



ORTOREXIA.

Trastornos de

Conducta

Alimentaria.

ÍNDICE:

RESUMEN:	2
1. INTRODUCCIÓN:	2
2. TIPOS DE TCA:	3
2.1. ANOREXIA:	3
2.2. BULIMIA:	3
2.3. VOMITING:	4
2.4. TCA NO ESPECIFICADO:	4
2.5. VIGOREXIA:	5
2.6. PICA:	5
2.7. RUMIACIÓN:	6
2.8. OBESIDAD:	6
TABLA. 1 TIPOS DE TCA	7
3. ORTOREXIA:	8
3.1. DEFINICION Y FRECUENCIA	8
3.2. SINTOMATOLOGÍA	9
3.3. TRATAMIENTO	10
3.4. FACTORES DESENCADENANTES	12
3.5. DIETAS QUE CURAN	14
3.6. PELIGROS	17
4. CASOS CLÍNICOS:	19
5. BIBLIOGRAFÍA:	22

RESUMEN

Cada vez son más frecuentes los Trastornos de la Conducta Alimentaria y están apareciendo algunos nuevos como la vigorexia y la ortorexia. La ortorexia se caracteriza por una obsesión patológica por la comida pura, sana, lo que lleva a restricciones importantes de alimentos. Las personas eliminan de su dieta todos aquellos alimentos que no consideran puros ya sea porque tienen herbicidas o sustancias artificiales y siguen unas normas muy estrictas en las técnicas culinarias. Esta obsesión interfiere con una vida normal, conduce a un aislamiento social y puede llegar a producir malnutrición grave. Inicialmente los ortoréxicos quieren mejorar su estado de salud a través de la comida o perder peso, pero finalmente la dieta se convierte en la parte más importante de sus vidas. La ortorexia hace que no pensemos en las cuestiones de la vida que deberían preocuparnos, sino que nos hace mirar en otra dirección: todo aquello que cae en nuestra boca.

El tratamiento hay que enfocarlo desde dos puntos de vista, primero tratarlo nutricionalmente para mejorar los posibles déficits y carencias producidas por los malos hábitos alimentarios, y después desde el aspecto psicológico, tratar de conocer cuales fueron las causas que le hicieron caer en la enfermedad y así poder modificarlas.

El objetivo de este trabajo es realizar una revisión bibliográfica de los artículos sobre la ortorexia, además de contribuir a describir nuevos conocimientos sobre este trastorno.

1. INTRODUCCIÓN

En los últimos años está creciendo el número de casos relacionados con los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA). Los nuevos estilos de vida, la excesiva preocupación por la imagen corporal, los cambios en la alimentación, la publicidad... han hecho que la incidencia aumente, pero también encontramos un dato positivo, ya que la preocupación por estos trastornos y el conocimiento de ellos también ha aumentado. Todo el mundo conoce qué es la Anorexia o la Bulimia, en la calle se habla de buenos hábitos alimentarios, de dieta Mediterránea, leche con omega-3.... Está claro que el tema de la nutrición; cómo hay que alimentarse, tipos de dietas, alimentos "buenos", alimentos "malos"; está a la orden del día. La población está más preocupada por su dieta, por la salud y cómo podemos llegar a ella a través de la comida; cada vez más, cada uno de nosotros nos convertimos en pequeños expertos en nutrición, leemos revistas, libros, vemos programas y todo para conseguir bienestar. Pero todo esto, que aparentemente es bueno, en algunas personas se puede convertir en una auténtica enfermedad. El conseguir ese bienestar, ya sea estando más delgado, más musculoso, más sano... provoca una obsesión por la comida y todo aquello que tenga relación con ella. En este punto surgen los Trastornos de la Conducta Alimentaria que podríamos definirlos como alteraciones del comportamiento relacionadas con el consumo de

alimentos de un individuo que presenta ansiedad y una preocupación excesiva por el peso corporal y el aspecto físico.

Este tipo de trastornos pueden darse en cualquier etapa de la vida, siendo en la adolescencia y en adultos jóvenes donde más casos encontramos. Incluso, en la primera infancia pueden aparecer rechazos importantes a alimentos, lo que provoca en el niño una fobia a la ingestión de alimentos que suele acompañarse de un retraso en el crecimiento.

Los TCA más frecuentes son la Anorexia Nerviosa (AN) y la Bulimia Nerviosa (BN), aunque existen otros como los Trastornos de la Conducta Alimentaria no especificados y otros nuevos que están apareciendo en los últimos años.

2. TIPOS DE TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

2.1. Anorexia:

La **Anorexia Nerviosa (AN)**, es un trastorno psicológico que consiste en un rechazo a mantener un peso corporal normal, miedo intenso a engordar, en una alteración de la percepción del peso y la figura corporal y una completa negación del peligro que todo esto conlleva. La anorexia es, seguramente, el más conocido de los TCA y suele afectar principalmente a las mujeres jóvenes (con frecuencia adolescentes), pero también a hombres. Algunos de los síntomas más característicos de la AN podemos resumirlos en:

- Pérdidas de peso alarmantes (menos del 85% del peso esperable)
- Alteración de la imagen corporal
- Conductas extrañas a la hora de alimentarse
- Realizar ejercicio físico excesivo
- En mujeres pospuberales aparece amenorrea
- Aislamiento social, irritabilidad
- Hipotensión, arritmias

Dentro de la anorexia encontramos dos tipos:

- Tipo restrictivo: existe miedo a engordar y una restricción voluntaria a comer, ayuno o ejercicio intenso, por lo que el peso es inferior al peso normal para esa talla y edad.
- Tipo purgativo/compulsivo: también existe miedo a engordar pero el enfermo recurre a atracones y acciones compensatorias como vómitos o uso de laxantes.

