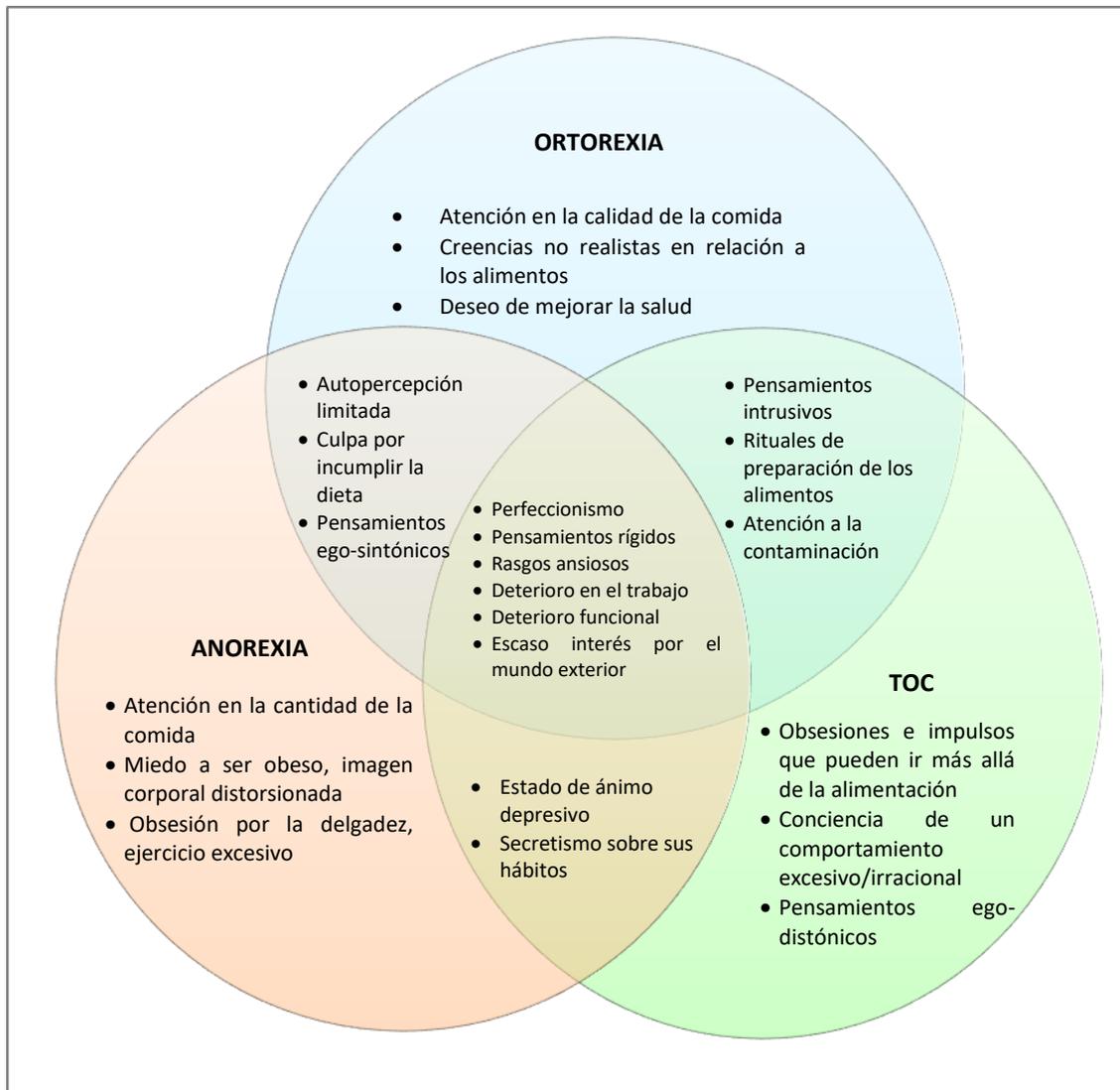


Figura 5: Características relacionadas entre la ON, AN y TOC ⁶

Se diferencia del trastorno por restricción/evitación por ingesta de alimentos, ya que en éste, el paciente tiene pensamientos ego-distónicos, no busca mejorar su salud (de hecho, suelen ser pacientes con preferencia hacia las comidas grasas y altas en hidratos de carbono), no se fijan en la calidad de los alimentos ni pasan un excesivo número de horas pensando en las comidas.

Un estudio ⁷ realizado a diversos profesionales relacionados con la salud respecto al perfil de un hipotético paciente con ON, concluyó que la mayoría

esperarían que fuera de género femenino, con una educación media-alta y de origen caucásico u occidental. Además, estuvieron de acuerdo en que tendría unos rasgos perfeccionistas y/u obsesivos-compulsivos y una personalidad estricta, ambiciosa y determinante.

También se relaciona la alimentación vegetariana o vegana, como un factor de riesgo de la ON, sin embargo, un estudio realizado en Polonia ¹⁴, usando el BOT, determinó un mayor porcentaje de “fanáticos de la salud” en el grupo de no-vegetarianos. Además, dentro del grupo de los diversos tipos de dieta vegetariana (incluyendo la vegana), la dieta lacto-vegetariana fue la que más puntuación tuvo en el BOT, seguida de la ovo-vegetariana y lacto-ovo-vegetariana; teniendo la dieta vegana la puntuación más baja y, por tanto, un mayor porcentaje de participantes saludables.

Un estudio desarrollado por la Universidad de Castilla La Mancha ¹⁶, usando el ORTO-11, determinó que el 17% de los encuestados sufría riesgo de ON siendo, la mayoría mujeres. Sin embargo, un estudio realizado por la Universidad de Turín, no encontró desigualdades importantes en cuanto a una mayor prevalencia en un género u otro ¹⁸. También se encontraron diferencias significativas en la importancia de la delgadez y en la prevalencia de otros TCA e inseguridad social en los participantes, siendo más acusada en los individuos con riesgo de ON, que en aquellos encuestados que no sufrían riesgo.

Otro estudio realizado en el ámbito deportivo ¹⁹, demostró que la comida saludable es percibida de diferente manera entre hombres y mujeres. Ellos se decantan por los alimentos favorecedores de desarrollo muscular y ellas en productos que facilitan la pérdida de peso. Otra diferencia, es que hubo un mayor porcentaje de culpabilidad tras haber comido un *snack* o dulce en las mujeres, que en los hombres. Un dato interesante fue que el 51% “nunca” siente que la comida lo controle, mientras que el 49% restante, acepta que “a veces” sí; es decir, prácticamente la mitad de los encuestados, tienen una percepción de ser dominados por la comida. Dentro del mundo del *fitness*, los entrenadores personales relacionaron el deporte de élite y el ejercicio excesivo con comportamientos ortoréxicos ²⁰.

Las consecuencias de la ON afectan a todos los niveles de una persona, produciendo una afectación biopsicosocial ²²:

Las patologías y desórdenes de la ON son consecuencia del desequilibrio nutricional que se produce por eliminar ciertos alimentos que no pueden ser sustituidos y por el retraimiento social que sufren estas personas al sentirse incomprendidos por su círculo social.

