



FACULTAD DE MEDICINA  
UNIVERSIDAD DE CANTABRIA

## **GRADO EN MEDICINA**

### **TRABAJO FIN DE GRADO**

**ESTUDIO LONGITUDINAL A LARGO PLAZO DE EVALUACIÓN  
CLÍNICA DE UNA MUESTRA DE PACIENTES CON ANOREXIA  
NERVIOSA TRAS SU PRIMER EPISODIO.**

**LONG-TERM LONGITUDINAL STUDY ASSESSING CLINICAL  
OUTCOMES IN A SAMPLE OF PATIENTS WITH ANOREXIA  
NERVOSA FOLLOWING THEIR FIRST EPISODE.**

**Autor/a: Paula Solana Gómez**

**Director/es: José Andrés Gómez Del Barrio**

**Santander, mayo 2023**

## ÍNDICE

RESUMEN.....	2
ABSTRACT .....	3
INTRODUCCIÓN .....	4
• DEFINICIÓN ANOREXIA NERVIOSA.....	4
• EPIDEMIOLOGÍA.....	6
• ETIOLOGÍA Y FACTORES DE RIESGO.....	6
• COMORBILIDADES PSIQUIÁTRICAS Y NO PSIQUIÁTRICAS .....	7
• TRATAMIENTO Y PRONÓSTICO .....	8
OBJETIVOS .....	10
HIPÓTESIS .....	10
METODOLOGÍA.....	11
RESULTADOS.....	13
DISCUSIÓN .....	22
CONCLUSIONES.....	25
AGRADECIMIENTOS .....	26
BIBLIOGRAFÍA .....	27

## RESUMEN

**Introducción.** La Anorexia Nerviosa es un Trastornos de Conducta Alimentaria (TCA) que está asociado a una gran morbilidad y mortalidad, existiendo una alta probabilidad de desarrollar complicaciones somáticas y psiquiátricas.

**Objetivos.** Evaluar a largo plazo la tasa de recuperación y abandono del tratamiento en pacientes con anorexia nerviosa, así como la tasa de mortalidad a los 10 años del primer contacto con la unidad. Además de analizar cambios en el diagnóstico, comorbilidad psiquiátrica y utilización de recursos de salud mental.

**Metodología.** Participaron 87 pacientes diagnosticados de Anorexia Nerviosa que de forma consecutiva iniciaron tratamiento por primera vez en la unidad de TCA. Se revisaron los historiales médicos para comprobar los datos. Se les realizó una consulta para objetivar su estado actual y se evaluó su gravedad y sintomatología mediante el cuestionario EDE-Q.

**Resultados.** En un seguimiento de 10 años, el 72,5% de los pacientes se recuperó por completo. Los no recuperados tienen mayor comorbilidad psiquiátrica y tasas más altas de hospitalización en comparación con los recuperados. Las tasas de abandono no fueron significativas para la recuperación.

**Conclusión.** La anorexia nerviosa es una enfermedad que requiere una investigación continua para abordar sus diversas formas y características clínicas, con el objetivo de mejorar su enfoque y manejo clínico.

**Palabras clave:** *Trastorno de Conducta Alimentaria, anorexia nerviosa, estudio a largo plazo*

## **ABSTRACT**

**Introduction.** Anorexia Nervosa is an Eating Disorder (ED) associated with high morbidity and mortality, with a high probability of developing somatic and psychiatric complications.

**Objectives.** Evaluate the long-term recovery and abandonment rate of treatment in patients with anorexia nervosa, as well as the mortality rate 10 years after their first contact with the unit. In addition to changes in diagnosis, psychiatric comorbidity and use of mental health resources.

**Methodology.** The participants were 87 patients diagnosed with Anorexia Nervosa who consecutively began treatment for the first time in an eating disorders unit. The medical records of the patients included in the study were reviewed to verify the data. A face-to-face or telephone consultation was conducted to objectively assess their current state, and the severity and symptomatology of the patients were evaluated using the EDE-Q questionnaire.

**Results.** In the course of a 10-year-follow-up, 72,5% of the patients were found to have fully recovered from AN. Non-recovered individuals had higher rates of psychiatric comorbidity and hospitalization compared to the recovered group. Dropout rates were not significant for recovery.

**Conclusion.** Anorexia nervosa is a disease that requires ongoing research to address its various forms and clinical features, with the aim of improving its clinical approach and management.

**Key words:** *Eating Disorders, anorexia nervosa, longitudinal study*

## INTRODUCCIÓN

Los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) son considerados enfermedades psiquiátricas severas marcadas por una alteración en el comportamiento respecto a la alimentación que conllevan un deterioro significativo de la salud física y del funcionamiento cognitivo, emocional y social, además de una elevada tasa de morbilidad y mortalidad.

Estos trastornos se caracterizan por una serie de presentaciones clínicas que han sido clasificadas en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM), la herramienta más utilizada en el ámbito de la salud mental. En su última edición, publicada en 2013 bajo la denominación DSM-5, se describen la anorexia nerviosa (AN), la bulimia nerviosa (BN), el trastorno por atracón (TA), la pica, el trastorno por rumiación y el trastorno por evitación/restricción de alimento.

Además, existen otras formas "atípicas" de TCA en las que predomina los síntomas característicos de una de las entidades anteriores pero no cumple con los criterios completos y se conocen como TCA "especificados" donde se incluyen la AN, la BN y el TA atípicos, las purgas y el síndrome de alimentación nocturna. Por último se encuentra una categoría de TCA "no especificados" (TCANE) que agrupa aquellos trastornos en los que se cumplen características de uno de los trastornos anteriores pero que no hay suficiente información disponible para hacer un diagnóstico más preciso. (1)

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), los TCA suelen aparecer durante la adolescencia y son más frecuentes en mujeres. Aunque se suele asociar la anorexia y la bulimia nerviosa con mujeres jóvenes, investigaciones recientes han mostrado que otras patologías alimentarias, como el trastorno por atracón, pueden ser igualmente comunes en ambos sexos. (2)

En Europa, la prevalencia estimada en las mujeres de la anorexia nerviosa es de un 1-4 %, la de la bulimia nerviosa es del 1-2 % y la del trastorno por atracón del 1-4 %. En los varones, la prevalencia de los TCA es del 0,3-0,7 %. (3)

Esta es similar de la que se registró en 2019 en España, con una prevalencia de TCA en la población joven que osciló entre el 0,14% y el 0,9% para la anorexia nerviosa, entre el 0,41% y el 2,9% para la bulimia nerviosa y entre el 2,76% y el 5,3% para los trastornos no especificados (TCANE). (4) A pesar de esto, estos datos deben ser interpretados con cautela ya que hay que tener en cuenta la heterogeneidad de los resultados y la variedad de herramientas utilizadas para su medición.

- **DEFINICIÓN ANOREXIA NERVIOSA.**

Una de las patologías más frecuentes dentro de los TCA y en la que nos vamos a centrar en este trabajo es la anorexia nerviosa. Este trastorno se caracteriza por una restricción alimentaria progresiva y severa, junto con un miedo intenso a ganar peso o a engordar, todo ello unido a una alteración de la imagen corporal con una mala interpretación del peso y la silueta.

El núcleo central de la Anorexia nerviosa es la búsqueda persistente por la delgadez, que se percibe como un ideal de belleza y de aceptación social (5). Para lograr esto, se utilizan diferentes conductas de purga como vómitos, laxantes, diuréticos y enemas, así como un aumento excesivo del ejercicio físico y reducción de la ingesta de alimentos. El problema radica en que estas conductas se vuelven egosintónicas, lo que implica que la persona está cómoda con ellas y experimenta dificultades para cambiar su comportamiento. Es decir, cuando la persona logra perder peso, se siente motivada para seguir adelante con sus conductas restrictivas, y esto puede llevar a un círculo vicioso que empeora la situación.

