

ORIGINALES Y REVISIONES

Trastornos de la conducta alimentaria en niños y adolescentes

RESUMEN: Los TCA son una realidad clínica. La epidemiología de los TCA plantea una pregunta: esta «epidemia» ¿es más aparente que real? Los datos sugieren que no existe evidencia de un incremento de las tasas de incidencia de la anorexia nerviosa. La Prevención Primaria de los Trastornos Mentales en la infancia y en la adolescencia representa una intervención de gran importancia, pero la prevención primaria de los TCA ¿puede ser más perjudicial que beneficiosa? **PALABRAS CLAVE:** Trastornos de la conducta alimentaria, infancia, adolescencia, epidemiología.

SUMMARY: EDs in children and adolescents are an important clinical issue. Some epidemiological approach explain the EDs as «epidemic» proportions, but this conclusion, is it more apparent than real? There is no evidence that the EDs have reached epidemic proportions. The Primary Prevention of Mental Disorders in Children is an important intervention, but Primary Prevention of EDs, Might it do more harm than good?

KEY WORDS: Katind disorders, children, adolescent, epidemiology.

Los Trastornos de la Conducta Alimentaria (T.C.A.) son uno de los problemas en Salud Mental que acaparan la atención de los profesionales y de los medios de difusión, llegando para algunos a tener tintes de alarmante fenómeno epidémico. Los factores que influyen en que este trastorno adquiera tal nivel de preponderancia o de moda, son múltiples y complejos y no todos precisamente de índole científica o médica.

Entre la multiplicidad de factores hay quienes, llevados por la necesidad de afirmación y de rápido prestigio, precisan de creencias dogmáticas y certezas absolutas. No parece que está el horno de la Psiquiatría –reflejo de todo campo científico– como para «bollos» de este tipo, sino para que humilde y firmemente sigamos abiertos al debate y al interrogante, al trabajo interdisciplinar; en una palabra, a que sin caer en dogmatismos, reduccionismos o claudicaciones, sigamos aprendiendo de la práctica clínica de forma metódica y rigurosa.

En esta línea, queremos contribuir a una reflexión sobre el tema, partiendo de nuestra experiencia desde un modelo de salud mental comunitaria, en torno a tres vertientes; a) Clínica, planteando qué entidad tienen los T.C.A., si corresponden con un trastorno psicopatológico independiente, (como ciertas clasificaciones al uso nos los quieren presentar y donde lo descriptivo y sintomatológico ha tomado categoría de enfermedad), o es un síntoma o un síndrome que remite a etiologías y cuadros mórbidos subyacentes o acompañantes; b) Epidemiológica, valorando la incidencia y prevalencia que tienen estos fenómenos y si las estadísticas que se difunden reflejan la realidad; así como si este fenómeno es tan actual y de moda como se nos quiere mostrar; c) Asistencial, las alternativas asistenciales posibles,

tanto en la tendencia a crear unidades específicas y patográficas, como otras formas asistenciales diversas en el marco de la psiquiatría de sector y comunitaria.

Material y métodos

Se realiza el estudio de los pacientes atendidos por T.C.A. en las unidades de Salud Mental infanto-juvenil de Avilés y La Coruña.

A. Unidad de Salud Mental I-J. de Avilés

Atiende a la población infantil hasta 15 años de su área sanitaria (169.000 habitantes de población global). Realiza funciones ambulatorias, interconsulta y enlace con Atención Primaria y con el Hospital Universitario, así como hospitalización en el citado Hospital Universitario del Área Sanitaria. Se dispone de Registro Acumulativo de Casos Psiquiátricos (RACP) y se recogen en el estudio los pacientes remitidos por T.C.A. en los dos últimos años, cuyas edades oscilan entre 11 y 17 años.

La línea de actuación se basa en el modelo de Salud Mental comunitaria, en trabajo integrado, en equipo e interdisciplinario en una área sanitaria sectorizada.

B. Unidad de Salud Mental I-J. Intrahospitalaria de La Coruña

Atiende a la población infanto juvenil hasta los 16 años, de una parte del área sanitaria (170.000 habitantes aproximadamente) así como la interconsulta del hospital materno infantil. Los ingresos se efectúan en el propio servicio de pediatría del Hospital.

Se recogieron en el estudio realizado, los casos de T.C.A. desde el año 1990 a 1997 que habían sido atendidos por nuestro servicio y remitidos por los equipos de Atención Primaria, especialistas o bien por el servicio de pediatría del Hospital en interconsulta y enlace. El trabajo asistencial se basa en el modelo de Salud Mental Comunitario en equipo e interdisciplinario siguiendo el Decreto del Plan de Salud Mental de la Comunidad Autónoma de Galicia (1995). En ambos casos cabe destacar que la hospitalización es una medida terapéutica integrada y coordinada con el resto de medidas y dispositivos terapéuticos dentro del área sanitaria, sin crear unidades específicas o patográficas ni de referencia. El paciente es atendido por el equipo pediátrico y el de interconsulta de Salud Mental infanto-juvenil de forma interdisciplinaria.