- **Dominio físico-biológico:** se suele observar una importante pérdida de peso secundaria a la supresión de numerosos alimentos y, con ellos, de kilocalorías, provocando una falta de energía mantenida. Este infrapeso, podría detener el crecimiento cuando la ON se produce durante la adolescencia. Otras patologías asociadas son los desequilibrios metabólicos (acidosis, osteoporosis, pancitopenia, déficit de testosterona...), afectación cardiovascular (bradicardia e hipotensión) y déficit inmunitario que conlleva el aumento de riesgo de infecciones por la presencia de parásitos en frutas y hortalizas de origen ecológico. Respecto a la desnutrición, existe un déficit de oligoelementos (hierro, calcio...), hiper/hipo vitaminosis, carencia de vitamina B12, etc.²²
- **Dominio psicológico:** hay presencia de altos niveles de dopamina y, por el contrario, bajos de serotonina; lo que podría provocar trastornos de ansiedad crónica y depresión. Pero, lo que mayor ansiedad causa a estos pacientes, es romper la dieta, con los respectivos sentimientos de culpa y vergüenza. Se fomenta la aparición de psicosis, hipocondrías y TOC respecto a los alimentos ²².
- **Dominio social:** pérdida de su entorno más cercano, apareciendo soledad y aislamiento, adhiriéndose únicamente a grupos de iguales. También se ven afectados el ámbito laboral y académico ²².

Los profesionales de enfermería deben conocer la población de riesgo para poder realizar un abordaje preventivo y educación para la salud ²². Un estudio realizado en Castellón, dedujo que la mejor edad para que los profesionales de enfermería de Atención Primaria realicen estas actividades, es la correspondida

a 1º de la ESO ²¹. También deben saber detectar los signos clínicos tempranos, con el fin de intervenir lo antes posible.

Para atender a este trastorno, lo ideal sería contar con un equipo multidisciplinar compuesto por enfermeras, médicos, psicoterapeutas y dietistas, intentando que se combine la terapia farmacológica con la terapia cognitivo-conductual y las actividades de educación para la salud ²².

En casos de pérdida de peso significativa y malnutrición, estaría indicado el ingreso hospitalario.

Las intervenciones deben ser individuales, en función de las necesidades específicas que presenta el paciente en particular, estableciendo como objetivos de cuidados, no sólo lo que come el paciente, sino también cómo compra, la preparación y los sentimientos que tienen acerca de los alimentos. Se deberá entrenar al paciente para poder revertir el hábito.

La reestructuración cognitiva es beneficiosa para las distorsiones cognitivas, catastrofización, y sobregeneralización que rodean a los alimentos, alimentación y salud. Varias formas de entrenamiento de relajación ayudarían a mejorar la ansiedad pre y postprandial y otras ansiedades asociadas a la salud.

Además, ciertas estrategias de modificación de conducta podrían ser útiles para ampliar el repertorio de alimentos, aumentar la socialización durante las comidas e incluir otras actividades de ocio no asociadas a alimentos.

Por último, si se considerara la educación para la salud sobre la ciencia dietética empíricamente validada, se podría disuadir a los pacientes ortoréxicos de creencias falsas sobre los alimentos y también, deben de tenerse en cuenta el reconocimiento de aspectos emocionales y la elección de alimentos según los valores y cultura en la que ha vivido la persona.

ROL DE ENFERMERÍA EN LA ORTOREXIA NERVIOSA

El papel del Profesional de Enfermería debe estar siempre presente, tanto en la promoción, prevención y recuperación de las personas en el ámbito comunitario, como en el hospitalario (cuando las consecuencias de la ON han sido lo suficientemente graves como para haber requerido ingreso hospitalario o en el hospital de día).

La enfermera debe identificar los grupos de riesgo para poder llevar a cabo actividades e intervenciones de promoción de hábitos alimentarios saludables, así como de información nutricional. También se deberá formar en la detección de las señales de alarma de este trastorno, como pueden ser, los cambios repentinos de gustos y evitación respecto a ciertos alimentos, rechazo a comer en público, etc.

En la entrevista clínica que realiza la enfermera, se preguntará por los hábitos alimentarios, incluyendo cuáles son los alimentos permitidos y prohibidos en su dieta, cantidad, líquidos que ingiere, conocimientos respecto a los alimentos, modo y tiempo de preparación de la comida, etc. También es importante conocer los hábitos de compra: quién, cuánto, si se revisa el etiquetado o no, etc.

Al establecer el plan de cuidados, se valorará el *insight* (conciencia de enfermedad), puesto que, si no tiene la sensación de estar enfermo, no verá la necesidad de tratamiento. Por el contrario, en un paciente que reconocer tener problemas habrá que determinar su grado de motivación para cambiar su comportamiento alimentario.

Se valorará su calidad de vida haciendo alusión a qué sensaciones le produce acabar de comer (alegría, frustración, culpa...), actividad física realizada, horas de sueño (descanso), autopercepción y autoconcepto y estado de ánimo general.

Puesto que las personas que padecen estos trastornos tienen tendencia al aislamiento, se preguntará por dónde y con quién comen, las repercusiones en

su círculo laboral y/o académico, y si procede, por las causas que motivaron el abandono de actividades de ocio, relaciones sociales y familiares.

Se debe de evitar, o revertir, este aislamiento social animándole a continuar, o retomar, con sus actividades de ocio habituales. Es muy importante el refuerzo de lazos familiares.

Se realizará la toma de las constantes vitales, peso, talla, y demás parámetros antropométricos y pruebas, si fuera necesario. Se determinará el IMC y la cantidad de kilocalorías necesarias para su dieta.

Mediante una relación de *feed-back* efectiva entre enfermera-paciente, se pactará una dieta saludable, tomando de referencia, al principio, los alimentos que el paciente permite a su dieta; estableciendo objetivos reales en el tiempo. Es muy importante favorecer la expresión de deseos y sentimientos, debiendo trabajar la autoconfianza y la autoestima.

La educación para la salud es fundamental en estos pacientes, sólo haciéndoles cambiar las cogniciones que tienen sobre los alimentos se podrá conseguir una buena adhesión al tratamiento. Se llevará a cabo una reestructuración cognitiva que ayude a modificar las ideas falsas alimentarias.

El profesional de enfermería colaborará con otros profesionales sanitarios, formando un equipo multidisciplinar efectivo ante la ON.

Se llevará un control periódico del paciente. En casos de recaída, se le seguirá animando a retomar la relación y la adherencia terapéutica.

En el *Anexo 4* se propone un plan de cuidados que podría aplicarse a un paciente ortoréxico.

6. LIMITACIONES Y FORTALEZAS

Limitaciones:

La escasez de información fiable publicada, especialmente en el ámbito enfermero, y la disparidad de opiniones de los diversos estudios y autores (diagnóstico, prevalencia, etc.), ha sido la limitación más evidente.

Fortalezas:

Es un campo que deja abiertas muchas líneas futuras de investigación en cuanto a cuidados y actividades propias de enfermería, etiología de la enfermedad, criterios diagnósticos, prevalencia, tratamiento, etc.; donde tienen cabida muchos profesionales sanitarios.

