



**INTERPSIQUIS**

Congreso Virtual Internacional de Psiquiatría, Psicología  
y Enfermería en Salud Mental

## **TRASTORNOS ALIMENTARIOS Y DE LA INGESTIÓN DE ALIMENTOS: ANOREXIA NERVIOSA MASCULINA**

Cintia Romina Capocasa, Miguel Ángel Soriano Lechuga, Julia Moreno Osuna

[cintiarominacapocasa@gmail.com](mailto:cintiarominacapocasa@gmail.com)

Trastornos Alimentarios, Anorexia, Varones

Eating Disorders, Anorexy, Male

### **RESUMEN**

Los tres principales Trastornos Alimentarios y de la Ingestión de Alimentos son la Anorexia Nerviosa, la Bulimia Nerviosa y, en menor medida, el trastorno por atracón.

La Anorexia y la Bulimia nerviosa son dos de los trastornos psiquiátricos más comunes y graves de la adolescencia, caracterizados por un impulso obsesivo por perder peso. Presentan alta morbi-mortalidad y alto riesgo de cronificación con altos costos familiares, sociales y sanitarios. Los trastornos con una preocupación sobre la imagen corporal son más frecuentes en mujeres, aunque la prevalencia en varones va en aumento. (10:1) y se observan cada vez más en niños prepuberales de ambos sexos. La nomenclatura resulta confusa para los profesionales que no son especialistas en el tema.

La definición precisa de los trastornos alimentarios es fuente de controversia, ya que los diagnósticos están en constante evolución. El DSM (AAP, 2013) y la CIE (OMS, 1992) tienden de forma gradual a la descripción de síndromes que incluyen grupos de síntomas estadísticamente válidos y a predecir la respuesta al tratamiento. Estas consideraciones hacen que valga la pena considerar dividir los trastornos en anorexia nerviosa y bulimia nerviosa, reconociendo que algunos de ellos se superponen y reconociendo también que el uso del peso o el IMC para distinguirlos puede no ser un buen indicador de la naturaleza del trastorno psicológico central.

Tras profundizar en la conceptualización teórica del tema se procederá en el presente trabajo a exponer el caso de un adolescente varón de 13 años de edad, con buena evolución tras un año de tratamiento intensivo multidisciplinar, que cumplía con

## **TRASTORNOS ALIMENTARIOS Y DE LA INGESTIÓN DE ALIMENTOS: ANOREXIA NERVIOSA MASCULINA**

criterios diagnósticos de anorexia nerviosa con el objetivo de documentar la clínica y las particularidades que se presentaron en el caso.

### **ABSTRACT**

The top three Eating and Food Intake Disorders are Anorexia Nervosa, Bulimia Nervosa and, to a lesser extent, Binge Eating Disorder.

Anorexia and Bulimia nervosa are two of the most common and severe psychiatric disorders of adolescence, characterized by an obsessive drive to lose weight. They present high morbidity and mortality and high risk of chronification with high family, social and health costs. Disorders with a concern about body image are more frequent in women, although the prevalence in men is increasing. (10: 1) and are increasingly seen in pre pubertal children of both sexes. The nomenclature is confusing for professionals who are not specialists in the subject.

The precise definition of eating disorders is a source of controversy, since diagnoses are constantly evolving. The DSM (AAP, 2013) and the ICD (WHO, 1992) gradually tend to describe syndromes that include statistically valid groups of symptoms and to predict response to treatment. These considerations make it worth considering dividing the disorders into anorexia nervosa and bulimia nervosa, acknowledging that some of them overlap, and also recognizing that the use of weight or BMI to distinguish between them may not be a good indicator of the nature of the psychological disorder. Central .

After deepening the theoretical conceptualization of the subject, we will proceed in this paper to present the case of a 13-year-old male adolescent, with good evolution after a year of intensive multidisciplinary treatment, who met diagnostic criteria for anorexia nervosa with the objective to document the clinic and the particularities that arose in the case.

### **INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN**

La ponencia actual intenta realizar una revisión del abordaje actual de un paciente con diagnóstico de trastorno de la conducta alimentaria, más específicamente, diagnóstico de anorexia nerviosa, con la particularidad de que se trata de un adolescente varón.

