



Facultad de  
Ciencias de la Salud  
y del Deporte - Huesca  
**Universidad** Zaragoza

# **TRABAJO FIN DE GRADO**

## **Ortorexia versus fobias alimentarias. Análisis conceptual etiopatogénico y de las medidas terapéuticas implementadas. A propósito de un caso clínico.**

### **AUTOR**

Maria Borra Uriol

### **TUTOR**

Carmelo Mariano Pelegrín Valero

Departamento de Medicina, Psiquiatría y Dermatología

**SEPTIEMBRE 2023**

**RESUMEN**

**Morley define 4 usos fundamentales para los cuales se prestan los casos únicos en psicología y nutrición clínica: 1) Pedagógicos generales, ya que este tipo de diseño son sumamente didácticos al permitir una fácil ejemplificación de conceptos; 2) Para entrenamientos de profesionales a través de los cuales se generan estándares y modelos de acción clínica; 3) Peculiaridades clínicas, que generan nuevas ideas y tendencias de pensamiento; y 4) Para la realización de tareas de investigación propiamente dichas.**

**Presentamos un caso complejo de desnutrición severa con una evolución refractaria con los siguientes objetivos: 1) Describir a los profesionales de la salud en general y de la nutrición en particular las múltiples variables etiopatogénicas y terapéuticas que influyen en nuestro criterio en la evolución del caso; y 2) Generar una propuesta reivindicando el papel de la ortorexia, no incluido paradójicamente en los manuales de Psiquiatría vigentes como el DSM-5, dentro de los trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos; con una morbilidad muy superior, en nuestro criterio, que otros trastornos incluidos, como el “Trastorno de evitación/restricción de alimentos”, con una conceptualización semejante pero que no engloba toda la complejidad clínica y de manejo nutrición de la ortorexia.**

**ABSTRACT**

Morley defines 4 fundamental purposes for which single cases in psychology and clinical nutrition lend themselves: 1) General pedagogical, as this type of design is highly didactic as it allows for easy exemplification of concepts; 2) For training of professionals through which standards and models of clinical action are generated; 3) Clinical peculiarities, which generate new ideas and trends of thought; and 4) For the performance of research tasks as such.

We present a complex case of severe malnutrition with a refractory course with the following objectives: 1) To describe to health professionals in general and nutrition professionals in particular the multiple etiopathogenic and therapeutic variables that influence in our opinion the evolution of the case; and 2) To generate a proposal claiming the role of orthorexia, paradoxically not included in current Psychiatry manuals such as the DSM-5, within the eating and food intake disorders; with a much higher morbidity, in our opinion, than other disorders included, such as "Food avoidance/restriction disorder", with a similar conceptualisation but which does not encompass all the clinical complexity and nutritional management of orthorexia.

**ÍNDICE**

<b>JUSTIFICACIÓN DEL TRABAJO</b>	<b>6</b>
<b>INTRODUCCIÓN</b>	<b>8</b>
<b>1. TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA</b>	<b>8</b>
1.1 ANOREXIA NERVIOSA	8
1.2 BULIMIA NERVIOSA	9
1.3 TRASTORNO POR ATRACÓN	10
1.4 TRASTORNO DE EVITACIÓN/RESTRICCIÓN DE LA INGESTIÓN DE ALIMENTOS	11
1.5 OTRO TRASTORNO DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA O DE LA INGESTA DE ALIMENTOS ESPECIFICADO	12
1.6 TRASTORNO DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA O DE LA INGESTA DE ALIMENTOS NO ESPECIFICADO	13
<b>2. ORTOREXIA</b>	<b>14</b>
2.1 CRITERIOS DIAGNÓSTICOS	15
2.2 LIMITACIONES EN EL DIAGNÓSTICO	16
2.3 TRATAMIENTO Y MANEJO	18
<b>OBJETIVOS DEL ESTUDIO</b>	<b>20</b>
<b>HIPÓTESIS</b>	<b>20</b>
<b>MATERIAL Y MÉTODOS</b>	<b>21</b>
1. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA	21
2. INFORMES MÉDICOS	21
3. CUESTIONARIOS	26
<b>DISCUSIÓN</b>	<b>27</b>
<b>CONCLUSIÓN</b>	<b>34</b>

**LISTADO DE ABREVIATURAS**

Índice de masa corporal : IMC

Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales: DSM-5

Trastorno por evitación/restricción de la ingesta de alimentos: ARFID

Trastorno obsesivo-compulsivo: TOC

Trastorno de la conducta alimentaria: TCA

Estudios de Casos Únicos: ECU

Terapia cognitivo-conductual: TCC

Ortorexia Nerviosa: ON

## **JUSTIFICACIÓN DEL TRABAJO**

Los estudios de caso único buscan establecer un vínculo entre la investigación y la práctica clínica. En muchas ocasiones, el estudio de caso puede ser un método que utilice el investigador para probar una técnica que en la práctica clínica, ya dio resultado. De esta forma, el diseño de caso único permitirá evaluar la validez del tratamiento en una situación controlada.

Se dice que el estudio de un caso único no nos permite comprobar hipótesis generales, pero sí que sirven para hipótesis clínicas particulares, referidas a determinados pacientes.

Podemos enumerar los beneficios de emplear el estudio de caso único: 1) La capacidad de generar hipótesis; 2) La capacidad de establecer la naturaleza y condiciones de una supuesta relación causa-efecto (especialmente frente a una multicausalidad); 3) La capacidad de trabajo con situaciones atípicas. Uno de los motivos por los cuales se emplea el estudio de caso único es que constituye una metodología que permite el estudio de fenómenos extraños o trastornos poco comunes. Existen muchos problemas, observados en el transcurso del tratamiento, o la evolución de un caso clínico, que hacen imposible la investigación en grupo. Un paciente con un trastorno poco común, en una situación única, puede ser estudiado con el objetivo de descubrir algún material que pueda proveer información acerca del desarrollo del problema y su tratamiento ; 4) Demostración de existencia, como argumento contrafáctico (contraria a los hechos). Los estudios de caso único son especialmente útiles al momento de proporcionar una contra-evidencia de las nociones que, hasta el momento, son consideradas universalmente aplicables. 5) Adecuación ético-legal. En algunas ocasiones, las investigaciones con grupos despiertan observaciones éticas y/o legales. Es posible encontrar objeciones cuando sólo se aplica el tratamiento al grupo experimental y no al grupo de control. En estos casos, los estudios de caso único permiten un camino alternativo. 6) Valor persuasivo y motivacional, ya que son capaces de convertir conceptos abstractos en ideas concretas.

Por otro lado, debemos aceptar que una de las mayores limitaciones de estudiar un caso único es la generalización, pero la baja cantidad de principios “universales” que presenta el área de la psicología clínica, nos debe llevar a la reflexión de que la generalización tampoco sería lo idóneo en el caso de no tratarse de un caso único.

Además, podemos afirmar que los ECU no han recibido la suficiente atención por parte de los metodólogos en psicología clínica. Esta falta de atención se manifiesta en el poco espacio que se le dedica en los manuales, asignándole capítulos aislados, en el mejor de los casos. Esta falta de espacio de discusión contrasta con los numerosos aspectos metodológicos que quedan por resolverse, que

## **Grado en Nutrición Humana y Dietética**

abarcan tanto la fase de diseño, de tratamiento y análisis de los datos, así como la forma de presentación y difusión de los ECU. (1)

Por todos estos argumentos acabamos considerando que una buena propuesta de trabajo de fin de grado, que me enriquecería mucho como estudiante, sería realizar un estudio de caso único. Y no solo por ser un caso único, sino también por mi interés por la ortorexia.

La ortorexia es una realidad que cada vez está más a la orden del día. Quizás todo comenzase con la corriente “Real Fooding”, que ha llevado a muchas personas a desarrollar una obsesión por comer sano o a adquirir hábitos similares a las de un TCA. O simplemente era una patología que la gente sufría en silencio debido a que no se le daba demasiada importancia, o porque se confundían con otros trastornos como la anorexia nerviosa o el TOC debido a la cantidad de rasgos en común.

Es una patología que pasa desapercibida porque todavía no se han diferenciado sus signos y síntomas de otros trastornos que sí aparecen en el DSM-5. Es por esto que, uno de los objetivos de este trabajo es reivindicar de manera justificada dos hechos. El primero es que la ortorexia no está considerada como un TCA, a pesar de sí serlo, y que muy probablemente este sea el motivo por el que se detecte tan tarde a los pacientes o que muchas veces se encuentren ya en un estado muy avanzado de la patología. Y por otro lado, reivindicar que puede evolucionar y convertirse en una anorexia nerviosa o en un trastorno obsesivo-compulsivo, y que se debe llevar a cabo un manejo multidisciplinar de la situación.

Mi interés por la ortorexia nace durante mi estancia como alumna de prácticas en el Hospital General Universitario San Jorge de Huesca. Por la consulta pasaron muchas personas con diferentes patologías cada una y conocí muchos casos que llamaron mi atención, ya que no se trataba sólo de una anorexia nerviosa o una bulimia nerviosa típica.

Los TCA son muy complejos y me siento afortunada de haber vivido de primera mano como un equipo multidisciplinar tan bien cualificado llevaba a cabo los respectivos tratamientos. La presencia de un nutricionista en estos equipos es indispensable para ayudar sobre todo en la educación para lograr una buena relación con la comida y que el paciente tenga un seguimiento de cerca para corroborar la mejora. Por ello, decidí indagar más sobre este tema. Y gracias a la ayuda de Carmelo Pelegín, mi tutor durante las prácticas y en el trabajo de fin de curso, he conseguido obtener toda la información sobre el tratamiento realizado a un paciente del hospital, para poder analizarlo en profundidad.

## **INTRODUCCIÓN**

### **1. TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA**

Los trastornos de la conducta alimentaria se definen como alteraciones específicas y severas en la ingesta de los alimentos, caracterizados por el exceso o falta de ingesta alimentaria en respuesta a un impulso psíquico, y no por una necesidad metabólica o biológica. (2) Entre los factores desencadenantes se encuentra la preocupación excesiva por el peso corporal. Los trastornos alimentarios pueden presentarse como enfermedades psiquiátricas graves asociadas con altas tasas de morbilidad y mortalidad. El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5) menciona ocho categorías en la alimentación y los trastornos alimentarios: (3)

1. Anorexia nerviosa de tipo restrictivo o de tipo por atracón/purga
2. Bulimia nerviosa
3. Trastorno por atracón
4. Pica
5. Trastorno de rumiación
6. Trastorno de evitación/restricción de la ingestión de alimentos
7. Otro trastorno de la conducta alimentaria o de la ingesta de alimentos especificado
8. Trastorno alimentario o de la ingestión de alimentos no especificado (4)

Por otro lado, la obesidad no se incluye en el DSM-5 como un trastorno mental. La obesidad (el exceso de grasa corporal) es el resultado del exceso de consumo de energía en relación con la energía gastada a largo plazo. Existen diferentes factores como los genéticos, fisiológicos, conductuales y ambientales que pueden variar entre los individuos y que contribuyen al desarrollo de la obesidad. Es por ello que la obesidad no se considera un trastorno mental.

No obstante, se pueden asociar la obesidad con algunos trastornos mentales ya que varios de los efectos secundarios de algunos medicamentos psicotrópicos contribuyen en gran medida al desarrollo de la obesidad, y la obesidad puede ser un factor de riesgo para el desarrollo de algunos trastornos mentales, por ejemplo, los trastornos depresivos. (4)

#### **1.1 ANOREXIA NERVIOSA**

La anorexia nerviosa es un trastorno grave de la conducta alimentaria que provoca una gran pérdida de peso debido a una fuerte restricción alimentaria de la dieta.

Criterios diagnósticos descritos por el DSM-5:

## Grado en Nutrición Humana y Dietética

- A. Restricción de la ingesta energética en relación con las necesidades, que conduce a un peso corporal significativamente bajo con relación a la edad, el sexo, el curso del desarrollo y la salud física. *Peso significativamente bajo* se define como un peso que es inferior al mínimo normal o, en niños y adolescentes, inferior al mínimo esperado.
- B. Miedo intenso a ganar peso o engordar. La persona adquiere un comportamiento persistente que interfiere en el aumento de peso, incluso con un peso significativamente bajo.
- C. Dismorfia corporal. Alteración en la forma en que uno mismo percibe su propio peso o constitución. Pueden darse dos situaciones: La primera, que las pacientes se perciben realmente como personas obesas, sin ser conscientes de su estado de extrema delgadez. Y la segunda, que las pacientes saben que están delgadas, pero aun así les preocupa el tamaño de ciertas partes de su cuerpo. Estas suelen ser muslos, abdomen y glúteos.

