

## Trastorns de la conducta alimentària

Lluís Sánchez Planell  
Rosa Fernández-Valdés Marí

### Introducció

Les alteracions de la conducta alimentària com són el rebuig de la ingesta, la restricció selectiva, la voracitat i la ingesta de substàncies que no tenen valor alimentari són símptomes freqüents en nombroses patologies psiquiàtriques o en trastorns cerebrals orgànics. Aquests símptomes acostumen a aparèixer, a mantenir-se, a disminuir o a desaparèixer en relació amb el trastorn bàsic de fons. Existeixen unes condicions clíniques l'essència de les quals és precisament la presència d'alteracions de la conducta alimentària, i que apareixen en la pràctica clínica com a entitats nosològiques ben definides. Aquests trastorns de la conducta alimentària (TCA) han estat definits com «un grup de trastorns psiquiàtrics caracteritzats per alteracions en les conductes ingestives causats per la coincidència en el temps de diferents factors de risc, mantinguts i agreujats per les conseqüències biològiques, psicològiques i socials inherents al curs dels mateixos trastorns».(1) En els sistemes de classificació DSM IV(2) i CIM 10(3) es reconeixen tres tipus de TCA: anorèxia nerviosa (AN), bulímia nerviosa (BN) i trastorns de la conducta alimentària no especificats (TCANE).

### *Anorèxia nerviosa*

L'anorèxia nerviosa és un trastorn d'autoinanició la patoplasticitat de la qual ha anat canviant al llarg dels segles. Les descripcions clíniques en segles passats de casos que la medicina actual qualificaria d'anorèxia nerviosa no comportaven essencialment una fòbia ponderal ni una alteració de la imatge corporal. Com ha indicat G. Russell,(4) probablement les característiques que han persistit en les diferents presentacions es

limiten a la negació a ingerir aliments i a la negació de la malaltia. Malgrat això, durant la segona meitat del segle XX, la patoplasticitat de l'AN canvia i l'autoinanició s'estableix com una conseqüència del desig de primesa o d'una fòbia ponderal lligats a un patró estètic que ha anat imperant progressivament en les societats occidentals. Actualment, el sistema de classificació DSM IV indica els criteris diagnòstics que ha de complir una pacient (majoritàriament són dones) perquè es pugui establir el diagnòstic d'AN (taula 1).

TAULA 1  
*Criteris diagnòstics DSM IV d'anorèxia nerviosa*

- 
- A. Rebuig a mantenir el pes corporal igual o per damunt del valor mínim normal considerant l'edat i la talla (per exemple, pèrdua de pes que dona lloc a un pes inferior al 85 % del que és esperable, o fracàs a aconseguir l'augment de pes normal durant el període de creixement, que dona com a resultat un pes corporal inferior al 85 % del pes esperable).
  - B. Por intensa de guanyar pes o de convertir-se en obès, fins i tot quan es troba per sota del pes normal.
  - C. Alteració de la percepció del pes o la silueta corporals, exageració de la seva importància en l'autoavaluació o negació del perill que comporta el baix pes corporal.
  - D. En dones postpuberals, presència d'amenorrea: per exemple, absència de com a mínim tres cicles menstruals consecutius (es considera que una dona presenta amenorrea quan les seves menstruacions apareixen únicament amb tractaments hormonals, per exemple, amb l'administració d'estrògens).

*Especificació del tipus:*

Tipus restrictiu:

Durant l'episodi d'anorèxia nerviosa, l'individu no recorre regularment a afartaments o purgues (per exemple, provocació del vòmit o ús excessiu de laxants, diürètics o enemes).

Tipus compulsiu/purgatiu:

Durant l'episodi d'anorèxia nerviosa, l'individu recorre regularment a afartaments o purgues (per exemple, provocació del vòmit o ús excessiu de laxants, diürètics o enemes).

---

*Característiques clíniques de l'AN*

El símptoma fonamental de l'AN és el desig irrefrenable d'aprimar-se. Les seves conseqüències són la presència d'una notable restricció de la ingesta i un pes corporal inferior al mínim normal tenint en compte l'edat i la talla. A més a més, les pacients presenten un seguit de trastorns conductuals i psicològics entre els quals s'inclouen la hiperactivitat tant física com acadèmica o laboral, la preocupació obsessiva pel menjar, les extravagàncies dietètiques, la por intensa d'augmentar de pes, la percepció distorsionada de la imatge corporal i els símptomes depressius. També són freqüents els

símptomes d'ansietat, irritabilitat, labilitat emocional, dificultat per concentrar-se, disminució de la libido, símptomes obsessius i aïllament social. En general, tots aquests símptomes milloren paral·lelament a la recuperació ponderal.

L'amenorrea acostuma a aparèixer després d'una pèrdua ponderal moderada, tot i que en el 25 % de les pacients apareix quan hi ha una pèrdua mínima.

En funció de la presència exclusiva de restricció alimentària o en alternança amb episodis de sobreingesta i/o conductes purgatives s'han identificat dos subgrups d'AN: de tipus restrictiu i de tipus compulsivopurgatiu. En la de tipus restrictiu, la pèrdua de pes s'aconsegueix amb una ingesta progressivament menor (normalment s'inicia amb el rebuig d'aliments hipercalòrics) i/o amb la pràctica d'exercici físic extenuant. En el tipus purgatiu, les pacients es provoquen regularment el vòmit o utilitzen laxants i/o diürètics.

#### *Característiques clíniques de la BN*

En general, la BN s'inicia en el context d'una dieta restrictiva o immediatament després d'haver-la fet. En la història clínica, observem amb freqüència antecedents d'un episodi d'AN. De fet, la BN va ser definida sindròmicament per Russell el 1979(4) com una forma evolutiva de l'AN. La característica principal de la BN és que els intents de dur a terme una dieta restrictiva es veuen interromputs per la presència d'afartaments compulsius (episodis d'una gran ingesta d'aliments en un espai curt de temps i amb sensació de pèrdua de control sobre la ingesta). En la major part de casos els afartaments compulsius van seguits de conductes compensatòries com són l'autoinducció del vòmit o l'abús de laxants i/o diürètics, el dejuni i exercici físic excessiu. Igual que en l'AN, hi ha una preocupació mòrbida pel pes i les mesures corporals, tot i que la major part de les pacients (també, com en el cas de l'AN, majoritàriament dones) amb BN tenen un pes dins els límits de la normalitat.

Entre el 50 % i el 70 % de les pacients amb BN presenten alteracions de la personalitat, fonamentalment dels grups B i C. Les alteracions psicopatològiques inespecífiques més freqüents són els trastorns de l'estat d'ànim, els trastorns d'ansietat, el trastorn del control dels impulsos i el desenvolupament d'alcoholisme i drogodependències. La presència de trastorns depressius de qualsevol tipus es pot observar en la major part de les pacients bulímiques en qualsevol moment del curs clínic, amb una gran variabilitat (segons els diferents estudis) en les taxes de prevalença de depressió major (25 % - 88 %). El 60 % de les pacients bulímiques presenten trastorns d'ansietat, sobretot fòbia social, però també s'han trobat taxes elevades de trastorn obsessivocompulsiu. Les pacients multiimpulsives amb trastorn de personalitat límit o antisocial presenten conductes antisocials, autolesions, alcoholisme, drogodepen-

dència i un risc d'autòlisi elevat. Diversos estudis de morbiditat familiar han demostrat que l'alcoholisme és el diagnòstic psiquiàtric més freqüent en familiars de primer grau. En la taula 2, indiquem els criteris diagnòstics de la BN segons el DSM IV.