## **TRASTORNOS ALIMENTARIOS Y DE LA INGESTIÓN DE ALIMENTOS: ANOREXIA NERVIOSA MASCULINA**

Con respecto al abordaje farmacológico es importante decir que en el caso de estar indicados, muchas veces los pacientes no aceptan tomar la medicación ni comprenden para qué deben tomarla. De cara a conseguir adherencia al tratamiento es necesario considerar aspectos relativos a la relación médico paciente, a estrategias de psico educación y siempre tener presente las repercusiones ético-legales que esto supone tanto para el profesional facultativo implicado como para el paciente y sus familiares. Al tratamiento farmacológico le sigue el tratamiento psicoterapéutico y el tratamiento desde la perspectiva familiar.

El componente cultural complejiza el diagnóstico, teniendo en cuenta que nuestra sociedad occidental plantea como modelo de éxito (a través de campañas publicitarias, modelos de ropa, etc.) personas con índices de masa corporal por debajo de lo considerado saludable.

### **MÉTODO**

**Primera Fase. Búsqueda inicial:** La búsqueda inicial se realiza incluyendo términos descritos como palabras clave.

Esta primera búsqueda ha reflejado la existencia de numerosos documentos (entre ellos artículos y revistas) donde se habla del tema objeto de estudio.

También se han realizado búsqueda bibliográfica en libros de texto y revistas de psiquiatría posteriores al 2010.

**Segunda Fase. Búsqueda sistemática:** Consultamos en las siguientes bases de datos: PubMed, y Google Scholar. Igualmente la búsqueda se realizó con palabras claves descritas y se acotó desde el 2014 al 2020. No se utilizaron operadores booleanos.

**Tercer fase. Revisión Bibliográfica:** Se seleccionan aquellos textos que nos parecen más adecuados al tema a tratar, considerando autor, contenido, año de publicación y revista o libro, se realiza la lectura y análisis de los mismos.

**Cuarta Fase.** Aplicación de la bibliografía a un caso clínico real de la práctica clínica de la psiquiatría.

## **TRASTORNOS ALIMENTARIOS Y DE LA INGESTIÓN DE ALIMENTOS: ANOREXIA NERVIOSA MASCULINA**

### **MATERIAL Y APLICACIÓN: A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO**

Nos disponemos a presentar un caso clínico real, cuyos datos biográficos han sido modificados parcialmente para preservar la confidencialidad del usuario. Los datos recogidos originalmente son demasiado extensos como para incluirlos completamente en el caso que nos ocupa actualmente, por lo que se han seleccionado las características más importantes desde el objetivo propuesto con la intención de mantener un hilo conductor de la información que organice los datos dispuestos y mantenga un sentido temporal coherente y lógico.

#### **Caso Clínico Paciente L**

##### Datos sociodemográficos:

Pertenece a una familia de clase media de zona oeste de la provincia de Buenos Aires. La madre es administrativa, el padre dueño de un taxi.

##### Edad:

14 años

##### Sexo:

Masculino

##### Condición socio cultural:

Ambos padres pertenecientes a familias de inmigrantes (abuelos y bisabuelos) de origen español e italiano. Sus padres han sido escolarizados hasta nivel secundario. El paciente acude actualmente 3er año turno mañana ciclo secundario Escuela Técnica Nro. 8 de San Justo. La familia no tiene actividad religiosa, ni es relevante para ellos ningún credo en particular.

##### Motivo de Consulta

Restricción voluntaria de la ingesta desde marzo de 2017, primero parcialmente, luego totalmente, con peso mucho menor al esperado para la edad y altura.

##### Datos situacionales

Se trata de un paciente que a partir de diciembre de 2016 (13 años), refiere "me vi al espejo y no me gusté "(sic). En marzo de 2017 dejó de comer, inicialmente restringió parcialmente y luego totalmente la ingesta. Comenzó por sólidos y continuó por líquidos. Empezó restringiendo aquello que más le gustaba (gaseosas y aderezos).

