

# La ortorexia nerviosa ¿otro nuevo trastorno?

## *Orthorexia nervosa, a new eating disorder?*

**Beatriz Ayllón Martín**

Médico psicoterapeuta

### **Resumen**

La ortorexia nerviosa es un comportamiento obsesivo caracterizado por una excesiva preocupación por la alimentación saludable. Aunque es un cuadro que no se ha reconocido como trastorno de alimentación oficialmente y no aparece como entidad propia en el DSM-V, ya hay publicaciones que hablan de esta patología e intentan conceptualizarla, describir sus características, síntomas y tratamientos más adecuados. El presente trabajo pretende entender y clasificar la ortorexia nerviosa, ver qué síntomas la caracterizan, cuáles son las implicaciones en la salud, y qué métodos de evaluación existen actualmente para su diagnóstico y consiguiente tratamiento. Se ha hecho una revisión bibliográfica mediante una búsqueda en PubMed, LILACS y SciELO, y en Google Académico.

En los resultados se ha observado que existe mucha controversia en cuanto a cómo definir este comportamiento emergente. Existen dudas en cuanto a su clasificación y no existen herramientas de evaluación fiables. Como conclusión creemos que, a pesar de que se ha publicado mucho en los últimos años, son necesarios más estudios aún para definir los criterios diagnósticos y poder especificar si se trata de un trastorno propiamente dicho.

*Palabras clave: ortorexia nerviosa, comportamiento ortoréxico, trastornos de alimentación, trastornos obsesivos, saludismo*

## **Abstract**

Orthorexia nervosa is an obsessive-pathological behavior characterized by an excessive concern about healthy eating. Although this clinical entity has not yet been officially recognized as an eating disorder and is not present in DSM-V, the concept of orthorexia nervosa, which includes its characteristics, interactions, signs and symptoms and treatment, is discussed in the literature. A bibliographic review was carried out in order to conceptualize and classify orthorexia, identifying its main characteristics and health implications, diagnosis criteria and treatment. The method used was a systematic searching in: PUBMED, LILACS, SciELO and Google Scholar.

There is still a lot of controversy around the definition of this new emerging behaviour. There are important doubts on its classification as a disease, and the diagnostic tools are not yet reliable enough. We conclude that, even though many articles have been published in the last years, further research on population prevalence and diagnostic criteria for this disorder are required to conclude if this is a disease on its own.

*Keywords: orthorexia nervosa, orthorexic behaviour, eating disorders, obsessive disorders, healthism*

## **INTRODUCCIÓN**

La alimentación es una necesidad biológica, pero también tiene importancia económica, social y cultural que ha ido evolucionando con nuestra sociedad. Actualmente existe una búsqueda del cuerpo y de la salud perfectos, y cada vez más son las personas que sobrepasan los límites de lo saludable en ese intento de alcanzar un "ideal". Esto se ve principalmente respecto a la dieta y al ejercicio físico. Se ha visto en innumerables estudios que existe una relación entre la salud y la alimentación y el ejercicio. Desde hace décadas aparecen de forma regular cientos de dietas y regímenes de vida que prometen el cuerpo y la salud "perfectos". En este sentido ha habido una evolución, desde dietas más restrictivas en las que lo importante era la cantidad y las calorías que se consumían hasta este momento en el que cada vez cobra más fuerza la idea de que el foco se debe poner en la calidad de los alimentos que ingerimos.

En este cambio de patrón en cuanto a la alimentación es en el que aparece la ortorexia.

La ortorexia nerviosa fue definida por el médico Steve Bratman y apareció por primera vez publicado su artículo en una revista que no era científica (Bratman, 1997) La palabra proviene del griego: orthos (recto) y orexia (apetencia), pero la ortorexia se entiende como la obsesión por comer sano. Se ha descrito en algunos casos comenzando de forma inocente, por un interés o deseo por tener hábitos de alimentación más saludables y alcanzar un mayor equilibrio (Bratman y Knight, 2000). Actualmente no está reconocido como trastorno por el DSM-IV ni en el CIE-10. Sin embargo desde su definición en el año 1997 ha ido creciendo su

presencia en la literatura científica de forma exponencial, y se le ha ido prestando cada vez más atención incluso en los medios de comunicación (El País, 2008, "Comer sano, una obsesión").

Durante unas prácticas que realicé hace unos años en un centro de día para el tratamiento de trastornos de la conducta alimentaria (TCA) conocí a varios pacientes a los que se les había diagnosticado de ortorexia nerviosa. Había aumentado tanto la presencia de esta sintomatología que, en uno de los grupos de hombres, la mayoría acudían por esta razón. En este centro el enfoque es multidisciplinar e incluye psiquiatría, psicoterapia de grupo e individual, terapia familiar, nutrición y terapia ocupacional. Era la primera vez que veía esta entidad como diagnóstico y me pareció que el límite con la normalidad era muy vago. Determinadas conductas estaban socialmente bien aceptadas, por lo que eso lo hacía más difícil aún de abordar, ya que los pacientes no percibían algunos síntomas como limitantes sino todo lo contrario.

