



UNIVERSIDAD DE JAÉN
Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación

Trabajo Fin de Grado

El impacto de los trastornos de la conducta alimentaria en hombres

Alumno/a: Sergio Gallardo Galafate

Tutor/a: Prof. Dra. Silvia Moreno Domínguez
Dpto: Psicología

Junio, 2017

INDICE

RESUMEN.....	2
INTRODUCCIÓN.....	4
METODO.....	6
RESULTADOS.....	7
1. <i>Antecedentes históricos de los TCA masculinos</i>	7
2. <i>Imagen corporal e insatisfacción corporal masculina</i>	7
3. <i>Anorexia Nerviosa</i>	9
4. <i>Bulimia nerviosa</i>	11
5. <i>Similitudes y diferencias en TCA masculinos respecto a mujeres</i>	13
6. <i>Factores de riesgo</i>	17
▪ <i>Factores de riesgo biológicos.</i>	17
▪ <i>Factores de riesgo Socioculturales.</i>	18
▪ <i>Factores de riesgo familiares.</i>	19
▪ <i>Factores de riesgo psicológicos.</i>	20
DISCUSIÓN.....	22
CONCLUSIONES.....	23
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	24

RESUMEN

Los trastornos de la conducta alimentaria son complejos y tras su origen no podemos localizar una causa única. Si bien son comunes las acusaciones hacia los medios de comunicación y al entorno familiar, es evidente que lo que verdaderamente manifiesta el comienzo de un TCA es la iniciativa de llevar a cabo una dieta con el deseo de transformar la imagen corporal para sentirse aceptado por uno mismo y por los demás. En la siguiente revisión bibliográfica se pretende, a través una búsqueda íntegra de información sobre los últimos 8 años, ofrecer una visión clara de cómo este tipo de trastornos afecta a la población masculina. Los resultados del análisis establecen diferencias de género en los TCA, fijándose el final de la pubertad como el periodo más sensible para el surgimiento de estos desordenes; además se aprecia que, a pesar de darse con más frecuencia en el sexo femenino, la incidencia en hombres ha ido incrementándose con el paso del tiempo. Los factores implicados en la aparición de los TCA incluyen determinantes genéticos, psicológicos y sociofamiliares. La imagen corporal masculina se asienta sobre conceptos como virilidad e ideales de belleza, así como la satisfacción e insatisfacción conectada con ciertas partes de la figura corporal. Por tanto, se concluye que es vital indagar en profundidad sobre esta problemática, elaborando instrumentos para detectar tempranamente estos trastornos, además de investigar meticulosamente en protocolos de intervención y prevención.

PALABRAS CLAVE: Trastorno de la conducta alimentaria, imagen corporal, factores de riesgo, bulimia nerviosa, anorexia nerviosa, hombres, diferencias de género.

ABSTRACT

Eating disorders are complex and a single cause has yet to be identified. While the media and the family environment are commonly targeted for fault, it is clear that what signals the beginning of an eating disorder is the conscious and willing act of starting a diet in the hopes to transform one's body image in order to feel accepted by oneself and

by others. In the following bibliographic review it is intended, through an integral research, which covers the last 8 years, offering a clear vision of how this type of disorders affects the male population. The results of the analysis establish gender differences in the eating disorders, setting the end of puberty as the most sensitive period for the emergence of these disorders; in addition it is observed that, despite occurring more frequently in the female sex, the incidence in men has increased with the passage of time. Factors involved in the emergence of eating disorders include genetic, psychological and socio-familial determinants. The male body image is based on concepts such as virility and beauty ideals, as well as the satisfaction and dissatisfaction connected with certain parts of the body figure. Therefore, it is concluded that it is vital to investigate in depth about this problem, developing instruments to detect these disorders early, as well as meticulously investigate intervention and prevention protocols.

KEY WORDS: Eating disorder, body image, risk factors, bulimia nervosa, anorexia nervosa, men, gender differences.

INTRODUCCIÓN

El estudio de la imagen corporal femenina fue y sigue siendo primordial para la investigación de los TCA, aunque en lo que respecta a los hombres y su correspondencia con los desórdenes alimenticios, la información resulta insignificante. El gradual incremento de la insatisfacción corporal en varones es alarmante, pues esta alteración se considera un factor de riesgo crucial para el desarrollo de los TCA (Toro-Alfonso Borrego, Nieves, Borrego, 2010). Las diferencias que se dan entre hombres y mujeres son motivo de la desigualdad instaurada en la sociedad entre ambos sexos, vinculándose a la imagen corporal, aunque parece ser que estas diferencias se van desvaneciendo con la evidencia del aumento de los TCA en hombres y su implicación sociocultural; puesto que, a pesar de creencias erróneas, los varones, al igual que las mujeres, desarrollan inseguridades en la adolescencia que hace que se sientan inestables e insatisfechos consigo mismos (Toro-Alfonso et al., 2010).

Pese a que los TCA en hombres se dan en menor proporción y pasan mucho más desapercibidos que en el caso de las mujeres, este trastorno está aumentando en la población masculina, teniendo ciertas peculiaridades respecto a las mujeres (Ray, 2004; Velilla, 2001; Woodside, Garfinkel, Lin y Goering, 2001). De este modo, resulta interesante despuntar la homosexualidad, la cual se da con mucha más frecuencia en hombres con este desorden. De igual modo, las tácticas para la pérdida de peso difieren, siendo ellos más partidarios de obcecar por el ejercicio físico que ellas (Sánchez, Toro, Walters-Pacheco, 2012).

En el presente trabajo nos centramos en la anorexia y la bulimia nerviosa por el hecho de ser las patologías más representativas dentro de las categorías diagnósticas de los TCA.

A pesar de no haber datos exactos y que la información difiera de unos estudios a otros, parece constatar que los hombres representan del 5 al 15% de los casos de bulimia nerviosa y del 1 a 5% de anorexia nerviosa con una prevalencia comprendida entre los 14 y 15 años de edad (Salas, Hodgson, Figueroa, Hodgson y Urrejola, 2011). En los hombres, de hecho, se ha observado que la preocupación se basa en alcanzar masa muscular y no tanto en la pérdida de grasa que buscan las mujeres. El origen de este tipo de conductas puede deberse a diversos factores considerados de riesgos, algunos de los más predominantes son los antecedentes de sobrepeso, el entorno de crianza familiar,

familiares con algún TCA y la desmesurada fijación actual por un cuerpo delgado e impecable. Se ha encontrado que el ya mencionado sobrepeso tiene una alta relación con el desarrollo de bulimia en hombres, haciendo que estos se abran paso a dietas restrictivas. También adquieren relevancia factores como el bullying y la realización de deportes que acentúan la necesidad de un cuerpo fino y esbelto (Salas et al, 2011).

La información epidemiológica respecto a hombres, en cuanto a los TCA, resulta deficiente dado que en los estudios elaborados sobre esta problemática se descarta al sexo masculino debido a que en comparación con las mujeres son menos habituales, además entre los criterios diagnósticos que se exigen según el DSM 5 se encuentra amenorrea (Salas et al, 2011). Asimismo, este problema se encuentra encasillado como una enfermedad femenina y como consecuencia de ello su diagnóstico en hombre resulta más complejo. A todo esto se le suma que los varones tardan más en solicitar asistencia médica o directamente se niegan demandarla por resultarles humillante la situación en la que se encuentran debido a que la juzgan como un «asuntos de mujeres». Por cuestiones sociales y educativas los hombres exteriorizan el descontento que sienten por su imagen corporal en menor medida que el sexo femenino. (Calvo, 2002; Cervera, 2005; Olivardia, Pope, Mangweth y Hudson, 1995).

Hasta la fecha no se han encontrado fundamentos que expliquen la causa por la cual se dan más casos de mujeres que de hombres en este tipo de trastornos, aunque según Behar (2004) el papel que adquieren las mujeres en la organización de la sociedad establecen una muy probable explicación a la desigualdad de géneros. No obstante, destacar que tanto los factores de riesgo para la aparición de TCA así como la sintomatología de los mismos indican una gran semejanza entre hombres y mujeres, infiriéndose de estos datos que con el paso del tiempo habrá un mayor número de casos de TCA en el género masculino.

Las personas del ambiente más cercano a los jóvenes deben tomar conciencia de que la transición de la infancia a la adolescencia también despierta inseguridades en los varones, y que las normas que rigen la sociedad tienen el efecto de cohibir las declaraciones de éstos sobre la preocupación que les genera su apariencia, pues si lo hiciesen se podría cuestionar su masculinidad (Hospers y Jansen, 2005; Woodside et al., 2001). Y es que, el hecho de contemplarse en el espejo, obsesionarse por el aspecto físico o manifestar fragilidad es sopesado en prácticamente todas las partes del mundo como un rasgo de feminidad.