7. RESULTADOS

- Aunque la ON no tiene un diagnóstico reconocido, es considerada como una forma de otro trastorno mental (TOC, AN...), por lo que es necesario que se reconozca como un TCA con entidad propia, estableciendo estrategias para la detección precoz, diagnóstico y seguimiento adecuado de la enfermedad ⁶.
- La falta de unificación de criterios y herramientas supone un obstáculo para captar a la población de riesgo ⁶.
- La escasez de conocimiento de la ON por parte de los profesionales de enfermería implica una carencia de cuidados específicos para los pacientes, ya que no existen estudios que investiguen qué cuidados serían los más apropiados ²².
- Las actividades de prevención de la ON, principalmente en los grupos vulnerables (estudiantes de carreras de ciencias de la salud, bailarines, entrenadores físicos, etc.), podría evitar el desarrollo del trastorno ¹⁸.
- No hay diferencias significativas en la prevalencia en cuanto a género, pero las mujeres relacionan la forma y satisfacción corporal, con la importancia de una dieta saludable; mientras que esta relación no existe entre los hombres ²⁵.
- En general, los hombres prefieren una dieta rica en proteínas, ya que buscan la ganancia de masa muscular; mientras que las mujeres prefieren una dieta baja en hidratos de carbono y con gran cantidad de frutas y verduras, con el objetivo de estar delgadas ¹⁹.
- Dos tercios de un grupo de profesionales sanitarios que fueron encuestados para un estudio de la Universidad de Bélgica, afirmaron haber tenido durante su práctica asistencial, pacientes con conductas ortoréxicas clínicamente significativas ²⁷.
- Los pacientes ortoréxicos no tienen conciencia de enfermedad, su comportamiento provoca sentimientos egosintónicos, lo que conlleva a no pedir ayuda a ningún profesional de la salud ⁶.
- Las recetas de los blogs de “alimentación limpia” son, generalmente, de baja calidad nutricional, superando los niveles de azúcar recomendados por

la OMS y sin tener una diferencia significativa de kilocalorías comparándolas con la receta control ¹¹.

- Según unos estudios de Szocs et al., los pacientes ortoréxicos tienden a fijarse en la forma de preparación e ingredientes utilizados en ella. Pueden percibir que un alimento no manipulado ni procesado contiene menos kilocalorías que otro que sí lo haya sido ²³.
- Los pacientes diagnosticados con ortorexia son más estigmatizados y con una percepción de pérdida de control de su comportamiento por la sociedad que aquellos con conductas idénticas, pero sin estar clasificados ²⁴.

8. CONCLUSIONES

Tras el análisis de los artículos leídos, podemos concluir que los retos de enfermería ante las personas con Ortorexia Nerviosa, con el fin de mejorar su calidad de vida, son los siguientes:

- Fomentar la investigación, la divulgación científica y la formación de las enfermeras para suplir la falta de conocimiento de la enfermedad y, abordar eficazmente la promoción, prevención, recuperación y restauración de la salud de los pacientes ortoréxicos.
- Elaborar planes de cuidados individualizados para responder a las necesidades concretas de estos pacientes. Al ser una categoría sin diagnóstico oficial, podrían estar incluidos dentro de otro grupo de trastornos, además de la ausencia de evidencia enfermera que relacione directamente a la ortorexia nerviosa y la enfermería.
- Establecer estrategias con el fin de visibilizar la ON en diferentes sectores sociales: sanitario, escolar, deportivo, etc. con el fin de luchar contra el rechazo y la estigmatización que sufren los pacientes ortoréxicos.
- Realizar actividades de educación para la salud, concienciando a la población sobre la prevención de la ON, fomentando un uso responsable de Internet y promoviendo una alimentación equilibrada.
- Destacar la importancia de detectar precozmente la enfermedad por parte de las familias, formando a la comunidad en cuanto a los síntomas y cambios comportamentales que conlleva la ON.

9. BIBLIOGRAFÍA

1. Seva M, Casado L. La construcción de la identidad e imagen corporal en la adolescencia a través de los medios de comunicación social: estrategias para el desarrollo de un modelo de prevención. *Enfermería Integral*. 2015;:68-73.
2. Molero Jurado M del M. *Intervención en contextos clínicos y de la salud*. ASUNIVEP: Almería, 2016.
3. American Psychiatric Association. *DSM-5: manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Editorial Médica Panamericana: Buenos Aires, 2016. Ferreruela IL, Ruíz CA, Piqueres AL, Masoliver Á. Autopercepción del peso y conductas de riesgo relacionadas con los trastornos alimentarios. :12.
4. Håman L, Barker-Ruchti N, Patriksson G, Lindgren E-C. Orthorexia nervosa: An integrative literature review of a lifestyle syndrome. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being* 2015; 10: 26799.
5. Pini S, Abelli M, Carpita B, Dell’Osso L, Castellini G, Carmassi C et al. Historical evolution of the concept of anorexia nervosa and relationships with orthorexia nervosa, autism, and obsessive-compulsive spectrum. *Neuropsychiatric Disease and Treatment* 2016; Volume 12: 1651–1660.
6. Koven N, Abry A. The clinical basis of orthorexia nervosa: emerging perspectives. *Neuropsychiatric Disease and Treatment* 2015; : 385..
7. Syurina EV, Bood ZM, Ryman FVM, Muftugil-Yalcin S. Cultural Phenomena Believed to Be Associated With Orthorexia Nervosa – Opinion Study in Dutch Health Professionals. *Frontiers in Psychology* 2018; 9. doi:10.3389/fpsyg.2018.01419.
8. Turner PG, Lefevre CE. Instagram use is linked to increased symptoms of orthorexia nervosa. *Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity* 2017; 22: 277–284.
9. Chaki B, Pal S, Bandyopadhyay A. Exploring scientific legitimacy of orthorexia nervosa: a newly emerging eating disorder. *Journal of Human Sport and Exercise*. 2013;8(4):1045-53.
10. Michalska A, Szejko N, Jakubczyk A, Wojnar M. Nonspecific eating disorders - a subjective review. *Psychiatria Polska*. 2016;50(3):497-507.
11. Dickinson K, Watson M, Prichard I. Are Clean Eating Blogs a Source of Healthy Recipes? A Comparative Study of the Nutrient Composition of Foods with and without Clean Eating Claims. *Nutrients*. 2018;10(10):1440.
12. Parra-Fernandez ML, Rodríguez-Cano T, Onieva-Zafra MD, Perez-Haro MJ, Casero-Alonso V, Muñoz Camargo JC, et al. Adaptation and validation of the Spanish version of the ORTO-15 questionnaire for the diagnosis of orthorexia nervosa. Manalo E, editor. *PLOS ONE*. 2018;13(1):e0190722.
13. Moroze RM, Dunn TM, Craig Holland J, et al. Microthinking about micronutrients: a case of transition from obsessions about healthy eating to near-fatal “orthorexia nervosa” and proposed diagnostic criteria. *Psychosomatics*. 2014.

