



FACULTAD DE MEDICINA
UNIVERSIDAD DE CANTABRIA

GRADO EN MEDICINA

TRABAJO FIN DE GRADO

TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA EN VARONES

EATING DISORDERS IN MEN

Autor/a: Carlota Ruiz Echevarría.

Director/es: Dr. José Andrés Gómez del Barrio.

Santander, junio 2022

INDICE

1. RESUMEN	Pág. 3
2. ABSTRACT	Pág. 4
3. INTRODUCCIÓN	Pág. 5
4. HIPÓTESIS	Pág. 10
5. OBJETIVOS	Pág. 10
6. METODOLOGÍA	Pág. 11
7. RESULTADOS, DISCUSIONES	Pág. 12
8. LIMITACIONES	Pág. 20
9. CONCLUSIONES	Pág. 21
10. IDEAS DE FUTURO	Pág. 22
11. AGRADECIMIENTOS	Pág. 23
12. BIBLIOGRAFIA	Pág. 24

1. RESUMEN:

OBJETIVO:

Existe una escasez de estudios sobre los varones con trastornos de conducta alimentaria (TCA). Por esta razón decidimos realizar un estudio para describir el perfil sociodemográfico y clínico de los varones con TCA que acudieron a recibir su primer tratamiento a una unidad especializada.

METODOLOGÍA:

Evaluamos retrospectivamente 110 varones entre los años 2010 y 2021; se extrajeron los datos de las historias clínicas y las evaluaciones iniciales.

RESULTADOS:

El diagnóstico más frecuente fue la anorexia nerviosa (32,7%); siendo la edad media del diagnóstico de TCA 27,27 (11,90). El tiempo medio transcurrido sin tratamiento fue de 74,16 meses. Se objetivó una adecuada adherencia al tratamiento (76,6%) predominando el alta por remisión completa. En un 43,6% de los casos se diagnosticó otro trastorno mental comórbido. Siendo el más habitual el trastorno de ansiedad.

CONCLUSIONES:

Es posible que el diagnóstico de los varones con TCA sea más difícil de realizar y la solicitud de ayuda por parte de estos esté más retrasada. Parece necesario una mayor concienciación en el ámbito sanitario para lograr una mejor detección de los casos.

PALABRAS CLAVE: Varones, trastornos de conducta alimentaria, características sociodemográficas y clínicas.

2. ABSTRACT:

PURPOSE:

There is a paucity of studies on men with eating disorders (ED). Thus we decided to conduct a study to describe the sociodemographic and clinical profile of males with ED who attended their first treatment in a specialized unit.

METHODOLOGY:

We retrospectively evaluated 110 males between the years 2010 and 2021; data were extracted from medical records and initial assessments.

RESULTS:

The most frequent diagnosis was anorexia nervosa (32.7%); mean age at diagnosis of ED was 27.27 (11.90). The mean time without treatment was 74.16 months. Adequate adherence to treatment was observed (76.6%), with a predominance of discharge due to complete remission. Another comorbid mental disorder was diagnosed in 43.6% of the cases. The most common was anxiety disorder.

CONCLUSIONS:

It is possible that the diagnosis of males with ED is more difficult to make and their request for help is more delayed. It seems necessary to raise awareness in the health care setting in order to achieve better detection of cases.

KEY WORDS:

Males, eating disorders, sociodemographic and clinical characteristics.

3. INTRODUCCIÓN:

Los trastornos de conducta alimentaria (TCA) se caracterizan por ser una alteración persistente en la alimentación o en el comportamiento alimentario, dando lugar a una alteración significativa del funcionamiento psicosocial y/o de la salud física de la persona. En la quinta versión del Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5) se consideran como TCA: anorexia nerviosa (AN), bulimia nerviosa (BN), trastorno por atracones (TA), pica, trastorno por rumiación, trastorno de evitación/restricción de la ingesta de alimentos, otros trastornos de la conducta alimentaria especificados y no especificados; siendo los tres primeros los principales (1).

La AN y la BN en España tienen una prevalencia por debajo del 1% y un 3% el resto de TCA, presentando una relación mujeres/hombres de 9/1(2) . Los TCA son más frecuentes en las personas de clase social media-alta con predominio entre los 12 y 25 años siendo de mayor riesgo el rango de edad entre 13 y 18 años; por lo que sería recomendable la búsqueda activa en estas edades mediante entrevistas con cuestionarios como Eating Attitudes Test (EAT), Cuestionario de influencias del Modelo Estético Corporal (CIMEC-V); cuestionario de Imagen Corporal (BSQ) , entrevista para el diagnóstico de Trastorno Alimentario (IDED-IV), y la encuesta SCOOF; acrónimo de cinco preguntas (Sick, Control, Out weight, Fat and Food) (3). Además de las entrevistas clínicas para poder establecer el diagnóstico es necesario el cumplimiento de los criterios del DSM-5 y/o CIE- junto con una exploración física (Índice de masa corporal [IMC] signos y síntomas característicos) y pruebas complementarias para valorar la salud mental (2).

Respecto al tratamiento se basa en un abordaje psicofarmacológico y psicoterapéutico para normalizar el estado nutricional, hábitos alimentarios, tratar la comorbilidad psiquiátrica y alteraciones somáticas cuando las haya.

FIGURA 1: POBLACIÓN DE RIESGO EN TCA (2)

- Familia conflictiva (críticas, baja tolerabilidad al sufrimiento, desorganizadas...).
- Hechos vitales estresantes en años previos.
- Dependencia excesiva, inmadurez, aislamiento.
- Problemas médicos crónicos de la autoimagen.
- Homosexualidad masculina.
- Sexo femenino.
- Determinados deportes (ballet, atletas, modelos, halterofilia...).
- Preadolescentes y adolescentes.

3.1. ANOREXIA NERVIOSA:

Se caracteriza por un peso corporal anormalmente bajo junto con un temor intenso a aumentar de peso y una percepción distorsionada de este. Su mayor frecuencia es en chicas jóvenes con una media de aparición a los 18 años, aunque también pueden verse afectados los varones.(2)

FIGURA 2: CRITERIOS DSM-5 (2)

<p style="text-align: center;"><u>ANOREXIA NERVIOSA</u></p> <ul style="list-style-type: none">- Restricción de la ingesta en relación con las necesidades dando lugar a un peso significativamente bajo (inferior al mínimo normal) para edad, sexo, etapa del desarrollo y salud física.- Miedo intenso a ganar peso o conducta persistente para evitar la ganancia de peso incluso estando por debajo de lo normal.- Alteración en la autopercepción del peso y constitución, autoevaluación inadecuada del peso o constitución corporal, o falta persistente de reconocimiento de la gravedad del peso corporal bajo.