El objetivo de la presente revisión teórica es dar a conocer a los lectores las características poco conocidas de los TCA en el sexo masculino así como sus factores de riesgo, además de la toma de conciencia sobre la preocupación que también los hombres muestran por la imagen corporal, con el propósito de que este género olvidado en los estudios, y que sufre en la sombra las consecuencias de esta enfermedad, sea escuchado e investigado en profundidad.

METODO

Para la recopilación de los datos se realizó una búsqueda bibliográfica en Marzo de 2017 en las bases de datos PsycINFO, Dialnet, Scielo y Psicothema manejando los descriptores: TCA (eating disorder), Hombres (mens), Diferencias de género (Gender differences), Anorexia nerviosa masculina (Male Anorexia Nervosa), Bulimia nerviosa masculina (Male Bulimia Nervosa), imagen corporal (body image), insatisfacción corporal (body dissatisfaction), factores de riesgo (risk factors). También se llevó a cabo una búsqueda en internet a través del buscador «google académico» usando las palabras claves anteriormente descritas.

En cuanto a los criterios de inclusión, se seleccionaron los documentos que aportaran datos significativos sobre la imagen corporal y su insatisfacción, los TCA, las características de este tipo de trastornos en el género masculino así como sus factores de riesgo publicados en español, francés e inglés, abarcando un periodo de tiempo contenido entre 2009 y 2015.

Varias de las referencias de los artículos recuperados fueron utilizadas con el propósito de ubicar los estudios que cumplieran los criterios de admisión. Se excluyeron todos aquellos documentos que tuviesen como cometido aquellos desórdenes mentales que no se correspondiesen con los TCA.

RESULTADOS

1. Antecedentes históricos de los TCA masculinos

Los primeros datos históricos de anorexia nerviosa, y concretamente masculina, se remontan al S XI, donde Avicena archiva en su famoso canon de medicina el caso de un príncipe iraní que estuvo al borde de la muerte por oponerse a comer (Guillemot y Laxenaire, 1994).

Kafka en su cuento «Un artista del hambre» publicado en 1924 hace alusión a hombres que exhibían sus cuerpos consumidos y famélicos como forma de ganar dinero. Estos actores de la época eran en su mayoría hombres y posiblemente bajo estas prácticas por mantenerse en una delgadez límite, se escondía un TCA (Bemporad, 1996). No obstante; fue en el S XVII cuando el médico Richard Morton se acercó en términos clínicos a la anorexia. Morton documentó, entre otros, el caso de un chico adolescente, quien afirmaba no sentir la necesidad de comer y como consecuencia se fue debilitando durante prolongado tiempo hasta que, por recomendación del doctor, abandono sus hábitos y recobró vigor y vitalidad (Ramón, 2010). Otro caso registrado fue el que realizó Robert Whytt, quien describe a un chico joven con síntomas depresivos que perdió el deseo por la comida, y se privó de comer hasta tal punto que su cuerpo se volvió escuálido y huesudo, pero que posteriormente se despertó en él un ansia por la comida excesiva (Silverman, 1987). Incluso se ha llegado a mencionar que los emperadores Claudio y Vitelio, cuando finalizaban las fiestas a las que asistían, en las cuales comían de forma exagerada, se inducían el vómito atribuyéndoseles la calificación de bulímicos (Crichton, 1996).

2. Imagen corporal e insatisfacción corporal masculina

La imagen o esquema corporal consiste en la forma en que una persona se ve a sí misma, se imagina y se comporta en relación al propio cuerpo (Rosen 1992); es decir, se trata de la imagen corporal que nos creamos, el aspecto físico que asignamos a nuestro cuerpo.

Según Pruzinsky y Cash 1990 la imagen corporal se encuentra caracterizada por: una relación mutua entre la manera en que vemos y examinamos nuestros cuerpos y la forma en la que nos percibimos a nosotros mismos; otra particularidad es que la imagen corporal está definida por la sociedad, pues desde que nacemos, el poder que ejerce la

normas sociales sobre nosotros estipulan el modo en que nos percibimos; la imagen corporal no es un constructo estable e invariable, sino todo lo contrario, y por tanto se ve alterada constantemente a lo largo de nuestra existencia por determinantes que la sociedad impone como la educación y las vivencias entre otros; la forma en que nos percibimos a nosotros mismos contribuye a la manera en que procesamos la información, y por consiguiente a cómo percibimos el mundo; y finalmente, la imagen corporal interviene en nuestra conducta.

La imagen corporal está compuesta por 3 elementos (Pruzinsky y Cash, 1990):

Un elemento perceptivo, que alude a la exactitud con la que se percibe el tamaño del propio cuerpo, ya sea referido a una determinada parte corporal o al cuerpo en su conjunto; cuando este elemento se ve alterado, la persona percibirá de manera errónea, de forma que, contemplará el volumen corporal de manera aumentada, o en su defecto, apreciara un tamaño disminuido que no se corresponde con la realidad objetiva.

Un elemento subjetivo, que implicaría los pensamientos, las emociones, las autoevaluaciones, y la dirección de nuestro comportamiento que generarían las dimensiones percibidas de nuestro cuerpo. Un desajuste en este elemento podría provocar síntomas depresivos, intranquilidad e incluso insatisfacción con el propio cuerpo.

Un elemento conductual, que sugiere que la percepción, y la valoración que damos a nuestro cuerpo conducen a actuaciones diversas.

La insatisfacción de la imagen corporal es un determinante decisivo para la disposición a desarrollar un TAC, sobre todo en la bulimia y anorexia nerviosas. De modo que, la insatisfacción con el propio cuerpo se presenta como un factor de riesgo sustancial en estas alteraciones. La insatisfacción se produce cuando nuestros pensamientos, sentimientos y valoraciones sobre la apariencia y la dimensión corporal propia son negativos, esta insatisfacción refleja una incongruencia entre el cuerpo real y actual que se posee con el cuerpo que se estima ideal (Gardner y Stark 1999). La cultura y los medios de comunicación, que promulgan los cánones de belleza, hacen que las personas hagan una comparación entre ese ideal de perfección impuesto por la sociedad y el propio aspecto físico, dando como resultado una evaluación negativa de la propia imagen, viéndose de este modo afectada la autoestima.

La insatisfacción corporal masculina se ha visto incrementada de manera drástica en los últimos años, con tasas que van de un 15% a un 43% (Garner, 1998; Goldfield, Blouin, y Woodside, 2006), posicionándose estos datos muy cercanamente al sondeo en el sexo femenino. Esta insatisfacción en los hombres suele deberse a su deseo de estar más fuertes, en cambio, las mujeres anhelan estar más delgadas; en cuanto a ancianos de sexo masculino, estos suelen tener una mayor percepción de su imagen corporal en comparación con las mujeres ancianas. Aun así, a medida que envejecemos la percepción que tenemos de nuestra imagen se torna más positiva debido posiblemente a la adaptación producida por el conformismo del paso de los años (Vaquero-Cristóbal, Alacid, Muyor, y López-Miñarro, 2013).

La perturbación de la imagen corporal en los hombres resulta mucho complicada que la producida en mujeres; éstas desean disminuir de peso, en cambio, los hombres aspiran no solo a adelgazar, sino que también quieren verse más anchos de lo que realmente son (Bergstrom y Neighbors, 2006). La belleza es apreciada con distintos ojos según el género, de forma que los hombres persiguen el «no coger kilos de más» y más frecuentemente centrar su interés en tener un cuerpo musculado, mientras que las mujeres andan a la caza de la delgadez (Hospers y Jansen, 2005; Yelland y Tiggemann, 2003).

Varones y mujeres entienden las dimensiones corporales distintamente, dan importancia a la imagen corporal desigualmente y estiman de una forma peculiar el concepto de delgadez.

3. *Anorexia Nerviosa*

El vocablo «Anorexia» es comprendido como la falta o pérdida del apetito, pero cuando se añade el epíteto «Nerviosa» adquiere su significado psíquico (Marmo, 2014). Por tanto, la Anorexia Nerviosa implicaría la insaciable búsqueda de un cuerpo delgado, seguida de la libre restricción de ingesta de comida y de un profundo terror al aumento de peso, sin tomar conciencia de la amenaza que supone para la salud aventurarse a semejante estado de desnutrición (Abbate, Buzzichelli, Marzola, Amianto, y Fassino, 2014).