## TRASTORNOS ALIMENTARIOS Y DE LA INGESTIÓN DE ALIMENTOS: ANOREXIA NERVIOSA MASCULINA

La madre consultó a la obra social, donde inició tratamiento psicológico. Desde allí se derivó a psiquiatría por lo que la madre acude al Hospital Elizalde. Allí es valorado por el servicio de adolescencia desde octubre de 2017. Es atendido desde noviembre de 2017 por psicología y el servicio de Nutrición. En enero de 2018 se hace interconsulta con psiquiatría.

Posibles desencadenantes del cuadro durante 2017: Fallecimiento por Ca. De mama de una amiga dela familia. Fallecieron medio hermanos mellizos (por parte de padre), prácticamente al nacer.

### Antecedentes evolutivos

Nacido de un embarazo controlado, a las 42 semanas, PAEG, parto normal, alta conjunta a las 24hs. El niño se sentó a los seis meses, caminó y comenzó a hablar al año aproximadamente. Lactancia materna hasta los 15 días (refiere la madre que por falta de paciencia). La madre comenta que sufrió depresión post parto, no acudió a tratamiento.

Antecedentes Médicos: No refieren.

Se solicitó al ingreso :

laboratorio de rutina: EAB, ionograma, glucemia, función renal, hepatograma, anticuerpos antitrasglutaminasa, perfil tiroideo.

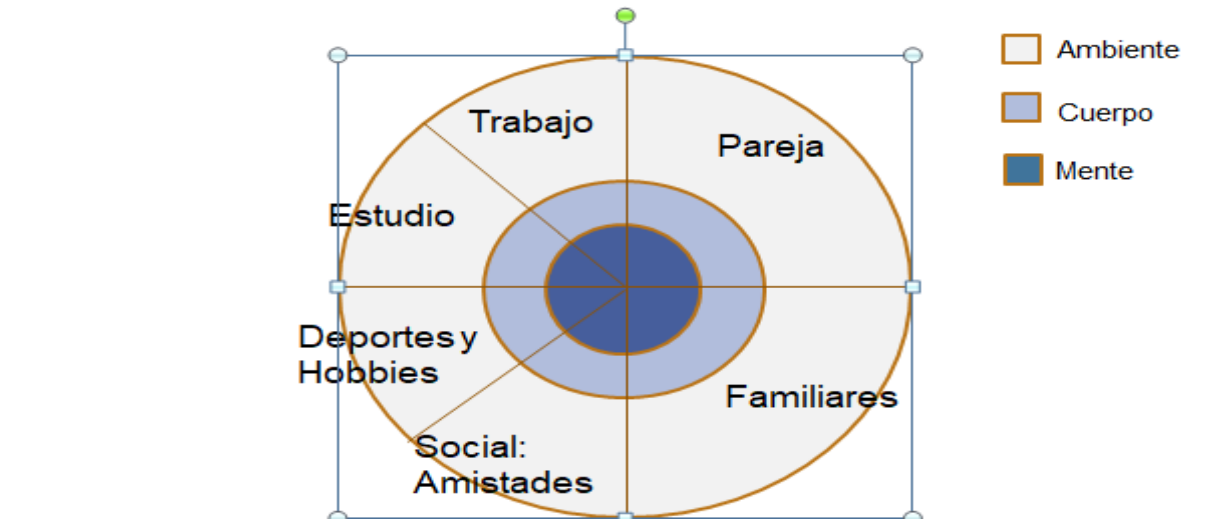
Valoración cardiológica

Todo dentro de limites normales

### **Areas y Roles:**

## TRASTORNOS ALIMENTARIOS Y DE LA INGESTIÓN DE ALIMENTOS: ANOREXIA NERVIOSA MASCULINA

### Esquema de áreas de conducta y roles fundamentales. Kertész:



#### **Rol de estudio**

Escuela técnica. Excelente desempeño escolar. Buena relación con pares y maestros. La madre dice que se exige todo el tiempo y que no le gusta sacar notas bajas. Deseos de ser universitario.

#### **Rol de pareja (si lo tiene de acuerdo a su edad)**

El paciente comenta habitualmente que las chicas suelen sentirse atraídas por él. Tiene una novia, pero es ella quien lo llama y lo busca. Dice estar interesado en las chicas, pero comenta que no es un asunto relevante para él.

