

# Trastornos de la alimentación en hombres: cuatro subtipos clínicos

**Juanita Gempeler Rueda<sup>1</sup>**

## **Resumen**

*Introducción:* los trastornos de la alimentación, inicialmente considerados como prioritariamente femeninos, se encuentran igualmente en hombres. Su presentación, comorbilidades y evolución, parecen ser bastante similares a las descritas en muestras femeninas. *Métodos:* este trabajo presenta una serie de 21 casos con distintos cuadros de trastornos de la conducta alimentaria (TCA) y fobia a la comida. *Resultados:* se identifican variables comunes que pueden ayudar a la caracterización de por lo menos cuatro subtipos clínicos, tendientes a facilitar la evaluación y la intervención. Se plantean cuatro subtipos clínicos: restrictivo, impulsivo, evitativo y secundario a otras psicopatologías. *Conclusiones:* se discuten las implicaciones de este planteamiento.

**Palabras clave:** trastornos de la conducta alimentaria, hombres, conducta impulsiva, trastorno obsesivo compulsivo (TOC), trastorno depresivo mayor (TDM), trastorno dismórfico corporal (TDC).

**Title:** Eating Disorders in Males: Four Clinical Subtypes.

## **Abstract**

*Introduction:* Eating disorders have been considered as essentially feminine, but they appear in men as well. Their presentation, comorbidities and evolution seem to be very similar to the ones in women. *Methods:* 21 cases of eating disorders and food phobia are described. *Results:* Common variables are identified that could be helpful in the characterization of at least four clinical subtypes, in order to facilitate clinical evaluation and treatment. Four clinical subtypes are presented: restrictive, impulsive, avoidant and secondary to other psychopathology. *Conclusion:* the implications of this outline are discussed.

**Key words:** Eating disorders, men, impulsive behavior, obsessive compulsive disorder (OCD), major depressive episode (MDE), body dysmorphic disorder (BDD).

.....  
<sup>1</sup> Psicóloga clínica, Universidad Javeriana. Diplomada en Psicoterapia Cognoscitiva Comportamental, Universidad de Londres. Profesora del Departamento de Psiquiatría y Salud Mental, Pontificia Universidad Javeriana. Codirectora científica de Equilibrio.

## Introducción

Al revisar la literatura disponible en el área, es evidente que los trastornos de la conducta alimentaria (TCA), aunque son una enfermedad prioritariamente femenina, se presentan de forma similar en hombres. Sin embargo, se ha descuidado el reporte de los casos masculinos, tal como lo plantean Vandereycken y su grupo, desde 1984 (1).

Resulta básico reportarlos como una manera de enriquecer el conocimiento en el área y continuar documentando la manera en la cual esta enfermedad se comporta en los hombres.

En la experiencia clínica del equipo interdisciplinario de Equilibrio, en una muestra de 400 pacientes atendidos entre 1997 y 2005, se han evaluado 21 casos de hombres con diversas preocupaciones sobre la comida o el cuerpo, diagnosticados así: 6 presentan un trastorno por atracones, 2 una bulimia nerviosa tipo I (purgativa), 1 una bulimia nerviosa tipo II (no purgativa), 2 una anorexia nerviosa tipo II (purgativa), 7 una anorexia nerviosa tipo I (restrictiva) y 3 una fobia a la comida.

Analizando los diferentes casos, éstos parecen distribuirse en subgrupos clínicos. El objetivo de este trabajo es el presentar cuatro subtipos clínicos, a fin de facilitar la evaluación y la intervención.

Los trastornos de la alimentación han sido descritos como prioritariamente femeninos y la literatura

refleja el hecho de que se presentan de forma mayoritaria en mujeres (1-4), aunque su presentación en hombres ha sido reportada desde 1689 (4-5).

El ratio que se venía estableciendo tanto en muestras comunitarias como en clínicas era de 1 hombre por cada 10 mujeres. Esta relación ha ido cambiando. Los reportes varían entre relaciones reportadas de 5:1 a 2:1 (3, 6). La razón del aumento en la proporción no es clara. Podría deberse a que los hombres están consultando más ahora o a que ha aumentado el número de hombres afectados.