Las personas que sufren AN se caracterizan por poseer una imagen corporal distorsionada, tienen una fuerte obsesión por la alimentación, lo que pesan y la complejidad; todo esto lleva a que se nieguen a comer y a que lleven a cabo diversas pautas

de comportamiento para compensar las calorías tomadas, como pueden ser practicar deporte de forma desmesurada, la provocación de vómitos e incluso el uso de purgantes (Camarillo, Cadaba, Gomez y Munguía, 2013). Un dato interesante a destacar es que las personas con este trastorno niegan cualquier indicio de síntoma, debido a que estos están en consonancia con el propio auto concepto, lo que complica la mejora y el diagnóstico de los afectados (Wood y Knight, 2015). Un requisito para instaurar este diagnóstico es que el paciente tenga un peso por debajo del 85% del que se recomienda tanto para la altura como para la edad (Cucarella, Tortajada, y Moreno, 2012). Los criterios diagnósticos se recogen en la tabla 1.

Diversos trabajos publicados acerca de TCA evidencian que estos desórdenes alimenticios producen una gran huella en la salud en general, pues dañan la salud física y suscitan el deterioro del funcionamiento diario de la persona e incluso diversos estudios han comprobado que este tipo de trastorno tiene una tasa de mortalidad de las más altas (Benjet, Mendez, Borges y Medina-Mora, 2012; Jurado et al, 2009; Portela, Da Costa, Mora y Raich, 2012). Actualmente, Barrionuevo (2015) ha contemplado que este tipo de patología se da con una mayor frecuencia en la adolescencia, concretando que la incidencia es mayor a los 13 años, dándose en menor medida a los 18. Sin embargo hay constancia de que en hombres se produce un superior número de casos de los 14 a 18 años, e incluso se han sugerido edades superiores a los 18 años, debido a que el desarrollo en la pubertad de los varones es más tardío que el de las mujeres (Salas et al., 2011).

La información respecto a la epidemiología de los TCA masculinos es limitada, aunque de acuerdo con los datos establecidos por Behar, Alviña, González y Rivera (2007) sobre el 90% y 95% de los casos tienen lugar en mujeres, y entre el 10% y el 5% restante se da en los hombres. Asimismo la prevalencia también es distinta en cuanto al sexo; de manera que la AN es más propia de las mujeres con cifras entre 01-2% respecto a los varones (0,1-0.9%) (Negrete, 2015; Rutzstein, Murawski, Elizathe, y Scappatura, 2010).

Las niñas y niños no nacen despreciando sus cuerpos, es algo que aprenden en la sociedad en la que viven y en la que todos somos partícipes ello.

Tabla 1: Criterios Diagnósticos de la anorexia nerviosa según DSM 5

- Restricción de la ingesta energética en relación con las necesidades, que conduce a un peso corporal significativamente bajo con relación a la edad, el sexo, el curso del desarrollo y la salud. Peso significativamente bajo se define como un peso que es inferior al mínimo normal o, en niños y adolescentes, inferior al mínimo esperado.
- Miedo intenso a ganar peso o a engordar, o comportamiento persistente que interfiere en el aumento de peso incluso con un peso significativamente bajo.
- Alteración en la forma en que uno mismo percibe su propio peso o constitución, influencia impropia del peso o la constitución corporal en la autoevaluación, o falta persistente de recomendación de la gravedad del peso corporal bajo actual.

Tipo Restrictivo

Durante los últimos 3 meses, el individuo no ha tenido episodios recurrentes de atracones o purgas (es decir, vomito auto provocado o el uso indebido de enemas y laxantes). En estas ocasiones la disminución de peso se debe, en su mayoría, a dietas restrictivas y/o a prácticas de ejercicio desmesuradas.

Tipo con atracones/purgas

En los últimos 3 meses, el sujeto debe sufrir acontecimientos reiterados de atracones o purgas (vómitos auto-provocados o utilización indebida de laxantes, diuréticos o enemas).

Nota: Tomada del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-5 (2013).

4. Bulimia nerviosa

La bulimia nerviosa se caracteriza por la aparición de «atracones» donde la persona ingiere desenfrenadamente una gran cantidad de comida en un periodo de tiempo muy corto y en una dosis que por lo general una persona con hábitos saludables no consumiría; esta conducta iría seguida de sensaciones de arrepentimiento (Guadarrama y Mendoza, 2011). Los individuos bulímicos suelen llevar a cabo conductas compensatorias para evitar ganar peso, como son realizar ejercicio de forma exagerada, uso de laxantes... etc. (Sierra, 2005). Esta patología suele diagnosticarse con retraso, dado que estos individuos tienen el peso que les corresponde, y por tanto no suelen solicitar asistencia profesional (Cruzat, Aspillaga, Torres, Rodríguez, Díaz y Haemmerli 2010). Los criterios diagnósticos para la bulimia nerviosa se plantean en la tabla posterior (2).

De acuerdo con Barrionuevo (2015) se observa que la BN aparece a una edad más temprana que la AN, especialmente en una franja de edad comprendida de los 14 a los 16

años. Los datos a nivel mundial fluctúan entre el 1-2 y 4% (López, Raimann, y Gaete, 2015).

Respecto a la prevalencia, al igual que en la AN, se aprecian diferencias en cuanto al género. Incluso se observa que suelen darse más casos de BN que de AN en hombres tal y como reflejan los datos correspondientes al sexo femenino (0,9-4%) y al masculino (0,1-2 %) (Negrete, 2015; Rutzstein, Murawski, Elizathe, y Scappatura, 2010).

Uno de cada 10 hombres con trastorno de la conducta alimentaria se induce vómitos, mientras que este suceso se produce en un tercio de la población femenina (Burns y Crisp, 1990; Cumella, 2003). A diferencia de las mujeres, cuando en los varones se producen vómitos y atracones, estos lo hacen con mucha más asiduidad que ellas (Andersen, 1995; Cumella, 2003). Gran cantidad de hombres bulímicos presentan sobrepeso, en cambio, las mujeres afectadas con este trastorno suelen tener un peso adecuado (Andersen, 1995; Cumella, 2003). Además, los hombres se inclinan por excederse en el uso de purgantes y otros componentes en comparación con las mujeres para la disminución de peso (Cumella, 2003).

La anorexia y bulimia nerviosas tienen en común, tanto en mujeres como hombres, la sobreestimación de la imagen y el peso corporal. De esta forma, mientras que la población en general se valora en términos de capacidades, habilidades, relaciones personales, etc... las personas afectadas por estas patologías se valoran peculiarmente en base a su físico. (Fairburn y Harrison, 2003).

Tabla 2: *Criterios Diagnósticos de la bulimia nerviosa según DSM 5*

- 1. Episodios recurrentes de atracones.** Un episodio de atracón se caracteriza por los dos hechos siguientes:
 - Ingestión, en un periodo determinado (p.ej., dentro de un periodo cualquiera de dos horas), de una cantidad de alimentos que es considerablemente mayor a la que una persona consumiría en un periodo similar, en circunstancias parecidas.
 - Sensación de falta de control sobre lo que se ingiere durante el episodio (p.ej., sensación de que no se puede dejar de comer o controlar lo que se ingiere o la cantidad de lo que se ingiere):
 - 2. Comportamientos compensatorios inapropiados recurrentes** para evitar el aumento de peso, como el vómito auto provocado, el uso incorrecto de laxantes, diuréticos u otros medicamentos, el ayuno o el ejercicio excesivo.
-

3. Los atracones y los comportamientos compensatorios inapropiados se producen, de promedio, al menos, una vez a la semana durante 3 meses.

4. La autoevaluación se ve indebidamente influida por la constitución y el peso corporal.

5. La alteración no se produce exclusivamente durante los episodios de anorexia nerviosa.

Nota: Tomada del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-5 (2013).

5. Similitudes y diferencias en TCA masculinos respecto a mujeres

Las patologías relacionadas con la conducta alimentaria a menudo apuntan al sexo femenino, sin embargo, poco a poco estos trastornos han ido alcanzando un sitio en la población masculina.

Del mismo modo que las mujeres diagnosticadas de TCA, en los hombres que padecen estos desordenes también se observa:

- Antecedentes de obesidad los cuales han sido desencadenantes de episodios de mofa por parte de otros (Cervera, 2005; Crispo, Figueroa y Guelar, 1998; Ray, 2004; Toro, 1997).
- Descenso de la libido, como consecuencia de una reducción a nivel hormonal (Calvo, 2002; Carlat, Camargo y Herzog, 1997; Rosen, 2003).
- Destacar también la necesidad de acrecentar la percepción de seguridad ante los acontecimientos vitales. (Poyato, Sánchez, Cañete y Poyato, 2004; Santo-Domingo Baca, Carrasco y García-Camba, 2002).
- Creencias irracionales de que si consiguen bajar de peso o conseguir la imagen corporal que desean serán más deseados por los otros (Crispo et al., 1998; Santo-Domingo et al., 2002; Toro, 1997).
- Un deficiente nivel de autoestima, la búsqueda de aprobación por el resto de personas, ansiedad, propensión al perfeccionismo, depresión, dificultades para gestionar emociones y depresión (Lakkis, Ricciardelli y Williams, 1999; Ranson, Ranson, Kaye, Weltzin, Rao y Matsunaga 1999; Ray, 2004).
- La imposición de conservar una imagen corporal determinada por cuestiones personales o laborales (Baum, 2006; Crispo et al., 1998; Rosen, 2003).