Resultados

A. Unidad de Salud Mental I-J. de Avilés

Las Figs. 1 y 2 evidencian que del total de casos remitidos en el período estudiado con la presunción de un TCA (29), sólo el 72,4% (22 de entre ellos) reunían las características de los criterios de la CIE-10. De los cuatro casos de varones tres eran severos cuadros de Trastornos Obsesivo-compulsivos (TOC); el otro caso tenía una organización de la personalidad de tipo esquizoide. Entre las chicas los cuadros clínicos eran más variados (tabla I): los trastornos depresivos (33,3%) y los cuadros histéricos (27,8%) fueron mayoritarios, pero no hay que olvidar los trastornos fobo-obsesivos y los trastornos vinculares (16,6% cada uno de ellos) y un caso con un trastorno narcisista de la personalidad.

La necesidad de ingreso estuvo motivada por una sumación de criterios, fundamentalmente de alteración severa de los patrones nutricionales y metabólicos-biológicos, acompañados de alteraciones relacionales importantes y baja tolerancia a la situación en el contexto familiar; dicho ingreso se realizó en 8 casos (36,3% de los casos afectos de TCA con criterios CIE-10). La estancia media de hospitalización fue de 43,2 días (Fig. 2), por contemplar en el ingreso el doble abordaje: nutricional y psicoterapéutico.

B. Unidad de Salud Mental I-J. de La Coruña

En la Fig. 3 se observa el número total de casos atendidos a lo largo del período de tiempo estudiado, remitidos con un TCA y que fueron un total de 34, representando una tasa de prevalencia atendida del 1% aproximadamente.

La edad máxima de los casos fue 15 años, mientras que los 13 años (9 casos) y los 12 años (7 casos) representaron las edades de mayor frecuencia en la consulta. En este grupo se diagnosticaron como Anorexia, con criterios CIE-10, 18 casos (52%), lo que supuso una tasa de prevalencia atendida del 0,6% aprox. La relación chicas/chicos fue de 8/1. Los trastornos mentales de base en el caso de los 2 varones fueron TOC. En las chicas dominaban los cuadros afectivos, vinculares y trastornos de personalidad. La sintomatología y expresión clínica de los 18 casos de Anorexia se resumen en la Fig. 4, destacando con cifras superiores al 60% los siguientes síntomas: Restricción alimenticia (100%); Buen rendimiento escolar (88%); No conciencia de enfermedad (83%); Distorsión de la imagen corporal y Amenorrea con el 78%; Disforia y Manipulación de la comida (p.e. esconder, tirar, comer caprichos a escondidas) con el 66%.

Se precisó realizar un ingreso en el Servicio de Pediatría en 9 casos (50%) de los diagnosticados como anorexia y la estancia media fue de 21 días, con un mínimo de una semana en un caso y un máximo de un mes en tres casos. Como dato

de interés se expresa el tiempo de tratamiento total de los 18 casos, que osciló entre 1 y 3 años (Fig. 5) y en el que abandonaron el tratamiento o precisaron derivación a otro servicio 4 casos (22,2%).

Discusión y comentario

De los casos remitidos como Anorexia el 72,4% de los pacientes atendidos en la U.S.M. de Avilés y un 52,9% en la U.S.M. de La Coruña reúnen los criterios del CIE-10, lo cual coincide con el criterio de otros autores respecto de la necesidad de estudios más rigurosos, epidemiológicos y clínicos, sobre este tema (20, 31, 58).

La necesidad de ingreso hospitalario ha sido aproximadamente de un 25 a 30% de los casos tratados y la estancia media de hospitalización ha sido de menos de 1 mes a 40 días, aunque estas cifras vienen muy determinadas por el tipo de dispositivos y asistencia prestada, el modelo comunitario y sectorizado de atención, el seguimiento y continuidad de cuidados y el trabajo interdisciplinario. Las intervenciones terapéuticas han sido las propias del modelo de atención en Salud Mental Comunitario, en equipo interdisciplinario, integrado e integral (preventivo, asistencial, continuidad y seguimiento) sin ruptura ni discontinuidad de cuidados y actuando sobre el niño y su medio sociofamiliar y escolar. Las técnicas terapéuticas se adaptan a cada caso en particular: desde la psicoterapia, a la farmacoterapia, terapia de familia, medidas psicoeducativas, etc. Teniendo siempre en cuenta la atención al conflicto psicopatológico de base, así como la situación y condiciones del medio interactuante.

Disponer de un modelo comunitario de atención y un área delimitada de población, así como de interconsulta hospitalaria, y la posibilidad de un trabajo interdisciplinario y de coordinación con la atención Primaria y hospitalaria pediátrica, ha permitido un trabajo que supone:

- a) Reducir las necesidades de hospitalización.
- b) Menor estancia media hospitalaria.
- c) Favorecer y garantizar la continuidad y seguimiento del caso.
- d) Evitar la ruptura y la discontinuidad en las medidas terapéuticas.
- e) Actuación y trabajo sobre el paciente y su medio.
- f) Contemplar e intervenir sobre los distintos factores y elementos bio-psicosociales que interactúan sobre el caso.
- g) Precisar los aspectos de comorbilidad y multiaxialidad de las patologías subyacentes, desarrollando estudios longitudinales y cofactoriales de cada caso.
- h) Tener un equipo de referencia y responsable del caso en la propia área sanitaria a lo largo del proceso, dentro de la interdisciplinaridad y coordinación necesaria con otros equipos.

i) Estudios epidemiológicos de campo y seguimiento, longitudinales y de R.A.C.P.

j) Evaluación de objetivos, estudios de necesidades, así como programas sanitarios en coordinación con la Atención Primaria, Escuela y Servicios Sociales.