Fichter y Krenn (4), luego de una extensa revisión de la literatura disponible, concluyen que el porcentaje de hombres con TCA es de 8% para anorexia nerviosa (AN), alrededor del 15% para bulimia nerviosa (BN) y posiblemente alrededor del 20% para trastorno por atracones. Resaltan la gran diversidad de estudios y la falta de consistencia metodológica entre los diferentes estudios revisados. Los datos reportados por Olivardia y colaboradores (7), así como por Braun (8), apoyan estas conclusiones.

La relación entre TCA y homosexualidad tampoco es clara (3, 5) y, de hecho, en algunas ocasiones los datos son contradictorios (4, 9). El estudio de Olivardia y colaboradores (7) no encontró una relación entre homosexualidad y TCA, al igual que en muestras femeninas, y plantea una hipótesis interesante

alrededor de la posibilidad de que los hombres homosexuales busquen ayuda con más frecuencia que los heterosexuales.

Braun (8) alude a una revisión de literatura hecha por Carlat y Carmargo (1991), en la cual se hacían referencia a la falta de interés sexual en los hombres con TCA, posiblemente debido a la emaciación o a la depresión concurrente.

La presentación clínica de los pacientes estudiados, así como sus comorbilidades, no se diferencia mayormente de lo encontrado en pacientes femeninas. Esto coincide con lo reportado en la literatura hasta la fecha (1, 3, 6, 7, 10, 11).

Respecto a las comorbilidades, tampoco encontramos grandes diferencias; priman los trastornos del ánimo y los trastornos de ansiedad. Andersen (5), Fichter y Krenn (4) y Chambry y colaboradores (3) reportan resultados similares. Una diferencia significativa es la de una mayor egosintonía en los hombres con anorexia, al compararse con mujeres con la misma condición. En general, los hombres que presentan esta enfermedad reportan sentirse solos y diferentes.

No todos los casos que presentan sintomatología alimentaria configuran un TCA; también pueden ser cuadros incompletos o dificultades con la comida, el acto de comer o el cuerpo, por ejemplo, la fobia a la comida (temor persistente a mascar, pasar o ahogarse con la comida) o la fobia a las comidas nuevas (difi-

cultad de aceptar comidas nuevas, sin que se haya establecido nunca un patrón de ingesta normal o la misma dificultad, una vez ya se ha establecido un patrón de alimentación normal).

La prevalencia de estos trastornos no es conocida y en la literatura médica no están reportados casos de adultos con esta dificultad. En niños se ha descrito la presencia de características temperamentales (por ejemplo, timidez, emocionalidad y negatividad hacia comidas nuevas) como variables que aumentan la posibilidad de presentar una fobia a las comidas nuevas. Raudenbush y Frank (12) destacan la importancia de factores como el aspecto de la comida, su olor y su gusto, en la aparición de la fobia a comer o de su opuesto, la tendencia a probar nuevas comidas (neofobia contra neofilia).

## **Objetivo**

En este estudio se presentan 21 casos evaluados. La muestra estudiada se deriva de aquellos pacientes que consultaron al programa Equilibrio entre 1997 y 2005. Se pretende analizar los casos buscando patrones que faciliten el abordaje de estos fenómenos en el género masculino.

## **Metodología**

La intención de este documento es presentar esta serie de casos, ha-

ciendo un análisis descriptivo no comparativo de las variables que los caracterizan. Las variables que se consideraron para el presente análisis fueron:

- Identificación (nombre, edad, ocupación).
- Motivo de consulta (reportado por el paciente).
- Análisis descriptivo en las siguientes áreas:
  - Comida: restricción, hábitos, rotulación de hambre saciedad, compensaciones).
  - Cuerpo: estatura, peso, índice de masa corporal (IMC), distorsión, insatisfacción, áreas problema.
  - Relaciones interpersonales: relaciones sociales, vida sexual activa, aislamiento.
  - Comorbilidades: afecto, trastorno obsesivo-compulsivo (TOC).
  - Antecedentes personales y familiares.

## Resultados

Revisando las variables anteriores, encontramos los siguientes puntos en común. En un primer grupo se ubican los sujetos que se mueven en un continuo obsesivo-impulsivo, quienes tienden a quedarse en uno de los extremos del continuo (véase Gráfico 1). Todos ellos tienen una historia de sobrepeso real, que parece actuar como un factor desencadenante de las preocupaciones por la forma del cuerpo. Llama la aten-

ción que la preocupación por la forma predomina sobre la preocupación por el peso, y lleva al individuo a hacer una dieta tendiente a modificar esa forma sentida como inapropiada. Cuando el individuo se ubica en el extremo obsesivo, la dieta puede ser exitosa, la restricción se mantiene y aparecen los cuadros de AN restrictiva. En estos casos las comorbilidades coinciden y son más de corte obsesivo –encontramos 7 de 21 casos en esta situación, 3 de ellos con una presentación incompleta de la enfermedad. Todos presentaban un TOC (1 de ellos) o trastorno depresivo mayor (TDM), un trastorno dismórfico corporal (TDC) y una tricotilomanía–.