Por otro lado, algunos pacientes con otros TCA que estaban evolucionando aparentemente bien y parecía que mejoraban sus síntomas obsesivos, desarrollaban un discurso de "alimentación saludable" que hacía eco con la ortorexia nerviosa y con esos mismos síntomas obsesivos. Este nuevo enfoque por parte del paciente, que empieza a comer cantidades más normales pero de los alimentos que escoge, encuentra menos oposición y alarma tanto en ellos mismos como en sus familias, por lo que la definición clara de lo que es patológico me parecía fundamental. Creo que es importante para poder diagnosticarlo, diferenciarlo de otros TCA y me planteaba también si estos síntomas no enmascararían otros trastornos, como por ejemplo la anorexia. Por supuesto que uno de los focos en el tratamiento de los TCA es que puedan llegar a tener una relación sana con la comida, y que sigan una dieta variada y nutritiva, pero ¿dónde se pone el límite? ¿Existe una forma de medir ese límite?

Este trabajo es una revisión para comprender mejor el concepto y el abordaje de la ortorexia nerviosa o de los comportamientos ortoréxicos, ver si hay características de personalidad asociadas al cuadro, cuáles son las implicaciones para la salud y especificar los criterios diagnósticos.

La metodología escogida para este estudio ha sido una revisión de la literatura. Se ha realizado una búsqueda de los artículos publicados entre los años 1997 y 2018, en las bases de datos electrónicas de salud: PubMed, LILACs, SciELO, MEDES y Google scholar. La palabra clave fue "orthorexia nervosa". Los artículos encontrados se analizaron y seleccionaron inicialmente 57, descartando 23 porque no se relacionaban con el tema a tratar o no se estaban escritos en inglés o castellano. Los 34 restantes se organizaron de acuerdo con los objetivos del trabajo. Las referencias de los artículos se revisaron para encontrar publicaciones adicionales.

## **RESULTADOS Y DISCUSIÓN**

### **1. Concepto y clasificación de la ortorexia nerviosa**

La palabra ortorexia nerviosa proviene del griego orthos (recto, correcto) y orexis (apetito) y se define como el comportamiento obsesivo por una alimentación adecuada y saludable (Bratman, 2000) Aunque es un

término reciente y poco estudiado, empieza a ser valorado como trastorno del comportamiento alimenticio (TCA) por los profesionales, debido a la gravedad potencial y las características que parece que comparte con otros TCA (Coelho et al., 2016) Este comportamiento debe ser considerado crónico ya que provoca un impacto negativo en la calidad de vida del que lo padece (Donini et al., 2004)

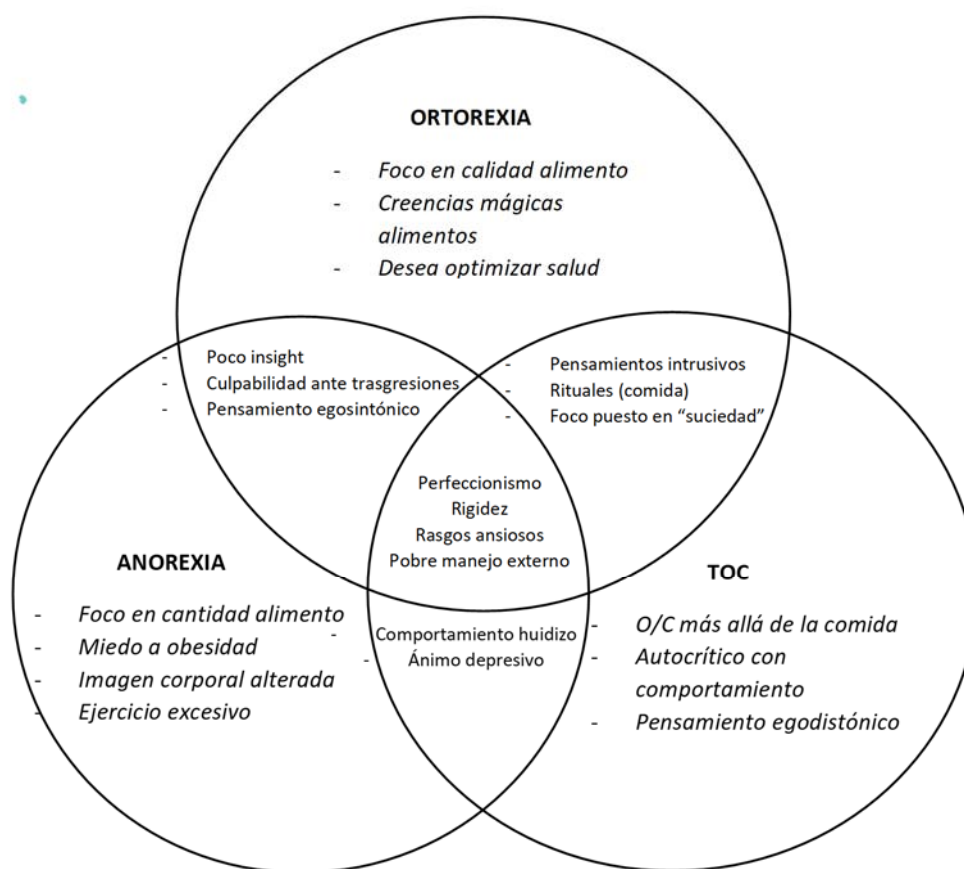
Bratman compara los síntomas con los que ocurren en momentos en los que hay hábitos alimenticios extremos, en los que aparecen obsesiones y como consecuencia el distanciamiento social. Estos son síntomas comunes a los trastornos del comportamiento alimenticio, como la anorexia, la bulimia nerviosa o el trastorno por atracón, que se caracterizan por un patrón de comportamiento respecto a la alimentación muy alterado, alteración de la percepción del cuerpo y un control patológico del peso. Es por esta aparente relación cercana que se ha empleado el término ortorexia nerviosa. Son patologías de difícil tratamiento, multifactoriales y con una importante morbilidad cuando no se abordan apropiadamente.