En base a nuestra casuística, creemos necesaria una mayor profundización sobre la creación de Unidades Específicas para los T.C.A. como medidas asistenciales prioritarias y apriorísticas. Estimamos que si se dispone de una red de unidades de S.M. infanto-juvenil sectorizadas y multidisciplinarias, coordinándose con los servicios de atención primaria y hospitalaria, así como de otros dispositivos (Hospital día, etc.) y personal suficiente, las necesidades de unidades específicas se verían reducidas a aquellos casos de extrema gravedad y particularidad o dificultades concomitantes o comórbidas muy determinadas, al igual que puede suceder con otros procesos psicopatológicos graves que requirieran igualmente medidas más específicas.

Para la creación de dichas Unidades específicas, máxime cuando no existen en la mayoría de las áreas sanitarias un desarrollo global y elemental de las necesidades asistenciales en S.M. para los niños y adolescentes, es preciso una seria y profunda valoración, ya que la prioridad de las unidades sintomáticas o patográficas en la edad pediátrica está cuestionada por diversos autores, ya que esto representaría aislar un trastorno como paradigmático en detrimento de un criterio global de atención a la totalidad de los trastornos mentales que acontecen en el proceso del desarrollo del niño/a y adolescente.

Una de las razones de la proliferación del modelo de unidades específicas en ciertos países como, p. e., U.S.A., viene determinada (además de tener desarrollados los servicios asistenciales en S.M. de niños y adolescentes) por la propia necesidad de financiación de la asistencia sanitaria por medio de aseguradoras múltiples y privadas. Se ven así obligadas, las citadas aseguradoras, a ofrecer técnicas específicas que se ofertan con el fin de que repercutan en el pago de las cuotas de cobertura asistencial por parte de los mutualistas. Proliferan así unidades específicas por patologías, pues se convierten de esta manera en fuente de financiación del sistema en su conjunto: a mayor oferta parcelada, mayor cuota debe satisfacer el cliente al pagar por cada una de las parcelas por las que reclama una eventual asistencia. Este esquema no rige, ni es preciso, allí donde como en nuestro país u otros hay un sistema nacional de salud con aseguramiento único.

Es necesario poder clarificar *clínicamente* si los T.C.A. son un síntoma, un síndrome o un cuadro clínico autónomo. En nuestra experiencia hemos señalado que aunque no podemos precisar que estos trastornos remitan a una entidad psicopatológica precisa o única, sí existen vías de estudio que nos permiten, —como ya otros autores reflejan—, orientarnos a relacionarlos con los trastornos afectivos; del vínculo; personalidad, psicósomáticas y adictivos. En este contexto afirmamos

que los T.C.A. son una forma de expresión de la psicopatología subyacente y no solamente una mera comorbilidad.

Podemos señalar algunas razones que están favoreciendo las *imprecisiones conceptuales* de estos procesos y potenciando la confusión dominante.

1. La presión de la «moda» en diagnosticar los T.C.A. como alternativa a otras formas de presentación de los trastornos mentales en la adolescencia. Lo que en épocas pretéritas, los conflictos relacionales en esta etapa, se solventaban con fugas del domicilio parental, o por conductas parasuicidas o disociales, en el momento actual se expresan como T.C.A. Entendamos además lo que la comida representa como función social y forma de comunicación e intercambio –la comensalía– así como de relación. Añadamos a ello el impacto del culto al cuerpo, las dietas, modelos de belleza, etc.

2. El prestigio de este tipo de enfermar frente al de presentar cuadros psicopatológicos marcados como mentales o psiquiátricos. La resistencia a ser ingresados o tomados como enfermos mentales, hace que se focalicen en los T.C.A. como entidad específica, eludiendo toda referencia psíquica, mental o psiquiátrica.

3. El prestigio profesional del «superespecialista» en base a la atomización del saber y a un falso mimetismo pseudocientífico que confunde las causas por los efectos, la parte por el todo, ensalzando el síntoma a la categoría de totalidad, sin comprender los principios básicos de la enfermedad y de la medicina. Esto supone, como refiere C. Fischler, el aumento de los «anorexólogos».

Hay, asimismo, otras consecuencias de importancia que debatir respecto a la eficacia, eficiencia y efectividad de la creación de unidades específicas; no vamos a entrar en detalles ni análisis en este trabajo ya que han sido desarrolladas en otros estudios precedentes. Baste señalar que las unidades específicas para T.C.A. no son eficaces, tienen poca eficiencia y la efectividad es dudosa, tanto para los clientes internos como para los clientes externos.

En relación a los *datos epidemiológicos* y la categorización de la anorexia en tanto «fenómeno moderno», autores como C. Fischler y otros nos replantean la significación y antecedentes históricos de los T.C.A. Si con Lasegue (1873) y W. Gull (1874) aparecen las primeras descripciones clínicas de la anorexia como tal término, no es menos cierto que ya R. Horton en 1689 describía un cuadro clínico denominado «consumpción nerviosa» que correspondía con la descripción actual de anorexia.

