



Facultad de Psicología y Logopedia
Universidad de La Laguna

**RELACIÓN ENTRE ORTOREXIA, PRÁCTICA
DEPORTIVA, DEPRESIÓN Y ANSIEDAD**

Trabajo Fin de Grado de Psicología

Alumnos: Alfonso García Curbelo y Paula Sosa Suárez

Tutorizado por Conrado Viña Lorenzo

Curso Académico 2021-2022

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	3
MÉTODO	7
Participantes	7
Instrumentos	7
Procedimiento	8
Análisis estadístico	8
RESULTADOS	9
DISCUSIÓN	13
REFERENCIAS	15
ANEXOS	19

RESUMEN

La Ortorexia Nerviosa (ON) es la excesiva preocupación por la alimentación saludable, generando malestar, culpa y aislamiento social, entre otros, en quienes la padecen. A pesar de no haber sido reconocida aún como un Trastorno de la Conducta Alimentaria (TCA) dentro del DSM-5 o la CIE-11, es cada vez mayor la presión a la que se ve sometida la población en el seguimiento de una dieta “sana” y estricta, ejercida en su mayoría por los medios de comunicación y movimientos como el Realfooding, e industrias como la moda o el gimnasio; siendo los deportistas uno de los colectivos más vulnerables a desarrollar este cuadro restrictivo y obsesivo.

Es por ello, que el presente estudio tiene como objetivo conocer la relación entre ortorexia y práctica deportiva, así como la relación entre ortorexia, ansiedad y depresión. La muestra estuvo compuesta por 190 participantes entre 15 y 69 años, de los que 103 eran deportistas. Para hallar esta relación, se realizaron tres Análisis de Varianza (ANOVAS) y un Análisis de Correlación de Pearson. No obstante, los resultados no arrojaron diferencias significativas entre la población general y la población de deportistas, tampoco entre el propio grupo de deportistas; aunque se observaron diferencias significativas entre los grupos en ansiedad y depresión.

Palabras Clave

Ortorexia, Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA), Alimentación saludable, Dieta, Deporte

ABSTRACT

Orthorexia Nervosa (ON) is the excessive preoccupation with healthy eating, generating discomfort, guilt and social isolation, among others, in those who suffer from it. Although it has not yet been recognized as an Eating Behavior Disorder (ED) within the DSM-5 or ICD-11, the pressure to which the population is subjected to follow a "healthy" and strict diet is increasing, mostly exerted by the media and movements such as Realfooding, and industries such as fashion or the gym; athletes being one of the most vulnerable groups to develop this restrictive and obsessive condition.

For this reason, the present study aims to determine the relationship between orthorexia and sports practice, as well as the relationship between orthorexia, anxiety and depression. The sample consisted of 190 participants between 15 and 69 years of age, 103 of whom were athletes. To find this relationship, three Analyses of Variance (ANOVAS) and a Pearson Correlation Analysis were performed. However, the results show no significant differences between the general population and the population of athletes, nor between the group of athletes; although significant differences were observed between the groups in anxiety and depression.

Key Words

Orthorexia, Eating Disorders (ED), Healthy Eating, Diet, Sport

INTRODUCCIÓN

Los Trastornos de la Conducta Alimentaria son un problema social, desarrollados en gran medida por el impacto de la cultura de la dieta y los medios de comunicación, e industrias como la belleza, el gimnasio y la moda; quienes se han encargado de bombardear a la población con mensajes acerca de lo que es y no es “saludable” y enfatizar el culto al cuerpo. Según el DSM-5, se entiende por trastorno de la conducta alimentaria (TCA) la “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 psicosocial” (APA, 2014, p. 329).

En la actualidad, una de las mayores preocupaciones que existen a nivel mundial es llevar una alimentación saludable (Sikka, 2017); sin embargo, este hábito loable, puede volverse patológico cuando el individuo dedica buena parte de su tiempo en planificar su alimentación, revisa frecuentemente el etiquetado nutricional de los alimentos, se preocupa más por el aporte de nutrientes que por su placer, e incluso se aísla de su entorno para poder llevar un control aún más riguroso de su dieta (García et al., 2014; García y Eliana, 2012; López, 2017;). “Comer sano” se convierte en el aspecto central de la vida de la persona (Strahler et al., 2018); planificar, vigilar y restringir lo que se come le otorga una sensación ilusoria de seguridad y dominio de la situación (Bratman y Knight 1997; citado por Martín, 2021), haciendo que, en el caso de no poder cumplir con su régimen, experimente altos niveles de culpa y malestar (Morozze et al., 2015).

Recientemente se ha presentado un cuadro llamado Ortorexia Nerviosa (del griego, *orthos*, correcto y *orexis*, apetito), definido por primera vez por el médico Steve Bratman en su libro “*Health Food Junkies*” (Bratman y Knight, 2000; citado por Martín, 2021). La Ortorexia Nerviosa (ON), a pesar de no haber sido reconocida aún como un diagnóstico formal, ha recibido gran atención en los últimos años (Bhattachary et al., 2022) por tratarse de la obsesión por la alimentación saludable, que llega a alterar la adaptación de la persona y de su entorno social (Bratman y Knight, 2000; citado por Martín, 2021). Sin embargo, el debate de si este cuadro debería incluirse en los TCA, en los TOC (Trastornos Obsesivos Compulsivos) o bien, encuadrarlo como una entidad propia, continúa (Koven y Abry, 2015). La diferencia más llamativa entre Anorexia y Ortorexia Nerviosa había sido la ausencia tanto de insatisfacción corporal como de deseo de adelgazar, en el caso de este último. No obstante, algunos estudios han descubierto correlación entre Ortorexia y búsqueda de una figura delgada, pero no evidencia empírica entre TOC y ON. Solo se han encontrado pequeñas correlaciones con conductas obsesivas egodistónicas y altas correlaciones con conductas compulsivas egosintónicas (Barthels y Pietrowski, 2012).

Dado que, como se comentaba anteriormente, el cuadro de Ortorexia Nerviosa aún no ha sido reconocido oficialmente como un Trastorno de la Conducta alimentaria dentro de los manuales vigentes en la actualidad; DSM-5 (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, 5ª edición; APA, 2013) y CIE-11 (Clasificación Internacional de Enfermedades, 11ª edición; OMS, 2019), resulta muy difícil lograr establecer el límite entre la normalidad (conductas adaptativas como interesarse por llevar unos hábitos saludables: hacer deporte, cuidar la alimentación, etc.) y lo patológico (conductas desadaptativas como preocuparse en exceso por las calorías de los alimentos, compensar cuando se come de más, etc; Martín, 2021). Tras la Ortorexia hay una serie de factores con un efecto reforzador que mantienen y agravan esta conducta (disminución de la ansiedad por la necesidad de comer alimentos sanos; refuerzo social, donde comer saludable es considerado una práctica deseable, etc; Parra, 2018), haciendo que el individuo y quienes lo rodean, no perciban dichas conductas como problemáticas, sino todo lo contrario (Martín, 2021).

