

CRONICIDAD EN TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

Ignacio Jáuregui Lobera

ijl@tcasevilla.com

INTRODUCCIÓN

Para hablar de cronicidad o cronificación habría que hacer referencia a algunos términos clásicos, algo en desuso en los textos habituales. La patocronia (*pathos*, afección; *khronos*, tiempo) es la parte de la patología que estudia la condición temporal de la enfermedad, con dos vertientes: por un lado, la alteración en la vivencia del tiempo y, por otro, el estudio del curso de la enfermedad. La alteración en la vivencia del tiempo puede reflejarse en pasividad o indiferencia respecto al curso de la enfermedad y como actividad constituyendo la diselpidia (*dys*, desorden y *elpis*, esperanza) o alteración morbosa del esperar humano. El estudio del curso de la enfermedad, la otra vertiente de la patocronia, implica la consideración del comienzo, el periodo de estado y la terminación de los procesos patológicos. Clásicamente se consideraba la terminación como curación, incurabilidad o muerte.

En los trastornos de la conducta alimentaria, problemas imputables al paciente (casi siempre el miedo), relacionados con la familia (alteración en la dinámica familiar, incompetencia como cuidadores, etc.) y problemas de los terapeutas (mala formación, equipo no bien coordinado, equipo insuficiente, etc.) hacen que muchos pacientes no se curen, produciéndose un fracaso terapéutico, a veces repetitivo, que lleva al paciente y su familia a un auténtico peregrinar de centro en centro, de terapeuta en terapeuta.

Resulta interesante recordar algunos términos, no siempre bien definidos y muchas veces mal utilizados (Balcells, 1974; Seva, 1979) en lo que al curso de las enfermedades se refiere:

-Curación: Sería el retorno del enfermo a su modo de vida normal, a su individual modo de estar sano.

-Remisión: Es la disminución de la intensidad de los síntomas.

-Recurrencia: Reparición de los síntomas después de una remisión.

-Recaída: Reparición de una enfermedad sin haber llegado al estado de salud completa (en el periodo que siempre se llamó convalecencia).

-Recidiva: Reparición de una enfermedad más o menos tiempo después de un periodo de salud completa.

- Incurabilidad: La enfermedad no desaparece.
- Curso agudo: breve y relativamente grave.
- Curso crónico: Prolongado por mucho tiempo.
- Secuela: Lesión o afección consecutiva a otra.
- Mejoría: Alivio en una dolencia, padecimiento o enfermedad.

Desde la perspectiva psicológica, hay algunos términos de especial relevancia conductual (Calvo, 2002):

-Recaída: ocurrencia de aquellos comportamientos en los que ya se había hecho un progreso y cuya reincidencia produce una merma de lo conseguido, pudiendo empujar al paciente al nivel inicial de su patología. En los trastornos alimentarios el momento más probable para el recaída es el primer año tras el alta. En los cinco años siguientes también resulta frecuente en relación con situaciones de estrés intenso y cambios vitales radicales.

-Episodio recurrente: sería el resurgimiento de conductas inadecuadas ante mayores demandas o amenazas durante el tratamiento.

-Falsa recuperación: mejorías no reales debidas a estrategias terapéuticas erróneas o interacciones terapeuta-paciente asimismo equivocadas. La conducta patológica reaparecerá pronto aparentando una recaída.

En cuanto a la modalidad evolutiva de los trastornos de la conducta alimentaria, algunos autores señalan para la anorexia nerviosa dos tipos bien diferenciados. Habría una anorexia “procesual”, incurable, con remisiones y exacerbaciones y una anorexia “reactiva”, limitada, curable, propia de adolescentes. Pues bien, estos posibles subtipos nos llevan a hacer referencia a la definición de ambos modos de evolución:

-Proceso: en él, ocurre una mutación verdadera o permanente en la personalidad del enfermo que supone una mayor o menor ruptura con su personalidad anterior. Podríamos decir que ni es ni ya va a ser la misma persona.

-Reacción: es una respuesta psíquica a cualquier estímulo o vivencia. Se considera patológica por lo anormal en el momento de presentarse o por la prolongación en el tiempo.