La anorexia se presenta habitualmente en adolescentes sin psicopatología previa valorable. Toda su vida gira en torno a la pérdida de peso. Por lo general estos pacientes comienzan con una disminución de la ingesta de alimentos, sobre todo de aquellos con alto contenido calórico como los hidratos de carbono y las grasas, y terminan con una dieta muy restringida, limitada a pocos alimentos. El ejercicio físico excesivo es también típico.

Las personas anoréxicas nerviosas destacan por su habilidad para tolerar las sensaciones de hambre, y tienen un límite calórico muy restrictivo. La anorexia nerviosa también es un trastorno que puede evolucionar ya que se ha detectado que la mitad de las anoréxicas restrictivas, que solo controlaban la cantidad de ingesta, llegan a un momento en el cual pierden el control sobre sí y ponen en práctica entonces el denominado "atacón", lo que a su vez conlleva el uso del mecanismo del vómito autoinducido. Es decir, la anorexia restrictiva, se convierte en anorexia compulsivas/purgativas, por el vómito, la ingesta excesiva de laxantes, diuréticos, etcétera. (6)

### 1.2 BULIMIA NERVIOSA

Criterios diagnósticos descritos por el DSM-5:

- A. Presencia de episodios de atracones recurrentes. Un atracón se caracteriza por dos aspectos. El primero, por la ingestión en un periodo de tiempo determinado de una cantidad de alimentos que es claramente superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un período similar en circunstancias parecidas. Y el segundo, por la sensación de falta de control que tiene la persona sobre lo que se ingiere durante el episodio. Por ejemplo, esa sensación de que no se puede dejar de comer o controlar lo que se ingiere o la cantidad.

## Grado en Nutrición Humana y Dietética

- B. Comportamientos compensatorios inapropiados recurrentes para evitar el aumento de peso: Vómito autoprovocado, uso incorrecto de laxantes, diuréticos u otros medicamentos, el ayuno o el ejercicio excesivo.
- C. Los atracones y los comportamientos compensatorios inapropiados se producen, de promedio, al menos una vez a la semana durante tres meses.
- D. La autoevaluación se ve indebidamente influida por la constitución y el peso corporal.
- E. La alteración no se produce exclusivamente durante los episodios de anorexia nerviosa.

Durante el diagnóstico de la patología, se debe especificar si el paciente se encuentra en remisión parcial o en remisión total. En remisión parcial sería si después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para la bulimia nerviosa, algunos pero no todos los criterios no se han cumplido durante un período continuado. Y en remisión total, si después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para la bulimia nerviosa, no se ha cumplido ninguno de los criterios durante un período continuado.

Debemos también especificar la gravedad actual del paciente en ese momento. La gravedad mínima se basa en la frecuencia de comportamientos compensatorios inapropiados. La gravedad sería leve si el promedio de episodios de comportamientos compensatorios es de 1-3 por semana; moderado, si es de 4-7; grave, si es de 8-13; y extremo, si es de 14. La gravedad puede aumentar para reflejar otros síntomas y el grado de discapacidad funcional. (4)

### 1.3 TRASTORNO POR ATRACÓN

Criterios diagnósticos descritos por el DSM-5:

- A. Presencia de episodios recurrentes de atracones, como la bulimia.
- B. Los episodios de atracones se asocian al menos a tres de los hechos siguientes: Comer mucho más rápidamente de lo normal, comer hasta sentirse desagradablemente lleno, comer grandes cantidades de alimentos cuando no se siente hambre físicamente, comer solo debido a la vergüenza que se siente por la cantidad que se ingiere y sentirse luego a disgusto con uno mismo, deprimido o muy avergonzado.
- C. Malestar intenso respecto a los atracones.
- D. Los atracones se producen, de promedio, al menos una vez a la semana durante tres meses.

## **Grado en Nutrición Humana y Dietética**

- E. El atracón no se asocia a la presencia recurrente de un comportamiento compensatorio inapropiado como en la bulimia nerviosa y no se produce exclusivamente en el curso de la bulimia nerviosa o la anorexia nerviosa.

Durante el diagnóstico de la patología, se debe especificar si el paciente se encuentra en remisión parcial o en remisión total. En remisión parcial sería si después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para el trastorno por atracón, los atracones se producen con una frecuencia media inferior a un episodio semanal durante un período continuado. Y en remisión total, si después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para el trastorno de atracones, no se ha cumplido ninguno de los criterios durante un período continuado.

Debemos también especificar la gravedad actual del paciente en ese momento. La gravedad mínima se basa en la frecuencia de los episodios de atracones, de igual manera que en el caso de la bulimia. La gravedad puede aumentar para reflejar otros síntomas y el grado de discapacidad funcional.

### **1.4 TRASTORNO DE EVITACIÓN/RESTRICCIÓN DE LA INGESTIÓN DE ALIMENTOS**

- A. Trastorno de la conducta alimentaria por motivos como la falta de interés aparente por comer o alimentarse, evitación a causa de las características organolépticas de los alimentos, preocupación acerca de las consecuencias repulsivas de la acción de comer, etc. Esto produce una pérdida de peso significativa, una deficiencia nutritiva significativa y una dependencia de la alimentación enteral o de suplementos nutritivos por vía oral.
- B. El trastorno no se debe a la falta de alimentos disponibles o por una práctica asociada culturalmente aceptada.
- C. No se produce exclusivamente en personas anoréxicas o bulímicas, y no hay pruebas de que la persona padezca un trastorno en la forma en que uno mismo experimenta el propio peso o constitución.
- D. No se puede atribuir a una afección médica concurrente o no se explica mejor por otro trastorno mental. Cuando el trastorno de la conducta alimentaria se produce en el contexto de otra afección o trastorno, la gravedad del trastorno de la conducta alimentaria excede a la que suele asociarse a la afección o trastorno y justifica la atención clínica adicional.

## **Grado en Nutrición Humana y Dietética**

### **1.5 OTRO TRASTORNO DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA O DE LA INGESTA DE ALIMENTOS ESPECIFICADO**

Esta categoría se aplica a presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de un trastorno de la conducta alimentaria o de la ingesta de alimentos que causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento, pero que no cumplen todos los criterios de ninguno de los trastornos de la categoría diagnóstica de los trastornos de la conducta alimentaria o de la ingesta de alimentos. Algunos ejemplos son los siguientes:

- Anorexia nerviosa atípica: Se cumplen todos los criterios para la anorexia nerviosa, excepto que el peso del individuo, a pesar de la pérdida de peso significativa, está dentro o por encima del intervalo normal.
- Bulimia nerviosa (de frecuencia baja y/o duración limitada): Se cumplen todos los criterios para la bulimia nerviosa, excepto que los atracones y los comportamientos compensatorios inapropiados se producen menos de una vez a la semana y/o durante menos de tres meses.
- Trastorno de atracones (de frecuencia baja y/o duración limitada): Se cumplen todos los criterios para el trastorno de atracones, excepto que los atracones y los comportamientos compensatorios inapropiados se producen, de promedio, menos de una vez a la semana y/o durante menos de tres meses.
- Trastorno por purgas: Comportamiento de purgas recurrentes para influir en el peso o la constitución (p. ej., vómito autoprovocado, uso incorrecto de laxantes, diuréticos u otros medicamentos) en ausencia de atracones.
- Síndrome de ingesta nocturna de alimentos: Episodios recurrentes de ingesta de alimentos por la noche, que se manifiesta por la ingesta de alimentos al despertarse del sueño o por un consumo excesivo de alimentos después de cenar. Existe consciencia y recuerdo de la ingesta. La ingesta nocturna de alimentos no se explica mejor por influencias externas, como cambios en el ciclo de sueño-vigilia del individuo o por normas sociales locales. La ingesta nocturna de alimentos causa malestar significativo y/o problemas del funcionamiento. El patrón de ingesta alterado no se explica mejor por el trastorno de atracones u otro trastorno mental, incluido el consumo de sustancias, y no se puede atribuir a otro trastorno clínico o a un efecto de la medicación.

**Grado en Nutrición Humana y Dietética**
**1.6 TRASTORNO DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA O DE LA INGESTA DE ALIMENTOS NO ESPECIFICADO**

Esta categoría se aplica a presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de un trastorno de la conducta alimentaria o de la ingesta de alimentos que causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento, pero que no cumplen todos los criterios de ninguno de los trastornos en la categoría diagnóstica de los trastornos de la conducta alimentaria y de la ingesta de alimentos. La categoría del trastorno de la conducta alimentaria o de la ingesta de alimentos no especificado se utiliza en situaciones en las que el clínico opta por no especificar el motivo de incumplimiento de los criterios de un trastorno de la conducta alimentaria y de la ingesta de alimentos específico, e incluye presentaciones en las que no existe suficiente información para hacer un diagnóstico más específico (p. ej., en servicios de urgencias). (4)

**Tabla 1.** Características diagnósticas clave de los principales trastornos de la alimentación y de la alimentación

	<b>Anorexia nerviosa</b>	<b>Bulimia nerviosa</b>	<b>Trastorno por atracón</b>	<b>Trastorno evitativo/restrictivo de la ingesta de alimentos</b>
Comiendo	Restricción severa	Es común omitir comidas irregulares y con restricción.	Restricción irregular pero no extrema	Restricción severa de todos o algunos alimentos seleccionados.
Peso	Bajo peso	Normal o por encima de lo normal	Normal o por encima de lo normal	Bajo peso y/o con deficiencia nutricional
Imagen corporal	Sobrevaloración con o sin 'miedo a la gordura'	Sobrevaloración	Sobrevaloración pero no obligatoria	Sin sobrevaloración
Atracones	Puede ocurrir	Regular y con compensación	Regular sin compensación	N / A
Comportamiento(s) de control de peso de purga, ayuno, ejercicio impulsado	Uno o más están presentes	Comportamientos regulares como compensatorios	Irregular	Ninguno

## 2. ORTOREXIA

La ortorexia nerviosa fue definida por primera vez por Steven Bratman en 1997. El término Ortorexia, deriva del griego, que significa ὀρθός (derecho) y ὄρεξις (apetito), por lo tanto para referirse a un “apetito correcto o justo”. Más tarde, en su libro “Health Food Junkies”, Bratman y Knight describieron las características iniciales de las personas con ortorexia: una obsesión por la comida saludable mediante la adopción de una dieta restrictiva y un enfoque en la preparación de alimentos. La dieta “pura” alcanza un grado que podría considerarse patológico, lo que actualmente se conoce como ortorexia nerviosa (ON).

Según Bratman, la mayoría de las dietas seguidas rigurosamente pueden provocar ON. Los individuos que padecen este trastorno se caracterizan por su adherencia a una dieta restrictiva.

Diferentes estudios han observado que el riesgo de ON está frecuentemente relacionado con quienes optan por una dieta vegetariana o vegana. Los sujetos ortoréxicos suelen estar preocupados por la calidad de los alimentos, en lugar de la cantidad de comida.

También se caracterizan por pasar una cantidad de tiempo considerable examinando la fuente de la que proceden los alimentos. Por ejemplo, si se han usado pesticidas en las verduras, si se han usado suplementos hormonales en las vacas de las que luego se han sacado productos lácteos, si los alimentos pueden contener compuestos cancerígenos derivados del plástico que envolvía el alimento... Esta condición puede implicar trastornos psicológicos y sociales. (15)

A nivel psicológico, estos individuos pueden sufrir sentimientos de frustración cuando transgreden o incumplen este tipo de dieta. Las personas ortoréxicas corren el riesgo de sufrir aislamiento social debido a su creencia de que estar solos les permite controlar completamente todo el proceso de preparación de los alimentos. Tal creencia, por ejemplo, puede inhibirles de establecer relaciones con personas cuyos hábitos y creencias difieren de los suyos.

Esta preocupación por los alimentos saludables puede provocar patrones de alimentación que son especialmente complejos, como por ejemplo reglas interiorizadas que rigen qué alimentos se pueden combinar en un momento del día. Son personas que suelen dedicar mucho tiempo a investigar sobre los alimentos, a pesar y medir alimentos, planificar comidas...