La ortorexia nerviosa se caracteriza por la obsesión por una alimentación que el paciente considera saludable, y que limita la variedad de alimentos que ingiere, con argumentos en relación con la calidad de los mismos y no tanto con la cantidad. Estos pacientes buscan alimentos que consideran "puros", por lo que producen una distorsión de una dieta saludable. Basan su elección en un criterio subjetivo que puede provenir de una recomendación dietética, pero que puede responder también a otros hábitos que se consideran perjudiciales desde un punto de vista nutricional (como por ejemplo la dieta macrobiótica estricta) (Barthels, 2015) Las características individuales del comportamiento ortoréxico son muy variadas dado este factor subjetivo. Algunos individuos eliminan determinados alimentos por considerarlos perjudiciales, otros grupos enteros alimenticios (lácteos, carnes, grasas...), y en otros casos el rechazo de todo conservante o colorante hace que la cantidad de alimentos que pueden ingerir se limite en exceso. Existe también la limitación a alimentos exclusivamente de un origen en concreto (orgánicos, productos solo de huerta) o cocinados de una forma en particular (crudos, cocinados solo en un material en concreto, como el barro) o incluso una forma particular de masticar (Bratman y Knight, 2000)

La característica común que une a todas estas variaciones es que lo subjetivamente saludable se va haciendo más estricto con el tiempo, reduciendo cada vez más la lista de alimentos permitidos. Llevado al extremo esto aumenta el riesgo de malnutrición o déficit de nutrientes esenciales (Morozze, 2005) El tiempo y el esfuerzo que conlleva la búsqueda y la preparación de esta alimentación aleja las relaciones sociales y hace difícil la compatibilidad con la vida diaria.

Aún no hay una definición clara sobre la clasificación de la ortorexia nerviosa y hay una discusión sobre si debiera incluirse en los TCA, encajarlo en los trastornos obsesivos compulsivos (TOC) o definirlo como una entidad propia (Koven, 2015) Los TOC se caracterizan por la presencia de obsesiones y/o compulsiones. Las obsesiones son pensamientos, impulsos o imágenes recurrentes y persistentes que se viven como intrusivos y egodistónicos, mientras que las compulsiones son comportamientos repetitivos que el sujeto siente impulsado a realizar como respuesta a una obsesión o según unas reglas estrictas. En los TCA hay una alteración en el

comportamiento alimenticio y de la imagen corporal. Hasta ahora la principal diferencia que se veía entre la ON y la anorexia era que en la primera no existía una búsqueda de adelgazamiento, y que la percepción de la imagen corporal debía ser adecuada. Sin embargo, recientes estudios llegan a la conclusión distinta, ya que se ha encontrado correlación entre comportamientos ortoréxicos y la búsqueda de cuerpo más delgado. Por otro lado, se han encontrado evidencias para las supuestas similitudes entre los comportamientos ortoréxicos y otras alteraciones alimenticias, pero no hay evidencia empírica de la conexión con los TOC. Sólo pequeños correlatos con comportamientos obsesivos egodistónicos. Lo que sí parece plausible es encontrar comportamientos compulsivos egosintónicos parecidos a la compulsividad que se presenta en la anorexia nerviosa (Barthels, 2015)



Esquema 1. Superposición de características de ortorexia, anorexia y TOC (O/C: obsesiones y compulsiones) (Koven, 2015)

Existen estudios que han demostrado que un número importante de trastornos alimenticios recibía el diagnóstico de trastorno alimenticio no especificado (APA, 2013) Los criterios diagnósticos se superponen. Se han hecho avances, especialmente en los últimos 3 años, pero aún existen patologías en esta categoría para las que falta mayor comprensión (Fairburn, Cooper, 2011), entre las que se encuentra la ortorexia nerviosa.