14. Dittfeld A, Gwizdek K, Jagielski P, Brzęk J, Ziora K. A Study on the Relationship between Orthorexia and Vegetarianism Using the BOT (Bratman Test for Orthorexia). *Psychiatria Polska* 2017; 51: 1133–1144.
15. Donini LM, Marsili D, Graziani MP, et al. Orthorexia nervosa: a preliminary study with a proposal for diagnosis and an attempt to measure the dimension of the phenomenon. *Eat Weight Disord.* 2004;9(2):151–157
16. Parra-Fernandez ML, Rodríguez-Cano T, Perez-Haro MJ, Onieva-Zafra MD, Fernandez-Martinez E, Notario-Pacheco B. Structural validation of ORTO-11-ES for the diagnosis of orthorexia nervosa, Spanish version. *Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity.* 2018;23(6):745-52.
17. Barrada JR, Roncero M. Bidimensional Structure of the Orthorexia: Development and Initial Validation of a New Instrument. *Anales de Psicología.* 2018;34(2):283.
18. Bo S, Zoccali R, Ponzo V, Soldati L, De Carli L, Benso A et al. University courses, eating problems and muscle dysmorphia: are there any associations? *Journal of Translational Medicine* 2014; 12. doi:10.1186/s12967-014-0221-2.
19. San Mauro I. Hábitos Alimentarios Y Psicológicos En Personas Que Realizan Ejercicio. *Nutrición Hospitalaria.* 2014;(6):1324–1332.
20. Håman L, Lindgren E-C, Prell H. “If it’s not Iron it’s Iron f*cking biggest Ironman”: personal trainers’ views on health norms, orthorexia and deviant behaviours. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being.* 2017;12(sup2):1364602.
21. Ferreruela IL, Ruíz CA, Piqueres AL, Masoliver Á. Autopercepción del peso y conductas de riesgo relacionadas con los trastornos alimentarios. :12.
22. Liria, C. Ortorexia nerviosa: un nuevo reto para los profesionales sanitarios en España. In: Asunivep (ed.) *Intervención en contextos clínicos y de la salud.* España.; 2016. p.427-434.
23. Szocs C , Lefebvre S. The blender effect: Physical state of food influences healthiness perceptions and consumption decisions. *Food Qual. Prefer.* 2016, 54, 152–159.
24. Nevin SM, Vartanian LR. The stigma of clean dieting and orthorexia nervosa. *Journal of Eating Disorders* 2017; 5. doi:10.1186/s40337-017-0168-9.
25. Brytek-Matera A, Donini LM, Krupa M, Poggiogalle E, Hay P. Orthorexia nervosa and self-attitudinal aspects of body image in female and male university students. *Journal of Eating Disorders* 2015; 3. doi:10.1186/s40337-015-0038-2.
26. Nnnconsult. NNNConsult. [En línea]. [Citado 29 Mayo 2019]. Disponible en: <https://www-nnnconsult-com.ponton.uva.es/>.
27. Vandereycken W. Media Hype, Diagnostic Fad or Genuine Disorder? Professionals’ Opinions About Night Eating Syndrome, Orthorexia, Muscle Dysmorphia, and Emetophobia. *Eating Disorders.* 2011;19(2):145-55.

8. ANEXOS

Anexo 1: Test De Ortorexia De Bratman

1. **¿Dedica más de 3 horas al día pensando en una dieta saludable? Sí/No.**
2. **¿Planea las comidas con un día de antelación? Sí/No.**
3. **¿Qué es más importante para usted: lo que come o el placer de lo que está comiendo? Sí/No.**
4. **¿Ha disminuido su calidad de vida con la introducción de una dieta saludable? Sí/No.**
5. **¿Es cada vez más restrictivo con la dieta? Sí/No.**
6. **¿Es capaz de sacrificar el placer derivado de comer para mantener una dieta saludable? Sí/No.**
7. **¿Aumenta su autoestima cuando come saludable? ¿Evita a la gente que no sigue un patrón de nutrición saludable? Sí/No.**
8. **¿Se siente culpable cuando no sigue su dieta? Sí/No.**
9. **¿Considera su dieta como un factor de aislamiento social? Sí/No.**
10. **¿Experimenta una sensación de control total cuando come apropiadamente? Sí/No.**

Anexo 2: Test Orto-15 De Donini

1. Cuando come, ¿se fija en las calorías de los alimentos?

- a) Nunca.
- b) A veces.
- c) Frecuentemente.
- d) Siempre.

2. Cuando usted entra en una tienda, ¿se siente confundido?

- a) Nunca.
- b) A veces.
- c) Frecuentemente.
- d) Siempre.

3. En los últimos 3 meses, ¿pensar en comida ha sido una preocupación?

- a) Nunca.
- b) A veces.
- c) Frecuentemente.
- d) Siempre.

4. ¿Sus hábitos de alimentación están condicionados por la preocupación por su estado de salud?

- a) Nunca.
- b) A veces.
- c) Frecuentemente.
- d) Siempre.

5. Para usted, ¿es el sabor el principal criterio a la hora de determinar la calidad de los alimentos?

- a) Nunca.
- b) A veces.
- c) Frecuentemente.

d) Siempre.

6. ¿Estaría dispuesto a gastar más por una alimentación más sana?

- a) Nunca.
- b) A veces.
- c) Frecuentemente.
- d) Siempre.

7. Pensamientos por una alimentación sana, ¿le preocupa más de 3 horas al día?

- a) Nunca.
- b) A veces.
- c) Frecuentemente.
- d) Siempre.

8. ¿Se permite alguna transgresión alimentaria?

- a) Nunca.
- b) A veces.
- c) Frecuentemente.
- d) Siempre.

9. ¿Considera que su estado de humor influye en sus hábitos de alimentación?

- a) Nunca.
- b) A veces.
- c) Frecuentemente.
- d) Siempre.

10. ¿Considera que estando convencido de que consume alimentos saludables aumenta su autoestima?

- a) Nunca.
- b) A veces.
- c) Frecuentemente.

d) Siempre.

11. ¿Considera que el consumo de alimentos saludables modifique su estilo de vida (frecuencia de comer fuera, amigos...)?

- a) Nunca.
- b) A veces.
- c) Frecuentemente.
- d) Siempre.

12. ¿Considera que consumiendo alimentos saludables mejora su aspecto físico?

- a) Nunca.
- b) A veces.
- c) Frecuentemente.
- d) Siempre.

13. ¿Se siente culpable cuando se salta el régimen?

- a) Nunca.
- b) A veces.
- c) Frecuentemente.
- d) Siempre.

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

- a) Nunca.
- b) A veces.
- c) Frecuentemente.
- d) Siempre.

15. En la actualidad, ¿come solo?

- a) Nunca.
- b) A veces.
- c) Frecuentemente.

d) Siempre.

Tabla 4: Puntuación del ORTO-15

	SIEMPRE	FRECIENTEMENTE	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
< 40 = Indicador de ON				

Anexo 3: Teruel Orthorexia Scale

1. Me siento bien cuando como comida sana.

- a) Nada de acuerdo.
- b) Algo de acuerdo.
- c) Bastante de acuerdo.
- d) Muy de acuerdo.

2. Empleo gran cantidad de tiempo en comprar, planificar y/o preparar la comida para que mi alimentación sea lo más saludable posible.

- a) Nada de acuerdo.
- b) Algo de acuerdo.
- c) Bastante de acuerdo.
- d) Muy de acuerdo.

3. Considero que mi modo de alimentarme es más sano al del común de la gente.

- a) Nada de acuerdo.
- b) Algo de acuerdo.
- c) Bastante de acuerdo.
- d) Muy de acuerdo.

4. Me siento culpable cuando como algún alimento que considero no sano.

- a) Nada de acuerdo.
- b) Algo de acuerdo.
- c) Bastante de acuerdo.
- d) Muy de acuerdo.

5. Mis relaciones sociales se han visto afectadas negativamente a causa de mi preocupación por comer alimentos sanos.

- a) Nada de acuerdo.
- b) Algo de acuerdo.

- c) Bastante de acuerdo.
- d) Muy de acuerdo.

6. Mi interés por una alimentación sana es una parte importante de mi forma de ser, de entender el mundo.

- a) Nada de acuerdo.
- b) Algo de acuerdo.
- c) Bastante de acuerdo.
- d) Muy de acuerdo.

7. Prefiero comer un alimento sano y poco sabroso que un alimento de buen sabor que no sea sano.

- a) Nada de acuerdo.
- b) Algo de acuerdo.
- c) Bastante de acuerdo.
- d) Muy de acuerdo.

