

REPORTE AED 2012

SEGUNDA EDICIÓN

TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

Puntos Críticos para un Reconocimiento Temprano
y Manejo de Riesgos Médicos en el Cuidado de Individuos
con Trastornos de la Conducta Alimentaria

Descargo de Responsabilidad. Este documento, creado por el Grupo de Trabajo de Normas para el Cuidado Médico de la Academia para Trastornos de la Conducta Alimentaria (AED, Academy for Eating Disorders), pretende ser un recurso para promover el reconocimiento y prevención de la morbilidad y mortalidad médica asociada a los Trastornos de la Conducta Alimentaria. No es una guía clínica exhaustiva. Este folleto fue hecho para proveer con la información basada en la mejor investigación disponible y en las mejores prácticas clínicas actuales.

Para mayor información, recursos, guías de tratamiento y bibliografía, visite: www.aedweb.org et www.aedweb.org/Medical_Care_Standards

Miembros del Grupo de Trabajo de Normas para el Cuidado Médico de la AED

Judith D. Banker, MA, LLP, FAED

Anne E. Becker, MD, PhD, SM, FAED

Ovidio Bermudez, MD, FAED

Karine Berthou, PhD

Michael Devlin, MD, FAED

Debra K. Katzman, MD, FAED

Mary Beth Krohel, MA

Beth Hartman McGilley, PhD, FAED

Diane Mickley, MD, FACP, FAED

Ellen S. Rome, MD, MPH

Susan Paxton, PhD, FAED

Edward P. Tyson, MD

Mark Warren, MD, MPH, FAED

© Copyright 2012. Academy for Eating Disorders, Deerfield, IL, USA. Todos los derechos reservados bajo las convenciones de los derechos de autor Internacional y Panamericana.

Indice

Lineamientos Clave	4
Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA)	4
Información importante acerca de los TCA	5
Signos y síntomas presentes	6
Diagnóstico Temprano	7
Una Evaluación Exhaustiva	8
Síndrome de Realimentación	12
Objetivos de Tratamiento	14
Intervención Oportuna	15
Manejo Actual	16
Acerca de la Academia para Trastornos de la Conducta Alimentaria	17

Lineamientos Clave

Los **Trastornos de la Conducta Alimentaria** son enfermedades mentales serias, con una morbilidad y mortalidad médica y psiquiátrica que puede poner en riesgo la vida en forma muy significativa, independientemente del peso del individuo. La Anorexia Nervosa (AN) en particular, tiene el rango de mortalidad más alto de cualquier trastorno psiquiátrico. El riesgo de muerte prematura es de 6 a 12 veces mayor en mujeres con AN comparadas a la población general, ajustado a la edad.

El reconocimiento temprano y la intervención oportuna, basados en un abordaje de equipo multidisciplinario (médico, psicológico y nutricional), apoyado en evidencia científica y apropiado a la etapa del desarrollo, es el ideal de cuidado médico, siempre que sea posible. Los miembros del equipo multidisciplinario pueden variar y dependerá de las necesidades del paciente y de la disponibilidad de los miembros del equipo en la comunidad del paciente. En las comunidades donde falten los recursos, se alienta a los clínicos, terapeutas y nutricionistas a consultar a la Academia para los Trastornos de la Conducta Alimentaria o a expertos en Trastornos de la Conducta Alimentaria en sus respectivas áreas de práctica.

Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA)

Para fines de este documento, los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) incluyen:

1. Anorexia nervosa o nerviosa (AN), subtipos restrictivo y atracón/purgación
2. Bulimia nervosa o nerviosa (BN), tipos purgativo y no purgativo
3. Trastornos de la Conducta Alimentaria No Especificados (TANE), incluyendo Trastorno por Atracón (TPA)

Consulte la página www.aed.org o el DSM actual o ICD10 para una descripción completa.

