



Universidad de Valladolid

ESTUDIO DESCRIPTIVO DE VARONES CON TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA INGRESADOS EN UNA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN DE PSIQUIATRÍA A LO LARGO DE 10 AÑOS

Trabajo de Fin de Grado

Curso académico 2017-2018

Autor: Silvia Arpa García

Tutor: M^a Soraya Geijo Uribe

ÍNDICE

RESUMEN.....	3
INTRODUCCIÓN.....	4
MATERIAL Y MÉTODOS.....	7
RESULTADOS.....	8
DISCUSIÓN.....	17
CONCLUSIONES.....	20
BIBLIOGRAFÍA.....	21

RESUMEN

Objetivo: La anorexia es una enfermedad grave que generalmente se asocia al género femenino sin tener en cuenta los casos existentes en varones, que actualmente suponen un número importante. Por ello, el objetivo de este trabajo es estudiar las características presentes en una muestra de pacientes masculinos y compararlo con algunos de los estudios ya publicados.

Metodología: Se ha realizado un estudio observacional descriptivo con revisión retrospectiva de una serie de casos obtenidos del Hospital Clínico Universitario de Valladolid a lo largo de 10 años. Se han tomado una serie de variables y los resultados de las mismas se han analizado estadísticamente.

Resultados: Se ha obtenido un aumento de la prevalencia (20%) de la anorexia en varones respecto a estudios anteriores. La edad media está en 14 años siendo frecuente la procedencia del medio urbano (59,5%). No es frecuente el consumo de drogas (tan sólo un 11,9% han presentado abuso) y por el contrario el rendimiento escolar suele ser bueno (47,6%). Dentro de la patología del eje II destaca una mayoría de trastornos de personalidad del Cluster C (16,6%) y problemas relacionados con el grupo primario de apoyo en el eje IV (40,4%).

Conclusiones: Los TCA han aumentado en las últimas décadas y es un problema frecuente en las zonas urbanas de sociedades avanzadas. Se encuentra una alta incidencia de trastornos de personalidad del Cluster C lo que a su vez está relacionado con un buen rendimiento escolar en las muestras estudiadas y un bajo consumo de tóxicos. Otro de los problemas importantes que se han encontrado son aquellos relacionados con el grupo primario de apoyo y por todo ello es de gran importancia su detección temprana y tratamiento.

INTRODUCCIÓN

La anorexia constituye un problema importante de salud pública que está en aumento en las últimas décadas. Generalmente se habla de la anorexia femenina sin tener en cuenta los casos existentes en el varón, que aun siendo menos prevalentes, presentan una gravedad importante. Se trata de una enfermedad que englobamos dentro de los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) y cuyo diagnóstico se realiza siguiendo una serie de criterios según el DSM-V¹:

- Criterio A: consiste en la presencia de un peso inadecuado en relación con la talla de la persona ligado a la presencia de restricción de la ingesta energética.
- Criterio B: presencia de un miedo intenso a subir el peso aunque esté por debajo de la media.
- Criterio C: distorsión de la imagen corporal

En el DSM-IV se incluía un cuarto criterio, el criterio D, que se caracterizaba por amenorrea en mujeres. Esto excluía el diagnóstico de anorexia en varones por lo que finalmente ha quedado suprimido.

Tanto en hombres como en mujeres, podemos resumir los tipos de anorexia nerviosa en dos tipos, siempre teniendo en cuenta que el patrón fundamental es un peso por debajo de lo establecido (a diferencia de la bulimia):

1. Anorexia tipo restrictivo: los enfermos bajan su peso fundamentalmente a través del ejercicio físico y la restricción excesiva de comida.
2. Anorexia tipo purgativo: en estos casos los enfermos realizan atracones que compensan posteriormente con medidas purgativas (laxantes, diuréticos, vómitos...)

¹ Los TCA en el nuevo DSM-V (Vol. I): Anorexia Nerviosa Instituto Centta [Internet]. Centta.es. 2018 [consultado el 10 de Diciembre 2017]. Disponible en: <http://www.centta.es/articulos-propios/los-tca-en-el-nuevo-dsm-v-vol-i-anorexia-nerviosa>

Se ha visto en los pacientes varones con anorexia la presencia de alexitimia², que se caracteriza por:

- 1) Dificultad para identificar y describir sentimientos.
- 2) Dificultad para distinguir los sentimientos de las sensaciones corporales del arousal emocional.
- 3) Pobreza de la vida fantasmática (disminución de la capacidad para fantasear con un mínimo interés en los sueños).
- 4) Un estilo cognitivo externamente orientado (concreto, literal).