TAULA 2  
*Criteris diagnòstics DSM IV de bulímia nerviosa*

- 
- A. Presència d'afartaments recurrents. Un afartament es caracteritza per:
1. Ingesta d'aliment en un període curt de temps (per exemple, en un període de dues hores) en quantitat superior a la que la major part de persones ingeririen en un període de temps similar i en les mateixes circumstàncies.
  2. Sensació de pèrdua de control sobre la ingesta de l'aliment (per exemple, sensació de no poder parar de menjar o no poder controlar el tipus o la quantitat de menjar que està ingerint).
- B. Conductes compensatòries inapropiades, de manera repetida, amb l'objectiu de no guanyar pes, com són provocació del vòmit, ús excessiu de laxants, diürètics, enemes o altres fàrmacs; dejuni, i exercici excessiu.
- C. Els afartaments i les conductes compensatòries inapropiades es donen de mitjana un mínim de dues vegades a la setmana durant un període de tres mesos.
- D. L'autoavaluació està exageradament influïda pel pes i la silueta corporals.
- E. L'alteració no apareix exclusivament durant l'anorèxia nerviosa.

*Especificació del tipus:*

Tipus purgatiu:

Durant l'episodi de bulímia nerviosa, l'individu es provoca regularment el vòmit o utilitza laxants, diürètics o enemes en excés.

Tipus no purgatiu:

Durant l'episodi de bulímia nerviosa, l'individu té altres conductes compensatòries inapropiades, com ara el dejuni i l'exercici intens, però no recorre regularment a la provocació del vòmit ni utilitza laxants, diürètics o enemes en excés.

---

*Trastorns de la conducta alimentària no especificats*

Els anomenats *trastorns de la conducta alimentària no especificats* (TCANE) constitueixen una categoria diagnòstica en què s'inclouen quadres clínicament similars als trastorns específics AN i BN, però que no compleixen tots els criteris diagnòstics. Alguns exemples serien: quan es compleixen tots els criteris d'AN però sense amenorrea en el cas de les dones; quan es compleixen tots els criteris diagnòstics d'AN però, tot i que hi ha una pèrdua de pes significativa, encara es manté dins la normalitat (sobrepès previ); quan es compleixen tots els criteris de BN però els episodis són menys freqüents; quan s'incorre en conductes compensadores després de menjar petites quantitats d'aliments, quan es

mastega i s'escup gran quantitat de menjar sense empassar-se'l. Aquests quadres, de presentació freqüent, en alguns casos són formes transitòries, de manera que temps després es poden haver convertit en quadres ben definits d'AN o BN, però altres vegades es mantenen com a síndromes incomplets sense que això comporti que siguin més benignes. En els sistemes de classificació actuals l'afartament compulsiu s'inclou en aquesta categoria diagnòstica (taula 3).

TAULA 3

*Criteris diagnòstics DSM IV de trastorn de la conducta alimentària no especificat*

La categoria de trastorn de la conducta alimentària no especificat es refereix als trastorns de la conducta alimentària que no compleixen els criteris per a cap trastorn de la conducta alimentària específic. Alguns exemples són:

1. En dones, es compleixen tots els criteris diagnòstics per a l'anorèxia nerviosa, però les menstruacions són regulars.
2. Es compleixen tots els criteris diagnòstics per a l'anorèxia nerviosa excepte que, tot i haver-hi una pèrdua de pes significativa, el pes de l'individu és dins els límits de la normalitat.
3. Es compleixen tots els criteris per a la bulímia nerviosa, amb l'excepció que els afartaments i les conductes compensatòries inapropiades apareixen menys de dues vegades per setmana o durant menys de tres mesos.
4. Utilització regular de conductes compensatòries inapropiades després d'ingerir petites quantitats de menjar un individu de pes normal (per exemple, provocar-se el vòmit després d'haver menjat dues galetes).
5. Mastegar i expulsar, però no empassar-se, quantitats importants de menjar.
6. Afartament compulsiu: trastorn que es caracteritza per afartaments recurrents en absència de la conducta compensatòria inapropiada típica de la bulímia nerviosa.

#### *Característiques clíniques del binge eating disorder (afartament compulsiu)*

L'afartament compulsiu es caracteritza per la presència d'afartaments de menjar recurrents que no van acompanyats de les estratègies compensatòries típiques de la BN, com són la inducció del vòmit i l'abús de laxants i/o diürètics (taula 3). A més de no presentar conductes compensatòries orientades a evitar l'augment ponderal, aquest trastorn presenta diverses característiques que el diferencien de la resta de trastorns de la conducta alimentària. Per exemple, afecta un grup d'edat superior, l'afectació segons el sexe no és tan diferent (un 25 % són homes) i els afartaments acostumen a tenir lloc en el context d'una tendència general a la sobreingesta més que a la restricció dietètica. A més, hi ha una taxa elevada de remissió espontània.

En la revisió de la bibliografia feta per Devlin(5) s'ha arribat a la conclusió que la major part de les dades disponibles ens porten a pensar que l'afartament compulsiu és

substancialment diferent de la BN. L'afartament compulsiu està fortament associat a l'obesitat però cal tenir en compte que no tots els pacients obesos tenen aquest trastorn i, de fet, aquests dos grups de pacients amb obesitat són clarament diferents. Diversos estudis han observat diferències significatives tant en els patrons de personalitat (taxa més alta de personalitat multiimpulsiva en obesos amb afartament compulsiu) com en les característiques clíniques. A grans trets, es pot afirmar que els obesos amb afartament compulsiu presenten més comorbiditat i una pitjor adaptació que els obesos sense aquest trastorn i, per tant, l'orientació terapèutica també és diferent.

#### *Dismòrfia muscular (o vigorèxia)*

Aquest trastorn es caracteritza per la presència d'una preocupació excessiva per la idea que el cos no és prou musculós.<sup>(6)</sup> És característic que la persona dediqui moltes hores a fer exercicis de musculació i molta atenció a la dieta. Aquesta preocupació pel volum corporal produeix malestar i deteriorament significatius, i la persona continua amb l'exercici, la dieta o l'ús de substàncies ergogèniques encara que en conegui els efectes adversos. També és freqüent que la persona deixi de fer altres activitats importants per una necessitat compulsiva de mantenir un horari d'exercicis i dietes, i evita situacions en què hagi d'exposar el seu cos, i si l'exposa, és amb un marcat malestar i amb ansietat. La preocupació més important i les conductes relacionades se centren en la feblesa o musculatura inadequada, i d'aquesta manera es diferencia de la por d'estar gras pròpia de l'anorèxia nerviosa o d'altres preocupacions sobre l'aparença física pròpies del trastorn dismòrfic corporal.