Cuando el individuo está ubicado más en el extremo impulsivo del espectro, la restricción parece ser menos exitosa y se quiebra con sobreconsumos que pueden o no ser compensados (con purgas autoinducidas o con ejercicio). Aquí se estructuran los cuadros de AN tipo II, BN tipos I y II y trastorno por atracones de alimentación. Las comorbilidades son más de corte impulsivo (encontramos 2 casos de AN II, 2 de BN I, 1 de BN II y 6 de trastorno por atracones de alimentación). Además, estas comorbilidades son más de corte ansioso evitativo –4 con tics y discontrol de impulsos, 1 con TOC, 1 con trastorno afectivo bipolar (TAB) II, 1 caso de trastorno de ansiedad generalizada (TAG), 1 trastorno de pánico, un trastorno de estrés postraumático (TEPT), 1 agorafobia, 1 onicofagia–.

El segundo grupo está conformado por los individuos que presentan rasgos evitativos y en quienes la comida ha sido marcada como experiencia (dificultades primarias que generan atención excesiva ante el acto de comer o el contenido de la

comida, madres ansiosas, etc.). En ellos aparece un cuadro de fobia a la comida, donde no hay preocupaciones sobre la forma ni por el peso del cuerpo, pero sí por el contenido de la comida (Gráfico 2).

Gráfico 1. Sujetos que se mueven en un continuo obsesivo-impulsivo

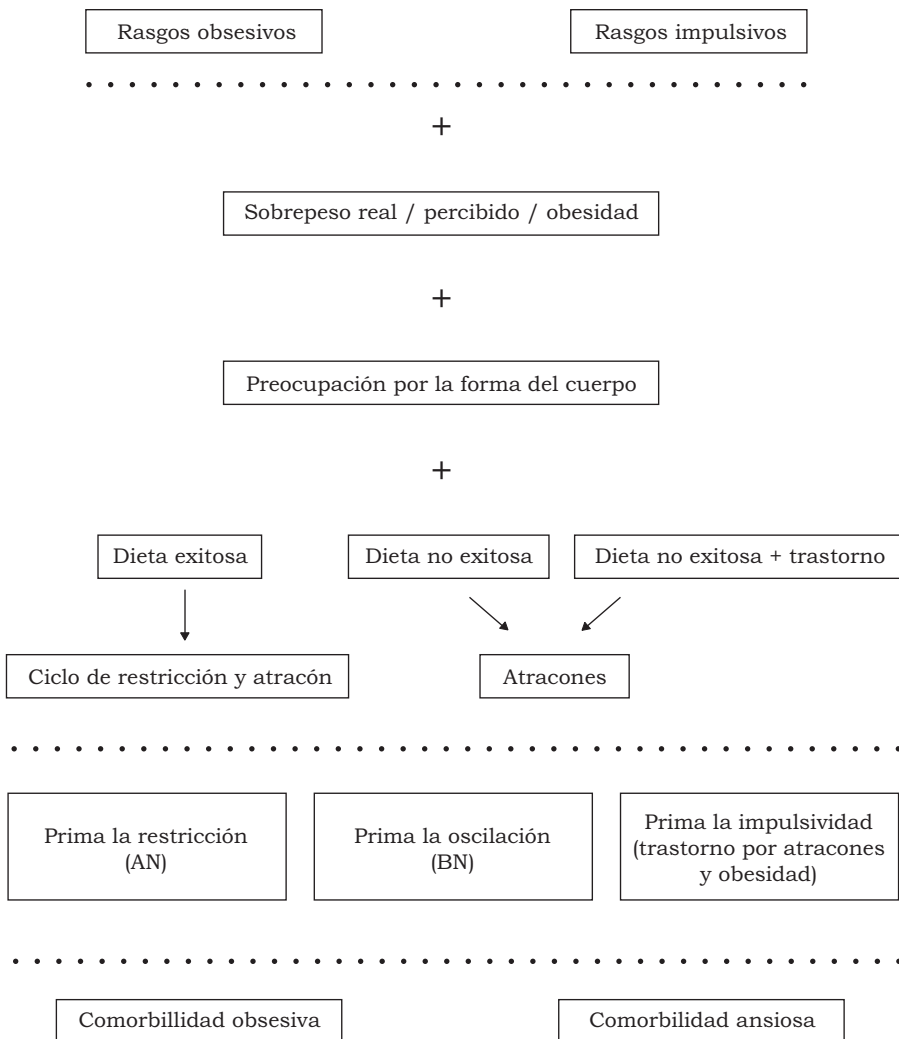
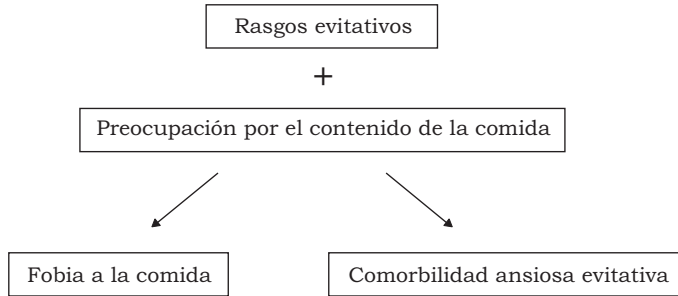