8. Como principalmente alimentos que considero sanos.

- a) Nada de acuerdo.
- b) Algo de acuerdo.
- c) Bastante de acuerdo.
- d) Muy de acuerdo.

9. Mi preocupación por la alimentación sana me consume mucho tiempo.

- a) Nada de acuerdo.
- b) Algo de acuerdo.
- c) Bastante de acuerdo.
- d) Muy de acuerdo.

10. Me preocupa la posibilidad de comer alimentos poco saludables.

- a) Nada de acuerdo.
- b) Algo de acuerdo.
- c) Bastante de acuerdo.

d) Muy de acuerdo.

11.No me importa gastar más dinero en un alimento si lo considero más sano.

a) Nada de acuerdo.

b) Algo de acuerdo.

c) Bastante de acuerdo.

d) Muy de acuerdo.

12.Me siento agobiado/a o triste si como alimentos que no considero sanos.

a) Nada de acuerdo.

b) Algo de acuerdo.

c) Bastante de acuerdo.

d) Muy de acuerdo.

13.Prefiero comer poco, pero sano, a quedar saciado/a con comida que pueda no ser sana.

a) Nada de acuerdo.

b) Algo de acuerdo.

c) Bastante de acuerdo.

d) Muy de acuerdo.

14.Evito comer con gente que no comparte mis ideas sobre alimentación sana.

a) Nada de acuerdo.

b) Algo de acuerdo.

c) Bastante de acuerdo.

d) Muy de acuerdo.

15.Intentó convencer a la gente de mi alrededor para que siga mis hábitos de alimentación saludable.

a) Nada de acuerdo.

b) Algo de acuerdo.

- c) Bastante de acuerdo.
- d) Muy de acuerdo.

16. Si en algún momento como algo que considero no sano, me castigo por ello.

- a) Nada de acuerdo.
- b) Algo de acuerdo.
- c) Bastante de acuerdo.
- d) Muy de acuerdo.

17. Los pensamientos sobre alimentación saludable no me dejan concentrarme en otras tareas.

- a) Nada de acuerdo.
- b) Algo de acuerdo.
- c) Bastante de acuerdo.
- d) Muy de acuerdo.

Tabla 5: Corrección de la TOS

<p><i>Nada de acuerdo = 0</i></p> <p><i>Algo de acuerdo = 1</i></p> <p><i>Bastante de acuerdo = 2</i></p> <p><i>Muy de acuerdo = 3</i></p>	
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: Plan De Cuidados De Enfermería En Un Paciente Ortoréxico. Las 14 Necesidades De Virginia Henderson