En cuanto al origen de esta enfermedad, encontramos referencias que indican que ya existía durante la época helenística relacionado con creencias religiosas que motivaban la inanición voluntaria³.

El método preferido de control de peso indicado en la literatura entre hombres con trastornos alimentarios es el exceso de ejercicio. Los sectores específicos de la población masculina que pueden estar particularmente en riesgo son especialmente aquellos involucrados en ocupaciones atléticas⁴.

No debemos confundirlo sin embargo con el término vigorexia⁵, antiguamente llamado anorexia inversa o “Complejo de Adonis”. Esta enfermedad se caracteriza por una preocupación patológica de ser débil y no tener el suficiente desarrollo muscular. En la siguiente tabla se pueden ver algunas de las diferencias con la anorexia nerviosa:

² Nemiah J. Alexithymia. *Psychotherapy and Psychosomatics*. 1977;28(1-4):199-206.

³ Pearce J. Richard Morton: Origins of Anorexia nervosa. *European Neurology* [Internet]. 2004 [consultado el 28 Febrero 2018]; 52(4):191-192. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15539770>

⁴ Freeman A. Eating disorders in males: a review. *African Journal of Psychiatry*. 2005;8(2).

⁵ Rodríguez Molina J. Vigorexia: adicción, obsesión o dismorfia; un intento de aproximación. *Health and Addictions/Salud y Drogas*. 2007; 7(1).

	VIGOREXIA	ANOREXIA
Visión del cuerpo	Delgado y débil	Gorda
Sexo	+Varones	+Mujeres
Conducta fundamental	Exceso de ejercicio	Rechazo de los alimentos
¿Antecedente de agresión sexual?	No	Si
Objetivo	Musculatura	Delgadez
Automedicación	Esteroides anabolizantes	Diuréticos, laxantes

Tabla 1. Diferencias básicas entre vigorexia y anorexia.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se ha realizado un estudio observacional descriptivo con revisión retrospectiva de una serie de casos.

La población a estudio han sido los pacientes varones con trastornos de la conducta alimentaria ingresados en una unidad de hospitalización de psiquiatría infanto-juvenil del Hospital Clínico Universitario de Valladolid a lo largo de 10 años.

En cuanto a las variables estudiadas han sido las siguientes:

- Sexo
- Edad
- Motivo de ingreso
- Origen de residencia
- Días de estancia
- Área de salud
- Consumo de tóxicos
- Rendimiento escolar
- Diagnóstico eje I
- Diagnóstico eje II
- Diagnóstico eje III
- Diagnóstico eje IV

El objetivo del trabajo ha sido estudiar las características de la muestra y compararlo con otros estudios previos.

El análisis estadístico se ha realizado con el programa SPSS Statistics versión 24.0 para Windows. Se expresan los datos de la estadística descriptiva en forma de frecuencias y porcentajes. Las variables cualitativas (diagnósticos de los ejes) se recogen en tablas mostrando el porcentaje global de la muestra a estudio.

RESULTADOS

Se han analizado los datos de pacientes varones ingresados en una unidad de hospitalización de psiquiatría infanto-juvenil a lo largo de 10 años obteniendo los siguientes resultados.

1. SEXO:

SEXO		Frecuencia	Porcentaje (%)
Válido	Varones	42	20,2
	Mujeres	165	79,3
	Total	207	99,5
Perdidos		1	0,5
Total		208	100

Tabla 2. Muestra de la población por sexo. Extraído del programa SPSSv24.