Otros autores como Bell, Guillet, Brumber, Raimbault, etc. en estudios más recientes señalan el caso de las santas ayunadoras místicas del Medievo; o las ayunadoras prodigiosas del siglo XVI renano flamenco; las *fasting girls* anglosajonas de los siglos XVIII y XIX, retomando de C. Fischler: «Santidad en la Edad Media, enfermedad en la época contemporánea, da la impresión que las mismas manifestaciones toman un sentido diferente según las épocas y los contextos culturales... misticismo, herejía, posesión diabólica, histeria, anorexia mental... El contexto

Social modifica profundamente el sentido atribuido al fenómeno mismo. Antes místicas, ayunadoras, histéricas... hoy rebeldes, víctimas de la ideología moderna del culto al cuerpo y la delgadez... búsqueda de la perfección imposible e inalcanzable, antes místicos religiosos, hoy consumistas y hedonistas...».

Respecto a la *investigación* en el campo de la Anorexia cabe destacar que el incremento de trabajos y publicaciones no siempre corresponden al rigor y clarificación de lo tratado. Muchos de ellos se limitan a exponer lo que está preestablecido y un cierto seguidismo de la moda y de publicar «al día»; otros trabajos son sólo de tipo descriptivo y parcelar; pocos hacen una investigación sobre población general y a diversos niveles asistenciales, limitándose a analizar los casos derivados al propio servicio; abundan revisiones de trabajos realizados recogiendo el material de archivos sin seguimiento; o sobre encuestas y cuestionarios sin trabajo clínico de casos; hay confusión de causa-efecto en resultados y conclusiones, etc. Se echan en falta estudios referidos a la práctica clínica y de campo, sobre una población y territorio concreto y delimitado que permitan aportar tasas de incidencia y prevalencia, estudios de seguimiento y el empleo de R.A.C.P. para seguimiento longitudinales y estudios que contrasten y evalúen modelos y técnicas desarrolladas.

Conclusiones

I. Respecto a la entidad de los T.C.A.

Los T.C.A. son un síndrome que responde a causas multifactoriales, pero que no representa un proceso o cuadro clínico aislado. Estos trastornos alimenticios presentes desde la primera infancia hasta el adulto, representan formas relevantes de expresión mórbida que remiten a procesos psicopatológicos subyacentes, siendo preciso abrir líneas de investigación en la dirección de la patología del vínculo; de los trastornos afectivos; procesos psicosomáticos; trastornos de personalidad, etc.

Los T.C.A. son formas actuales de expresión de ciertos procesos mórbidos, permiten abordar las características de cada época histórica y el impacto de las formas socioculturales existentes sobre la manera de manifestarse. Parece más pertinente hablar de multiaxialidad en el sentido de la psicopatología del desarrollo que simplemente de comorbilidad. En el primer caso se plantean facetas diversas del fenómeno, mientras que la comorbilidad sólo hace referencia a concurrencia en el tiempo o en un sujeto determinado.

II. En referencia a la Epidemiología

Existen escasos estudios epidemiológicos con metodología rigurosa (en doble fase) y referidos a población general.

No puede decirse por los datos disponibles que los T.C.A. representan una «epidemia». Lo que sí hay son más «anorexólogos» y formas propias de expresión en este sentido, de presentarse diversos procesos psicopatológicos.

El incremento de casos de T.C.A. podríamos atribuirlo, entre otros motivos, al cambio efectuado en: a) criterios diagnósticos, con mayor precisión y utilización de nuevos sistemas de clasificación y atribución; b) mayor sensibilidad de los servicios médicos generales y su derivación a los servicios especializados; c) cambios en los criterios de atención hospitalaria con la creación de unidades específicas que focalizan y determinan parte de la demanda.

Alarma social y canalización de la demanda como algo específico reduciéndolo a lo alimentario, eludiendo o ignorando la significación de los cuadros psicopatológicos.

III. Referente a la asistencia

Necesidad de estudios en profundidad acerca de la pertinencia o no de creación de unidades específicas para abordar los T.C.A., con el peligro de crear así redes paralelas y servicios especiales como medida prioritaria, frente a la atención al conjunto de la población infanto-juvenil.

La intervención asistencial debe basarse en una visión interdisciplinar de actuaciones donde las medidas terapéuticas partan, como en cualquier otro proceso psicopatológico, del caso por caso y desde el marco de la atención global de las patologías en estas edades, garantizando actuaciones preventivas, asistenciales y continuidad de cuidados, de forma integrada, sectorizada y disponiendo de los dispositivos y recursos tanto ambulatorios como intermedios y de hospitalización en el área sanitaria, así como en el marco comunitario, que permita abordar la problemática bio-psico-social de cada paciente afecto de un trastorno mental.