Cal tenir en compte que, tot i ser trastorns diferenciats, l'anorèxia nerviosa i la vigorèxia tenen molts punts en comú: una preocupació obsessiva per la bàscula, una autoimatge distorsionada, baixa autoestima, tendència a la introversió, tendència a l'automedicació, edat d'aparició similar i modificacions en la dieta. D'altra banda, les diferències bàsiques entre ambdós trastorns es basen en el fet que en l'anorèxia la persona es percep com a obesa, mentre que en la vigorèxia es percep com a dèbil o feble; l'anorèxia és molt més freqüent en dones que en homes i la vigorèxia, en homes. La tendència a l'automedicació és similar, però en l'anorèxia la persona acostuma a abusar de laxants i diürètics, mentre que en la vigorèxia la persona abusa d'anabolitzants.

#### **Aspectes epidemiològics**

Durant les últimes dècades, molts estudis epidemiològics han presentat resultats coincidents pel que fa a l'augment de la incidència i prevalença dels TCA, però amb es-

timacions que varien significativament. De fet, algunes xifres publicades han dut alguns mitjans de comunicació i alguns clínics a qualificar els TCA d'«epidèmia». Algunes causes de la disparitat dels resultats poden ser: variacions en les mostres utilitzades, disseny de l'estudi, instruments (punts de tall diferents en els qüestionaris), possibles variacions en la definició de cas i no hem d'oblidar que són estudis centrats a detectar la presència d'un trastorn que és negat amb freqüència pels afectats. Actualment, es considera que l'estudi en dues fases és el més adequat per a detectar casos en la comunitat. La primera fase és de cribratge mitjançant qüestionaris auto-administrats, la segona fase és d'avaluació mitjançant una entrevista clínica als subjectes de risc, és a dir, amb una puntuació per damunt del punt de tall del qüestionari autoadministrat. Alguns estudis de doble fase poden oferir resultats que subestimen la prevalença en no detectar falsos negatius perquè no entrevista de manera aleatòria participants que puntuen per sota del punt de tall.

Els resultats dels estudis de doble fase fets a Catalunya i a l'Estat espanyol s'indiquen en les taules 4 i 5. Podem comprovar que en dones entre 12 i 21 anys la prevalença d'AN és 0,14 % - 0,9 %, la de BN és 0,41 % - 2,9 % i la de TCANE és de 2,76 % - 5,3 %, i la xifra global de prevalença és d'un 4 % - 6,4 %. Respecte dels nois adolescents, hi ha menys estudis disponibles, les dades d'AN són d'un 0,0 %, de BN d'un 0 - 3,6 % i de TCANE d'un 0,5 % - 0,7 %, amb una prevalença total d'un 0,6 % - 0,9 %. Els resultats dels estudis epidemiològics catalans i espanyols són similars als obtinguts en altres països del món occidental. També hi ha acord general que les xifres de prevalença de TCA als països del que entenem per Tercer Món són persistentment baixes.

Els estudis sobre incidència dels TCA i sobre canvis seculars en aquesta incidència ofereixen resultats aparentment contradictoris amb l'experiència clínica. En una revisió de dades epidemiològiques comunitàries obtingudes entre el 1935 i el 1984 Lucas *et al.*(7) van indicar que la taxa d'incidència anual havia augmentat especialment en els anys vuitanta. Mentre que en dones amb més de 20 anys les taxes d'incidència es van mantenir constants, la incidència en dones entre 15 i 19 anys és la que realment va augmentar.

Hoek *et al.*(8) no van detectar cap tendència a l'augment en la incidència d'AN durant els cinc anys que va durar l'estudi, però sí en la de BN (que es va arribar a multiplicar per tres entre el 1988 i el 1993).

Els millors estudis no han demostrat que es pugui parlar d'una epidèmia de TCA. Actualment, es pot afirmar que l'AN i la BN romanen estables, però les estructures atípiques de les dues formes clíniques estan augmentant.

TAULA 4  
 Estudis sobre prevalença de TCA en dones adolescents a Espanya

Estudi	N	Edat (anys)	AN (%)	BN (%)	TCANE (%)	TCA total (%)
Madrid, 1997 G. Morandé i J. Casas	723	15	0,69	1,24	2,76	4,69
Zaragoza, 1996 P. Ruiz <i>et al.</i>	2.193	12-18	0,14	0,55	3,83	4,52
Navarra, 2000 M. Pérez-Gaspas <i>et al.</i>	2.862	12-21	0,31	0,77	3,07	4,15
Reus, 2008 M. Olesti <i>et al.</i>	551	12-21	0,90	2,90	5,30	9,10

TCA: trastorns de la conducta alimentària  
 N: nre. de casos de la mostra  
 AN: anorèxia nerviosa

BN: bulímia nerviosa  
 TCANE: TCA no especificats

TAULA 5  
 Estudis sobre prevalença de TCA en dones i homes adolescents a Espanya

Estudi	N	Edat (anys)	AN (%)	BN (%)	TCANE (%)	TCA total (%)
Madrid, 1999 G. Morandé <i>et al.</i>	1.314	15	0,69-0,00	1,24-0,36	2,76-0,54	3,04 4,70 0,90
València, 2003 L. Rojo <i>et al.</i>	544	12-18	0,45-0,00	0,41-0,00	4,71-0,77	2,91 5,56 0,77
Ciudad Real, 2005 T. Rodríguez Cano <i>et al.</i>	1.766	12-15	0,17-0,00	1,38-0,00	4,86-0,60	3,71 6,41 0,60
Osona, 2006 F. Arrufat	2.280	14-16	0,35-0,00	0,44-0,09	2,70-0,18	1,90 3,49 0,27
Madrid, 2007 M. A. Peláez <i>et al.</i>	1.545	12-21	0,33-0,00	2,29-0,16	2,72-0,48	3,43 5,34 0,64

TCA: trastorns de la conducta alimentària  
 N: nre. de casos de la mostra  
 AN: anorèxia nerviosa

BN: bulímia nerviosa  
 TCANE: TCA no especificats



## Curs i evolució dels TCA

Durant la segona meitat del segle xx van aparèixer moltes publicacions sobre el curs i l'evolució dels trastorns de la conducta alimentària (TCA) amb la intenció de millorar el coneixement sobre l'evolució, el pronòstic i l'etiologia d'aquests trastorns. Aquests estudis etiològics es basen en models multifactorials que intenten descriure els diversos determinants i factors de risc que interactuen fins al desenvolupament de la patologia. Les principals limitacions metodològiques que presenten les va identificar Hsu(9) i posteriorment Steinhausen(10) en una revisió d'estudis fets entre el 1953 i el 1989. Entre els principals problemes metodològics cal destacar: *a)* informació insuficient sobre aspectes clínics durant el seguiment i al final d'aquest, i manca d'acord previ sobre el que es considera una bona o mala evolució; *b)* la durada heterogènia i, a vegades, inadequada del seguiment provoca resultats diferents i de difícil interpretació, atès que són trastorns que tendeixen a cronificar-se i presenten un patró evolutiu inestable; *c)* mètodes indirectes de recollida d'informació (entrevistes telefòniques o per correu) que són molt menys fiables que l'entrevista personal; *d)* manca de consens en la presentació de les dades, i *e)* diferents criteris diagnòstics proposats pels principals sistemes de classificació al llarg del temps: DSM III,(11) DSM III R,(12) DSM IV,(2) i CIM 10.(3) En els darrers anys han sorgit nous estudis evolutius sobre TCA en què ja s'han resolt algunes de les antigues limitacions metodològiques.