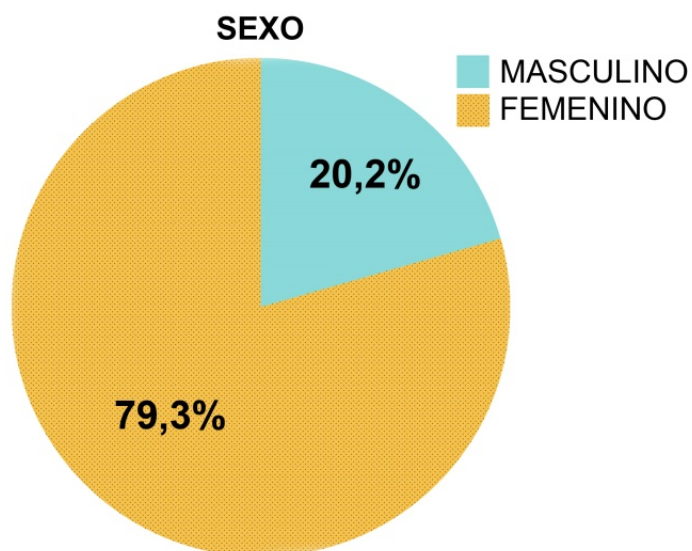


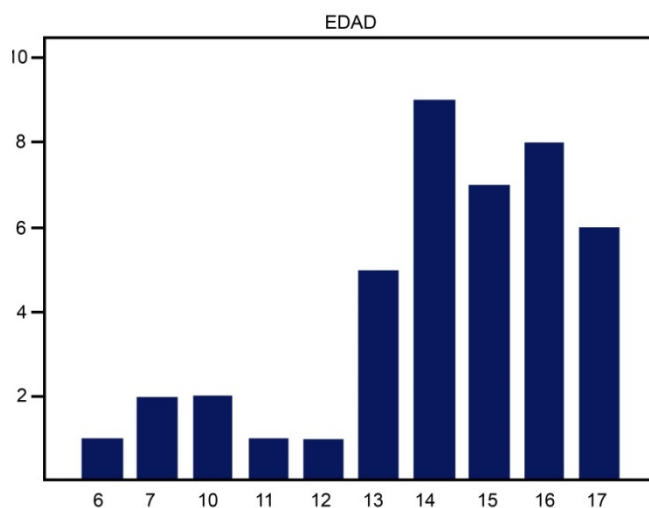
Gráfico 1. Porcentaje de varones y mujeres en la muestra

2. EDAD:

EDAD	Frecuencia	Porcentaje (%)
6 Años	1	2,4
7 Años	2	4,8
10 Años	2	4,8
11 Años	1	2,4
12 Años	1	2,4
13 Años	5	11,9
14 Años	9	21,4
15 Años	7	16,7
16 Años	8	19
17 Años	6	14,3
Total	42	100

Tabla 3. Muestra de la población por edad. Extraído del programa SPSSv2

N	Válido	42
	Perdidos	0
Media		14,02
Desviación estándar		2,727



3. MOTIVO DEL INGRESO:

MOTIVO DEL INGRESO		Frecuencia	Porcentaje (%)
Válido	Tratamiento Intensivo	34	81
	Diagnóstico diferencial	7	16,7
	Total	41	97,6
Perdidos		1	2,4
Total		42	100

Tabla 4. Muestra de la población según el motivo de ingreso. Extraído del programa SPSSv24

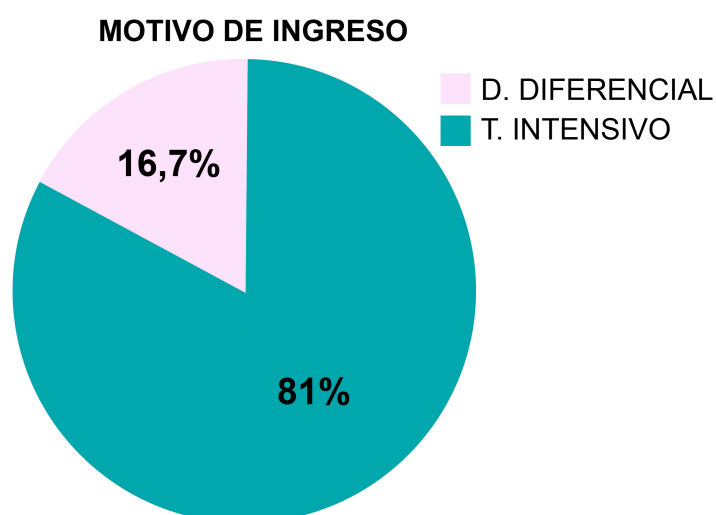


Gráfico 2. Frecuencia de la muestra según el motivo de ingreso. Extraído del programa SPSSv24