Figura 1

Casos de TCA en Avilés

Fig. 1a. Sexo y edad de casos remitidos por TCA. N=29

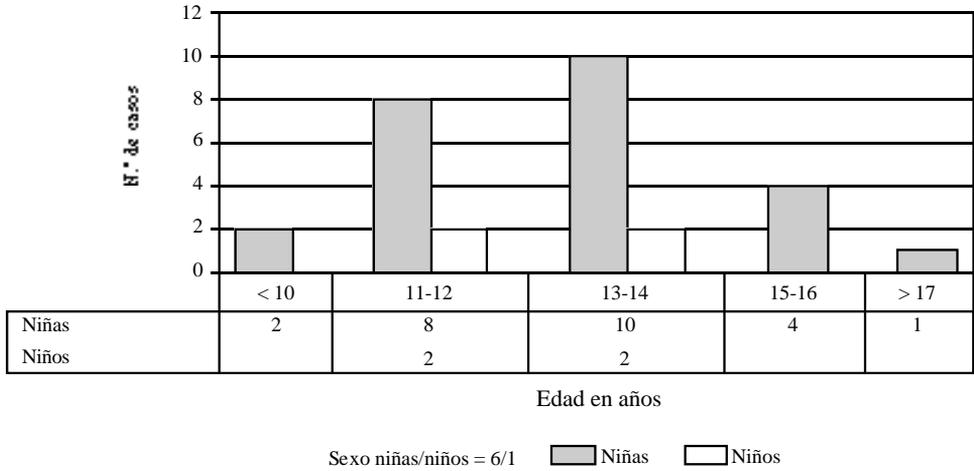


Figura 1b. Sexo y edad de casos con TCA: CIE-10. N=22 (72,4%)

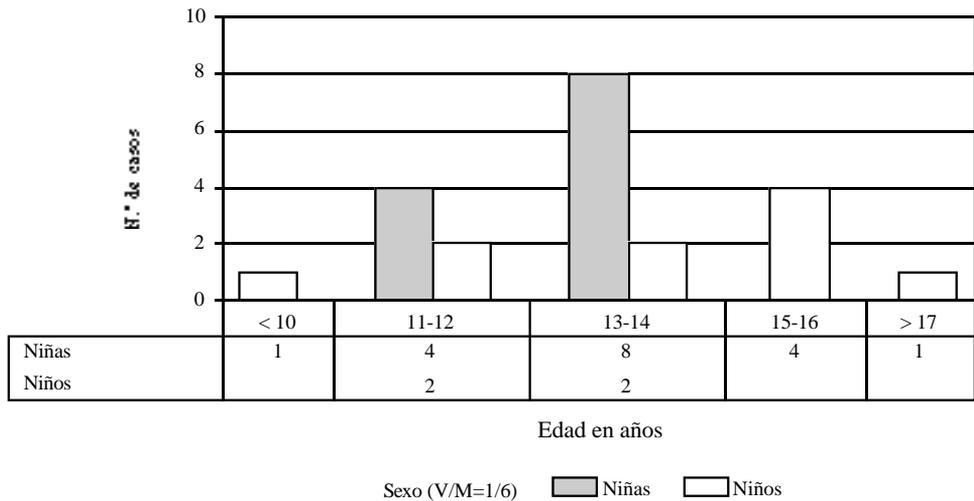


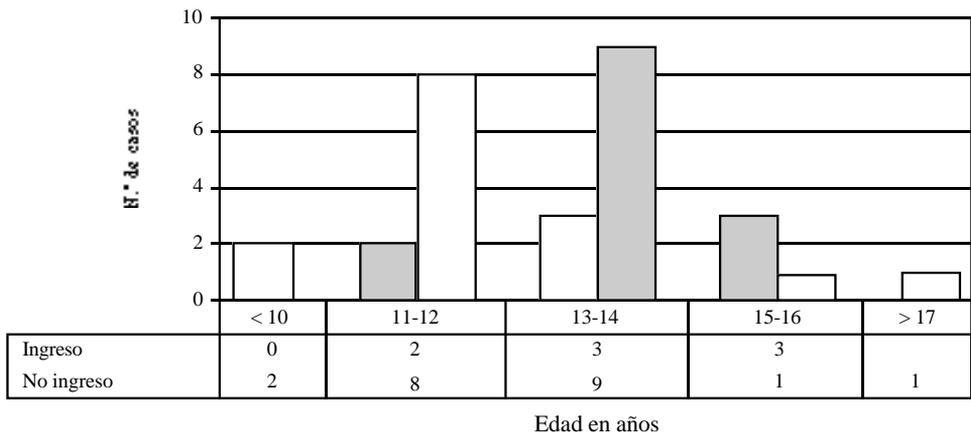
Tabla I

Trastornos psicopatológicos que dominaban el cuadro

Tipo trastorno	Número
Chicos: TOC	3 (75%)
Personalidad esquizoide	1 (25%)
Chicas:	18
1) Personalidad narcisista	1 (5,6%)
2) Tr. Vincular	3 (16,6%)
4) Tr. Fobo-obsesivo	3 (16,6%)
4) Histeria	5 (27,8%)
5) Tr. Depresivo	6 (33,3%)
Ingresos:	8 (36,3%)
Desnutrición + alteraciones	
Análíticas + trs. relacional	

Figura 2

Ingreso hospitalario en TCA: Servicio Pediatría. N=18 (36,3%)



