

## **Tratamiento de la Anorexia Nerviosa en un ámbito comarcal**

Castanys, E.; Schneider, S.

### **RESUMEN:**

Presentamos, en este trabajo, la experiencia nacida a raíz del trabajo de coordinación entre el equipo de pediatría del Hospital Comarcal de Sant Jaume y el equipo de salud mental infanto-juvenil de la Garrotxa.

Desarrollamos una forma de trabajo interdisciplinar de los equipos cuando las dificultades a tratar se sitúan dentro de los trastornos psicosomáticos, en este caso la Anorexia Nerviosa (A.N.)

El objetivo principal ha sido reflexionar sobre la realidad comarcal y las necesidades de tratamiento en la A.N. Proponer una metodología de trabajo para los casos que puedan mantenerse sin necesidad de derivación a un centro de referencia especializado. También, en los casos en que es necesaria la derivación, ver como puede incluirse el trabajo hecho de forma que este cambio sea vivido como un continuum asistencial y no como una ruptura o fracaso.

### **ÍNDICE:**

- 1) Proyecto interdisciplinar de los servicios de Pediatría y Salud Mental Infantil
  - a) Justificación
  - b) Objetivos
  - c) Equipo
  
- 2) Demanda de atención
  - a) Demanda hacia el pediatra: ejemplo caso Albert
  - b) Demanda hacia salud mental infantil: caso Rita
  
- 3) Metodología del ingreso en el trabajo coordinado Pediatría y S.M.I.
  - a) Criterios de ingreso de hospitalización
    - a.a. Criterios necesarios para la hospitalización
    - a.b. Criterios de derivación urgente a un centro de referencia
    - a.c. Criterios de derivación secundaria a un centro de referencia
  - b) Tratamiento durante el ingreso
  
- 4) Conclusiones
  
- 5) Bibliografía

## **Proyecto interdisciplinar de los servicios de Pediatría y Salud mental infantil**

a) Justificación del proyecto de tratamiento de la A.N. en un entorno comarcal.

Incidencia de la patología

- Trastorno presente en zonas rurales (Rather G, 1993)
- Incidencia 1996                    1 : 40.000
- Incidencia 1997 (1 - 10)            1 : 20.000
- Incidencia completa:                ?

### **Situación geográfica**

- Ausencia de un centro especializado en un radius de >100 km (Barcelona Vall Hebrón Dra. A Bielsa; Unidad Hospital Clínico/Maternidad Dr.J Toro et al)
- La AN es una enfermedad crónica, el seguimiento tiene que ser al principio 2 -3 veces la semana y dura en media unos 2 - 4 años (Morande 1994)
- Transporte publico Olot - Barcelona Vall Hebron **2h 50 min.** en Autobús/Metro
- Transporte privado Olot - Barcelona Vall Hebron **2h**
- En Olot trabajan en la mayoría de los casos ambos padres
- Se trata generalmente de adolescentes que están en una importante fase de formación escolar

### **Pronóstico**

Enfermedad crónica con la posibilidad de graves secuelas físicas y psíquicas con un pronóstico de:

- < 50 % curados después de 4 años. Enfermos "curados" no vuelven necesariamente a una vida "normal" (AAP, 1993)
- 25% cronicidad y invalidez
- 25% otros trastornos psiquiátricos
- 5 - 18% de mortalidad ( a los 7 anos del inicio) causas inanición, suicidio, etc.) (Theander 1985; Ratnasurrya 1991)

### **b) Objetivo del proyecto**

- Asistencia médica inmediata ante una enfermedad frecuente durante la adolescencia
- Proporcionar un clima de atención y contención que favorezca la demanda terapéutica y la petición de ayuda
- Crear una relación sólida para el tratamiento y seguimiento a largo plazo, sobre todo si hace falta la derivación temporal a un centro superior

### c) Equipo multidisciplinario

- ESMI Garrotxa/Ripolles CSMIJ de Girona, sector Garrotxa/ Ripollès
- Pediatría Hospital S.J.Olot

## 2) Demanda de atención

Habitualmente los casos de AN pueden llegar por dos vías:

A) La familia que busca la ayuda de un médico para “diagnosticar y tratar la enfermedad física” de su hija/o; piden ayuda al profesional de la “bata blanca” y no quieren saber nada de una eventual causa psíquica del trastorno.