Debido a este estilo extremo de alimentación, las personas pueden experimentar deficiencias nutricionales debido a la omisión completa de grupos de alimentos. Y aunque se carece de estudios empíricos a largo plazo, existe una evidencia anecdótica de que este tipo de extremismo dietético puede conducir a las mismas complicaciones médicas que se observan con la anorexia nerviosa

## Grado en Nutrición Humana y Dietética

severa: osteopenia, anemia, hiponatremia, acidosis metabólica, deficiencia de testosterona y bradicardia.

Aunque la ON aún no está reconocida oficialmente en los manuales de terapia sobre trastornos de salud mental, los limitados estudios que se han realizado hasta la fecha sobre esta condición indican que, detrás de la obsesión por una dieta escrupulosamente limpia, también se esconde algún tipo de trastorno psicológico que, como muchos trastornos alimentarios, está más fuertemente relacionado con el control psicológico que con la necesidad real de un alimento en particular.

Está claro que la búsqueda de una dieta saludable no debe considerarse, en sí misma, una condición médica. Es cuando esta búsqueda conduce a una obsesión que provoca estrés cuando pueden surgir problemas. Se ha descubierto que una alta autoestima y tendencias muy perfeccionistas pueden ser características asociadas con quienes desarrollan este tipo de comportamiento obsesivo. (7) (8)

### 2.1 CRITERIOS DIAGNÓSTICOS

Los primeros criterios diagnósticos fueron de Bratman y cols:

- A. Dedicar más de 3 horas al día a pensar en su dieta sana.
- B. Preocuparse más por la calidad de los alimentos, que por el placer de consumirlos.
- C. Disminución de su calidad de vida, conforme aumenta la pseudocalidad de su alimentación.
- D. Sentimientos de culpabilidad, cuando no cumple con sus convicciones dietéticas.
- E. Planificación excesiva de lo que comerá al día siguiente.
- F. Aislamiento social, provocado por su tipo de alimentación.

Moroze et al. informaron los primeros criterios de diagnóstico de la condición dada, un criterio de cuatro puntos basado en un caso clínico:

*Criterio A:* Preocupación obsesiva por comer “alimentos saludables”, centrándose en preocupaciones sobre la calidad y composición de las comidas.

- Consumir una dieta nutricionalmente desequilibrada debido a creencias preocupantes sobre la "pureza" de los alimentos.
- Preocupación y preocupación por comer alimentos impuros o poco saludables y por el efecto de la calidad y composición de los alimentos en la salud física, emocional o ambas.

### **Grado en Nutrición Humana y Dietética**

- Evitación estricta de los alimentos que el paciente cree poco “saludables”, que pueden incluir alimentos que contengan grasas, conservantes, aditivos alimentarios, productos de origen animal u otros ingredientes que el sujeto considere no saludables.
- Dedicar cantidades excesivas de tiempo a leer, adquirir y preparar tipos específicos de alimentos en función de su calidad y composición, sin ser profesionales de la cocina.
- Sentimientos de culpa y preocupaciones tras transgresiones en las que se consumen alimentos “no saludables” o “impuros”.
- Intolerancia a las creencias alimentarias de otras personas.
- Gastar cantidades excesivas de dinero en relación con los ingresos propios en alimentos debido a su calidad y composición percibidas.

*Criterio B:* La preocupación obsesiva se vuelve perjudicial por cualquiera de los siguientes:

- Deterioro de la salud física debido a desequilibrios nutricionales
- Angustia severa o deterioro del funcionamiento social, académico o vocacional debido a pensamientos y comportamientos obsesivos que se enfocan en las creencias del paciente sobre una alimentación saludable.

En la actualidad existe una considerable controversia respecto a la clasificación del ON. Algunos autores creen que se trata de un trastorno independiente, otros identifican la presencia del trastorno con rasgos obsesivo-compulsivos, mientras que la mayoría de los estudios atestiguan que los síntomas de ON aparecen con frecuencia en pacientes que padecen anorexia nerviosa (AN) o bulimia nerviosa (BN). Segura-García et al. demostró que el comportamiento ortoréxico se asociaba con una mejoría clínica de los síntomas de los trastornos alimentarios. Otros estudios indican que los síntomas de las conductas alimentarias de tipo ortoréxico y anoréxico tienden a superponerse, lo que apunta a la posibilidad de clasificar la ortorexia como un subtipo de anorexia. (8)

#### **2.2 LIMITACIONES EN EL DIAGNÓSTICO**

Hay muchas características de la ortorexia que están relacionadas con los síntomas de la anorexia nerviosa y el trastorno obsesivo-compulsivo. Tiene presentaciones clínicas funcionalmente similares, de ahí el debate de si la ortorexia es un trastorno único o un subconjunto de la anorexia o TOC.

La ortorexia y la anorexia nerviosa comparten rasgos comunes de perfeccionismo, ansiedad, necesidad de ejercer control, además de una pérdida de peso significativa. En los dos casos la comida

## Grado en Nutrición Humana y Dietética

juega un papel importante y en el momento en el que no se cumple con las restricciones alimentarias se crea un sentimiento de culpa. Comparten una falta de placer relacionada con el consumo de alimentos.

Otro punto en común con la anorexia es que suelen desarrollar reglas específicas para elegir alimentos como por ejemplo que no lleven conservantes, que solo puedan comer alimentos crudos o manías como tener que comer solos o en condiciones específicas. Estas reglas aumentan gradualmente en número y complejidad, por lo que la persona ortoréxica dedica más tiempo y energía a seguir estas reglas. Este comportamiento y la rigidez cognitiva también ocurren en anorexia nerviosa.

Con el TOC comparte comportamientos obsesivos-compulsivos como pensamientos recurrentes, intrusivos y repetitivos sobre la comida y la salud en momentos inapropiados, una preocupación exagerada por la contaminación o impureza de los alimentos y la necesidad de comer de manera ritualizada. (8)

Por el contrario, la ortorexia nerviosa parece ser una condición separada del trastorno por evitación/restricción de la ingesta de alimentos (ARFID). El trastorno por evitación/restricción de la ingesta de alimentos hace que el individuo limite su ingesta dependiendo del interés en los alimentos, de las propiedades sensoriales de lo que coman o por alguna experiencia previa con alimentos disuasorios. En cambio, las personas con ortorexia nerviosa solo limitan su ingesta para conseguir que sea lo más saludable posible. (7)

Sin embargo, también hay diferencias entre la anorexia y la ortorexia. Es verdad que en los dos casos se habla de preocupación por la alimentación, pero con motivos distintos. En el caso de la anorexia, las personas están preocupadas por la imagen corporal y el miedo a la obesidad, alterando sus patrones de alimentación con el objetivo de perder peso. Además, tienden a ocultar sus comportamientos. En el caso de la ortorexia, los individuos adoptan hábitos alimenticios por el deseo de ser saludables, naturales o puros, a la vez que son capaces de alardear de sus hábitos. (8)

Otro de los síntomas característicos de la ortorexia es la ansiedad relacionada con la salud. Dicha característica se observa también en los trastornos somatoformos. Estos trastornos se tratan de la presentación sintomática sugerente de una enfermedad médica, sin constatar esa enfermedad médica o sin que dicha enfermedad explique completamente el nivel de disfuncionalidad alcanzado en el paciente. Es decir, que el paciente comunica una serie de síntomas sin que haya una patología que justifique ese malestar. (9) La ortorexia tiene en común con el trastorno somatomorfo, el trastorno de síntomas somáticos y el trastorno de ansiedad por enfermedad. El trastorno de síntomas somáticos se refiere a que las personas experimentan uno o más síntomas somáticos crónicos, sean o no

## **Grado en Nutrición Humana y Dietética**

médicamente inexplicables, y que provoca una preocupación excesiva en el paciente. Y con el trastorno de ansiedad por enfermedad se refiere a que las personas experimentan con mayor intensidad las sensaciones corporales y les pone muy nerviosas la posibilidad de padecer una enfermedad no diagnosticada. (8) Dada estas situaciones, la preocupación por la enfermedad podría derivar a una preocupación secundaria por la comida y la dieta, para combatir la enfermedad real o percibida. Es verdad que no hay estudios empíricos que relacionen la ortorexia con las condiciones somatomorfas, pero aún así podemos establecer una relación entre la ansiedad por la salud y la derivación a un cambio de dieta o preocupación con la comida.

### **2.3 TRATAMIENTO Y MANEJO**

Al igual que en los TCA es más costosa la recuperación psicológica que la física, ya que hay que ir eliminando esas conductas ortorexícas que se han ido convirtiendo en costumbres a lo largo del tiempo.

El tratamiento es el mismo que para los TCA. No existen estudios sobre la efectividad del tratamiento para la ortorexia, pero se han sugerido mejores prácticas. La intervención ideal incluye a un equipo multidisciplinar formado por médicos, psicoterapeutas y dietistas. De esta manera se pueden tocar todas las vertientes como la medicación, la terapia cognitivo-conductual y la psicoeducación. Respecto a la prevención, debido a que es una patología nueva

En los casos de rozar la desnutrición o llegar a una pérdida de peso significativa, estaría indicado que la persona fuera hospitalizada para ser tratada y además evitar el síndrome de realimentación.

Si hablamos de la medicación más idónea para tratar la ortorexia, nos referiremos a los inhibidores de la recaptación de serotonina. Sabemos de su éxito ya que funciona tanto para personas con anorexia como para el TOC. También han sido utilizados los psicotrópicos, como la olanzapina, para disminuir los pensamientos obsesivos sobre la comida. Es importante recalcar que muchas veces las personas ortorexícas rechazan la medicación por el hecho de no ser sustancias naturales.

Con respecto a la psicoterapia es importante que las intervenciones se individualicen en función de los síntomas del paciente. Es importante no solo centrarnos en lo que come el paciente, sino también tratar temas como qué compran, cómo lo preparan y los sentimientos que se generan en ellos al comer. También es importante tratar aquellos pensamientos obsesivos y compulsivos que caracterizan a la ortorexia.

Y por último, en la psicoeducación. Debemos basar nuestras explicaciones en la ciencia dietética para ayudar a los pacientes a desengañarse sobre muchas falsas creencias alimentarias. Sin embargo, las

### **Grado en Nutrición Humana y Dietética**

investigaciones indican que la educación sobre nutrición y salud, aunque obviamente debe contener conceptos objetivos sobre los nutrientes y la fisiología, también debe reconocer los aspectos profundamente emocionales de las creencias alimentarias para incorporar enfoques afectivos al asesoramiento del paciente. Pedirle a los pacientes severamente ortoréxicos que abandonen las falsas creencias alimentarias es algo imposible que a la hora de la verdad el paciente no será capaz de cumplir. La psicoeducación debe emprenderse con una apreciación de su potencial para generar trastornos emocionales significativos en el paciente. (8)

**OBJETIVOS DEL ESTUDIO**

A través del estudio de un caso llevado desde el servicio de Trastornos de la Conducta Alimentaria del hospital Universitario San Jorge realizamos un análisis funcional del mismo con los siguientes objetivos:

- Conceptualización del mismo desde el punto de vista diagnóstico.
- Análisis del caso desde la perspectiva de los factores predisponentes, precipitantes y mantenedores del caso.
- Manejo interdisciplinar del mismo.

**HIPÓTESIS**

- La ortorexia a pesar de no estar incluida dentro de los trastornos alimentarios es una entidad con consecuencias médicas, psicológicas y sociales tan graves como la anorexia nerviosa.
- La ortorexia desde el punto de vista conceptual sería una combinación de síntomas y signos de una anorexia nerviosa y un trastorno obsesivo-compulsivo.
- La ortorexia es un cuadro conceptualmente distinto del trastorno de evitación y restricción alimentaria; a pesar de que el enunciado de este último nos hace pensar en una relación próxima.
- El manejo de la ortorexia es multidisciplinar y en ocasiones muy difícil por las propias características del cuadro: “angustia grave si la paciente rompe”.

## **MATERIAL Y MÉTODOS**

Análisis de curso clínico desde una perspectiva alimentaria de una paciente que ha requerido un prolongado ingreso en las Unidades de Nutrición y Psiquiatría y su posterior seguimiento. Se han usado diferentes estrategias para recabar información.