3.2. BULIMIA NERVIOSA:

Situaciones en las que la persona de forma regular tiene episodios de ingesta excesiva junto con conductas inapropiadas para evitar el aumento de peso, al menos una vez a la semana durante tres meses. Su distribución es similar a la AN, pero de aparición más tardía.(2)

FIGURA 3: CRITERIOS DSM- 5 (2)

BULIMIA NERVIOSA

Atracones recurrentes:

- Ingesta de alimentos en un corto periodo de tiempo superior a lo que la mayoría de las personas ingerirían en tiempo y circunstancia similar.
- Sensación de pérdida de control sobre la ingesta de alimentos.
- Conductas compensatorias inapropiadas repetidas para no ganar peso (vómitos, laxantes, diuréticos, ejercicio y ayunas.)
- Atracones y conductas compensatorias en promedio de al menos una a la semana durante tres meses.
- Autoevaluación exagerada contribuido por el peso y silueta.

3.3. TRASTORNO POR ATRACONES:

Consumo de una cantidad de comida excesiva en un periodo de tiempo corto sin conductas compensatorias, acompañado de un sentimiento de descontrol durante los episodios. Tiene una prevalencia mayor respecto a la AN y la BN, asociándose con numerosos trastornos psiquiátricos y no psiquiátricos; siendo también más común en mujeres comenzando sobre los 23 años.(2)

FIGURA 4: CRITERIOS DSM-5 (2)

TRASTORNO POR ATRACONES

- Ingesta más rápida de lo normal.
- Ingesta hasta estar inconfortablemente lleno.
- Ingesta de grandes cantidades sin tener hambre.

A pesar de que la primera descripción de TCA fue documentada en un varón por el doctor Richard Morton en 1964, quien la describió como una patología de origen nervioso, desde el siglo XX los estudios realizados se han centrado en mujeres generando la impresión a la sociedad de que el TCA es una patología propia del sexo femenino.

En el TCA hay síntomas y signos que podemos ver presentes tanto en hombres como en mujeres; la restricción alimentaria, atracones e insatisfacción corporal, pero a la vez existen rasgos característicos de cada sexo; como es el caso de la insatisfacción corporal que se expresa de diferente forma ya que la sociedad muestra el cuerpo ideal del hombre y la mujer de forma diferente. Las mujeres buscan un cuerpo delgado, y su objetivo se sustenta en la presencia de una baja autoestima y el miedo a engordar; mientras que los hombres pueden buscar también la admiración por un cuerpo musculoso capaz de hacer grandes esfuerzos físicos (3) ; este afán por obtener el cuerpo musculoso con un alto rendimiento deportivo se conoció inicialmente como anorexia nerviosa; después paso a llamarse dismorfia muscular, coloquialmente conocida como vigorexia; en el estudio realizado por Romero et al., 2008 se determinó la importancia de evaluar las conductas deportivas en grupos adolescentes ya que en estos existe una elevada vulnerabilidad a las críticas sociales junto con ciertos aspectos socioculturales (menor aceptación de la expresión de los sentimientos por parte de los varones) que aumentan la tendencia a desencadenar la vigorexia (4). No obstante, no todos los hombres con TCA tienen este objetivo; si no que algunos buscan un cuerpo delgado ya que se ven influenciados por su situación laboral como bailarines, jinetes, atletas...o ciertos colectivos que sufren una mayor presión social como el colectivo homosexual (5).

Si analizamos la información que nos trasmite la sociedad en los diferentes medios nos damos cuenta de que nos bombardean con información contradictoria; por un lado, nos muestran la imagen de un cuerpo perfecto y por el otro de comida basura, buffet libres, malos hábitos... fijándonos en esto es fácil darnos cuenta de que esta combinación de ideas puede desencadenar un trastorno alimentario si lo que uno quiere es un cuerpo delgado como ocurre en las mujeres; pero si pensamos en el objetivo masculino; el cuerpo musculoso cuya adquisición se basa en dietas de grandes cantidades de hidratos de carbono y proteínas junto con rutinas de ejercicios de fuerza puede que hasta lo veamos como un comportamiento adecuado y saludable, lo que nos dificulta el diagnóstico de TCA en varones (5)(6).

Previamente he mencionado que ante los síntomas y signos tenemos establecidas unas similitudes y diferencias entre hombres y mujeres; pero además de estos aspectos en estos pacientes existen comorbilidades tanto psiquiátricas como somáticas y aquí nos encontramos con otra dificultad, el establecer la asociación entre el TCA en varones y sus comorbilidades; sobre todo en las somáticas; así como en las mujeres con AN se ha demostrado la presencia de celiaquía (7) y diabetes mellitus tipo 1 (8) siendo importante esta asociación para el tratamiento, en los varones no hay estudios sobre ello. En el caso de la presencia de comorbilidad psiquiátrica si hay algún estudio en los que se refleja la asociación de varones con TCA y trastornos de personalidad obsesiva-compulsiva, antisocial y trastornos depresivos siendo estos últimos muy frecuentes (9).

Como se ha comentado en la introducción existen una serie de factores de riesgo para desarrollar un TCA; en el caso de los varones el estudio de Matthews et al., 2019 ha demostrado que la existencia de obesidad premórbida en adolescentes varones actúa como factor de riesgo para presentar un TCA, pero junto a esto se encuentra otro fracaso en el diagnóstico, siendo estos identificados cuando

están graves y es necesario la hospitalización; esto se debe a que hay una indicación médica o el apoyo social para realizar dietas hipocalóricas que hacen que la disminución de peso de forma drástica no sea considerada como TCA; de nuevo vemos la importancia de la visión que tiene la sociedad sobre este trastorno (10). En otro estudio realizado por Field et al., 2008 se confirma que en el caso de los varones los comentarios negativos sobre el peso realizados por los padres actúan como predictores de atracones; y por ello afirma que los programas para los varones deberían estar enfocados a proporcionar una resistencia a los comentarios negativos; hábitos para mantener un peso saludable y no basarse en comentarios negativos sobre el sobrepeso (11).

Ya hemos comentado que actualmente la tendencia es a pensar que los hombres no están afectados por el TCA y eso hace que apenas existan estudios sobre ello, pero a esto tenemos que añadir que los estudios que existen suelen tener un tamaño muestral pequeño que hace que el análisis separado del sexo femenino sea difícil, unos ejemplos son el estudio de Welch et al., 2015 con un tamaño muestral de 58 varones (12), o el estudio de Matthews et al., 2019 con 3 pacientes (10). Una de las dificultades para el diagnóstico del TCA en varones es que hay pocos cuestionarios adaptados para sus características y necesidades; uno de ellos es el BSQ que fue adaptado por el Proyecto de nutrición de la Facultad de estudios superiores de Iztacala en México, el EAT-40 y CIMEC (3); y alguno para evaluar los trastornos alimentarios y el deporte como el Cuestionario de Hábitos Alimentarios del Deportista (CHAD) (13).