Información importante acerca de los Trastornos de la Conducta Alimentaria:

- Los Trastornos de la Conducta Alimentaria son enfermedades graves, con complicaciones físicas y psicológicas que ponen en riesgo la vida.
- Además de las niñas y mujeres, los TCA pueden afectar niños y hombres; niños, adolescentes y adultos; gente de cualquier estrato socioeconómico y de cualquier raza; y gente con una gran variedad de cuerpos, pesos y tallas.
- El peso no es el único indicador clínico de un TCA. La gente con peso normal, también puede tener un TCA.
- Es importante recordar que los TCA no solamente afectan mujeres en bajo peso. Cualquier situación de pérdida de peso abrupta en individuos sanos debe ser investigada para descartar la posibilidad de un TCA, incluyendo los pacientes post cirugía bariátrica. Además, la ganancia rápida de peso o fluctuaciones en el peso, pueden ser un marcador potencial de los TCA.
- Los individuos que se encuentran por encima de su rango natural de peso, pueden no estar recibiendo una nutrición correcta, y los pacientes dentro de su rango natural de peso pueden estar asociados a prácticas poco saludables, para el control del peso.
- En los niños y adolescentes, debe investigarse la posibilidad de un TCA, ante la falta de ganancia del peso o estatura esperada, y/o el retraso/interrupción del desarrollo puberal.
- Las consecuencias médicas de los TCA pueden pasar desapercibidas, aún por los clínicos más experimentados.
- Los TCA (incluyendo el TpA), pueden ser asociados con serias complicaciones médicas. Los Trastornos de la Conducta Alimentaria pueden ser asociados con un compromiso significativo de cada sistema orgánico del cuerpo, incluyendo el cardiovascular, gastrointestinal, endocrinológico, dermatológico, hematológico, esquelético y el sistema nervioso central.

Signos y Síntomas

Los individuos con trastornos de la conducta alimentaria, se pueden presentar en una gran variedad de formas clínicas. Además de los signos cognitivos y conductuales que caracterizan a los TCA, la siguiente lista son posibles signos y síntomas, que pueden ocurrir en pacientes con un TCA como consecuencia de deficiencias nutricionales, atracones, y conductas compensatorias inapropiadas como las purgaciones. Sin embargo, un trastorno de la conducta alimentaria puede existir sin ninguna queja, signo o síntoma físico evidente.

GENERAL

- Marcada pérdida de peso, ganancia o fluctuaciones
- Pérdida de peso, mantenimiento del peso o ausencia de ganancia de peso en un niño o adolescente que aún está en crecimiento y desarrollo
- Intolerancia al frío
- Debilidad
- Fatiga o Letargia
- Mareo
- Síncope
- Bochornos, episodios de sudoración

ORAL Y DENTAL

- Trauma oral / laceraciones
- Erosiones dentales y caries dentales
- Perimolisis
- Agrandamiento de las parótidas

CARDIORRESPIRATORIO

- Dolor precordial
- Palpitaciones cardíacas
- Arritmias
- Falta de aliento
- Edema

GASTROINTESTINAL

- Molestia epigástrica
- Saciedad inmediata, vaciamiento gástrico retardado
- Reflujo gastroesofágico
- Hematemesis
- Hemorroides y prolapso rectal
- Constipación

ENDOCRINO

- Amenorrea o irregularidades menstruales
- Pérdida de libido
- Densidad mineral ósea baja con riesgo incrementado de fractura de huesos y osteoporosis
- Infertilidad

NEUROPSIQUIATRICO

- Convulsiones
- Pérdida de memoria / Pobre concentración
- Insomnio
- Depresión/Ansiedad/Conductas obsesivas
- Autoagresión
- Intento suicida/Ideación suicida

DERMATOLOGICO

- Lanugo
- Pérdida de cabello
- Descoloración amarillenta de la piel
- Callos o cicatrices en el dorso de la mano (Signo de Russell)
- Pobre cicatrización

Diagnóstico Temprano

Considere la necesidad de evaluar a un individuo para descartar un TCA si presenta cualquiera de los siguientes datos:

- Pérdida / ganancia abrupta de peso
- Pérdida de peso o falla para alcanzar la ganancia de peso / estatura en un niño y adolescente, que aún continúa en etapa de crecimiento y desarrollo.
- Fluctuaciones importantes de peso
- Anormalidades electrolíticas (con o sin cambios electrocardiográficos), especialmente hipokalemia, hipocloremia, o CO₂ elevado. Un CO₂ normal elevado en presencia de un cloro normal bajo y/o un pH urinario de 8.0 – 8.5 puede ser indicativo de vómito recurrente. La hipoglicemia puede acompañar estos cambios electrolíticos.
- Bradicardia
- Amenorrea o irregularidades menstruales
- Infertilidad inexplicable
- Exceso de ejercicio o involucrarse en entrenamiento físico extremo
- Constipación en el contexto de otras conductas de dieta inapropiadas y/o comportamientos que promuevan la pérdida de peso
- Diabetes Mellitus tipo 1 y pérdida de peso inexplicable y/o pobre control metabólico o cetoacidosis diabética (DKA). Estos pacientes tienen un riesgo incrementado de desarrollar síndromes subclínicos o parciales y síndromes completos de TCA. Cambiar intencionadamente las dosis de insulina (utilizar menos dosis u omisión) llevará a una pérdida de peso, pobre control glicémico (hemoglobina A1c mayor), hipoglicemia/hiperglicemia, cetoacidosis diabética, y aceleración de las complicaciones de diabetes.
- Historia de utilización de una o más conductas compensatorias para influenciar su peso después de haber comido o cuando siente que ha comido de más o cuando ha comido en atracones, tales como vómito autoinducido, dieta estricta, ayuno o ejercicio excesivo.
- Historia de uso/abuso de supresores de apetito, cafeína en exceso, diuréticos, laxantes, enemas, ipecac, líquidos excesivamente calientes o fríos, edulcorantes artificiales, goma de mascar sin azúcar, medicamentos de prescripción médica (i.e., insulina, hormona tiroidea), psicoestimulantes, drogas de la calle, o una variedad de suplementos complementarios o alternativos.

La Malnutrición Aguda es una Emergencia Médica

Los individuos con patrones de alimentación restrictivos, en atracón o purgativos a pesar de los esfuerzos por redireccionar sus conductas, requieren una intervención inmediata. La malnutrición aguda es una emergencia médica. La malnutrición puede ocurrir en cualquier peso corporal, no solamente en bajo peso.

Una Evaluación Exhaustiva

Complete la historia incluyendo....

Evalúe:

- Rango y cantidad de pérdida/cambio en el peso
- Estado nutricional
- Métodos de control de peso

Revise:

- Conductas compensatorias (vómitos, dietas, mal uso de insulina, y/o uso de medicamentos de dieta, suplementos de venta sin receta médica, laxantes, ipecac, diuréticos, etc.)
- Ingesta dietética y ejercicio
- Historia menstrual en mujeres (terapia de reemplazo hormonal incluyendo pastillas anticonceptivas)
- Historia exhaustiva de crecimiento y desarrollo, temperamento y rasgos de personalidad.

-
- Historia familiar incluyendo síntomas o diagnóstico de TCA, obesidad, trastornos de ansiedad y del estado de ánimo, trastornos de uso y abuso del alcohol y otras sustancias.
 - Historia psiquiátrica incluyendo síntomas de trastornos del estado de ánimo y trastornos de ansiedad.
-

La exploración física debe incluir...

- Presión arterial y frecuencia cardiaca en posición supina y de pie
- Frecuencia respiratoria
- Temperatura oral (buscando hipotermia: temperatura corporal menor de 96°F/35.6°C)
- Medición de estatura, peso y determinación de índice de masa corporal (IMC); registro de peso, talla e IMC en gráficas de crecimiento para niños y adolescentes, evidenciando los cambios de mediciones previas de peso y talla.

Evaluación inicial de laboratorio

- Los estudios de laboratorio y gabinete recomendados para ser considerados en la evaluación inicial de un paciente con un TCA, además de las anomalías que pueden verse en el paciente con TCA, están descritos en la siguiente gráfica.