### **1. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA**

Para la elaboración de este trabajo se ha llevado a cabo una recopilación de documentos de distintas fuentes científicas sobre los trastornos de la conducta alimentaria para obtener la información necesaria y relacionada con el tema que se expone. La búsqueda bibliográfica ha sido realizada en diferentes bases de datos: Dialnet Plus, Embase; Google Académico y Pubmed. El idioma, siendo seleccionados el español y el inglés, los años de publicación, desde 2008 hasta la actualidad, tipos de publicaciones, tales como, académicas, revistas, libros, críticas y disertaciones/tesis textos completos (en línea). Las palabras claves han sido las siguientes: “Trastornos de la conducta alimentaria”, “Trastornos alimentarios”, “Trastorno obsesivo-compulsivo”; “Trastorno de evitación y restricción de ingesta alimentaria” y “ortorexia”.

### **2. INFORMES MÉDICOS**

Por otro lado, se conoció todo el caso de la paciente a través de los informes pseudonimizados que fueron facilitados por el Hospital San Jorge. Estos informes, debidos a que estaban redactados por especialistas, eran muy completos y gracias a ellos conseguimos de una manera muy detallada la forma de actuar del equipo del hospital.

- **PRESENTACIÓN DEL PACIENTE**

Se trata de una paciente que acude a consultas externas de la unidad de TCA del Hospital San Jorge en junio del 2022 por una pérdida de peso de 9 kg en 6 meses, dando un peso de 29,5 kg, además de sufrir de amenorrea y estar en un IMC de 11,96. Esta situación refiere asociarlo al estrés de los exámenes, exactamente de la EVAU. Estudiaba 12 horas y gastaba mucha energía. No podía dormir pensando en los estudios y no descansaba lo suficiente. No quería perder el tiempo comiendo y afirma que había veces que hasta comía estudiando. Comenta que se obsesionó mucho con los estudios abandonando su autocuidado (privación de sueño y alimentaria) y otras actividades sociales y de ocio.

Se presenta como una persona muy autoexigente, perfeccionista, con baja conciencia interoceptiva, alto sentido del deber, cumplidora, responsable, trabajadora e introvertida. Con bajo umbral de activación fisiológica. Destacan rasgos de tipo obsesivo y evitador. Muestra una autoestima frágil con tendencia a infravalorarse y juzgarse a ella misma críticamente. Alta necesidad de control. Estilo

## **Grado en Nutrición Humana y Dietética**

emocional represor con dificultad para identificar, expresar y regular sus estados internos. Se evidencia temor a afrontar retos de la edad adulta, así como dificultad en el proceso de individuación.

No fue consciente de la gravedad de su situación hasta el último momento. No acudió al viaje de fin de curso previsto con sus compañeros. Niega presencia de miedo a ganar peso o deseo de bajar, no se objetiva existencia de distorsión de su imagen corporal. Verbaliza insatisfacción con su imagen en relación a un estado de extrema delgadez que le desagrada.

La paciente presenta en el último tiempo un rechazo firme de características fóbicas ante determinados alimentos con más alto contenido calórico o que ella asocia a menos saludables como fritos, dulces, rebozados, pizza, aceites..., mostrando intenso temor ante la ingesta de los mismos. No sabe explicar bien cuál es el motivo de haber decidido eliminar de forma drástica estos alimentos más allá de querer realizar una alimentación saludable. Aparece la vivencia de enfermedades cardiovasculares en familiares muy cercanos como uno de los factores que pueden tener un peso importante en que rechaza estos alimentos. Su tío paterno falleció hace un año por un infarto al corazón. Además, su padre padece de displasia arritmogénica y ha sido trasplantado del corazón. Explica también que de niña tuvo miedos de tipo hipocondríaco y le asustaba mucho el escuchar hablar de enfermedades y el poder padecerlas. Su familia habla constantemente de las enfermedades cardíacas, lo cual agrava los pensamientos obsesivos de la paciente.

Por otro lado, no presentaba ni conductas purgativas, ni compensatorias, ni conductas ritualizadas de peso, ni comprobación de su cuerpo. La familia explica que en su desarrollo la paciente ha estado siempre en un percentil bajo respecto a la talla y edad. Siempre ha tenido constitución delgada y nunca ha hecho dieta.

Debido a su bajo peso, y a esa situación clínica tan crítica se decide el ingreso en Endocrinología, Digestivo y Pediatría con seguimiento a cargo de psiquiatra y psicóloga.

- **INGRESO HOSPITALARIO**

Inicialmente la paciente se muestra reacia al ingreso, con dificultad para establecer contacto con la gravedad de su estado de desnutrición. Refiere sentirse incómoda ante la dinámica de la unidad, solicita de forma reiterada ser trasladada a otra unidad o abandonar el centro. Adopta una posición más regresiva.

De forma temprana se va adaptando a la unidad y muestra una actitud colaboradora y de esfuerzo hacia la recuperación. Se relaciona de forma adecuada con personal y compañeros de ingreso. Tiene cierta dificultad para mostrarse asertiva con compañeras de edad similar a ella, aunque es muy

## **Grado en Nutrición Humana y Dietética**

consciente de no desear mantener vínculos personales tras el alta. Pasa gran parte del tiempo leyendo y pintando. En ocasiones comparte juegos de mesa con compañeros y participa en actividades grupales de enfermería.

La paciente se queja de forma habitual de dolores abdominales. Se encuentra en reiteradas ocasiones a los padres dándole masajes en el abdomen. Durante el ingreso se detecta la presencia de *Helicobacter Pylori* y se inicia tratamiento para ponerle solución. No hay otros hallazgos clínicos en las distintas pruebas realizadas.

Durante su estancia en el Hospital San Jorge, daba la impresión de que los padres se comían o tiraban la comida. Además se podía notar su carácter más infantilizado cuando estaba con los padres. Se trataba de unos padres muy sobreprotectores con su hija.

En cuanto a la conducta alimentaria, al principio de su estancia come de forma lenta e informa de dolor abdominal habitual e hinchazón durante y después de las ingestas. Realiza en algunas comidas desmenuzamiento de los alimentos. Progresivamente va adquiriendo un ritmo de alimentación más normalizado y va desapareciendo la presencia de molestias tras las ingestas. Identifica claramente una asociación entre realización del tratamiento para la *E. Pylori* y mejoría del dolor abdominal. Presencia de malestar en momentos asociado a estreñimiento. Alta rigidez a la hora de exponerse a comer alimentos que rechaza, que se introducen de forma muy progresiva en la dieta. Paulatinamente va siendo más capaz de reintroducir el pan en la dieta, pero persiste mucha dificultad para ingerir pan en la cena, empanados/ rebozados y fritos cuando se le presentan.

La paciente ha mostrado un estado de ánimo congruente con sus situación, presentando algunos episodios puntuales de mayor labilidad o incremento del estado de ansiedad, sin que se objetive clínica afectiva mayor. En el último periodo del ingreso ha expresado su cansancio psicológico y frustración ante una hospitalización muy prolongada. Expresa su deseo de retomar su proyecto vital y se muestra angustiada por no poder estar realizando el curso académico.

Diagnóstico principal: Trastorno de conducta alimentaria no especificado: ortorexia

Otros Diagnósticos:

- Personalidad con marcados rasgos obsesivos.

Procedimientos:

- Seguir pautas nutricionales sugeridas durante el proceso.
- Limitar actividad física

- TRATAMIENTO

Se implementa un programa de base cognitivo-conductual centrado en la recuperación ponderal y trabajo de pensamientos distorsionados en torno a la alimentación y salud. Se realiza trabajo conjunto con servicio de nutrición y endocrinología. Se van van programando permisos y salidas a domicilio de forma progresiva y contingente al proceso de recuperación. Realiza ingestas en el comedor junto al resto de compañeros, con supervisión por parte del equipo de enfermería.

Como se ha dicho anteriormente hay dos temas a tratar, la recuperación ponderal de peso, que se consigue con un tratamiento nutricional y trabajar los pensamientos perfeccionistas y compulsivos de la paciente.

- *Tratamiento nutricional:*

Al ingreso se inició una dieta repartida en 5 ingestas en torno a 1400 kcal para evitar el síndrome de alimentación. Se le añadió un suplemento nutricional hiperproteico e hipercalórico que comenzó tomando medio por la mañana y medio por la tarde. A la semana de ingreso ya llevaba una dieta de más o menos 2000 kcal. Se le añadió un segundo suplemento para la tarde a la semana del ingreso, pero fue difícil de tomar y no se consiguió su ingesta apenas.

Su actitud ha sido colaboradora y manifiesta la disposición a mejorar y hace grandes esfuerzos en comer. El día 7 de julio se colocó sonda nasogástrica de alimentación para nutrición enteral nocturna dada la ausencia de ganancia ponderal de peso con dieta y con los suplementos nutricionales, incluso hasta había pérdida ponderal. Se ha aumentado el aporte de kcal con aumento de ritmo y cambio también a nutrición hipercalórica. El aporte extra final que ingería por sonda era de 936 kcal).

El ingreso se prolongó desde junio hasta agosto, sin haberse conseguido el objetivo de recuperación ponderal. El peso en el momento del alta fue 30 kg.

- *Tratamiento del perfeccionismo*

Lo que causa el perfeccionismo patológico es la alta autocrítica de la paciente. La terapia cognitivo-conductual ha mostrado ser efectiva para la reducción de niveles de perfeccionismo.

Al iniciar la TCC para el perfeccionismo, se llevó a cabo una entrevista clínica inicial con preguntas para evaluar el nivel y la clase de perfeccionismo. La TCC para el perfeccionismo, tenía como objetivo identificar estas creencias disfuncionales o desadaptativas y trabajar de forma conjunta para modificarlas (Antony y Swinson, 1998).

Los pasos en los que puede dividirse esta intervención son:

1. Identificar los pensamientos perfeccionistas.
2. Enumerar los pensamientos alternativos.
3. Evaluar las ventajas y desventajas de los pensamientos perfeccionistas y de los pensamientos alternativos que se han identificado.
4. Elegir una forma más realista o adaptativa de comportarse en la situación.

Como resultado de la modificación este pensamiento, se redujo los niveles de ansiedad, angustia y aislamiento social, ya que al adoptar una perspectiva más adaptativa se minimizaron las consecuencias negativas.

Además del TCC, se consideró que para tratar el perfeccionismo también era importante establecer estrategias para combatir la ansiedad que le provocaba a la paciente no cumplir sus objetivos tan exigentes. Esta estrategia consiste en cambiar el comportamiento perfeccionista mediante la exposición gradual (por ejemplo, entre los alimentos que se le administraban no eran solo los que ella quería ingerir, sino que también le servían otros alimentos que estaban fuera de su campo “saludable”) y prevenir la respuesta (por ejemplo, evitar que no se comiera toda la comida). (10) (11)

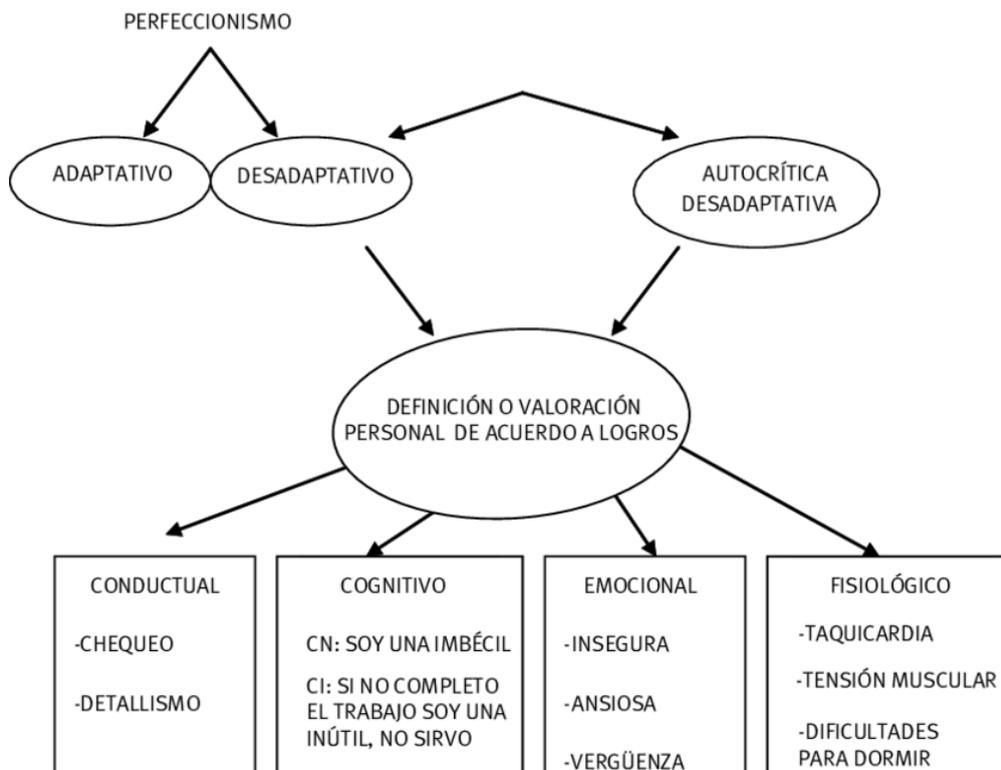


Figura 1. Modelo de perfeccionismo y autocrítica (11)

## Grado en Nutrición Humana y Dietética

- FIN DEL INGRESO

El ingreso finalizó tras la solicitud de alta voluntaria por parte de la paciente y sus padres, que deciden traslado a otro hospital, donde trabaja la madre, para permanecer allí durante el tiempo que le resta de la realización del tratamiento antibiótico. Consideran que esto podrá aportar al paciente un contexto más tranquilo. Permaneció hospitalizada hasta principios de septiembre en dicho centro, sin conseguir tampoco la recuperación ponderal necesaria. El peso en el momento del alta fue de 31,5 kg.