Según la National Comorbidity Survey Replication (NCS-R) de EE.UU. se ha demostrado que menos de la mitad de las personas que tienen algún tipo de TCA consulta a los sanitarios, esto junto con la ausencia de signos llamativos hace más difícil el diagnóstico lo que apoya la hipótesis de que la incidencia tanto en mujeres como en hombres esta subestimada; junto a esto en el caso de los hombres como he comentado anteriormente se suma la problemática de que el TCA actualmente está visto como trastorno propio de mujeres y con ello se genera la dificultad para el diagnóstico y el tratamiento (13). Además, al hacer una búsqueda en Pubmed y ver que solo el 1% de los estudios de AN corresponden a varones se apoya la hipótesis de ausencia de estudios (12).

Es conveniente resaltar que de los pacientes con TCA son los varones los que más tarde buscan tratamiento y que además los síntomas y signos de alarma que suelen presentar difieren de los típicos presentados en mujeres favoreciendo el retraso en el tratamiento (14).

Justificado por todo lo comentado anteriormente en este estudio pretendemos de manera retrospectiva estudiar las características sociodemográficas y clínicas de una muestra amplia de pacientes varones que consultaron en una unidad especializada de TCA en los últimos 10 años en nuestro medio.

4. HIPÓTESIS:

Ante la situación descrita previamente se formulan una serie de hipótesis:

- Los varones con TCA llevarán un tiempo de enfermedad sin tratar elevado antes de contactar con la unidad especializada.
- Su edad en el momento del contacto será alta.
- El diagnóstico de TCA más frecuente será de tipo impulsivo.
- Los pacientes varones con un TCA tendrán comorbilidad psiquiátrica elevada.
- La tasa de abandonos encontrada será elevada.
- El número de varones que acudieron a recibir tratamiento a una unidad especializada será menor del 10% del total de los pacientes atendidos.

5. OBJETIVOS:

Como objetivo general se plantea estudiar el perfil sociodemográfico y clínico de los varones con un TCA que acuden a recibir tratamiento en una unidad especializada; este objetivo se afronta a través del análisis de unos objetivos específicos:

- Identificar el tiempo de evolución de la enfermedad antes de acudir a recibir tratamiento.
- Estudiar la frecuencia de los subtipos de TCA que presentan los varones evaluados.
- Determinar la presencia de comorbilidad psiquiátrica.
- Explorar la edad, nivel de estudios, la ocupación en los varones con TCA.
- Comparar el número de varones atendidos respecto al total de pacientes atendidos en la unidad.
- Evaluar el estado clínico actual.

6. METODOLOGÍA:

Se realizó un estudio retrospectivo de 110 pacientes varones atendidos de forma consecutiva en la Unidad asistencial especializada en TCA del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla a lo largo de varios años (2010-2021).

Los datos fueron extraídos a través de su historia clínica y la evaluación inicial realizada en el momento del primer contacto con la unidad. Todos los pacientes fueron informados de que sus datos iban a ser utilizados para estudios de investigación en el futuro y firmaron su consentimiento. El estudio fue aprobado por el comité de ética e investigación de Cantabria (BFR 01/10).

Las variables clínicas recogidas fueron el tipo de TCA, edad al diagnóstico, tiempo desde los primeros síntomas hasta la primera consulta, IMC, adherencia al tratamiento y en caso de no cumplimiento si el abandono fue precoz (antes de las primeras cuatro consultas) o tardío, ingresos totales o en hospital de día, comorbilidades, estado actual del TCA y datos socioeconómicos (estado civil, ocupación y estudios).

Para comparar los datos obtenidos con lo que ocurre con las mujeres atendidas en nuestro medio se utilizaron los datos obtenidos en la tesis doctoral estudio controlado de factores de riesgo y variables clínicas asociadas al desarrollo de un trastorno de la conducta alimentaria en una muestra de primeros episodios de la comunidad de Cantabria. (González Gómez, J., Gómez Del Barrio, J.A., 2016 (15)).

Respecto al análisis estadístico los datos recogidos fueron introducidos en una base de datos EXCEL y de ahí fueron exportados al programa estadístico SPSS para su análisis. Se realizaron análisis descriptivos de frecuencias y medias para las variables sociodemográficas, tipo de diagnóstico o evolución clínica.

Posteriormente se realizó una prueba de ANOVA para la comparación entre los distintos grupos diagnósticos y se estableció un nivel de significancia de $p < 0,05$.

7. RESULTADOS Y DISCUSIONES:

RESULTADOS

Durante el periodo estudiado entre 2010-2021, a la unidad de trastornos de la conducta alimentaria del HUMV han acudido un total de 1206 pacientes de los cuales 110 fueron varones representando un 9,2% de la muestra. El diagnóstico más frecuente fue la anorexia nerviosa (32,7 %) seguida de la bulimia nerviosa (18,2%), y trastorno por atracones (23,6 %), el resto de los pacientes fueron diagnosticados de trastorno de la conducta alimentaria no especificado (TCANE) (10,0%); esta categoría incluye casos de anorexia nerviosa atípica, bulimia nerviosa o trastorno por atracones de baja frecuencia o trastorno purgativo y desorden de ingesta alimentaria evitativa (ARFID) (1,8%).

Respecto al tiempo de enfermedad desde que presentan los primeros síntomas hasta que deciden pedir ayuda pasaban entre los 2 meses y los 6 años; siendo la media y la desviación típica 74,16 (99,13) con un intervalo de confianza al 95% [54,07-94,24], en la tabla 1 se muestra la media del tiempo de enfermedad en meses en los diferentes diagnósticos.

El rango de edad en el que se diagnostica TCA en la muestra es entre 12 y 60 años, con un valor para la media y desviación típica de 27,27 (11,90) con un intervalo de confianza al 95% [25,02-29,52]; en la tabla 1 se puede observar la edad media expresada en años para cada tipo de trastorno alimentario.

Al analizar las variables socioeconómicas nos encontramos con la ausencia de dicha información en un elevado número de pacientes; 27 para el estado civil, 19 para la información laboral y 40 para el nivel de estudios. Respecto al estado civil el 65,1% se encontraban solteros en el momento del diagnóstico, mientras que un 30,1% tenían pareja o estaban casados. El 46,2% de los pacientes eran estudiantes en el momento del diagnóstico frente al 27,5 % que se encontraban activos y un 20,9% en paro. En el nivel de estudios la mayoría (38,6%) había realizado estudios de educación secundaria obligatoria (E.S.O.) siendo solo el 20% los que habían cursado estudios universitarios.

Referente a la adherencia y el abandono, vemos que un elevado porcentaje de pacientes (76,6%) presentaron adherencia al tratamiento frente al 23,4% que lo abandonaron; estos lo hacen al 50% de forma precoz o tardía.