CURSO NATURAL DE LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

La American Psychiatric Association (APA, 2000) señala que en la anorexia el porcentaje de personas que se recuperan por completo es moderado. En cuanto a la bulimia, se indica que es muy poco lo que se sabe sobre el pronóstico a largo plazo de los pacientes con bulimia nerviosa no tratada.

La DSM IV-TR hace referencia a la anorexia indicando que el curso y el desenlace del trastorno son muy variables. Se señala que cabe la recuperación total tras un único episodio, un patrón fluctuante de ganancia de peso seguido de recaída y un posible deterioro crónico a lo largo de los años.

Parece que en los 5 primeros años después del inicio, una parte significativa de pacientes con anorexia restrictiva empiezan a recurrir a atracones lo que marca un cambio al subtipo compulsivo/purgativo. Por otro lado, un cambio sostenido en el cuadro clínico, con aumento de peso y presencia de atracones y purgas, puede llevar a hacia la bulimia.

La DSM IV-TR hace referencia también a la mortalidad señalando que, a largo plazo, está aproximadamente en un 10% bien por inanición, suicidio o desequilibrios electrolíticos.

En cuanto al curso de la bulimia, la DSM IV-TR describe un curso crónico y un curso intermitente con periodos de remisión que se alternan con atracones. También señala que a largo plazo los síntomas de muchos pacientes tienden a disminuir y que con periodos de remisión superiores a un año el pronóstico a largo plazo resulta más favorable.

Comparando la DSM IV-TR con la anterior DSM IV, en la anorexia se hace referencia expresa a la comorbilidad con trastornos de personalidad; se incluyen cifras de prevalencia en varones, y, en cuanto al curso, se clarifica la relación anorexia/bulimia. En cuanto a la bulimia, se habla de resultados a largo plazo.

Finalmente, la APA (2000), considera curso crónico un trastorno alimentario de 10 años o más de duración. Las características señaladas para estos pacientes serían:

- *incapaces de mantener un peso sano.
- *presencia de depresión crónica.
- *obsesividad.
- *retraimiento social.

ALGUNOS ESTUDIOS SOBRE CRONICIDAD

En Anorexia Nerviosa

Según Herzog et al. (1996), con el tiempo, muchos pacientes siguen teniendo alteraciones de la imagen corporal, alteraciones en su conducta alimentaria (desordenada) y presencia de trastornos comórbidos. Por su parte, Halmi et al. (1991) observa, en un seguimiento de 4 años tras el inicio del trastorno, buena evolución (44%), deficiente evolución (24%), evolución intermedia (28%) y mortalidad precoz (5%). En este estudio resulta de interés recoger los criterios pronósticos:

*Buena evolución: sería necesaria la recuperación ponderal (hasta quedar a menos del 15% del peso recomendado para la talla) y una menstruación regular establecida.

*Mala evolución: el peso no llega al límite anterior y la regla no está bien establecida o aparece esporádicamente.

En el mismo trabajo se indica que dos tercios de los pacientes siguen teniendo, tras cuatro años de inicio del trastorno, preocupación constante y patológica por el peso y la comida. Hasta un 40% pueden presentar síntomas bulímicos, incluso entre los del grupo con buena evolución. Finalmente, se señala que muchos presentan distimia, fobia social, sintomatología obsesivo-compulsiva y consumo de tóxicos.

En algunos otros estudios se aprecia que a más años de evolución considerados

en el seguimiento, más porcentaje de pacientes con mal pronóstico.

	Seguimiento	% Mal Pronóstico
Eckert/Halmi	10 años	11,8%
Deter/Herzog	12 años	17%
Ratnasuriya	20 años	20%

Strober et al. (1997, 1999) en estudio de seguimiento, con adolescentes, durante 10-15 años, encuentran 76% de recuperaciones totales con un tiempo medio necesario para dicha recuperación de 57-59 meses.

El metaanálisis sobre estudios de mortalidad llevado a cabo por Sullivan (1995) concluye la existencia de una mortalidad del 5-6%. Sobre esto abundan los datos, algunos bien dispares. Así, mientras Halmi (1991) encuentra una mortalidad del 6,6% a los diez años de tratamiento, Theander (1985) la cifraba en un 18% a los 30 años de seguimiento.