Los criterios que ofrece el DSM – 5 para el diagnóstico de la anorexia nerviosa se presentan a continuación:

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

Encontramos dos tipos:

- **Tipo restrictivo:** durante los tres últimos meses no ha habido episodios recurrentes de atracones o purgas. Pérdida de peso por dieta, el ayuno y/o ejercicio excesivo.
- **Tipo con atracones/purgas:** durante los tres últimos meses, ha habido episodios recurrentes de atracones o purgas (es decir, vómito autoprovocado o utilización incorrecta de laxantes, diuréticos o enemas).

Otro aspecto de gran importancia a considerar en el diagnóstico de este trastorno de la conducta alimentaria es especificar la gravedad actual definida mediante el Índice de Masa Corporal (IMC), siendo:

- Leve:  $IMC \geq 17 \text{ kg/m}^2$
- Moderado:  $IMC 16 - 16.99 \text{ kg/m}^2$
- Grave:  $IMC 15 - 15.99 \text{ kg/m}^2$
- Extremo:  $IMC < 15 \text{ kg/m}^2$

- **EPIDEMIOLOGÍA**

La anorexia nerviosa es un trastorno que suele aparecer durante la adolescencia, aunque también puede ocurrir en la pre-pubertad o la edad adulta. En general, la edad en la que se presenta la anorexia nerviosa oscila entre los 13 y 20 años, con un pico de casos bimodal entre los 13-14 años y los 17-18 años, pudiendo perdurar hasta la vida adulta (6).

Se estima una prevalencia de alrededor del 0,4-1% de las mujeres jóvenes. Este trastorno es más común en el género femenino y en la población clínica se observa una proporción de casos entre mujeres y hombres de alrededor de 10 mujeres por cada hombre.

En cuanto a la mortalidad, la anorexia nerviosa es uno de los trastornos psiquiátricos con tasas de mortalidad más altas, el segundo en prevalencia por detrás del abuso de opiáceos entre la población joven (7).

La principal causa de mortalidad es debido a las complicaciones médicas relacionadas con la desnutrición, sobre todo las alteraciones cardíacas e hidroelectrolíticas, pero es importante señalar que la segunda causa de mortalidad son los suicidios. Se estima que entre el 20 y el 43% de las personas que sufren de anorexia nerviosa experimentan pensamientos suicidas, lo cual es un porcentaje significativamente más alto que la población general. Este riesgo de suicidio aumenta cuando la anorexia nerviosa coexiste con otro tipo de trastornos psicológicos, especialmente la depresión. (8)

- **ETIOLOGÍA Y FACTORES DE RIESGO**

Por otra parte, es un trastorno complejo que presenta múltiples causas, y su desarrollo puede ser influenciado por diversos factores psicológicos, biológicos y socioculturales. Estos factores interactúan entre sí para crear una vulnerabilidad en la persona a desarrollar el trastorno. Algunas personas pueden tener una predisposición genética o psicológica a desarrollar la anorexia nerviosa, mientras que otros pueden ser influenciados por factores sociales como la presión de la cultura de la delgadez. Además, estos factores pueden actuar como mantenedores durante el desarrollo de la enfermedad, lo que significa que pueden prolongar o empeorar los síntomas de la anorexia nerviosa una vez que se ha desarrollado.

Es importante resaltar la influencia que tienen la infancia y adolescencia en el crecimiento y desarrollo de una persona, especialmente en términos emocionales, sociales y cognitivos. Un desarrollo inadecuado durante estas etapas puede tener un impacto significativo en la salud mental de la persona y podría incluso ser un factor que contribuya al desarrollo de trastornos alimentarios (9).

Actualmente se desconoce en qué medida influyen cada uno de ellos en el desarrollo de la enfermedad ya que no es sencillo establecer relaciones causales en este tipo de patología.

La DMS-5 destaca tres conjuntos de factores de riesgo y pronóstico como son:

- **Factores temperamentales.** Las personas que presentan trastornos de ansiedad o rasgos obsesivos durante la infancia tienen un mayor riesgo de desarrollar anorexia nerviosa en el futuro.
  - **Ambientales.** La variabilidad en la prevalencia de la anorexia nerviosa a lo largo de la historia y en diferentes culturas sugiere que existe una relación entre la valoración de la delgadez en cada sociedad y la aparición del trastorno. Además, se ha observado que ciertas profesiones y aficiones que promueven la delgadez, como ser modelo o deportista de élite, están asociadas con un mayor riesgo de desarrollar la enfermedad.
  - **Genéticos y fisiológicos.** Los familiares de primer grado de personas con trastornos de la conducta alimentaria, como la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa, tienen un mayor riesgo de presentar estos trastornos. También se ha observado que hay un mayor riesgo de trastornos depresivos y bipolares entre los familiares de primer grado de personas con anorexia nerviosa, especialmente en aquellos con el tipo de atracones/purgas. Además, los gemelos monocigóticos tienen una concordancia significativamente mayor para la anorexia nerviosa que los gemelos dicigóticos. Las técnicas de imágenes funcionales, como la resonancia magnética funcional y la tomografía de emisión de positrones, han revelado anomalías cerebrales en personas con este trastorno, aunque no está claro si estos hallazgos reflejan alteraciones asociadas a la desnutrición o anomalías primarias asociadas al trastorno. (1)
- **COMORBILIDADES PSIQUIÁTRICAS Y NO PSIQUIÁTRICAS**

Los trastornos psiquiátricos son comunes durante la fase aguda de los trastornos alimentarios. En adolescentes con anorexia nerviosa se ha observado una alta prevalencia de comorbilidades psiquiátricas, siendo la depresión y los trastornos de ansiedad los más frecuentes en este grupo de edad.

Los trastornos de ansiedad, depresivos y bipolares concurren frecuentemente con la anorexia nerviosa. Algunos individuos pueden experimentar síntomas ansiosos o trastornos de ansiedad antes del inicio del trastorno de la conducta alimentaria. También se ha observado una mayor incidencia de trastornos obsesivos-compulsivos, especialmente en aquellos que presentan anorexia de tipo restrictivo. El trastorno por abuso de alcohol y otros trastornos por consumo de sustancias también pueden ser comórbidos, especialmente en el tipo con atracones /purgas. (1)

A su vez, las conductas restrictivas o purgativas asociadas a este trastorno pueden provocar diversas complicaciones médicas como consecuencia de la inanición, entre las que se incluyen: trastornos en la piel, el cabello y las uñas, así como fragilidad ósea y úlceras por presión. También pueden aparecer problemas gastrointestinales, pérdida de masa muscular y disminución de la fuerza. Además, estos trastornos pueden generar enfermedades hepáticas, enfermedades pulmonares o a nivel renal, complicaciones cardiovasculares

como miocardiopatías, arritmias con riesgo de muerte súbita o prolapso de la válvula mitral, entre otras.

Es fundamental realizar una evaluación médica exhaustiva en los trastornos de la conducta alimentaria debido a las posibles complicaciones médicas graves que pueden surgir. Esto incluye una revisión detallada de la historia clínica, un examen físico completo y pruebas de laboratorio específicas para identificar y evaluar las complicaciones médicas potenciales. (10)

- **TRATAMIENTO Y PRONÓSTICO**

El tratamiento estándar implica rehabilitación nutricional y psicoterapia, y se puede plantear en cuatro fases. La primera fase se enfoca en la recuperación del equilibrio orgánico y el tratamiento de las manifestaciones psicopatológicas. En la siguiente fase se aborda el tratamiento de los problemas psicológicos y se trabaja con el grupo familiar. Después de esto, se busca un reajuste del paciente en su grupo familiar y entorno social. Finalmente, se enfoca en la prevención de recaídas y en el seguimiento de la recuperación alcanzada.