### *Inestabilitat diagnòstica dels TCA*

Un estudi comunitari dut a terme amb població australiana i que ha analitzat el curs natural a llarg termini dels TCA(13) indica que els TCA tendeixen a millorar amb el temps fins a nivells subclínic; aproximadament un 75 % de les dones presenten una evolució favorable, però menys de la meitat arriben a ser asintomàtiques, independentment del grup de TCA a què pertanyin.

Diferents estudis en què s'especifica el tractament utilitzat i en què també es considera l'evolució a mitjà termini (és a dir, amb un seguiment de més de dos anys posterior a la intervenció) presenten percentatges de millora similars situats per damunt del 60 %,(14, 15) encara que es considera que en totes les categories diagnòstiques (AN, BN, TCANE) és poc habitual (13 %) una remissió estable.(16) Les pacients amb anorèxia nerviosa presenten recaigudes en un 36 % dels casos i les bulímiques, en un 35 % dels casos.(15)

Diversos estudis han examinat el flux entre diferents TCA i, en general, es pot afirmar que, a banda de la baixa taxa de remissió general, és característic dels TCA una baixa

estabilitat diagnòstica. Alguns autors(16) indiquen que només una tercera part aproximadament dels subjectes mantenen el diagnòstic original al cap de dos anys i mig. En aquest mateix estudi, es va observar que, un cop excloses les pacients que ja no presentaven TCA en una o en les dues avaluacions que es feien durant el seguiment, en més de la meitat dels casos (53 %) de la mostra en conjunt es produïa un canvi de diagnòstic en alguna de les dues avaluacions. En analitzar els canvis de diagnòstic més freqüents, aquests autors van concloure que el diagnòstic més estable era l'AN (el 48 % retenia el diagnòstic en ambdós seguiments), seguit de la BN (27 %) i el TCANE, que va resultar el diagnòstic menys estable (només el 10 % de les pacients amb aquest diagnòstic a l'inici de l'estudi el conservaven en les dues avaluacions del seguiment). També es va observar que les pacients anorèxiques evolucionaven cap a BN en un 20 % dels casos, mentre que les bulímiques evolucionaven cap a AN en només un 9 % dels casos.

S'ha observat que a mitjà i llarg termini hi ha més pacients que canvien d'AN i d'afartament compulsiu a BN que a la inversa. En canvi, no s'observen canvis d'AN a afartament compulsiu ni d'afartament compulsiu a AN.(17)

A grans trets, es considera que l'AN presenta una pitjor evolució a llarg termini que la BN i l'afartament compulsiu. De fet, l'AN resta clarament diferenciada de l'afartament compulsiu; en canvi, la BN i l'afartament compulsiu tenen grans similituds tant en la clínica com en l'evolució i el pronòstic, i això fa pensar que hi ha punts en comú en els factors de manteniment en l'àmbit biològic i psicològic entre les dues condicions clíniques.

### *Evolució de l'AN*

Els estudis evolutius en AN més recents ofereixen dades de seguiment de més de cinc anys en poblacions clíniques i població general. Un estudi fet amb cohorts de bessones finlandeses(18) va indicar que la taxa de recuperació de l'AN al cap de cinc anys era del 66,8 %. Només la meitat dels casos d'aquest estudi havien estat detectats pel sistema sanitari, però la taxa de recuperació va ser similar en els detectats i els no detectats (61,8 % vs. 68,4 %) i, posteriorment, continuaven millorant, amb què es podia concloure que la recuperació en aquest trastorn és possible. Altres estudis amb poblacions clíniques indiquen que, a grans trets, les AN que han sobreviscut durant els primers sis anys de seguiment mostren una millora substancial durant la teràpia, una estabilització dels símptomes durant els dos anys posteriors al tractament i una millora que continua des dels tres anys fins als sis anys de seguiment.(19) Estudis longitudinals prospectius amb pacients AN amb seguiments d'entre deu i dotze anys

mostren que entre el 60 %<sup>(20)</sup> i el 69 %<sup>(21)</sup> mostraven una recuperació completa, encara que les pacients recuperades encara mostraven actituds patològiques en comparació amb dones sanes.<sup>(20)</sup>

#### *Taxa de mortalitat en AN*

L'AN presenta la taxa de mortalitat més alta de tots els trastorns psiquiàtrics.<sup>(22)</sup> La taxa de mortalitat d'AN augmenta a mesura que ho fa el període de seguiment i, en aquest sentit, en una revisió de la taxa de mortalitat estandarditzada en deu estudis de cohorts<sup>(23)</sup> es van indicar xifres que oscil·laven entre 1,36 i 17,8. Estudis més recents ofereixen dades molt discordants de mortalitat en AN des de l'1,2 % amb un seguiment de més de nou anys de durada<sup>(24)</sup> fins al 8,8 % observat en un estudi de dotze anys de seguiment.

Els estudis indiquen que les causes de la mortalitat en AN no estan directament relacionades amb el pes i que, de fet, hi ha més morts per suïcidi i altres causes desconegudes. La taxa de suïcidi en AN és clarament elevada en comparació amb la població general, per exemple, segons l'estudi de Sullivan,<sup>(25)</sup> en què la taxa de suïcidi en AN era 200 vegades més elevada que en la població general. Els estudis basats en poblacions d'AN adultes hospitalitzades situen la taxa de mortalitat deguda a suïcidi entre un 0 % i un 5,3 %<sup>(26)</sup> i no es diferencia gaire de les xifres trobades en les adolescents hospitalitzades. No hi ha diferències importants respecte a les dades relatives a pacients amb AN en règim ambulatori; diferents estudis longitudinals indiquen que la mortalitat per causa de suïcidi oscil·la entre el 2,4 % i el 4,8 %. En definitiva, les diferents revisions apunten que el suïcidi és una causa de mort habitual en AN.

#### *Evolució de la BN*

Els estudis de seguiment prospectiu del curs natural de la BN a cinc anys mostren que la probabilitat de remissió en BN és del 74 %, encara que amb presència de simptomatologia residual i la probabilitat de recaiguda del 47 %.<sup>(27)</sup> Un estudi d'evolució en pacients tractades de BN va obtenir percentatges similars sis anys després del tractament: el 71 % no complia cap criteri de TCA; el 59 % presentava una bona evolució; el 29,4 %, una evolució intermèdia; el 9,6 %, mala evolució, i la taxa de mortalitat va ser de l'1,1 %.<sup>(28)</sup> En el seguiment d'aquestes mateixes pacients dotze anys després del tractament, es va observar que el 70 % no presentaven TCA, el 13 % presentaven TCANE, el 10 %, BN i el 2 % havia mort.

### *Taxa de mortalitat en BN*

La presència de morts a causa de suïcidi en BN és notablement més baixa que en AN(29); van trobar una taxa de mortalitat del 0,3 % en una mostra de 2.194 pacients amb BN, i una taxa de mortalitat a causa de suïcidi del 0,1 %. Diversos estudis a llarg termini no han trobat cap mort en BN a causa de suïcidi.(30-32)

Pel que fa a les temptatives de suïcidi, la major part d'estudis no mostren diferències significatives entre pacients diagnosticades d'AN i de BN. Encara que tenint en compte l'heterogeneïtat de la BN, és probable que el subgrup de pacients amb bulímia multiimpulsiva presenti una taxa d'intents autolítics superior a la presentada per la resta de pacients amb TCA.