En el trabajo de Sullivan (1995) se señala que las mujeres jóvenes con anorexia nerviosa tienen una mortalidad 12 veces superior a mujeres en edad similar sin anorexia. Esto supone el doble de la mortalidad de mujeres jóvenes afectadas por otros trastornos psiquiátricos. De hecho, Harris (1998) señala que la mayor mortalidad en pacientes psiquiátricos se da en los trastornos de la conducta alimentaria y los trastornos por consumo de sustancias.

En resumen, sobre el pronóstico de la anorexia nerviosa se han venido proponiendo algunos indicadores que, en muchas ocasiones, no dejan de ser sino simples inferencias a partir del sentido común. Así, por ejemplo, Hsu (1987, 1990) señala como elementos de peor pronóstico el peso mínimo inicial más bajo, la presencia de vómitos, la incapacidad de respuesta a tratamientos previos, las relaciones familiares alteradas antes del inicio de la enfermedad y estar casado. Por su parte los citados, Hsu, Theander y Halmi, apuntan a un peor pronóstico con larga duración de la enfermedad, edad de inicio más avanzada, ingresos previos en hospitales psiquiátricos, mala adaptación social en la niñez, anomalías en la personalidad premórbida y malas relaciones entre el paciente y su familia. Finalmente, Russell (1979) apunta a un mayor

riesgo de complicaciones médicas graves en el subtipo purgativo de la anorexia y diferentes autores señalan que a menor edad, mejor evolución (Kreipe,1989; Nussbaum, 1985; Steiner, 1990).

En un reciente estudio (Deter et al., 2005) se analiza una muestra de pacientes con anorexia con seguimientos entre 9 y 19 años. El resultado del análisis de regresión llevado a cabo indica que los elementos predictivos más importantes son la edad en el inicio de la enfermedad, la conducta purgativa, la albúmina baja, la transaminasa glutámica oxalacética elevada, la psicopatología y la patología social. Estos elementos parecen diferenciar a todos los pacientes recuperados de los que siguen enfermos. Parece pues que para detectar un curso positivo o no en los pacientes con anorexia son relevantes un pequeño número de variables.

En Bulimia Nerviosa

Parece que en el curso natural del trastorno pueden verse, en 1-2 años, mejorías espontáneas, con reducción de atracones, vómitos y abuso de laxantes, hasta en un 25-30% (Drewnowsky, 1989; Yager, 1987). Algunos autores hablan de un éxito total a corto plazo en el 50-70% de los casos (Herzog, 1996) y en estudios de seguimiento entre 6 meses y 6 años se han observado recaídas en un 30-50% (Hsu, 1989). La mejoría a corto plazo parece mantenerse en seguimientos de 10-15 años (Luka, 1986; Keel, 1997, 1998).

Entre los trabajos más conocidos podemos ver:

	Seguimiento	% Mal Pronóstico
Herzog	3 años	31%
Fallon	4,5 años	41%
Hsu	4-6 años	20%
Johnson-Sabine	5 años	25%
Fairburn	5,8 años	18%
Fichter	6 años	21,4%
Keel	>5 años	19%
Collings/King	>10 años	9%

En el trabajo de Fichter (1997), se señala la siguiente evolución de un tratamiento con éxito: 60% tendrían buena evolución, 29% una evolución intermedia, deficiente evolución el 10% y fallecidos el 1%.

También en la bulimia se han tratado de fijar algunos indicadores de pronóstico. Así, para Swift (1987), los síntomas leves al principio (no precisar hospitalización) indicarían un mejor pronóstico, la evolución sería peor cuanto mayor fuera la frecuencia de vómitos (Olmstead, 1994; Agras, 1999) y a mayor trabajo motivacional inicial, mejor respuesta al tratamiento y mejor pronóstico (Turnbull et al., 1997). Otro punto de vista es el de quienes defienden que, al no haber estudios longitudinales a largo plazo, no se tienen datos sobre el curso natural del trastorno ni se dispone de predictores claros de la evolución.