Se utiliza como prueba para el diagnóstico de la ON el cuestionario ORTO-15, único instrumento validado que mide conductas de autocontrol, restricción y obsesión (Gaab y Otero, 2019; Donini et al., 2005; Parra, 2018). Moroze et al. (2015), con el fin de delimitar y categorizar la preocupación por la alimentación saludable como una conducta problema, proponen los siguientes criterios diagnósticos, no incluidos por el momento en el DSM-5 o la CIE-11 (APA, 2013; Martín, 2021; OMS, 2019).

Criterios A: Excesiva preocupación por la comida saludable, con especial énfasis en la calidad y la elaboración de los alimentos (dos o más de los siguientes criterios):

- Consumo desequilibrado de alimentos debido a la preocupación por ingerir aquellos más naturales y "puros".
- Angustia y preocupación por comer alimentos "insanos", y por los efectos que conlleva su consumo en la salud (física, psicológica o ambas).
- Restringir alimentos considerados "insanos" por el individuo (por ejemplo, alimentos con grasas, aditivos o cualquier otro ingrediente considerado como "impuro" por la persona).
- Excesivo tiempo (3 o más horas diarias) destinado a la lectura de ingredientes, así como a la preparación y elaboración de algún tipo de comida en concreto basado en su composición (en personas que no se dediquen a la cocina profesional).
- Sentimientos de culpabilidad y nerviosismo tras transgredir el régimen.
- Intolerancia a las creencias que los demás tienen sobre alimentación.
- Excesivo gasto económico en productos naturales o "puros" (respecto a los propios ingresos), por su supuesta "calidad".

Criterio B: La preocupación excesiva se vuelve un aspecto limitante en alguno de los siguientes:

- Problemas de salud física debido a déficits nutricionales (por ejemplo, la desnutrición).
- Malestar clínicamente significativo o deterioro de la actividad laboral, social u otras áreas relevantes de la vida del individuo como consecuencia de las creencias y comportamientos alimentarios obsesivos.

Criterios C: Este cuadro no se debe a la exacerbación de los síntomas de otro trastorno, como puede ser el trastorno obsesivo compulsivo, la esquizofrenia o el trastorno psicótico.

Criterios D: El comportamiento obsesivo no se explica mejor por el seguimiento de unas normas alimentarias de tipo religioso o cuando la preocupación por unos requisitos dietéticos especiales es debido a alergias o intolerancias diagnosticadas profesionalmente o bien, por alguna condición de tipo médico que exija una dieta determinada (Martín, 2021; Moroze et al., 2015).

Normalmente, quienes padecen de ortorexia resultan ser personas estrictas, controladoras y exigentes consigo mismas y con su alrededor (Muñoz y Martínez, 2007), que desean alcanzar el ideal de ser y verse perfectos (Gómez, 2013). Están empezando a surgir en España los primeros casos de ortorexia, y aunque todavía no se han llevado a cabo estudios epidemiológicos, se estima que la incidencia de personas con ortorexia es del 0,5-1%, afectando a ambos géneros en una proporción mujeres/hombres de 10/1, viéndose como principales afectados los adolescentes. También, se conoce que este cuadro afecta en mayor medida a las clases altas, al tratarse de comida bastante más costosa y laboriosa que la normal, siendo muy difícil de conseguir por parte de la clase obrera, al carecer del valor adquisitivo y el tiempo necesario para su selección y preparación (Sánchez y Rial, 2004).

Asimismo, se ha demostrado que la presencia de TCA es superior en deportistas que en la población general, sobre todo en deportistas de élite como son los culturistas, atletas, etc (Castro-López et al., 2015; Toro, 1996). En un estudio con atletas, se encontró que las mujeres se preocupaban más por la comida que las personas sedentarias, así como que los deportistas masculinos mostraron un mayor control nutricional que las personas sedentarias; ambos (mujeres y atletas) obtuvieron bajas puntuaciones en el ORTO-15, lo que indica un mayor riesgo de ON (Segura-García et al., 2012). Aunque cabe destacar un aumento de casos de TCA en los últimos años en los deportistas masculinos, la prevalencia sigue siendo mayor en mujeres que en hombres (Martínez-Rodríguez, 2015). En otro estudio de 2012, se observó que las mujeres presentaron un 33% de riesgo de sufrir Ortorexia Nerviosa, frente al 22,5% de los hombres, de los cuales el 49,2% que acudía al gimnasio mostraba el mismo riesgo (García y Eliana, 2012). Resultados similares se observaron en un estudio de 2018, en el que se mostró una clara tendencia ortoréxica en usuarios de gimnasio que entrenaban desde hacía 5 años o menos; las mujeres jóvenes, que hacían ejercicio con más frecuencia, mostraban una mayor tendencia a este cuadro (Bona et al., 2018).

Algunos autores como Dosil (2003), Hausenblas y Carron (1999) y Swoap y Murphy (1995) enumeran una serie de factores que suponen un riesgo para la aparición o el mantenimiento de los TCA en el ámbito del deporte, entre ellos destacan: la presión del entorno, la presión ejercida por los entrenadores y compañeros, las demandas del propio deporte, la práctica deportiva en sí misma, así como otras características psicológicas del deportista (elevado perfeccionismo e impulsividad, altas expectativas de sí mismo y de los demás, baja autoestima, etc). También señalan otros factores como la insatisfacción corporal, las dietas restrictivas, la ansiedad por el deporte, la propia evaluación de los éxitos y fracasos deportivos, la actividad física excesiva, el control del peso y los eventos traumáticos; aspectos que pueden predisponer a los deportistas al uso de métodos problemáticos, como por ejemplo, los métodos de calor (sauna, uso de plastificantes y fajas), u otros como laxantes, vómitos, ayuno intermitente, retención de líquidos, pastillas para adelgazar y/o la práctica deportiva excesiva (Dosil, 2003; Hausenblas y Carron, 1999; Swoap y Murphy, 1995).

La mayoría de los factores, previamente mencionados, pueden encontrarse en la práctica de los siguientes deportes (Dosil, 2004). En primer lugar, en los deportes de categorías por peso (boxeo, halterofilia o powerlifting), donde el peso condiciona la participación de la persona en una categoría u otra; también, en los deportes de estética (gimnasia rítmica, natación sincronizada o patinaje artístico), donde un peso bajo puede resultar beneficioso para el desarrollo de los movimientos y en los que la figura de los deportistas es un aspecto altamente valorado por los jueces; siguiendo esta línea, en los deportes de resistencia (como el atletismo o la natación), donde un bajo peso también puede ser beneficioso, dotando a la persona de mayor agilidad y por ende, de un mayor rendimiento; y, finalmente, en los deportes de gimnasio (culturismo o fitness), que se caracterizan por la ausencia de un entrenador cualificado que supervise el tipo y la cantidad de ejercicio realizado, o bien, la ausencia de adecuado asesoramiento nutricional, aspectos que llevan a considerar este deporte como una práctica de alto riesgo en la aparición y desarrollo de TCA (Dosil y Díaz, 2002).