Como se refleja en el apartado anterior, las similitudes de la anorexia y bulimia en hombres y mujeres son evidentes, sin embargo, aunque las semejanzas sean abundantes, también se encuentran diferencias destacables en lo que concierne al sexo masculino:

- A nivel motivacional, encontramos que, mientras que las mujeres ansían tener un cuerpo delgado, los hombres con este tipo de psicopatología se obsesinan en el «no aumento de peso». Habitualmente los varones se obsesionan con evitar opiniones críticas sobre su aspecto físico procurando alcanzar un cuerpo varonil idealizado más que estar delgado. Por tanto en lugar de anhelar la delgadez, estos se centran en estar en forma, si bien ambos conceptos suelen combinarse difusamente (Calvo, 2002; Pope, Gruber, Mangweth y Bureau, 2000; Toro 1997).
- Diversos datos apuntan a que en los hombres la presión hacia el ejercicio físico es mayor en comparación con las mujeres hacia una actividad física intensa. La corpulencia física y la imagen de vigor y fuerza son atributos típicamente asociados al modelo de belleza masculino en todas las sociedades. (León y Castillo, 2005; Rosen, 2003; Toro, 1997).
- En lo que respecta a la transformación y cambio activo de sus cuerpos, estos objetivos suelen ser buscados por los varones en la pubertad tardía; sin embargo las mujeres, además de desear estar delgadas, buscan también embellecerse a través de la utilización de productos cosméticos en mayor medida que los hombres (Pope et al., 2000; Toro, 1997).
- Centrándonos en los problemas de salud física, si bien hombres y mujeres con TCA presentan similitudes respecto a alteraciones orgánicas como anemia, deterioro del esmalte dental, hipotermia o hipotensión; se ha evidenciado en investigaciones que se da una mayor tendencia a la osteoporosis en hombres, especialmente los que padecen BN (Andersen, Watson y Schlechte, 2000; Carlat et al., 1997).
- También la evaluación corporal entre géneros difiere; los estudios de Baum (2006), Boroughs y Thompson (2002) y Toro (2002) sugieren que las mujeres se evalúan corporalmente basándose en el aspecto, sin embargo, los hombres se

evalúan fundamentalmente en base a la eficiencia. Esto quiere decir que los varones con esta alteración procuran alcanzar un cuerpo más capacitado para diferentes actividades que se propongan.

- El comienzo de esta enfermedad en los hombres suele ser a una edad más tardía, concretamente al finalizar la adolescencia, mientras que en el sexo femenino suele comenzar precozmente, en torno a los 13 o 14 años. (Carlat et al., 1997; León y Castillo, 2005).
- Como ya se comentó con anterioridad, la insatisfacción corporal difiere según el sexo. Los hombres con TCA muestran una mayor insatisfacción de cintura hacia arriba, en cambio, las mujeres sienten insatisfacción con la parte inferior de sus cuerpos (Calvo, 2002; Toro, 1997).
- También se han encontrado diferencias a nivel escolar; así pues, mientras que los hombres que presentan este tipo de psicopatología normalmente obtienen unos resultados académicos mediocres, las mujeres generalmente logran unos resultados altos. (Calvo, 2002; Cassin y Ranson, 2005).
- Los métodos para perder peso varían, los hombres se inclinan más por el deporte, mientras que las mujeres escogen dietas seriamente restrictivas (Poyato et al., 2004; Olivardia et al., 1995; Rosen, 2003).
- Se distinguen conductas diferenciadas en la bulimia nerviosa, generalmente las mujeres con BN tienen una vida sexual más activa o se encuentran en matrimonio, en cambio, los hombres con esta patología no son muy activos a nivel sexual y en su mayoría suelen ser homosexuales (Herzog, Bradburn y Newman, 1990; Robinson y Holden, 1986). A su vez, en diferentes estudios se concluye que en cuanto a los patrones de conducta alimentaria, los hombres llevan a cabo episodios de atracón cuando comen en público, al contrario de las mujeres que tienden a hacerlo en soledad (Schneider y Agras, 1987; Ussery y Prentice-Dunn, 1992).
- En los últimos años ha habido un incremento de anuncios publicitarios con la intención de transmitir el ideal masculino que se rige en la actualidad; en los

hombres, en contraposición a las mujeres, la influencia de la publicidad les afecta en menor medida (Mangweth, Hausmann, Walch y Hotter, 2004; Pope et al., 2000).

- En cuanto la aceptación del trastorno y la búsqueda de ayuda, los hombres se dan cuenta más tarde del problema y también tardan más en solicitar ayuda que las mujeres (Carlat et al., 1997; Lewinsohn, Seeley, Moerk y Striegel-Moore, 2002; Olivardia et al., 1995).
- En lo que concierne al diagnóstico, en las personas de sexo masculino los TCA no se diagnostican con rapidez puesto que este tipo de enfermedad se relacionan sobre todo con el sexo femenino, a pesar del aumento de la cantidad de casos en hombres; y es que, parece ser que relacionar el malestar patológico sobre la propia imagen corporal en los hombres desconcierta aun a muchos profesionales (Calvo, 2002; Cervera, 2005; Rosen, 2003).
- Diversos estudios han demostrado que los hombres con TCA son más propensos a desarrollar TOC y depresión de forma conjunta que la población femenina (Carlat et al., 1997; Olivardia, et al., 1995; Ranson et al., 1999; Ray, 2004; Rosen, 2003; Woodside et al., 2001).
- Centrándonos en algunos aspectos de personalidad encontramos también diferencias; los hombres con este tipo de trastorno sugieren manifestar un menor grado de organización y perfeccionismo del que manifiestan las mujeres con TCA; también poseen una distorsión de la imagen corporal, una motivación para el cambio de hábitos alimenticios y una tendencia a la influencia sobre modelos ideales de belleza mucho menor que el sexo femenino (Carlat et al., 1997; Cassin y Ranson, 2005; Rosen, 2003; Woodside et al., 2004).
- En el caso de los hombres se ha evidenciado en diversos estudios que debido a cambios psicofisiológicos, producidos por alteraciones del apetito, fatiga, cansancio y la insaciabilidad, podría generarse en ellos problemas para saber responder a las emociones y su identificación. Esta falta de identificación hace

notar en varones carencias en sus habilidades para un control eficaz de la ansiedad (Rosen, 2003; Ussery y Prentice-Dunn, 1992).

6. Factores de riesgo

Con factores de riesgo nos referimos a las diferentes circunstancias y situaciones que facilitan la aparición del trastorno; en la anorexia y bulimia nerviosas los factores de riesgo están asociados con el núcleo familiar, la personalidad, la biología, la sociedad, ciertos tipos de creencias o aquellas situaciones con un peso significativo en la vida de la persona.

Según diversos estudios, es la adolescencia la fase del ciclo vital donde aparece un incremento de factores de riesgos para la aparición de TCA, pues es aquí donde se originan una sucesión de cambios físicos, psíquicos y sociales que podrían ocasionar una ansiedad difícil de manejar (Aubalat y Quiles, 2012). Con todo esto, resaltar que la aparición de un factor de riesgo no implica forzosamente la manifestación del trastorno, sin embargo es importante tenerlo en consideración dado el peso que tienen en el bienestar emocional de la persona (Marmo, 2014).

▪ Factores de riesgo biológicos.

Entre estos factores se encuentran implicados fundamentalmente la genética y variaciones neurobiológicas; investigaciones sobre AN esclarecen que la herencia genética puede llegar a determinar alrededor del 70% de la vulnerabilidad en este tipo de patología (Silva, Mesa y Escudero, 2014), incluso se ha comprobado que el Factor Neurotrófico Derivado del Cerebro (FNDC) podría tener un peso importante en este trastorno (Ribasés et al., 2005); en lo que respecta a la BN y acorde a los estudios realizados por Silva, Mesa y Escudero (2014), se cree que el cromosoma 10 podría estar involucrado en su aparición.

Se ha evidenciado que alteraciones del desarrollo en etapas pre, peri y postnatales podrían ser un posible desencadenante para la causa de la anorexia nerviosa, sobre todo cuando no se ha llevado a cabo una debida alimentación, provocando un desequilibrio en la programación del apetito que el individuo desarrollará a lo largo de toda su vida. (Woerwag y Treasure, 2008).

En otra línea de investigación, se constata que en el ciclo vital que abarca entre el comienzo y la mitad de la pubertad se dan los desencadenantes para la presentación de un TCA predispuesto genéticamente, considerándose por tanto esta etapa la de mayor riesgo y, por consiguiente, quedando relacionados la adolescencia y el origen genético del trastorno (Klump, Burt, la etapa McGue, y Iacono, 2007), esta fase coincide a su vez con el momento en el que se produce un aumento del IMC, y el adolescente comienza a temer por las proporciones de su cuerpo (Hunot, Vizmanos, Vázquez, y Celis, 2008).