### *Evolució dels TCANE*

Els pacients amb afartament compulsiu presenten molta psicopatologia comòrbida, malgrat que se sap ben poc sobre la relació entre la comorbiditat i les característiques del TCA o la resposta que té al tractament. Tot i que la presència de patologia de personalitat no predeïa el resultat del tractament, es va veure que la presència de patologia de personalitat del grup B predeïa més probabilitat de presència d'afartament compulsiu un any després del tractament.(33) D'altra banda, s'ha observat que els pacients que tenen una resposta ràpida al tractament, és a dir, una reducció d'un 70 % dels afartaments abans de la quarta setmana de tractament, aconsegueixen amb més probabilitat una remissió del trastorn.(34)

Les dades que tenim sobre l'evolució del TCANE són similars a les obtingudes en BN. El seguiment prospectiu del curs natural del TCANE durant cinc anys mostra que la probabilitat de remissió va ser del 83 % i la probabilitat de recaiguda, del 42 %.(27)

### *Factors de pronòstic en TCA*

Diversos estudis evolutius han intentat identificar factors de pronòstic en l'àmbit clínic i psicosocial amb resultats contradictoris en alguns casos.

### *Factors de pronòstic en AN*

La revisió de Steinhausen(10) sobre 119 estudis d'evolució que s'han fet els darrers cinquanta anys en AN indica que els resultats són força heterogenis. La major part

d'estudis indica que si la durada dels símptomes abans del tractament és curta, hi ha més probabilitat d'evolució favorable. Una altra característica de bon pronòstic clarament acceptada per diferents estudis és l'existència d'una bona relació paternofamiliar. Determinades característiques del trastorn estan relacionades amb una mala evolució: presència de vòmits i altres conductes de purga, episodis bulímics i cronicitat. En canvi, no s'ha arribat a conclusions definitives respecte a l'efecte d'una gran pèrdua de pes a l'inici o a la presència d'hiperactivitat.

Un dels indicadors més importants de mala evolució en l'AN és la presència de psicopatologia comòrbita com ara depressió, trastorns d'ansietat, fòbies i trastorns de la personalitat.(35, 36)

Steinhausen *et al.*(36) indiquen que la presència de psicopatologia en els pares (alcoholisme, o història familiar d'AN) s'associa a una pitjor evolució en les pacients, cosa que podria indicar tant una vulnerabilitat genètica com un entorn generador d'estrès i, per tant, d'un curs més desfavorable.

Malgrat que diversos estudis indiquen que la durada del tractament en hospitalització completa és irrellevant en el pronòstic de l'AN,(10) alguns autors afirmen que una durada molt llarga d'aquesta mena de tractament prediu una pitjor evolució del trastorn a llarg termini. També s'ha observat que la impulsivitat, un factor important en el pronòstic de la BN, és també un factor de risc significatiu en AN.(20)

#### *Factors de pronòstic en BN*

S'han estudiat moltes variables que poden tenir efectes negatius en el pronòstic de la BN. Alguns estudis apunten que la presència de trastorn en la imatge corporal i una pitjor funció psicosocial contribueixen a un risc més alt de recaiguda.(15)

S'han estudiat variables parentals com a factors predictius d'evolució en pacients amb BN i s'ha observat que la presència de depressió en les mares d'aquestes pacients està associada a una mala evolució a llarg termini.(37)

Els resultats són contradictoris pel que fa a la freqüència de trastorn límit de la personalitat (TLP) en BN i l'impacte en la patologia alimentària i en la seva evolució. Un estudi recent(38) indica que la presència de TLP no implica més gravetat en la patologia alimentària, però sí més psicopatologia general. Malgrat això, les pacients amb BN, amb TLP i sense, mostren una evolució similar durant el tractament.

### *Evolució dels TCA en relació amb els trastorns de la personalitat*

Els trets de personalitat poden tenir un efecte negatiu en la resposta al tractament i augmentar el risc de mala evolució en pacients amb TCA, però, tot i aquesta idea general, la veritat és que calen predictors de l'evolució en aquest tipus de pacients. Respecte a les pacients amb AN, les dades són força consistents i hi ha un consens general en la idea que una determinada patologia de la personalitat, concretament patologia de tipus obsessivocompulsiu representa un factor clar de mal pronòstic.(39) Tot i que s'han trobat alguns predictors en l'AN, se sap molt menys sobre els de la BN. La major part d'estudis que avaluaven les disfuncions de l'Eix II van mostrar que els trastorns del grup B i, més concretament, el trastorn límit de la personalitat podien empitjorar l'evolució del quadre alimentari en pacients bulímiques.(40) La pràctica i la recerca clínica indiquen que els trastorns de la personalitat estan associats a una pitjor evolució a llarg termini en les pacients amb BN,(41) però alguns autors han indicat que el curs natural de la BN no es veu influenciat de manera significativa per la presència o la gravetat de trastorns de la personalitat.(42, 27) Cal, però, tenir en compte que els símptomes dels TCA i dels trastorns de la personalitat poden arribar a ser difícils de distingir, fins i tot alguns autors afirmen que els trastorns de personalitat tendeixen a desaparèixer amb la millora de la patologia alimentària,(43) cosa que aniria en contra de la mateixa definició de trastorn de la personalitat, en què, teòricament, és permanent en el temps.

### **Prevenició dels TCA**

La prevenició és un àmbit de recerca relativament nou en els trastorns de la conducta alimentària. La prevenició primària es refereix a programes i polítiques orientats a disminuir la incidència del trastorn en un gran nombre de població mitjançant la reducció de l'exposició a factors de risc i millorant l'exposició a factors de protecció o de resiliència. Per a establir mesures de prevenició primària és fonamental identificar quines són les exposicions que poden afectar i avaluar l'impacte que tenen en el risc que comporta per a l'individu i la població.

Hi ha quatre tipus bàsics d'intervencions de prevenició primària específiques en els TCA: psicoeducatives, avaluació crítica dels mitjans (*media literacy*), tècniques d'inducció i dissonància, i intervencions centrades en l'eliminació dels factors de risc dels TCA i a enfortir qui els pot patir.

Hi ha dos tipus d'intervenció que poden ser complementaris i es defineixen per a qui van adreçades. D'una banda, l'estratègia poblacional, que és de tipus general i va dirigida a tota la població per disminuir-ne el risc. De l'altra, l'estratègia d'alt risc és de tipus individual i va adreçada a les persones que ho poden necessitar més, perquè són més vulnerables o perquè estan exposades a determinats factors de risc. En el cas dels TCA, els grups de risc estan determinats per l'edat (adolescència), pel sexe (ser dona), i pel fet de participar en activitats de risc (models, esportistes d'elit...).

Quan parlem de prevenció secundària ens referim tant a la prevenció selectiva, per a grups que es troben en un alt risc de desenvolupar el trastorn, com a la prevenció indicada, adreçada a individus que ja pateixen un nivell lleu de símptomes, per a aconseguir reduir la taxa de trastorns plenament establerts. La prevenció secundària es basa així en una identificació i intervenció el més precoç possible.