B) La familia que conoce la entidad patológica AN y buscan ayuda directamente en un centro de salud mental infanto-juvenil. A veces se encuentra el paciente en un estado crítico de su salud física y necesita urgentemente un co-tratamiento médico. A menudo puede ser también necesario proporcionar al paciente un ambiente que lo contenga.

### A) **Demanda inicial hacia el pediatra** (Responsabilidad del pediatra)

#### Procedimiento:

1. Creación de un espacio protegido para hacer la primera entrevista semiestructurada
2. Exploración física según las posibles complicaciones incluyendo peso, talla y calculo del IMC (Índice de la masa corporal)
3. Pruebas complementarias
4. Entrevista de emergencia con **un miembro del ESMI como consultor** (explicando a familias reacias a una eventual causa psíquica, que esta entrevista forma parte de la primera evaluación en cualquier caso de inanición ; “soporte”). Nunca se hace una derivación en el sentido clásico.
5. Evaluar criterios de ingreso.
6. Evaluar criterios de traslado urgente a un centro superior.

### **Ejemplo de un caso**

#### **Situación A** (demanda inicial hacia Pediatría)

Caso Albert

Albert acude en compañía de sus padres en febrero 1997 al servicio de urgencias del

Hospital de Sant Jaume Olot. Presenta un cuadro de caquexia importante, somnolencia e incapacidad de efectuar cualquier actividad física.

La madre refiere que el chico come más o menos bien y que en su familia nadie solía mentir. “No puede tener la enfermedad de las chicas que no comen”. El padre insiste en la presencia de una enfermedad orgánica grave de tipo neoplasia. Exige de manera bastante agresiva un diagnóstico amplio y rápido. “Problemas no hay en nuestra familia”. Ambos afirman haber desconocido el estado físico verdadero del chico hasta ese mismo día. Admiten saber que había perdido peso, pero “lleva siempre esta ropa tan ancha”.

Comentario ( C )

*Estamos ante una enfermedad psicossomática clásica. En este caso, sobre todo por parte del padre con una negación absoluta de una eventual conexión entre el estado físico y psíquico del chico. La madre apunta la enfermedad de la AN, hecho que significa que ya había pensado en esta posibilidad.*

*El sentimiento de culpa, de incapacidad de haber detectado antes el estado grave del chico provoca en esta familia de escasa capacidad introspectiva este tipo de actitud.*

*El papel del médico pediatra consiste fundamentalmente en explicar exactamente el procedimiento diagnóstico para poder entrar por “la puerta abierta”: la demanda de ayuda de la familia hacia el médico. Explicamos también la necesidad de una evaluación desde salud mental como parte del diagnóstico diferencial de rutina en todos los casos de caquexia.*

La exploración física demuestra las típicas señales de un estado de inanición prolongado ( 42 Kg., 179 cm, IMC 13). En la primera entrevista destaca :

- buen alumno, muy trabajador
- trastorno de sueño importante
- actitudes múltiples de tipo obsesivos; perfeccionista desde la primera infancia
- vida emocional pobre
- autoimagen no particularmente distorsionada; no se ve gordo
- el comportamiento nutricional revela que come muy lento, tira la comida a la basura y miente a los padres
- no piensa que tenga alguna enfermedad orgánica: “estoy haciendo una huelga de hambre”. El porqué no lo sabe comunicar.

Los padres niegan la autenticidad de estas afirmaciones.

C:

*El paciente cumple los criterios de ingreso inmediato.*

La familia está de acuerdo con el ingreso. Aceptan la propuesta de un trabajo bidireccional:

descartar una enfermedad orgánica  
efectuar un diagnóstico psicológico/psiquiátrico

C:

*El argumento del padre “pérdida de tiempo” en referencia al psicodiagnóstico queda de esta manera anulado. Ganamos tiempo y confianza de la familia. Cada resultado del diagnóstico médico lo comentamos ampliamente con los padres, tomando muy en serio sus preocupaciones. No les enfrentamos con un diagnóstico positivo de la AN.*

La responsabilidad del ingreso está en manos del equipo de Pediatría. Un miembro del ESMI efectúa una primera visita durante las primeras 24 horas del ingreso. El médico que se ocupa del Albert presenta personalmente a la psicóloga como “colaboradora habitual” y miembro del equipo de atención a la infancia y adolescencia en la comarca.