Es recomendable establecer un plan de tratamiento global que incluya la hospitalización, siempre que sea necesario, así como psicoterapia individual y familiar con enfoques cognitivos, conductuales e interpersonales. La decisión de hospitalizar a un paciente se basa en su situación médica y en las infraestructuras necesarias para garantizar la cooperación del paciente. En general, se recomienda que los pacientes con un peso inferior al 20% del esperado para su altura sean hospitalizados. (10)

La evolución de la anorexia nerviosa (AN) puede variar significativamente, desde la recuperación total después del primer tratamiento y la evolución fluctuante de aumentos de peso y recaídas, hasta una evolución gradualmente degenerativa.

Keel y Brown (2010) recopilaron varios estudios sobre la evolución y pronóstico a largo plazo de los trastornos alimentarios en un artículo publicado en ese año. En esta revisión se compararon los datos obtenidos y se observó una tasa de remisión temprana relativamente baja, aproximadamente del 20% al 30% a corto plazo, pero que aumentaba a casi el 70% al 80% después de ocho o más años de seguimiento. Sin embargo, se vio que alrededor del 10% al 20% de los pacientes tendían a una evolución crónica. En varios estudios se reportaron tasas de mortalidad bruta desde el 0% hasta el 8%, con una tasa de mortalidad acumulada del 2,8% (9 muertes de 318 pacientes con un seguimiento medio de 11 años), siendo estas más bajas que las reportadas anteriormente. La disminución de la tasa se relacionó con mejoras en la atención médica de los pacientes o con una selección de fuentes con pacientes menos graves. (11)

En un estudio más reciente, Herpertz-Dahlmann et al. (2018), examinó a 68 pacientes 7,5 años (rango: 4,5-11,5 años) después del ingreso en tres hospitales universitarios alemanes. Aproximadamente el 41 % de los participantes tuvo un buen resultado, mientras que el 35 % y el 24 % tuvieron resultados intermedios y deficientes, respectivamente. En este estudio se vio que un mayor peso al ingreso fue el único indicador positivo significativo del resultado (12).

Otro estudio de seguimiento a largo plazo publicado en 2020 en The British Journal of Psychiatry realizó un seguimiento de 30 años. Entre los participantes, el 19% tenía un trastorno alimentario diagnosticado (6% anorexia nerviosa, 2% trastorno por atracón, y 11% otro trastorno alimentario especificado), mientras que el 38% presentaba otros diagnósticos psiquiátricos. El 64% de los participantes se había recuperado completamente de los síntomas del trastorno alimentario, lo que significa que no habían presentado ningún criterio de trastorno alimentario durante 6 meses consecutivos. Durante los 30 años de seguimiento, los participantes experimentaron un trastorno alimentario durante un promedio de 10 años, y el 23% no recibió tratamiento psiquiátrico.

Los resultados favorables se relacionaron con una edad más avanzada en el momento de la aparición del trastorno alimentario en individuos con anorexia nerviosa de inicio en la adolescencia y perfeccionismo premórbido. Este estudio de seguimiento a largo plazo examinó el curso de la AN iniciada en la adolescencia y reveló resultados alentadores en términos de mortalidad y recuperación completa de los síntomas. Sin embargo, una de cada cinco personas presentaba un trastorno crónico de la conducta alimentaria. (13)

En uno de sus últimos artículos publicados en The Lancet, la psiquiatra británica especializada en investigación y tratamiento de los trastornos alimentarios Janet Treasure subrayó la urgencia de llevar a cabo estudios longitudinales prospectivos con capacidad para evaluar la interacción de una amplia variedad de factores de riesgo (biológicos, ambientales y psicológicos) en la predicción del inicio o evolución de los trastornos alimentarios. Hasta la fecha, solo un puñado de estudios han intentado seguir este enfoque. (14)

Con respecto al contexto español, pocos son los estudios actualizados que hemos encontrado que aborden dichas características. Uno de los más recientes fue publicado en 2021 a manos de la doctora Ana Piñar Gutierrez, endocrinóloga en el hospital Virgen del Rocío (Sevilla). Se realizó un estudio observacional descriptivo en el que se incluyeron pacientes con diagnóstico de SE-DE (anorexia nerviosa y bulimia nerviosa) atendidos en el servicio de Endocrinología y Nutrición del Hospital Universitario Virgen del Rocío entre 2014 y 2019. Se realizó un seguimiento medio de 9 años. En él se vio que los TCA cronificados tenían más alta tasa de complicaciones físicas y comorbilidad psiquiátrica. Además se vio que los pacientes con AN presentaron más tasa de problemas endocrinológicos (osteoporosis o hipogonadismo hipogonadotropo), así como un IMC más bajo. (15)

Otro de los estudios fue realizado en el Servicio de Psiquiatría y Psicología Infanto-Juvenil del Hospital Clínic de Barcelona entre 1987 y 1993. La media de años desde el primer contacto con la unidad fue de 22 años (rango 17-29 años). Los resultados fueron parecidos a los otros estudios. Un 66% de las pacientes se habían recuperado por completo de la AN, mientras que el 34% presentaban algún trastorno alimentario en el seguimiento de entre los cuales un 8% mostraba remisión parcial. También se observó que un 70% de los pacientes no recuperados presentaban comorbilidad psiquiátrica. Por último, detectaron que la variable que mejor predijo la remisión completa fue el número de años sin tratamiento, mostrando la importancia de la detección y la intervención temprana. (16)

## **OBJETIVOS**

- Evaluar a largo plazo la tasa de recuperación y abandonos del tratamiento.
- Objetivar la tasa de mortalidad tras diez años tras el primer contacto con la unidad de tratamiento especializada.
- Observar los cambios en el diagnóstico al cabo del tiempo.
- Medir el grado de comorbilidad psiquiátrica y el tipo de diagnóstico.
- Estudiar el grado de utilización de los recursos de salud mental a lo largo del tiempo.

## **HIPÓTESIS**

- A largo plazo la mayoría de los pacientes con AN estarán recuperados clínicamente.
- A largo plazo, un porcentaje similar al encontrado en otros estudios de los pacientes habrán abandonado el tratamiento y seguimiento en la unidad.
- Durante estos años un porcentaje pequeño de pacientes habrán necesitado ingresos tanto a nivel parcial como total.

## **METODOLOGÍA**

En el presente trabajo se llevó a cabo una revisión de las historias clínicas de 90 pacientes que habían sido diagnosticados con anorexia nerviosa entre los años 2010 y 2012. Estos pacientes fueron incluidos previamente en el ensayo DETECTA, habiendo otorgado su consentimiento informado para la inclusión en el proyecto. Y eran pacientes que acudieron de forma consecutiva, sin selección previa.

El objetivo principal era conocer el estado actual de estos pacientes, determinando si continuaban en tratamiento, si presentaban otro diagnóstico diferente o si estaban recuperados totalmente. Se buscaron diagnósticos psiquiátricos realizados durante este período, así como el número de ingresos, tanto en hospital de día como en hospitalización total, y la asistencia a urgencias por motivos psiquiátricos.