La ortorexia no está presente en el CIE-10 ni en el DSM-V). Sin embargo, algunos autores (Dunn, 2016; Barthels, 2015; Moroze et al., 2014) basándose en lo escrito por Bratman proponen una serie de criterios diagnósticos, como veremos más adelante.

## **2. Características de la personalidad y epidemiología**

La mayor parte de los estudios realizados respecto a la ON se centran en el comportamiento y cómo afecta a la salud del individuo. En los pocos estudios encontrados se perfilan correlatos entre altas puntuaciones en la tendencia a actitudes ortoréxicas con perfeccionismo, preocupación por la imagen y con apegos evitativos y desorganizados; rasgos todos estos comunes a la anorexia nerviosa y a la bulimia (Barnes, 2017) Además se percibió que los antecedentes de algún TCA pronosticaban mayor tendencia a la ortorexia (Segura-García, 2015)

En cuanto a la distribución por sexos, en Turquía Fidan et al. aplicaron ORTO-15 a 878 estudiantes de medicina. Entre los estudiantes masculinos había una tendencia mayor para la ortorexia estadísticamente significativa.

En determinados grupos se han visto conductas ortoréxicas más elevadas, con prevalencia similar entre mujeres y hombres, como son atletas (Segura-García, 2012), practicantes de yoga (Herranz, 2014), y estudiantes del ámbito sanitario, sobre todo médicos y nutricionistas (Alvarenga, 2012)

Los otros grupos donde se ha estudiado con más frecuencia la presencia de síntomas ortoréxicos es entre los vegetarianos y veganos (Dittfeld, 2017). Se ha visto más fanatismo por los alimentos saludables en los vegetarianos que en los no vegetarianos, pero no se puede hablar de ortorexia como tal. Aunque no se ha encontrado mayor relación entre ortorexia y vegetarianismo que con otras filosofías de alimentación, algunos investigadores plantean la idea del vegetarianismo como enmascarador de trastornos de la alimentación.

## **3. Propuestas de test y criterios diagnósticos**

En su libro Bratman describe un test de diez preguntas, con respuesta si/no para valorar el riesgo de ON. Este no pretendía ser un test diagnóstico, sino de screening. Cada respuesta afirmativa es un punto. Algunos autores sugieren que, si el total es mayor de 4, hay riesgo elevado de presentar ON, pero es orientativo. Este test se creó de forma informal sin pretender que fuera un instrumento de evaluación científico y no ha sido validada en un grupo de referencia. A pesar de esto, es un test que se sigue utilizando para estudios de prevalencia en grupos poblacionales pequeños o específicos (Dittfeld, 2017)

1. ¿Pasa más de tres horas diarias pensando en su dieta?
2. ¿Planea sus comidas con varios días de anticipación?
3. ¿Considera que el valor nutritivo de una comida es más importante que el placer que le aporta?
4. ¿Ha disminuido la calidad de vida a medida que aumenta la calidad de la dieta?
5. ¿Se ha vuelto más estricto consigo mismo en este tiempo?
6. ¿Ha mejorado su autoestima alimentándose de forma sana?
7. ¿Ha renunciado a comer alimentos que le gustaban para comer alimentos "sanos"?
8. ¿Su dieta se vuelve un problema a la hora de comer afuera o con otra gente?
9. ¿Se siente culpable cuando rompe su régimen?
10. ¿Se siente en paz consigo mismo y cree que todo está bajo control cuando come de forma sana?

**Tabla 1.** Bratman Orthorexia Test (BOT)

A pesar de la escasa validez, estas diez preguntas son la base para el ORTO-15, un instrumento diseñado específicamente para diagnosticar ON (Donini et al., 2005). Ha sido traducido y adaptado al castellano (Parra-Fernandez, 2018) Esta traducción tiene mucha importancia en nuestro país, donde sólo hay publicado un estudio local de la prevalencia de esta patología.

El cuestionario ORTO-15 propuesto por Donini combina el test de Bratman con el MMPI (Inventario Multifásico de Personalidad Minnessota). Siendo este último uno de los test más realizados en salud mental, y que identifica un perfil de personalidad y la presencia de trastornos psicológicos. Basándose en la idea de que la ON es un cuadro con comportamientos fóbicas respecto a algunos alimentos y con rasgos obsesivo-compulsivos, la presencia de ambos factores determina el diagnóstico de ON.

1. ¿Cuándo come, se fija en las calorías de los alimentos?
2. Cuando usted entra a una tienda de alimentos ¿se siente confundido?
3. En los últimos 3 meses ¿pensar en la comida ha sido una preocupación?
4. ¿Sus hábitos de alimentación están condicionados por la preocupación por su estado de salud?
5. Para Ud. ¿Es el sabor el principal criterio a la hora de determinar la calidad del alimento?