Els treballs inicials sobre TCA es basaven en la comparació de mostres clíniques (amb TCA) i subjectes sense patologia alimentària. Respecte a la prevenció, aquestes comparacions dutes a terme en estudis transversals van portar a la detecció de certs factors associats a l'aparició de patologia alimentària que donaven molta importància a determinades alteracions personals i familiars. En canvi, els dissenys dels estudis han anat evolucionant cap a estudis prospectius comunitaris per tal d'identificar els factors de risc que apareixen abans que el TCA i que poden predir-ne l'evolució. Amb aquests nous dissenys s'ha vist que moltes de les variables individuals i familiars tenen molt poc valor predictiu. L'únic factor que es manté de manera consistent com a predictiu d'un futur desenvolupament dels TCA és la preocupació pel pes i la presència de símptomes de trastorn de la conducta alimentària.

Els estudis moderns sobre factors de risc en TCA s'han centrat a explorar els processos socials que poden intervenir en el desenvolupament d'aquestes patologies. De fet, s'estan construint programes orientats a la prevenció primària, de manera que cal desenvolupar intervencions per disminuir les crítiques o burles de companys o pares referides a un excés de pes suposat o real, i per controlar i modificar la política de la publicitat en els mitjans de comunicació. Pel que fa a la prevenció secundària, la investigació prospectiva ha generat mesures per identificar i disminuir les preocupacions precoces pel pes en nens i adolescents, atès que sembla que estan relacionades amb una aparició posterior de pautes de trastorn de la conducta alimentària.

Diferents estudis referents a la prevenció en trastorns de la conducta alimentària han arribat a diverses conclusions. Per exemple, se sap que els programes que ofereixen millors resultats són els que tenen les característiques següents: són selectius, engloben diverses sessions, i s'ofereixen només a dones.

## Tractament

Entre els objectius del tractament dels trastorns de la conducta alimentària s'inclouen la normalització de l'estat nutritiu, la identificació i resolució dels elements psicosocials del trastorn i la reinstauració de patrons alimentaris saludables.

### *Tractament de l'AN*

Una bona orientació terapèutica hauria de considerar els pressupòsits següents: *a)* el tractament que s'instaura precoçment millora el pronòstic de manera important; *b)* el tractament ha de tendir a complir els criteris de curació, que, bàsicament, són: manteniment d'un pes idoni, desaparició de les alteracions psicopatològiques i reparació i regularització dels cicles menstruals; *c)* l'augment ponderal és un objectiu prioritari, atès que l'evidència clínica demostra que la major part de les alteracions psicopatològiques estan directament relacionades amb l'estat de desnutrició i milloren amb l'augment de pes, i *d)* en la major part de casos el tractament de la pacient s'ha de complementar amb teràpia familiar.

Un cop s'han normalitzat els hàbits dietètics i el pes es manté en uns límits acceptables, acostumen a millorar els símptomes depressius, els pensaments obsessius centrats en el pes, i en l'alimentació, i els trastorns conductuals. Les intervencions psicoterapèutiques són poc eficaces en les fases més greus de la malaltia, ja que les pacients desnodrides i amb baix pes es mostren poc inclinades a la psicoteràpia i tot just s'observaran canvis cognitius si no es produeix una recuperació ponderal. Actualment, hi ha un acord general a considerar que la psicoteràpia d'orientació cognitivo-conductual és probablement el millor mètode de tractament psicològic.

El tractament farmacològic en l'AN està indicat com a coadjuvant del tractament cognitivoconductual i per als símptomes psiquiàtrics associats en funció de la gravetat, sobretot la depressió i el trastorn obsessivocompulsiu. Tot i que alguns estudis indiquen que el tractament psicofarmacològic i, concretament, els inhibidors selectius de la recaptació de serotonina sembla que no són eficaços en pacients desnodrides i amb baix pes a causa de la disminució de la concentració de serotonina a l'espai sinàptic,<sup>(44)</sup> hi ha estudis que han indicat que la fluoxetina en pacients que ja han normalitzat el pes pot ser eficaç, atès que disminueix la probabilitat de recaigudes.<sup>(45)</sup>

Els criteris d'hospitalització completa són: estat biològic que impliqui risc de complicacions previsiblement greus: ingestió nul·la d'aliments i, especialment, de líquids, IMC < 14, freqüència cardíaca < 40-45, potassi < 4, hematèmesi, rectorràgies; símp-



tomes depressius importants amb risc de suïcidi; conductes autolesives importants; altres trastorns psiquiàtrics que dificultin el tractament; negativa del pacient a seguir les normes del tractament ambulatori; manca de recuperació ponderal malgrat que aparentment es compleixin les pautes establertes; trastorns conductuals o conflictes familiars no controlables ambulatòriament. Es consideren criteris d'atenció mèdica urgent: pèrdua de pes superior al 50 % en els últims mesos, convulsions, deshidratació, diselectrolitèmia greu, alteracions hepàtiques o renals, pancreatitis, arítmia cardíaca greu, presència de síncope, hematèmesi greu i dilatació gàstrica aguda.

L'hospital de dia és un dispositiu assistencial imprescindible en qualsevol programa terapèutic dels TCA. En aquells casos en què el tractament ambulatori no ha comportat una recuperació adequada, o després d'una hospitalització completa, l'hospital de dia permet, sense separar el pacient totalment del seu medi, un tractament psicològic integral, i una normalització de les conductes alimentàries. En molts casos, aquest tipus d'hospitalització és de llarga durada però la relació cost-eficàcia és sempre favorable.

#### *Tractament de la BN*

Els objectius principals del tractament són: *a)* la restauració d'un patró alimentari normal amb eliminació del cicle perpetuador vòmits-afartaments; *b)* la correcció dels patrons cognitius i de les alteracions emocionals que mantenen el trastorn conductual alimentari; *c)* el tractament de les possibles complicacions mèdiques; *d)* el tractament de la comorbiditat psiquiàtrica, i *e)* la prevenció de possibles recaigudes. Per a la consecució d'aquests objectius s'han utilitzat diverses tècniques terapèutiques: consell nutricional, tècniques psicoterapèutiques (fonamentalment d'orientació cognitivoconductual) i tractaments farmacològics. La farmacoteràpia no s'ha de plantejar com a tractament de primera elecció, exceptuant les pacients amb símptomes afectius greus. El tractament psicològic és, en la major part dels casos, el més apropiat per al trastorn, i la farmacoteràpia s'utilitza quan no es produeix una millora simptomàtica.

La gran prevalença de trastorns afectius en pacients bulímiques ha fet que la investigació del tractament farmacològic s'hagi centrat en els fàrmacs antidepressius. Diversos estudis controlats ofereixen les conclusions següents: *a)* els fàrmacs antidepressius es mostren més eficaços que el placebo en el control a curt termini dels episodis bulímics; *b)* la taxa mitjana de disminució d'afartaments és del 50 %, la major part de pacients no arriben a ser asimptomàtiques al final del tractament; *c)* la capacitat de disminuir els episodis bulímics no està limitada a un sol grup d'antidepressius i és

compartida per fàrmacs amb diferents mecanismes d'acció, i d) la millora dels símptomes bulímics no es relaciona significativament amb la presència de trastorns afectius. La millora similar en pacients sense símptomes depressius valorables i en pacients que presenten un trastorn afectiu clar indica que l'acció antibulímica és independent de l'acció antidepressiva.