FACTORES ESTUDIADOS EN RELACIÓN CON EL PRONÓSTICO

Tal vez el bajo peso es el factor más estudiado en cuanto al pronóstico de los trastornos alimentarios. Hay autores que lo señalan como un factor de mal pronóstico y cronificación (Baran, 1995; Eckert, 1995; Hebebrand, 1996, 1997). Otros consideran que no es un indicador de pronóstico a largo plazo aunque sí puede serlo a corto y medio plazo (Ratnasuriya, 1991). También las conductas purgativas se han estudiado en este sentido y para muchos autores se asocian a un mal pronóstico y cronificación (Deter, 1994; Eckert, 1995; Herzog, 1997). Sin embargo hay estudios en los que no se encuentra tal relación (López Seco, 1999). El grado de adaptación social es otro elemento que es necesario considerar, pues los estudios realizados al respecto la relacionan claramente con el pronóstico (Eckert, 1995; Herzog, 1997). En cuanto a la comorbilidad, también se ha relacionado con el pronóstico. Así el abuso/dependencia de alcohol (Abraham, 1983; Fallon, 1991; Fichter, 1997) y la sintomatología depresiva (Bossert, 1992; Keller, 1989; Swift, 1985) ensombrecerían el pronóstico del trastorno alimentario. También las alteraciones del control de impulsos (Fairburn, 1995; Herzog, 1991; Rossiter, 1993) y los trastornos de la personalidad (Herzog, 1991) agravan el trastorno alimentario y empeoran el pronóstico. Finalmente, en cuanto a la edad de inicio, en el caso de la bulimia nerviosa parece dudosa su relación con el pronóstico. Sólo un estudio relaciona un inicio tardío con mal pronóstico (Collings y King, 1994).

En resumen, los factores de buen pronóstico citados en anorexia nerviosa serían

una menor edad al inicio del trastorno, menor número de hospitalizaciones y menos tiempo de enfermedad antes de un ingreso, (Herpertz-Dahlmann, 1996, 2001; Steinhausen, 2002). Como factores de mal pronóstico se han citado un mayor tiempo de enfermedad antes del tratamiento o con intervenciones previas no exitosas, inicio tardío del proceso, presencia de síntomas bulímicos, peso inicial muy bajo, relaciones familiares problemáticas previas al inicio del trastorno alimentario y estar casado. Se añaden también un bajo peso en el momento del alta hospitalaria, abuso o dependencia de alcohol y sintomatología afectiva durante el curso de la anorexia (Zipfel et al. 2000; Keel, 2003).

En bulimia nerviosa, la mayoría de los trabajos señalan como factores de buen pronóstico la sintomatología leve o moderada, indicación de tratamiento ambulatorio, menor duración del proceso antes de iniciarse el tratamiento, edad menor al inicio del trastorno, motivación para el tratamiento y adecuado soporte social (Herzog, 1996; Reas, 2000). De mal pronóstico serían una sintomatología grave, alta frecuencia de vómitos al inicio del trastorno, fluctuaciones de peso muy marcadas, impulsividad, baja autoestima, conducta suicida y trastornos comórbidos, como uso de sustancias, al inicio de la patología (Herzog, 1996; Keel, 1999).

Pero parece que en función de los trabajos y del tiempo de seguimiento no habría factores pronósticos universalmente admitidos. Por otra parte hay estudios que nos muestran que los factores que predicen resultados a corto plazo no correlacionan con los que predicen resultados a largo plazo ni en anorexia (Kahn y Pike, 2001) ni en bulimia (Quadflieg y Fichter, 2003). El gran problema son las deficiencias metodológicas. No abundan los trabajos prospectivos controlados con muestras adecuadas, los pacientes incluidos son heterogéneos (diagnóstico, gravedad, grado de motivación, tratamiento recibido...) y no siempre se usan técnicas estadísticas adecuadas.

Un reciente resumen de factores pronósticos nos los dan Birmingham y Beumont (2004), quienes para la anorexia nerviosa señalan:

Factores favorables

Ausencia de severa desnutrición (IMC > 17)

Ausencia de severas complicaciones físicas

Adecuada motivación para el cambio

Adecuado soporte socio-familiar.

Factores desfavorables

Presencia de frecuentes vómitos en pacientes muy malnutridos

Edad de inicio tardía

Historia de alteraciones de estirpe neurótica o de personalidad

Alteraciones en las relaciones familiares

Larga duración de la enfermedad.