2.2. Bulimia:

La **Bulimia Nerviosa (BN)** es una enfermedad psicológica que consiste en atracones de comida y métodos compensatorios inapropiados para evitar la ganancia de peso. Estos "atracones se caracterizan por: ingesta de alimentos en un corto espacio de tiempo (p. ej., en un periodo de 2 horas) en cantidad superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un periodo de tiempo similar y en las mismas circunstancias; y una sensación de pérdida de control sobre la ingesta del alimentos (p. ej., sensación de no poder controlar el tipo o la cantidad de comida que se está ingiriendo)." (Miján de la Torre, 2004). Algunos de los síntomas más característicos de BN se resumen en:

- Preocupación obsesiva por la comida, existen unos deseos irresistibles e incontrolables de comer.
- Se dan grandes atracones de comida en cortos periodos de tiempo y a escondidas (2 veces por semana durante 3 meses)
- En mujeres, pueden aparecer menstruaciones irregulares
- Suelen lesionarse las manos debido a los vómitos autoprovoados
- Depresiones, aislamiento..

Al igual que en la AN, la bulimia podemos dividirla en dos tipos:

- Tipo purgativo: durante el episodio de bulimia el enfermo se induce el vómito y usa laxantes, diuréticos y enemas.
- Tipo no purgativo: durante el episodio de bulimia, el enfermo usa conductas compensatorias como ayunos, ejercicio físico intenso.

2.3. Vomiting:

Además de la AN y la BN se ha recogido un nuevo tipo de trastorno alimentario, que se ha definido como **Síndrome del vómito o Vomiting**. Con este término se hace referencia a un tipo de trastorno caracterizado por comer y vomitar compulsivamente varias veces al día. Las personas que presentan este trastorno se caracterizan por el impulso irrefrenable de comer para vomitar. Lo que hace irreprimible la necesidad típica del vomiting es el placer de toda la secuencia de comer y vomitar, la cual se constituye como un verdadero modelo de búsqueda de placer. Además el vomiting se presenta como un trastorno de los más relevantes y difundidos actualmente, casi el 65% de la casuística de la American Psychiatric Association se refiere a este trastorno. (Giorgio Nardone, 2002)

2.4. TCA no especificados:

Dentro de los **Trastornos de la Conducta Alimentaria no especificados** consideramos todos aquellos trastornos que no cumplen los criterios de ningún TCA especificado; son formas incompletas que no reúnen todos los criterios clínicos para diagnosticarse como un TCA. Algunos ejemplos podrían ser mujeres que cumplen todos los criterios diagnósticos para Anorexia pero que tiene menstruaciones regulares; o que se cumplan todos los criterios para Bulimia pero que los atracones solo aparezcan dos veces a la semana.

2.5. Vigorexia:

En los últimos años aparecen nuevos trastornos como la **vigorexia**, también llamado **complejo de Adonis**. Es un trastorno psicológico distinto a los anteriores, ya que no es exactamente alimentario pero que comparte muchos síntomas como la obsesión por la figura y la distorsión del cuerpo. Hablamos de vigorexia cuando existe una preocupación excesiva por la musculación, normalmente aparece en hombres que llegan a estar obsesionados por conseguir un cuerpo cada vez más musculoso mediante la práctica excesiva de ejercicio físico. Los síntomas más frecuentes son:

- El enfermo se mira constantemente al espejo para ver los logros, a pesar de todo, sigue viéndose poco musculoso.
- Centran toda su vida en el gimnasio ya que su máxima aspiración es conseguir un cuerpo bien trabajado, con mucho músculo, por ello pasan horas y horas en los gimnasios.
- Se pesan varias veces al día.
- Aislamiento social, el vigorético se siente fracasado, abandona sus actividades y se encierra en un gimnasio día y noche.
- Dieta poco equilibrada: reducen la ingesta de grasas y aumentan la de hidratos de carbono y proteínas.
- Abuso de sustancias como hormonas, anabolizantes y esteroides.
- Baja autoestima

2.6. PICA:

Otro de los trastornos conocido con el nombre de **PICA**, consiste en la ingestión de sustancias no nutritivas (como tierra o papel) durante un periodo de por lo menos un mes. Suele darse sobretodo en niños aunque también puede darse en adultos, siendo las mujeres embarazadas las más afectadas. En algunos casos, deficiencias nutricionales específicas

como la anemia ferropénica o el déficit de zinc pueden desencadenar este deseo compulsivo. (Miján de la Torre, 2004)

2.7. Rumiación:

El **mericismo** o **rumiación** es la regurgitación repetida de comida del estómago a la boca, de donde se expulsa o se mastica indefinidamente. Este trastorno suele aparecer en las deficiencias mentales y en niños pequeños sin que habitualmente constituya una patología diferenciada.

2.8. Obesidad:

En los últimos años, la **obesidad** se ha puesto a la cabeza de las enfermedades que más preocupan ya que es factor de riesgo para enfermedades cardiovasculares, aumenta el riesgo de desarrollar diabetes, hipertensión o dislipemias, y empeora la calidad de vida de todos aquellos que la sufren.

El cambio de los hábitos alimentarios y el sedentarismo, cada vez más frecuente en niños y jóvenes, ha hecho que la incidencia de obesidad aumente vertiginosamente. Pero la obesidad no es solo consecuencia del sedentarismo; existen muchos otros factores que ayudan a desarrollar la obesidad como factores genéticos, ambientales, sociales y psicológicos.