La entrevista clínica fue realizada por los psiquiatras de la unidad basándose en la entrevista clínica (M.I.N.I (Sheehan DV et al, 1998). Para evaluar la existencia de algún diagnóstico psiquiátrico actual incluido los TCA, pero aplicando posteriormente los criterios del DSM-5. También se aplicó la escala de impresión clínica global (ICG)

El criterio utilizado para medir evolución-outcome fue el propuesto por Bardone-Cone et al. (2010) Incluye tres componentes:

- Presencia de un peso sano (IMC > 18.5)
- Ausencia de conductas patológicas (Atracones, purgas, ejercicio compulsivo, ayuno)
- Unos niveles de psicopatología alimentaria comparables a la población sana, medidos con la escala EDE-q , referidos a los últimos tres meses.

Se prestó especial atención al posible abandono del seguimiento, es decir, si los pacientes dejaron de acudir a consultas sin haber sido dados de alta o haber mostrado mejoría clínica.

Por otro lado, se citó a los pacientes a una consulta presencial con el objetivo de comprobar su estado clínico actual (diagnóstico de TCA y comorbilidad psiquiátrica), ver el tiempo de enfermedad (duración de los episodios en cuanto a tiempo y número de consultas)

También se comprobó si precisaron ingresos totales o parciales tanto en la unidad especializada como en la de agudos general y si acudieron a urgencias por algún motivo psiquiátrico. Dentro de ello se evaluó si hubo intentos autolíticos y si hubo mortalidad.

Además, se midió y pesó a los pacientes para evaluar su Índice de Masa Corporal (IMC).

Aquellos pacientes que no pudieron acudir a la consulta presencial se les envió un cuestionario para evaluar su sintomatología alimentaria, así como el consentimiento informado y se les entrevistó telefónicamente. El motivo de no poder acudir fue habitualmente logístico (residir fuera de la comunidad, obligaciones familiares o laborales). Se revisaron sus historiales médicos para comprobar los datos.

Los pacientes firmaron un consentimiento informado acerca de las características del estudio previamente aprobado por el comité de ética de Cantabria.

Paralelamente a este estudio se ha realizado una revisión bibliográfica de la literatura disponible en PubMed en relación con la etiología, prevalencia, clasificación, características y comorbilidades de la Anorexia Nerviosa.

### **Cuestionario EDEQ**

Se administró el cuestionario EDE-Q (Eating Disorder Examination Questionnaire) en versión española (S-EDE-Q). Se trata de un cuestionario de autoinforme con 38 ítems que evalúa comportamientos, actitudes y sentimientos relacionados con la alimentación y la imagen corporal en los últimos 28 días. Los ítems se dividen en 4 subescalas: restricción alimentaria, preocupación por la alimentación, preocupación por el peso y preocupación por la figura. El formato de respuesta de estos ítems es una escala tipo Likert de 7 puntos (0: nunca; 6: todos los días). La puntuación global es la media de las puntuaciones de las cuatro subescalas (19).

Las puntuaciones de las subescalas y las globales reflejan la gravedad de la psicopatología del trastorno alimentario. Para obtener las puntuaciones de las subescalas, se suman las calificaciones de los ítems relevantes y se dividen por el número total de ítems que la conforman. La puntuación "global" es la media de las cuatro subescalas. Una puntuación mayor o igual a 2 orienta sobre un posible TCA, de mayor gravedad cuanto mayor sea esta (20) (21).

### **Análisis de datos estadístico**

La distribución normal se probó mediante una prueba de Kolmogorov-Smirnov e inspecciones visuales de histogramas para ver si se distribuía normalmente.

Las diferencias entre los grupos se analizaron utilizando pruebas t no pareadas para datos paramétricos o pruebas de Mann-Whitney para datos no paramétricos. Para las variables categóricas se utilizaron pruebas de chi-cuadrado

Todas las pruebas fueron de dos colas y se realizaron al 5% de nivel de significación estadística. Todos los análisis se realizaron con el paquete de software estadístico SPSS versión 22.

## RESULTADOS

La muestra general de la que se parte son 90 pacientes con un diagnóstico de anorexia nerviosa restrictiva o purgativa o anorexia nerviosa atípica que acudieron de forma consecutiva a recibir su primer tratamiento para su trastorno y estaban en su primer episodio (sin periodos de recuperación desde el inicio de la enfermedad). Estos fueron reevaluados a largo plazo (entre 11 y 13 años tras la primera evaluación).

En primer lugar obtenemos los datos de esta muestra inicial de entre los cuales se analizaron la edad, el IMC inicial, tiempo sin tratamiento en meses y el sexo. Además del diagnóstico al comienzo del estudio.

Podemos observar los datos obtenidos en la Tabla 1. donde se puede ver un predominio en la muestra de mujeres adolescentes con un IMC inferior al adecuado y con un diagnóstico de AN restrictiva en su mayoría.

<b>Muestra inicial</b>	
<i>(N=90)</i>	
<b>Edad</b> (Media $\pm$ SD)	24,17 $\pm$ 9,62
<b>IMC</b> (Media $\pm$ SD)	18,35 $\pm$ 2,98
<b>Tiempo sin tratamiento en meses</b> (Media $\pm$ SD)	19,91 $\pm$ 20,13
<b>Sexo (%)</b>	
Hombre	13,8
Mujer	86,2
<b>Dgx ampliado (%)</b>	
AN restrictiva	58,6
AN purgativa	10,3
EDNOSAN	31,10

**Tabla 1.** Descripción general de la muestra inicial.

## Muestra actual

De la muestra inicial de 90 pacientes se excluyeron 2 pacientes debido a comprobarse que en realidad no eran un TCA (existencia de problemas médicos que descartaron la presencia de un TCA). Asimismo, se excluyó a una paciente por exceder la edad de 65 años. En consecuencia, la muestra final se conformó por 87 pacientes.

En la muestra actual se analizaron los parámetros estudiados en la inicial además del número de ingresos en hospitalización parcial, hospitalización total de la UTCA y en agudos. Así mismo se estudió si los pacientes habían acudido a urgencias por motivo psiquiátrico y si presentaban comorbilidades de este tipo. Por otro lado, se contabilizó la mortalidad en el grupo y cuál fue la tasa de abandonos, tanto precoces como tardíos. Por último, se cuantificó la tasa de recuperación entre ellos.

La colaboración fue aceptable. Casi la mitad de los pacientes a los que se les contactó (44,2%) acudieron de forma presencial a la consulta. Otra parte (20,9%) colaboró de manera online. Un 5,8% no aceptaron participar en el estudio y un 29,1% no fueron localizados. De estos últimos, algunos pudieron ser evaluados en base a su historia clínica. No hubo diferencias a nivel clínico entre la muestra evaluada y la que no.

En la tabla 2 podemos ver los datos generales de la muestra actual. En este caso la media de IMC es mayor a la inicial, estando este en el rango de normalidad y en cuanto al diagnóstico, podemos observar que los porcentajes de pacientes con TCA ha disminuido (19) y la mayoría no presentan diagnóstico.

<b>Muestra actual</b>	
<i>(N=87)</i>	
<b>Edad</b> (Media $\pm$ SD)	36,03 $\pm$ 9,70
<b>IMC</b> (Media $\pm$ SD)	20,49 $\pm$ 3,93
<b>Dgx ampliado (N)</b>	
AN restrictiva	7
AN purgativa	2
Bulimia Nerviosa	1
AN atípica	9

**Tabla 2.** Descripción general de la muestra actual.

La mayoría de pacientes mantuvieron estabilidad clínica. 5 pacientes con anorexia restrictiva inicial cumplía criterios actuales de anorexia nerviosa atípica. 1 paciente con anorexia nerviosa purgativa inicial cumplía criterios actuales de anorexia nerviosa atípica. Un paciente con diagnóstico inicial de anorexia nerviosa atípica ahora cumplía criterios de bulimia nerviosa. Y otro con diagnóstico inicial de anorexia atípica cumplía criterios actuales de anorexia restrictiva.