Estudios de Laboratorio	Potenciales hallazgos anormales en un paciente con TCA
Biometría Hemática Completa	anemia, leucocitopenia o trombocitopenia
Perfil metabólico exhaustivo, otros electrolitos y enzimas	<p>Glucosa: ↓(pobre nutrición), ↑(omisión insulina)</p> <p>Sodio: ↓(sobrecarga agua o laxantes)</p> <p>Potasio: ↓(vómitos, laxantes, diuréticos, realimentación)</p> <p>Cloro: ↓(vómitos), ↑(laxantes)</p> <p>Bicarbonato sanguíneo: ↑(vómitos), ↓(laxantes)</p> <p>Urea nitrogenada sanguínea: ↑(deshidratación)</p> <p>Creatinina: ↑(deshidratación, disfunción renal), ↓(pobre masa muscular). Normal puede estar “relativamente elevada” debido a la pobre masa muscular.</p> <p>Calcio: ligeramente ↓(pobre nutrición a expensas de hueso)</p> <p>Fósforo: ↓(pobre nutrición o realimentación)</p> <p>Magnesio: ↓(pobre nutrición, laxantes o realimentación)</p> <p>Total proteína/albumina: ↑(en malnutrición temprana a expensas de masa muscular), ↓(en malnutrición tardía)</p> <p>Bilirrubina total: ↑(disfunción hepática), ↓(disminución masa de eritrocitos)</p> <p>Aspartato aminotransferasa, Alanino aminotransferasa: ↑(disfunción hepática)</p> <p>Amilasa: ↑(vómitos, pancreatitis)</p> <p>Lipasa: (pancreatitis)</p>
Pruebas de función tiroidea	Tirotropina (TSH) normal a baja, Tiroxina (T4) normal o ligeramente baja (síndrome eutiroideo enfermo)

Estudios de Laboratorio	Potenciales hallazgos anormales en un paciente con TCA
Gonadotropinas y esteroides sexuales	Hormona luteinizante (LH) y hormona foliculo estimulante (FSH) bajas. Estradiol bajo en mujeres, testosterona baja en hombres.
Prueba de embarazo en Mujeres en edad reproductiva	Las mujeres bajas en peso pueden ovular y están en riesgo de embarazo si son sexualmente activas
Perfil de lípidos	No se recomienda como una prueba inicial de laboratorio, dado que el colesterol puede estar elevado en la malnutrición temprana o bajo en la malnutrición avanzada.
Estudios de Imagen	Potenciales hallazgos anormales en un paciente con TCA
Estudio de densidad mineral ósea	Los pacientes con TCA están en riesgo de tener una densidad mineral ósea (DMO) baja. No existe evidencia que la terapia de reemplazo hormonal (estrógeno/ progesterona en mujeres o testosterona en hombres) mejore la DMO. La rehabilitación nutricional, la recuperación de peso y la normalización de la producción de esteroides sexuales endógenos son el tratamiento de elección. Una técnica común para medir la DMO es la densitometría ósea, recomendada en pacientes con amenorrea por 6 meses o más.
Otras pruebas	Potenciales hallazgos anormales en un paciente con TCA
Electrocardiograma (ECG)	Bradycardia y otras arritmias, cambios de bajo voltaje, prolongación del intervalo QTc, inversión de onda T, y depresión ocasional del segmento ST.

Síndrome de Realimentación

El **Síndrome de Realimentación** describe un cambio potencialmente fatal en los fluidos y electrolitos que puede ocurrir durante la realimentación (oral, enteral y parenteral), de un paciente desnutrido. Los pacientes con síndrome de realimentación pueden tener presentaciones clínicas no específicas y por lo tanto el diagnóstico de este síndrome puede ser todo un reto. Las consecuencias graves del síndrome de realimentación incluyen falla cardíaca y/o respiratoria, problemas gastrointestinales, delirio y, en algunos casos, la muerte. El síndrome de realimentación es una condición potencialmente fatal que requiere una atención especializada en una unidad de internamiento.

Los factores de riesgo para síndrome de realimentación incluyen:

- Pacientes crónicamente malnutridos y aquellos que tienen un consumo de energía mínimo o nulo por más de 10 días.
- Pacientes con una pérdida rápida e importante de peso, incluyendo aquellos pacientes que se presentan en un peso normal después de la pérdida de peso.
- Pacientes con anorexia nervosa
- Pacientes con TCA que están malnutridos, especialmente si hay una ingesta significativa de alcohol.
- Pacientes con obesidad y pérdida de peso significativa, incluyendo los pacientes de cirugía bariátrica.
- Pacientes con ayuno prolongado o con una dieta muy baja en calorías.
- Pacientes con historia de mal uso de diuréticos, laxantes o insulina.
- Pacientes con electrolitos anormales, particularmente hipofosfatemia, antes de la realimentación.