#### **Rol social: amistades**

Mantiene relación con pares, suelen ir al cine, o se visitan en sus respectivas casas. Suelen invitarlo incluso a quedarse algunos días. No menciona amigos significativos. Se quiere cambiar de escuela, ya que a pesar de que tiene estas amistades, dice que "son aburridos"(sic.) y le gustaría conocer personas nuevas.

## **TRASTORNOS ALIMENTARIOS Y DE LA INGESTIÓN DE ALIMENTOS: ANOREXIA NERVIOSA MASCULINA**

**Rol de familia. Inclusión de datos de los familiares, características de cada uno de los familiares/ figuras parentales / cuidadores. Dinámica familiar en general. Se puede incluir un genograma si lo desea**

### Situación Familiar:

Grupo conviviente actual: Mamá (38 años A., administrativa a tiempo parcial), Hermana (10 años G.), Hermano (4 años T.). Padres divorciados. El padre (M. 40 años, taxista) vive relativamente cerca y tiene contacto con él día por medio, por las tardes. Mala relación entre los padres, con litigio legal por dinero y sin posibilidad de que acudan juntos a una consulta. Hablan mal uno del otro con el terapeuta, a pesar de que se les explica constantemente que el paciente es su hijo. El padre quiere que se vaya a vivir con él a España.

### Intentaré resumir la historia familiar:

Los padres de L. se conocieron gracias a que una de las hermanas del padre era conocida de la madre. Esta mujer los presenta y comienzan una relación. Al cabo de un año se casan, el paciente nace de un embarazo buscado. A los tres años nace la hermana de L. y al poco tiempo se van a vivir a Barcelona, donde reside una hermana del padre. Viven allí aproximadamente durante un año y medio, que es cuando la madre de L. decide regresar a Argentina con los niños, prácticamente por su cuenta, luego de un episodio de violencia entre ella y su marido.

El padre se queda en España, luego de un año regresa a Argentina.

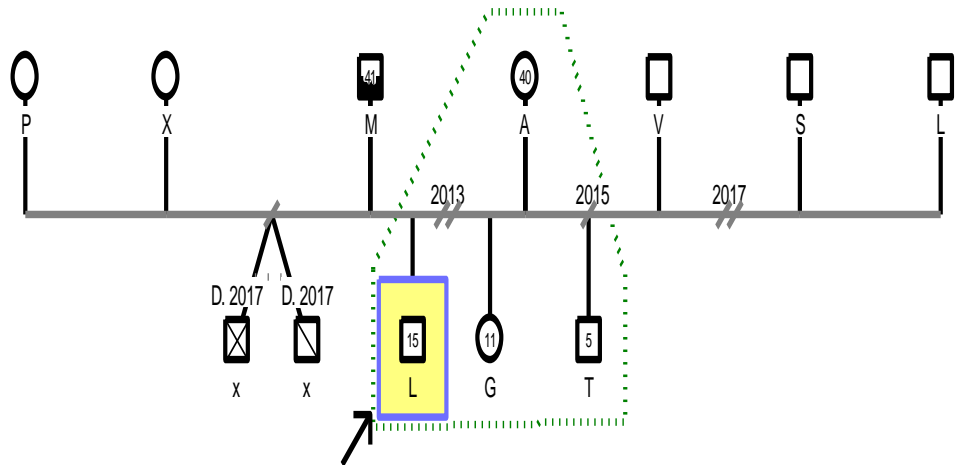
La madre, ya en Argentina, comienza una nueva relación y queda embarazada. Estando en ese estado, el padre de la criatura no se hace cargo. Es entonces cuando ella contrae nuevamente matrimonio con un amigo de la familia de toda la vida, que "se hace cargo de todo"(sic.). En esa época, una vecina soltera y sin hijos, se acerca y comienza a participar activamente en la vida familiar. Esta mujer fallece en el momento que L. comienza con su sintomatología.

Al pasar el tiempo la madre deja a ese amigo de toda la vida con quien se había casado, y comienza una relación con quien es hoy en día, su pareja. Este último, no convive con ellos en la actualidad pero tiene participación en la cotidianidad de la familia. L. opina que este hombre "no aporta nada"(sic.)