La serotonina tiene un papel importante en el desarrollo de la AN y BN, un funcionamiento anómalo en este neurotransmisor puede causar alteraciones en el apetito, en el control conductual y en el estado de ánimo; de hecho, en la BN en particular se ha encontrado una relación directa entre el gen transportador de la serotonina (5-HTTLPR) y el ansia por la comida (Kaye, 2008; Wonderlich et al., 2005).

▪ ***Factores de riesgo Socioculturales.***

Este tipo de factores de riesgo incluye la influencia de la publicidad y los medios de comunicación como importantes persuasores del consumo y, de la imposición de un modelo ideal de belleza corporal basado en la delgadez (Salazar, 2008; Amaya et al., 2013); todo ello conlleva una excesiva ansiedad y obsesión por el aspecto físico, la imagen corporal y las dietas, viéndose reflejada esta inclinación social por un cuerpo ligero y esbelto basada en la alimentación (Acosta, Llopis, Gómez, y Pineda, 2005).

Los motivos por los cuales hoy día las dietas tiene tanta notoriedad son debido a la falsa relación de los modelos de delgadez con el bienestar físico y psíquico, y el control de sus cuerpos (León, Gómez, y Platas, 2008).

La imagen de la mujer ha estado expuesta desde hace décadas por los medios de comunicación con la intención de imponer un ideal de belleza casi inalcanzable (Monferrer 2010); sin embargo y acorde a lo manifestado por Dominé, Berchtold, Akre, Michaud, y Suris (2009), se ha visto en los últimos años un aumento de la influencia que los medios de comunicación ejercen sobre los varones, viéndose un incremento de hombres con desórdenes alimentarios dado que esta influencia social impone sobre ellos un cuerpo varonil asociado a una figura atlética y la esbelta.

También debemos prestar atención a las redes sociales, las cuales ejercen un gran dominio sobre las valoraciones y las preferencias de las personas; siendo tan fuerte esta

influencia que pueden llegar a convertirse en sitios web donde el desprecio, los insultos y las mofas sobre la imagen corporal son aceptados; esto podría coaccionar a los jóvenes para efectuar cambios en su aspecto físico con el objetivo de ser aceptados por aquellos que los apartan y marginan (Sámano, 2013); este tipo de situaciones pueden ser el camino hacia conductas que posteriormente ocasionarán TCA.

De acuerdo con Mariscal (2013) la influencia que ejerce el grupo de iguales es más notorio en mujeres que en varones; de hecho, suelen ser estas las más afectadas por las críticas respecto al peso y tienden a obsesionarse en mayor medida por su imagen corporal en relación a los hombres.

▪ ***Factores de riesgo familiares.***

La familia es uno de los factores de riesgos más importantes relacionados con la AN y BN, puesto que, es el núcleo familiar donde se fundan e instauran las rutinas y directrices que forjaran en el individuo su forma de vida y por tanto sus hábitos alimenticios (León y Aizpuru, 2010).

Hoy día destaca el tipo de familia desestructurada en la cual los hijos observan y emprenden conductas ajenas al núcleo familiar para lograr alcanzar estereotipos que no se ajustan a la realidad (Lozano, 2014); por tanto, las familias de personas afectadas con TCA tienden a tener relaciones intrafamiliares disfuncionales, resaltándose en ellas la falta de reglas y las inexistentes actividades para realizar juntos así como una gran carencia de apego familiar (Ruíz, Vázquez, Mancilla, Viladrich, y Halley, 2013). Por consiguiente, una familia estructurada y con unos márgenes flexibles pero bien delimitados podría tener en los TCA un valor protector, donde es posible que sus miembros desarrollen capacidades y competencias que amortigüen posibles factores de riesgo (Ruiz et al., 2010).

Un gran número de personas afectadas con este trastorno procede de familias donde alguno de sus miembros han sufrido algún TCA, especialmente estos antecedentes suelen darse en las madres (Rosas, 2015). De hecho, han evidenciado que cuando uno de los hijos de la familia presenta AN, probablemente los padres tuvieron algún desorden alimenticio (González, Romero, Rascón y Caballero, 2013).

Se ha propuesto que los padres con una inteligencia emocional limitada así como con relaciones interpersonales inestables, podrían contagiar a sus hijos aprensión y

rechazo asociados a insatisfacción corporal (Behar, Gramegna, y Arancibia, 2014); de igual manera, el hecho de que los padres angustien y opriman a sus hijos por la falta de apetito o por el hecho de hacer deporte para bajar de peso podría causar en estos desórdenes alimenticios (Rodríguez et al., 2013).

Normalmente, los hombres con AN ven a su círculo familiar como personas con problemas para establecer relaciones saludables y con limitaciones para resolver conflictos, los individuos con BN creen que sus familiares tienen relaciones afectivas débiles, con múltiples obstáculos para establecer un orden y problemas disciplinares (Ruíz et al. 2013).

▪ ***Factores de riesgo psicológicos.***

Entre los factores de riesgo psicológicos, encontramos que la insatisfacción con la imagen corporal, los comportamientos para bajar de peso, un bajo grado de autoestima, un alto grado de auto exigencia y perfeccionismo, la necesidad de control y la inflexibilidad cognitiva están vinculados a la aparición de un TCA (Facchini, 2006).

El actual modelo de belleza imperante afecta y moldea nuestra concepción de imagen corporal, provocando una alteración de nuestros valores de manera que la delgadez adquiere connotaciones positivas y de éxito (Salazar, 2008).

En un número considerable de investigaciones se ha confirmado que los varones homosexuales tienden en mayor medida a desarrollar TCA convirtiéndose esta tendencia sexual en un factor de riesgo para el surgimiento de estos trastornos, de hecho se ha encontrado una relación muy estrecha en hombres con BN (Carlat et al, 1997; Ray, 2004; Rosen, 2003).

La insatisfacción que sienten los hombres con su cuerpo resulta algo más compleja que la insatisfacción experimentada por las mujeres, dado que en estos no solo se relaciona con el aumento de peso, sino que también se ve implicada la complexión física (Lakkis et al., 1999; Yelland y Tiggemann, 2003).

Los estudios de Lakkis et al. (1999); Meyer, Blissett y Oldfield (2001); Murnen y Smolak (1997) y Strong (2000) argumentan que la feminidad está relacionada en mayor medida que la orientación sexual con el padecimiento de TCA. Se han encontrado similitudes en la estructura cerebral de mujeres heterosexuales y hombre homosexuales,

creyéndose que es posible que los hombres con esta tendencia se enfrentan a las dificultades de un modo programado genéticamente como femenino y por tanto, aumentando la probabilidad de sufrir un TCA (Carlat et al, 1997; Woodsi-de et al., 2001).

Parece ser que los hombres heterosexuales experimentan su insatisfacción en base al IMC, en cambio los hombres homosexuales dan mayor peso la presión social. Así pues, se ha comprobado que los hombres homosexuales poseen un IMC y una autoestima menores que hombres heterosexuales, observándose una mayor insatisfacción corporal (Hospers y Jansen, 2005; Toro, 1997). Cuando, a través de las relaciones entre el individuo y la sociedad, interiorizamos las ideas de que un cuerpo delgado es sinónimo de belleza y perfección se produce una disociación entre el yo real y el yo ideal dando como resultado la insatisfacción característica de los TCA (Facchini, 2006).

Por otra parte, se ha detectado que la ansiedad, la alexitimia y un estado anímico inducido por la imagen corporal y la ingesta de alimentos aumentan el riesgo de desarrollar un TCA (Pascual, Etxebarria, Cruz y Echeburúa, 2011); la alexitimia o dificultad para poder controlar y reconocer las propias emociones, se da en más de la mitad de pacientes con AN, quienes se caracterizan por sentir y exteriorizar sus emociones de forma muy reducida y pobre; y en una menor proporción sobre personas con BN, hallándose que estas respondían a la ansiedad en forma de conductas alimenticias desordenadas (Behar, 2010). Se ha observado que las personas con esta característica de la personalidad tienen una pobre capacidad de imaginación llevándoles a tener grandes carencias afectivas (Espina, 1997).

Moreno y Ortiz (2009) afirman que el nivel de autoestima nos advierte de como de marginado o aceptado se percibe el individuo, dado que estos pondrán en marcha tácticas para no sentirse despreciados por los demás, siendo por tanto la falta de autoestima un factor de riesgo en común dentro de los TCA. Esta falta de autoestima se manifestara a través de inseguridades originadas por el descontento de la imagen corporal.