Estanc. media: 43,2 d. Ingreso No ingreso

Figura 4

Expresión clínica de TCA. N=18

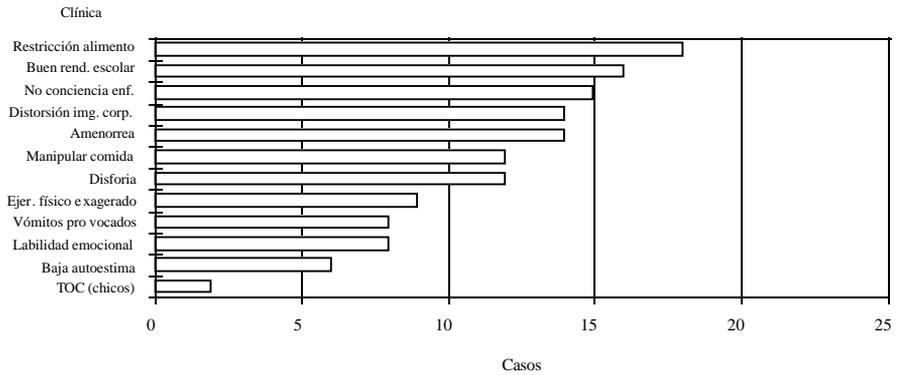
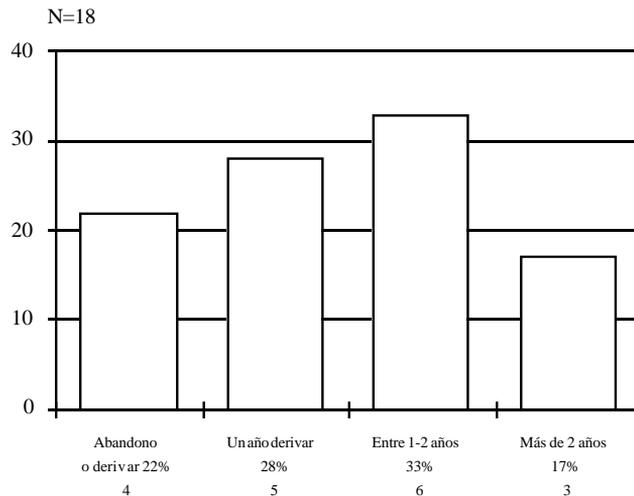


Figura 5

Tiempo total de tratamiento TCA



BIBLIOGRAFÍA

- (1) ALONSO FERNÁNDEZ, F., *Las adicciones sin drogas*, Madrid, Conferencia inaugural de la Real Academia Nacional de Medicina, 1995.
- (2) AMERICAN PSYCHIATRY ASSOCIATION, *DSM-IV*, Barcelona, Masson, 1993.
- (3) AMERICAN PSYCHIATRY ASSOCIATION, *Directrices para la práctica clínica de los trastornos de la conducta alimentaria*, Barcelona, Edika, 1995.
- (4) BACKLAR, P., «Ethics in Community Mental Health Care», *Community Mental Health Journal*, 1997, 33, pp. 261-268.
- (5) BRUSSET, B., *L'assiette et le miroir: L'anorexia mentales de l'enfant et de l'adolescent*, Toulouse, Privat, 1991.
- (6) BUCK, C.; MATOT, J. P., «Hospitalization en pédiatrie d'enfants ou adolescents présentant une problématique psychologique ou/et sociale», *Neuropsychiatr. Enfance Adolesc.*, 1996, 44.
- (7) CARTER, J. C., y otros, «Primary Prevention of Eating Disorders: Might it do more harm than good?», *Int. J. Eat. Disord.*, (en prensa).
- (8) COLE-DETKE, H.; KOBAK, R., «Attachment Process in Eating Disorder and Depression», *J. Consulting and Clinical Psychol.*, 1996, 64, 2, pp. 282-290.
- (9) CONDE, V.; BALLESTEROS, C., «La psicopatología y la psiquiatría infanto juveniles desde la perspectiva de la psiquiatría del adulto», en RODRÍGUEZ-SACRISTÁN (ed.), *Psicopatología del niño y del adolescente*, Sevilla, Ediciones de la Universidad de Sevilla, 1995, tomo II, pp. 1.017-1.070.
- (10) DÍAZ-ATIENZA, J., «Acontecimientos vitales en anorexia nerviosa frente a controles sanos y adolescentes con depresión», *An. Psiquiatría*, 1998, 14, 3, pp. 107-115.
- (11) FAIRBURN, C. G., y otros, «Risk Factors for Bulimia Nervosa», *Arch. Gen. Psychiatry*, 1997, 54, 6, pp. 509-17.
- (12) FAVA, M., y otros, «Eating Disorders symptomatology in Major Depression», *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 1997, 185 (3), pp. 140-144.
- (13) FICHLER, C., *El (h)omnívoro: El gusto, la cocina y el cuerpo*, Barcelona, Anagrama, 1995.
- (14) FOMBONNE, E., «Anorexia Nervosa: No evidence of an increase», *Br. J. Psychiatry*, 1995, 166, pp. 462-471.
- (15) GARFINKEL, P. E.; GARNER, D. M., *Anorexia Nervosa. A Multidimensional Perspective*, Nueva York, Basic Books, 1982.
- (16) HALMI, K. A., «Models to conceptualize Risk Factors for Bulimia Nervosa», *Arch. Gen. Psychiatry*, 1997, 54, 6, pp. 507-508.
- (17) HERZOG, D. B.; NUSSBAUM, K. M.; MARMOR, A. K., «Comorbidity and outcome in Eating Disorders», *The Psychiatric Clinics of North America*, 1996, 19, 4, pp. 843-859.
- (18) HILL, P., *Adolescent Psychiatry*, Londres, Churchill Livingstone, 1989.
- (19) HSU, J. K. G., «Is weight phobia always necessary for a diagnosis of anorexia nervosa?», *Am. J. Psychiatry*, 1993, 150, pp. 1.466-1.471.
- (20) HSU, J. K. G., «Epidemiology of the Eating Disorders», *The Psychiatric Clinics of North America*, 1996, 19, 4, pp. 681-700.
- (21) INSALUD, *Programa de atención de los trastornos de la conducta alimentaria*, Madrid, Ministerio de Sanidad y Consumo, 1995.
- (22) JEAMMET, PH., «L'anorexique et son corps. De l'idéal à la destruction», *Revue Française de Psychanalyse*, 1997, 1, pp. 146-167.
- (23) JEAMMET, J., *La toma a cargo psicoanalítico en los TCA*, Madrid, Jornadas de AETCA, 1997.