En las últimas semanas se pasa a un programa de régimen de hospital de día en el que la paciente acude inicialmente en horario de mañana y realiza en la unidad el desayuno y la comida y con posterioridad pasa a acudir a realizar solo la comida del mediodía y el reposo. Se realizan dos controles de peso semanales de forma aleatoria. El peso en el momento del alta fue de 37,8 kg

La actitud de la paciente siempre ha sido colaboradora y manifiesta la disposición a mejorar, aunque mantiene fuerte rigidez a la hora de probar alimentos que rechaza. Los permisos han transcurrido sin incidencias. Retomó contacto con grupo de amistades en una salida y mantuvo entrevista con tutora de universidad. Por el momento muestra conducta evitativa a retomar contacto con miembros de familia extensa y amistades. Ha presentado cierta ansiedad reactiva a retomar contacto con el ámbito académico.

A medida que se ha producido la recuperación ponderal, ella informa de disminución de fatiga, disminución del lanugo y de la caída de cabello, aunque persiste la amenorrea. Se realizan entrevistas semanales con los padres para informar de evolución, aclarar dudas y orientación de pautas para consecución de objetivos terapéuticos.

### 3. CUESTIONARIOS

Los profesionales usaron tres cuestionarios para recoger información de primera mano de la paciente, tales como:

- Cuestionario de Fobias alimentarias de Viartola D y Pelegrín C, para conocer las principales aversiones a alimentos. (Anexo I)
- Cuestionario Orto-15, para cuantificar el riesgo de ortorexia (Anexo II)
- La escala obsesivo-compulsivo de Yale Brown, para analizar el grado de obsesión de la paciente. (Anexo III)

## **DISCUSIÓN**

La ortorexia es un término que se utiliza para describir un patrón de comportamiento relacionado con la alimentación en el cual una persona se obsesiona de manera excesiva con comer alimentos considerados saludables y se preocupa en exceso por la pureza y la calidad de los alimentos que consume. Aunque la ortorexia no está oficialmente reconocida como un trastorno alimentario en los sistemas de diagnóstico médico y psicológico más ampliamente aceptados, como el DSM-5, ha sido objeto de estudio e investigación en los últimos años.

La ortorexia es un tema de debate en la comunidad médica y científica en términos de su clasificación como un trastorno alimentario independiente. Aunque algunas personas y expertos argumentan que debería ser reconocida y tratada como tal, otros creen que sus características se superponen con trastornos alimentarios existentes, como la anorexia nerviosa o el trastorno obsesivo-compulsivo (TOC).

Es importante destacar que la ortorexia y la anorexia nerviosa son dos condiciones distintas, aunque comparten algunas similitudes en cuanto a la preocupación obsesiva por la comida y la alimentación. La anorexia nerviosa se caracteriza por la restricción extrema de la ingesta de alimentos y una percepción distorsionada del peso corporal y la imagen corporal, lo que puede llevar a una pérdida de peso extrema y consecuencias médicas graves.

La ortorexia, por otro lado, se centra en la calidad y la pureza de los alimentos, y las personas que la experimentan pueden evitar ciertos grupos de alimentos o ingredientes, incluso cuando no hay una razón médica válida para hacerlo. Esto puede llevar a una restricción dietética significativa y a problemas de nutrición si no se maneja adecuadamente. Algunos de los signos y síntomas habituales de la ortorexia incluyen:

1. Obsesión constante con la calidad y la pureza de los alimentos.
2. Evitar alimentos que se consideran poco saludables o impuros.
3. Restricción dietética significativa.
4. Preocupación extrema por la composición nutricional de los alimentos.
5. Experimentar ansiedad o culpa cuando se consume algo que se considera no saludable.
6. Aislamiento social debido a restricciones alimentarias extremas.

El tratamiento de la ortorexia suele ser multidisciplinario e implica la participación de profesionales de la salud mental y la nutrición. El objetivo es ayudar a las personas a establecer una relación más equilibrada y saludable con la comida y superar la obsesión con la alimentación saludable.

## **Grado en Nutrición Humana y Dietética**

La ortorexia a pesar de no estar incluida dentro de los trastornos alimentarios como ya hemos dicho, es una entidad con consecuencias médicas, psicológicas y sociales tan graves como la anorexia nerviosa. Principalmente esto se debe a que las situaciones que comienzan en ortorexia, pueden derivar en anorexia nerviosa.

En el caso de nuestra paciente se ve muy claro. No se trata de una persona que refiera verse mal ante el espejo y querer adelgazar a toda costa. Todo comenzó con los problemas médicos que aparecieron en su familia, que le provocaron obsesionarse con la calidad de los alimentos debido a la creencia de que esto le salvaría de padecer una enfermedad cardiovascular similar a la de sus familiares. El hecho de restringir tanto su alimentación, y comenzar simplemente descartando los alimentos que ella no consideraba saludables, terminó en anorexia nerviosa y con una pérdida ponderal de peso a niveles significativamente bajos. Además, si unimos este hecho con la personalidad de la paciente, nos lleva hasta un perfil de persona anoréxica. Recordemos que era extremadamente exigente, constante, perfeccionista.

Con todo ello podemos afirmar que la ortorexia es un factor de riesgo de la anorexia nerviosa. Y por ello, tienen unas consecuencias igual de graves, aunque a nivel médico no se tenga en cuenta como patologías igual de peligrosas. Entre las consecuencias de las patologías podemos diferenciar tres tipos. Las primeras serán las físicas, que corresponden a llevar una inadecuada alimentación con déficit tanto calórico como nutricional. Estas serán la desnutrición, anemia, hipervitaminosis o hipervitaminosis, osteoporosis... Además, en fases avanzadas, la propia carencia de vitamina B12 provoca alteraciones del comportamiento, lo que acentúa más su obsesión.

Por otro lado tenemos las consecuencias psicológicas, tales como la depresión, ansiedad e hipocondrias.

Y por último las consecuencias sociales. Lo que puede comenzar como un cambio de hábitos hacia una manera más saludable de comer, puede convertirse en obsesión. Las personas ortoréxicas tienen una fijación por comer alimentos saludables y dejan de lado todos aquellos que consideran que no lo son. Esa actitud lleva a acotar las actividades sociales ya que se restringen cosas como comer en casas de amigos, familiares, restaurantes... debido a que desconocen el origen del alimento y como ha sido elaborado.

Por otra parte, gracias a este estudio podemos confirmar que, desde un punto de vista conceptual, la ortorexia sería una combinación de síntomas y signos de la anorexia nerviosa y del trastorno obsesivo-compulsivo (TOC). Esta afirmación se basa en las similitudes observadas en el

## Grado en Nutrición Humana y Dietética

comportamiento y los patrones de pensamiento de las personas que experimentan ortorexia con respecto a aquellos que tienen anorexia nerviosa o TOC.

Algunas de las similitudes entre la ortorexia, la anorexia nerviosa y el TOC incluyen:

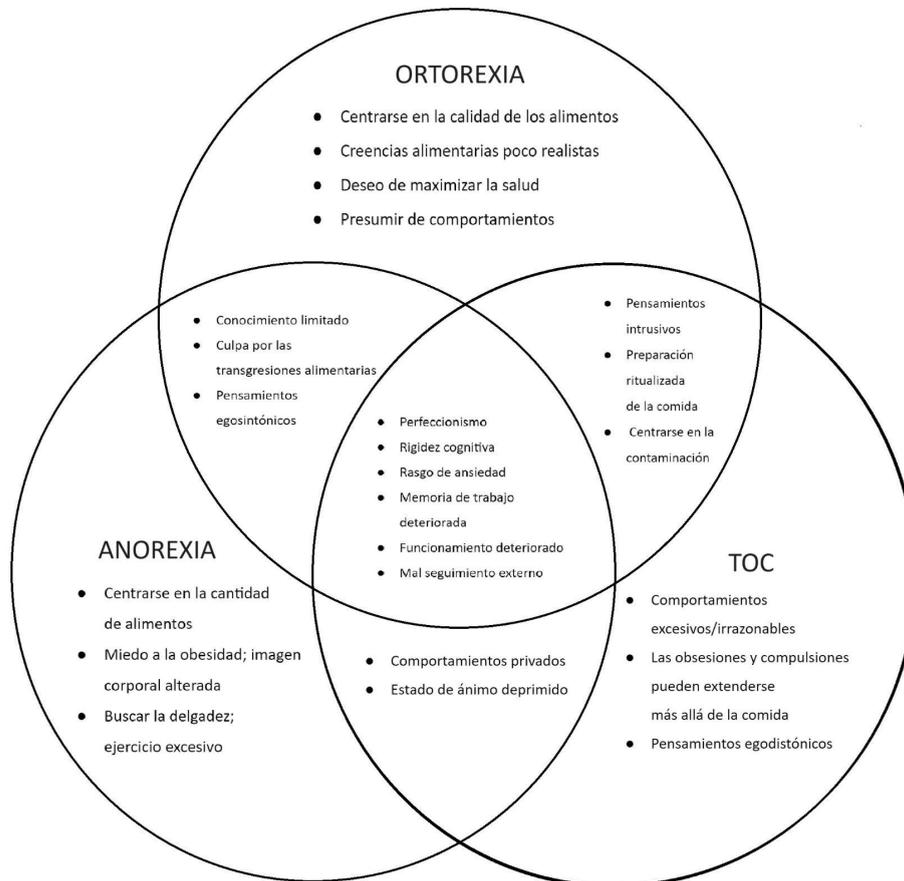


Figura 2. (8)

1. Obsesión y preocupación extrema por la comida: Las personas con ortorexia, al igual que las que tienen anorexia nerviosa o TOC, pueden tener pensamientos obsesivos sobre la comida, la dieta y la calidad de los alimentos. Estas obsesiones pueden dominar sus pensamientos y afectar significativamente su vida diaria.

2. Restricción alimentaria: Tanto las personas con ortorexia como las que tienen anorexia nerviosa tienden a restringir su ingesta de alimentos, aunque los motivos subyacentes son diferentes. Mientras que en la anorexia nerviosa la restricción se enfoca en la cantidad de alimentos para lograr la pérdida de peso, en la ortorexia se centra en la calidad y la pureza de los alimentos.

## Grado en Nutrición Humana y Dietética

3. Ansiedad y angustia: Las personas con ortorexia, al igual que las que tienen TOC, a menudo experimentan altos niveles de ansiedad y angustia relacionados con su comportamiento obsesivo en torno a la comida y la alimentación.

4. Ritualización: Algunas personas con ortorexia pueden desarrollar rituales en torno a la elección y preparación de alimentos, lo que es una característica común en el TOC.

5. Comportamientos compulsivos: En el trastorno obsesivo-compulsivo (TOC), las personas experimentan pensamientos obsesivos que pueden llevar a la realización de comportamientos compulsivos. En el caso de la ortorexia, algunos argumentan que la obsesión por la comida saludable y la necesidad de control pueden tener similitudes con los comportamientos compulsivos observados en el TOC.