En el análisis de la presencia de comorbilidad se obtuvo que un 43,6% presentaban comorbilidad en el momento del diagnóstico; teniendo en cuenta que de 25 pacientes (22,7%) no se obtuvo datos sobre las comorbilidades es en la AN en la que aparece con mayor frecuencia la comorbilidad (31,3%), seguido de la BN (25,0%) y el trastorno por atracones (22,9%) (tabla 2). Con un nivel de significación de .05, en la prueba chi-cuadrado se obtiene que no hay relación estadísticamente significativa entre la presencia de comorbilidad y el tipo de TCA ($p = .489$). Al valorar el tipo de comorbilidad asociado, se obtiene que el trastorno de ansiedad es el más frecuente (47,9%) seguido del trastorno afectivo y abusos de sustancias con igual porcentaje (14,6%), trastorno de personalidad (8,3 %),

siendo los menos frecuentes los trastornos psicóticos y el trastorno de control de impulsos (4,2%).

Respecto a la necesidad de ingresos hospitalarios solo un 16,4 % de los pacientes fueron ingresados; estos padecían AN (77,8%) o BN (22,2%) teniendo una diferencia significativa para el diagnóstico de AN con un valor $p=.00$ (nivel de significación $p= .05$).

Otra variable que se analizó en el estudio fue el estado actual de los pacientes; en este caso de 18 pacientes no se pudo obtener la información necesaria; de los restantes el 30,4% se encuentran en seguimiento actual, de estos la mayoría presentan AN (35,7%) y TCANE (25,0%); el 39,1 % han recibido el alta por remisión siendo el trastorno más frecuente la AN (41,7%) seguida de la BN (22,2%); frente a estos se encuentran los pacientes que abandonaron las consultas y no se sabe su estado actual (29,3 %) de los cuales hay un predominio de varones con trastorno por atracones (40,7%). (tabla 2); estos resultados no fueron estadísticamente significativos con un valor de $p=.206$.

Tabla 1: Tiempo de enfermedad (meses) y edad al diagnóstico (años)

	Tiempo		Edad	
	<i>Media</i>	<i>DE</i>	<i>Media</i>	<i>DE</i>
AN	38,77	52,412	22,75	9,735
BN	106,55	114,717	27,65	9,360
TA	117,04	136,007	35,85	12,204
TCANE	29,04.	29,045	19,55	6,121
ARFID	168,0		33,00	2,828
NO DIAGN.	68,14.	80,991	27,67	14,608
TOTAL	74,16.	99,132	27,27	11,906

AN (anorexia nerviosa), BN (bulimia nerviosa), TA (trastorno por atracones), TCANE (trastorno por atracones no especificado), ARFID (desorden de ingesta alimentaria evitativa).

Tabla 2: Comorbilidad psiquiátrica y estado actual.

	Comorbilidad		Estado actual		
	<i>Si</i>	<i>No</i>	<i>Seguimiento</i>	<i>Alta</i>	<i>Abandono</i>
AN	31,3%	29,7%	35,7%	41,7%	25,9%
BN	25,0%	29,7%	7,1%	22,2%	22,2%
TA	22,9%	27,0%	21,4%	11,1%	40,7%
TCANE	8,3%	13,5%	25,0%	8,3%	3,7%
ARFID	2,1%	13,5%	3,6%	2,8%	,0%
NO DIAGN.	10,4%	10,8%	7,1%	13,9%	7,4%
TOTAL	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

AN (anorexia nerviosa), BN (bulimia nerviosa), TA (trastorno por atracones), TCANE (trastorno por atracones no especificado), ARFID (desorden de ingesta alimentaria evitativa).

DISCUSIÓN

Los resultados obtenidos en este estudio respecto a nuestro objetivo general el cual era estudiar el perfil sociodemográfico y clínico de los varones con TCA que acuden a tratamiento en una unidad especializada muestra que los pacientes varones diagnosticados de TCA tan solo representan el 9,2% del total de los pacientes diagnosticados de trastornos alimentarios y por lo tanto se confirma nuestra hipótesis de que el número de varones atendidos será menor al 10% del total. Nuestra hipótesis es apoyada por otros estudios, como el realizado en una muestra de adolescentes por Kjelsas, E. et al., 2004 (16) en el que los varones representan tan solo el 6,5% de la muestra; o bien en el estudio realizado por S. Vaught, A. et al., 2021(17) en el que representan el 7% del total. También hay que mencionar que encontramos otros estudios en los que los datos son contrarios a los nuestros, representando los varones un porcentaje superior al 10% aunque por debajo del porcentaje representado por las mujeres (Alberto Ángel, L. et al., 2008 (18) y la tesis de González Gómez, J. y Gómez Del Barrio (15)).

El trastorno alimentario más frecuente diagnosticado en varones fue la anorexia nerviosa, seguido de la bulimia nerviosa siendo el trastorno por atracones el tercero en frecuencia, siendo estos últimos más frecuentes en conjunto. Esto permite afirmar nuestra hipótesis de que los TCA más frecuentes en varones serán de tipo impulsivo; este perfil es el que define a la BN y el TA. En otros estudios como la tesis realizada por González Gómez, J. y Gómez Del Barrio, J.A., 2016 (15) encontramos resultados diferentes a los nuestros; en su estudio la muestra estaba formada tanto por varones como por mujeres, pero con un gran predominio de mujeres; como resultado global en la muestra el diagnóstico más frecuente fue el TCANE seguido de la BN siendo la AN la menos frecuente. En el caso del análisis de los varones de forma aislada fue la BN el diagnóstico más frecuente y no la AN; aunque hay que resaltar que los datos no fueron estadísticamente significativos además de que el número de pacientes varones en este caso era muy pequeño limitando así los resultados; reflejando nuevamente uno de los problemas ya comentados en los estudios con varones; su pequeño tamaño muestral. Al igual que nuestro estudio los diagnósticos fueron realizados mediante los criterios del DSM-4 TR en el que el criterio de bajo peso estaba determinado por un límite numérico lo que puede justificar que el diagnóstico más frecuente fuera el TCANE puesto que muchos pacientes probablemente no cumplían el criterio del peso para un diagnóstico específico. En el estudio de Micali, N. et al., 2017 (19) realizado en una muestra de varones jóvenes encontramos resultados contrarios a los nuestros; el TA es el diagnóstico más frecuente seguido de la BN mientras que la AN es la menos frecuente. Otro estudio que nos plantea diferencias respecto al nuestro en el diagnóstico es el realizado por Yager J., 2020 (20); fue realizado en la población estadounidense pero en su caso utilizaron los criterios actualizados del DSM-5 en adultos y adolescentes de ambos sexos; su diagnóstico más frecuente fue el TA tanto en adultos como adolescentes siendo la AN la menos frecuente; en este estudio no se analizó de forma aislada a los varones por lo que no podemos establecer una comparación totalmente adecuada. En algunos estudios (Vo M. Et al., 2016 (21)) justifican que la utilización del DSM-5 en el que se ha eliminado el valor numérico para establecer un límite de peso significativamente bajo para el diagnóstico y no el DSM-4 TR garantiza el diagnóstico específico del trastorno alimentario reduciendo la tasa de pacientes diagnosticados de TCANE; sin embargo, en nuestro estudio la mayoría de los pacientes fueron diagnosticados según el DSM-4 TR y el diagnóstico de TCANE es el menos frecuente. Se podría deducir de nuestros datos que existe una muestra de pacientes con TA que pudieran no solicitar ayuda o que los profesionales que los atienden no los detectan o derivan a nuestra unidad como si hacen con los casos de AN y BN.