C:

*Trabajando de esta manera la familia conecta al profesional de salud mental con el hospital, con el médico, conceptos que les resulta más fáciles de aceptar (sobre todo si se presenta la entrevista como parte de la rutina diaria). Una derivación en el sentido clásico puede provocar una ruptura del lazo médico - paciente.*

No se detectan tendencias de autolisis o de un trastorno psicótico. El chico acepta cumplir las normas del contrato médico-paciente. Enfermería está de acuerdo con el ingreso. No tienen la obligación de control, pero observan la actitud del paciente y la protocolizan. Comentamos el caso con la Dra. A. Bielsa (Unidad de Paidopsiquiatria Hospital Vall Hebron). Coincidimos en la posibilidad de iniciar el trabajo desde nuestro centro. La Dra. Bielsa nos ofrece la oportunidad de facilitar un ingreso en el centro terciario en caso de necesidad.

C:

*Tenemos un contacto con un centro terciario establecido y utilizamos nuestros recursos para iniciar el tratamiento con 2 objetivos*

- mejorar y profundizar la relación con el paciente y su familia con el fin de crear una base sólida para el seguimiento dentro del ámbito Comarcal (Barcelona 150 km.)*
- derivar al centro de referencia sólo cuando la patología no puede seguirse atendiendo desde los servicios de la periferia. De esta forma la utilización del servicio especializado no se congestiona*

Pautamos una renutrición prudente según el protocolo. Se efectúa una psicoterapia/diagnóstico al pie de la cama 3/semana. Las tensiones intrafamiliares disminuyen día en día. Los mismos padres ya no descartan una componente psíquica del trastorno. Desde pediatría nos limitamos a tranquilizarlos, comentamos los resultados de

las analíticas y reforzamos la actitud de comer.

C:

*Dejamos que la familia misma empiece a ver y a comentarnos los problemas de los últimos meses. No imponemos el diagnóstico nosotros.*

La evolución clínica resulta favorable durante la primera semana. Hay intentos de esconder comida. Él sabe que no efectuamos un control. A partir de la 2a. semana empieza a beber con una actitud compulsiva grandes cantidades de agua. No lo puede controlar. Delante de la incapacidad del paciente de seguir nuestro tratamiento y el peligro de una intoxicación por agua decidimos junto con los padres, un traslado al centro de referencia.

C:

*Los padres pueden aceptar en este momento el ingreso en una unidad de psiquiatría. Ya admiten la posibilidad de un trastorno psíquico de su hijo. El traslado no resulta excesivamente traumático. El chico mismo no se ve capaz de seguir nuestras pautas "suaves".*

Después del alta del centro de referencia sigue el tratamiento médico/psicológico con el equipo ya conocido por el paciente y su familia. El padre visita personalmente al médico el día mismo del alta para entregar la documentación y para pedir hora.

Actualmente Albert se encuentra en un estado psico/físico estable. Su comportamiento nutricional se ha normalizado. Sigue regularmente una terapia familiar e individual.

Conclusión:

*Los objetivos principales del trabajo del grupo multidisciplinario efectuando un ingreso en un hospital comarcal están cumplidos:*

- inicio rápido del tratamiento de la desnutrición*
- inicio rápido de un diagnóstico diferencial*
- facilitar el reconocimiento de una causa psíquica del trastorno por parte de la familia*
- establecer un contacto de confianza con el paciente y la familia para asegurar un seguimiento con éxito a largo plazo*

## **B) Demanda inicial hacia el ESMI**

(Responsabilidad del psicólogo/psiquiatra)

Primera entrevista

1. Valoración del problema:
  - Exploración del estado de desnutrición
  - Exploración del estado psíquico
  - Exploración de los recursos de la P.I. y de su familia, conocimiento de las relaciones familiares.
2. Valoración de las necesidades del tratamiento según la gravedad del caso
  - Seguimiento ambulatorio
  - Hospitalización
3. Evaluar la conveniencia de una visita médica; el pediatra actúa como consultor.
4. Evaluar criterios de ingreso
5. Evaluar criterios de traslado urgente a un centro superior.

### **Situación B** (demanda inicial hacia Servicio de salud mental)

#### Caso Rita

La familia Costa acude al Servicio por iniciativa propia en Octubre de 1996. Pide ayuda para su hija de 16 años, Rita. El motivo de consulta es la conducta restrictiva con la alimentación desde hace medio año. La pérdida de peso es importante (15%).