6. ¿Estaría dispuesto a gastar más por una alimentación más sana?
7. Pensamientos por una alimentación sana, ¿le preocupa más de tres horas al día?
8. ¿se permite alguna trasgresión alimentaria?
9. ¿Considera que su estado de humor influye en sus hábitos de alimentación?
10. ¿Considera que estando convencido de que consume alimentos saludables aumenta su autoestima?
11. ¿Considera que el consumo de alimentos saludables modifique su estilo de vida (frecuencia restaurante, amigos, . . .)?
12. ¿Considera que consumiendo alimentos saludables mejora su aspecto físico?
13. ¿Se siente culpable cuando se salta su régimen?
14. ¿Cree usted que en el mercado también hay alimentos poco saludables?
15. En la actualidad, ¿come solo?

**Tabla 2.** Adaptación al castellano del ORTO-15

<b>Corrección cuestionario Ortho 15</b>				
	Siempre	A menudo	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

En el estudio realizado por Parra-Fernández et al. concluyen que una versión abreviada de este test (ORTO-11-ES), eliminando las preguntas 5, 8, 14 y 15, sería un test con una validez interna aceptable. El punto de corte para versión acortada española los autores proponen <25 puntos. Las adaptaciones de este test para diferentes países han sufrido modificaciones. Esto es debido a diferencias socioculturales. Por ejemplo en España y Turquía desaparece la pregunta 15 ya que la mayor parte de las comidas se realizan en familia o acompañado. Hay que tener en cuenta además que el test es autoadministrado y por lo tanto depende de la veracidad de las respuestas. Y la adaptación al español se ha realizado en un grupo de estudiantes universitarios, por lo que aún habrá que evaluar en otros grupos poblacionales. Merece la pena reseñar que las preguntas 3, 4, 7, 10, 11 y 12 se han mantenido en todas las versiones de las adaptaciones, posiblemente por su relevancia para el diagnóstico de esta patología.

De nuevo esto hace evidente que hay controversia en cuanto a la utilización de los test y su validez para diagnosticar una patología que aún no se sabe a qué grupo de enfermedades pertenece (Janas-Kozik, 2012) En un reciente estudio se ha evaluado la validez psicométrica del ORTO-11-ES y parece que no es adecuada.



El test es capaz de detectar personas que siguen una dieta, pero no la gravedad de las conductas ortoréxicas (Roncero, 2017)

Actualmente se está desarrollando otra herramienta de evaluación llamada The Barcelona Orthorexia Scale (BOS) con la colaboración de 17 países. La intención es subsanar los errores que presenta la ORTO-15 y crear un instrumento de medida para futuras investigaciones. Aún están en fase inicial, seleccionando los ítems más relevantes para generar un cuestionario en inglés y en español.

Como veíamos en el apartado anterior ha habido varios autores que han planteado qué criterios diagnósticos se deberían establecer, siguiendo el esquema de diagnóstico del DSM, para categorizar esta patología. Aunque no estén consensuados creo que es interesante para ver por dónde se orienta el estudio de esta patología.

**Criterio A:** Preocupación permanente e intensa por la nutrición saludable, comer sano y los alimentos sanos

**Criterio B:** Ansiedad pronunciada y gran evitación de alimentos considerados insanos por el individuo

**Criterio C(1):** Al menos dos ideas sobrevaloradas sobre la efectividad y el potencial beneficio de los alimentos

Y/O

**Criterio C(2):** Preocupación ritual por la compra, preparación y consumo de alimentos, que no es debido a razones culinarias sino que nace de ideas sobrevaloradas sobre los alimentos. La transgresión o la imposibilidad de seguir las normas nutricionales produce miedo, por lo que se adhieren a ellas de forma rígida

**Criterio D(1):** La fijación con la alimentación sana causa malestar o limitaciones relevantes en importantes áreas de la vida social o laboral y/o afecta negativamente a los niños (por ejemplo alimentando a niños inapropiadamente para su edad)

Y/O

**Criterio D(2):** síndrome deficitario debido a la alteración en el comportamiento alimentario. No es necesario que exista *insight*, en algunos casos la falta de *insight* puede ser indicador de la gravedad de la patología.