ACTITUD ANTE LA CRONIFICACIÓN

Como ha señalado Calvo (2002), puede decirse que entre un 10 y un 25% de los pacientes con trastornos alimentarios no son recuperables en el momento actual. Es necesario que se adopten actitudes ante la resistencia a los tratamientos. ¿Qué hacer ante esta incómoda situación para los terapeutas?. Si el paciente acude a tratamiento se necesitará paciencia y tiempo (si bien las probabilidades de éxito parecen ir decayendo con el paso de los años especialmente más allá de los 7), habrá que plantear objetivos terapéuticos concretos, limitados, deberemos pactar y lograr un peso de seguridad, insistir en la reinserción social y atender a los cuidados paliativos que se puedan ir presentando. Si, por el contrario, el paciente no acude a tratamiento, tenemos que asumirlo sin caer en tentaciones de dominación y, de ser necesario, trataremos a la familia.

Parece evidente, como señala la American Psychiatric Association, que ante la cronificación debemos, más que nunca, planificar de forma individualizada el tratamiento y tener muy presentes las posibles demandas que se pueden presentar: hospitalizaciones de repetición, hospitalizaciones parciales, cuidados residenciales, psicoterapia, apoyo social, uso de medicación (a veces, nueva, sin indicación) e incluso uso de terapia electroconvulsiva, por ejemplo ante patología depresiva grave. Debe recordarse también que muchas hospitalizaciones son evitables con un contacto ambulatorio más frecuente, que en cuanto al peso las expectativas deben ser más realistas (peso seguro en lugar de sano) y que hay que adecuar los objetivos generales

del tratamiento. Si no podemos cambiar el peso y normalizar (en el sentido integral del término) la vida del paciente deberemos, al menos, mejorar su calidad de vida y atender a los cuidados paliativos que pueda ir necesitando.

CONSENSO SOBRE CRONICIDAD

En un reciente estudio Delphi (Tierney y Fox, 2009), se señalan algunos criterios definatorios de anorexia nerviosa crónica:

a) Arraigados patrones de restricción alimentaria:

- No hay variaciones en el patrón alimentario.
- Falta de motivación para cambiar conductas.
- Escasos momentos de ingesta saludable.

b) Arraigadas cogniciones anoréxicas:

- Pensamiento rígido sobre el peso, la silueta y la comida.
- Pensamientos y sentimientos propiamente anoréxicos persistentes, a menudo con conductas rituales acompañantes.
- Estilo de pensamiento dicotómico (lógica “blanco o negro”).

c) Identidad personal entrelazada con la anorexia:

- Identidad oculta por la “ideología anoréxica”.
- Temor al cambio y a la vida “sin anorexia”.
- Anorexia como único valor en la propia identidad personal.

d) $IMC < 17.5$:

- Mantenimiento de un bajo IMC desde la adolescencia hasta la vida adulta.
- IMC persistentemente bajo, no sólo inferior a 17.5 sino, en muchas ocasiones por debajo de 16 o menos.

El mismo estudio Delphi muestra algunas cuestiones consensuadas sobre aspectos del tratamiento:

- Proporcionar un entorno terapéutico confiable y de apoyo.
- Escuchar al paciente.
- Reconocer sus logros, no importa lo pequeños que sean.
- Objetivos realistas, acordados entre paciente y terapeuta.
- Trabajar la motivación para el cambio.
- Aproximación terapéutica individualizada.

- No colaborar con la anorexia.
- Tener buenos lazos con los miembros del equipo.
- Valoración médica de forma regular.
- Si el paciente no está motivado para el cambio, detener al menos la pérdida de peso.
- Hacer sentir a los pacientes más integrados en la comunidad.
- Separar aspiraciones-identidad del paciente y su anorexia.
- Mantener una política de puertas abiertas: pueden volver al tratamiento cuando se sientan motivados para el cambio.
- Evitar cambios de terapeutas. Facilitar la continuidad.
- Fomentar las relaciones entre iguales.
- Derivar a los pacientes lo antes posible para tratamiento intensivo, cuando así lo requieran.
- Educación sobre trastornos de la conducta alimentaria.
- No etiquetar a los pacientes como “crónicos” (podría originar la sensación de que no es posible el cambio).