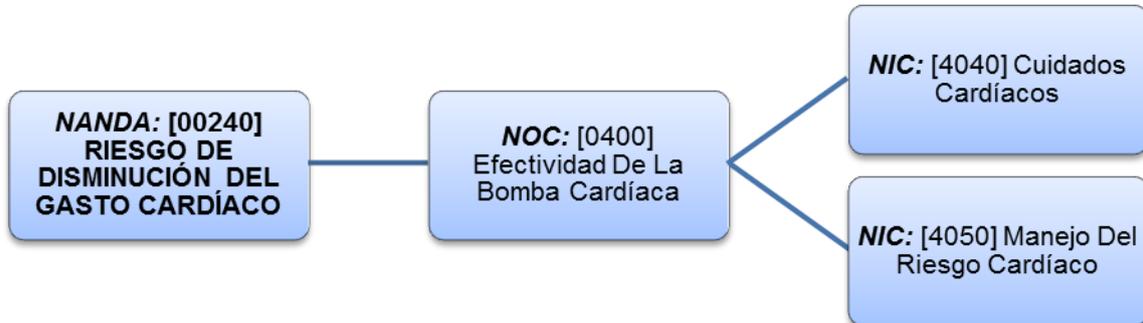


Figura 6: Necesidad 1: Respirar normalmente. Fuente: NNNConsult²⁶

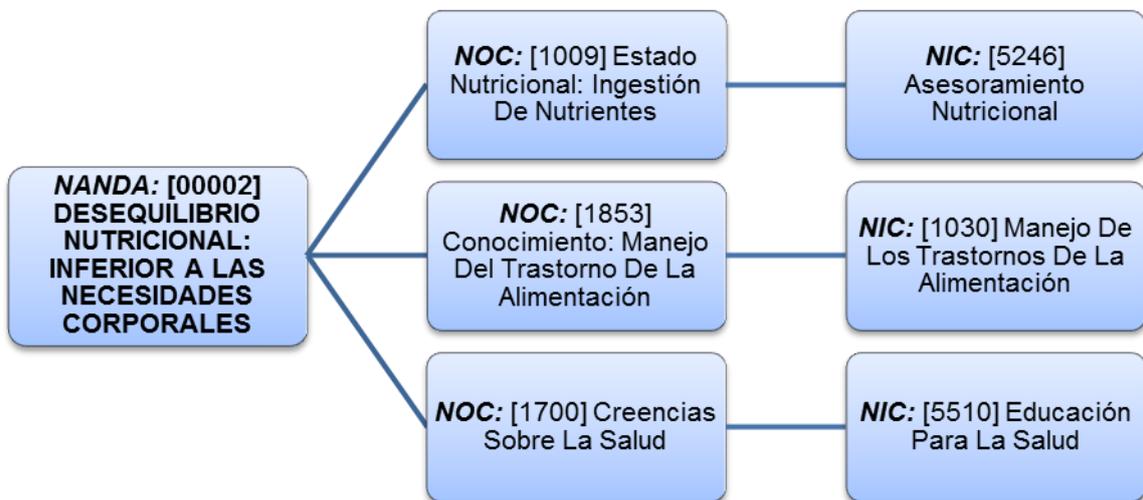


Figura 7: Necesidad 2: Comer y beber. Fuente: NNNConsult²⁶

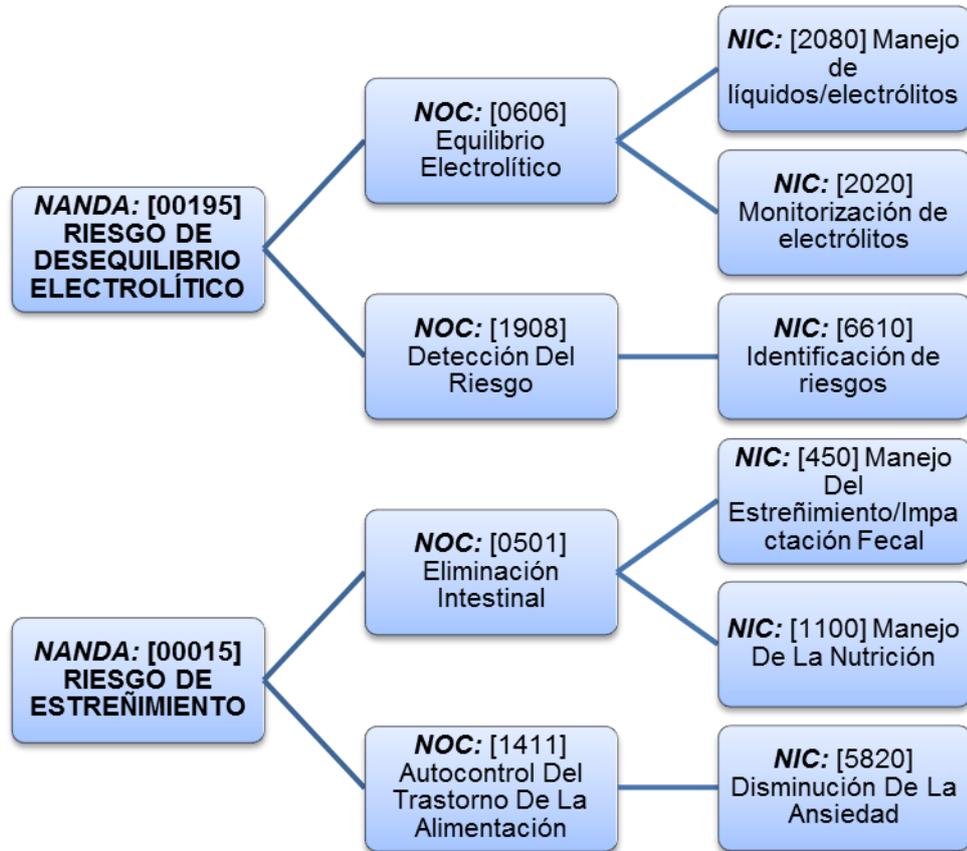


Figura 8. Necesidad 3: Eliminación. Fuente: NNNConsult²⁶

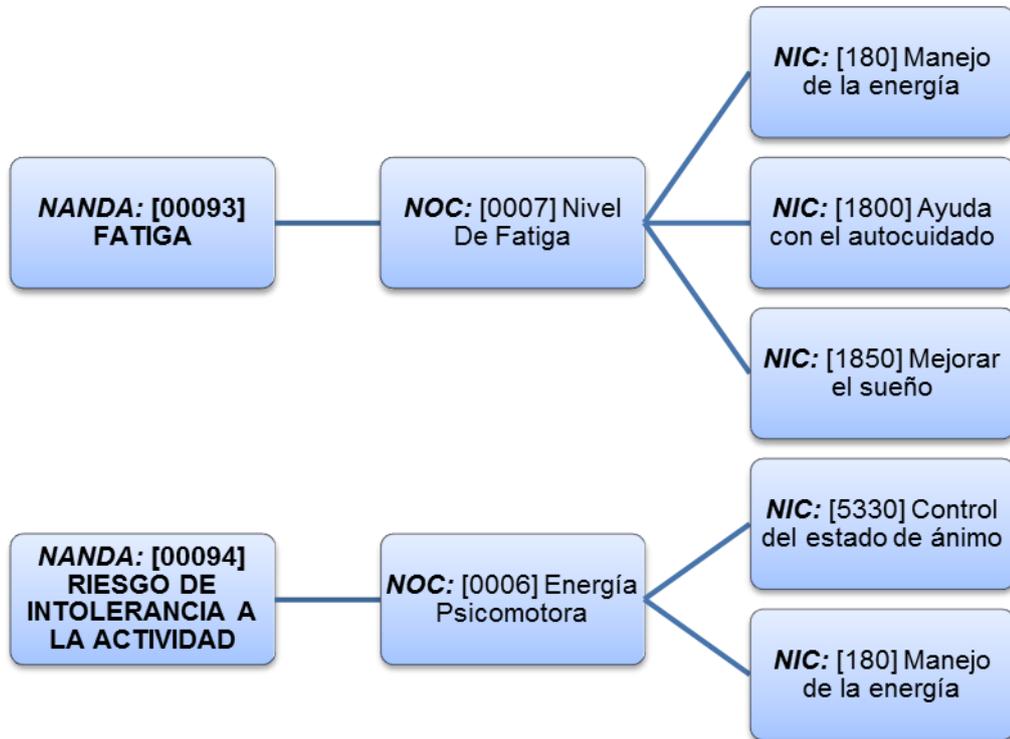


Figura 9: Necesidad 4: Moverse. Fuente: NNNConsult²⁶



Figura 10: Necesidad 5: Reposo/Sueño. Fuente: NNNConsult²⁶

La Necesidad 6: Vestirse, no se consideró relevante.