Otros actores relevantes en la historia de L. son los abuelos maternos, que viven en Bariloche y una tía paterna que vive en España.

# TRASTORNOS ALIMENTARIOS Y DE LA INGESTIÓN DE ALIMENTOS: ANOREXIA NERVIOSA MASCULINA

## Genograma



## ANTECEDENTES FAMILIARES

- Madre "convulsiones emocionales" en tratamiento farmacológico con levetiracetam, clonazepam y lamotrigina. Lorazepam en el episodio. Indicados puntualmente pero no hace tratamiento reglado con ningún profesional de Salud Mental.
- Padre: Sobrepeso. Consumo problemático de sustancias.
- Hermano menor: Realizó tratamiento psicológico por trastorno del lenguaje e hiperactividad.

## Otros; actividades, hobbies, manejo del tiempo libre

El paciente disfruta, sobre todo, de administrar dinero. En su tiempo libre, luego de limpiar y ordenar su cuarto, suele entrar en internet y comprar y vender objetos en plataformas destinadas a tal fin. Es así como va obteniendo dinero y con él compra objetos que elige previamente, como un sommier, un plasma o un celular específico.



## **TRASTORNOS ALIMENTARIOS Y DE LA INGESTIÓN DE ALIMENTOS: ANOREXIA NERVIOSA MASCULINA**

### **DESCRIPCIÓN DEL CUADRO CLÍNICO. SEMIOLOGÍA. DATOS HISTÓRICOS RELEVANTES**

#### **Enfermedad actual**

##### Examen psiquiátrico del paciente:

Paciente lúcido, vigil, orientado en tiempo, persona y espacio. Conciencia de situación, sin conciencia de enfermedad, negación del peligro que comporta el bajo peso corporal. Euproséxico. Eumnésico. Hipotímico. Ideas reiterativas, que no llegan a ser delirantes, ni son intrusivas, en torno a la limpieza y a la administración del dinero de la familia. Actualmente no se evidencia que cuente de forma obsesiva las calorías, aunque sí reconoce haberlo hecho en el pasado y no se descarta que pueda suceder esto en la actualidad. No presenta rituales, ni compulsiones, excepto mirarse reiteradas veces en el espejo de forma confirmatoria. Distorsión de la imagen corporal (identifica su imagen tres figuras por arriba de la suya). Miedo a aumentar de peso. No presenta conductas purgativas ni atracones. Pensamiento de curso normal. No presenta alteraciones sensorio-perceptivas. No presenta conductas auto, heteroagresivas o ideación de muerte. Insomnio de conciliación eventual. Restricción de la ingesta, apetito disminuido en la actualidad.

#### **De las entrevistas con los padres de L. surge**

L. y su madre tienen una relación estrecha. Ella reconoce que le destina mayor atención a él que al resto de sus hijos. Hablan como pares, le cuenta y le permite tener acceso a todos los ingresos y gastos familiares. A veces le pide dinero que él ahorra.

La madre dice que también ella tiene tendencia a comer poco, "no como el padre de L. que es chef y es obeso" (sic).

En las entrevistas con ella es difícil reconducir el foco de la conversación a la problemática que presenta L.. Ella habitualmente tiende a desplegar su problemática vincular con el padre de Luciano y a hablar de sus relaciones amorosas. Cuando habla de la mala relación con el padre de Luciano, aun cuando el paciente está presente, intento conceptualizar la diferencia que existe entre la conyugalidad y la parentalidad, o introducir algo de orden familiar, sin embargo no impresiona estar receptiva a este tipo de intervención.

## **TRASTORNOS ALIMENTARIOS Y DE LA INGESTIÓN DE ALIMENTOS: ANOREXIA NERVIOSA MASCULINA**

En la única entrevista que pude tener con el padre de Luciano, sucedió prácticamente lo mismo y él mismo reconoció que sus hijos son todo lo contrario a cómo han sido ellos como padres, ubica que ellos han sido "desordenados" (sic) a diferencia de los niños, que son cumplidores y prolijos, sobre todo L..