4. PROCEDENCIA:

PROCEDENCIA		Frecuencia	Porcentaje (%)
Válido	Urbano	25	59,5
	Periferia urbana	6	14,3
	Rural	9	21,4
	Total	40	95,2
Perdidos		2	4,8
Total		42	100

Tabla 5. Muestra de la población según el origen. Extraído del programa SPSSv24

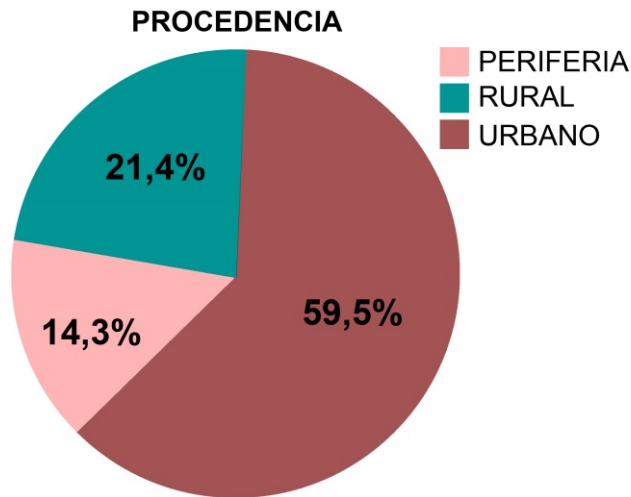


Gráfico 3. Frecuencia de la muestra según el origen. Extraído del programa SPSSv24

5. DIAS DE ESTANCIA:

DIAS DE ESTANCIA		Frecuencia	Porcentaje (%)
Válido	[0,10>	1	2,4
	[10,20>	9	21,4
	[20,30>	10	23,8
	[30,40>	11	26,2
	[40,50>	7	16,7
	[50,60>	2	4,8
	[60,71]	2	4,8
	Total	42	100

Tabla 6. Muestra de la población según los días de ingreso. Extraído del programa SPSSv24

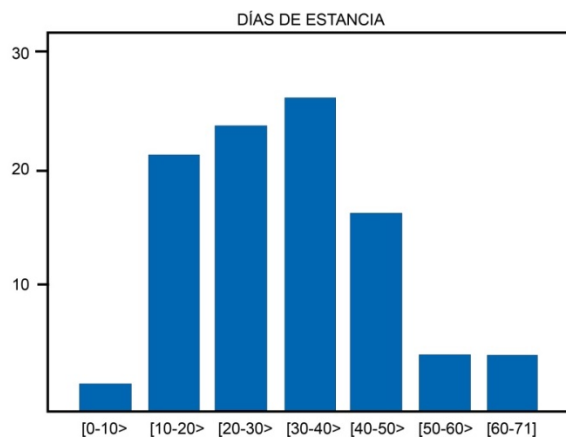


Gráfico 4. Frecuencia de la muestra según los días de ingreso. Extraído del programa SPSSv24

6. CIUDAD DE ORIGEN:

CIUDAD DE ORIGEN		Frecuencia	Porcentaje (%)
Válido	Ávila	2	4,8
	Burgos	4	9,5
	León	3	7,1
	Palencia	4	9,5
	Salamanca	1	2,4
	Segovia	1	2,4
	Soria	4	9,5
	Zamora	2	4,8
	Valladolid Este	9	21,4
	Valladolid Oeste	5	11,9
	El Bierzo/Ponferrada	7	16,7
	Total	42	100

Tabla 7. Muestra de la población según el área de procedencia. Extraído del programa SPSSv24

7. CONSUMO DE TÓXICOS:

CONSUMO TÓXICOS		Frecuencia	Porcentaje (%)
Válido	SI	5	11,9
	NO	36	85,7
	Total	41	97,6
Perdidos		1	2,4
Total		42	100

Tabla 8. Muestra de la población según el consumo de drogas. Extraído del programa SPSSv24

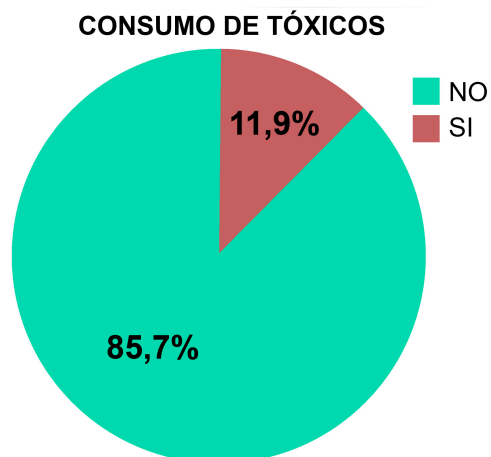


Gráfico 5. Frecuencia de la muestra según el consumo de tóxicos. Extraído del programa SPSSv24