En este momento, la familia muestra una cierta urgencia para encontrar una solución. El tiempo transcurrido, lo viven ahora como un tiempo perdido. Se exigen a ellos mismos, exigiendo también al profesional, encontrar respuestas que expliquen las causas de este comportamiento

#### **C:**

*Es frecuente que las familias lleguen a la primera visita con una explicación que dificulta establecer conexiones entre los hechos. Uno de los motivos que explica esta actitud es el sentimiento de culpa y de fracaso que viven los padres frente la dificultad de su hijo. A menudo, cuando a un malestar no se le puede atribuir a una causa orgánica, se suele buscar dentro de la familia la causa de los comportamientos inadecuados que dan lugar a la conducta patológica.*

En este caso quedaba clara la necesidad de iniciar un trabajo para elaborar el diagnóstico y la posterior indicación de tratamiento. Se atendió a la chica y su familia como un caso preferente. Se les ofreció tres visitas de consulta para valorar el problema y consensuar posteriormente la propuesta indicada para el tratamiento.

C

*La intranquilidad y la duda que presenta la familia en el primer encuentro con el profesional harán necesario que el Servicio lo tome en cuenta y responda con claridad y eficacia .*

*El primer contacto es fundamental ya que determinará la relación entre la familia y el profesional. Será necesario explicitar que en este proceso su colaboración es imprescindible para encontrar comportamientos alternativos que reduzcan su sufrimiento.*

En este momento inicial el Servicio necesita tiempo para poder conocer y ordenar la información en forma de hipótesis diagnósticas que planificaran las intervenciones necesarias a seguir.

En este caso se llevaron a cabo tres visitas consecutivas en el periodo de un mes dónde se exploró:

- El problema: su construcción, sus límites, mecanismos de afrontamiento, soluciones intentadas, capacidad de contención, gravedad. El estado físico de la P.I. Para llevar a cabo la exploración se hicieron convocatorias con toda la familia y también con la paciente sola.

C

*En este momento el objetivo de la exploración es doble. Por una parte, el profesional necesita conocer cómo se organiza la paciente y su familia delante del problema, cuales son sus recursos, cómo es su funcionamiento .... en definitiva conocer la capacidad de ayuda y contención y el grado de flexibilidad que existe entre ellos. Por otra parte todo este proceso de conocimiento con la familia es ya en sí mismo una intervención que induce al cambio.*

*En la medida que estas preguntas ayuden a aumentar la información entre ellos puede darles pistas sobre lo que cada uno siente acerca del problema.*

*El aumento de información dentro de la familia es un paso para la solución del problema. Por lo tanto podemos afirmar que desde los primeros contactos se pone en marcha la relación terapéutica.*

Con esta familia, al finalizar las tres primeras entrevistas aunque el problema de la AN en la chica no había empeorado, la relación familiar se mostraba bastante desbordada. Había fuertes discusiones entre ellos acerca de las comidas. Esta actitud reforzaba la construcción del problema funcionando como un círculo sin salida. El desánimo y la tensión se alternaban sucesivamente.

Por otra parte, las intervenciones que desde el Servicio ambulatorio de Salud mental se ofrecían no eran en este momento suficientes por la intensidad que la situación requería. Es en estos momentos cuando nos planteamos la conveniencia de efectuar un ingreso hospitalario en el marco del servicio comarcal.

## C

*La indicación de ingreso comarcal se basa en:*

- No se detectan tendencias de autolisis o de un trastorno psicótico*
- La familia y la paciente aceptan el ingreso*
- No hay complicaciones médicas*
- Es necesario proporcionar un espacio neutral que permita proteger a la paciente y a su familia de sus continuos entrenamientos*
- El Servicio de Salud Mental se deja un margen de tiempo para ver la evolución y decidir el seguimiento.*

Se planteó el ingreso a la P.I. y su familia. Se traspasó la información en una entrevista conjunta con los padres, la P.I, el pediatra y salud mental.

La intervención del ingreso tiene un triple objetivo.

-Por una parte proporciona a la familia y a la paciente un marco protegido y neutral que les permitirá romper la dinámica relacional explosiva ya que será el Hospital quien module la relación entre ellos. La familia sigue de cerca pero sin ser los únicos responsables de la evolución de su hijo/a.

-Por otra parte el Servicio de Pediatría inicia una exploración médica estableciendo una relación con la familia para el seguimiento y control de la salud. También la hospitalización permite intervenir en el control de alimentación, prescribiendo los cambios necesarios.

-Por último el Servicio de Salud Mental puede seguir su proceso de exploración diagnóstica, dado que la situación se mantiene dentro de unos límites de estabilidad. El profesional se traslada al Hospital.

De esta forma se sigue trabajando con la chica y su familia dentro de un abordaje global.