Al estudiar el uso de los recursos sanitarios en la muestra actual pudimos observar que un porcentaje de ellos requirió en estos 10 años de seguimiento ingreso ya sea en hospitalización total UTCA como en el hospital de día, siendo mayor en este último. También un porcentaje de personas fueron ingresados en la planta de agudos de psiquiatría. Eso abala nuestra hipótesis inicial ya que podemos ver que los pacientes a lo largo de los años han necesitado ingresos.

Así mismo, un porcentaje de pacientes (21,8%) requirió el uso del servicio de urgencias por motivos psiquiátricos.

Por otra parte, la mortalidad total en la muestra fue de 1 paciente (1,2%) por causas no relacionadas directamente con el TCA.

Pudimos observar que un grupo de pacientes (36,8%) había presentado o presentaba en la actualidad otro trastorno psiquiátrico.

Como afirmaba nuestra hipótesis inicial, un porcentaje de pacientes abandonaron el tratamiento y seguimiento en la unidad. Hubo un mayor porcentaje de personas que abandonaron de manera tardía, tras la quinta consulta con la unidad.

De igual modo, la tasa de recuperación fue acorde a nuestra premisa.

<b>Muestra actual</b> (N=87)	
<b>Ingresos (%)</b>	
Total UTCA	19,5
Hospital de Día	33,3
Agudos	4,6
<b>Urgencias psiquiátricas (%)</b>	21,8
<b>Mortalidad (%)</b>	1,2

<b>Comorbilidad (%)</b>	36,8
<b>Abandono (%)</b>	
Precoz	8,1
Tardío	17,8
<b>Recuperación (%)</b>	
<b>Si</b>	72,5
<b>No</b>	27,5

**Tabla 3.** Descripción de la muestra actual según ingresos, urgencias psiquiatría, mortalidad, comorbilidad, abandono del tratamiento y recuperación.

En la tabla 4 se han desglosado por diagnóstico actual los diferentes parámetros de IMC y EDE-Q (puntuación total, preocupación por alimentación, preocupación por peso y preocupación por cuerpo) para así poder realizar una comparativa entre ellos.

Como podemos ver los pacientes con AN, tanto restrictiva como purgativa, presentan valores medios de IMC por debajo de lo considerado normal para la población general. Los otros diagnósticos presentan valores medios dentro de la normalidad.

Por otro lado, los valores del EDE-Q y sus diferentes subescalas muestran una preocupación leve-moderada en la AN restrictiva mientras que en la AN purgativa y en la bulimia nerviosa valores de sintomatología normal-leve, destacando en los tres diagnósticos un mayor valor en la preocupación por la imagen corporal. En los pacientes con diagnóstico TCANE unos valores de preocupación leve y en los pacientes sin diagnóstico unos valores normales.

Diagnóstico actual	IMC actual	EDE-Q total	Preoc. por alimentación	Preoc. por peso	Preoc. por cuerpo	Restricción alimentaria
<b>AN restrictiva</b> N=7	16,88 ± 3,64	2,88 ± 2,23	2,44 ± 2,18	3,04 ± 2,26	3,30 ± 2,02	2,76 ± 2,57
<b>AN purgativa</b> N=2	17,00 ± 1,13	1,98	1,20	1,40	2,50	2,80
<b>Bulimia nerviosa</b> N=1	24,90	2,01	0,80	1,80	3,25	2,20
<b>Tr especificado de otra manera</b> N=9	19,46 ± 4,23	2,62 ± 2,01	2,20 ± 1,93	2,45 ± 2,31	2,86 ± 2,11	2,97 ± 2,25
<b>No diagnóstico</b> N=48	22,05 ± 3,10	0,89 ± 1,21	0,74 ± 1,15	1,05 ± 1,49	1,25 ± 1,58	0,50 ± 0,81

Los valores se expresan como media ± desviación estándar.

**Tabla 4.** Índice de masa corporal (IMC) y resultados del cuestionario EDE-Q en los diferentes diagnósticos de la muestra actual.

## Análisis RECUPERADOS vs NO RECUPERADOS

En la tabla 5 podemos observar las diferencias entre la edad y el IMC tanto de inicio como actual en los pacientes recuperados y no recuperados. Como vemos en la tabla, el IMC actual fue significativo

Con respecto a las variables demográficas, la media de edad actual de los recuperados es algo menor (34,00) con respecto a los pacientes no recuperados (38,89) llegando a haber diferencias significativas ( $p=0.043$ ). La media de IMC actual de los pacientes recuperados (22,04) es algo mayor que la de los no recuperados (18,53), también con diferencias significativas ( $p=0,003$ ).

	<b>Recuperados</b> <i>N=50</i>	<b>No recuperados</b> <i>N=19</i>	<b>Estadísticos de contraste</b>	<b>p</b>
<b>Edad inicio</b>	22,08 ± 8,14	26,89 ± 10,43		
<b>Edad actual</b>	34,00 ± 8,12	38,89 ± 10,46	t= 2,06	<b>,043*</b>
<b>IMC inicio</b>	18,67 ± 2,78	18,20 ± 3,45		
<b>IMC actual</b>	22,04 ± 3,10	18,53 ± 4,06	U= 122,50	<b>,003*</b>

Los valores se expresan como media ± desviación estándar

\*  $p<0,05$  significación estadística para la comparación entre pacientes recuperados y no recuperados.

t= t-Student para la igualdad de medias; U= U de Mann-Whitney.

**Tabla 5.** Variables demográficas y antropométricas en los recuperados y no recuperados de la muestra actual.

En lo referente a los resultados del cuestionario EDE-Q vemos diferencias estadísticamente significativas ( $p < 0,05$ ) tanto en la puntuación total como en las diferentes las subescalas. Exceptuando la puntuación del EDE-Q total con una puntuación mayor en recuperados, los otros parámetros son de media valores dentro de la normalidad en recuperados. No es así en no recuperados, donde podemos observar valores de preocupación leve-moderada.

	<b>Recuperados</b> <i>N=50</i>	<b>No recuperados</b> <i>N=19</i>	<b>Estadísticos de contraste</b>	<b>p</b>
<b>EDE-Q total</b>	0,88 ± 1,21	2,62 ± 1,88	U= 70,50	<b>,002*</b>
<b>Preocupación alimentación</b>	0,74 ± 1,15	2,12 ± 1,86	U= 78,50	<b>,006*</b>
<b>Preocupación peso</b>	1,05 ± 1,49	2,53 ± 2,09	U= 85,00	<b>,013*</b>
<b>Preocupación cuerpo</b>	1,25 ± 1,58	3,01 ± 1,86	U= 65,50	<b>,001*</b>
<b>Restricción</b>	0,51 ± 0,82	2,84 ± 2,11	U= 50,00	<b>,000*</b>

Los valores se expresan como media ± desviación estándar

\*  $p < 0,05$  significación estadística para la comparación entre pacientes recuperados y no recuperados.

U= U de Mann-Whitney.

**Tabla 6.** Resultados cuestionarios EDE-Q en los recuperados y no recuperados de la muestra actual.

A continuación, valoramos detenidamente los episodios relacionados con la utilización de servicios médicos tanto en recuperados como no recuperados. En la tabla 7 podemos observar que tanto en el número de ingresos en hospital de día ( $p=0,022$ ) como el número de veces que acudieron a urgencias por motivo psiquiátrico ( $p=0,032$ ) hay diferencias estadísticamente significativas. No las encontramos en el número de ingresos en hospitalización total ni en agudos.

Los pacientes no recuperados requirieron de media más ingresos en hospital de día y hospitalización total en la UTCA que los recuperados. Así mismo, las urgencias psiquiátricas fueron utilizadas de media en un número mayor en no recuperados.