Por otra parte, se ha comprobado que los medios de comunicación influyen negativamente en el comportamiento alimentario de las personas, siendo un importante factor de riesgo en el desarrollo o exacerbación de la ON (Vandereycken, 2011), donde la publicidad y las industrias relacionadas con la escultura corporal (gimnasios, cirugía estética, asesoramiento nutricional, industria farmacéutica y moda, etc) promueven la sobrevaloración de los cuerpos delgados femeninos, asociados a la belleza, la competitividad, la autoestima y el éxito social; y de los cuerpos musculosos masculinos, por medio de anabolizantes, ejercicio excesivo y otros métodos vigorizantes (Maganto y Cruz, 2008; Williams et al., 2007).

También, redes sociales como Instagram o Tik Tok han sido las encargadas de popularizar y difundir prácticas “fit” como el ayuno intermitente, los Cheat Meals (“día trampa”, que consiste en saltarse la dieta durante un día, pudiendo comer todo lo que se apetezca, conocido también como “atracción”), el recuento de calorías, la demonización de alimentos, la realización de comportamientos compensatorios, la lectura del etiquetado nutricional, entre otras; contribuyendo una vez más, a la representación de un solo tipo de cuerpo (estilizado y tonificado), inalcanzable para -especialmente- la mayoría de las mujeres (Tiggemann y Zaccardo, 2018). Movimientos recientes como el “Realfooding” u otros más antiguos como el “Clean-eating”, que enfatizan el consumo exclusivo de alimentos puros y saludables, no dejan de ser dietas excesivamente restrictivas que suponen un riesgo para la población, fundamentalmente, más joven. En un estudio (Garnés et al., 2021), se observó que quienes seguían alguna dieta (Realfooding u otras) presentaban más conductas de riesgo (culpabilidad tras saltarse la dieta, restricción y prohibición de ciertos alimentos, y lectura de etiquetas nutricionales) que aquellas personas que no seguían ninguna dieta. También se ha demostrado que el “Clean-eating” puede provocar una mayor vulnerabilidad a desarrollar patologías asociadas con la alimentación saludable. Por consiguiente, hay autores que lo identifican como una variante de la ortorexia nerviosa (Staudacher y Harer, 2018).

El elevado culto al cuerpo, la restricción en la dieta y los consiguientes estereotipos inalcanzables, han llevado consigo el incremento de diversos trastornos. Según Behar et al. (2005) las personas que sufren algún tipo de TCA poseen mayor incidencia de trastornos afectivos en comparación con la población general, teniendo mayor prevalencia la depresión (sentimientos de culpa, baja autoestima, etc). También se han obtenido hallazgos importantes en relación a la comorbilidad entre TCA y trastornos de ansiedad (Grilo et al., 2013; Levinson et al., 2017; Steinhausen, 2009).

Es por ello, que el presente estudio tiene como objetivo general, conocer la relación que existe entre la práctica deportiva y la ortorexia. Esto es, comprobar si este cuadro tiende a presentarse con mayor frecuencia en la población de deportistas frente a la población general.

Por otra parte como objetivos específicos comprobar en nuestra muestra:

- La relación entre ansiedad, depresión y ortorexia.
- El papel del deporte ante la depresión y la ansiedad.
- Si existen diferencias entre los propios deportistas.
- La relación entre género y ortorexia.
- La relación entre edad y ortorexia.
- La relación entre nivel económico y ortorexia.

MÉTODO

Participantes

La muestra fue recogida por conveniencia, es decir, se trata de una muestra disponible, en la que se obtuvo un total de 190 participantes entre 15 y 69 años ($M=33.2$; $DT=14.9$). El 69% fueron mujeres y el 31% hombres. El 60% son solteros/as, el 25% casados/as, el 15% pareja de hecho, el 11% divorciados/as y el 1% Viudo/a; 101 (52.6%) sujetos señalaron tener estudios universitarios, 36 (18.8%) bachillerato, 24 (12.5%) estudios de Postgrado, 24 (12.5%) ciclo formativo y 7 (3.6%) educación secundaria. Asimismo, la mayoría trabaja por cuenta ajena (44%) o son estudiantes (46%).

Se generaron dos grupos donde 103 participantes indicaron ser deportistas y 89 marcaron no realizar ningún tipo de deporte. De los deportistas, 42% hacían pesas, 13% deportes de pelota, 11% yoga/pilates, 10% running, 6% natación y 18% otros deportes.

Instrumentos

En primer lugar, se recogió información sobre diversas variables sociodemográficas, tales como el género, la edad, el nivel de estudios, el estado civil, la ocupación y el nivel de ingresos de la unidad familiar anual. Asimismo, se incluyeron hábitos de salud, como la práctica deportiva, y otras variables clínicas como el peso (en kg) y la altura (en cm). Véase anexo 1.

En segundo lugar, se empleó la versión traducida al español del ORTO-15 (Donini et al., 2005; Parra, 2018), instrumento diseñado para evaluar y diagnosticar el comportamiento de la Ortorexia Nerviosa (selección de alimentos, los hábitos de preparación y consumo, así como las actitudes hacia la comida saludable). Este cuestionario combina la prueba de Ortorexia de Bratman junto con el MMPI (Inventario Multifásico de Personalidad Minnessota; Martín, 2021). Consta de 15 ítems de tipo Likert (escala de 4 puntos de 1 a 4, donde 1 = Siempre, 2 = A menudo, 3 = A veces, 4 = nunca) y mide tres factores relacionados con la conducta alimentaria: cognitivo-racional (ítems 1,5, 6, 11, 12 y 14), clínico (ítems 3, 7, 8, 9 y 15) y aspectos emocionales (ítems 2, 4, 10 y 13). Se establecen tres puntos de corte: conducta de ortorexia (15-35 puntos), conducta normal (36-38 puntos) y conducta saludable (39-60 puntos). De modo que, a menor puntuación, mayor es la indicación de conductas o actitudes relacionadas con la ortorexia (Parra, 2018).

En tercer lugar, se utilizó la versión española de la prueba de Ortorexia de Bratman (BOT; Bratman & Knight, 1997; Parra, 2018), instrumento diseñado para evaluar la tendencia a desarrollar ON. No se trata de un test diagnóstico, sino de una prueba de screening, que, a pesar de su escasa validez, ha supuesto la base para el diseño del ORTO-15 (Martín, 2021). Consta de 10 ítems con respuestas dicotómicas (sí/no), donde 4 respuestas afirmativas indican riesgo de sufrir ortorexia. Sin embargo, esto debe tomarse de forma orientativa, ya que los criterios descritos derivan de la experiencia de los autores (Parra, 2018).