**Criterio E:** La pérdida de peso puede estar presente, pero la preocupación por el peso o la imagen corporal no dominan el cuadro

**Tabla 3:** Criterios propuestos por Barthel (2015). Para diagnosticar ortorexia deben cumplirse claramente criterios A, B, C y E. El D debe cumplirse al menos parcialmente. Si el criterio E no se cumple claramente se recomienda diagnosticar anorexia nerviosa

**Criterios A:** Preocupación obsesiva por comer "comida sana", siendo el foco de preocupación la calidad y la preparación de las comidas (dos o más de los siguientes)

- Consumir dieta desequilibrada debido a creencias preocupantes por los alimentos "puros"
- Preocupación e inquietud por comer alimentos "impuros" o "no sanos", y por el efecto de la calidad o la composición de la comida en la salud física, emocional o ambas
- Evitación rígida de alimentos considerados por el paciente como "insanos" que puede incluir alimentos con grasa, conservantes, aditivos, productos animales o cualquier otro ingrediente que el paciente considere "insano"
- Excesivo tiempo (por ejemplo 3 o más horas al día) dedicado a leer sobre, adquirir o preparar un tipo especial de comida basado en su cualidad y composición (en individuos que no se dediquen a la cocina profesionalmente)
- Sentimientos de culpa e inquietud después de transgredir sus propias normas de alimentación
- Intolerancia a las creencias alimentarias de otros
- Gastar excesivas cantidades de dinero respecto a los ingresos propios en comida, por la supuesta calidad y composición

**Criterios B:** La preocupación obsesiva se convierte en una limitación en alguno de los siguientes:

- Limitación de la salud física debido a déficits nutricionales (por ejemplo, desnutrición).
- Angustia severa o limitación de la vida social, académica o vocacional debido a los pensamientos y comportamientos obsesivos respecto a las creencias del paciente sobre la comida "sana"

**Criterios C:** la afectación no es debido a la exacerbación de los síntomas de otra patología, como el trastorno obsesivo compulsivo o la esquizofrenia o el trastorno psicótico

**Criterios D:** el comportamiento no se explica mejor por el seguimiento de unas normas de alimentación de carácter religioso o cuando la preocupación por requerimientos alimenticios especiales se debe a alergias o intolerancias diagnosticadas por un profesional o por alguna condición médica que requiera una dieta especial.

**Tabla 4:** Criterios propuestos por Moroze et al. (2015) Traducido por la autora del presente trabajo desde Psychosomatics, Moroze RM, Dunn TM et al.

#### 4. Implicaciones para la salud

Se ha dividido la ortorexia en dos fases. En la primera las personas presentan moderada preocupación por adoptar hábitos más saludables, mejorar la alimentación y hacer ejercicio, y por último adelgazar. En una segunda fase se observa una preocupación excesiva con los tipos de alimentos que ingieren y la imagen corporal (Ramacciotti et al., 2012) Habitualmente, con la reducción del peso hay un aumento de la actividad física y la obsesión por los alimentos "saludables" empieza a ocupar más parte del tiempo del individuo. En la ON la persona inicialmente desea mejorar su salud, tratar alguna enfermedad o sentirse mejor consigo

mismo. Al final la dieta se convierte en la parte más importante de su vida. Esto se relaciona con una sensación ilusoria de que puede prevenir enfermedades, con el control absoluto de lo que se ingiere y la eliminación de lo imprevisible, y finalmente por la búsqueda espiritual y de identidad (Bratman et al., 1997).

A veces la comida ritual de alimentos "puros" puede llegar a tener un significado de trascendencia y purificador. Sin embargo, cuando se presentan en situaciones cotidianas pueden caer en la tentación de tomar alimentos prohibidos, y que hacen caer en dietas más estrictas, de purga, como un castigo autoimpuesto. Como consecuencia (aunque no hay estudios más amplios sí hay casos clínicos descritos en la literatura) las personas pueden presentar carencias nutricionales (hipovitaminosis, déficit minerales), anemia, osteoporosis, hiponatremia, acidosis metabólica, bradicardia...(Moroze, 2014) Con una importante morbimortalidad.

Además esto tiene consecuencias psicológicas. Se sienten mal si se saltan sus directrices. Y pueden no sentir la necesidad de relacionarse con otras personas, por considerarse superiores o que no siguen su estilo de vida, por lo que ocurre un aislamiento social (Varga et al., 2014) .

## **5. Prevención y tratamiento**

Hasta el momento no se han realizado estudios en cuanto a tratamiento efectivos para la ON. Sin embargo existen recomendaciones para el abordaje de estos casos. Es importante la presencia de un equipo multidisciplinar para acompañar a los pacientes con ON, que cuente con médicos, psicoterapeutas y nutricionistas, que valoren la situación inicial del paciente y elaboren un plan de acción adecuado a cada caso. Siempre corrigiendo inicialmente las alteraciones cognitivas que puedan presentar por el estado carencial. La combinación de medicación, psicoeducación y psicoterapia puede ser adecuada para pacientes ambulatorios. En caso de que presenten complicaciones más graves deberán ser ingresados hasta estabilizar el estado nutricional (Cartwright, 2004).

Se ha admitido que los inhibidores de la recaptación de la serotonina son eficaces para la ON, parece lógico dada la evidencia de eficacia frente a la anorexia y el TOC (Mathieu, 2005) En algunos casos se han utilizado antipsicóticos como la olanzapina para disminuir los pensamientos obsesivos respecto a las propiedades de los alimentos (Moroze, 2014) En cualquier caso debemos tener en cuenta que estos pacientes en muchos casos serán muy resistentes a tomar medicación, ya que no los consideran "productos naturales". La psicoterapia basada en el establecimiento de un vínculo estable y seguro será el primer paso para poder abordar con estos pacientes la posibilidad de introducir medicación si se considera necesario.