Con los resultados obtenidos sobre el tiempo de enfermedad podemos concluir que nuestra hipótesis inicial en la que planteamos que los varones llevarán un tiempo de enfermedad elevado antes de acudir a la unidad para obtener tratamiento es cierta; nuestros datos se ven apoyados por otros estudios realizados en una muestra de varones como el realizado por A. Limbers, Christine et al., 2018 (14) en el que concluyen que los varones son menos propensos en buscar tratamiento y además lo hacen más tarde que las mujeres; o el estudio de Vo M. Et al., 2016 y el de Udo, T. 2018 (21,22) que aunque con un menor número muestral apoyan nuestra hipótesis. Además, esto se apoya con los datos obtenidos sobre mujeres en estudios como el realizado por Willi et

al., 1976 (23) en el que el tiempo de enfermedad en las mujeres es menor que en los hombres (1,5 años), así como en el estudio de Schoemaker 1997 (24) en el que se establece que la duración media de enfermedad en el sexo femenino es entre 1 y 4 años. Respecto a los varones como se ha expuesto en los resultados es en el caso de los diagnosticados de ARFID y TA en los que transcurre más tiempo desde el inicio de su sintomatología hasta que acuden a la unidad especializada mientras que son los pacientes con AN los que menos tiempo tardan en acudir; esto puede ser justificado por la tendencia actual a interpretar que un trastorno alimentario equivale a una delgadez extrema producida por unos comportamientos predominantemente restrictivos que asociamos característicamente a la AN y en especial a las mujeres. Probablemente estos síntomas y signos restrictivos de la anorexia nerviosa actúan como alarma especialmente para el círculo cercano del paciente, pero también para el propio paciente; mientras que en el caso del trastorno por atracones los comportamientos, signos y síntomas no son fáciles de identificar bien sea porque estos pacientes realizan los atracones a escondidas o porque las alteraciones en su cuerpo no son tan llamativas en las primeras etapas. Respecto al trastorno por atracones es importante tener en cuenta que es uno de los TCA más frecuentes como hemos visto en nuestro estudio tanto en hombres como mujeres, pero nos encontramos ante la problemática de un insuficiente reconocimiento y diagnóstico; probablemente producido por el entorno en el que vivimos con una alta disponibilidad de alimentos procesados y ricos en calorías normalizando el sobrepeso y los atracones; (Udo T. y Grilo C., 2018 (22)) además en estudios realizados en laboratorios se ha visto que los paciente con TA no solo realizan atracones sino que existe un patrón de alimentación variable; picoteos, comidas dobles, mordisqueos... que probablemente un alto número de la población hace en su día a día y lo entendemos como normal (Hilbert, A., 2019 (26)). De la misma forma pasa con el diagnóstico tardío de ARFID, el cual consiste en ingestas alimentarias evitativas, este tipo de ingestas pueden pasar fácilmente desapercibidas porque normalmente son los alimentos de un alto poder calórico los que se tiende a eliminar de la dieta y esto lo entendemos como algo saludable.

Nuestra segunda hipótesis planteaba que los varones diagnosticados de TCA tendrían una edad elevada en el momento de iniciar el tratamiento; como se ha mencionado previamente la adolescencia condiciona un factor de alto riesgo para desarrollar un trastorno alimentario en ambos sexos; pero efectivamente en nuestro estudio vemos que la edad media de diagnóstico de los varones se sale de la adolescencia en la mayoría de los tipos de TCA. En el estudio de J. Thomas et al., 2018 (27) realizado tanto en hombres como mujeres se muestra que son la BN y TA los trastornos que con más frecuencia pueden ser diagnosticados décadas posteriores a la adolescencia; esto también lo vemos en nuestro estudio ya que es la AN la que se diagnostica con más frecuencia en la adolescencia siendo la BN y el TA los que se diagnostican años más tarde. En el estudio de Reas D. y Stedal K., 2015 (28) se describió un aumento de la conducta de atracones y de purgas a lo largo de los años en los varones mayores de 45 años.

Al hacer una búsqueda en la literatura para realizar una comparativa con la edad del diagnóstico de TCA en mujeres frente a la edad de diagnóstico en los hombres nos encontramos que las preocupaciones relacionadas con la imagen corporal no solo afectan a mujeres jóvenes sino también a mujeres de edad

avanzada, pero en estas el diagnóstico se ve limitado probablemente por la estigmatización de los trastornos psiquiátricos, la vergüenza que les supone a los adultos admitir que tienen un trastorno alimentario y el hecho de que la adolescencia supone una etapa de riesgo siendo en estas edades en las que más se investiga (Conceicao Eva M. et al., 2017(29)). En otros estudios se concluye que los TCA se producen frecuentemente en ambos sexos por encima de los 40 años lo que aparentemente puede parecer ir en contra de nuestra hipótesis; pero en el análisis aislado de mujeres (especialmente aquellas con AN) la incidencia en mujeres mayores es menor respecto a la incidencia en las jóvenes (Mangweth-Matzek, B. y Hoeks, H., 2017 (30,31)). En el estudio realizado por Smink et al., 2016 (31) en el que se analizaron casos diagnosticados de AN y BN en atención primaria se obtuvo que la tasa de incidencia de AN y BN en mujeres adolescentes es mucho mayor que en adultas. Debido a la poca cantidad de estudios realizados en hombres es difícil obtener datos concretos sobre la edad del diagnóstico en varones, pero en la mayoría de los estudios realizados en mujeres tanto epidemiológicos como clínicos se observa una edad media significativamente menor que la que encontramos en nuestra muestra de varones.