En cuarto lugar, se aplicó la versión traducida al español del Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD; Tejero et al., 1986; Zigmond y Snaith, 1983), instrumento utilizado para la detección de pacientes hospitalarios con trastornos afectivos, aunque también es utilizada en el ámbito comunitario debido a su sencilla cumplimentación (Castresana, 1995). Consta de 14 ítems de tipo Likert (escala de 4 puntos de 0 a 3, donde 0 = menor intensidad, 3 = mayor intensidad) y está compuesto a su vez, por dos subescalas; una escala de ansiedad (HADA) y otra escala de depresión (HADD), con 7 ítems cada una. Los autores aconsejan los puntos de corte originales: 8 para casos posibles y >10 para casos probables en ambas subescalas (Zigmond y Snaith, 1983).

En quinto lugar, se hizo uso de la versión española del Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II; Beck et al., 1996; Sanz y Vazquez, 1999), que pretende medir la gravedad de síntomas depresivos tanto en población adulta como adolescente (tristeza, llanto, pérdida de placer, sentimientos de fracaso y de culpa, pensamientos o deseos de suicidio, pesimismo, etc). Está compuesto por 21 ítems de tipo Likert (escala de 4 puntos de 0 a 3, donde 0= mínima presencia, 3 = máxima presencia, a excepción de los ítems 16 -cambios en el patrón de sueño- y 18 - cambios en el apetito- que cuentan con 7 categorías). Se han establecido los siguientes cuatro puntos de corte: 0-13: mínima depresión; 14-19: depresión leve; 20-28: depresión moderada; y 29-63: depresión grave. De modo que, a mayor puntuación, mayor es la gravedad de los síntomas depresivos (Vázquez y Sanz, 1999).

Procedimiento

Se procedió a la elaboración del “Cuestionario de Actitudes y Creencias” a través de Google Form (Véase anexo 1). Posteriormente, la prueba fue difundida a través de distintas redes sociales (Instagram, Twitter, Whatsapp...), y cumplimentada telemáticamente por cada uno de los participantes. El muestreo fue no probabilístico, con la finalidad de obtener un número equitativo de personas deportistas y personas no deportistas.

Previamente, cada participante fue notificado acerca del objetivo de la investigación, la confidencialidad de los datos y la duración de la prueba. También, se le rogaba la mayor sinceridad posible en sus respuestas. Asimismo, cada prueba a cumplimentar disponía de determinadas instrucciones a seguir.

Análisis estadístico

Una vez recogidos los datos, estos fueron filtrados mediante Excel y analizados estadísticamente a través del programa SPSS, procediendo a la realización de tres análisis de varianza (ANOVA) y una Correlación tipo Pearson.

RESULTADOS

En primer lugar, con la finalidad de conocer si existen diferencias entre la población deportista y la población general en ortorexia, ansiedad y depresión, se realiza una comparación entre los diferentes instrumentos mediante un análisis de varianza (ANOVA). Con respecto a los cuestionarios ORTO-15 y BRATMAN, los resultados muestran que no hay diferencias significativas entre las personas deportistas y las personas no deportistas en referencia a la ortorexia. Sin embargo, en los cuestionarios tanto del BDI y HAD (como en sus subescalas; HADA y HADD), los resultados señalan diferencias significativas entre la población deportista y la población general en relación a la depresión y la ansiedad. Véase tabla 1.

En relación a los datos descriptivos de los cuestionarios, se observa que las medias entre los grupos de deportistas y no deportistas son similares en ORTO-15, mientras difieren en BDI y HAD. Véase tabla 1.

Tabla 1

ANOVA Cuestionarios

		N	M	Sx	F	Sig.
ORTO total	No deporte	89	36,67	5,57	,204	,652
	Deporte	101	37,03	5,58		
BRATMAN total	No deporte	89	4,10	2,26	,689	,407
	Deporte	101	4,35	1,81		
BDI total	No deporte	89	14,44	11,69	12,310	,001**
	Deporte	101	9,11	9,27		
HAD total	No deporte	89	13,64	6,72	12,791	,000**
	Deporte	101	10,18	6,61		
HADA	No deporte	89	8,03	3,99	6,57	,011*
	Deporte	101	6,51	3,57		
HADD	No deporte	89	5,61	3,57	16,14	,000**
	Deporte	101	3,66	3,10		

En segundo lugar, con el fin de conocer si existen diferencias dentro del grupo de personas que hacían deporte, se realiza una comparación entre aquellos que practicaban deportes de fuerza y aquellos que solo realizaban deportes aeróbicos mediante un segundo análisis de varianza. Sin embargo, no se encontraron diferencias significativas entre ellos en relación a ortorexia (ORTO-15 y BRATMAN). Ahora bien, se mostraron diferencias entre los grupos de deportistas en ansiedad y depresión (HAD y HADA), aunque cuando se midió la depresión de manera aislada con el BDI-2 y con el HADD no aparecieron diferencias significativas. Véase tabla 2.

En lo que refiere a los datos descriptivos del grupo fuerza y el grupo aeróbico, se muestra que las medias de los grupos en el HAD son diferentes, luego estas son muy parecidas en el resto de cuestionarios. Véase tabla 2.

Tabla 2

ANOVA Deporte de Fuerza y Deporte Aeróbico

		N	M	Sx	F	Sig.
ORTO total	Pesas	47	37,64	5,30	1,116	,293
	Aeróbico	54	36,46	5,81		
BRATMAN total	Pesas	47	4,40	1,94	,089	,766
	Aeróbico	54	4,30	1,70		
BDI total	Pesas	47	8,17	9,66	1,217	,273
	Aeróbico	54	10,20	8,86		
HAD total	Pesas	47	8,83	6,48	4,225	,042*
	Aeróbico	54	11,48	6,45		
HADA	Pesas	47	5,47	3,71	6,15	,015*
	Aeróbico	54	7,46	4,29		
HADD	Pesas	47	3,36	3,16	1,14	,289
	Aeróbico	54	4,02	3,02		

En tercer lugar, para conocer si existen diferencias de género en ortorexia, depresión y ansiedad se realiza otro análisis de varianza. No obstante, no se observan diferencias significativas entre hombres y mujeres en ninguno de los cuestionarios relativos a ortorexia (ORTO-15 y Bratman). En cambio en referencia a la depresión y la ansiedad; en la subescala HADA se encuentran diferencias significativas en ansiedad, pero no se observan diferencias en depresión (BDI-2 y HADD).

Con respecto a los descriptivos de la variable género, las medias resultan similares en los distintos instrumentos. Véase tabla 3.