La madre reconoce parcialmente que le cuesta mantener las rutinas y el orden. Habitualmente surge como problemática que ella misma sufre un cuadro que identifica como depresivo, pero que no trata. Este estado emocional de A. es una preocupación frecuente del paciente.

La dificultad para cumplir rutinas en el hogar ha sido un conflicto bastante importante a lo largo del 2018, puesto que, este orden, era necesario para tener claras las porciones que se le preparaban a L. Ella decía que cocinaba sólo por la noche, pero que siempre había comida en la casa, L. decía que no le gustaba lo que la mamá le preparaba para comer y la comparaba con su abuela quien sí le prepara "postres" y comidas que él, en teoría, disfruta. De cualquier forma cualquier intento de organizar la rutina para cuantificar la ingesta en la casa resultó imposible.

Ella a veces manifiesta estar preocupada por la predisposición a la limpieza y el orden que tiene L.

### **De las entrevistas con el paciente surge**

L. relata que un día se levantó se miró al espejo y no le gustó como se vió, y fue entonces que dejó de comer lo que más le gustaba. Dice que probablemente no vuelva a comerlo nunca más. El espejo es muy importante para la L., se mira en él muchas veces en el día y dice que le gusta verse así como está, que él se ve "bien" (sic). No le gusta sacarse fotos, ni que se las saquen en general. Es muy difícil que L. asocie su estado emocional con la ingesta que realiza. La mayoría de las veces dice que él no tiene ningún problema, que a él le gusta como está y que viene solamente porque lo obliga la madre. No cree que el peso que tiene pueda perjudicar su salud de forma alguna, dice que "se siente bien así" (sic).

A pesar de decir todo esto viene al hospital y habla sin problemas. La dinámica familiar es lo que surge en predominantemente en las entrevistas que tengo con él, es lo que más parece preocuparle. Habla con fluidez principalmente de la convivencia, de su madre, de su padre y de las relaciones familiares. En segundo lugar habla de sus compras y de su idea de éxito. Le cuesta más hablar de otras esferas, como de sus amistades y relaciones en el colegio.

## **TRASTORNOS ALIMENTARIOS Y DE LA INGESTIÓN DE ALIMENTOS: ANOREXIA NERVIOSA MASCULINA**

Requirió el trabajo de prácticamente un año poder empezar a hablar con L. de lo que le pasa con la comida y con su cuerpo.

- La familia: A lo largo de este año se ha observado que L. come cuando ve a su padre, cuando su padre se acerca y sobre todo cuando su padre y su madre mejoran la relación. A veces cuando su padre lo lleva a hacer deporte en contra de opinión médica, él luego se premia con un dulce. Suele comer más, también, cuando lo visita su abuela materna.
- Miedo a engordar y como lo ven los otros. Sexualidad: Al preguntarle reconoce que tiene miedo a "engordar" (sic) porque se sentiría que pierde el control, y a la vez se sentiría sucio de alguna manera. Dice que no le importa la mirada de los demás, aunque la forma que tiene de arreglarse es llamativa y cuidada. Dice que sabe que le resulta atractivo a las chicas, incluso tiene una novia, pero no parece que esto le despierte mayor interés, es ella quien le escribe, él dice que no piensa demasiado en ello, aunque dice estar interesado.
- Distorsión de la imagen corporal y trabajo sobre el riesgo y sus planes de futuro: El paciente tiene planes de futuro claros, como ser estudiante universitario (ingeniería u odontología) y vivir en el extranjero. Dice "soy materialista"(sic) y disfruta de comprar artículos que busca específicamente en internet. Al explicarle que sitúa su imagen en los gráficos muy por arriba de su imagen real, y que el peso que tiene puede interferir en la capacidad física que tenga para alcanzar los logros que se plantea, le resulta imposible reconocerlo, aunque seguimos trabajando en ello.
- Engordar versus nutrirse: Ha sido de utilidad realizar un gráfico diferenciado estos términos y hacer una gradación de cuánto peso le falta recuperar (no se utilizaron cifras exactas) para que se pueda considerar que está "engordando".