Respecto a las variables socioeconómicas la mayoría de los pacientes se encontraban solteros; hay que tener en cuenta que el rango de edad que presentan los pacientes es amplio siendo muy frecuente los pacientes adolescentes; estas son edades en las que no es muy frecuente tener pareja estable o estar casado, por lo que esto podría afectar a nuestro resultado. El que un alto porcentaje de los pacientes sean jóvenes se puede relacionar con la mayor frecuencia de estudiantes estando en menor proporción los pacientes activos laboralmente y aún menor los que se encuentran en paro. El hecho de que los varones activos laboralmente son diagnosticados de TCA con más frecuencia que los que se encuentran en paro apoya la idea de que los trastornos alimentarios son más prevalentes en la clase media-alta probablemente por estar expuestos a una mayor presión para obtener una imagen perfecta que exprese el éxito. Al valorar el nivel de estudios podemos ver que lo más frecuente es que los varones han cursado hasta la educación secundaria obligatoria y menos frecuente tener estudios universitarios; aparentemente esto parece estar en contra de la idea previamente comentada de que el TCA es más frecuente en las clases con un nivel socioeconómico medio-alto puesto que tenemos una idea de que éxito es igual a estudios universitario; pero cada vez más el disponer de títulos de grados medios o superiores abre muchas puertas al mercado laboral incluso más que los universitarios en algunos ámbitos; por lo que no podemos descartar la relación entre nivel socioeconómico alto y TCA por no tener estudios universitarios. Además, en nuestro estudio de un amplio número de pacientes no obtuvimos información sobre el nivel de sus estudios.

Respecto a nuestra hipótesis en la que planteamos que la tasa de abandono en los varones con TCA será elevada podemos confirmarla, puesto que efectivamente un alto porcentaje de los pacientes abandonaron el tratamiento; sin embargo, no es la situación más habitual; si no que lo más frecuente es mantener la adherencia al tratamiento correctamente. La tasa de abandono es más frecuente en TA, tal vez se debe a que estos pacientes traen expectativas centradas en perder peso y puede que les desmotive ver que este pudiera no ser el principal objetivo del tratamiento. Además, tenemos que tener en cuenta

que las personas con AN son especialmente reticentes al tratamiento como es explicado por J. Thomas Et al., 2018 (27) ya que sus distorsiones cognitivas que las hacen actuar mediante ingestas restrictivas pasando hambre, atracones o purgas tienen un papel importante en su tranquilidad y la autoeficiencia; junto a esto se encuentra la negación que presentan los pacientes ante la gravedad de la situación, por lo que no están muy dispuestos a realizar un tratamiento cuyo objetivo sea ganar peso y esto favorece la mala adherencia terapéutica; lo que podría justificar que en nuestro estudio los pacientes diagnosticados de AN fueran los segundos más frecuentes en abandonar el tratamiento.

Al estudiar la comorbilidad psiquiátrica en nuestro estudio se ha concluido que hay una elevada frecuencia en los varones diagnosticados de TCA apoyando nuestra hipótesis; siendo más frecuente la presencia en la anorexia nerviosa seguida de la bulimia nerviosa y el trastorno por atracones; en otros estudios se ha visto que los pacientes con trastorno por atracones tienen un alto porcentaje tanto de antecedentes como de comorbilidad psiquiátrica (Yager J. 2020 (20)), así mismo en nuestro estudio se demuestra que la comorbilidad más frecuente es el trastorno de ansiedad, seguido por los trastornos afectivos y el consumo de sustancias, esto se ha visto en otros estudios como el de Yager J., 2020 mencionado previamente o el estudio de Hilbert A., 2019 (26) en los que las comorbilidades más frecuentes son los trastornos del estado del ánimo, trastornos de ansiedad, trastorno por consumo de sustancias y trastornos de personalidad. También vemos una similitud con los datos obtenidos en otros estudios realizados en varones, como el estudio de Vo M Et al., 2016 (21) en el que se muestra que la mitad de los pacientes tienen comorbilidad psiquiátrica siendo las más frecuentes la depresión y la ansiedad; a su vez se encuentra una relación de estimulación entre la depresión y/o ansiedad con las conductas de los trastornos alimentarios; de tal forma que la presencia de estas comorbilidades empeoran los síntomas y la presencia de los síntomas mantienen la depresión y la ansiedad (J. Thomas J, Et al., 2018 (27)). En este aspecto podemos asemejar los datos obtenidos en los varones con los datos de las mujeres diagnosticadas de TCA; concretamente en mujeres adolescentes con AN hospitalizadas, en las que también aparece con cierta frecuencia el trastorno de ansiedad (Chaulet S., 2015 (9)). Datos como los encontrados en el estudio de Jáuregui-Lobera I. y Santiago M.J., 2017 (32) en el que se correlaciona la presencia de impulsividad y la influencia en el modelo estético corporal, demuestran que un rasgo de impulsividad tiene una relación significativa con la presencia de ansiedad por la percepción corporal, nos permite relacionar varias de nuestras hipótesis; los varones tienen más diagnósticos de TCA de tipo impulsivo y presentan una elevada comorbilidad psiquiátrica al momento de su diagnóstico. Además, el retraso en el tratamiento que hemos visto que existe en estos pacientes está relacionado con la presencia de comorbilidades, y no solo con patología psiquiátrica que es la que hemos analizado sino también con patología médica y social hasta el punto de generar complicaciones no reversibles en los pacientes (Der Marderosian D. Et al., 2018 (33)).

Se ha concluido que la mayoría de los varones con trastornos alimentarios no requieren de ingresos hospitalarios y aquellos que lo han requerido la gran mayoría cursaban con anorexia nerviosa; apoyando esto último hemos visto que en estudios previos (Matthews A. Et al., 2019 (10)) se ha objetivado que con frecuencia en el caso de varones adolescentes se dificulta el diagnóstico de anorexia nerviosa retrasándolo muchas veces hasta el momento en el que las repercusiones en su salud hacen necesario el ingreso; esto probablemente se deba a que en el entorno los signos de alarma pasan desapercibidos por entender una dieta, una disminución del peso, aumento de ejercicio... como algo saludable y necesario para adquirir un peso adecuado. En contra de los resultados de nuestro estudio encontramos datos como los obtenidos en el estudio Vo M. Et al., 2016 (21) realizado con 33 varones en el que la mitad de la muestra presenta anomalías en las constantes vitales cumpliendo criterios de ingreso hospitalario (presencia de bradicardia) pero de nuevo nos encontramos con la limitación de un pequeño tamaño muestral.

Por último, al estudiar el estado actual de los pacientes se ha obtenido que la mayoría de ellos han sido dados de alta por remisión completa de la enfermedad; estos habían sido diagnosticados la mayoría de AN o de BN como segunda en frecuencia. Como comentamos al principio estos dos trastornos alimentarios son los diagnósticos más frecuentes en nuestro estudio y ya que estos en su mayoría han recibido el alta por remisión puede favorecer el hecho de que el alta por remisión sea el estado más predominante en la muestra.