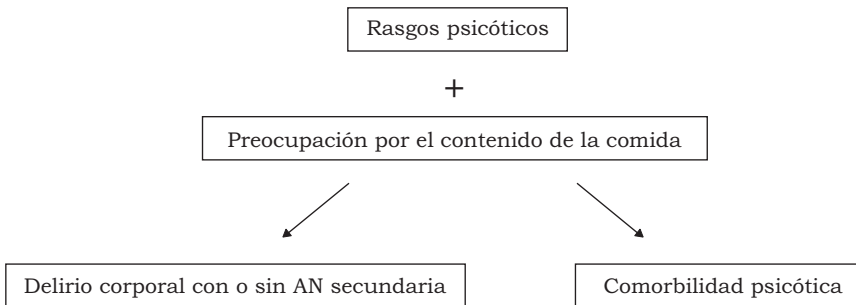
Gráfico 2. Rasgos evitativos con respecto a la comida



En uno de los casos se encontró un cuadro que fue referido al programa como un caso de AN tipo I, el cual, al ser evaluado, mostró ser un cuadro psicótico en el que la preocupación delirante por la comida lo llevaba a restringir severamente su

ingesta, a perder peso de manera significativa y a presentar síntomas anoréxicos claros, pero insuficientes para un diagnóstico de TCA. Su comorbilidad era psicótica, por lo tanto, se convierte en el tercer subtipo (véase Gráfico 3).

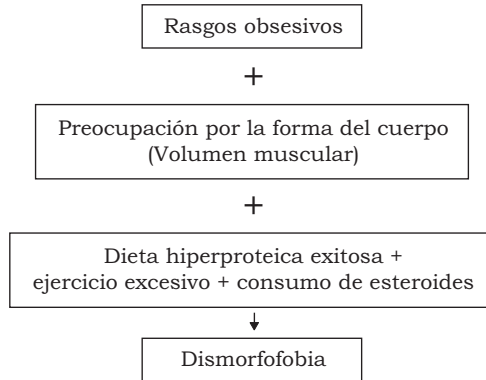
Gráfico 3. Comorbilidad psicótica



Se puede plantear un cuarto subtipo, del cual no se tienen representantes en esta muestra, que estaría constituido por sujetos con rasgos obsesivos marcados, en quienes la preocupación por la forma desencadena una alteración de su in-

gesta alimentaria (dietas hiperproteicas), la realización de ejercicio de manera exagerada, en busca del desarrollo muscular y el consumo de esteroides (véase Gráfico 4). Aquí la comorbilidad hipotética que aparecería es la del TDC.

Gráfico 4. Secundario a otra psicopatología



A continuación se presentan los distintos subtipos planteados con sus antecedentes personales más significativos, el tipo de trastorno

encontrado, los rasgos predominantes de los cuales se han hecho hipótesis y los comentarios asociados (véase Tabla 1).