Se ha encontrado que la inflexibilidad cognitiva y el perfeccionismo están relacionados con la AN, mientras que en la BN se vinculan, además de un alto grado de perfeccionismo, la impulsividad (Bosque y Caballero, 2009). Centrándonos en el perfeccionismo se ha observado que, tanto en la AN como en la BN, esta actitud se presenta como una convicción en la cual cualquier cosa por debajo de un ideal de

perfección es inaceptable, de forma que únicamente a través de los éxitos estos sujetos valoran sus actitudes y acciones, y a ellos mismos como personas (Behar et al ,2014).

DISCUSIÓN

Tal y como muestran los datos recopilados, el aumento de la incidencia así como de la prevalencia de los TCA resultan preocupantes en la sociedad actual. Así pues, hoy día, resultan frecuentes y cada vez más abundantes los estudios sobre AN y BN; aunque es aquí donde nos topamos con nuestro principal obstáculo, dado que estos estudios cimientan sus investigaciones de forma casi exclusiva en la población femenina.

Son escasas las investigaciones que pongan de manifiesto el aumento de los TCA en el género masculino; de tal forma que, el hecho de ignorar la prevalencia en este sexo supone ocasionar que estos tipos de trastornos sean difícilmente aceptados en hombres y por tanto, su diagnóstico se retrase. Es en la pubertad donde con frecuencia comienzan a manifestarse estos desórdenes alimenticios, poniéndose en riesgo la salud tanto física como psíquica del individuo. Por consiguiente, es imprescindible reconocer los síntomas desde sus fases más tempranas.

Con respecto a los factores de riesgo, estos favorecen el posible surgimiento de este tipo trastornos alimentarios. Hemos visto también que, a pesar de ser muy variados y diferentes los factores que aumentan la posibilidad de padecer un TCA, ya sean genéticos, familiares, sociales o psicológicos, es la combinación de todos ellos la que multiplica aún más las probabilidades de originar y mantener estas conductas desadaptativas.

Los hombres tienen un concepto de imagen corporal distinto al de las mujeres, y por tanto sus insatisfacciones también varían; el aumento muscular y una mayor potencia física están muy vinculados al cuidado personal. Para ellos, ser masculinos también es una cuestión de apariencia y expresión a través del cuerpo; de este modo, buscan la reducción de la grasa y conseguir un cuerpo delgado, así como conservar un peso apropiado. La sociedad idealiza al hombre con un físico musculoso, delgado y fuerte; estos ideales no solo son transmitidos por los medios de comunicación, sino que el grupo de iguales, así como las inferencias de estos sobre cómo atraer a las mujeres influyen también en que se consoliden estas ideas. Se hace evidente, por tanto, la idea de enfocar el interés en toda la población en general, con independencia del sexo, para así

desvanecernos de falsas creencias y poder instaurar de forma certera protocolos de tratamiento y prevención pertinentes.

Es cierto que el sexo femenino sigue siendo la población más amenazada ante los TCA; sin embargo, los hombres, aunque en una menor proporción, se muestran cada vez más vulnerables de manifestar este tipo de conductas, tal y como han mostrado y coincidido los artículos citados en la revisión. La interpretación que se ha hecho sobre la evidencia de que la mujer posea una mayor tendencia a sufrir estos desórdenes alimenticios se fundamenta en que, comúnmente, la población femenina es instruida en un entorno sociocultural en el cual, para poder ser admitida se le exige delgadez; lo que conduce al desarrollo de conductas dietantes que dan inicio a la manifestación de la enfermedad. Si bien, en los últimos años ese entorno sociocultural ha evolucionado haciendo del hombre una víctima cada vez más vulnerable de los TCA.

Los medios publicitarios ensalzan cada vez en mayor medida un ideal poco objetivo de belleza patrocinando la delgadez y la musculatura como estilo de vida en los hombres y, a pesar de que esto se ha visto siempre desde una perspectiva femenina, los hombres también están sintiendo la presión de ajustarse a esa norma. La insatisfacción corporal es un problema severo en nuestra sociedad y se ha comprobado que es un factor de riesgo básico con un peso sustancial en el desarrollo de los TCA. Los hombres están comenzando a expresar su inclinación por el cuidado de su aspecto, transformándose así en un blanco fácil de los medios de comunicación.

CONCLUSIONES

Tomando en consideración la revisión realizada, y dando contestación a los objetivos planteados al inicio del estudio, se razona que la carencia de un mayor número de publicaciones sobre TCA en varones dificulta en gran medida que este problema sea visible para la sociedad. Los hallazgos presentes tan solo proporcionan aspectos concretos e individualizados, no obstante, se necesita aun mucha más investigación y divulgación científica para delimitar con mayor precisión esta población poco explorada de los TCA. El hecho de que tanto la AN como la BN muestren una etiología multicausal sugiere un estudio aún más exhaustivo de sus factores de riesgo, así como incrementar el énfasis por

los factores de protección, teniendo presente que todos estos factores biológicos, socioculturales y psicológicos se encuentran interrelacionados entre sí.

El propósito último ha sido dar a conocer las características encubiertas de este tipo de trastornos en el sexo masculino; haciendo de esta manera un llamamiento a la sociedad y, de este modo, acercarla hacia esta población, la cual a día de hoy, continúa condicionada por dar esa imagen viril de hombre fornido y protector que no siente dolor, pero que, mucho más lejos de la realidad, es tan vulnerable como cualquier persona. Por todo esto, es crucial el análisis de este tipo de revisiones para invitar a la reflexión sobre el aumento de esta problemática, y valorar la necesidad de establecer programas de prevención que favorezcan un entorno que valore y respete el aspecto físico y promueva una imagen corporal saludable.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

Abbate, G., Buzzichelli, S., Marzola, E., Amianto, F., y Fassino, S. (2014). Clinical investigation of set-shifting subtypes in anorexia nervosa. *Psychiatry Research*, 219(3) 592-597.

Acosta, M. V., Llopis, J., Gómez, G, G., y Pineda, G. (2005). Evaluación de la conducta alimentaria de riesgo. Estudio transcultural entre adolescentes de España y México. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 5(3), 223-232.

Amaya, A., Mancilla, J. M., Álvarez, G., Ortega, M., Larios, M., y Martínez, J. I. (2013). Edad, consciencia e interiorización del ideal corporal como predictores de insatisfacción y conductas alimentarias anómalas. *Revista Colombiana de Psicología*, 22(1), 121-133.

Andersen, A. (1995). Eating disorders in male. In K. Brownell and C. Fairburn (Eds.), *Eating disorders and obesity: A comprehensive handbook*, (pp. 177-188). New York: Guilford Press.

Andersen, A., Watson, T., y Schlechte, J. (2000). Osteoporosis and osteopenia in men with eating disorders. *The Lancet*, 355, (9219), 1967-1968.

Asociación Americana de Psiquiatría (APA). (2013). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-5* (5ª ed.). Arlington: American Psychiatric Publishing.

Aubalat, L. P., y Quiles, Y. (2012). Estrategias de afrontamiento evitativas y riesgo de desarrollar un trastorno de la conducta alimentaria en adolescentes. *Psicothema*, 24(2), 230-235.

Barrionuevo, N. (2015). Trastornos en la conducta alimentaria: un compromiso multisistémico. *Revista de la Facultad de Ciencias Médicas*, 71(4), 154-157.

Baum, A. (2006). Eating disorders in the male athlete. *Sports Medicine*, 36(1), 1-6.

Behar, A. (2010). Funcionamiento psicosocial en los trastornos de la conducta alimentaria: Ansiedad social, alexitimia y falta de asertividad. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 1(2), 90-101.

Behar, R. (2004) Trastornos de la conducta alimentaria: Clínica y epidemiología. Behar, R., Figueroa, G., (Eds.). *Anorexia nerviosa y bulimia. Clínica y terapéutica*. (pp. 17,54) Santiago de Chile: Editorial Mediterráneo.

Behar, R., Alviña, M., González, T., y Rivera, N. (2007). Detección de actitudes y/o conductas predisponentes a trastornos alimentarios en estudiantes de enseñanza media de tres colegios particulares de viña del mar. *Revista Chilena de Nutrición*, 34(3), 240-249.

Behar, R., Gramegna, G., y Arancibia, M. (2014). Perfeccionismo e insatisfacción corporal en los trastornos de la conducta alimentaria. *Revista Chilena de Neuropsiquiatría*, 52(2), 103-114.

Bemporad, J. R. (1996). Self-Starvation through the ages: Reflections on the pre-history of anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 19(3), 217-237.

Benjet, C., Méndez, E., Borges, G., y Medina-Mora, M. (2012). Epidemiología de los trastornos de la conducta alimentaria en una muestra representativa de adolescentes. *Salud Mental*, 35(6) 483-490.

Bergstrom, R. L., y Neighbors, C. (2006). Body image disturbance and the social norms approach: An integrative review of the literature. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 25(9), 975-1000.