En la pràctica clínica, malgrat que hi ha una efectivitat similar entre els diferents tractaments antidepressius en la BN, l'elecció terapèutica s'ha decantat en els darrers anys pels inhibidors selectius de la recaptació de serotonina (ISRS). La fluoxetina és l'únic d'aquests medicaments que s'ha estudiat de manera controlada en la BN. S'ha demostrat que la dosi de 20 mg/dia no és superior al placebo en el control dels símptomes i que només s'aconsegueixen diferències significatives quan s'utilitzen dosis de 60 mg/dia. D'aquesta manera, s'aconsegueix una reducció d'un 67 % dels afartaments davant del 33 % del placebo. La tolerància d'aquestes dosis és força bona i la taxa d'abandonaments per efectes adversos és molt baixa.<sup>(46)</sup> Si amb aquest tractament no s'aconsegueixen resultats favorables s'ha demostrat que el topiramát, fàrmac anti-convulsivant, també és eficaç.

En un enfocament integral del tractament dels TCA, l'abordatge familiar constitueix un element terapèutic fonamental i això és particularment rellevant en relació amb els pares de pacients joves, però també amb la parella de pacients adultes. Aquesta mena d'intervenció s'ha d'establir durant el tractament ambulatori, però també durant la possible hospitalització, que sovint es viu de manera traumàtica o, a vegades, ambivalent amb possible culpabilització. Per mitjà de la intervenció familiar s'aborden, entre d'altres, aspectes psicoeducatius relacionats amb l'alimentació, es consoliden o es corregeixen pautes educatives generals que poden influir en el trastorn, es proporciona suport emocional per a un procés gairebé sempre llarg, i es tracta la conflictivitat dins la família i les seves interaccions patògenes.

## Referències bibliogràfiques

- (1) TORO, J.; CASTRO, J.; IDIÁQUEZ, I.; SAN JOSÉ SANZ, L. «Detecció i orientacions terapèutiques en els trastorns de la conducta alimentària». *Quaderns de la Bona Praxi*, núm. 19 (2005), p. 4-18.
- (2) AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM IV)*. Washington, DC: American Psychiatric Association, 1994.

- (3) ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. *Décima revisión de la clasificación internacional de las enfermedades. Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico*. Madrid: Meditor, 1992.
- (4) RUSSELL, G. F. M. «Bulimia nervosa: an ominous variant of anorexia nervosa». *Psychol. Med.*, vol. 9 (1979), p. 429-488.
- (5) DEVLIN, J. D.; GOLDFEIN, J. A.; DOBROW, I. «What is this thing called BED? Current status of binge eating disorder nosology». *Int. J. Eat. Disord.*, vol. 34 (supl.) (2003), p. S2-S18.
- (6) POPE, H. G.; PHILLIPS, K. A.; OLIVARDIA, R. *The Adonis complex*. Nova York: Touchstone, 2002.
- (7) LUCAS, A. L.; BEARD, C. R.; O'FALLON, W. M.; KURLAND, L. T. «50 years trends in the incidence of anorexia nervosa in Rochester, Minn: a population-based study». *Am. J. Psychiatry*, vol. 148, núm. 7 (1991), p. 917-922.
- (8) HOEK, H. W.; BARTELDIS, A. I.; BOSVELD, J. J.; VAN DER GRAAF, Y.; LIMPENS, V. E.; MAIWALD, M. [et al.]. «Impact of urbanization on detection rates of eating disorders». *Am. J. Psychiatry*, vol. 152, núm. 9 (1995), p. 1272-1278.
- (9) HSU, L. K. G. «Critique of follow-up studies». A: HALMI, K. A. [dir.]. *Psychology and treatment of anorexia nervosa*. Washington, DC: American Psychiatric Press, 1992.
- (10) STEINHAUSEN, H. C. «The outcome of anorexia nervosa in the 20th century». *Am. J. Psychiatry*, vol. 159 (2002), p. 1284-93.
- (11) AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM III)*. Washington, DC: American Psychiatric Association, 1980.
- (12) AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM III R)*. Washington, DC: American Psychiatric Association, 1987.
- (13) WADE, T. D.; BERGIN, J. L.; TIGGERMANN, M.; BULIK, C. M.; FAIRBURN, C. G. «Prevalence and long-term course of lifetime eating disorders in an adult Australian twin cohort». *Aust. N. Z. J. Psychiatry*, vol. 40, núm. 2 (2006), p. 121-128.
- (14) VRABEL, K. R.; ROSENINGE, J. H.; HOFFART, A.; MARTINSEN, E. W.; RØ, O. «The course of illness following inpatient treatment of adults with longstanding eating disorders: a 5-year follow-up». *Int. J. Eat. Disord.*, vol. 40, núm. 3 (2008), p. 224-232.
- (15) KEEL, P. K.; DORER, D. J.; FRANKO, D. L.; JACKSON, S. C.; HERZOG, D. B. «Postremission predictors of relapse in women with eating disorders». *Am. J. Psychiatry*, vol. 162, núm. 12 (2005), p. 2263-2288.
- (16) MILOS, G.; SPINDLER, A.; SCHNYDER, U.; FAIRBURN, C. G. «Instability of eating disorder diagnoses: prospective study». *Br. J. Psychiatry*, vol. 187 (2005), p. 573-578.
- (17) FICHTER, M. M.; QUADFLIEG, N. «Longterm stability of eating disorder diagnoses». *Int. J. Eat. Disord.*, vol. 40 (supl.) (2007), p. S61-S66.