- (24) JELLINEK, M. S.; HERZOG, D. B., *Psychiatric aspects of General Hospital Pediatrics*, Chicago, Year Book Medical Publishers, 1990.
- (25) KESTEMBERG, E.; KESTERMBERG, J.; DECOBERT, S., *El hambre y el cuerpo*, Madrid, Espasa Calpe, 1976.
- (26) KREISLER, L., «Le nouvel enfant du desordre psychosomatique», *Confrontations Psychiatriques*, 1988, 24, pp. 221-250.
- (27) LADAME, F.; JEAMMET, PH., *La Psychiatrie de l'adolescence aujourd'hui*, París, PUF, 1986.
- (28) LÓPEZ-IBOR ALIÑO, J. J., (coord.), *CIE-10: Manual y glosario para los trastornos mentales*, Madrid, Smithkline-Beecham, 1992.
- (29) LOWE, M. R., y otros, «Restraint, Dieting, and the continuum model of Bulimia Nervosa», *Journal of Abnormal Psychology*, 1996, 105, 4, pp. 508-517.
- (30) LUCAS, A. R., «Eating Disorder 'epidemic': More apparent than real?», *Pediatric Annals*, 1992, 21, pp. 746-751.
- (31) LUCAS, A. R., y otros, «50-year trends in the incidence of Anorexia Nervosa in Rochester, Minn: A population-based study», *American Journal of Psychiatry*, 1991, 148, pp. 917-922.
- (32) MANCHI, M.; COHEN, P., «Early Childhood Eating Behavior and Adolescent Eating Disorders», *Journal Am. Acad. Child. Adolesc. Psychiatry*, 1990, 29, pp. 112-117.
- (33) MORANDÉ, G., *Atención a la anorexia nerviosa y la bulimia: ¿dónde, quién, cómo?*, Madrid, Documentos ADANER n.º 2, ADANER, 1997.
- (34) MORANDÉ, G., «Trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes ¿Una epidemia?», *An. Esp. Pediatría*, 1998, 48, 3, pp. 229-232.
- (35) PATTON, G. C.; KING, M. B., Editorial «Epidemiological study of Eating Disorders: Time for a change of emphasis», *Psychological Medicine*, 1991, 21, pp. 287-291.
- (36) PEDREIRA, J. L., *Protocolos de Salud Mental Infantil para Atención Primaria*, Madrid, ELA-ARAN, 1995.
- (37) PEDREIRA, J. L., «Los factores psicosociales en la adolescencia», en RODRÍGUEZ-PULIDO, F.; VÁZQUEZ-BARQUERO, J. L.; DESVIAT, M. (eds.), *Psiquiatría Social y Comunitaria*, Las Palmas de Gran Canaria: Instituto Canario de Estudios y Promoción Social y Sanitaria (ICEPSS), 1997, I, pp. 417-498.
- (38) PEDREIRA, J. L., «Los trastornos alimenticios en la primera infancia: sus características y formas de presentación clínica», *An. Psiquiatría*, 1998, 14, 4, pp. 171-179.
- (39) PEDREIRA, J. L., *Los Trastornos de la Conducta alimentaria: Análisis desde la Psicopatología del Desarrollo*, Madrid, Olalla, 1998.
- (40) PEDREIRA, J. L.; SUÁREZ, M. E., *Atención en adolescentes con anorexia versus anorexia en adolescentes*, Madrid, Jornada sobre TCA de AETCA, 1997.
- (41) PERAL, M.; GIJÓN, P., «Trastornos del vínculo», en ROMERO, A. I.; FERNÁNDEZ LIRIA, A., *Salud Mental*, 1990, II, Madrid, IDEPSA, 1990.
- (42) REMSCHMIDT, H., *La Psiquiatría Infantil en Europa*, Barcelona, Intervención institucional, VIII Congreso AEPIJ, 1998.
- (43) RODRÍGUEZ-SACRISTÁN, J. (ed.), *Piscopatología del niño y del adolescente*, Sevilla, Ediciones Universitarias de Sevilla, I y II, 1995.
- (44) RODRÍGUEZ-SACRISTÁN, J., y otros, «La Salud Mental en la Infancia», en RODRÍGUEZ-SACRISTÁN, J., (ed.), *Psicopatología del niño y del adolescente*, Sevilla, Universidad de Sevilla, II, 1995, pp. 1.349-1.394.