En estados de depresión, incluso de ansiedad es frecuente el aumento de peso, debido a un aumento en la ingesta de manera compulsiva. También es frecuente como consecuencia de un trastorno de la alimentación, como bulimia o los atracones. (Miján de la Torre, 2004)

TABLA. 1 Tipos de trastornos de la conducta alimentaria

TCA	Síntomas/características
Anorexia Nerviosa tipo restrictiva	Miedo a engordar Ayuno Realización de ejercicio físico
Anorexia nerviosa tipo purgativa/compulsiva	Miedo a engordar Atracciones de comida Vómitos y uso de laxantes
Bulimia Nerviosa tipo purgativo	Inducción de vómitos Uso de laxantes, diuréticos...
Bulimia nerviosa tipo no purgativa	Realización de ejercicio físico Ayuno
Síndrome del vómito	Vómitos compulsivos Búsqueda de placer a través del vómitos
TCA no especificados	Formas clínicas incompletas
Vigorexia	Preocupación por la figura Obsesión por conseguir cuerpo musculoso Abuso de sustancias
PICA	Ingestión sustancias no nutritivas Duración de al menos 1 mes
Rumiación	Regurgitación de comida del estómago Masticación indefinida
Obesidad	Aumento de peso Desarrollo de diabetes mellitus Hipertensión arterial Apnea del sueño
Ortorexia	Preocupación excesiva por la dieta Aislamiento social Seguimiento de dietas estrictas Búsqueda de la salud a través de la comida

3. ORTOREXIA:

3.1. DEFINICIÓN Y FRECUENCIA:

Por último, desde hace pocos años aparece un nuevo trastorno llamado **Ortorexia**: la ortorexia más que en la cantidad se centra en la calidad de la alimentación hasta convertirse en una obsesión patológica. A lo largo de las próximas páginas trataremos de la ortorexia como trastorno de la conducta alimentaria.

El término “ortorexia nerviosa” proviene del vocablo griego que significa “obsesión por un apetito correcto”; *Ortho-* (correcto) y *-orexia* (apetito) y nerviosa hace referencia a la fijación. Fue definido por primera vez por el médico norteamericano Steven Bratman, en 1997, en un libro publicado en el año 2000 en EEUU y titulado “Health Food Junkies”, (“Yonkies de comida sana”).

Bratman fue médico y también miembro del movimiento de alimentos naturales de EEUU durante 25 años. Fue seguidor de distintas dietas con finalidades curativas o perfeccionista, durante diferentes periodos pasando por dietas vegetarianas, frugívoras, crudívoras, macrobióticas, etc... Tras muchos años llevando dietas extremas y siguiendo difíciles rituales en los que comía frutas y vegetales que acababa de recoger del huerto, masticaba los alimentos hasta 50 veces antes de tragarlos, se dio cuenta de que estaba atrapado en una obsesión que se había convertido en el centro de su vida y supeditaba su existencia a la forma de alimentarse.

Este trastorno consiste en una obsesión patológica por la alimentación sana o equilibrada. Suele comenzar inocentemente, como un deseo para conseguir superar enfermedades, perder peso o mejorar la salud. Qué comer, cuánto y las consecuencias de una mala alimentación son algunas de las cosas que un ortoréxico tiene en mente. Suelen ser personas con normas muy rígidas, si en algún momento no las cumplen se autocastigan con dietas más estrictas como el ayuno, alaban sus éxitos, tienen un estricto autocontrol para resistir la tentación y sienten superioridad hacia aquellos que no siguen sus mismos hábitos alimentarios. Desplazan todo el significado de sus vidas hacia la comida, y esto es lo que lo define como un desorden alimentario. La ortorexia muestra algunas similitudes con la Anorexia y la Bulimia, los tres trastornos dan gran importancia a la comida; mientras que la anorexia y la bulimia se centran en la cantidad de ésta, la ortorexia lo hace en la cualidad.

La Ortorexia está definida en cuanto a cómo es esa obsesión, no el deseo de comer de una forma saludable; la ausencia de moderación y la pérdida de perspectiva que hacen que se transfiera todo el significado de la vida hacia la comida. Es el momento en el que la dieta se convierte en una forma de escape que dará lugar al desorden alimentario.

En los últimos años se ha dado una gran importancia a la dieta para mantener un buen estado de salud, pero cuando esta importancia pasa a ser una obsesión hasta llegar al punto de la Ortorexia, no sucede como en otros TCA, sino que suele pasar desapercibida e incluso se toma como una virtud, ya que lo único que se pretende es mantener sano el organismo de la mejor manera posible.

Suele manifestarse en personas con un comportamiento obsesivo-compulsivo. Últimamente se están observando casos en pacientes que habían sufrido anorexia anteriormente y que al recuperarse deciden comer de una forma "sana". Es una enfermedad nueva en España de la que no se sabe su prevalencia, en otros países desarrollados como Estados Unidos, su frecuencia está creciendo, siendo entre un 0.5-1%.

3.2. SINTOMATOLOGÍA:

En su libro, Bratman da una serie de claves para identificar si una persona tiene ortorexia. La respuesta afirmativa a alguna de ellas permite sospechar la enfermedad y cuando se reúnen varias características, hasta el punto de alterar la vida del paciente se puede hablar de enfermedad.

Entre los síntomas más característicos y frecuentes de la enfermedad están:

- Preocupación excesiva por la calidad de lo que se come más que por el placer y la necesidad de comer.
- Aumento en la calidad de la dieta mientras disminuye la calidad de vida; el problema de la ortorexia es que los alimentos saludables no alimentan el alma, uno piensa más en lo que se mete en la boca que en dar más importancia a resto de facetas de su vida.
- Pensar durante más de tres horas al día en la dieta; en este tiempo se incluye cocinar, hacer la compra, leer acerca de dietas, pensar si un alimento es sano o no.
- Desplazarse grandes distancias para conseguir alimentos especiales: (ecológicos, de importación, puros, sin aditivos, etc)
- Planificación de las comidas de los días siguientes; los ortoréxicos tienden a planear los menús para los próximos días, semanas, etc...
- Ser cada vez más estricto con uno mismo; el ortoréxico se vuelve más rígido en sus hábitos alimentarios lo que le provoca un gran placer.
- Abandonar actividades cotidianas por mantener una dieta saludable; dejan de acudir a citas, de realizar trabajos ya que todo su tiempo lo ocupan con la comida.
- Aumento de la autoestima y la experimentación de un estado místico o de virtud mientras se sigue la dieta correcta. Sentimiento de superioridad hacia aquellos que no siguen esa dieta

- Sentimiento de culpabilidad o de “pecado” cuando se rompe esa dieta; su autoestima va muy unida a lo que comen. Un bocado de un alimento prohibido lo tomarán como un pecado, por lo que se castigan con dietas aún más estrictas.
- La dieta llega a convertirse en una religión de la que en algunos casos intentan hacer proselitismo
- Aislamiento social; la rigidez de la ortorexia provoca que sea muy difícil mantener esa alimentación en un lugar que no sea su casa. Los ortoréxicos evitan comer fuera de casa o en restaurantes por lo que las reuniones con amigos serán cada vez menos frecuentes hasta llegar a la completa soledad.
- Sentimiento de control total cuando se come la comida correcta; la vida es difícil de controlar, de tal manera que controlando lo que comen, tienen la ilusión de ejercer poder sobre los demás aspectos de su vida.