Tabla 3*ANOVA Género*

		N	M	Sx	F	Sig.
ORTO total	Hombre	59	37,53	5,74	1,231	,269
	Mujer	131	36,56	5,50		
BRATMAN total	Hombre	59	4,52	1,87	1,798	,182
	Mujer	131	4,10	2,10		
BDI total	Hombre	59	9,33	8,23	3,858	,051
	Mujer	131	12,63	11,63		
HAD total	Hombre	59	10,56	6,39	2,823	,095
	Mujer	131	12,36	7,02		
HADA	Hombre	59	6,29	3,85	4,48	0,36*
	Mujer	131	7,65	4,20		
HADD	Hombre	59	4,27	3,44	,653	,420
	Mujer	131	4,71	3,47		

Finalmente, para establecer las relaciones entre las variables medidas se ha realizado un análisis de correlación tipo Pearson. Como era de esperar, se observa una correlación positiva fuerte entre el HAD y el BDI. También, se muestra una correlación positiva baja entre ORTO-15 y HAD, ORTO-15 y BDI-2, así como BRATMAN e IMC autoinformado. Y, finalmente, en relación al IMC autoinformado, se encuentra una correlación positiva muy baja con BDI, una correlación positiva baja con BRATMAN y también, una correlación positiva muy baja con ORTO-15. Véase tabla 4.

No hay relaciones dignas de mención entre la edad, nivel de ingresos económicos y las variables dependientes del estudio, excepto entre edad e IMC autoinformado (a medida que se cumple años, es esperable que el IMC aumente). Véase tabla 4.

Tabla 4*Análisis de Correlaciones Pearson*

		INGR ESOS	HAD total	BDI total	BRATMAN total	ORTO total	Edad	IMC
Ingresos económicos	Correlación de Pearson	1	,007	,026	-,063	,019	-,003	-,045
HADtotal	Correlación de Pearson	,007	1	,788**	,084	,310**	-,007	,047
BDItotal	Correlación de Pearson	,026	,788**	1	,058	,237**	,022	,147*
BRATMAN total	Correlación Pearson	-,063	,084	,058	1	,587**	,065	,201*
ORTOtotal	Correlación de Pearson	,019	,310**	,237**	,587**	1	-,100	,159*
Edad	Correlación de Pearson	-,003	-,007	,022	,065	-,100	1	,349**
IMC	Correlación de Pearson	-,045	,047	,147*	,201**	,159*	,349**	1

DISCUSIÓN

El presente estudio se llevó a cabo con el objetivo de conocer la relación existente entre la Ortorexia Nerviosa y la práctica deportiva, así como explorar la relación entre Ortorexia, depresión y ansiedad. A pesar de que esperaba encontrarse una mayor presencia de este cuadro en deportistas que en la población general (hipótesis de partida), de acuerdo con los resultados obtenidos, no fueron halladas diferencias significativas entre los grupos en ortorexia. Sin embargo, en una investigación realizada con personas deportistas y sedentarias en 2012, se mostró que el riesgo de desarrollar esta problemática era superior en los hombres atletas (quienes realizaban un mayor control de su dieta) que en las personas que no practicaban ningún deporte (Segura-García et al., 2012).

En segundo lugar, se constató que las personas no deportistas experimentaban mayores niveles de ansiedad y depresión que las personas deportistas; evidencia que refleja la idea de que, en muchas ocasiones, el deporte puede tener un papel protector ante diversas patologías. Tal y como se ha encontrado en diversos estudios, el ejercicio puede tener un efecto amortiguador ante las consecuencias nocivas de la ansiedad (Rodríguez, 2021), al provocar una sensación de alivio y facilitar la gestión de las emociones (Toseeb et al., 2014).

Por otro lado, al comparar a los grupos de deportistas entre sí, se observó que la tendencia a desarrollar ON resultó relativamente similar en las personas asistentes a gimnasios (powerlifting, culturismo o crossfit) y quienes practicaban ejercicio aeróbico (baile, senderismo). Sin embargo, otros estudios, señalan que el riesgo de desarrollar ON es mayor en los deportes de élite (Castro-López et al., 2015; Toro, 1996). Aunque fue detectada mayor presencia de ansiedad y depresión en el grupo de deportistas aeróbicos. Y es que, si bien el ejercicio físico tiene efectos positivos en la salud física, psicológica y social (Herrera-Gutiérrez et al., 2012), tal y como fue señalado anteriormente, también puede provocar el efecto contrario, siendo causa de altos niveles de ansiedad, especialmente en los deportes de alta competencia (Guerra et al., 2017), al estar expuestos a una gran exigencia y presión (Dosil, 2003; Hausenblas y Carrol, 1999; Swoap y Murphy, 1995).

Asimismo, al realizar la comparación entre hombres y mujeres (tanto deportistas como no deportistas), tampoco se observaron diferencias entre los grupos en ON y ansiedad. Sin embargo, algunas investigaciones difieren en ello, encontrando que la ortorexia afecta mayormente a mujeres que a hombres, en una proporción 10:1 (Zamora et al., 2005), quienes no parecen verse afectados del mismo modo (García y Eliana, 2012); y que a su vez, son ellas quienes manifiestan más frecuentemente trastornos de ansiedad (Arenas y Puigcerver, 2009). No obstante, sí se observaron diferencias entre los grupos en depresión, encontrándose más síntomas depresivos en las mujeres que en los varones; resultados similares fueron hallados en un estudio realizado en Colombia, donde las mujeres informaron, en mayor medida que los hombres, de síntomas de depresión (Londoño et al., 2020). Esta diferencia puede ser fruto de los efectos de la socialización de género, pues a ellas se les ha enseñado a expresar sus sentimientos, como la tristeza, mientras que a los varones se les ha acostumbrado a reprimirla (Krikorian et al., 2008).

Por otra parte, al analizar las correlaciones entre las variables medidas, la relación significativa entre los cuestionarios que evalúan depresión; BDI-2 y el HAD, y los cuestionarios que miden Ortorexia Nerviosa; BRATMAN y ORTO-15, señalan que a mayor puntuación en el BDI-2, mayor puntuación en el HAD, y viceversa; lo mismo ocurriría con las puntuaciones en ORTO-15 y BRATMAN. Datos que apuntan a la convergencia de los cuestionarios en la medición de sus respectivas dimensiones.

Igualmente, se encuentra una correlación positiva -aunque muy baja- entre IMC autoinformado y depresión, resultados similares a los que pueden hallarse en otros estudios (Miranda, 2013; Ocampo et al., 2017). Dicho aspecto puede ser debido a la relación existente entre sobrepeso y depresión, pues quienes presentan esta constitución suelen mostrar un deterioro de la imagen corporal (Ortiz et al., 2010) así como del autoconcepto (Fernández-Bustos et al., 2015), lo que lleva a las personas con un IMC elevado a mostrar cierta tendencia a la depresión y, en consecuencia, a trastornos alimentarios relacionados (Calderón et al., 2010). Del mismo modo, esta última aportación puede explicar la correlación alta y positiva que se encontró entre IMC autoinformado y BRATMAN; a mayor IMC, mayor control y rigidez en la dieta.