Tabla 1. Trastornos de la conducta alimentaria en hombres: subtipos

Subtipo	Antecedentes	Trastornos predominantes	Rasgos	Comentarios
Restrictivo	Sobrepeso real o percibido u obesidad + dieta exitosa	AN I	Evitación de daño Perfeccionismo	Preocupación por tamaño, forma del cuerpo Alto funcionamiento Control excesivo
Impulsivo	Con sobrepeso o sin éste Dietas no exitosas Compensaciones Impulsividad	BN I y II AN II Trastorno por atracones	Emocionalidad negativa	Disregulación emocional
Evitativo	Rango limitado de comida, inicio temprano	EDNOS* Fobia a la comida	Reactividad al estrés Respuesta de miedo condicionado	Preocupaciones por el contenido de la comida, no por el tamaño/ forma del cuerpo
Secundario a otra psicopatología	Patología alimentaria, secundaria a otros procesos psicopatológicos	Rechazo a la comida, secundaria presencia de síntomas psicóticos	Rasgos esquizoides	

\* EDNOS: trastornos alimentarios no especificados de otra manera.

## Discusión

### *Hipótesis a manera de conclusiones*

1. El sobrepeso real previo al inicio de la sintomatología parecería ser un factor para tener en cuenta: 15 de los 22 pacientes presentan trastorno por atracones (6/6), BN I (2/2) y AN II (2/2) y algunos de los que presentan AN I (4/7), así como 1 de los que presentan fobia a la comida (1/3). ¿Factor de riesgo? ¿Factor desencadenante?

Evidentemente, existe una presión sociocultural menor sobre el género masculino respecto a los comportamientos de hacer dieta y buscar adelgazar. Esto podría explicar cómo el sobrepeso percibido podría desempeñar un papel mucho menos importante que el sobrepeso real en ellos. La preocupación masculina parece sesgarse al tema de la forma, mientras que la femenina va a la forma y al peso, con un gran énfasis en el segundo (5).

En hombres sin TCA, la forma preferida es la de V; en aquellos con TCA, la forma buscada tiende a ser más delgada, tonificada y sin grasa, aunque musculosa. Los hombres que presentan un TCA parecen tender a presentar un incremento en el peso corporal real previo a su desarrollo, al compararlos con mujeres con TCA, en quienes prima el sobrepeso percibido (5, 8, 13).

Esto no descarta que la preocupación por engordarse esté presente (13), pero se cuestiona como centro

del trastorno. Lo que sigue siendo un tema común entre géneros es la “preocupación por la forma del cuerpo”.

Parece que la gran mayoría de las mujeres con TCA, cuando hacen dieta se *sienten* en sobrepeso, mientras que los hombres con TCA que hacen dieta generalmente *están* en sobrepeso y, muy a menudo, tienen historia de obesidad previa. Así, mientras las mujeres buscan la delgadez, los hombres parecen buscar un cuerpo musculoso, sin grasa (5, 8), como si la diferencia en la presentación de los TCA entre hombres y mujeres estuviera más relacionada con la experiencia corporal que con la presencia de síntomas alimenticios en sí (9).

2. La presentación de los cuadros es similar a la femenina. También las comorbilidades y los antecedentes familiares. No parece haber indicios de que los factores genéticos familiares se comporten de manera diferente en los dos géneros (14).

3. La *sexualidad* es evocada por los pacientes con AN con gran dificultad y pobreza tanto en la experiencia como en las representaciones mentales. Esto, muy probablemente, está relacionado con una baja en la concentración de testosterona, que podría ser vista como un equivalente de la amenorrea femenina (3). Los hombres con AN presentan un grado considerable de ansiedad relacionado con las actividades sexuales; sin embargo, esto no pa-



rece relacionarse con problemas en la identidad sexual. En la muestra evaluada, solamente encontramos un paciente homosexual. Todos los demás son heterosexuales.

4. En esta muestra solamente hay 3 casos de fobia a la comida, y vale la pena señalar que en la muestra femenina no se ha presentado ningún caso (21 hombres frente a 400 mujeres). No es claro el porqué de este hecho. De todas maneras, la muestra es todavía muy pequeña para sacar conclusiones.

5. Se proponen, por lo menos, cuatro subtipos de TCA en hombres: (i) restrictivo, (ii) impulsivo, (iii) evitativo y (iv) secundario a otra psicopatología.