El citado estudio Delphi no considera que el número de años de enfermedad o el número de tratamientos realizados sean especialmente relevantes a la hora de definir un caso como “crónico”, en contraste, por ejemplo, con la falta de motivación o la inflexible interconexión entre anorexia e identidad personal. Aunque las carencias en aspectos sociales tampoco aparecen como esenciales para definir los casos crónicos, sí se acepta que el tratamiento debe aspirar a integrar a los pacientes en la comunidad.

REFERENCIAS

Abraham, S.F., Mira, M., Beumont, P.J., Sowerbutts, T.D. y Llewellyn-Jones, D. (1983). Eating behaviours among young women. *Med J Aust* 3;2(5):225-8.

Agras, W.S., Walsh, T., Wilson, G. (1999 April). *A multisite comparison of cognitive behavior therapy (CBT) and interpersonal therapy (IPT) in the treatment of bulimia nervosa*. 4th London International Conference of Eating Disorders.

Balcells, A. (1974). *Patología General* (4ª Ed.). Barcelona: Toray.

Baran, S.A., Weltzin, T.E. y Kaye, W.H. (1995). Low discharge weight and outcome in anorexia nervosa. *Am J Psychiatry* 152(7):1070-2.

Birmingham, C.L. y Beumont, P. (2004). *Medical management of eating disorders*. Cambridge: Cambridge University Press.

- Bossert, S., Schmolz, U., Wiegand, M., Junker, M., Krieg, J.C. (1992). Predictors of short-term treatment outcome in bulimia nervosa inpatients. *Behav Res Ther* 30(2):193-9.
- Calvo, R. (2002). *Anorexia y bulimia. Guía para padres, educadores y terapeutas*. Barcelona: Planeta.
- Collings, S. y King, M. (1994). Ten-year follow-up of 50 patients with bulimia nervosa. *Br J Psychiatry* 164: 80-87
- Drewnowski, A., Yee, D.K y Krahn, D.D. (1989). *Dieting and bulimia: A continuum of behaviors*. Washington D.C.: American Psychiatric Press.
- Deter, H.C. y Herzog, W. (1994). Anorexia nervosa in a long-term perspective: results of the Heidelberg-Mannheim Study. *Psychosom Med* 56(1):20-7.
- Deter, H.C., Schellberg, D., Kopp, W., Friederich, H.C. y Herzog, W. (2005). Predictability of a favorable outcome in anorexia nervosa. *Eur Psychiatry* 20(2):165-72.
- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-IV-TR*. (2000). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Diccionario terminológico de ciencias medicas* (11ª Ed.). Barcelona: Salvat.
- Eckert, E.D., Halmi, K.A., Marchi, P., Grove, W. y Crosby, R. (1995). Ten-year follow-up of anorexia nervosa: clinical course and outcome. *Psychol Med* 25(1):143-56.
- Fairburn, C.G., Norman, P.A., Welch, S.L., O'Connor, M.E., Doll, H.A. y Peveler, R.C. (1995). A prospective study of outcome in bulimia nervosa and the long-term effects of three psychological treatments. *Arch Gen Psychiatry* 52(4):304-12.
- Fallon, B.A, Walsh, B.T., Sadik, C., Saoud, J.B. y Lukasik, V. (1991). Outcome and clinical course in inpatient bulimic women: a 2- to 9-year follow-up study. *J Clin Psychiatry* 52(6):272-8.
- Fichter, M.M. y Quadflieg, N. (1997). Six-year course of bulimia nervosa. *Int J Eat Disord* 22: 361-384.
- Halmi, K.A, Eckert, E., Marchi, P., Sampugnaro, V., Apple, R. y Cohen, J. (1991). Comorbidity of psychiatric diagnoses in anorexia nervosa. *Arch Gen Psychiatry*. 48(8):712-8.
- Harris, E.C. y Barraclough, B. (1998). Excess mortality of mental disorder. *Br J Psychiatry*. 173:11-53. Review.
- Hebebrand, J., Himmelmann, G.W., Herzog, W., Herpertz-Dahlmann, B.M., Steinhausen, H.C., Amstein, M., Seidel, R., Deter, H.C., Remschmidt, H. y Schafer, H. (1997). Prediction of low body weight at long-term follow-up in acute anorexia nervosa by low body weight at referral. *Am J Psychiatry* 154(4):566-9.
- Hebebrand, J., Himmelmann, G.W., Wewetzer, C., Gutenbrunner, C., Hesecker, H., Schafer, H., y Remschmidt, H. (1996). Body weight in acute anorexia nervosa and at follow-up assessed with percentiles for the body mass index: implications of a low body weight at referral. *Int J Eat Disord* 19(4):347-57.
- Herpertz-Dahlmann, B., Muller, B., Herpertz, S., Heussen, N., Hebebrand, J. y Remschmidt, H. (2001). Prospective 10-year follow-up in adolescent anorexia nervosa--course, outcome, psychiatric comorbidity, and psychosocial adaptation. *J Child Psychol Psychiatry* 42(5):603-12.
- Herpertz-Dahlmann, B.M., Wewetzer, C., Schulz, E. y Remschmidt, H. (1996). Course and outcome in adolescent anorexia nervosa. *Int J Eat Disord* 19(4):335-45.
- Herzog, D.B., Keller, M.B., Lavori, P.W. y Sacks, N.R. (1991). The course and outcome of bulimia nervosa. *J Clin Psychiatry* 52 Suppl:4-8. Review.