Por el contrario, fueron la minoría de pacientes aquellos que dejaron de venir a la consulta y desconocemos su estado, la mayoría de estos pacientes habían sido diagnosticados de trastorno por atracones lo que nos lleva a reflexionar de nuevo sobre la concepción actual de la sociedad normalizando este tipo de conductas alimentarias (Udo T. y Grilo C., 2018 (22)) (Hilbert, A., 2019 (26)) y la probable decepción de estos pacientes ante una expectativa de tratamiento diferente a la esperada comentada anteriormente. Ahora bien, si nos fijamos en los pacientes que actualmente están en seguimiento la mayoría están diagnosticados de AN y esto probablemente se deba de nuevo a que la anorexia nerviosa es el trastorno alimentario más diagnosticado y por lo tanto es esperable que la mayoría de los pacientes en seguimiento tengan AN. Apoyando nuestros datos se ha visto que más de la mitad de los pacientes sin distinción entre sexos diagnosticados de AN o BN logran una remisión completa; en otros estudios como el NCS-R se demuestra que la AN dura menos que la BN o que el TA en contra del pensamiento actual de que la AN tiende a cronificarse (González Gómez, J. y Gómez Del Barrio, J.A., 2016 (15)). En otros estudios realizados en adolescentes de ambos sexos diagnosticados de anorexia nerviosa (Herpertz-Dahlmann, Muller et al. 2001 (34)) se describe que la progresión de la AN es variable, produciéndose una remisión completa en algo más de la mitad de los casos y en el resto una remisión parcial o cronicidad; además aquellos en los que se realizó una remisión completa lo hicieron tan solo durante 6-12 meses; esto nos lleva a pensar que aunque en nuestro estudio la mayoría de pacientes se encuentran actualmente dados de alta por remisión completa y de estos la mayoría también padecían AN existe la posibilidad de que vuelvan a recaer.

8. LIMITACIONES DEL ESTUDIO

Las limitaciones en nuestro estudio han sido la dificultad para encontrar estudios previos realizados en varones que nos permitan comparar nuestros datos, así como el pequeño tamaño muestral que presentaban la mayoría de los estudios encontrados. Además, a la hora de recoger los datos de las diferentes variables hemos encontrado cierta dificultad para algunas de ellas, ya que muchas de las historias clínicas no se encontraban en formato digital o en la anamnesis inicial no se había preguntado por esas variables. No podemos asegurar que los datos acerca de la situación actual sean los correctos al no haber realizado una entrevista presencial sino obtenida a través de la historia clínica y de manera retrospectiva. Finalmente hubiese sido deseable contar con un grupo control de mujeres enfermas con quien comparar todos los datos obtenidos. En este estudio lo hemos hecho parcialmente recurriendo a los datos de una cohorte de mujeres que fueron evaluadas en la misma unidad y al mismo tiempo que los varones de este estudio.

9. CONCLUSIONES:

Aunque existe cierta discrepancia con los resultados de estudios previos concluimos que los trastornos alimentarios más frecuentes en varones son de tipo impulsivo.

En los varones diagnosticados de TCA transcurre mucho tiempo hasta que deciden acudir a unidades especializadas; especialmente aquellos que tienen bulimia nerviosa o trastorno por atracones.

A pesar de que el trastorno por atracones se estima que es el diagnóstico más prevalente en varones, en nuestra muestra está infrarrepresentado siendo la anorexia nerviosa la categoría diagnóstica más frecuente.

La adolescencia supone una etapa de riesgo para desarrollar un TCA en ambos sexos; sin embargo, los varones presentan edades superiores a las mujeres en el momento del diagnóstico.

Lo más frecuente es que los pacientes estén solteros en el momento del diagnóstico, activos laboralmente con un nivel educativo hasta la educación secundaria obligatoria.

A pesar de que hay un alto porcentaje de abandonos lo más frecuente en los varones es una correcta adherencia al tratamiento y en consiguiente una elevada tasa de alta por remisión completa de la enfermedad sobre todo en aquellos con anorexia o bulimia nerviosas.

Existe una elevada comorbilidad psiquiátrica en los pacientes con TCA de ambos sexos, pero en el caso de los varones sobre todo en aquellos con anorexia nerviosa; siendo lo más frecuente la presencia de trastorno de ansiedad, trastornos afectivos y abusos de sustancias.

En el caso de los varones no es frecuente el ingreso hospitalario; y aquellos que lo requieren frecuentemente están diagnosticados de anorexia nerviosa.

Los trastornos alimentarios no son exclusivos de las mujeres y nos encontramos ante un cambio en la sociedad en el que están siendo cada vez más frecuentes trastornos alimentarios diferentes al tipo clásico de anorexia nerviosa. Los objetivos del cuerpo perfecto en los hombres son diferentes a los de las mujeres y no tenemos los medios adecuados para su diagnóstico; por lo que se genera una gran necesidad de nuevos estudios sobre varones con trastornos alimentarios que nos permitan obtener datos suficientes para una adecuada actuación.

10. IDEAS DE FUTURO:

Puesto que cada vez más estamos viendo como los trastornos alimentarios no son exclusivos de las mujeres y también afectan frecuentemente a los hombres sería recomendable una mejor adaptación de los métodos diagnósticos a las características presentadas por los varones para que de esta forma se puedan realizar mayor número de estudios en ellos que nos permitan hacer un diagnóstico y tratamiento concreto. Además, es conveniente formar tanto a la sociedad como a los profesionales de esta situación para que no se nos pase por alto aquellos pacientes que se encuentren en situación de riesgo, por la falsa idea de que los trastornos alimentarios son exclusivos de las mujeres.

Respecto a la edad del diagnóstico, aunque sabemos que la adolescencia es el momento de mayor riesgo y por ello es el momento en el que más se estudian los trastornos alimentarios es necesario ampliar el rango de estudio a personas adultas tanto en hombres como mujeres ya que también están sometidos a situaciones de riesgo para el desarrollo de un trastorno alimentario que actualmente se nos pasan desapercibidas.

Será interesante ampliar lo que aquí hicimos de forma parcial, comparando estos hallazgos con los que pueden presentar las mujeres con un TCA tanto en su presentación clínica como evolutiva.

11. AGRADECIMIENTOS:

Me gustaría dedicar estas últimas líneas a todas aquellas personas que me han ayudado a llegar hasta aquí, en especial al Dr. José Andrés Gómez del Barrio, el director de mi Trabajo de Fin de Grado que me ha apoyado y guiado siempre que lo he necesitado.

Gracias a los profesores y tutores por todos estos años; pero en particular gracias a la Dra. Maite Valiente y al Dr. Manuel Delgado por enseñarme en este último curso.

Gracias a mis padres y a mi hermana por acompañarme y apoyarme durante todo este tiempo y no dejarme caer. Gracias a mis amigos, en especial a Isa; por todos los momentos vividos.