## C

*En infanto-juvenil, podemos pensar que la necesidad de proponer intervenciones que ayuden a promover soluciones dentro de la familia es muy importante ya que el papel de los adultos es en gran parte la base que permitirá el crecimiento y desarrollo intelectual y afectivo. Por lo tanto, trabajar conociendo las realidades en las que vive e chico/a, favorece el crecimiento de éste y de todos.*

*En el caso de Rita, el tiempo de hospitalización permitió:*

*- Elaboración del diagnóstico y diagnóstico diferencial*

*- Crear un clima de colaboración que permitió la base para un posterior trabajo psicoterapéutico. Demanda terapéutica.*

- *Mantener la situació controlada tanto en el nivel relacional como en los aspectos médicos, de forma que la misma familia empezara a trabajar en base a un cambio más profundo. Esto solo puede ocurrir si la situación de desbordamiento está controlada.*
- *Planificar las intervenciones necesarias para la evolución del caso*

La evolución de Rita fue positiva. Después del alta hospitalaria se reemprende el trabajo psicoterapéutico en el ambulatorio de S.M.I. y se siguen las visitas médicas con el pediatra.

El caso ha seguido una evolución positiva. En este momento podemos formular el problema, ya no tan solo como una AN sino como dificultades más suaves que se van tratando en la medida en que la PI y su familia las van aportando .

Las sesiones terapéuticas han tenido una frecuencia diferente dependiendo del momento en que se encontraba el tratamiento. La programación de las visitas ha sido desde una sesión semanal, a sesiones quincenales, hasta la actualidad que son convocatorias mensuales. Estas han sido tanto individuales como con toda la familia.

En este momento, la situación esta muy avanzada t se plantea programar unas visitas de seguimiento más espaciadas en el tiempo.

C

*Lo que nos parece importante señalar es que más allá de que sea necesario o no un ingreso al Centro Especializado del Valle Hebrón, los primeros contactos con los servicios de primaria son fundamentales para poder abordar en un segundo momento la relación terapéutica. En nuestro caso y debido a la situación geográfica de nuestro Servicio esta necesidad se hace todavía mas evidente ya que la distancia condiciona el que los pacientes ingresados en el vall Hebrón puedan luego seguir el tratamiento en el centro dónde estuvieron ingresados*

### 3) **Metodología del ingreso en el trabajo coordinado de Pediatría y Salud Mental Infantil**

Se trata de una decisión tomada en conjunto con un miembro del ESMI; la responsabilidad es de Pediatría. La familia participa en el cuidado y atención de su hijo/a según los acuerdos pactados previamente entre el equipo médico y los familiares.

Aplicamos una pauta adaptada a la situación de nuestro hospital:

- Habitación individual con baño
- Equipo de enfermería no especializada en salud mental y sobrecargada de trabajo (enfermos geriátricos, quirúrgicos, ginecológicos etc.)
- Imposibilidad de una vigilancia continuada

Evaluación previa:

- Cumple los criterios de ingreso
- No cumple los criterios de derivación a un centro de referencia
- El paciente y sus familiares están de acuerdo con el ingreso

**a) Criterios de ingreso de hospitalización:**

a.a) Criterios necesarios para la hospitalización

(Vall Hebrón Dra. Anna Bielsa, 6/1997; Beumont 1993; Madruga 1994)

- pérdida > 30 % peso anterior
- ICM < 17 (corregido por la edad)
- rápida pérdida de peso
- cronicidad sin resultados terapéuticos o recaídas graves
- 4/5 meses de amenorrea
- aspectos psicosociales
  - actitud grave
  - padres de poco poder
- complicaciones médicas
  - FC 44/min.
  - Temp. Corp. < 36 C
  - Tensión sistólica < 70 mmHg
  - Potasio sérico < 2,5 mmol/l
  - Alteraciones ECG
  - Petequias; edemas etc.

a.b) Criterios de derivación urgente a un centro de referencia:

- Paciente psicótico, con delirium o comatoso
- Riesgo de autolisis
- Arritmia cardíaca o sospecha de insuficiencia cardíaca
- Situación metabólica la que puede requerir la asistencia de un servicio de cuidados intensivos

a.c) Criterios de derivación secundaria a un centro de referencia:

- Aparición de un criterio de derivación urgente
- Incapacidad del paciente de cumplir el nuestro programa de tratamiento hospitalario

## **b) Tratamiento durante el ingreso:**

### **Fase I**

- Contacto telefónico con el centro de referencia (avisamos que tenemos un paciente con AN ingresado)
- Diagnostico diferencial
- Establecer unas hipótesis diagnósticas de trabajo