8. RENDIMIENTO ESCOLAR:

RENDIMIENTO ESCOLAR		Frecuencia	Porcentaje (%)
Válido	Muy bueno (notables y sobresalientes/ destaca del resto)	5	11,9
	Bueno (todo aprobado / sigue el ritmo)	15	35,7
	Regular (1 o 2 suspensos / tiene dificultades para seguir el ritmo de su clase)	4	9,5
	Malo (3-5 suspensos / necesita apoyos para seguir el ritmo)	8	19
	Muy malo (+ 6 suspensos / necesita apoyos y no es capaz de alcanzar el nivel)	8	19
	No valorable (estudia educación especial o no estudia)	1	2,4
	Total	41	97,6
Perdidos		1	2,4
Total		42	100

Tabla 9. Muestra de la población según el rendimiento escolar. Extraído del programa SPSSv24

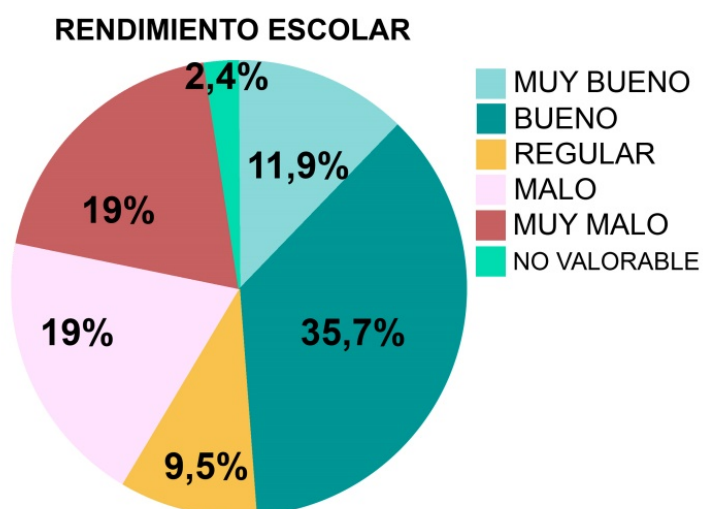


Gráfico 6. Frecuencia de la muestra según el rendimiento escolar. Extraído del programa SPSSv24

9. PATOLOGÍA DEL EJE I:

CIE10	EJE I	Nº	%
F50.0	Anorexia nerviosa típica	17	40,40%
F98.2	TCA infancia	9	21,40%
F50.9	TCA no especificado	8	19%
F50.2	Bulimia nerviosa	5	12%
F90.0	TDAH	3	7,10%
F98.0	Enuresis no orgánica	2	4,80%

El resto de patologías se consideran patologías comórbidas y se han encontrado con una frecuencia muy baja (2,4%). Son las que nombramos a continuación:

- Trastorno de tics transitorios
- Abuso de sustancias que no producen dependencia
- Trastornos mentales debidos al consumo de sustancias que producen dependencia (cannabis y cocaína)
- Trastornos de adaptación
- Otros trastornos disociales
- Sd.Asperger
- Episodio depresivo
- Trastorno hipercinético disocial
- Trastorno somatomorfo indiferenciado

10. PATOLOGÍAS DEL EJE II

CIE-10		Nº	%	
Z03	Evaluación médica por sospecha de enfermedades médicas	18	42,80%	
F60	Trastornos de la personalidad	7	16,70%	
	F60,2			Cluster B
	F60,3			
	F60,4			Dependiente
	F60,7			Obsesiva
	No especificado			
F70.9	Retraso mental leve	4	9,50%	
R41.8	Capacidad intelectual límite	2	5%	
F60.5	Trastorno de personalidad anancástico	1	2%	

11. PATOLOGÍAS DEL EJE III: Trastornos somáticos

Encontramos fundamentalmente dos trastornos a destacar:

1. E46: Desnutrición proteico calórica → 16,6%
2. K59: Estreñimiento → 4,8%

Se han encontrado además otros trastornos que nombraré a continuación pero cuya incidencia es muy baja (2,4%):

- Crisis epilépticas
- Retraso del crecimiento
- Hiperlipidemia mixta
- Desordenes tiroideos
- Diabetes tipo II
- Diabetes insípida
- Hipoacusia neurosensorial bilateral
- Disminución de la agudeza visual
- Esofagitis por eRGE
- Obesidad
- Diarrea funcional
- Parálisis cerebral infantil sin otra especificación
- Hipertransaminasemia
- Deshidratación
- Alergia al huevo
- Deficiencia vitaminas
- Faringitis aguda

12. PATOLOGÍAS DEL EJE IV:

CIE-10		Nº	%
Z63.9	Problema relacionado con el grupo primario de apoyo	17	40,40%
Z62.1	Problema relacionado con la sobreprotección de los padres	7	16,70%
Z55.9	Problema relacionado con la educación	4	10%
Z55.8	Problema relativo al entorno escolar	1	2%
Z81.8	Historia familiar de otros trastornos mentales y del comportamiento	1	2,40%
Z75.9	Problema relacionado con el sistema sanitario	1	2,40%

DISCUSIÓN

Según un estudio realizado por Alberto Espina en la facultad de Psicología de San Sebastián (2009), el 95% de los casos de anorexia nerviosa eran mujeres mientras que tan sólo el 5% eran varones, resultado similar al obtenido en la Universidad de Witwatersrand, Johannesburg, South Africa (2004)⁶. En nuestra muestra sin embargo, encontramos que el porcentaje de varones asciende a un 20% con respecto a las mujeres, 80%. Este aumento de prevalencia puede ser debido a distintos factores como el aumento de la presión social que también sufren los varones hoy en día.

El DSM-IV indica que la edad de aparición de la anorexia nerviosa está en torno a los 14 años⁷ algo que observamos también en nuestra muestra, dónde la edad más prevalente han sido los 14 años (20% de los casos). Esto puede deberse a que durante esta edad se producen los cambios corporales más llamativos coincidiendo además con una especial fragilidad intrapersonal.

El motivo del ingreso en la mayoría de los casos (81%) fue para buscar directamente un tratamiento intensivo sin ser necesario un amplio diagnóstico diferencial. Al igual que ocurría en el estudio realizado en la Universidad de Witwatersrand, Johannesburg, South Africa (2004) esto puede deberse a que el problema en los varones es detectado más precozmente por la familia que en las mujeres y por lo tanto demandan mayor disposición a buscar ayuda.

En cuanto al Origen, se ha observado una mayor prevalencia en las zonas urbanas (59,5%) con respecto a las zonas rurales (21,4%). Esto podría estar relacionado con una mayor presión social en las primeras, lo que conlleva una mayor preocupación por el físico (tanto en hombres como en mujeres).

Actualmente, la manera en la que los pacientes ven la hospitalización ha variado mucho. Se ha demostrado que en muchos casos es más favorable

⁶ Sharp C, Clark S, Dunan J, Blackwood D, Shapiro C. Clinical presentation of anorexia nervosa in males: 24 new cases. International Journal of Eating Disorders [Internet]. 1994 [consultado el 20 de Febrero del 2018]; 15(2):125-134. Disponible en: [http://Clinical presentation of anorexia nervosa in males: 24 new cases](http://Clinical%20presentation%20of%20anorexia%20nervosa%20in%20males%2024%20new%20cases).

⁷ DSM-5 [Internet]. Psychiatry.org. 2018 [consultado el 20 de Febrero del 2018]. Disponible en: <https://www.psychiatry.org/psychiatrists/practice/dsm>

realizar varios ingresos cortos que ingresos más largos. Así, los pacientes no pierden el contacto con su entorno lo que les ayuda a superar la enfermedad⁸. Concretamente en nuestra muestra, la media de días de estancia se encuentra en torno a 30-40 días un 26% de los casos.