Beyona, K.M., y Rios, C. (2015). *Factores de riesgo y manifestaciones clínicas de la anorexia y la bulimia nerviosa en hombres y mujeres adolescentes*. (Trabajo de Grado). Universidad Católica de Pereira, Colombia.

Boroughs, M., y Thompson, J. (2002). Exercise status and sexual orientation as moderators of body image disturbance and eating disorders in males. *International Journal of Eating Disorders*, 31(3), 307-311.

Bosque, J., y Caballero, A. (2009). Consideraciones psiquiátricas de los trastornos de la conducta alimentaria: anorexia y bulimia. *Boletín Médico del Hospital Infantil de México*, 66(5), 398-409.

Burns, T., y Crisp, A. H. (1990). Outcome of anorexia nervosa in males. *British Journal of Psychiatry*, 145(3), 319-338.

Calvo, R. (2002). *Anorexia y bulimia. Guía para padres, educadores y terapeutas*. Barcelona: Planeta Prácticos.

Camarillo, N., Cadaba, E., Gomez, A. J., y Munguía, E. K. (2013). Prevalencia de trastornos de la alimentación en adolescentes. *Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas*, 18(1), 51-55.

Carlat, D., Camargo, C., y Herzog, D. (1997). Eating disorders in males: A report on 135 patients. *The American Journal of Psychiatry*, 154(8), 1127-1132.

Cassin, S., y Ranson, K. (2005). Personality and eating disorders: A decade in review. *Clinical Psychology Review*, 25(7), 895-916.

Cervera, M. (2005). *Riesgo y prevención de la anorexia y la bulimia*. Madrid: Pirámide.

Crichton, P. (1996). Were the Roman Emperors Claudius and Vitellius Bulimic?. *International Journal of Eating Disorders*, 19(2), 203-207.

Crispo, R., Figueroa, E., y Guelar, D. (1998). *Anorexia y Bulimia. Lo que hay que saber. Un mapa para recorrer un territorio trastornado*. Barcelona: Gedisa.

Cruzat, C., Aspillaga, C., Torres, M., Rodríguez, M., Díaz, M., y Haemmerli, C. (2010). Significados y vivencias subjetivas asociados a la presencia de un trastorno de la conducta alimentaria, desde la perspectiva de mujeres que lo padecen. *Psyke*, 19(1), 3-17.

Cucarella, J. O., Tortajada, R. E., y Moreno, L. R. (2012). Neuropsicología y anorexia nerviosa. Hallazgos cognitivos y radiológicos. *Neurología*, 27(8), 504-510.

Cumella, E. J. (2003). Examining eating disorders in males: an obsession with bulging biceps and a sculpted six-pack can lead to serious, but treatable, problems. *Behavioral Health Management*, 23(4), 38-40.

Dominé, F., Berchtold, A., Akre, C., Michaud, P. A., y Suris, J. C. (2009). Disordered eating behaviors: what about boys?. *Journal of Adolescent Health*, 44(2), 111-117.

Espina, E. A. (1997). Anorexia nerviosa en el varón, alexitimia e hipnoterapia ericksoniana. *Revista de Psicoterapia*, 30-31(8), 131-152.

Facchini, M. (2006). La preocupación por el peso y la figura corporal en las niñas y adolescentes actuales: ¿de dónde proviene? *Archivos Argentinos de Pediatría*, 104(4), 345-350.

Fairburn, C.G. y Harrison. P.J. (2003). Eating disorders. *The Lancet*, 361(9355), 407-416.

García, C. (2009, 06 de agosto). Anorexia y bulimia en varones adolescentes: Factores de riesgo. *Revista PsicologíaCientífica.com*, 11(12). Disponible en: <http://www.psicologiacientifica.com/anorexia-bulimia-varones-adolescentes-factores-de-riesgo>

Gardner, R.M. y Stark, K. (1999). Development and validation of two new scales for assessment of body image. *Perceptual and Motor Skills*, 89(3), 981-993.

Garner, D. M. (1998). *Inventario de trastornos de la conducta alimentaria 2*. Madrid: Tea Ediciones.

Goldfield, G. S., Blouin, A. G., y Woodside, D. B. (2006). Body image, binge eating, and Bulimia Nervosa in male bodybuilders. *Canadian Journal of Psychiatry*, 51(3), 160-168.

González, L., Romero, M., Rascón, M. L., y Caballero, A. (2013). Anorexia nerviosa: experiencias familiares sobre el inicio del padecimiento, el tratamiento, la recaída y la remisión. *Salud Mental*, 36(1), 33-39.

Guadarrama, S., y Mendoza, S. A. (2011). Factores de riesgo de anorexia y bulimia nerviosa en estudiantes de preparatoria: un análisis por sexo. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 16(1) 125-136.

Guillemot, A. y Laxenaire, M. (1994). *Anorexia nerviosa y bulimia. El peso de la cultura*. Barcelona; Masson.

Herzog, D. B., Bradburn, I. S., y Newman, K. (1990). Sexuality in males with eating disorders. In A. E. Anderson (Ed.), *Males with eating disorders* (pp. 40-53). New York: Brunner/Mazel.

Hospers, H., y Jansen, A. (2005). Why homosexuality is a risk factor for eating disorders in males. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 28(8), 1188-1201.

Hunot, C., Vizmanos, B., Vázquez, E., y Celis, A. (2008). Definición conceptual de las alteraciones de la conducta alimentaria. *Revista de Salud Pública y Nutrición*, 9, 1-21.

Jurado, L. P., Correa, J. M., Delgado, A. M., Contreras, M. A., Camacho, J. F., Ortiz, D. A., y Escobar, M. (2009). Trastornos de la conducta alimentaria en niños y adolescentes. *MedUNAB*, 12(3), 129-143.

Kaye, W. (2008). Neurobiology of anorexia and bulimia nervosa. *Physiology and Behavior*, 94(1), 121-135.

Klump, K. L., Burt, S. A., McGue, M., y Iacono, W. (2007). Changes in genetic and environmental influences on disordered eating across adolescence: a longitudinal twin study. *Archives of General Psychiatry*, 64(12), 1409-1415.

Lakkis, J., Ricciardelli, L., y Williams, R. (1999). Role of sexual orientation and gender-related traits in disordered eating. *Sex Roles*, 41(1/2), 1-16.

L. Corbeil-Serre, D. Meilleur, M.-È. Turgeon, (2014). L'anorexie mentale chez les adolescents et les jeunes adultes de sexe masculin : recension des écrits, *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 6(8), 514-520.

León, R. C., y Aizpuru, A. (2010). Antecedentes familiares y sintomatología en mujeres con Trastorno de la Conducta Alimentaria. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 1(2), 112-118.

León, R. C., Gómez, G., y Platas, S. (2008). Conductas alimentarias de riesgo y habilidades sociales en una muestra de adolescentes mexicanas. *Salud Mental*, 31(6), 447-452.

León, M.T., y Castillo, M.D. (2005). *Trastornos del Comportamiento Alimentario: Anorexia y Bulimia Nerviosa*. (2ª ed.). Jaén: Formación Alcalá.

Lewinsohn, P., Seeley, J., Moerk, K., y Striegel-Moore, R. (2002). Gender differences in eating disorder symptoms in young adults. *International Journal of Eating Disorders*, 32(4), 426-440.

López, C. C., Raimann, T. X., y Gaete, M. V. (2015). Prevención de los trastornos de conducta alimentaria en la era de la obesidad: rol del clínico. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 26(1) 24-33.

Lozano, Z. B. (2014). La familia y las redes sociales en los trastornos alimenticios en adolescentes de la época contemporánea. *In Crescendo*, 3(2), 307-320.

Mangweth, B., Hausmann, A., Walch, T., y Hotter, A. (2004). Body fat perception in eating-disordered men. *International Journal of Eating Disorders*, 35(1), 102-108.

Mariscal, G. L. (2013). Influencias socioculturales asociadas a la percepción corporal en niño (a) s: una revisión y análisis de la literatura. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 4(1), 58-67.

Marmo, J. (2014). Estilos parentales y factores de riesgo asociados a la patología alimentaria. *Avances en Psicología*, 22(2) 165-178.

Meyer, C., Blissett, J., y Oldfield, C. (2001). Sexual orientation and eating psychopathology: The role of masculinity and femininity. *International Journal of eating disorders*, 29(3), 314-318.

Monferrer, E. B. (2010). Ilícitud de las representaciones degradantes y humillantes del cuerpo femenino en la publicidad. Especial referencia a la anorexia. *Revista ICONO14. Revista científica de Comunicación y Tecnologías emergentes*, 8(3), 187-207.

Moreno, M. A., y Ortiz, G. R. (2009). Trastorno alimentario y su relación con la imagen corporal y la autoestima en adolescentes. *Terapia Psicológica*, 27(2), 181-190.