- Herzog, D.B., Nussbaum, K.M. y Marmor, A.K. (1996). Comorbidity and outcome in eating disorders. *Psychiatr Clin North Am* 19(4):843-59. Review.
- Herzog, T., Hartmann, A., Sandholz, A., Stammer, H. (1991). Prognostic factors in outpatient psychotherapy of bulimia. *Psychother Psychosom* 56(1-2):48-55.
- Herzog, W., Schellberg, D. y Deter, H.C. (1997). First recovery in anorexia nervosa patients in the long-term course: a discrete-time survival analysis. *J Consult Clin Psychol* 65(1):169-77.
- Hsu, L.K. y Sobkiewicz, T.A. (1989). Bulimia nervosa: a tour to six year follow up. *Psychol Med* 19: 1035-1038.
- Hsu, L.K.G. (1987). Outcome and treatment effects. En P.J.V. Beaumont, B.D. Burrows y R.C. Casper (pp. 371-377). *Handbook of eating disorders*. Amsterdam: Elsevier.
- Hsu, L.K.G. (1990). *Eating disorders*. New York: Guilford Press.
- Johnson-Sabine, E. y Reiss, D. (1995). Bulimia Nervosa: 5-year Social Outcome and Relationship to Eating Pathology. *Int J Eat Disord* 18(2),127-133.
- Kahn, C. y Pike, K.M. (2001). In search of predictors of dropout from inpatient treatment for anorexia nervosa. *Int J Eat Disord* 30 (3): 237-244
- Keel, P.K y Mitchell, J.E. (1997). Outcome in bulimia nervosa. *Am J Psychiatry* 154: 313-321.
- Keel, P.K., Dorer, D.J., Eddy, K.T, Franko, D., Charatan, D.L. y Herzog, D.B. (2003). Predictors of mortality in eating disorders. *Arch Gen Psychiatry* 60(2):179-83.
- Keel, P.K., Mitchell, J.E., Miller, K.B., Davis, T.L. y Crow, S.J. (1999). Long-term outcome of bulimia nervosa. *Arch Gen Psychiatry* 56(1):63-9.
- Keller, M.B., Herzog, D.B., Lavori, P.W., Ott, I.L., Bradburn, I.S. y Mahoney, E.M. (1989). High rates of chronicity and rapidity of relapse in patients with bulimia nervosa and depression. *Arch Gen Psychiatry*. 46(5):480-1.
- Kreipe, R.E., Churchill, B.H. y Strauss, J. (1989). Long-term outcome of adolescents with anorexia nervosa. *Am J Dis Child*. 143(11):1322-7.
- Lopez-Seco, F. y Rodriguez-Del Toro, C. (1999). Associated factors to the cronicity in eating disorders. *Anales de Psiquiatria* 15/4:137-144
- Luca, L.P. Agras, W.S. y Schneider, J.A. (1986). Thirty month follow up of cognitive behavioral group therapy for bulimia (setter). *Br J Psychiatry* 148: 614-615.
- Nussbaum, M., Shenker, I.R., Baird, D. y Saravay, S. (1985). Follow-up investigation in patients with anorexia nervosa. *J Pediatr*. 106(5):835-40.
- Olmstead, M.P, Kaplan, A.S. y Rockert, W. (1994). Rate and prediction of relapse in bulimia nervosa. *Am J Psychiatry* 151: 738-743.
- Practice Guideline for the Treatment of Patients With Eating Disorders*. (2000). Washington D.C.: American Psychiatric Association.
- Quadflieg, N. y Fichter, M. (2003). The course and outcome of bulimia nervosa. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 12 (Suppl1): i99-i109.
- Ratnasuriya, R.H., Eisler, I., Szmukler, G.I. y Russell, G.F. (1991). Anorexia nervosa: outcome and