En cuanto a la psicoterapia las intervenciones deben ser individualizadas, dependiendo de la estructura de personalidad, los síntomas que presente el paciente y teniendo en cuenta que será importante enfocarse no sólo en lo que comen sino también en el ritual que lo acompaña. Las terapias grupales en estos casos, con pacientes en diferentes fases de evolución, creo que es también un abordaje adecuado. El grupo es una herramienta potente para manejar las distorsiones cognitivas respecto a la comida y la salud. Ampliar el repertorio de comida, mejorar la socialización e incrementar las actividades de ocio que no estén relacionadas

con la comida. Técnicas de relajación, mindfulness o la práctica de la rueda de la conciencia (Siegel) pueden ayudar en el manejo de la ansiedad que puede aparecer antes y después de las comidas. Y finalmente psicoeducación sobre nutrición y salud que puede ayudar a cambiar ideas erróneas sobre los alimentos, reconociendo en esto los aspectos emocionales sobre esas creencias. Esto debe ser progresivo, teniendo en cuenta que las creencias y la ideología de esos pacientes puede sustentarse en cómo manejan su alimentación, y esto puede darles estructura en su día a día (Shapiro, 2008)

## **CONCLUSIONES**

Aún queda mucho camino por recorrer en la investigación para poder llegar a comprender por completo la ortorexia nerviosa y saber si estamos hablando de una patología en sí misma. Aunque las publicaciones han aumentado muchísimo en los 4 últimos años son necesarios más estudios para describir apropiadamente el comportamiento ortoréxico, la etiología, y el tratamiento. Esto podrá llevar además a desarrollar métodos diagnósticos más precisos que los que existen por el momento. Aunque todavía no esté reconocida ni como trastorno alimentario ni como trastorno obsesivo compulsivo en mi entendimiento existe una relación que puede colocar esta entidad entre los trastornos del comportamiento alimentario. Desde mi punto de vista la principal dificultad existente respecto a esta patología es la línea delgada que separa el interés por una alimentación saludable y la obsesión patológica por lo que el paciente considera sano. El propio autor que acuñó el término ortorexia nerviosa, revisando con los años la evolución, expresa su preocupación por hacer un sobrediagnóstico de la patología, sobre todo en determinados grupos de población. De forma que debemos ser muy cautos y, por el momento, considero que es más adecuado hablar de conductas o tendencias ortoréxicas.

## **AGRADECIMIENTOS**

Agradezco al centro ADALMED por haberme acogido durante las prácticas como si fuera una más del equipo, en especial a su director Manuel que me introdujo en el abordaje multidisciplinar de los trastornos de la alimentación y a Tamara que me permitió sentarme a su lado cada tarde y me enseñó con su profesionalidad y su paciencia lo difícil que es llevar un grupo.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 5th ed. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing
2. Aksoydan E, Camci N. (2009). Prevalence of orthorexia nervosa among Turkish performance artists. *Eat Weight Disord.*, 14, 33–37.
3. Alvarenga MS, Martins MCT, Sato KSCJ, et al. (2012). Orthorexia nervosa behavior in a sample of Brazilian dietitians assessed by the Portuguese version of ORTO-15. *Eat Weight Disord.*, 17, 29–35.
4. Barnes MA, Caltabiano ML. (2017). The interrelationship between orthorexia nervosa, perfectionism, body image and attachment style. *Eat Weight Disord.* Mar 22, 177-184.
5. Barthels F, Pietrowski R. (2012) Orthorectic eating behaviour - nosology and prevalence rates. *Psychother Psychosom Med Psychol. New York*, v. 62, n. 12, 445-449
6. Barthels F, Meyer F, Huber T et al. (2017). Orthorexic eating behaviour as a coping strategy in patients with anorexia nervosa. *Eat Weight Disord.* Jun 22, 269-276.
7. Bartrina JA. (2007). Ortorexia o la obsesión por la dieta saludable [Orthorexia or when a healthy diet becomes an obsession] *Archivos Latinoamericanos de Nutrición*, 57, 313–315.
8. Bratman S, Knight D. (2000). *Health Food Junkies: Orthorexia Nervosa– Overcoming the Obsession With Healthful Eating*. New York, NY: Broadway.
9. Bratman, S. (1997). Health Food Junkie. *Yoga Journal*, September/October, 42-50 (Obtenido el 15 mayo del 2018, de <http://www.orthorexia.com/original-orthorexia-essay>)
10. Brytek-Matera A, Krupa M, Poggiogalle E, et al. (2014) Adaptation of the ORTHO-15 test to Polish women and men. *Eat Weight Disord.*, 19, 69–76.
11. Brytek-Matera A, Rogoza R et al. (2015). Predictors of orthorexic behaviours in patients with eating disorders: a preliminary study. *BCM Psychiatry*. Oct 15, 252.
12. Cartwright MM. (2004). Eating disorder emergencies: understanding the medical complexities of the hospitalized eating disordered patient. *Crit Care Nurs Clin North Am.* Dec, 16, 515-30.