Dentro de la patología del Eje III destaca la “desnutrición proteico calórica” (E46) algo que a priori podríamos deducir dado que se trata de una consecuencia directa de la enfermedad. No olvidar además que la muestra ha sido tomada de pacientes hospitalizados, lo que en sí mismo ya conlleva cierta gravedad, de hecho, la causa más frecuente de hospitalización en pacientes con TCA (fundamentalmente en la anorexia) es el tratamiento de la desnutrición. Dentro de las alteraciones endocrinológicas dentro de los TCA encontramos los desórdenes tiroideos: es frecuente encontrar una reducción de T3 con el fin de reducir el metabolismo basal que suele corregirse al mejorar la desnutrición⁹.

Respecto al eje II dedicado a los trastornos de la personalidad, encontramos resultados similares. Existe un predominio de los rasgos de personalidad incluidos en el Cluster C (dependiente, evitativo y obsesivo-compulsivo). En general, son personas que presentan sentimientos de inferioridad e hipersensibilidad a las críticas (trastorno de personalidad dependiente) y preocupación por el orden, el perfeccionismo y el control mental e interpersonal (trastorno de personalidad obsesivo-compulsivo). Mientras que en el estudio realizado en Sudáfrica se obtuvo que un 29,5% de los pacientes presentaban un trastorno obsesivo compulsivo, en nuestra muestra éste porcentaje disminuye a un 7%, aunque sí es cierto que los trastornos del Cluster C globalmente suponen un 16,6%.

Esto a su vez está relacionado con la patología del Eje IV, en la que encontramos una mayoría de “problemas relacionados con el grupo primario de

⁸ Subiabre S C, Cruzat-Mandich C, Díaz-Castrillón F, Rosa Behar A, Marcelo Arancibia M, Teresa Quintana P. Significados sobre la experiencia de hospitalización en pacientes adolescentes diagnosticados con anorexia nerviosa [Internet]. 2018 [consultado el 30 Marzo 2018]. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S0717-92272015000200005&script=sci_arttext

⁹ Ugarte F, García P, Martini A, González C. Endocrinología de la anorexia nerviosa [Internet]. Medwave. 2018 [consultado el 29 Marzo 2018]. Disponible en: <https://www.medwave.cl/link.cgi/Medwave/Reuniones/exequiel/junio/2263>

apoyo” y “problemas relacionados con la sobreprotección de los padres”. Debido a dicha sobreprotección se convierten en personas más inseguras y dependientes sin poder realizar un óptimo desarrollo inter e intrapersonal. En el estudio realizado en Sudáfrica se obtuvo que la presencia de madres sobreprotectoras y padres ausentes estaba presente en una mayoría de casos. La importancia de estos datos radica en que se trata de predictores de gravedad y pronóstico.

En cuanto al consumo de tóxicos, no son muchos los estudios que tratan esta problemática. Se ha observado que la mayoría no son consumidores de tóxicos (encontrando entre los más frecuentes alcohol, tabaco, cannabis y cocaína) pero del 12% que si lo consumen, el 100% presentan problemas en el grupo primario de apoyo. En un estudio realizado en la Universidad de Valencia¹⁰, se obtuvo una relación significativa entre el riesgo de padecer un TCA y el consumo de drogas de carácter estimulante (sobre todo tabaco) con el objeto de suprimir el apetito o controlar el peso. Ya hemos comentado que lo más frecuente en varones son las conductas de estimulación del ejercicio más que las restrictivas por lo que podría explicar que en nuestra muestra no se haya obtenido un resultado significativo en este aspecto.

Por último comentar los datos obtenidos en cuánto al rendimiento escolar. Un 47,6% presentaba un desarrollo bueno o muy bueno mientras que un 36% lo tenía malo o muy malo. Estos resultados coinciden con una mayor prevalencia de rasgos obsesivos en este tipo de pacientes (destacando el perfeccionismo).

¹⁰ Bisetto Pons D, Botella Guijarro Á, Sancho Muñoz A. Trastornos de la conducta alimentaria y consumo de drogas en población adolescente. Adicciones. 2012;24(1):9.

CONCLUSIONES

Los trastornos de la conducta alimentaria han aumentado en las últimas décadas y son más prevalentes en las sociedades industriales avanzadas. Esto nos lleva a pensar que la presión sociocultural es un factor de predisposición a los TCA no solo en las mujeres sino también en los hombres.

No se deben confundir con el término “vigorexia”, cuyas diferencias ya han sido explicadas anteriormente.