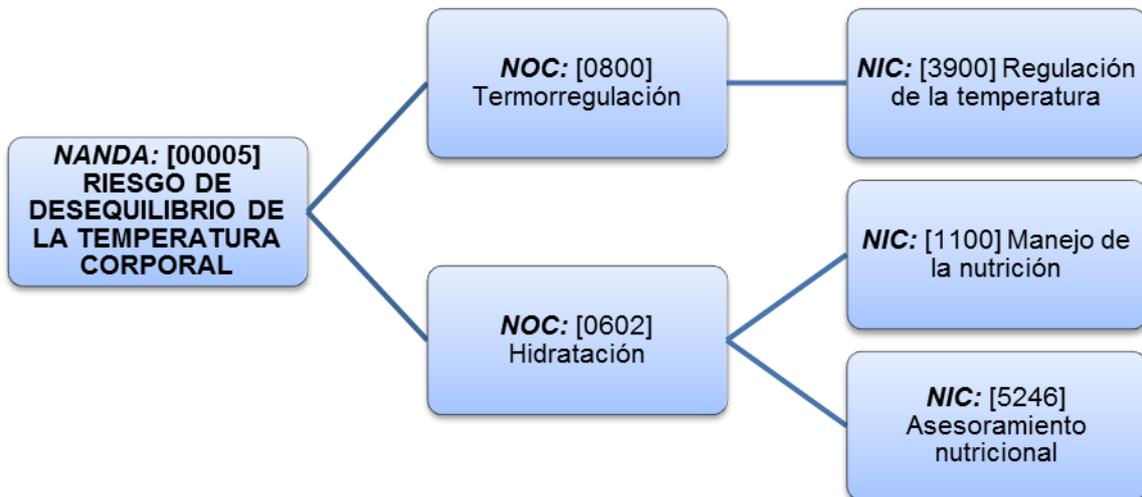


Figura 11: Necesidad 7: Temperatura. Fuente: NNNConsult²⁶

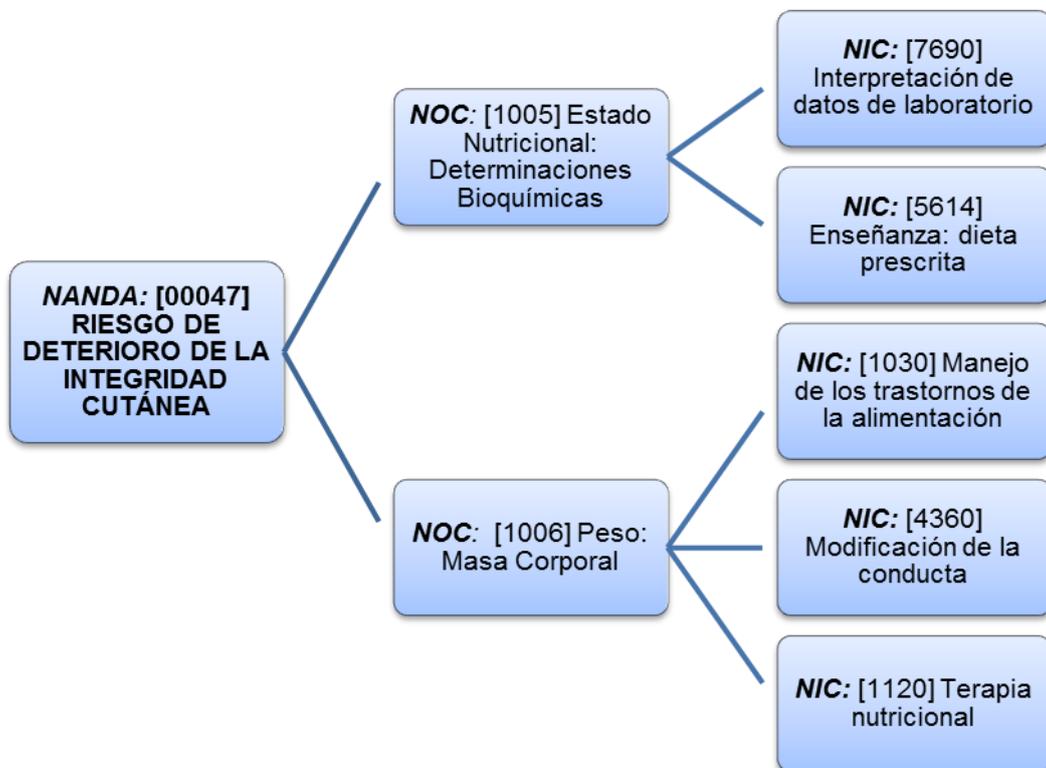


Figura 12: Necesidad 8: Higiene/Piel. Fuente: NNNConsult²⁶

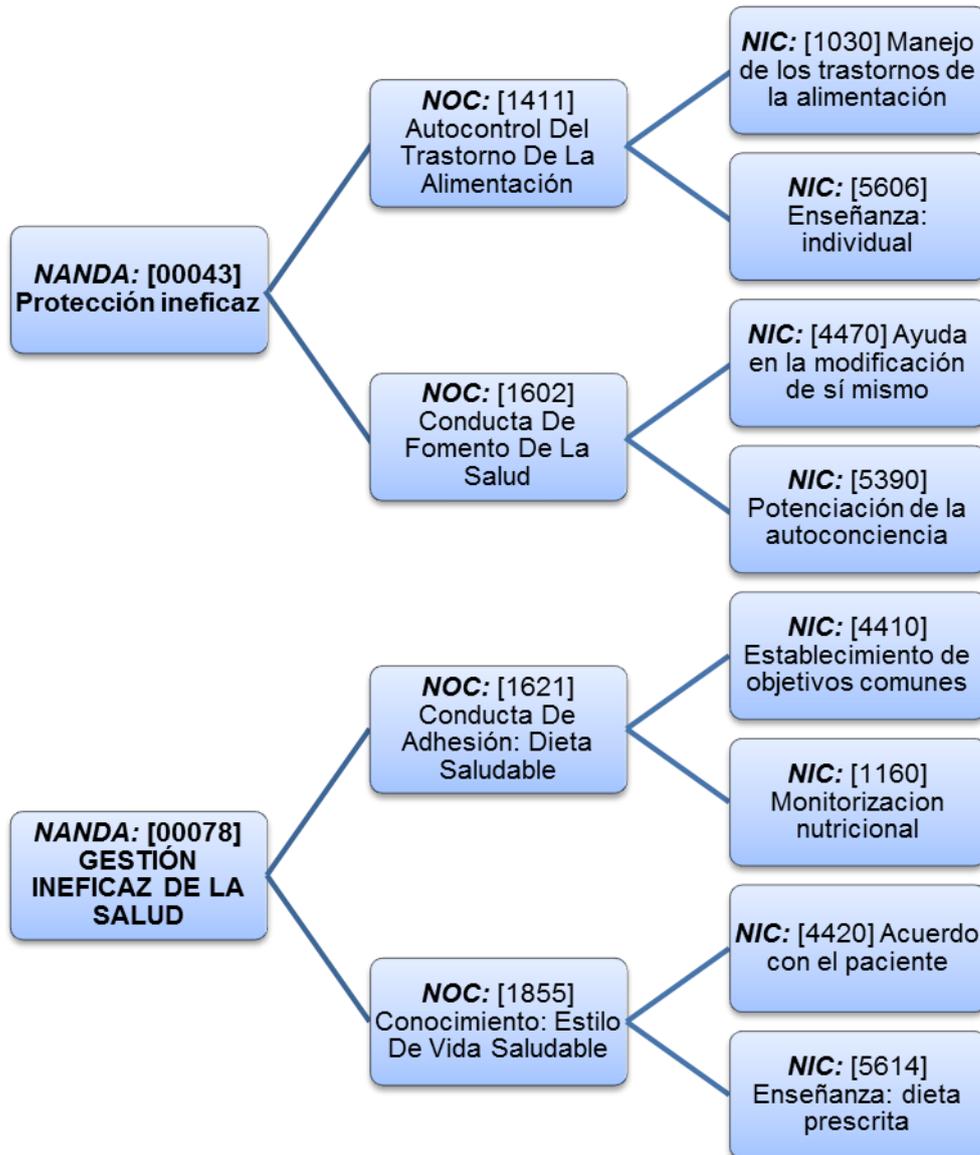


Figura 13: Necesidad 9: Evitar peligros/seguridad. Fuente: NNNConsult²⁶

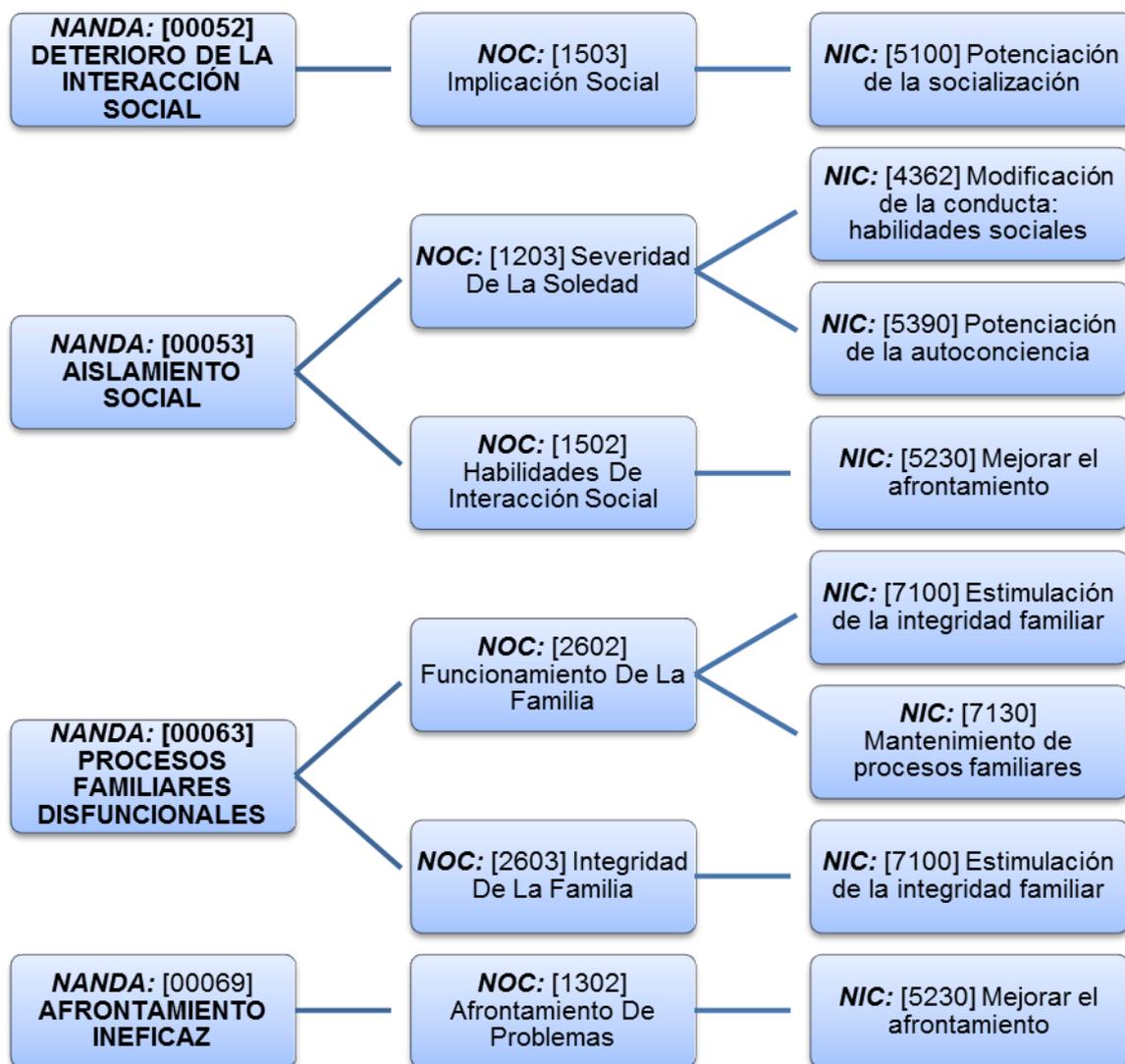


Figura 14: Necesidad 10: Comunicarse. Fuente: NNNConsult²⁶