Formas de Prevenir el Síndrome de Realimentación en pacientes con un Trastorno de la Conducta Alimentaria:

- Infórmese acerca del síndrome de realimentación y manténgase al tanto de los pacientes en riesgo
- Sea consciente de que el síndrome de realimentación puede ocurrir en pacientes de cualquier edad.
- Los pacientes en riesgo de síndrome de realimentación deben ser tratados por médicos con experiencia o con entrenamiento especial en esta área de los TCA.
- Utilice una unidad de cuidados médicos para tratar y monitorear al paciente que tenga, o esté en riesgo, de un síndrome de realimentación. El síndrome de realimentación es una causa muy importante de morbilidad y mortalidad del paciente desnutrido con TCA.
- Realimente lentamente, de acuerdo a la edad, estadio del desarrollo y grado de malnutrición.
- Al tratar un paciente en una unidad de cuidados médicos, monitoree de cerca el reemplazo de líquidos para evitar una sobrecarga y cheque los electrolitos séricos, glucosa, magnesio y fósforo antes y durante la realimentación. Los niveles de fósforo sérico están en su nivel más bajo en la primera semana de realimentación en los pacientes hospitalizados.
- Para aquellos pacientes con déficits de electrolitos, corrija los electrolitos y el desbalance de líquidos al mismo tiempo que la realimentación. No es necesario corregir líquidos y electrolitos antes de la alimentación. Con un monitoreo cuidadoso, esto se puede alcanzar simultáneamente y en forma segura. Para aquellos pacientes que no presentan déficits de electrolitos, hay que tener un monitoreo cuidadoso en la unidad de internamiento ya que pueden presentarlos durante la realimentación.
- Monitoree signos vitales y estado mental y cardiaco en todos los pacientes durante toda la realimentación

Sub-Alimentación

La sub-alimentación puede llevar a una mayor pérdida de peso y ha sido reportada como fatal en pacientes seriamente desnutridas.

Maneras de prevenir la sub-alimentación:

- Evite la sub-alimentación causada por implementar medidas de realimentación extremadamente cautelosas.
 - Reevalúe frecuentemente (cada hora las primeras 12 a 24 horas) e incremente las calorías tan pronto sea seguro para los pacientes que están hospitalizados.
 - Revise electrolitos diariamente en los períodos iniciales de realimentación.
-

Objetivos de Tratamiento

- Rehabilitación nutricional
- Restauración del peso
- Estabilización médica y prevención de complicaciones médicas serias y la muerte
- Reinicio de menstruaciones (cuando sea apropiado)
- Interrupción de los comportamientos de atracón/purgación
- Interrupción de las ideas de alimentación disfuncional incluyendo distorsión de la imagen corporal e insatisfacción.
- Restablecer patrones de alimentación que promuevan la salud y las conexiones sociales
- Restablecer la socialización

La solución completa de los síntomas puede tomar un amplio período de tiempo. Los Trastornos de la Conducta Alimentaria no son modas, fases o estilos de vida de elección. La gente no decide tener un TCA, aún y cuando voluntariamente se hubiera involucrado en conductas alimentarias de riesgo como dieta y/o ejercicio que pudieran haber precipitado el TCA.

Intervención Oportuna

1. Los pacientes con TCA, pueden no reconocer que están enfermos y/o pueden mostrarse ambivalentes en aceptar el tratamiento.

Esto es un síntoma de su enfermedad. Además, los pacientes pueden minimizar, racionalizar, o esconder las conductas y/o síntomas del TCA. Su persuasiva racionalidad y la adecuada competencia en otras áreas de su vida pueden disfrazar la severidad de su enfermedad. El apoyo externo y la asistencia en la toma de decisiones es muy probable que sea necesario independientemente de la edad.

2. Los padres/tutores son la primera línea para buscar ayuda de los niños y adolescentes con TCA.

Confíe en sus preocupaciones. Aún una sola consulta acerca del comportamiento con la comida o preocupaciones por el peso/figura, es un fuerte predictor de la presencia o del potencial desarrollo de un TCA.