Relacionándolo con nuestro caso, la paciente era ortorexica, pero esta inicial restricción alimentaria terminó desencadenando una anorexia que estaba muy relacionada con los pensamientos obsesivos compulsivos de la paciente. El tema de las enfermedades familiares fueron las causantes de crear ese pensamiento rumiativo que evitaba que la paciente no comiera nada que ella no consideraba saludable, además de tener muchas otras manías y rasgos obsesivos. Por otro lado, podemos ver que a lo largo de su vida ella ya tenía estos comportamientos tan perfeccionas, autoexigentes y obsesivos con con los estudios. Siempre había sido una chica muy estudiosa, que dedicaba todas su energía diaria a sacar muy buenas notas. Se ha descrito a ella misma como autoexigente y perfeccionista. Dos rasgos muy característicos de personas ansiosas y obsesivas. Este estrés, ansiedad, y pensamientos obsesivos evitaban que la paciente pudiera dormir o hacer cualquier otra actividad con la mente despejada.

Todo ello es significativo, y nos lleva a pensar que siempre ha sido una chica con rasgos de TOC en general, y esto le hizo también que otro campo con el que obsesionarse fuera con la comida y la salud.

Por otro lado, debemos señalar que, a pesar de que la ortorexia, la anorexia nerviosa y el TOC están muy relacionadas y tengan muchos signos y síntomas en común, esto no sucede con el trastorno de evitación y restricción alimentaria; a pesar de que el nombre de este último trastorno nos haga pensar en que tienen relación.

Aquí hay algunas diferencias clave entre ellos:

1. Enfoque de la restricción alimentaria:

- Ortorexia: Se caracteriza por una obsesión con la calidad y la salud de los alimentos. Las personas con ortorexia pueden evitar ciertos alimentos o ingredientes que consideran no

## Grado en Nutrición Humana y Dietética

saludables y pueden tener una preocupación excesiva por la pureza de su dieta, pero no necesariamente restringen la cantidad de alimentos que consumen.

- ARFID: Implica una restricción alimentaria basada en la aversión a ciertos alimentos o texturas. Las personas con ARFID pueden evitar una amplia gama de alimentos debido a su apariencia, textura, olor o sabor, lo que puede llevar a deficiencias nutricionales significativas.

### 2. Motivación:

- Ortorexia: La motivación detrás de la ortorexia suele ser una búsqueda obsesiva de una alimentación saludable y una preocupación por el bienestar general.
- ARFID: Suele estar relacionado con aversiones o disgustos alimentarios, y las personas con este trastorno a menudo evitan ciertos alimentos debido a una respuesta negativa hacia ellos, como la falta de apetito o náuseas.

### 3. Categorización diagnóstica:

- Ortorexia: Como se mencionó anteriormente, la ortorexia no está oficialmente reconocida como un trastorno independiente en sistemas de diagnóstico ampliamente aceptados, como el DSM-5 o la CIE-10.
- ARFID: El ARFID es un trastorno alimentario reconocido y clasificado en el DSM-5. Se caracteriza por una restricción alimentaria selectiva y puede estar asociado con problemas de crecimiento, desarrollo y salud en general.

### 4. Consecuencias médicas:

- Ortorexia: Aunque la ortorexia puede llevar a deficiencias nutricionales y problemas de salud si se mantiene durante mucho tiempo, su enfoque principal no es la cantidad de alimentos consumidos sino la calidad de los mismos.
- ARFID: El ARFID a menudo conduce a problemas nutricionales más directos debido a la restricción de grupos de alimentos completos. Las personas con ARFID pueden tener dificultades para satisfacer sus necesidades nutricionales básicas.

En resumen, mientras que la ortorexia se centra en la calidad de los alimentos y la obsesión con la alimentación saludable, el ARFID implica restricciones alimentarias basadas en aversiones sensoriales y emocionales hacia ciertos alimentos. Ambos trastornos tienen características distintivas y requieren enfoques de tratamiento específicos para abordar sus preocupaciones subyacentes y sus consecuencias para la salud.

## Grado en Nutrición Humana y Dietética

En el caso de nuestra paciente, pudieron descartar la posibilidad de ARDIF gracias a saber el porqué de la restricción alimentaria. La paciente no tiene aversión por los alimentos ya fuera por su textura, sabor, u olor. El quid de la cuestión era que para ella, la ingesta de un grupo de alimentos conllevaba a poner en riesgo su salud, por lo que se negaba a ingerir alimentos que para ella eran altos en hidratos de carbono, en grasa y en azúcares.

Respecto al manejo de la ortorexia, puede ser un desafío debido a la naturaleza obsesiva y rígida de la afección, así como a la ansiedad y la angustia que pueden surgir cuando alguien intenta cambiar sus patrones de alimentación. Dado que la ortorexia implica una obsesión por la alimentación saludable y una fuerte resistencia a comer alimentos considerados no saludables, el tratamiento suele ser multidisciplinario y puede incluir los siguientes componentes:

1. Evaluación médica: Es importante realizar una evaluación médica completa para determinar cualquier impacto en la salud física, como deficiencias nutricionales o problemas relacionados con la alimentación. Esto puede requerir análisis de sangre y otras pruebas médicas.
2. Evaluación psicológica: Un profesional de la salud mental, como un psicólogo o psiquiatra, puede llevar a cabo una evaluación para determinar el alcance de la obsesión con la alimentación saludable y cualquier trastorno psicológico subyacente, como la ansiedad, la depresión o el trastorno obsesivo-compulsivo (TOC).
3. Terapia individual: La terapia cognitivo-conductual (TCC) u otras modalidades de terapia pueden ser útiles para abordar los patrones de pensamiento y comportamiento relacionados con la ortorexia. Esto puede incluir trabajar en la identificación y modificación de creencias irracionales sobre la alimentación y el cuerpo. Además, debido a los rasgos y personalidad perfeccionista, es la terapia más recomendada para estos casos.
4. Terapia nutricional: Un dietista o nutricionista especializado en trastornos alimentarios puede ayudar a la persona a establecer un patrón de alimentación más equilibrado y a superar la obsesión por la alimentación saludable. Esto puede implicar la reintroducción gradual de alimentos previamente evitados y la educación sobre la nutrición adecuada.
5. Apoyo familiar: La participación de la familia puede ser crucial en el proceso de tratamiento. Los seres queridos pueden aprender sobre la ortorexia y cómo apoyar a la persona en su recuperación. La cuestión en este caso, era que los familiares formaban parte del problema. Eran personas demasiado sobreprotectoras con su hija. Le trataban de una manera muy infantilizada, lo que provocaba que ella se comportara como tal. Además, estaban también demasiado preocupados por la salud en general, y era uno de los temas de conversación que siempre tenían en boca. Esto favorecía los pensamientos

## **Grado en Nutrición Humana y Dietética**

obsesivos que ya de por sí tenía la paciente en general. Para solucionar este problema, ya que no pudieron contar con el apoyo familiar, porque más que favorecer el cambio, estancaba la progresión del paciente, tuvieron que llevar a cabo muchos tratamientos a solas el profesional responsable con la paciente, o incentivar su participación en actividades de grupo durante el ingreso.

6. Trabajo en ansiedad y la angustia: Dado que las personas con ortorexia a menudo experimentan una gran angustia si se ven obligadas a romper con sus patrones de alimentación, la terapia puede centrarse en el manejo de la ansiedad y la tolerancia gradual a la exposición a alimentos no saludables. Al calmar la ansiedad, le da la posibilidad a la paciente de estar más relajada y poder verlo todo desde otra perspectiva.

7. Medicación: En algunos casos, se puede considerar la medicación, especialmente si existe una comorbilidad significativa, como la ansiedad o la depresión.

8. Trabajo en la autoestima y la imagen corporal: La terapia también puede abordar la percepción distorsionada del cuerpo y la baja autoestima que a menudo acompaña a los trastornos alimentarios.

El tratamiento de la ortorexia puede ser prolongado y desafiante, y es importante que sea dirigido por un equipo de profesionales de la salud con experiencia en el tratamiento de trastornos alimentarios. El apoyo continuo y el seguimiento son esenciales para la recuperación a largo plazo.

Principalmente, los profesionales sanitarios que formaron parte del tratamiento de la paciente ortorexica fueron psiquiatras, psicólogos, enfermeras y nutricionistas. Es importante que todos ellos hayan formado parte del equipo porque se deben tratar todos las vertientes causantes del trastorno. Psiquiatras y psicólogos para calmar la ansiedad, los pensamientos obsesivo-compulsivos, trabajar la autoestima y la imagen corporal; y para dirigir la terapia cognitivo-conductual, sobre todo para mejorar su relación con el perfeccionismo.

Y por otro lado las enfermeras y las nutricionistas, para educar desde la realidad sobre la correcta alimentación, sobre el equilibrio nutricional y para llevar a cabo un tratamiento nutricional que haga recuperar su peso, evitando el síndrome Dumping y nutra a la paciente en su totalidad.

**CONCLUSIÓN**

- La ortorexia es un trastorno alimentario, con características de la anorexia nerviosa y el trastorno obsesivo-compulsivo. Además, la ortorexia es un factor de riesgo de la anorexia nerviosa y por ello puede evolucionar a ella.
- Por el contrario, no se aproxima conceptualmente al trastorno de evitación y restricción alimentaria.
- Su manejo es complejo y multidisciplinar; a pesar del mismo puede ser difícil y refractario.
- El abordaje debe ser fundamentalmente nutricional y psicológico/psiquiátrico; en este último caso como si fuera un Trastorno obsesivo-compulsivo. Sobre todo hay que centrarse en el tratamiento nutricional y del perfeccionismo.
- La gravedad del caso y de otros similares; hacen necesario en nuestra humilde opinión su inclusión en los trastornos alimentarios.
- El que exista un componente obsesivoide muy importante no justifica, en nuestro criterio, que no se incluya dentro del apartado de trastornos alimentarios; ya que otros trastornos tienen un componente psicológico muy relevante (p.ej. AN: fobia; TA: impulsividad).
- Su inclusión ayudará la investigación y manejo de estos graves casos de desnutrición.

**BIBLIOGRAFÍA**

1. Roussos A. J, El diseño de caso único en investigación en psicología clínica. Un vínculo entre la investigación y la práctica clínica. *Revista Argentina de Clínica Psicológica* [Internet]. 2007;XVI(3):261-270.
2. Viartola D., Pelegrín C., Estudios de fobias y restricciones alimentarias en anorexia nerviosa. Universidad de Zaragoza, 2020
3. Balasundaram P, Santhanam P. Trastornos de la alimentación. [Actualizado el 26 de junio de 2023]. En: StatPearls [Internet]. Isla del Tesoro (FL): StatPearls Publishing; 2023 enero-.
4. Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2014. 492 p.
5. Bravo Rodríguez M, Pérez Hernández A, Plana Bouly R. Anorexia nerviosa: características y síntomas. *Rev Cuba Pediatría*. diciembre de 2000;72(4):300-5.
6. Skella P, Chelmi ME, Panagouli E, Garoufi A, Psaltopoulou T, Mastorakos G, et al. Orthorexia and Eating Disorders in Adolescents and Young Adults: A Systematic Review. *Child Basel Switz*. 6 de abril de 2022;9(4):514.
7. Koven NS, Abry AW. The clinical basis of orthorexia nervosa: emerging perspectives. *Neuropsychiatric disease and treatment*. 2015;11:385-394. doi:10.2147/NDT.S61665.
8. Pérez Moreno MR, Alonso González IM, Gómez-Vallejo S, Moreno Pardillo DM. Trastornos somatomorfos y síntomas somáticos funcionales en niños y adolescentes. *Rev Psiquiatr Infanto-Juv* [Internet]. 30 de junio de 2021 [citado 27 de septiembre de 2023];38(2):41-58.
9. Alonso González P. Perfeccionismo en salud mental. 2019 [citado 27 de septiembre de 2023];
10. Rosa LD, Valle AD, Rutzstein G, Keegan E. Perfeccionismo y Autocrítica: Consideraciones clínicas. *Rev Argent Clínica Psicológica*. 2012;XXI(3):209-15.
11. Dell'Osso, L., Abelli, M., Carpita, B., Pini, S., Castellini, G., Carmassi, C., & Ricca, V. (2016). Historical evolution of the concept of anorexia nervosa and relationships with orthorexia nervosa, autism, and obsessive-compulsive spectrum. *Neuropsychiatric disease and treatment*, 12, 1651–1660.
12. Thomas, J. J., Lawson, E. A., Micali, N., Misra, M., Deckersbach, T., & Eddy, K. T. (2017). Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder: a Three-Dimensional Model of Neurobiology

**Grado en Nutrición Humana y Dietética**

with Implications for Etiology and Treatment. *Current psychiatry reports*, 19(8), 54.