3.3. TRATAMIENTO:

El tratamiento de la Ortorexia es muy difícil, suele llevar varios años que una persona consiga mantener una buena alimentación sin normas rígidas ni calculadas, que deje de sentirse culpable por lo que come tras haber estado años obsesionado por ello.

El primer paso para curar la Ortorexia es la aceptación por parte de la persona que siente una obsesión por la comida y desear que esa obsesión se acabe. Este pequeño paso es sorprendentemente poderoso ya que supone un gran cambio en la creencia de que lo que uno come es una virtud y que la persona empiece a entender que realmente tiene una enfermedad. Es una etapa significativa, la persona debe estar muy segura de que quiere curarse, podrán darse casos en los que la persona recaiga en la obsesión una y otra vez, por lo que es muy importante intensificar con seguridad que la ortorexia no es una virtud. Esto ocurre automáticamente cuando el tiempo va pasando y se empiezan a aborrecer las normas que se tenían.

Una vez que se ha aceptado que se padece de ortorexia, hay que empezar a aprender a comer normal y cómo hacerlo de una forma natural sin pensar demasiado en ello; olvidarse de la preocupación por lo que se come. Para un ortoréxico no es fácil relajarse en cuanto a lo que se refiere a la comida.

En segundo lugar; se debe insistir desde un punto de vista dietético y nutricional, esto significa que la persona cubra sus requerimientos nutricionales mínimos y esto se conseguirá aportando cada vez una mayor cantidad de alimentos básicos hasta llegar a conseguir un alimentación normal para esa talla, edad, sexo...

Hay que tener en cuenta que, al principio, se empezarán a sentir algunos síntomas físicos, el cuerpo se tendrá que ir acostumbrando e irá tolerando los alimentos poco a poco.

Para ello hay que tomárselo con calma, la recuperación es lenta y requiere de fuerza de voluntad. Se irán introduciendo los alimentos de una manera determinada, primero alimentos sanos, no se puede empezar tomando “comida basura” o con mucha grasa ya que el sentimiento de culpa será tan grande que no se avanzará en la recuperación. Además las comidas no tienen que ser perfectas, no caer en los antiguos patrones ya que hay que trabajar en romper con el extremismo desde el que se parte hasta llegar a una situación en la que no existirá una preocupación por la dieta.

No hay nada malo en comer de forma saludable, el problema no es la naturaleza de la dieta sino la actitud que se tiene frente a ella. Se puede comer aquello que te hace sentir bien o que crees que te va a sentar bien pero de una forma relajada, acordándote de que hay muchas más cosas en la vida que la comida.

La cuestión está en si se es capaz de comer de acuerdo a reglas especiales sin caer en la obsesión ni convertirse en ortoréxico. La respuesta es sí. No hay ningún inconveniente para comer de forma saludable y no caer en un desorden alimentario.

La dieta tiene que ser solo dieta; no una forma de escape, de aislamiento o auto castigo, si un paciente toma ese camino significa que valora su vida y que la comida es una parte más de esta no el centro de ella.

Tras mejorar el estado de salud de la persona, el tratamiento se debe basar en que esa persona consiga establecer unos hábitos alimentarios adecuados, se le debe enseñar como tiene que ser una dieta equilibrada, completa y bien estructurada. Para ello, se tendrán que ir introduciendo de forma gradual, alimentos que eran rechazados por la persona además de explicarle la importancia que tiene la ingesta de todos esos alimentos para un buen funcionamiento del organismo.

De forma paralela sería adecuado instaurar tratamiento de intervención en psicoterapia, a fin de que el sujeto vaya adquiriendo mecanismos o estrategias que le permitan superar de forma adaptada las descompensaciones personales, que le han llevado a una mala utilización de la alimentación, mediante la cual ha querido establecer el control de sus emociones.

Desde la terapia habría que reflexionar en las causas que han desencadenado el problema y su mantenimiento. Ayudar al paciente en la búsqueda de nuevas conductas y modificar las no adecuadas, sería de inicio el objetivo terapéutico.

Para modificar la conducta hay que hacerlo desde el mismo marco de referencia del paciente, teniendo en cuenta su sistema de valores; si queremos que no solo haya una modificación en la conducta de manera puntual sino una estabilidad generalizada, por lo que no debe notar que se le está juzgando, sino que le estamos comprendiendo. Esta terapéutica es

fundamental para conseguir el objetivo final. Se irán introduciendo pequeños cambios para que el paciente pueda interiorizarlos y mantenerlos con el paso del tiempo.

3.4. FACTORES PREDISPONENTES O DESENCADENANTES:

Existen diferentes causas a partir de las cuales se puede desarrollar la Ortorexia, muchas de ellas suelen estar ocultas o nacer de creencias muy atractivas pero que desgraciadamente son falsas. Las causas ocultas más frecuentes son:

- **Ilusión por una seguridad total:** en los ortoréxicos existe la falsa creencia de que pueden prevenir todo tipo de enfermedades simplemente con llevar una dieta sana. Son personas que tienen mucho miedo a la muerte y que por tanto buscan todas las posibilidades para alejarse de ella. El factor que más pueden controlar es la alimentación lo que les lleva a obsesionarse de manera desmesurada. Viven para mantener la salud y alargar la vida pero se les olvida vivir; la obsesión es tal que la comida les crea una ilusión de perfecta seguridad que les impide seguir creciendo y disfrutando.
- **Deseo de controlar todo:** en muchos casos, no solo se usa la comida para prevenir enfermedades, sino que controlando la comida toman el control del resto de los aspectos de la vida. En realidad, no hay nada que podamos hacer para tomar el control, sin embargo los ortoréxicos crean un pequeño mundo a través de la comida en el que el conocimiento del caos de la vida no existe, y en el que ellos son los maestros. Muchas dietas, como la macrobiótica, se basan en controlar todo aquello que cae en el plato, este control exagerado se extrapola al resto de las facetas de la vida, y entran en un juego de fingir seguridad ya que uno nunca puede estar bajo un control total.
- **Negación de la realidad:** es una de las causas más comunes que llevan a desarrollar ortorexia, sobre todo en mujeres. Se refiere a cómo las diferentes teorías sobre alimentación llevan a buscar los cánones de belleza impuestos sin que el sujeto lo admita. Los seguidores de todas estas diferentes teorías alimentarias suelen estar muy delgados, sin admitir que siguen esas dietas para adelgazar.
- **Búsqueda de espiritualidad a través de la cocina:** desde siempre las personas han buscado a Dios, unos en iglesias, templos, en la naturaleza, y actualmente, muchos lo buscan en la comida siendo una de las formas más severas de desarrollar la ortorexia. No hay nada malo en buscar a Dios en la comida, el problema surge cuando se convierte en una obsesión mística o “cuasi” religiosa. La dieta macrobiótica es como

una religión, centran la atención en cuestiones como masticar un número fijo de veces la comida, en cómo cortar los alimentos, con lo que consiguen una unidad de la mente, el cuerpo y el alma, lo que les lleva a conseguir esa espiritualidad. Los crudistas se centran en la transparencia, la ligereza. Los seguidores de ambas teorías piensan que cualquier persona debería unirse a su obsesión, tratar de convertir a todo el mundo, ya que con sus ideas se acabará todo lo malo del mundo. Si la comida saludable fuera algo espiritual, ¿no sería uno de los mandamientos principales en las diferentes religiones ?

- **Puritanismo de la comida:** es otra motivación semireligiosa que puede desencadenar la ortorexia. Los seres humanos no solo comemos para mantenernos vivos y mantener la salud, sino que comemos por placer. Los ortoréxicos piensan que el acto de comer es un vicio que los hace culpables, que los lleva hacia los “demonios” de la enfermedad. Los sujetos tienden a seguir una dieta basada en alimentos que no les gusten ya que de esta manera rechazan lo que desean y se autocastigan y mortifican para tomar los alimentos divinos como una forma de ascetismo y negación de los placeres terrenales.
- **Creación de una identidad:** los sujetos suelen seguir diferentes y complicadas dietas para diferenciarse de aquellos que no las siguen. A través de la comida buscan un camino para encontrarse a ellos mismos, para establecer una identidad. Realmente es una filosofía, una manera de distinguir a los miembros de una teoría y que cada uno de ellos tenga claro si pertenece o no. De esta forma, obedeciendo normas, se sienten importantes, personas buenas, que se distinguen del montón, y que les de nombre y una identidad.
- **Miedo a otra gente:** mientras para algunos la comida les sirve para identificarse con un grupo, para otros ocurre lo contrario, les separa de cualquier contacto social. Los ortoréxicos son gente que come de manera muy extraña por lo que suelen comer solos para evitar críticas. Una de las teorías que más aislamiento social provoca es la de las alergias alimentarias, cuanto uno más se adentra en ella, más restricciones de alimentos se tienen por lo que será más difícil mantener esa dieta fuera de casa. Este proceso de aislamiento a través de la comida no se hace de forma consciente. No hay nada malo en querer estar solo, el problema surge cuando se usa la comida como una excusa para alejarse del resto.

Todas estas causas tiene algo en común; todas ellos usan la comida como algo más que un medio para alimentarse, unas como símbolo de identidad, espiritualidad y seguridad. Este hecho de transferir tanta importancia y significado de la vida hacia la comida es lo que

hace que la Ortorexia sea un desorden alimentario. Como hemos dicho, cuando surge la obsesión, es imposible seguir con una vida normal.

3.5. DIETAS QUE CURAN:

► Alergias alimentarias:

El tratamiento de las alergias alimentarias es un método muy eficaz para reducir algunos síntomas que pueden aparecer en cualquier enfermedad. Al identificar a qué alimentos se les tiene alergia y eliminándolos de la dieta, se experimenta un cambio en enfermedades como el asma, artritis reumatoide, migrañas o enfermedad de Crohn. Este tipo de tratamiento puede ser muy efectivo a la vez que puede convertirse en un camino hacia la ortorexia.

Existen dos tipos de alergias alimentarias: una primera en la que se produce una hinchazón de labios, cara, lengua y garganta, es más evidente y causa síntomas más característicos. Algunos ejemplos de alergias son la alergia al marisco, a los frutos secos o las fresas.

El otro tipo de síntomas atribuidos a alergia alimentaria pero sin fundamento científico, no muestra sus efectos tan rápidamente pudiendo pasar incluso semanas y meses hasta el comienzo de la sintomatología. Una exposición constante al alérgeno puede provocar síntomas vagos e inespecíficos como fatiga, congestión nasal, dolores de cabeza. Las alergias de este tipo son imprecisas y difíciles de diagnosticar.

No hay dudas en cuanto a que si se identifica y se elimina todo aquello que produce alergia, se puede mejorar significativamente la salud, el problema está en conocer cuales son los alimentos a eliminar. Los últimos métodos para identificarlos se basan en eliminar todos los alimentos excepto el pavo y el arroz blanco, que se sabe que son no alérgenos. Después de un tiempo se van añadiendo de forma gradual diferentes alimentos hasta que se produzca algún efecto. Sin embargo existen otros métodos como análisis de sangre conocidos como CAST o ALCAT, o métodos en los que se mide la resistencia eléctrica de la piel, a pesar de todo esto son métodos muy poco fiables pero muy populares.

Ciertos alimentos son más alérgenos que otros; la leche, el trigo o la soja son los más conocidos.