Luego, con respecto a las variables sociodemográficas, no se ha encontrado relación entre edad y Ortorexia. Algunos estudios sitúan la edad promedio de aparición de este cuadro entre los 20 y 35 años (Iñárritu, 2005). Por el contrario, otros resaltan que son los adolescentes los más vulnerables a padecer este cuadro, al ser más propensos a adoptar comportamientos de riesgo con tal de recibir la aprobación de los demás (García et al., 2014; Jerez et al., 2015; Sikka, 2017). Tampoco se ha hallado relación entre nivel económico y Ortorexia; no obstante, hay evidencias de que este trastorno afecta en mayor medida a aquellas personas con un nivel socioeconómico medio-alto, quienes pueden permitirse comidas más costosas y adaptadas a sus necesidades (Garrote, 2009; López y Medina, 2012).

En cuanto a las limitaciones halladas en esta investigación, destacar, en primer lugar, no haber incluido en el cuestionario el apartado de “Tiempo dedicado al deporte”, ya que se ha perdido la oportunidad de establecer una comparación interesante entre el riesgo de padecer ON y el tiempo dedicado a la práctica deportiva. En segundo lugar, al tratarse de un cuadro relativamente reciente, son pocos los estudios realizados en este campo específico, por lo que en ocasiones ha sido complicado recopilar suficiente información. En tercer lugar, el efecto espúreo debido al tamaño de la muestra; al haber contado con una muestra disponible relativamente reducida (total de 190 participantes), los resultados han podido ser más imprecisos, habiendo corrido el riesgo de que, aunque exista una diferencia significativa, no podamos asegurar que ésta existe por ser la muestra demasiado pequeña. En cuarto lugar, no haber controlado la variable “género” ha supuesto que la muestra disponible no esté equilibrada (69% de mujeres frente a un 31% de hombres). Y, en quinto lugar, no haber incorporado el cuestionario de Insatisfacción corporal (variable muy presente en la Ortorexia).

Para finalizar, como propuesta de futuro, se sugiere la realización del presente estudio ampliando el tamaño de la muestra; así como hacer uso de un mayor número de instrumentos específicos de TCA e Imagen Corporal, con el fin de, en algún momento, poder delimitar y reconocer oficialmente la Ortorexia Nerviosa como un Trastorno de la Conducta Alimentaria. También, se propone dejar atrás la literatura con un enfoque “pesocentrista” y centrar los futuros estudios en otros indicadores de salud más esclarecedores, como pueden ser el bienestar psicológico, el apoyo social, la autoestima, la solvencia económica, etc.

REFERENCIAS

- American Psychiatric Association. (2013). *DSM-5: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (5th ed.).
- Barthels, F., & Pietrowsky, R. (2012). Orthorectic eating behaviour-nosology and prevalence rates. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 62(12), 445-449.
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1996). *Beck depression inventory (BDI-II)* (Vol. 10). Pearson London, UK.
- Bhattacharya, A., Cooper, M., McAdams, C., Peebles, R., & Timko, C. A. (2021). Cultural Shifts in the Symptoms of Anorexia Nervosa: The case of orthorexia nervosa. *Appetite*, 105869.
- Bóna, E., Szél, Z., Kiss, D., & Gyarmathy, V. A. (2019). An unhealthy health behavior: Analysis of orthorexic tendencies among Hungarian gym attendees. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 24(1), 13-20.
- Bratman, S., & Knight, D. (1997). Health food junkie. *Yoga J*, 136, 42-50.
- Bratman, S., & Knight, D. (2000). *Health food junkies: Overcoming the obsession with healthful eating*. Broadway Books.
- Calderón, C., Forns, M., & Varea, V. (2010). Implicación de la ansiedad y la depresión en los trastornos de alimentación de jóvenes con obesidad. *Nutrición hospitalaria*, 25(4), 641-647.
- Castresana, C., Perez, A. G.-E., & de Rivera, J. G. (1995). « Hospital anxiety and depression scale» y psicopatología afectiva. *Anales de psiquiatría*, 11(4), 126-130.
- Castro-López, R., Cachón, J., Valdivia-Moral, P., & Zagalaz, M. L. (2015). Estudio descriptivo de trastornos de la conducta alimentaria y autoconcepto en usuarios de gimnasios. *Revista iberoamericana de psicología del ejercicio y el deporte*, 10(2), 251-258.
- Donini, L. M., Marsili, D., Graziani, M. P., Imbriale, M., & Cannella, C. (2005). Orthorexia nervosa: Validation of a diagnosis questionnaire. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 10(2), e28-e32.
- Dosil Díaz, J., & Díaz Fernández, O. (2002). Valoración de la conducta alimentaria y de control del peso en practicantes de aeróbic. *Revista de psicología del deporte*, 11(2), 0183-0195.
- Dosil, J. & others. (2004). *Psicología de la actividad física y del deporte*. McGraw-Hill Madrid.
- Dosil-Díaz, J. (2003). *Trastornos de alimentación en el deporte*. Sevilla. Editorial deportiva Wanceulen.
- Fernández-Bustos, J.-G., González-Martí, I., Contreras, O., & Cuevas, R. (2015). Relación entre imagen corporal y autoconcepto físico en mujeres adolescentes. *Revista latinoamericana de psicología*, 47(1), 25-33.
- Gaab, C., y Otero, J. (2019). Riesgo de ortorexia nerviosa y su relación con hábitos alimentarios en personas asistentes a gimnasios. *Actualización en Nutrición*, 20(4), 112-117.