13. Brigham KS, Manzo LD, Eddy KT, Thomas JJ. Evaluation and Treatment of Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder (ARFID) in Adolescents. *Curr Pediatr Rep*. 2018 Jun;6(2):107-113. doi: 10.1007/s40124-018-0162-y. Epub 2018 Apr 16. PMID: 31134139; PMCID: PMC6534269.
14. Stake. R.E., Investigación con estudio de casos. Segunda edición. Madrid. EDICIONES MORATA, S. L.; 1998
15. Fernandez MLP. RIESGO DE ORTOREXIA: ADAPTACIÓN Y VALIDACIÓN AL ESPAÑOL DEL CUESTIONARIO (ORTHO 15).

**ANEXOS**
**ANEXO I: Cuestionario de Fobias alimentarias de Viartola D y Pelegrín C**
**CUESTIONARIO SOBRE FOBIAS ALIMENTARIAS**

Este cuestionario está dirigido a los pacientes de la UTCA, desarrollado por Diana Viartola, estudiante de Nutrición Humana y Dietética, para llevar a cabo su trabajo de investigación de fin de grado.

Datos personales:

- ▶ Edad: 18 años ▶ Peso: \_\_\_\_\_
- ▶ Sexo: \_\_\_\_\_ ▶ IMC: 16
- ▶ Diagnóstico: \_\_\_\_\_ ▶ Talla: \_\_\_\_\_
- ▶ Localidad (Código postal): \_\_\_\_\_

A continuación, numerará del 1 al 5 una serie de alimentos y técnicas de cocinado según su grado de temor y restricción, siendo 1 'menos temido' y 5 'más temido' y según grado de consumo.

	Grado de temor					Grado de consumo					
	1	2	3	4	5	Nunca	Casi nunca	A veces	A menudo	Casi siempre	Siempre
Lácteos	• Leche entera	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	• Leche semidesnatada	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	• Leche desnatada	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
	• Yogur	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
	• Queso	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Verduras	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Hortalizas	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	
Frutas	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Cereales	• Arroz	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	• Pan	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	
	• Pasta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	• Patata	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Legumbres	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Frutos secos	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Aceites	• Oliva virgen	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	
	• Otros (girasol, mantequilla...)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Salsas	• Mayonesa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	• Kétchup	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	• Tomate frito	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Pescados	• Atún	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	• Gallo, merluza	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	• Salmón	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Marisco	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		

**Grado en Nutrición Humana y Dietética**

	Grado de temor					Grado de consumo					
	1	2	3	4	5	Nunca	Casi nunca	A veces	A menudo	Casi siempre	Siempre
Carnes	• Pechuga de pollo	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
	• Solomillo de ternera	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	• Lomo de cerdo	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	• Salchichas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	• Hamburguesa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	• Albóndigas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	• Paté	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	• Embutidos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Huevo	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Repostería	• Bollería casera	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	• Bollería industrial	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	• Galletas María	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	• Galletas dobles	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dulces	• Azúcar blanco	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	• Sacarina	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	• Cereales	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	• Helado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Otros	• Snack de bolsa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	• Pizza	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	• Encurtidos (aceitunas, pepinillos...)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Técnicas culinarias	• Plancha	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
	• Rebozado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	• Frito	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	• Cocción	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
	• Guiso	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	• Asado	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

¿Quieres añadir algún alimento o comida que no ha sido mencionada en el cuestionario?

Fobias sobre todo a los rebozados, fritos y bollería

---



---

¿Quieres describir los sentimientos que te produce comer los alimentos que más temes?

Trauma desde 3º de la ESO con salchichas y hamburguesas porque vio un vídeo de su elaboración

---



---

## ANEXO II: Cuestionario Orto-15

**1) Al comer, ¿prestas atención a las calorías de los alimentos?**

3

**2) Cuando vas a una tienda de alimentos ¿te sientes confundido?**

1

**3) En los últimos 3 meses, ¿le preocupó el pensamiento de la comida?**

1

**4) ¿Tus elecciones alimentarias están condicionadas por tu preocupación por tu estado de salud?**

1

**5) ¿Es el sabor de los alimentos más importante que la calidad a la hora de evaluarlos?**

2

**6) ¿Estás dispuesto a gastar más dinero para tener alimentos más saludables?**

2

**7) ¿Te preocupas en pensar en la comida durante más de tres horas al día?**

2

**8) ¿Te permites alguna transgresión alimentaria?**

1

**9) ¿Crees que tu estado de ánimo afecta tu conducta alimentaria?**

2

**10) ¿Crees que la convicción de comer sólo alimentos saludables aumenta la autoestima?**

2

**11) ¿Crees que comer comida sana cambia tu estilo de vida (frecuencia de salidas a comer, amigos...)?**

3

12) ¿Crees que consumir alimentos saludables puede mejorar tu apariencia?

3

13) ¿Te sientes culpable al transgredir?

4

14) ¿Crees que en el mercado también hay alimentos poco saludables?

1

15) ¿Actualmente estás solo cuando comes?

4

#### Corrección cuestionario Ortho 15

	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

**A mayor puntuación, indica menor riesgo de ortorexia. El punto de corte es 40**

**PUNTUACIÓN:** 32 → Mayor riesgo de ortorexia

ANEXO III: Escala obsesivo-compulsivo de Yale Brown

### **ESCALA OBSESIVO COMPULSIVA DE YALE BROWN**

**"Ahora le haré varias preguntas sobre los pensamientos que repetidamente le vienen a la cabeza" (hacer referencia específica a las obsesiones del paciente).**

#### **1. TIEMPO QUE OCUPAN LOS PENSAMIENTOS OBSESIVOS**

**P: ¿Cuánto tiempo emplea en pensar en esas cosas?**

(Cuando las obsesiones ocurren como intrusiones intermitentes, breves, puede hacerse imposible evaluar el tiempo ocupado en ellas en términos de horas totales. En tales casos la estimación del tiempo se hace determinando la frecuencia con la que ocurren. Considerar tanto el número de veces que las intrusiones ocurren como las horas del día que están afectadas. Preguntar: ¿Con qué frecuencia suceden estos pensamientos? Está seguro de excluir rumiaciones y preocupaciones, que a diferencia de las obsesiones son egodistónicas y racionales (pero exageradas).

0. Ninguna.

1. Leve (menos de una hora al día o intrusión ocasional de pensamientos o rituales) (no sucede más de 8 veces diarias).

2. Moderada (de una a tres horas al día o frecuentes intrusiones (no ocurre más de 8 veces al día, pero la mayor de las horas del día están libres de obsesiones).

3. Severa (mayor de 3 y hasta 8 horas al día) o intrusiones muy frecuentes (ocurren más de 8 veces al día y ocurre durante la mayor parte de las horas del día).

4. Extremo (mayor de 8 horas al día) o intrusiones casi constantes (demasiado numerosas para contarlas y raramente pasa una hora sin que sucedan varias obsesiones).

#### **2. INTERFERENCIA DEBIDA A PENSAMIENTOS OBSESIVOS**

**P: ¿Cuántos de estos pensamientos le suceden en el trabajo o cuando está con amigos? ¿Hay algo que deje de hacer a causa de ello? (Si actualmente no trabaja, determinar el grado en que el rendimiento estaría afectado si el paciente estuviera trabajando)**

0. Ninguna.

1. Ligera, leve interferencia con actividades sociales o laborales, pero la actividad total no está perjudicada.

## Grado en Nutrición Humana y Dietética

2. Moderada, interferencia definida con la actuación social o laboral, pero todavía manejable.

3. Severa, causa substancial perjuicio en el rendimiento escolar o social.

4. Extremo, incapacitante.

### 3. MALESTAR ASOCIADO CON PENSAMIENTOS OBSESIVOS

**P: ¿En qué grado estos pensamientos le molestan o disgustan? (Tasar sólo la ansiedad que parece provocada por las obsesiones, no la ansiedad generalizada o ansiedad asociada a otros síntomas).**

0. Ninguna.

1. Ligera, infrecuente, y no demasiado perturbadora.

2. Moderada, frecuente, y perturbadora, pero todavía manejable.

3. Severa, muy frecuente, y muy perturbadora.

4. Extrema, casi constante y malestar incapacitante.

### 4. RESISTENCIA A LA OBSESIÓN

**P: ¿En qué grado se esfuerza en detener estos pensamientos o ignorarlos? (Tasar sólo el esfuerzo para resistir, no el éxito o fracaso en controlar las obsesiones. la cuantía en que el paciente resiste las obsesiones puede o no correlacionarse con su capacidad para controlarlas. Observar que este ítem no mide directamente la severidad de los pensamientos intrusivos; más bien puntúa como una manifestación de salud, es decir, el esfuerzo que el paciente hace para contrarrestar las obsesiones. Por esto, cuanto más intenta resistir el paciente, menos dañado está este aspecto de su funcionamiento. Si las obsesiones son mínimas, el paciente puede no sentir la necesidad de resistirse. En esos casos se debe dar una puntuación de "0").**

0. Hace un esfuerzo para resistir siempre, o los síntomas son tan mínimos que no hay necesidad de resistirse a ellos activamente.

1. Intenta resistir la mayor parte del tiempo.

2. Hace algún esfuerzo para resistir.

3. Cede a todas las obsesiones sin intentar controlarlas, pero lo hace con alguna reluctancia.

4. Cede completa y voluntariamente a todas las obsesiones.

**5. GRADO DE CONTROL SOBRE LOS PENSAMIENTOS OBSESIVOS**

**P: ¿En qué grado puede controlar los pensamientos? (En contraste al ítem precedente, la capacidad del paciente para controlar sus obsesiones está relacionada más estrechamente con la intensidad de los pensamientos intrusivos).**

0. Control completo.

1. Mucho control, capaz usualmente de detener o desviar obsesiones con algún esfuerzo o concentración.

2. Control moderado, éxito raro en detener las obsesiones, puede sólo desviar la atención con dificultad.

3. Poco control, algunas veces capaz de detener o desviar la atención con dificultad.

4. Ningún control, experimentado completamente como involuntario, es capaz raramente de desviar la atención momentáneamente.

Preguntas sobre compulsiones (items 610) "las siguientes preguntas versan sobre los hábitos que Ud. no puede detener" (hacer referencia específica a las compulsiones del paciente).

**6. TIEMPO EMPLEADO EN LLEVAR A CABO CONDUCTAS COMPULSIVAS**

**P: ¿Cuánto tiempo emplea en hacer estas cosas? (Cuando los rituales se presentan principalmente como actividades de la vida diaria, preguntar: ¿Cuánto tiempo te lleva completar sus actividades cotidianas a causa de estos hábitos? Cuando las compulsiones suceden como conductas intermitentes, breves, puede ser imposible evaluar el tiempo empleado en realizarlas en términos de horas. En tales casos la estimación de tiempo se hace determinando la frecuencia con la que ocurren. Considerar tanto el número de veces que ocurren las compulsiones como las horas del día que están afectadas. Contar ocurrencias separadas de conductas compulsivas, no el número de repeticiones; ej.: Un paciente entra en el cuarto de baño 20 veces diferentes al día para lavarse las manos 5 veces muy rápidamente, hace 20 compulsiones, no 5 o  $5 \times 20 = 100$ . Preguntar: ¿Con qué frecuencia tiene estos hábitos? En la mayor parte de los casos las compulsiones son conductas observables (ej.: lavarse las manos), pero hay ejemplos en los que las compulsiones no son observables (ej.: comprobación silenciosa).**

0. Ninguna.

## Grado en Nutrición Humana y Dietética

1. Leve menos de una hora al día ejecutando las compulsiones o ejecución ocasional de conducta compulsiva (no sucede más de 8 veces diarias).

2. Moderada (emplea una a tres horas al día en ejecutar compulsiones) o ejecución frecuente de conducta compulsiva (ocurre más de 8 veces al día, pero la mayor parte de las horas del día están libres de conductas compulsivas).