prognostic factors after 20 years. *Br J Psychiatry* 158:495-502.

Reas, D.L., Williamson, D.A., Martin, C.K. y Zucker, N.L. (2000). Duration of illness predicts outcome for bulimia nervosa: a long-term follow-up study. *Int J Eat Disord* 27(4):428-34.

Rossiter, E.M., Agras, W.S., Telch, C.F. y Schneider, J.A. (1993). Cluster B personality disorder characteristics predict outcome in the treatment of bulimia nervosa. *Int J Eat Disord* 13(4):349-57.

Russell, G. (1979). Bulimia nervosa: an ominous variant of anorexia nervosa. *Psychol Med* 9(3):429-48.

Seva, A. (1979). *Psiquiatría Clínica*. Barcelona: Espaxs.

Steiner, H., Mazer, C. y Litt, I.F. (1990). Compliance and outcome in anorexia nervosa. *West J Med* 153(2):133-9.

Steinhausen, H.C. (2002). The outcome of anorexia nervosa in the 20th century. *Am J Psychiatry* 159(8):1284-93.

Strober, M., Freeman, R. y Morrell, W. (1999). Atypical anorexia nervosa: separation from typical cases in course and outcome in a long-term prospective study. *Int J Eat Disord* 25(2):135-42.

Strober, M., Freeman, R., Morrell, W. (1997). The long-term course of severe anorexia nervosa in adolescents: survival analysis of recovery, relapse, and outcome predictors over 10-15 years in a prospective study. *Int J Eat Disord* 22(4):339-60.

Sullivan, P.F. (1995). Mortality in anorexia nervosa. *Am J Psychiatry* 152(7):1073-4.

Swift, W.J., Kalin, N.H., Wamboldt, F.S., Kaslow, N. y Ritholz, M. (1985). Depression in bulimia at 2- to 5-year followup. *Psychiatry Res* 16(2):111-22.

Swift, W.J., Ritholz, M., Kalin, N.H. y Kaslow, N. (1987). A follow-up study of thirty hospitalized bulimics. *Psychosom Med* 49: 45-55.

Theander, S. (1985). Outcome and prognosis in anorexia nervosa and bulimia: some results of previous investigations, compared with those of a Swedish long-term study. *J Psychiatr Res* 19(2-3):493-508.

Tierney, S. y Fox, J.R.E. (2009). Chronic anorexia nervosa: A Delphi study to explore practitioners' views. *Int J Eat Disord* 42 (1): 62-67.

Turnbull, S.J., Schmidt, U., Troop, N.A., Tiller, J., Todd, G. y Treasure, J.L. (1997). Predictors of outcome for two treatments for bulimia nervosa: short and long-term. *Int J Eat Disord* 21(1):17-22.

Yager, J., Landsverk, J. y Edelstein, C.K. (1987). A 20-month follow-up study of 628 women with eating disorders, I: course and severity. *Am J Psychiatry* 144:1172-1177.

Zipfel, S., Lowe, B., Reas, D.L., Deter, H.C. y Herzog, W. (2000). Long-term prognosis in anorexia nervosa: lessons from a 21-year follow-up study. *Lancet* 355(9205):721-2.