13. Catalina Zamora ML, Bote Bonaechea B, García Sánchez F et al. (2005). Orthorexia Nervosa. A new eating behaviour disorder? *Actas Esp Psiquiatr.* Jan-Feb, 33, 66-68.
14. Costa CB, Hardan-Khalil K. (2017). Orthorexia nervosa: a review of the literature. *Issues Ment Health Nurs.* Dec 38, 980-988.
15. Donini LM, Marsili D, Graziani MP, et al. (2004). Orthorexia nervosa: a preliminary study with a proposal for diagnosis and an attempt to measure the dimension of the phenomenon. *Eat Weight Disord.*, 9, 151–157.
16. Donini LM, Marsili D, Graziani MP, et al. (2005). Orthorexia nervosa: validation of a diagnosis questionnaire. *Eat Weight Disord.*, 10, 28–32.
17. Dunn TM, Bratman S. (2016). On orthorexia nervosa: A review of the literature and proposed diagnostic criterion. *Eat Behav.* April 2, 11-17.
18. Fidan T, Ertekin V, Işıkay S, et al. (2010). Prevalence of orthorexia among medical students in Erzurum, Turkey. *Compr Psychiatry.* 51, 49–54.
19. Halmi KA, Tozzi F, Thornton LM, et al. (2005). The relation among perfectionism, obsessive-compulsive personality disorder, and obsessive-compulsive disorder in individuals with eating disorders. *Int J Eat Disord.*, 38, 371–374.
20. Herranz Valera J, Acuña Ruiz P et al. (2014). Prevalence of orthorexia nervosa among ashtanga yoga practitioners: a pilot study. *Eat Weight Disord.* Dec 19, 469-72.
21. Janas-Kozik M, Zejda J, Stochel M et al. (2012). Ortorexia—a new diagnosis?. *Psychiatr Pol.* May-Jun, 46, 441-450.
22. Koven NS, Senbonmatsu R. (2013). A neuropsychological evaluation of orthorexia nervosa. *Open J Psychiatry.*, 3, 214–222.
23. Koven NS, Abry AW. (2015). The clinical basis of ortorexia nervosa: emerging perspectives. *Neuropsychiatr Dis Treat.* Feb 18, 11, 385-394.
24. Lindeman M, Keskivaara P, Roschier M. (2000). Assessment of magical beliefs about food and health. *J Health Psychol.* , 5, 195–209.
25. Mathieu J. (2005). What is orthorexia? *J Am Diet Assoc.*, 105, 1510–1512.

26. Moroze RM, Dunn TM, Craig Holland J, et al. (2015) Microthinking about micronutrients: a case of transition from obsessions about healthy eating to near-fatal "orthorexia nervosa" and proposed diagnostic criteria. *Psychosomatics*, 56, 397-403.
27. Park SW, Kim JY, Go GJ, et al. (2011). Orthorexia nervosa with hyponatremia, subcutaneous emphysema, pneumomediastinum, pneumothorax, and pancytopenia. *Electrolyte Blood Press.*, 9, 32–37.
28. Parra-Fernández ML, Rodríguez-Cano T, Onieva-Zafra MD et al. (2018) Adaptation and validation of the Spanish version of the ORTO-15 questionnaire for the diagnosis of ortorexia nervosa. *PLoS One*. Jan 10, 13, e0190722.
29. Ramacciotti CE, Perrone P, Coli E, et al. (2011) Orthorexia nervosa in the general population: a preliminary screening using a self-administered questionnaire (ORTO-15) *Eat Weight Disord.*, 16, 127–130.
30. Roncero M, Barrada JR, Perpiñá C. (2017) Measuring ortorexia nervosa: psychometric limitations of the ORTO-15. *Span J Psychol*. Sep 20, 20, 41.
31. Segura-García C, Papaiani MC, Caglioti F, et al. (2012). Orthorexia nervosa: a frequent eating disordered behavior in athletes. *Eat Weight Disord.*, 17, 223–233.
32. Segura-García C, Ramacciotti C et al. (2015). The prevalence of ortorexia nervosa among eating disorder patients after treatment. *Eat Weight Disord*. Jun, 20, 161-166.
33. Shapiro JR, Pisetsky EM, Crenshaw W, et al. (2008) Exploratory study to decrease postprandial anxiety: just relax! *Int J Eat Disord*. 41, 728–733.
34. Varga M, Thege BK, Dukay-Szabó S, et al. (2014) When eating healthy is not healthy: Orthorexia nervosa and its measurement with the ORTO-15 in Hungary. *BMC Psychiatry*. , 14, 59.