3. Severa (emplea más de 3 y hasta 8 horas al día ejecutando compulsiones) o ejecución muy frecuente de compulsiones (ocurre más de 8 horas al día y ocurre durante la mayor parte de las horas del día)

4. Extremo (emplea más de 8 horas al día ejecutando compulsiones, y ocurre durante la mayor parte de las horas del día) o cerca de realización constante de conductas compulsivas (demasiado numerosas para contar y raramente pasa una hora sin realizar varias compulsiones).

### 7. INTERFERENCIA DEBIDO A CONDUCTAS COMPULSIVAS

**P: ¿Cuántos de estos hábitos suceden en el trabajo o cuando estás con amigos? ¿Hay algo que deje de hacer a causa de ello? (Si actualmente no trabaja, determinar el grado en que el rendimiento estaría afectado si el paciente estuviera trabajando) .**

0. Ninguna.

1. Ligera, leve interferencia con actividades sociales o laborales, pero la actividad total está perjudicada.

2. Moderada, interferencia definida con la actuación social o laboral, pero todavía manejable.

3. Severo, causa substancial, perjuicio en el rendimiento escolar o social.

4. Extremo, incapacitante.

### 8. MALESTAR ASOCIADO A LA CONDUCTA COMPULSIVA

**P: ¿Cómo se sentiría si se le impidiera hacer estos hábitos? . ¿En qué grado se sentiría molesto? (Tasar el grado de molestar que el paciente experimentaría si la realización de la compulsión fuera súbitamente interrumpida sin ofrecer reaseguración. En la mayor parte, pero no en todos los casos, la ejecución de las compulsiones reduce la ansiedad. Si, a juicio del entrevistador, la ansiedad realmente se reduce impidiendo las compulsiones, entonces preguntar: ¿Qué grado de malestar siente mientras realiza sus hábitos hasta que está seguro de que están hechos?).**

## Grado en Nutrición Humana y Dietética

0. Ninguna.
1. Ligera, levemente ansioso si se impiden las compulsiones, o sólo leve ansiedad durante la ejecución de las compulsiones.
2. Moderada, informa que la ansiedad aumentará pero permanecerá manejable si se impiden las compulsiones, o que incrementará pero permanecerá manejable durante la ejecución de las compulsiones.
3. Severa, prominente y muy perturbadora.
4. Extrema, casi constante, y malestar incapacitante.

### 9. RESISTENCIA A LAS COMPULSIONES

**P: ¿En qué grado se esfuerza en luchar con estos hábitos? (Tasar sólo el esfuerzo para resistir, no el éxito o fracaso en controlar realmente las compulsiones. La cuantía en que el paciente resiste las compulsiones puede o no correlacionarse con su capacidad para controlarlas. Observar que este ítem no mide directamente la severidad de las compulsiones, más bien puntúa como una manifestación de salud, es decir, el esfuerzo que el paciente hace para contrarrestar las compulsiones. Por esto, cuanto más intenta resistir el paciente, menos dañado está este aspecto de su funcionamiento. Si las obsesiones son mínimas, el paciente puede no sentir la necesidad de resistirlas. En esos casos se debe dar una puntuación de "0").**

0. Hace un esfuerzo para resistir siempre, o los síntomas son tan mínimos que no hay necesidad de resistirse activamente.
- 1 . Intenta resistir la mayor parte del tiempo.
2. Hace algún esfuerzo para resistir.
3. Cede a todas las obsesiones sin intentar controlarlas, pero lo hace con alguna reluctancia.
4. Cede completa y voluntariamente a todas las obsesiones.

### 10. GRADO DE CONTROL SOBRE LA CONDUCTA COMPULSIVA

## Grado en Nutrición Humana y Dietética

**P: ¿En qué grado se siente forzado a realizar estos hábitos? (Pausa). ¿Cuando intenta combatirlos, qué sucede? ¿Cuánto control tiene sobre estos hábitos? (En contraste al ítem precedente sobre resistencia, la capacidad del paciente para controlar sus compulsiones está relacionada más estrechamente con la severidad de las compulsiones).**

0. Control completo.

1. Mucho control, siente presión para ejecutar la conducta, pero es capaz de ejercer control habitualmente sobre ella.

2. Control moderado, fuerte presión para ejecutar la conducta, puede controlarla sólo con dificultad.

3. Poco control, fuerte impulso para ejecutar la conducta, debe realizarla hasta completarlo, puede sólo retrasarse con dificultad.

4. Ningún control, impulsado a ejecutar la conducta, experimentada como completamente involuntario y dominante, raramente capaz de retrasar, incluso momentáneamente, esa actividad.

"las preguntas restantes son acerca tanto de pensamientos como de hábitos. Algunas preguntan sobre cosas diferentes."

### 11. CONCIENCIA Y OBSESIONES Y COMPULSIONES

**P. ¿Cree que estas ideas o hábitos tienen realmente sentido? ¿Qué piensa qué ocurriría si no realizase los hábitos? ¿Tiene miedo que algo ocurra? (Tasar la comprensión del paciente sin sentido o exceso de su obsesión/es o compulsión/es basado en las creencias expresadas en el momento de la entrevista).**

0. Comprensión excelente, completamente racional.

1. Buena comprensión. Reconoce literalmente la absurdez o exceso de pensamientos o conductas, pero no parece completamente convencido de que no haya algo implicado junto con la ansiedad. Expresiones de dudas.

2. Comprensión regular. Admite que los pensamientos o conductas parecen no razonables o excesivas reluctantly, pero vacila. Puede tener algunos miedos no realistas, pero no hay convicciones fijas.

3. Comprensión pobre. Mantiene que los pensamientos o conductas no son irracionales o excesivos.

4. Carece de comprensión, delirante definitivamente convencido de que sus preocupaciones y conductas son racionales, no responde a evidencia contraria.

## **12. EVITACIÓN**

**P: ¿Ha dejado de hacer algunas cosas, visitar lugares o no estar con alguien debido a sus pensamientos repetidos, o actividades que si no los estuviera realizaría? (si es sí, entonces preguntar: ¿En qué medida las evita? Tasar el grado en que el paciente deliberadamente intenta evitar estas cosas. Algunas compulsiones están diseñadas para "evitar" contacto con algo que el paciente teme. Por ejemplo, el excesivo lavado de frutas y verduras para eliminar "bichos" debería designarse como compulsión, no como una conducta de evitación. Si el paciente deja de comer frutas y verduras, entonces eso debe de constituir evitación).**

0. Ninguna evitación deliberada.

1. Ligera, mínima evitación.

2. Moderada, alguna evitación claramente presente.

3. Severa, mucha evitación prominente.

4. Extrema, evitación muy intensa, el paciente hace casi todas las cosas que puede para evitar disparar los síntomas.

## **13. GRADO DE INDECISIÓN**

**P: ¿Tiene problemas en tomar decisiones acerca de pequeñas cosas, que otras personas podrían no pensar dos veces? (ej.: Qué zapatos ponerse en la mañana. Excluir la dificultad en tomar decisiones que reflejan pensamiento rumiativo. Debe excluirse ambivalencia basada en dificultades racionales de elección).**

0. Ninguna.

1. Ligera, algún problema en tomar decisiones acerca de cosas menores.

2. Moderada, informa espontáneamente problemas significativos en tomar decisiones que otros no pensarían dos veces.

3. Severa, continuo sopesamiento de pros y contras acerca de aspectos no esenciales.

4. Extremo, incapaz de tomar decisiones. Incapacitante,

## **14. SENTIDO SOBREVALORADO DE RESPONSABILIDAD**

## Grado en Nutrición Humana y Dietética

**P: ¿Se culpabilizaría a sí mismo por cosas que no puede realmente cambiar o que no puede hacer mucho? ¿Se siente culpable de lo que suceda a otros?**

0. Ninguna.

1. Ligera, sólo mencionada sobre interrogación, ligero sentido de responsabilidad excesiva.

2. Moderado, ideas establecidas espontáneamente, claramente presentes; el paciente experimenta sentido significativo de sobrerresponsabilidad para sucesos fuera de su control razonable.

3. Intenso, ideas prominentes y terquedad; profundamente preocupado por su responsabilidad de sucesos claramente fuera de su control. Auto culpabilización traída por los pelos y casi irracional.

4. Extrema, sentido delirante de responsabilidad (ej.: si un accidente aéreo ocurre a 3000 Km., el paciente se culpa a sí mismo, si no ejecuta sus compulsiones).

### 15. LENTITUD/PERTURBACIÓN DE INERCIA PERSISTENTE

**P: ¿Tiene dificultad al empezar o terminar cosas debido a que hace las cosas tan cuidadosamente? ¿Muchas actividades rutinarias le llevan más tiempo de lo que deberían? (Distinguir de retardo psicomotor secundario a depresión. Tasar el aumento de tiempo empleado en ejecutar actividades rutinarias incluso cuando no pueden identificarse obsesiones específicas).**

0. Ninguna.

1. Ligera, retraso ocasional en comenzar o terminar.

2. Moderado, prolongación frecuente de actividades rutinarias pero las tareas se completan usualmente. Frecuentemente tarde.

3. Intensa, persistente y marcada dificultad en iniciar y completar tareas rutinarias. Usualmente tarde.

4. Extrema, incapaz de completar tareas rutinarias sin asistencia completa.

### 16. DUDA PATOLÓGICA

**P: ¿Se encuentra inseguro de su memoria o no confía en sus propios ojos u oídos?**

0. Ninguna.

## Grado en Nutrición Humana y Dietética

1. Ligero, sólo mencionado tras interrogación, ligero sentido de autoduda.

2. Moderada, ideas establecidas espontáneamente, claramente presentes; el paciente se preocupa por desconfianza en sí mismo. Algún efecto sobre el rendimiento pero todavía manejable.

3. Intensa, incertidumbre prominente acerca de percepciones o memoria; autoduda frecuente que afecta a la actuación.

4. Extrema, incertidumbre acerca de percepciones presente constantemente; la duda de sí mismo afecta sustancialmente casi todas las actividades. Incapacitante (ej.: el paciente afirma "Mi mente no se fía de lo que mis ojos ven.).

(los ítems 17 y 18 se refieren a la intensidad global de la enfermedad. La puntuación es necesaria para considerar la función global, no exactamente la intensidad de los síntomas obsesivo-compulsivos).

### 17. INTENSIDAD GLOBAL

**El juicio del entrevistador depende de la intensidad de la enfermedad del paciente. Puntuada de 0 (no enfermedad) a 6 (mayor intensidad observada en el paciente). Considerar el grado de estrés informado por el paciente, los síntomas observados, y el daño funcional informado. Se requiere su puntuación tanto para promediar los datos como sopesar la fiabilidad de la precisión de los datos obtenidos. Esta puntuación se basa sobre la información obtenida durante la entrevista).**

0. No enfermedad.

1. Enfermedad ligera, dudosa, transitoria; ningún daño funcional.

2. Síntomas ligeros, poco daño funcional.

3. Síntomas moderados, funciona con esfuerzo.

4. Síntomas graves moderados, funcionamiento limitado.

5. Síntomas graves, funciona principalmente con asistencia.

6. Síntomas extremadamente graves, completamente no funcionales.

### 18. MEJORÍA GLOBAL

## Grado en Nutrición Humana y Dietética

**Tase la mejoría global total presente DESDE EL NIVEL INICIAL se deba o no al tratamiento, a su juicio.**

0. Mucho peor.
1. Bastante peor.
2. Algo peor.
3. Ningún cambio.
4. Algo mejorado.
5. Bastante mejorado.
6. Muy mejorado.

### **19. FIABILIDAD**

Tasar la fiabilidad global de las puntuaciones obtenidas. Los factores que pueden afectar a la fiabilidad incluyen la cooperatividad del paciente y su capacidad natural para comunicarse. El tipo y la severidad de los síntomas obsesivo-compulsivos presentes puede interferir con la concentración, atención o libertad para hablar espontáneamente del paciente (ej.: El contenido de algunas obsesiones puede causar que el paciente elija sus palabras muy cuidadosamente).

0. Pobre, muy baja fiabilidad.
- 1 . Moderado, factores presentes que definitivamente reducen la fiabilidad.
2. Buena, factores presentes que afectan adversamente a la fiabilidad.
3. Excelente, ninguna razón para pensar que los datos son infiables.