12. BIBLIOGRAFIA:

1. Vázquez Arévalo R, López Aguilar X, Ocampo Tellez-Girón MT, Mancilla-Díaz JM. eating disorders diagnostic: from the DSM-IV to DSM-5. *Revista mexicana de trastornos alimentarios*. 2015 Jul;6(2).
2. Buitrago Ramírez F, Tejero Mas M, Pagador Trigo Á. Trastornos de la conducta alimentaria y de la ingestión de alimentos. *Actualización en Medicina de Familia*. 2019;15(1):4–14.
3. Vázquez Arévalo R, López Aguilar X, Álvarez Rayón GL, Mancilla Díaz JM, Oliva Ruiz A. Insatisfacción corporal e influencia de los modelos estéticos en niños y jóvenes varones mexicanos. *Enseñanza e investigación en psicología*. 2006 Jan;11(1):185–97.
4. Romero M, Fiorentino MT, Rivarola MF. Trastornos alimentarios y alexitimia en adolescentes varones. *Acta acaémica*. 2008;
5. van Teijlingen ER, Humphris G. *Psicología y sociología aplicadas a la medicina*. 4th ed. van Teijlingen ER, editor. 2020. 84–85 p.
6. M. Romito L, L. Mc Donald J. Consideraciones nutricionales para el paciente dental pediátrico. A. Dean J, editor. Elsevier; 2018. 138–154 p.
7. A leffler D, Dennis M, Edwards George JB, Kelly CP. The interaction between eating disorders and celiac disease: an exploration of 10 cases. *European Journal of Gastroenterology and Hepatology*. 2007 Mar;19(3):251–5.
8. Soren N. Eating disorders in females with Type 1 diabetes: An update of a meta-analysis. *European Eating Disorders Review*. 2002;10(4):241–54.
9. Chaulet S, Riquin É, Avarello G, Malka J, Duverger P. Trastornos de conducta alimentaria en el adolescente. *EMC-pediatria*. 2015 Jul;50(3):1–25.
10. Matthews A, Peterson CM, Mitan L. Adolescent males with atypical anorexia nervosa and premorbid obesity: three case reports. *Springer*. 2019 May 3;24:963–7.
11. E. Field A, M. Javaras K, Aneja P. Family, Peer, and Media Predictors of Becoming Eating Disordered. *JAMA Pediatr*. 2008 Jun 2;126(6):574–9.
12. Welch E, Ghaderi A, Swenne I. A comparison of clinical characteristics between adolescent males and females with eating disorders. *BioMed Central*. 2015;15(45).
13. J. Thomas J, W. Mickley D, L. Derenne J, Klibanski A, B. Murray H, T. Eddy K. *Tratado de psiquiatría clínica*. Massachusetts General Hospital. 2nd ed. Theodore A. S, editor. 2018. 412–427 p.

14. Limbers CA, Cohen LA, A. Gray B. Eating disorders in adolescent and young adult males: prevalence, diagnosis, and treatment strategies. *Adolescent Health, Medicine and Therapeutics*. 2018 Aug 10;9:111–6.
15. González Gómez J, Gómez Del Barrio JA. Estudio controlado de factores de riesgo y variables clínicas asociadas al desarrollo de un trastorno de la conducta alimentaria en una muestra de primeros episodios de la comunidad de cantabria . [Santander]: Universidad de cantabria; 2016.
16. Kjelsas Einar, Bjornstrom Christian, Götestam KGunnar. Prevalence of eating disorders in female and male adolescents (14-15 years). *Eat Behav*. 2004 Jan;5(1):13–25.
17. S. Vaught Amanda, Piazza Vivian, M. Raines A. Prevalence of eating disorders and comorbid psychopathology in a US sample of treatment seeking veterans. *International journal of eating disorders*. 2021 Aug 2;54(11):2009–14.
18. Alberto Ángel Luis, Martínez LMarina, Gómez MTeresa. Prevalencia de trastornos del comportamiento alimentario (TCA) en estudiantes de bachillerato. *Revista de la facultad de medicina , universidad nacional de Colombia*. 2008;56(3):193–210.
19. Micali N, Martini MG, Thomas JJ, Eddy KT, Kothari Radha, Russell Ellie, et al. Lifetime and 12-month prevalence of eating disorders amongst women in mid-life: a population -based study of diagnoses and risk factors. *BMC Medicine*. 2017.
20. Yager J. Eating disorders: Overview of epidemiology, clinical features and diagnosis. P Roy-Byrne P, Solomon D, editors. 2020.
21. Vo M, Lau J, Rubinstein M. Eating disorders in adolescent and young adult males: Presenting characteristics. *Journal of Adolescent Health*. 2016 Apr 6;59:397–400.
22. Udo Tomoko, Grilo CM. Prevalence and correlates of DMS-5 defined eating disorders in a nationally representative sample os U.S. adults. *Biol Psychiatry*. 2018 Sep 1;84(5):345–54.
23. Willi J, Hagemann R. Long-term course of anorexia nervosa. *Schweizerische Medizinische Wochenschrift*. 1976;119:147–59.
24. Schoemaker C. Does early intervention improve the prognosis in anorexia nervosa? A systematic review of the treatment outcome literature. *International journal of eating disorders*. 1997;21(1):1–15.
25. Varela-casal P, J.Maldonado M, Ferre F. Estudio de los perfiles clínicos de los pacientes con trastorno de la conducta alimentaria en dispositivos específicos. *Actas españolas de psiquiatría*. 2011 Jan;39(1):12–9.
26. Hilbert A. Binge-eating disorder. *Psychiatric clinics of north america*. 2019 Mar;42(1):33–43.

27. J. Thomas J, W. Mickley D, L. Derenne J, Klibanski A, B. Murray H, T. Eddy K. Tratado de psiquiatría clínica. Trastornos de la conducta alimentaria: evaluación y tratamiento. 2nd ed. Theodore A S, editor. Elsevier; 2018. 412–427 p.
28. Reas DL, Stedal Kristin. Eating disorders in men aged midlife and beyond. *Maturitas*. 2015 Jun;81(2):248–55.
29. Conceicao EM, Gomes FVS, Vaz AR, Pinto Bastos A, Machado PPP. Prevalence of eating disorders and picking/nibbling in elderly women. *International Journal of eating disorders*. 2017 Mar 16;50(7):793–800.
30. Mangweth-Matzek Barbara, W. Hoek Hans. Epidemiology and treatment of eating disorders in men and women of middle and older age. *Current opinion psychiatry*. 2017;
31. Smink FRE, van Hoeken D, Donker GA, Susser ES, Oldehinkel AJ, Hoek HW. Three decades of eating disorders in Dutch primary care: decreasing incidence of bulimia nervosa but not of anorexia nervosa . *Psychological Medicine* . 2016 Apr 16;46(6):1189–96.
32. Jáuregui-Lobera I, Santiago MJ. Impulsividad y conducta alimentaria en varones. *Nutrición Hospitalaria*. 2017 Feb 1;34(1):165.
33. der Marderosian D, A. Chapman H, Tortolani C, D. Willis M. Medical considerations in children and adolescents with eating disorders. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*. 2018 Jan;27(1):1–12.
34. Herpertz-Dahlmann B, Müller B, Herpertz S, Heussen N. Prospective 10-year Follow-up in Adolescent Anorexia Nervosa-course,outcome, psychiatric comorbidity, and psychosocial adaptation. *J child Psychol Psychiatri* . 2001;42(5):603–12.