- García, A., Ramírez, I., Ceballos, G., & Méndez, E. (2014). ¿Qué sabe Ud. Acerca de... Ortorexia? *Revista mexicana de ciencias farmacéuticas*, 45(2), 84-87.
- Garrote Rojas, D. & others. (2009). *Análisis de la incidencia de los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) en los factores de personalidad de los estudiantes de educación secundaria de Granada*.
- Grilo, C. M., White, M. A., Barnes, R. D., & Masheb, R. M. (2013). Psychiatric disorder co-morbidity and correlates in an ethnically diverse sample of obese patients with binge eating disorder in primary care settings. *Comprehensive psychiatry*, 54(3), 209-216.
- Guerra Santiesteban, J. R., Gutiérrez Cruz, M., Zavala Plaza, M., Singre Álvarez, J., Goosdenovich Campoverde, D., & Romero Frómota, E. (2017). Relación entre ansiedad y ejercicio físico. *Revista Cubana de Investigaciones Biomédicas*, 36(2), 169-177.
- Gutiérrez, E. H., Pérez, D. B., Mármol, D. J. S., & Dorantes, J. M. R. (2012). Relación entre actividad física, depresión y ansiedad en adolescentes. *Cuadernos de Psicología del Deporte*, 12(2), 31-38.
- Hausenblas, H. A., & Carron, A. V. (1999). Eating disorder indices and athletes: An integration. *Journal of Sport and Exercise Psychology*, 21(3), 230-258.
- Iñarritu, B. (2005). El reto de la internacionalización empresarial en el entorno Europeo. *Boletín de estudios económicos*, 60(185), 195.
- Jairo, J., Vélez, M. C., & Krikorian, A. (2008). Aspectos neurobiológicos, psicológicos y sociales del sufrimiento. *Psicooncología*, 5(2/3), 245.
- Jerez-Mendoza, M., & Oyarzo-Barría, C. (2015). Estrés académico en estudiantes del Departamento de Salud de la Universidad de Los Lagos Osorno. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 53(3), 149-157.
- Koven, N. S., & Abry, A. W. (2015). The clinical basis of orthorexia nervosa: Emerging perspectives. *Neuropsychiatric disease and treatment*, 11, 385.
- Levinson, C. A., Zerwas, S., Calebs, B., Forbush, K., Kordy, H., Watson, H., Hofmeier, S., Levine, M., Crosby, R. D., Peat, C., & others. (2017). The core symptoms of bulimia nervosa, anxiety, and depression: A network analysis. *Journal of abnormal psychology*, 126(3), 340.
- Londoño-Pérez, C., Cita-Álvarez, A., Niño-León, L., Molano-Cáceres, F., Reyes-Ruiz, C., Vega-Morales, A., & Villa-Campos, C. (2020). Sufrimiento psicológico en hombres y mujeres con síntomas de depresión. *Terapia psicológica*, 38(2), 189-202.
- López Aguirre, I. S. (2017). *Conductas alimentarias de riesgo que influyen en el desarrollo de trastornos del comportamiento alimentario, en deportistas fisicoculturistas de la Federación Ecuatoriana de Físico Culturismo y Levantamiento de Potencia, en el período de julio a septiembre del 2016*. [B.S. thesis]. PUCE.
- López García, D. E. & others. (2013a). *Indicadores de ortorexia en estudiantes de una universidad privada de la ciudad de Medellín*.

- López García, D. E. & others. (2013b). *Indicadores de ortorexia en estudiantes de una universidad privada de la ciudad de Medellín*.
- Maganto, C., & Cruz, S. (2008). TSA, Test de siluetas para adolescentes. *Madrid: TEA*.
- Martín, B. A. (2021). La ortorexia nerviosa? ¿Otro nuevo trastorno? *Revista digital de Medicina Psicosomática y Psicoterapia. Volúmen, 11(2)*, 1.
- Martinez-Rodriguez, A. (2015). Efectos de la dieta y práctica de deportes aeróbicos o anaeróbicos sobre los trastornos del comportamiento alimentario. *Nutrición Hospitalaria, 31(3)*, 1240-1245.
- Miranda Rojas, F. (2013). *Variabilidad del índice de masa corporal en relación al trastorno depresivo y al trastorno depresivo acompañado de patología cardiovascular*.
- Montgomery, S. A., & Åsberg, M. (1979). A new depression scale designed to be sensitive to change. *The British journal of psychiatry, 134(4)*, 382-389.
- Moroze, R. M., Dunn, T. M., Holland, J. C., Yager, J., & Weintraub, P. (2015). Microthinking about micronutrients: A case of transition from obsessions about healthy eating to near-fatal" orthorexia nervosa" and proposed diagnostic criteria. *Psychosomatics, 56(4)*, 397-403.
- Ocampo, J., Guerrero, M., Espín, L., Guerrero, C., & Aguirre, R. (2017). Asociación entre índice de masa corporal y depresión en mujeres adolescentes. *International Journal of Morphology, 35(4)*, 1547-1552.
- Organización Mundial de la Salud. (2019). Clasificación internacional de enfermedades para estadísticas de mortalidad y morbilidad (11th ed.; CIE-11).
- Parra Fernández, M. L. (2019). *Riesgo de Ortorexia: Adaptación y validación al español del cuestionario (ORTHO-15)*.
- Rocha, K. B., Pérez, K., Rodríguez-Sanz, M., Borrell, C., & Obiols, J. E. (2010). Prevalencia de problemas de salud mental y su asociación con variables socioeconómicas, de trabajo y salud: Resultados de la Encuesta Nacional de Salud de España. *Psicothema, 22(3)*, 389-395.
- Rodríguez Rengifo, G. F. (2022). *La actividad física en adolescentes como factor protector frente a la ansiedad y/o futuros agentes estresores. Una revisión sistemática*.
- Gómez, R. (2013). Características epidemiológicas y frecuencia de la ortorexia y su relación con el ejercicio físico en personas que acuden a gimnasios de la ciudad de Arequipa. [Tesis doctoral, Universidad Católica de Santa María].
- Sánchez, F. G., & Rial, B. R. (2004). Ortorexia nerviosa.? Un nuevo trastorno de la conducta alimentaria. *Actas Esp Psiquiatr, 32(1)*, 66-68.
- Sánchez, R. M., & Moreno, A. M. (2007). Ortorexia y vigorexia: Nuevos trastornos de la conducta alimentaria? *Trastornos de la conducta alimentaria, 5*, 457-482.
- Segura-García, C., Papaianni, M. C., Caglioti, F., Procopio, L., Nisticò, C. G., Bombardiere, L., Ammendolia, A., Rizza, P., De Fazio, P., & Capranica, L. (2012). Orthorexia nervosa: A

- frequent eating disordered behavior in athletes. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 17(4), e226-e233.
- Sikka Chopra, V. & others. (2017). *Prevalencia de la ortorexia en la población adolescente canaria*.
- Staudacher, H. M., & Harer, K. N. (2018). When clean eating goes dirty. *The Lancet Gastroenterology & Hepatology*, 3(10), 668.
- Steinhausen, H.-C. (2009). Outcome of eating disorders. *Child and adolescent psychiatric clinics of North America*, 18(1), 225-242.
- Strahler, J., Hermann, A., Walter, B., & Stark, R. (2018). Orthorexia nervosa: A behavioral complex or a psychological condition? *Journal of behavioral addictions*, 7(4), 1143-1156.
- Tejero, A., Guimerá, E., Farré, J., & Peri, J. (1986). Uso clínico del HAD (Hospital Anxiety and Depression Scale) en población psiquiátrica: Un estudio de su sensibilidad, fiabilidad y validez. *Revista del Departamento de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona*, 13(5), 233-238.
- Tiggemann, M., & Zaccardo, M. (2018). ‘Strong is the new skinny’: A content analysis of# fitnesspiration images on Instagram. *Journal of health psychology*, 23(8), 1003-1011.
- Toro, J. (1996). El cuerpo como delito: Anorexia, bulimia, cultura y sociedad. *Barcelona*.
- Toseeb, U., Brage, S., Corder, K., Dunn, V. J., Jones, P. B., Owens, M., St Clair, M. C., van Sluijs, E. M., & Goodyer, I. M. (2014). Exercise and depressive symptoms in adolescents: A longitudinal cohort study. *JAMA pediatrics*, 168(12), 1093-1100.
- Trejo Ortiz, P. M., Castro Veloz, D., Facio Solís, A., Mollinedo Montano, F. E., & Valdez Esparza, G. (2010). Insatisfacción con la imagen corporal asociada al Índice de Masa Corporal en adolescentes. *Revista cubana de enfermería*, 26(3), 150-160.
- Vandereycken, W. (2011). Media hype, diagnostic fad or genuine disorder? Professionals’ opinions about night eating syndrome, orthorexia, muscle dysmorphia, and emetophobia. *Eating disorders*, 19(2), 145-155.
- Vázquez, C., & Sanz, J. (1999). Fiabilidad y validez de la versión española del Inventario para la Depresión de Beck de 1978 en pacientes con trastornos psicológicos. *Clinical and Health*, 10(1), 59-81.
- Williams, L., Germov, J., & Young, A. (2007). Preventing weight gain: A population cohort study of the nature and effectiveness of mid-age women’s weight control practices. *International Journal of Obesity*, 31(6), 978-986.