6. Se podrían formular otros subtipos. Un hipotético quinto tipo podría ser el de patrones de alimentación inadecuados asociados al abuso de esteroides y distorsión de la imagen corporal en hombres.

7. Es necesario adecuar los tratamientos a los rasgos comportamentales predominantes, para escoger los mejores abordajes clínicos para cada caso individual. En este sentido, la comorbilidad encontrada es básica, pues señala tendencias. Una manera de hacerlo es la de identificar los rasgos de personalidad, que estarían relacionados no solamente con el tipo de cuadro alimentario que aparece, sino también con las comorbilidades que lo acompañan.

Los hombres con TCA parecen tener *estilos de personalidad* más dependientes, evitativos y pasivo-

agresivos, y haber experimentado reacciones negativas hacia sus cuerpos al crecer.

En hombres con AN: menos perfeccionismo, evitación de daño, dependencia de la recompensa y cooperatividad y mayor búsqueda de novedades que las mujeres con AN (11).

La presencia de mayor interés por el perfeccionismo y la dependencia de la recompensa en mujeres, al compararlas con hombres, podría actuar como factor mediacional y hacerlas más sensibles a las presiones sociales para ser delgadas y hacerlas más conscientes de la forma de su cuerpo. Los hombres con TCA puntúan menos en la tendencia a hacer dieta (EAT) y en el impulso a la delgadez (EDI).

8. La principal limitación de estos hallazgos es el diseño descriptivo utilizado. Es importante hacer estudios analíticos con muestras mayores para probar estas hipótesis.

## Referencias

1. Vandereycken W, Van der Broucke S. Anorexia nervosa in males: a comparative study of 107 cases reported in the literature (1970 to 1980). *Acta Psychiatr Scand.* 1984;70:447-54.
2. Gordon R. Anorexia and bulimia. In: *Anatomy of a social epidemic.* London: Blackwell; 1990.
3. Chambry J, Corcos M, Guibaud O, Jeammet P. L'anorexie mentale masculine: réalités et perspectives. *Ann Med Interne.* 2002;153 (Suppl 3): IS61-IS62.
4. Fichter y Krenn. Eating disorders in males. In: Treasure J, Schmidt U, Van Furth E, editors. *Handbook of eating disorder*

- ders. Philadelphia: John Wiley & Sons; 2003.
5. Andersen A. Eating disorders in men. In: Brownell K, Fairburn CG. Eating disorders and obesity. New York: Guilford Press; 1995.
  6. Woodside B, Garfinkel P, Lin P, Goering P, Kaplan A, et al. Comparison of men with full or partial eating disorders, and women with eating disorders in the community. *Am J Psychiatry*. 2001;158: 570-4.
  7. Olivardia R, Pope H, Mangweth B, Hudson J. Eating disorders in college men. *Am J Psychiatry*. 1995;152:1279-85.
  8. Braun DL. Eating disorders in males. *Medscape Mental Health*. 1997;2(4).
  9. Grabhorn R, Kopp W, Gitzinger I, Von Wietersheim J, Kaufhold J. Differences between female and male patients with eating disorders-results of a multicenter study on eating disorders. *Psychother Psychosom Med Psychol*. 2003 Jan; 53(1):15-22.
  10. Woodside B, Kaplan A. Day hospital treatment in males with eating disorders-response and comparison to females. *J Psychosom Res*. 1994;38(5):471-9.
  11. Woodside B. Assessing and treating men with eating disorders. *Psychiatric Times*. 2004 Mar;21(3).
  12. Randebush B, Frank RA. Assessing food neophobia: the role of stimulus familiarity. *Appetite*. 1999;32:261-71.
  13. Herzog D, Norman D, Gordon C, Pepose M. Sexual conflict and eating disorders in 27 males. *Am J Psychiatry*. 1984; 141:989-90.
  14. Strober M, Freeman R, Lampert C, Diamond J, Kaye W. Males with anorexia nervosa: a controlled study of eating disorders in first degree relatives. *Int J Eat Disord*. 2001; 29(3):263-9.

*Recibido para evaluación: 7 de junio de 2006*

*Aceptado para publicación: 26 de agosto de 2006*

Correspondencia

*Juanita Gempeler Rueda*

*Departamento de Psiquiatría y Salud Mental*

*Pontificia Universidad Javeriana*

*Carrera 7.ª # 40-62, piso 8*

*Bogotá, Colombia*

*jgempeler@cable.net.co*