	<b>Recuperados</b> <i>N=50</i>	<b>No recuperados</b> <i>N=19</i>	<b>Estadísticos de contraste</b>	<b>p</b>
<b>Ingresos HD</b>	0,48 ± 0,91	1,58 ± 1,87	U= 327,00	<b>,022*</b>
<b>Ingresos total UTCA</b>	0,36 ± 1,21	1,05 ± 1,75	U= 372,00	,061
<b>Ingresos agudos</b>	0,44 ± 2,33	0,05 ± 0,23	U= 470,00	,868
<b>Urgencias psiquiatría</b>	0,96 ± 3,74	1,50 ± 2,18	U= 317,50	<b>,032*</b>

Los valores se expresan como media ± desviación estándar

\*  $p<0,05$  significación estadística para la comparación entre pacientes recuperados y no recuperados.

HD: Hospital de día; UTCA: Unidad de Trastornos Conducta Alimentaria; U= U de Mann-Whitney.

**Tabla 7.** Demanda de asistencia sanitaria por tipos en recuperados y no recuperados en la muestra actual.

Al estudiar el uso de los diferentes recursos sanitarios (ingresos y urgencias psiquiátricas) y el abandono del tratamiento entre los pacientes recuperados y no recuperados pudimos ver diferencias en estos grupos. En los pacientes recuperados hay una tasa menor de ingresos tanto en hospital de día como en hospitalización total con respecto a los no recuperados. Así mismo ocurre con el uso de urgencias con motivo psiquiátrico. Esto puede deberse a que los pacientes no recuperados desde un principio presentaban un trastorno más grave y con mayor comorbilidad, requiriendo en su curso un mayor uso de los recursos sanitarios. Por otra parte, vemos un mayor abandono precoz, antes de la quinta consulta, en recuperados que puede apoyar la anterior hipótesis. Un trastorno más leve y con un abordaje terapéutico precoz, puede hacer que los pacientes sientan que no requieren más ayuda. Las diferencias que vemos no son diferencias estadísticamente significativas.

	<b>Recuperados</b> <i>N=50</i>	<b>No Recuperados</b> <i>N=19</i>	<b>Estadísticos exacto de Fisher (p)</b>
<b>Ingreso en HD (%)</b>	32,0	52,6	,097
<b>Ingreso total en UTCA (%)</b>	18	36,2	,093
<b>Ingreso en agudos (%)</b>	6	5,3	,697
<b>Urgencias psiquiatría (%)</b>	18	36,8	,093
<b>Abandono precoz (%)</b>	10,9	5,9	,481
<b>Abandono tardío (%)</b>	13	23,5	,259

**Tabla 8.** Asociación entre el porcentaje de uso de asistencia sanitaria y el abandono de tratamiento entre los recuperados y los no recuperados de la muestra actual.

Respecto a la comorbilidad psiquiátrica , el 63,2% de los pacientes no recuperados presentaban comorbilidad psiquiátrica frente al 34% de los pacientes recuperados . Siendo esta diferencia estadísticamente significativa ,(p =0,02).

Un 4% de los pacientes habían presentado intentos autolíticos atendidos en urgencias.

## DISCUSIÓN

La falta de estudios de seguimiento a largo plazo de la AN en el territorio español hacen necesario estudios como el nuestro ya que estamos en una sociedad en la que la imagen corporal ha cobrado un papel muy importante en la vida de las personas, sobre todo adolescentes, y esto hace que esté aumentando la tasa de trastornos de conducta alimentaria en nuestro medio.

La importancia de estos estudios reside en la detección de los diferentes factores que favorecen la remisión o en caso contrario, aquellos que son considerados de riesgo para abordarlos precozmente y así obtener tasas mayores de mejoría. Además son importantes para dar visibilidad a que la AN es un trastorno que con un tratamiento adecuado a las características de cada paciente es factible la remisión completa de la enfermedad.

Los resultados obtenidos en este estudio respecto a nuestra hipótesis inicial son concordantes, además de obtener resultados similares a otros estudios.

A los 10 años de seguimiento, encontramos una remisión del 72,5% del total de pacientes incluidos en el estudio. Esta cifra es mejor que la reportada para muestras clínicas en los estudios de Herpertz-Dahlmann et al. (2018) (41%) y Dobrescu et al. (2020) (64%), pero es inferior a la tasa de remisión obtenida en el estudio de Keel y Brown (2010) (remisión inicial 20-30% llegando a 70–80 % a largo plazo). Con respecto a la tasa obtenida en el estudio español fue 65,8 % de remisión total, ligeramente mayor en nuestro estudio. Estas diferencias entre resultados pueden deberse al tiempo de seguimiento en los diferentes estudios y también al rango de edades que presentaban los pacientes al inicio del tratamiento.

En cuanto a la mortalidad, un paciente había fallecido (1.2% mortalidad) por causa no asociada directamente a la AN si no complicaciones de sus otras patologías de base. Es un porcentaje similar en comparación con otros estudios siendo de 0% (no mortalidad) en el estudio de Dobrescu et al. (2020) y 2% en el estudio español de Andrés-Pepiñá et al. (2021). Al contrario que en nuestro estudio, este último porcentaje mencionado fue un total de una muerte a causa de una sepsis directamente relacionada con el trastorno.

Encontramos otros estudios con una mortalidad mucho mayor, siendo de un 17% en el estudio alemán realizado por Löwe et al. (2001), con un seguimiento de 21 años. La mayoría de estas muertes fueron por causas relacionadas con la anorexia nerviosa. Como predictores de mal pronóstico se encontraron un IMC bajo y presentar comorbilidades psiquiátricas graves. El estudio de seguimiento a largo plazo realizado en Londres por Ratnasuriya et al. (1991), presentó una mortalidad del 15% por causas relacionadas con la anorexia nerviosa. En este caso se destacó como signos de mal pronóstico una edad de inicio más tardía y antecedentes de otros trastornos psiquiátricos.

Es por ello que es importante destacar la presencia de comorbilidad en pacientes con anorexia nerviosa, ya que la mayoría de los estudios consultados indican una clara relación entre la comorbilidad y un pronóstico más desfavorable, así como peores resultados.

Los resultados obtenidos en nuestro estudio muestran que un 36,8% de los pacientes presentan enfermedades psiquiátricas adicionales, siendo significativamente más elevada en los pacientes no recuperados (63,2 % frente a 34%). En el estudio de Andrés-Pepiñá et al. (2021) encontraron que de los pacientes recuperados, un 39% presentaban al menos otro trastorno psiquiátrico destacando ansiedad, trastornos afectivos y trastorno límite de la personalidad. De los pacientes no recuperados la cifra ascendía a un 70%, destacando trastorno de ansiedad, TOC y trastorno depresivo. Una tasa similar se encontró en el otro estudio español de Piñar-Gutiérrez et al. (2021) con un 73,1% de pacientes con comorbilidad mental, 13,4% presentaban antecedentes de intento de autolisis y un 25% consumo abusivo de tóxicos. En el estudio alemán de Herpertz-Dahlmann et al. (2018) encontraron que un 28% presentaba comorbilidad en el tiempo de seguimiento.

La alta tasa de comorbilidad entre los pacientes con TCA era algo previsible ya que la literatura consultada destaca la estrecha relación entre los trastornos de personalidad, trastornos del ánimo, trastorno obsesivo-compulsivo y de ansiedad con los trastornos de conducta alimentaria.