ANEXOS

Anexo 1. Datos Sociodemográficos

1. Género

- Mujer
- Hombre
- Otro

2. Edad

3. Nivel de estudios

- Lectura y escritura
- Educación Primaria
- Educación Secundaria o ESO
- Bachillerato
- Ciclo Formativo
- Estudios Universitarios
- Estudios Postgrado

4. Estado civil

- Soltero/a
- Casado/a
- Pareja de hecho
- Divorciado/a
- Viudo/a

5. Ocupación

- Estudiante
- Autónomo/a
- En paro
- Empleo por cuenta ajena
- Jubilado/a

6. Nivel de ingresos de la unidad familiar (al año).

- <20.000 euros
- De 20.000 a 30.000 euros
- De 30.000 a 40.000 euros
- De 40.000 a 50.000 euros
- De 50.000 a 60.000 euros
- De 60.000 a 70.000 euros
- De 70.000 a 80.000 euros
- De 80.000 a 90.000 euros
- De 90.000 a 100.000 euros
- >100.000 euros

Anexo 2. Cuestionario ORTO-15

Instrucciones: Por favor, conteste a las siguientes cuestiones, donde 1 = Siempre, 2 = A menudo, 3 = A veces, 4 = Nunca.

	1	2	3	4
1. Cuando 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 tres meses, ¿pensar en comida ha sido una preocupación para usted?				
4. ¿Sus hábitos de alimentación están condicionados por la preocupación acerca de su estado de salud?				
5. Para usted, ¿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. El pensar acerca de la alimentación sana, ¿le preocupa por más de tres horas al día?				
8. ¿Se permite alguna transgresión alimentaria?				
9. ¿Considera que su estado de humor influye en sus hábitos de alimentación?				
10. ¿Considera que comer solamente alimentos saludables, aumenta su autoestima?				
11. ¿Considera que el consumo de alimentos saludables modifica su estilo de vida (frecuencia a la que va a restaurantes con amigos, etc)?				
12. ¿Considera que el consumo de alimentos saludables mejora su aspecto físico?				
13. ¿Se siente culpable cuando se salta su régimen alimenticio?				
14. ¿Cree usted que en el mercado también hay alimentos poco saludables?				
15. En la actualidad, ¿come solo?				

Anexo 3. Cuestionario BRATMAN

Instrucciones: Por favor, conteste a las siguientes cuestiones.

	Sí	No
1. ¿Pasa más de tres horas al día pensando en su dieta?		
2. ¿Planea sus comidas con varios días de antelación?		
3. ¿Considera que el valor nutritivo de una comida es más importante que el placer que le aporta?		
4. ¿Ha disminuido la calidad de su vida a medida que aumentaba la calidad de su dieta?		
5. ¿Se ha vuelto Vd. más estricto consigo mismo en los últimos tiempos?		
6. ¿Ha mejorado su autoestima alimentándose de forma sana?		
7. ¿Ha renunciado a comer alimentos que le gustaban para comer alimentos “buenos”?		
8. ¿Supone un problema su dieta a la hora de comer fuera distanciándolo de su familia y sus amigos?		
9. ¿Se siente culpable cuando se salta su régimen?		
10. ¿Se siente en paz consigo mismo y cree que todo está bajo control cuando come de forma sana y previsible?		

Anexo 4. Cuestionario H.A.D

Instrucciones: Este cuestionario tiene el objetivo de ayudarnos a conocer cómo se siente usted. Lea cada frase y marque la respuesta que más describa sus sentimientos en los últimos días. No piense mucho sus respuestas, seguramente su primera reacción ante cada frase será más exacta que una respuesta largamente meditada.

	0	1	2	3
1. Me siento tenso/a y nervioso/a				
2. Sigo disfrutando de las cosas que siempre me han gustado				
3. Tengo una sensación de miedo, como si algo horrible me fuera a suceder				
4. Puedo reírme y ver el lado divertido de las cosas				
5. Tengo mi cabeza llena de preocupaciones				
6. Me siento alegre				
7. Puedo estar sentado confortablemente y sentirme relajado/a				
8. Siento como si cada día hiciera las cosas más despacio				
9. Tengo una sensación extraña, como de "aleteo" en el estómago				
10. He perdido interés en mi aspecto personal				
11. Me siento inquieto/a, como si no pudiera parar de moverme				
12. Veo con optimismo el futuro				
13. Me asaltan sentimientos repentinos de pánico				
14. Puedo divertirme leyendo un buen libro con un programa de radio y televisión				

Anexo 5. Cuestionario BDI-II

Instrucciones: Este cuestionario consta de 21 grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada uno de ellos. Luego elija uno de cada grupo, el que mejor describa el modo como se ha sentido las últimas dos semanas, incluyendo el día de hoy. Marque con un círculo el número correspondiente al enunciado elegido. Si varios enunciados de un mismo grupo le parecen igualmente apropiados, marque el número más alto. Verifique que no haya elegido más de uno por grupo, incluyendo el ítem 16 (cambios en los hábitos de Sueño) y el ítem 18 (cambios en el apetito).

	0	1	2	3
1. Tristeza				
2. Pesimismo				
3. Fracaso				
4. Pérdida de Placer				
5. Sentimientos de Culpa				
6. Sentimientos de Castigo				
7. Disconformidad con uno mismo				
8. Autocrítica				
9. Pensamientos o Deseos Suicidas				
10. Llanto				
11. Agitación				
12. Pérdida de Interés				
13. Indecisión				
14. Desvalorización				
15. Pérdida de Energía				
16. Cambios en los Hábitos de Sueño				
17. Irritabilidad				
18. Cambios en el Apetito				
19. Dificultad de Concentración				
20. Cansancio o Fatiga				
21. Pérdida de Interés en el Sexo				