Hemos dicho que este tipo de tratamiento puede convertirse en un camino hacia la ortorexia; esto es así ya que al eliminar alimentos de nuestra dieta podemos mejorar algunos síntomas, pero el problema aparece cuando no sabemos donde parar. La lista se va haciendo cada vez más grande y llega un momento en que a cualquier dolor que se tenga se le echa la culpa a las alergias. Por eso, estos tratamientos tiene que hacerse con moderación ya que la

obsesión hace que cuando se ha eliminado el alimento que causa los síntomas, pronto aparezcan nuevos debido a otros alimentos.

► Teoría de los alimentos crudos:

Como su nombre indica, esta teoría se basa en consumir alimentos crudos, tanto frutas, verduras o cereales. Comenzó en el siglo XIX en Europa cuando surgió una reacción contra las transformaciones que se hacían en la industria alimentaria lo que dio lugar a un movimiento llamado “vuelta a la naturaleza”. Piensan que se pueden prevenir enfermedades con dietas bajas en grasa y ricas en cereales integrales, frutas frescas y verduras; y todo esto combinado con un estilo de vida saludable y evitando los productos químicos. Existe una progresión entre los seguidores de esta dieta; algunos solo consumen frutas y verduras llamándose frutistas, y en el caso más extremo se sitúan los “breatharianism”, cuyo fin último es alimentarse del aire.

► Dieta macrobiótica:

La dieta macrobiótica es una forma extrema de vegetarianismo combinada con ideas derivadas de la filosofía budista Zen. Fue creada por George Ohsawa y popularizada por Michio Kushi. Se estima que esta dieta es la que más induce al desarrollo de una futura ortorexia debido a su gran complejidad que la hace seductora y muy absorbente.

La gente se siente atraída por esta dieta porque quieren conseguir un control sobre ellos mismos, dirigiendo hasta el más minucioso detalle respecto a la comida, imaginan que están dirigiendo sus vidas minuciosamente. El sentimiento de control que tienen sobre la comida les proporciona un sentimiento de poder exagerado sobre sus propias emociones.

Consiste en un sistema dietético con diez niveles en los que gradualmente se van eliminando todos los alimentos de origen animal, frutas y verduras hasta llegar al último nivel que incluye exclusivamente arroz integral. De acuerdo con diversas teorías médicas de Asia y China, cada alimento posee una energía que lo hace apropiado para la persona que lo necesita o lo hace insano para quién no.

Clasifican los alimentos según un principio Taoísta, el Yin y el Yang; piensan que el universo está creado en base a oposiciones. Por ello, entre el Yin y el Yang debe existir un equilibrio (5:1) para lograr la salud y el bienestar físico y mental.

- Yin: fuerza suave, alcalina, lo femenino, alimentos pasivos, azúcar, ensaladas, patatas...
- Yang: la resistencia, ácido, lo masculino, alimentos activos, carne, queso, huevos...

Los cereales y las verduras ofrecen el mejor equilibrio entre Yin y Yang; incluso existen procesos culinarios Yin y Yang que pueden alterar los alimentos; aumentar el tiempo de cocinado proporciona a los alimentos elementos Yang. También clasifican las vitaminas, el grupo B y la vitamina C son Yin mientras que las vitaminas liposolubles y B₆ son Yang. Suele ser muy común el déficit de vitamina B₁₂. La manera de alimentarse también depende de factores ambientales; en un ambiente cálido, caluroso, será necesario tomar alimentos de categoría Yin, mientras que en un ambiente frío será necesario tomar alimentos Yang. Limitan el agua de bebida, tienen reglas sobre la forma de alimentarse como masticar 50 veces el alimento antes de tragarlo o no tomar alimentos procesados.

Establecen una serie de dietas numeradas que van del -3 al +7:

- (-3 a +2): incluyen cantidades decrecientes de alimentos de origen animal (semivegetarianas)
- (+3 a +6): dietas exclusivamente vegetarianas, incluyen cantidades decrecientes de granos de cereales.
- (+7): se compone exclusivamente de granos de cereales triturados, sobre todo arroz integral.

► Dieta de “La Zona”:

Creada por Barry Sears, es una dieta que consiste en que hidratos de carbono, proteínas y grasas se encuentren en la proporción justa en cada comida. Al reducir la cantidad de hidratos de carbono que comemos reducimos la producción de insulina que nos hace engordar y causa muchas enfermedades crónicas. Para Sears “estar en la zona” significa mantener unos niveles de insulina correctos que no se deben sobrepasar. Si se logra, mantendremos un buen peso y evitaremos cardiopatías y diabetes. Según su creador, esta dieta es una forma de alimentación para mejorar la salud, el rendimiento físico e intelectual, el control emocional, vivir más y controlar y perder peso.

► Teoría de *Candida albicans*:

También llamado Síndrome de hipersensibilidad a la levadura. Esta teoría fue introducida por Orion Truss y popularizada por William Crook, la teoría se basa en que algunas personas forman mucha levadura en el cuerpo y esto desarrolla una alergia hacia ella, una forma de “hipersensibilidad”. Los síntomas serían parecidos a los de las alergias alimentarias, Truss sugirió que síntomas como los dolores de cabeza, la fatiga o los dolores musculares se debían a esta alergia. No hay ninguna forma de eliminar la candida del cuerpo ya que vive allí de forma natural, en algunos momentos pueda darse un crecimiento excesivo de ésta causando molestias pero rara vez provoca síntomas peligrosos.

Más tarde, Crook dio una versión a esta teoría, desarrollando una dieta. Esta dieta prohibía comer dulces ya que los azúcares alimentaban a la levadura, y que por tanto, comer dulces, incluyendo frutas y zumos, aumentaba los niveles de candida del cuerpo. Más adelante la prohibición también fue para el pan, porque contiene levadura, la salsa de tomate porque contiene moho, y los champiñones porque pertenecen a la familia de los hongos.

De esta teoría surge otra idea, lo que llaman candidiasis sistémica, este término implica que la candida se ha extendido y prolifera en varios órganos del paciente (ojos, articulaciones, corazón, etc). Este término solo se da en pacientes con sida o cáncer avanzado, pero sirvió para dar fuerza a la teoría de la candida.