De igual manera el abuso de tóxicos y los intentos autolíticos son un hallazgo frecuente en el historial clínico de los pacientes con un trastorno de conducta alimentaria. Un estudio actual de seguimiento a 25 años realizado en Berlín por Arnold et al. (2023) mostró que en una muestra de 382 pacientes, un 30,6% de los pacientes incluidos en la muestra tuvo alguna ideación suicida a lo largo de su vida (44,6% en AN purgativa y 19,8% en AN de tipo restrictivo). Dentro de estas se estudió los correlatos clínicos siendo mayor en personas con comorbilidades psiquiátricas y antecedentes de maltrato infantil en la primera y un bajo IMC al inicio del tratamiento en la segunda. En el estudio realizado por Duriez et al. (2023) destacaron que el riesgo de ser hospitalizado por un intento de suicidio es 46 veces mayor y la mortalidad 13 veces mayor que la población general en adolescentes y adultos jóvenes durante los 3 años posteriores a la hospitalización por un trastorno alimentario.

Son datos desalentadores de la realidad de un problema que ha pasado a ser la primera causa de muerte en los jóvenes.

Por otra parte, hemos encontrado que muchos de los pacientes en el estudio abandonan tanto de manera precoz (8,1%) como tardía (17,8%) el seguimiento por la unidad. Esto es un problema que también nos hace pensar en la importancia de una primera intervención de calidad e individualizada. Dentro de los pacientes que abandonaron el tratamiento durante el seguimiento, muchos de ellos lograron recuperarse al completo de la AN (entre los recuperados, 10,9% abandono precoz y 13% abandono tardío) pero otros muchos no (entre los no recuperados, 5,9% abandono precoz y 23,5% abandono tardío) y tuvieron que requerir reintervenciones a lo largo del estudio.

La tasa de abandono en nuestro estudio es mejor a la reportada en otros estudios. Fassino et al. (2009) realizaron una revisión de 26 estudios en los que encontraron que, entre los pacientes con AN que iniciaron el tratamiento, el 20-51% de los pacientes hospitalizados y el 29-73% de los pacientes ambulatorios evitan o abandonan su programa de tratamiento.

Roux et al. (2016) investigaron los factores relacionados con el abandono del tratamiento en mujeres hospitalizadas por AN en varios centros de Francia. El estudio reveló que el abandono afectó al 32,2% de la muestra total. Dentro de estos casos, el 60% abandonó tempranamente, antes de alcanzar la mitad del objetivo de IMC, mientras que el 40% lo hizo en una etapa más tardía.

Además, se encontraron diferencias en los factores predictores según la edad de los pacientes. En el grupo de menores de 18 años, los factores asociados con el abandono fueron vivir en una familia monoparental, una restricción severa de la ingesta y una puntuación baja en el EDE-Q. Por otro lado, en el grupo de mayores de 18 años, el abandono del tratamiento se predijo a partir de una puntuación baja en depresión según el HADS, un bajo nivel de preocupación por el peso en el EDE-Q y un nivel educativo más bajo.

Esto lo podemos asociar a una menor conciencia de la enfermedad o a la negación de necesitar tratamiento que caracteriza a estos trastornos de conducta alimentaria. Con el transcurso del tiempo, los pacientes que no ofrecen una adecuada adherencia terapéutica tienden a experimentar una progresiva exacerbación de los síntomas, perpetuando así la cronicidad del trastorno.

A esta idea se suma el hallazgo de una tasa más elevada de hospitalización en los pacientes no recuperados, con una incidencia del 52,6% en hospitalización de día y del 36,2% en hospitalización total UTCA. Esta observación sugiere que aquellos pacientes que continúan manifestando síntomas de TCA después de 10 años de seguimiento presentan una sintomatología más grave y han requerido intervenciones terapéuticas de mayor complejidad.

Los resultados obtenidos en nuestro estudio sugieren que la anorexia nerviosa es un trastorno muy complejo y recurrente, que a menudo se asocia con comorbilidades psiquiátricas y que puede requerir intervenciones terapéuticas prolongadas y multifacéticas para lograr una recuperación completa. Asimismo, destacan la importancia de una detección y tratamiento precoz, así como de un seguimiento y monitoreo continuo a largo plazo para prevenir recaídas y mejorar el pronóstico de los pacientes.

Una de las ventajas de nuestro estudio es su diseño longitudinal, que nos permite hacer un seguimiento a largo plazo de la evolución individual de cada paciente. De esta manera, podemos identificar aquellos factores que han contribuido a una respuesta positiva al tratamiento, así como aquellos que han impedido una mejoría clínica. Asimismo, al ser un estudio de 10 años de duración, nuestros hallazgos tienen una mayor representatividad y fiabilidad que los estudios a corto plazo.

No obstante, nuestro estudio presenta algunas limitaciones. Por un lado, la pérdida de seguimiento de algunos pacientes debido a cambios en su información de contacto o de residencia nos ha impedido obtener información actualizada sobre su estado clínico. Además, algunos pacientes se negaron a participar en el estudio debido a experiencias previas negativas con el tratamiento, incapacidades laborales u otros motivos personales. Estas limitaciones podrían afectar la generalización de nuestros hallazgos a otros contextos clínicos o poblacionales.

## **CONCLUSIONES**

La anorexia nerviosa es un trastorno complejo que requiere un tratamiento especializado e individualizado. La intervención temprana puede mejorar el curso de la enfermedad, y es importante un diagnóstico y tratamiento adecuado de las comorbilidades para garantizar un mejor pronóstico. Por lo tanto, es esencial que los pacientes con anorexia nerviosa reciban atención médica y psicológica de alta calidad para maximizar su recuperación y bienestar a largo plazo.

Es necesario llevar a cabo más estudios a largo plazo con el fin de entender mejor los factores que influyen en la recuperación de los pacientes con trastornos alimentarios y desarrollar tratamientos más efectivos. La investigación en este campo debe seguir avanzando para abordar las diferentes formas y características clínicas de los trastornos alimentarios y así mejorar su abordaje y manejo clínico.

## **AGRADECIMIENTOS**

A mi tutor, el Dr. José Andrés Gómez Del Barrio por haber hecho de este trabajo un camino más fácil y por su interés, dedicación y apoyo en todo momento. Me llevo un buen sabor de boca con el resultado final y sobre todo, un aprendizaje más del que he podido disfrutar paso a paso.

A mis padres y a mi hermana, porque sin ellos yo no estaría aquí. Gracias por darme la oportunidad de seguir mis sueños, de levantarme y darme un golpecito en la espalda cada vez que he caído y por creer en mí. Gracias por aguantarme estos 6 años (y los previos) y por ser el motor que me impulsa día a día.

A mis amigas, porque son un pilar fundamental en mi vida. Las que están a distancia y las que están aquí, siempre llenándome de energía y acompañándome en cada paso que doy. Sin ellas no sería lo mismo.

A Álvaro, mi mayor apoyo. Por saber escuchar y ayudarme, por estar conmigo siempre aún sin estarlo. Gracias por caminar a mi lado y no soltarme la mano.

Y por último, a esta carrera tan bonita, la medicina. Agradezco por convertirme en la persona que soy hoy, por brindarme la oportunidad de aprender y de enriquecerme con conocimientos y experiencias. Así mismo, gracias a todos los profesores que han compartido su conocimiento conmigo, ayudándome a formarme como profesional.