- (18) KESKI-RAHKKONEN, A.; HOEK, H. W.; SUSSER, E. S.; LINNA, M. S.; SIHVOLA, E.; RAEVUORI, A. [et al.]. «Epidemiology and course of anorexia nervosa in the community». *Am. J. Psychiatry*, vol. 164, núm. 8 (2007), p. 1259-65.
- (19) FICHTER, M. M.; QUADFLIEG, N. «Six-year course and outcome of anorexia nervosa». *Int. J. Eat. Disord.*, vol. 26, núm. 4 (1999), p. 359-389.
- (20) FICHTER, M. M.; QUADFLIEG, N.; HEDLUNG, S. «Twelve-year course and outcome predictors of anorexia nervosa». *Int. J. Eat. Disord.*, vol. 39, núm. 2 (2006), p. 87-100.
- (21) HERPETZ-DAHLMANN, B.; MÜLLER, B.; HERPETZ, S.; HEUSSEN, N.; HEBEBRAND, J.; REMSCHMIDT, H. «Prospective 10-year follow-up in adolescent anorexia nervosa –course, outcome, psychiatric, comorbidity, and psychosocial adaptation». *J. Child. Psychol. Psychiatry*, vol. 42, núm. 5 (2001), p. 603-612.
- (22) SULLIVAN, P. F. «Course and outcome of anorexia nervosa and bulimia nervosa». A: FAIRBURN, C. G.; BROWNELL, K. D. (ed.). *Eating disorders and obesity: A comprehensive handbook*. 2a ed. Nova York: The Guilford Press, 2002. p. 226-232.
- (23) NIELSEN, S.; MØLLER-MADSEN, S.; ISAGER, T.; JØRGENSEN, J.; PAGSBERG, K.; THEANDER, S. «Standardized mortality in eating disorders –a quantitative summary of previously published and new evidence». *J. Psychosom. Res.*, vol. 44 (1998), p. 413-434.
- (24) HJERN, A.; LINDBERG, L.; LINDBLAD, F. «Outcome and prognostic factors for adolescent female in-patients with anorexia nervosa: 9-to 14-year follow-up». *Br. J. Psychiatry*, vol. 189 (2006), p. 428-432.
- (25) SULLIVAN, P. F. «Mortality in anorexia nervosa». *Am. J. Psychiatry*, vol. 152, núm. 7 (1995), p. 1073-1074.
- (26) MØLLER-MADSEN, S.; NYSTRUP, J.; NIELSEN, S. «Mortality in anorexia nervosa in Denmark during the period 1970-1987». *Acta Psychiatr. Scand.*, vol. 94, núm. 6 (1996), p. 454-459.
- (27) GRILO, C. M.; PAGANO, M. E.; SKODOL, A. E.; SANISLOW, C. A.; MCGLASHAN, T. H.; GUNDERSON, J. G. [et al.]. «Natural course of bulimia nervosa and of eating disorder not otherwise specified: 5-year prospective study of remissions, relapses, and the effects of personality disorder psychopathology». *J. Clin. Psychiatry*, vol. 68, núm. 5 (2007), p. 738-747.
- (28) FICHTER, M. M.; QUADFLIEG, N. «Six-year course of bulimia nervosa». *Int. J. Eat. Disord.*, vol. 22, núm. 4 (1997), p. 361-384.
- (29) KEEL, P. K.; MITCHELL, J. E. «Outcome in bulimia nervosa». *Am. J. Psychiatry*, vol. 154, núm. 3 (1997), p. 313-321.
- (30) FAIRBURN, C. G.; STICE, E.; COOPER, Z.; DOLL, H. A.; NORMAN, P. A.; O'CONNOR, M. E. «Understanding persistence in bulimia nervosa: a 5-year naturalistic study». *J. Consult. Clin. Psychol.*, vol. 7, núm. 11 (2003), p. 103-109.

- (31) FICHTER, M. M.; QUADFLIEG, N. «Six-year course and outcome of anorexia nervosa». *Int. J. Eat. Disord.*, vol. 26, núm. 4 (1999), p. 359-385.
- (32) KEEL, P. K.; MITCHELL, J. E.; MILLER, K. B.; DAVIS, T. L.; CROW, S. J. «Long-term outcome of bulimia nervosa». *Arch. Gen. Psychiatry*, vol. 56, núm. 1 (1999), p. 63-69.
- (33) WILFLEY, D. E.; FRIEDMAN, M. A.; DOUNCHIS, J. Z.; STEIN, R. I.; WELCH, R. R.; BALL, S. A. «Comorbid psychopathology in binge eating disorder. Relation to eating disorder severity at baseline and following treatment». *J. Consult. Clin. Psychol.*, vol. 68, núm. 4 (2000), p. 641-649.
- (34) GRILO, C. M.; MASHEB, R. M. «Rapid response predicts binge eating and weight loss in binge eating disorder: findings from a controlled trial of orlistat guided self-help cognitive behavioral therapy». *Behav. Res. Ther.*, vol. 45, núm. 11 (2007), p. 2537-2550.
- (35) HERPETZ-DAHLMANN, B. M.; WEWETZER, C.; SCHULZ, E.; REMSCHMIDT, H. «Course and outcome in adolescent anorexia nervosa». *Int. J. Eat. Disord.*, vol. 19, núm. 4 (1996), p. 335-345.
- (36) STEINHAUSEN, H. C.; GRIGOROIU-SERBANESCU, M.; BOYADJIEVA, S.; NEWMÄRKER, K. J.; WINKLER METZKE, C. «Course and predictors of rehospitalization in adolescent anorexia nervosa in a multisite study». *Int. J. Eat. Disord.*, vol. 41, núm. 1 (2008), p. 29-36.
- (37) ARIKIAN, A.; KEEL, P. K.; MILLER, K. B.; THURAS, P.; MITCHELL, J. E.; CROW, S. J. «Parental psychopathology as a predictor of long term outcome in bulimia nervosa patients». *Eat. Disord.*, vol. 16, núm. 1 (2008), p. 30-39.
- (38) ZEECK, A.; BIRINDELLI, E.; SANDHOLZ, A.; JOOS, A.; HERZOG, T.; HARTMANN, A. «Symptom severity and treatment course of bulimic patients with and without a borderline personality disorder». *Eur. Eat. Rev.*, vol. 15, núm. 6 (2007): 430-438.
- (39) STROBER, M.; FREEMAN, R.; MORRELL, W. «The long-term course of severe anorexia in adolescents: survival analysis of recovery, relapse, and outcome predictors over 10-15 years in a prospective study». *Int. J. Eat. Disord.*, vol. 22, núm. 4 (1997), p. 339-360.
- (40) HERZOG, D. B.; DORER, D. J.; KEEL, P. K.; SELWYN, S. E.; EKEBLAD, E. R.; FLORES, A. T. [et al.]. «Recovery and relapse in anorexia and bulimia nervosa: a 7,5 year follow-up study». *J. Am. Acad. Child. Adolesc. Psychiatry*, vol. 38, núm. 7 (1999), p. 829-837.
- (41) STEIGER, H.; STOTLAND, S. «Prospective study of outcome in bulimics as a function of Axis-II comorbidity: long-term responses on eating and psychiatric symptoms». *Int. J. Eat. Disord.*, vol. 20, núm. 2 (1996), p. 149-161.
- (42) GRILO, C. M.; SANISLOW, C. A.; SHEA, M. T.; SKODOL, A. E.; STOUT, R. L.; PAGANO, M. E. [et al.]. «The natural course of bulimia nervosa and eating disorder not otherwise specified is not influenced by personality disorders». *Int. J. Eat. Disord.*, vol. 34, núm. 3 (2003), p. 319-320.

- (43) RØ, O.; MARTINSEN, E. W.; HOFFART, A.; ROSENVINGE, J. «Two-year prospective study of personality disorders in adults with longstanding eating disorder». *Int. J. Eat. Disord.*, vol. 37, núm. 2 (2005), p. 112-118.
- (44) FERGUSON, C.; LA VIA, M.; CROSSAN, P.; KAYE, W. «Are serotonin selective reuptake inhibitors effective in underweight anorexia nervosa?» *Int. J. Eat. Disord.*, vol. 25, núm. 1 (1999), p. 11-17.
- (45) KAYE, W. H.; NAGATA, T.; WELTZIN, T. E.; HSU, L. K. G.; SOKOL, M. S.; MCCONAHA, C.; PLOTNICOR, K. H. [*et al.*]. «Double-blind placebo-controlled administration of fluoxetine in restricting and restricting-purging type anorexia nervosa». *Biol. Psychiatry*, vol. 49, núm. 7 (2001), p. 644-652.
- (46) FLUOXETINE BULIMIA NERVOSA COLLABORATIVE STUDY GROUP. «A multicenter, placebo-controlled, double blind trial. Fluoxetine in the treatment of bulimia nervosa». *Arch. Gen. Psychiatry*, vol. 49, núm. 2 (1992), p. 139-147.