ORIGINALES Y REVISIONES

- (45) RUIZ LÁZARO, P. M., y otros, *Estudio de prevalencia de TCA en adolescentes de Zaragoza*, Barcelona, VIII Congreso Nacional de AEPIJ, 1998.
- (46) RUTTER, M., *De los hallazgos en la investigación a la práctica clínica*, Córdoba, Fundación Castilla del Pino, Juste, 1997.
- (47) SACHS, G. A., «Increasing the prevalence of advance Care Planning», Special supplement, *Hasting Center Report*, 1994, 24, 6, pp. 513-516.
- (48) SAMEROFF, A. J.; EMDE, R. N., *Relationship disturbances in early childhood: A developmental approach*, Nueva York, Basic Books, 1989.
- (49) SERRANO, I., *La planificación y niveles asistenciales en los trastornos mentales de la infancia en el Reino Unido*, Santander, Jornada de Trabajo de la Consejería de Sanidad, 1997.
- (50) SHAW, K.; RAJA, B. A., «Eating Disorders as models of Psychosomatic illness», en POWERS, P. S.; FERNÁNDEZ, R. C. (eds.), *Current Treatment of Anorexia Nervosa and Bulimia*, Basilea, Karger, 1984, pp. 143.
- (51) ETEINHAUSEN, H. C., y otros, «Follow-up studies of Anorexia Nervosa: A review of four decades of outcome research», *Psychological Medicine*, 1991, 21, pp. 447-451.
- (52) TIZÓN, J. L.; SAN JOSÉ, J.; NADAL, D., *Protocolos y programas elementales para la Atención Primaria a la Salud Mental*, Barcelona, Herder, I y II, 1997.
- (53) TORO, J.; VILARDELL, E., *Anorexia nerviosa*, Barcelona, Martínez Roca, 1987.
- (54) TORO, J., y otros, «Obsessive-compulsive disorder in Childhood and Adolescence: A clinical study», *J. Child. Psychol. Psychiatr.*, 1992, 33, 6, pp. 1.025-1.027.
- (55) TORO, J., «Los trastornos oroalimenticios», en RODRÍGUEZ-SACRISTÁN, J. (dir.), *Psicopatología del niño y del adolescente*, Sevilla, Universidad de Sevilla, I, 1995, pp. 413-428.
- (56) TREASURE, J. L.; TROOP, N. A.; WARD, A., «An approach to planning Services for Bulimia Nervosa», *British Journal of Psychiatry*, 1996, 169, pp. 551-554.
- (57) TROOP, N. A.; TREASURE, J. L., «Setting the scene for Eating Disorders, II. Childhood Helplessness and Mastery», *Psychological Medicine*, 1997, pp. 27, 531-538.
- (58) TURNBULL, S., «The demand for eating disorders care: an epidemiological study using the general practice Research Database», *British Journal of Psychiatry*, 1996, 169, pp. 705-712.
- (61) TURÓN, V. J. (ed.), *Trastornos de la alimentación: Anorexia, Bulimia y Obesidad*, Barcelona, Masson, 1997.
- (62) VANDEREYKEN, W., «The addiction model in Eating Disorders. Some critical remarks and selected bibliography», *International Journal of Eating Disorders*, 1990, 9, pp. 95-102.
- (63) VAN DER HAM, T., y otros, «Empirically based subgrouping of Eating Disorders in Adolescents: A longitudinal perspective», *British Journal of Psychiatry*, 1997, 170, pp. 163-168.
- (64) VAZ, F. J.; PEÑAS, E. M., «Personalidad límite y bulimia nerviosa: un estudio clínico», *Rev. Psiquiatría Fac. Med. Barna.*, 1998, 25, 1, pp. 10-18.
- (65) VENISSE, J. L. (dir.), *Les nouvelles addictions*, París, Masson, 1991.
- (66) VV.AA., *Clínica y tratamiento de la anorexia nerviosa en adolescentes*, Madrid, ADANER-AETCA, 1997.
- (67) VV.AA., «Research Priorities in Eating Disorders», *Psychopharmacology Bulletin*, 1997, 33, p. 3.
- (68) WEAKLEYM, M. M.; PETTI, TH.; KARWISCH, G., «Case study: Chewing Gum Treatment of Rumination in Adolescent with an Eating disorder», *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 1997, 36, 8, pp. 1.124-1.127.

(69) WEST, R., *Eating Disorders: Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa*, Londres, Office of Health Economics, 1994.

(70) WILLIAMS, P.; KING, M., «The 'epidemic' of Anorexia Nervosa: Another medical myth?», *Lancet*, 1, pp. 205-208.

(71) WOOLSTON, J. L., *Eating and Growth Disorders in Infants and Children*, Londres, Sage, 1991.



* Federico Menéndez, Psiquiatra infantil, Unidad de Salud Mental Infantil del Hospital «Juan Canalejo», A Coruña. José Luis Pedreira, Psiquiatra infantil, Unidad de Salud Mental Infantil de Avilés.

Correspondencia: Federico Menéndez. U.S.M.I. Complejo Hospitalario Juan Canalejo, Xubias de Arriba, 84. 15006 A Coruña.

** Fecha de recepción: 19-X-1998.