*“Si puedes curar, cura. Si no puedes curar, alivia. Si no puedes aliviar, consuela. Si no puedes consolar, acompaña”*

## BIBLIOGRAFÍA

1. American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
2. Schmidt, U., Adan, R., Böhm, I., Campbell, I.C., Dingemans, A., Ehrlich, S. et al. (2016) Eating disorders: The big issue. *Lancet*, 3(4), 313-315. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(16\)00081-X](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(16)00081-X)
3. Keski-Rahkonen, A. y Mustelin, L. (2016). Epidemiology of eating disorders in Europe: prevalence, incidence, comorbidity, course, consequences, and risk factors. *Curr Opin Psychiatry*, 29(6), 340-5. <https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000278>
4. Moreno Redondo, F.J., Benítez Brito, N., Pinto Robayna, B., Díaz Flores, C. y Ramallo Fariña, Y. (2019). Prevalencia de Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) en España: necesidad de revisión. *Revista Española de Nutrición Humana y Dietética*, 23(1), 130-131. <https://renhyd.org/renhyd/article/view/891>
5. Gismero González, M. E. (2020). Factores de riesgo psicosociales en los Trastornos de la Conducta Alimentaria: Una revisión y algunas consideraciones para la prevención y la intervención. *Revista de Psicoterapia*, 31(115), 33-47. <https://doi.org/10.33898/rdp.v31i115.354>
6. Ibarzábal-Ávila, M.E.A., Hernández-Martínez, J.A., Luna-Domínguez, D., et al. (2015) Anorexia nervosa: revisión de las consideraciones generales. *Med Sur*, 22(3), 112-117
7. Mehler, P. S., Watters, A., Joiner, T., y Krantz, M. J. (2022). What accounts for the high mortality of anorexia nervosa?. *The International journal of eating disorders*, 55(5), 633–636. <https://doi.org/10.1002/eat.23664>
8. Smith, A.R., Zuromski, K.L., y Dodd, D.R. (2018). Eating disorders and suicidality: what we know, what we don't know, and suggestions for future research. *Current Opinion in Psychology*, 22, 63-67. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2017.08.023>
9. Connan, F., Campbell, I. C., Katzman, M., Lightman, S. L., y Treasure, J. (2003). A neurodevelopmental model for anorexia nervosa. *Physiology & behavior*, 79(1), 13-24. [https://doi.org/10.1016/s0031-9384\(03\)00101-x](https://doi.org/10.1016/s0031-9384(03)00101-x)
10. Álvarez-Mona, M., Mora, F., Rodríguez-Quiroga, A., y Quintero, J. (2022). Actualización sobre los trastornos de la conducta alimentaria. *Medicine*, 13(69), 4064-4071. <https://doi.org/10.1016/j.med.2022.12.004>
11. Keel, P. K., y Brown, T. A. (2010). Update on course and outcome in eating disorders. *The International journal of eating disorders*, 43(3), 195–204. <https://doi.org/10.1002/eat.20810>

12. Herpertz-Dahlmann, B., Dimpfle, A., Egberts, K. M., Kappel, V., Konrad, K., Vloet, J. A., & Bühren, K. (2018). Outcome of childhood anorexia nervosa-The results of a five- to ten-year follow-up study. *The International journal of eating disorders*, 51(4), 295–304. <https://doi.org/10.1002/eat.22840>
13. Dobrescu, S. R., Dinkler, L., Gillberg, C., Råstam, M., Gillberg, C., y Wentz, E. (2020). Anorexia nervosa: 30-year outcome. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science*, 216(2), 97–104. <https://doi.org/10.1192/bjp.2019.113>
14. Treasure, J., Duarte, T. A., y Schmidt, U. (2020). Eating disorders. *Lancet*, 395(10227), 899–911. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30059-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30059-3)
15. Piñar-Gutiérrez, A., Dios-Fuentes, E., Remón-Ruiz, P., Del Can-Sánchez, D., Vázquez-Morejón, A., López-Narbona, M., Dastis-Rodríguez de Guzmán, J., Venegas-Moreno, E., y Soto-Moreno, A. (2021). Description of characteristics and outcomes of a cohort of patients with severe and enduring eating disorders (SE-ED). *Journal of eating disorders*, 9(1), 135. <https://doi.org/10.1186/s40337-021-00492-8>
16. Andrés-Pepiñá, S., Plana, M. T., Flamarique, I., Romero, S., Borràs, R., Julià, L., Gárriz, M., y Castro-Fornieles, J. (2020). Long-term outcome and psychiatric comorbidity of adolescent-onset anorexia nervosa. *Clinical child psychology and psychiatry*, 25(1), 33–44. <https://doi.org/10.1177/1359104519827629>
17. Sheehan, D. V., Lecrubier, Y., Sheehan, K. H., Amorim, P., Janavs, J., Weiller, E., Hergueta, T., Baker, R., y Dunbar, G. C. (1998). The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *The Journal of clinical psychiatry*, 59 Suppl 20, 22–57.
18. Bardone-Cone, A. M., Harney, M. B., Maldonado, C. R., Lawson, M. A., Robinson, D. P., Smith, R., y Tosh, A. (2010). Defining recovery from an eating disorder: Conceptualization, validation, and examination of psychosocial functioning and psychiatric comorbidity. *Behaviour research and therapy*, 48(3), 194–202. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2009.11.001>
19. Peláez-Fernández, M. A., Labrador, F. J., y Raich, R. M. (2013). Norms for the Spanish version of the Eating Disorders Examination Questionnaire (S-EDE-Q). *Psicothema*, 25(1), 107–114. <https://doi.org/10.7334/psicothema2012.18>
20. Jennings, K. M., y Phillips, K. E. (2017). Eating Disorder Examination-Questionnaire (EDE-Q): Norms for Clinical Sample of Female Adolescents with Anorexia Nervosa. *Archives of psychiatric nursing*, 31(6), 578–581. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2017.08.002>

21. Martín, P. P., Martínez, J. A., Valecillos, A. D. V., Garcia, L., Berasaluce, M., y Díaz, P. C. (2021). Detección precoz y prevalencia de riesgo de trastorno de la conducta alimentaria en Atención Primaria en Guadalajara capital. *Medicina De Familia. Semergen*, 47(4), 230-239. <https://doi.org/10.1016/j.semerg.2021.01.007>
22. Löwe, B., Zipfel, S., Buchholz, C., Dupont, Y., Reas, D. L., y Herzog, W. (2001). Long-term outcome of anorexia nervosa in a prospective 21-year follow-up study. *Psychological medicine*, 31(5), 881–890. <https://doi.org/10.1017/s003329170100407x>
23. Ratnasuriya, R. H., Eisler, I., Szmukler, G. I., y Russell, G. F. (1991). Anorexia nervosa: outcome and prognostic factors after 20 years. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science*, 158, 495–502. <https://doi.org/10.1192/bjp.158.4.495>
24. Arnold, S., Correll, C. U., y Jaite, C. (2023). Frequency and correlates of lifetime suicidal ideation and suicide attempts among consecutively hospitalized youth with anorexia nervosa and bulimia nervosa: results from a retrospective chart review. *Borderline personality disorder and emotion dysregulation*, 10(1), 10. <https://doi.org/10.1186/s40479-023-00216-1>
25. Duriez, P., Goueslard, K., Treasure, J., Quantin, C., y Jollant, F. (2023). Risk of non-fatal self-harm and premature mortality in the three years following hospitalization in adolescents and young adults with an eating disorder: A nationwide population-based study. *The International journal of eating disorders*, 10.1002/eat.23974. Advance online publication. <https://doi.org/10.1002/eat.23974>
26. Fassino, S., Pierò, A., Tomba, E., y Abbate-Daga, G. (2009). Factors associated with dropout from treatment for eating disorders: a comprehensive literature review. *BMC Psychiatry*, 9(1). <https://doi.org/10.1186/1471-244x-9-67>
27. H, R., Ali, A., Lambert, S., Radon, L., Huas, C., Curt, F., Berthoz, S., y Godart, N. (2016). Predictive factors of dropout from inpatient treatment for anorexia nervosa. *BMC Psychiatry*, 16(1). <https://doi.org/10.1186/s12888-016-1010-7>