► Dieta de los grupos sanguíneos:

Esta dieta de consejos dietéticos basados en cada uno de los grupos sanguíneos. Estos consejos surgen de aplicar a cada grupo la alimentación que se realizaba en el momento evolutivo en el que surgieron; por ejemplo, el grupo O surgió en el periodo del hombre de las cavernas por lo que las personas con este grupo deberían comer carne, el grupo A surgió al principio de la agricultura por lo que deberían comer granos.

3.6. PELIGROS:

Uno de los grandes peligros de la ortorexia son todas las consecuencias que lleva asociadas. La ortorexia no suele ser una enfermedad que mate por inanición, aunque existen casos en los que la obsesión y la pérdida de la proporción es tan grande que lleva a que se realicen dietas extremas. Las dietas tan extremas llevan a una malnutrición que provoca que el individuo sea muy susceptible a infecciones que en otra persona se superarían sin problemas, y que les pueden llevar a la muerte. Estas dietas tan extremas también llevan a desarrollar una malnutrición proteico-energética debido a que van retirando alimentos hasta que solo comen verduras y frutas. La malnutrición les provoca debilidad, en algunos casos se les hincha la barriga, lo que les produce una sensación física de ligereza de la que son adictos. Aunque este cuadro no suele ser muy común, representa a la ortorexia en su peor forma.

En otros casos, cuando la obsesión no es tan fuerte, también se producen consecuencias de otro tipo. La ortorexia les produce una serie de incapacidades emocionales que les lleva a enfermedades psicológicas como depresión, ansiedad crónica... que también necesitan tratamiento. En estos casos, el daño de la ortorexia radica en el daño que se hace a la mente y el espíritu, en cómo se crea un mundo enfermizo.

El daño más común de la ortorexia es la pérdida de oportunidades, debido a la obsesión que hace que la comida se convierta en algo más importante que lo que realmente

es, mientras se está obsesionado en la comida se dejan de hacer muchas cosas. Esta obsesión hace que la ortorexia tenga varios puntos en común con los desordenes obsesivos compulsivos. Los sujetos que sufren esta enfermedad suelen tener hábitos obsesivos como son la necesidad de pesar y medir los alimentos y los líquidos que ingieren, planear las comidas, o el sentimiento de culpabilidad que sufren si no siguen exactamente la dieta planeada.

Otro de los peligros de la Ortorexia, del que ya se ha hablado, es el aislamiento social que se produce. Estos sujetos tienen un sentimiento que les hace pensar que son mejores al resto solo por llevar la dieta que llevan. Esto se traduce en que aquellas personas que no comulguen con los mismos hábitos de "comida sana" que sigue el ortoréxico, no podrán comer con él, por lo que su círculo social se va estrechando hasta acoger simplemente a aquellos que siguen los mismo hábitos

v.m.c

4. CASOS CLÍNICOS:

Informe Clínico de EBE.

MC: Mujer de 28 años de edad que ingresa por desnutrición extrema el 14/10/2003.

EA:

- A los 15 años de edad consultó con un médico naturópata, por un problema de acné, que le suprimió las grasas y la leche. A los 18-20 años adoptó una dieta vegetariana suprimiendo también todo tipo de productos lácteos.
- Desde 1995 no toma legumbres porque le producían flatulencia, síntomas de enrojecimiento facial y disnea al exponerse solamente a los vapores de cocción (aporta un informe de 1995 con pruebas alérgicas al ácido cromogénico, en el que se recomienda no tomar legumbres ni frutos secos. Desde entonces si ha tomado frutos secos con buena tolerancia, arroz y patatas. Desde hace unos tres años no toma huevos.
- En el año 2001 pesaba 45 kg y desde entonces ha perdido peso paulatinamente especialmente durante el último año coincidiendo con un aumento en la actividad física por trabajo en labores de agricultura. Desde hace un año presenta amenorrea. Desde Julio de 2003 no toma arroz y además ha adoptados hábitos crudívoros y frugívoros
- En Julio de 2003 durante un viaje a la India comienza con un cuadro de dolor abdominal, vómitos y diarreas líquidas sin sangre, moco ni pus, ni fiebre que atribuyo al agua, ya que los alimentos los tomaba pelados. Acude a urgencias por este motivo el 2/8/03, tras 15 días de evolución, refiriendo además pérdida de peso sin cuantificar. La exploración fue normal salvo por la delgadez extrema y también fue normal la analítica practicada en urgencias.
- Consulta de nuevo a urgencias el 14/10/2003, remitida por el médico de cabecera, por persistencia de la diarrea, astenia intensa y persistencia de desnutrición.

EC al ingreso: Peso 27 kg, Altura 158 cm., IMC 10,8. T.A 80/60, Pulso 60, Temperatura 36,5°C. Paciente consciente y orientada. Con actitud indiferente hacia su estado nutricional, en ocasiones parece estar algo bradipsíquica. Desnutrición extrema. Lesiones rojo violáceas en manos y pies sugestivas de pelagra. Resto de EC normal salvo por edemas en 2/3 inferiores de las piernas.

Analítica: Hb 15,5 g/dl, Hto 43,6%, VCM 91, Leucocitos 6.500. Plaquetas 269 (fórmula normal). Fosfatasa alcalina 32 U/L GGT 3 U/L, Hierro 58 mcg/dl, Calcio 7,3 mg/dl Albúmina 2,4 g/dl, Proteínas totales 3,5 g/dl, Colesterol 144 mg/dl, Triglicéridos 284 mg/dl, IgG 309 mg/dl, IgA 71 mg/dl, IgM 52mg/dl, Transferrina 153 mg/dl, Ferritina 53 mg/dl, Prealbúmina 25,8 mg/dl. PLR 5,56 mg/dl, Magnesio 2,3 mg/dl. Vitamina B12 35 pg/ml

(Normal 188-722). Ácido fólico 10,5 ng/ml. TSH 1,95 uUI/ml. Anticuerpos anti gliadina negativos. Anticuerpos antitransglutaminasa negativos.