### **Fase II**

- Contrato de trabajo con el paciente y su familia

### **Fase III**

- Estabilización y tratamiento de la desnutrición
- Profundizar el contacto con el servicio de salud mental
- 7 - 10 días

### **Fase IV**

- Tratamiento de la malnutrición
- Ganancia ponderal, psicodiagnóstico y psicoterapia al pie de la cama, aplicación de psicofármacos. (Si es necesario)
- 3-5 semanas

### **Fase V**

- Transición a casa y colegio

### **Fase VI**

- Tratamiento ambulatorio y seguimiento (frecuencia mínima 2-3 por semana inicialmente)

## **4)Conclusiones**

Una de las necesidades primordiales, que desde el espacio de coordinación entre equipos nos pareció necesaria, fue el conocimiento de los recursos de asistencia y la utilización de los servios. En este caso, la utilización del hospital comarcal con el servicio de Pediatría como recurso previo a la derivación al centro de referencia especializado.

Dentro de esta línea de trabajo hemos valorado las situaciones en las que puede ser conveniente la utilización del hospital:

1. Para el diagnóstico diferencial de aspectos orgánicos dentro de las posibilidades del hospital
2. Para interrumpir una dinámica explosiva y/o conflictiva del PI respecto a su familia o institución
3. Cuadros orgánicos con componentes psicológicos
4. Situaciones psico-sociales que desbordan la capacidad familiar para instaurar una medicación
5. Cuando la indicación de derivación al centro de referencia no es muy clara y es conveniente tener un tiempo de valoración.

De nuestra experiencia con los casos de AN que hemos trabajado conjuntamente nos gustaría señalar:

1. Trabajar desde los distintos servicios de atención infanto-juvenil evitando la duplicidad en las prestaciones asistenciales. Elaborar entre los equipos un proyecto único de intervención para el/la paciente y su familia.
2. Utilizar los niveles de atención secundaria sólo cuando la asistencia primaria no es suficiente para la evolución positiva del caso, y aún así valorar y reflexionar en los espacios de coordinación sobre las posibilidades que ofrecen los recursos de la zona.
3. Más allá de la derivación en nuestra experiencia hemos constatado, que si el trabajo hecho previo a la derivación se basa en una relación sólida y de confianza, el traspaso al centro de referencia es menos traumático y se entiende como una intervención más dentro del proceso terapéutico.

## 5) BIBLIOGRAFÍA

Asen E, Tomson P.

“Intervención familiar. Guía práctica para los profesionales de salud”Ed. Paidós. 1997

Ausloos G

“La competence des familles”

Ed. Hérès. 1995

Beumont PJV, Russell JD, Touyz SW. Treatment of anorexia nervosa. The Lancet 1993; 341: 1635 - 1640

Ciucci M, Scamperle S. , Todini G.

“Come nasce una terapia sistemica. Il rapporto circolare tra domande e risposta.”  
Psicoobiettivo. Volume decimo 2. 1989

Comerci GD. Eating disorders: Evolving, Controvertible, and Irresolute Issues. *Pediatric Annals* 21:11/Nov 1992: 711 - 715

Garner D. Pathogenesis of anorexia nervosa. *The Lancet* 1993; 341: 1631 - 1635

Madruga D, Morande G, Martinez J. El pediatra y la Anorexia Nerviosa. *An Esp Pediatría*. 1991; 34: 62 - 67

Madruga D, Morande G. Protocolo psicopediátrico en el tratamiento hospitalario de la Anorexia Nerviosa. *Actualidad nutricional* Nr. 17: El pediatra y los trastornos del comportamiento alimentario. 1994

Masip I “Moure’s entre conflictes” *SERGI* 1996

Rather G, Messner K. Detection of eating disorders in a small rural town: an epidemiological study. *Psychol Med* 1993; 23: 175 - 84

Sargent J. Teaching Housestaff about Eating Disorders. *Pediatric Annals* 21:11/Nov 1992: 720 - 727

Von Walter J et al. Echokardiografische Veränderungen bei Patienten mit Anorexia Nervosa. *Monatsschr Kinderheilkd* 1996; 144: 1342 - 1351

Zuckerman B. *Pediatría preventiva*. Nuevos modelos para proporcionar los servicios sanitarios requeridos. *Pediatrics* (ed..esp.) Vol.39, núm. 5.1995: 271 - 275