Se ha demostrado que los trastornos alimentarios, específicamente la anorexia nerviosa, pueden ser secundarios a otras enfermedades psiquiátricas, como el trastorno obsesivo compulsivo, trastornos de conversión y trastornos afectivos (visto en el eje II) aunque hay casos claramente primarios (eje I). Es fundamental el estudio del eje IV dada su importancia en determinar la gravedad y pronóstico.

El perfil más característico es el de un varón de 14 años que ingresa para tratamiento intensivo durante 2 meses aproximadamente y cuyo origen es mayoritariamente urbano. No es frecuente el consumo de tóxicos y el rendimiento escolar suele ser bueno. Destacan unos rasgos de personalidad incluidos en el Cluster C (dependiente, evitativo y obsesivo-compulsivo) dentro de la patología del eje II, patologías somáticas como desnutrición proteico-calórica dentro del eje III y problemas relacionados con el grupo primario de apoyo en el eje IV.

BIBLIOGRAFÍA

Alimentarios T. Bulimia nerviosa | Trastornos Alimentarios .ORG [Internet]. Trastornosalimentarios.org. 2018 [consultado 30 Marzo 2018]. Disponible en: <http://trastornosalimentarios.org/bulimia-nerviosa/>

Arrufat F. Guía de práctica clínica sobre trastornos de la conducta alimentaria. Barcelona: Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques de Catalunya; 2009.

Bisetto Pons D, Botella Guijarro Á, Sancho Muñoz A. Trastornos de la conducta alimentaria y consumo de drogas en población adolescente. Adicciones. 2012;24(1):9.

Caballo V. Manual de trastornos de la personalidad. Madrid: Síntesis; 2009.

CIE 10, Trastornos mentales y del comportamiento. Madrid: Meditor; 1999.

Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Arlington, VA: American Psychiatric Association; 2013.

DSM-5 [Internet]. Psychiatry.org. 2018 [consultado el 20 de Febrero del 2018]. Disponible en: <https://www.psychiatry.org/psychiatrists/practice/dsm>

Freeman A. Eating disorders in males: a review. African Journal of Psychiatry. 2005;8(2).

Gómez-Restrepo C. Psiquiatría clínica. Bogotá: Médica Panamericana; 2008.

Los TCA en el nuevo DSM-V (Vol. I): Anorexia Nerviosa Instituto Centta [Internet]. Centta.es. 2018 [consultado el 10 de Diciembre 2017]. Disponible en: <http://www.centta.es/articulos-proprios/los-tca-en-el-nuevo-dsm-v-vol-i-anorexia-nerviosa>

Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2014.

Nemiah J. Alexithymia. *Psychotherapy and Psychosomatics*. 1977;28(1-4):199-206.

Pearce J. Richard Morton: Origins of Anorexia nervosa. *European Neurology* [Internet]. 2004 [consultado el 28 Febrero 2018]; 52(4):191-192. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15539770>

Personalidad y trastornos de personalidad | PSISE [Internet]. PSISE. 2018 [consultado 30 Marzo 2018]. Disponible en: <https://psisemadrid.org/personalidad-y-trastornos-de-personalidad/>

Rodríguez Molina J. Vigorexia: adicción, obsesión o dismorfia; un intento de aproximación. *Health and Addictions/Salud y Drogas*. 2007; 7(1).

Sharp C, Clark S, Dunan J, Blackwood D, Shapiro C. Clinical presentation of anorexia nervosa in males: 24 new cases. *International Journal of Eating Disorders* [Internet]. 1994 [consultado el 20 de Febrero del 2018]; 15(2):125-134. Disponible en: [http://Clinical presentation of anorexia nervosa in males: 24 new cases](http://Clinical%20presentation%20of%20anorexia%20nervosa%20in%20males%2024%20new%20cases).

Subiabre S C, Cruzat-Mandich C, Díaz-Castrillón F, Rosa Behar A, Marcelo Arancibia M, Teresa Quintana P. Significados sobre la experiencia de hospitalización en pacientes adolescentes diagnosticados con anorexia nerviosa [Internet]. 2018 [consultado el 30 Marzo 2018]. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S0717-92272015000200005&script=sci_arttext

Ugarte F, García P, Martini A, González C. Endocrinología de la anorexia nerviosa [Internet]. *Medwave*. 2018 [consultado el 29 Marzo 2018]. Disponible en: <https://www.medwave.cl/link.cgi/Medwave/Reuniones/exequiel/junio/2263>.