No se ha podido determinar vitamina D por deficientes condiciones de extracción.

Hemorragias ocultas negativas.

Cultivo de heces: No se aíslan bacterias patógenas

Parásitos en heces: Se observan quiste de *entamoeba sp*, *entamoeba Coli*, *chilimastix mesnili*, no se detecta antígeno de *entamoeba histolytica*.

OEC: ECG normal. La enferma no acepta realizarse Rx de tórax.

E.

- La enferma rechazó el tratamiento con nutrición enteral a través de sonda nasogástrica, y la administración de suplementos dietéticos, aunque estuvieran fabricados con alimentos vegetales y también la comida del hospital, y solamente aceptó tomar como alimentos proteicos pan de germen de trigo, tofu y frutos secos, pero en cantidades y combinaciones dentro de una dieta crudívora, frugívora y vegetariana con la que resultaba muy complicado alcanzar unos objetivos terapéuticos mínimos.
- Desde el ingreso fue tratada con suplementos de fósforo y potasio, que en un principio también rechazo, solo aceptó como suplementos vitamínicos un preparado multivitamínico y extractos de hierbas, no indicado por nosotros.
- El día 17/10/2003 la enferma ingresó en la Unidad de Cuidados Intensivos donde comenzó a comer las cantidades prescritas, fue dada de alta una semana más tarde.
- El día 24/10/2003 pasa a planta, donde, tras negociaciones de más de una hora de duración no aceptó una dieta con un contenido calórico y proteico aceptable, basándose en argumentos pseudo científicos de teorías sobre alimentación vegetariana y un conocimiento muy amplio de la composición de los alimentos.
- La conducta frente a los alimentos, lo forzado de las negociaciones y los cambios de opinión y ruptura de las mismas por parte de la enferma, así como las dificultades para el control de la dieta motivaron su ingreso en psiquiatría.
- Cuando recibimos los resultados analíticos de vitamina B12, la enferma rechaza el tratamiento parenteral por lo que se administra por vía oral, obteniendo una respuesta muy pobre al tratamiento, al mismo tiempo que descienden el volumen corpuscular y los niveles de hierro, por lo que se añade al tratamiento hierro sin mucha respuesta, se determinan hemorragias ocultas en heces que son negativas
- En las últimas determinaciones la vitamina B12 ha subido a 182 pg/ml, el hierro persiste bajo, 24 mcg/dl y la ferritina en 17 ng/dl. Desde el ingreso la enferma ha aumentado la ingesta de proteínas y calorías, ha ganado peso paulatinamente

hasta alcanzar 32 kg en la actualidad. La enferma se encuentra pendiente de realizarse densitometría ósea.

PRONÓSTICO:

Teniendo en cuenta los datos que disponemos del caso anterior, sería adecuado hacer una doble intervención en la que se trataran tanto los aspectos relacionados con lo nutricional como los relacionados con la conducta y el mundo emocional de la paciente, ya que ambos están alterando su normal funcionamiento.

Si consideramos los parámetros bioquímicos como son la albúmina, el colesterol, las proteínas totales y parámetros antropométricos, como el peso, la talla y el IMC ($12,81 \text{ kg/m}^2$); podemos observar que la paciente se encuentra en un estado de desnutrición severo, por lo que la primera medida que se llevará a cabo será actuar sobre la malnutrición que presenta. Tanto la vitamina B₁₂, el hierro y la ferritina deberían elevarse hasta unos niveles adecuados, para ello se incorporarán poco a poco alimentos que antes se evitaban. Consiguiendo como objetivo final que la paciente aumente el contenido energético y proteico de la dieta.

De forma paralela una intervención en psicoterapia con la paciente y con su medio familiar pueden ayudarla a modificar su conducta y a establecer nuevas estrategias frente a la comida, que le permitirán mejorar sus hábitos alimentarios y de forma generalizada su salud.

Se estima un pronóstico adecuado siempre que la paciente acepte esta doble intervención, mediante la cual podrá llegar a conseguir una estabilidad en sus nuevos hábitos, por esta razón es importante que se enfrente con las posibles causas que la hicieron tener unos desajustes tan importantes que la impidieron llevar un normal funcionamiento de su vida.

CASOS-EJEMPLO DE ORTOREXIA:

A veces son los amigos lo que llaman la atención sobre la dieta que el sujeto está realizando. La paciente JJ empezó poco a poco eliminando alimentos de su dieta, primero productos lácteos, luego el trigo... Todo empezó después de hacerse unos test de alergias; su médico la eliminó algunos alimentos y empezó a mejorar. Al ver su mejoría Janice llegó a tal punto que solo comía alcachofas, pasta, aceite de cáñola y sandía y se negaba a volver a una dieta normal. Su amiga Marta estaba asustada ya que Janice cada vez estaba peor, pesaba poco y sus músculos estaban desapareciendo, por lo que pidió ayuda a Steven Bratman. Éste trató a Janice de forma alternativa, trató que confiara en él. Consiguió pasarla a unos hábitos macrobióticos que al menos aseguraban el mantenimiento de su salud, ya que su obsesión se centraba en que cuanto menos comiera mejor se sentiría. De esta forma Janice fue mejorando su alimentación.

5. BIBLIOGRAFÍA:

- Bratman S, Knight D. Health Food Junkies. Orthorexia nervosa: overcoming the obsession with healthful eating. 1ª ed. Estados Unidos: Broadway Books; 2000.
- Miján de la Torre A. Nutrición y metabolismo en trastornos de la conducta alimentaria. Cap 3: Velasco Vallejo JL, Martín de la Torre E. Clasificación de los trastornos de la alimentación. La obesidad como trastorno de la alimentación. Editorial Glosa; 2004. p. 57-69.
- Nardone G, Verbitto T, Milanese R. Las prisiones de la comida. Cap 1.2: Clasificación diagnóstica de los trastornos alimentarios. Barcelona. Editorial Herder; 2002.