Murnen, S. K. y Smolak, L. (1997) Femininity, masculinity, and disordered eating: a meta-analytic review. *International Journal of Eating Disorders*, 22(3): 231-242.

Negrete, M. A. (2015). *Estudio epidemiológico de los trastornos de la conducta alimentaria en población escolarizada en el estado de Nayarit, México* (Tesis Doctoral). Universitat Autònoma de Barcelona. España.

Olivardia, R., Pope, H., Mangweth, B., y Hudson, J. (1995). Eating disorders in college men. *The American Journal of Psychiatry*, 152(9), 1279-1285.

Pascual, A., Etxebarria, I., Cruz, M. S., y Echeburúa, E. (2011). Las variables emocionales como factores de riesgo de los trastornos de la conducta alimentaria. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 11(2), 229-247.

Pope, H., Gruber, A., Mangweth, B., y Bureau, B. (2000). Body image perception among men in three countries. *The American Journal of Psychiatry*, 157(8), 1297-1301.

Portela, M., Da Costa, J., Mora, M., y Raich, R. (2012). La epidemiología y los factores de riesgo de los trastornos alimentarios en la adolescencia; una revisión. *Nutrición Hospitalaria*, 27(2), 391-401.

Poyato, J., Sánchez, M., Cañete, R., y Poyato, M. (2004). Actividad física y ciclo menstrual en adolescentes de riesgo de trastornos alimentarios. *Acta Pediátrica Española*, 62(3), 99-104.

Pruzinsky, T. y Cash, T.F. (1990): "Integrative themes in body-image development, deviance, and change". En T.F. Cash y T. Pruzinsky, *Body Images. Development, Deviance and Change*, (pp. 337-349), New York: The Guilford Press.

Raich, R. (2004). Una perspectiva desde la psicología de la salud de la imagen corporal. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 22(1), 15-27

Räisänen U, Hunt K. (2014). The role of gendered constructions of eating disorders in delayed help-seeking in men: a qualitative interview study. *BMJ Open*, 4(4),

Ramón, F.J. (2010). *Imagen corporal y conducta alimentaria en una muestra de adolescentes de distintas culturas de Ceuta* (Tesis Doctoral). Universidad de Granada, España.

Ranson, K., Kaye, W., Weltzin, T., Rao, R., y Matsunaga, H. (1999). Obsessive-compulsive disorder symptoms before and after recovery from bulimia nervosa. *The American Journal of Psychiatry*, 156(11), 1703-1708.

Ray, S. (2004). Eating disorders in adolescent males. *Professional School Counseling*, 8(1), 98-101.

Ribasés, M., Gratacós, M., Fernández, F., Bellodi, L., Boni, C., Anderluh, M., y Estivill, X. (2005). Association of BDNF with restricting anorexia nervosa and minimum body mass index: a family-based association study of eight European populations. *European Journal of Human Genetics*, 13(4), 428-434.

Robinson, P.H. y Holden, N.L. (1986). Bulimia nervosa in the male: A report of nine cases. *Psychological Medicine*, 16(4), 795-803.

Rosen, J.C. (1992). Body image disorder: Definition, development and contribution to eating disorders. In J.H. Crowther, D.L. Tennebaum, S.E. Hobfoll, y M.A.P. Stephens (Eds.), *The aetiology of bulimia: The individual and familial context* (157-177). Washington D.C.: Hemisphere Publishing Corporation

Rosen, D. (2003). Eating disorders in adolescent males. *Adolescent Medicine*, 3, 677-689.

Ruíz, A. O., Vázquez, R., Mancilla, J. M., Viladrich, C., y Halley, M. E. (2013). Factores familiares asociados a los Trastornos Alimentarios: una revisión. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 4(1), 45-57.

Ruiz, A. O., Vázquez, R., Mancilla, J. M., López, X., Álvarez, G. L., y Tena, A. (2010). Funcionamiento familiar en el riesgo y la protección de trastornos del comportamiento alimentario. *Universitas Psychologica*, 9(2) 447-455

Rutzstein, G., Murawski, B., Elizathe, L., y Scappatura, M. L. (2010). Trastornos alimentarios: Detección en adolescentes mujeres y varones de Buenos Aires. Un estudio de doble fase. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 1(1), 48-61.

Salas, F., Hodgson, M., Figueroa, D., y Urrejola, P. (2011). Características clínicas de adolescentes de sexo masculino con trastornos de la conducta alimentaria: Estudio de casos clínicos. *Revista Médica de Chile*, 139(2) 182-188.

Salazar, Z. (2008). Adolescencia e imagen corporal en la época de la delgadez. *Reflexiones*, 87(2), 8.

Sámano, L. F. (2013). ¿Influyen el Internet, las redes sociales electrónicas y otras herramientas educativas en el desarrollo de anorexia y bulimia nervosas? *Nutrición Clínica y Dietética Hospitalaria*, 33(1), 38-42.

Sánchez Cardona, I; Walters-Pacheco, K Z; Toro-Alfonso, J. (2012). El cuerpo en forma: Masculinidad, imagen corporal y trastornos en la conducta alimentaria de atletas varones universitarios. *Acta de Investigación Psicológica*, 2(3) 842-858.

Santo-Domingo, J., Baca, E., Carrasco, J.L., y García-Camba, E. (2002). *Manual de Psiquiatría*. Barcelona: Ars Medica.

Schneider, J.A., y Agras, W.S. (1987). Bulimia in males: A matched comparison with females. *International Journal of Eating Disorders*, 6(2), 235-242.

Sierra, M. (2005). Nervous Bulimia and its subtypes. *Diversitas: Perspectivas en Psicología*, 1(1) 46-62.

Silva, Y., Mesa, M., y Escudero, D. (2014). Riesgos de trastornos alimentarios en adolescentes del último año de la enseñanza media en institutos adventistas de Argentina. *Actualización en Nutrición*, 15(4) 89-98.

Silverman, J.A. (1987). Robert Whytt, 1714-1766. Eighteenth century limner of anorexia nervosa and bulimia, an essay. *International Journal of Eating Disorders*, 6(1), 143-146.

Toro-Alfonso, J., Nieves, K., y Borrero, N. (2010). Cuerpo y masculinidad: Los desórdenes alimentarios en hombres. *Revista Interamericana de Psicología*, 44(2) 225-234.

Toro-Alfonso, J., Urzúa M., A., y Cardona, I. S. (2012). El cuerpo del delito: La imagen corporal e indicadores de trastornos alimentarios en una muestra de hombres gay de diez países latinoamericanos. *Revista Argentina De Clínica Psicológica*, 21(2), 101-112.

Toro, J. (1997). *El cuerpo como delito. Anorexia, bulimia, cultura y sociedad*. Barcelona: Ariel Ciencia.

Yelland, C., y Tiggemann, M. (2003). Muscularity and the gay ideal: Body dissatisfaction and disordered eating in homosexual men. *Eating Behaviors*, 4(2), 107-116.

Unikel, C., Bojórquez, L., Villatoro, J., Fleiz, C., y Medina, M. E. (2006). Conductas alimentarias de riesgo en población estudiantil del Distrito Federal: tendencias 1997- 2003. *Revista de Investigación Clínica*, 58(1), 15-27.

Vaquero-Cristóbal, R, Alacid, F, Muyor, J.M, y López-Miñarro, P.A. (2013). Imagen corporal: revisión bibliográfica. *Nutrición Hospitalaria*, 28(1), 27-35.

Velilla, J.M. (2001). Los trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes varones. *Aula Médica Psiquiatría*, 2, 1.

Ussery, L., y Prentice-Dunn, S. (1992). Personality Predictors of Bulimic Behavior and Attitudes in Males. *Journal of Clinical Psychology*, 48(6), 722-729.

Woerwag, S., y Treasure, J. (2008). Causes of anorexia nervosa. *Psychiatry*, 7(4), 146-151.

Wonderlich, S. A., Crosby, R. D., Joiner, T., Peterson, C. B., Bardone-Cone, B., Klein, M., y Vrshek, S. (2005). Personality subtyping and bulimia nervosa: psychopathological insatisfacción and genetic correlates. *Psychological Medicine*, 35(5), 649-657.

Wood, D., y Knight, C. (2015). Anorexia nervosa in adolescence. *Paediatrics and Child Health*, 25(9), 428–432.

Woodside, D., Bulik, C., Thornton, L., y Klump, K. (2004). Personality in men with eating disorders. *Journal of Psychosomatic Research*, 57(3), 273-278.

Woodside, D., Garfinkel, P., Lin, E., y Goering, P. (2001). Comparisons of men with full or partial eating disorders, men without eating disorders, and women with eating disorders in the community. *The American Journal of Psychiatry*, 158(4), 570-574.