En las últimas entrevistas, luego de un año de conocerlo L. se angustia y me permite preguntarle sobre lo que le pasa, confía en el espacio y ya no dice que viene para nada. Todo lo que le angustia en relación a la comida, lo estamos hablando actualmente, aunque no quiere que sus padres lo sepan, porque está seguro de que "no lo entenderían "(sic). A pesar de esto continúa controlando la ingesta, ahora acepta aumentar, pero el riesgo de cronificación continúa intacto.

## **TRASTORNOS ALIMENTARIOS Y DE LA INGESTIÓN DE ALIMENTOS: ANOREXIA NERVIOSA MASCULINA**

### **PROBLEMÁTICA A RESOLVER. PLANTEOS DIAGNÓSTICOS NOSOLÓGICOS Y PSICOPATOLÓGICOS**

#### **Diagnóstico Principal:**

F50.01. Anorexia nerviosa. Tipo Restrictivo. Moderada-Grave.

**Diagnóstico diferencial inicial:** Episodio depresivo /Duelo

**Diagnóstico diferencial actual/Comorbilidad:** Trastorno Obsesivo Compulsivo

La discusión acerca del diagnóstico diferencial de Anorexia nerviosa con trastorno obsesivo compulsivo, así como si comparten bases neurobiológicas puede ser motivo de otra exposición.



#### **Focos de intervención en psicoterapia y psicofarmacológicos, otras problemáticas y desafíos asociados, intervenciones realizadas:**

Tratamiento psicológico, Nutricional y consulta con psiquiatría, todos estos espacios con frecuencia semanal.

Desde el espacio de psiquiatría el plan farmacológico inicial (enero de 2018-noviembre 2019): Sertralina 50 mg/día con buena respuesta clínica (estabilización afectiva y disminución de ideas obsesivas en torno a las calorías) y sin efectos adversos. En noviembre deja de tomar la medicación debido a que la madre deja de comprarla.

Desde noviembre de 2018 a enero de 2019 no toma medicación sin ser avisados los profesionales de este hecho.

## **TRASTORNOS ALIMENTARIOS Y DE LA INGESTIÓN DE ALIMENTOS: ANOREXIA NERVIOSA MASCULINA**

En diciembre de 2019 se va de vacaciones con sus abuelos a Bariloche y al regresar en enero se evidencia empeoramiento clínico y psicopatológico.

Desde el aspecto clínico presentó descenso agudo de peso y un episodio de coluria tras realizar actividad física, él me confiesa luego que realizaba actividad física de forma compensatoria a estar comiendo más con su abuela.

Desde lo psico patológico apareció en primer plano de importante distorsión de la imagen corporal y nulo avance en relación a la capacidad de insight en lo referido a los riesgos físicos a corto mediano y largo plazo a causa de su deterioro físico. Por todo esto se introduce risperidona que se escaló progresivamente de 0.5 mg /día a 1.5 mg /día a lo largo de un mes, sin evidenciarse efectos secundarios.

Las primeras semanas de febrero en una de las reuniones de coordinación de trastornos de conducta alimentaria del servicio, se decide de forma conjunta con el equipo de nutrición una internación clínica breve, con los siguientes objetivos:

-Cuantificación de la ingesta y administración de suplementos vitamínicos (debido a la mala progresión de peso que presentó Luciano luego de un año de tratamiento, con un retroceso agudo importante en aquel momento)

-Evitar la claudicación de la cuidadora principal que esas semanas manifestaba estar "agotada"(sic)

- Realizar la internación como una intervención familiar e individual, puesto que, llegado este punto, la única persona del ámbito familiar que sostenía que L. tenía un problema, era la madre. El resto de los familiares (que son muy relevantes para el paciente) consideraban que L. solamente es algo delgado, y no acudían a ningún espacio del hospital para explicarles los riesgos que conlleva que L. continúe con el peso que tiene e incluso descienda de peso. Durante el verano, el padre llevó a L. a realizar una caminata de más de 10 km, y fue cuando el paciente sufrió un episodio de coluria.