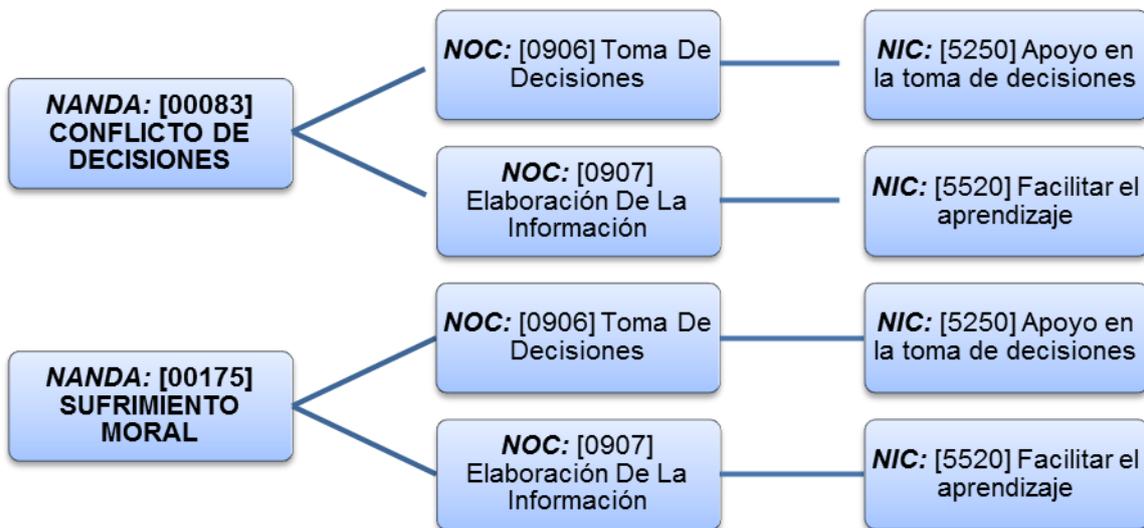


Figura 15: Necesidad 11: Creencias/Valores. Fuente: NNNConsult²⁶

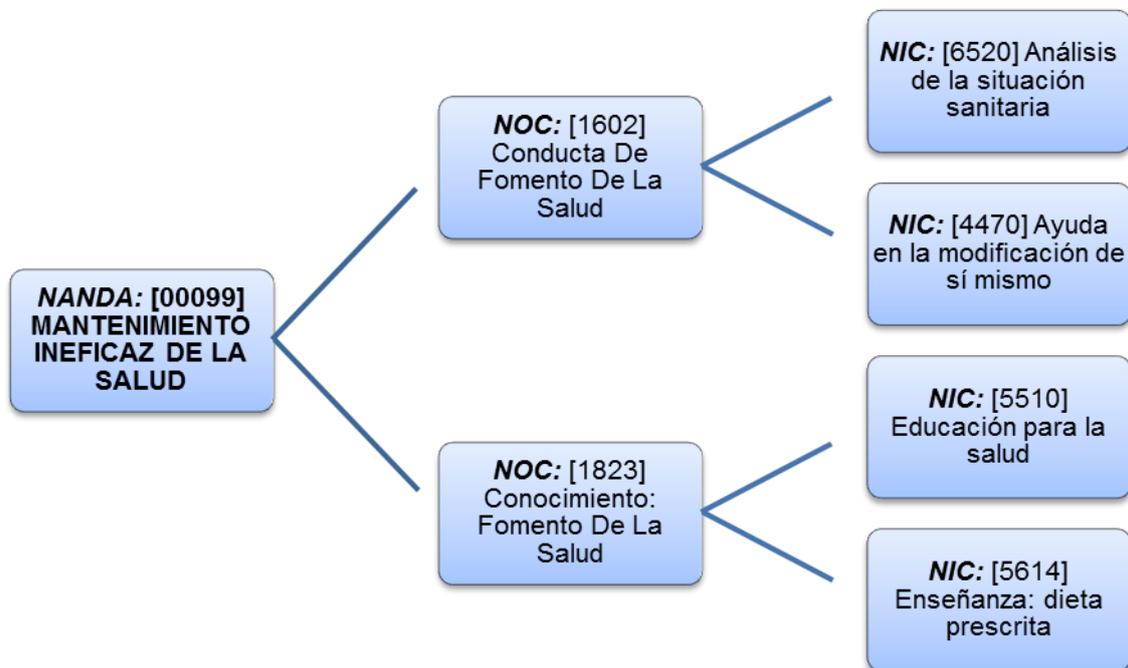


Figura 16: Necesidad 12: Trabajar/Realizarse. Fuente: NNNConsult²⁶

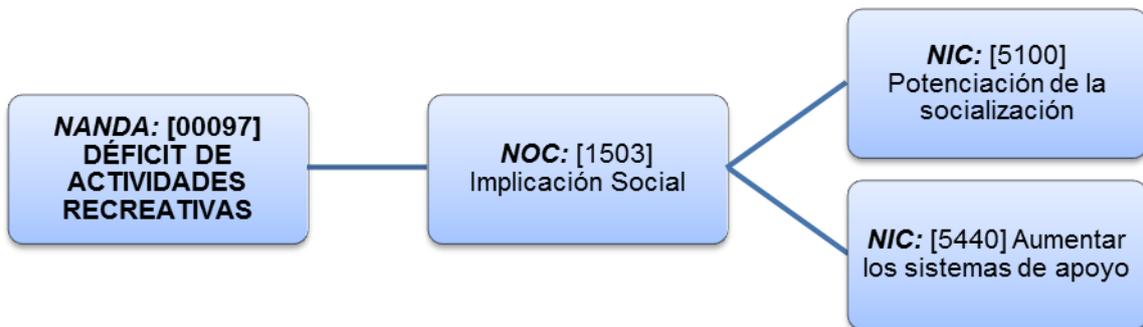


Figura 17: Necesidad 13: Recrearse. Fuente: NNNConsult²⁶



Figura 18: Necesidad 14: Aprender. Fuente: NNNConsult²⁶