Durante la internación no se consiguió que el paciente aumente de peso, aunque sí se evidenció la importante dificultad que tiene para poder terminar las porciones, incluso con aparición de náuseas. También se evidenció que la catarsis se producía cada 10 días aproximadamente. Durante la internación recuperó el ritmo intestinal. A pesar de todo, a partir de entonces, él comenzó a cuestionarse su capacidad de controlar el peso, puesto que a pesar de haber comido, la balanza no respondió como él esperaba.

## **TRASTORNOS ALIMENTARIOS Y DE LA INGESTIÓN DE ALIMENTOS: ANOREXIA NERVIOSA MASCULINA**

A finales de febrero de 2019 aparecen nuevamente ideas obsesivas en relación a contar calorías y reiterativas en relación a "controlar" (sic) los ingresos del hogar, accediendo a las cuentas bancarias de los padres a través del celular, también continúa con la idea de "controlar su cuerpo", es por esto y por el antecedente de buena respuesta previa que se reintroduce sertralina que se escala de 25mg /día inicialmente a 50mg /día.

Durante marzo, luego de la internación, L. comienza a problematizar lo que le pasa. Aumenta levemente de peso con el objetivo de que cese la posibilidad de una nueva internación clínica y con el objetivo de que no lo traigan más al hospital, pero al continuar asistiendo a consulta empieza a angustiarse durante las entrevistas, duda. Por primera vez después de todo este tiempo reconoce que le aterra aumentar de peso y habla de su relación con la comida y me permite que le pregunte al respecto. No puede proyectar a un año la posibilidad de recuperar el peso mínimo que podría considerarse saludable para su altura y por ello se angustia. Termina por primera vez el café azucarado (como me dice que le gusta) y el vaso de agua con el que lo espero todas las semanas, anteriormente lo dejaba intacto.

Luego de este periodo de luna de miel de un mes, volvió a presentarse de forma menos angustiada aunque reconoce que le resulta imposible imaginarse en el peso que se le plantea como saludable y en el fondo continúa controlando el peso, en este momento, controlando el alza para no ser internado nuevamente.

Al momento de escribir estas líneas se está pensando realizar una nueva internación, esta vez más larga, motivada por el riesgo de cronificación del cuadro y el alto riesgo orgánico a corto y largo plazo que tiene el paciente.

### **CONCLUSIONES**

La anorexia nerviosa es un cuadro de difícil abordaje psicoterapéutico, con herramientas farmacológicas que encuentran blanco clínico más en la comorbilidad que en el problema central de cuadro.

Los costos hospitalarios por internación son altos, el riesgo de cronificación así como el riesgo de mortalidad es alto.

Los recursos como dispositivos grupales de abordaje específico o terapia familiar son escasos.

## **TRASTORNOS ALIMENTARIOS Y DE LA INGESTIÓN DE ALIMENTOS: ANOREXIA NERVIOSA MASCULINA**

El componente cultural dificulta el problema de crear conciencia de riesgo y enfermedad.

La anorexia nerviosa es un desafío de abordaje clínico y nos plantea la necesidad de consensuar un verdadero grupo de abordaje trans disciplinar.

### **BIBLIOGRAFÍA**

1. -Hay P, Morris J. Trastornos alimentarios (Irrarrazaval M, Martin A. eds Prieto-Tagle F, ed.). En Rey JM (ed), Manual de Salud Mental Infantil y Adolescente de la IACAPAP. Ginebra: Asociación Internacional de Psiquiatría del Niño y el Adolescente y Profesionales Afines 2017.
2. -Asociación (Norte) Americana de Psiquiatría, Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales , 5ta Edición, Editorial Panamericana , 2014.
3. -El tratamiento farmacológico en psiquiatría: indicaciones, esquemas terapéuticos y elementos para su aplicación racional, Wikinski y Jufe, 2 da Edición, Buenos Aires, Médica Panamericana , 2013.
4. -Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria. Madrid: Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Consumo. Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques de Catalunya; 2009.
5. -Eating disorders diagnostic: from the DSM-IV to DSM-5 Rosalia Vázquez Arévalo\* , Xochitl López Aguilar, María Trinidad Ocampo Tellez-Girón y Juan Manuel Mancilla-Diaz Universidad Nacional Autónoma de México, FES Iztacala, Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios (2015).