3. Ayude a las familias a entender que ellos no causaron el TCA así como tampoco su niño/miembro de la familia escogió tenerlo.

Este reconocimiento facilita la aceptación del diagnóstico, tratamiento, referencia, intervenciones, y minimiza el estigma asociado con esta enfermedad.

4. Monitoree la salud física incluyendo los signos vitales y los resultados de laboratorio.

El manejo general de la salud física de un paciente con TCA, debe incluir un monitoreo regular de la frecuencia cardíaca y presión arterial ortostáticas (pulso y presión sanguínea acostado seguido de pulso y TA de pie). Los resultados deben interpretarse en el contexto de la adaptación fisiológica a la malnutrición y a las conductas purgativas. Los resultados de las pruebas de laboratorio pueden resultar normales aún en la presencia de TCA con riesgo de muerte. Las pequeñas anomalías pueden indicar que los mecanismos compensatorios han alcanzado niveles críticos.

Los pacientes de bajo peso o aquellos pacientes con una pérdida de peso significativa pueden presentarse con bradicardia (frecuencia cardíaca menor a 50 latidos por minuto). Esto no debe atribuirse inmediatamente a un corazón de atleta, aún y cuando el paciente sea un atleta.

5. Siempre evalúe para riesgo psiquiátrico, incluyendo pensamientos, planes y/o intentos suicidas y de autoagresión.

Hasta un 1/3 de las muertes asociadas a TCA, son por suicidio.

Manejo Actual

Es fundamental el tratamiento de medicina basada en evidencia científica, llevado a cabo por profesionales de la salud con experiencia en el cuidado de pacientes con TCA. El cuidado óptimo incluye un abordaje por un equipo multidisciplinario por especialistas en TCA incluyendo servicios médicos, psicológicos, nutricionales y psicofarmacológicos. Las familias y las parejas deben ser incluidas en lo posible.

La referencia por los profesionales de primer contacto, es la causa más frecuente por la cual los pacientes/familias buscan ayuda de expertos. Una evaluación detallada y la referencia al experto, puede garantizar el mejor resultado para el paciente.

La rehabilitación nutricional, la restauración y estabilización del peso, la completa restauración fisiológica, el manejo de las complicaciones de realimentación, y la interrupción de los comportamientos de purgación/compensatorios, deben ser los objetivos inmediatos de tratamiento para todos los pacientes con TCA. Además, deberán de plantearse en paralelo, siempre que sea posible, objetivos psicológicos y otros objetivos terapéuticos.

Alcanzar el peso corporal apropiado para cada individuo ayudará a mejorar el funcionamiento físico, psicológico, social y emocional del paciente.

La falla para recuperar el peso se correlaciona con peores resultados, y el mantenimiento del peso recuperado está fuertemente relacionado con un buen resultado. Sin embargo, existe el peligro de pensar que la persona con un TCA está recuperada una vez que se ha recuperado la salud física y el peso. La distorsión de la imagen corporal y/o pensamientos de TCA pueden persistir a pesar de la restauración del peso y seguramente requerirán un tiempo prolongado de terapia.

Para referencias y mayor información acerca del diagnóstico y tratamiento de TCAs visite: www.aedweb.org et www.aedweb.org/Medical_Care_Standards.

Acerca de la Academia para Trastornos de la Conducta Alimentaria (AED)

La AED es una asociación profesional multidisciplinaria y global, comprometida en el liderazgo de la promoción de la investigación, educación, tratamiento y prevención de los TCA.

La AED proporciona educación y formación profesional de vanguardia, inspira nuevos desarrollos en el campo de los TCA, y es la fuente internacional de información más avanzada sobre TCA.

Únete a la AED

Sé parte de la comunidad global dedicada a la investigación, tratamiento, educación y prevención de los trastornos de la conducta alimentaria. Puedes suscribirte en línea www.aedweb.org

Contáctanos:

Academia para Trastornos de la Conducta Alimentaria
111 Deer Lake Road, Suite 100
Deerfield, Illinois 60015 États-Unis
Tel. : +1-847-498-4274
Fax : +1-847-480-9282
www.aedweb.org
info@aedweb.org

Este folleto está avalado por:

Academia Americana de Pediatría
Asociación Americana de Psiquiatría
Sociedad de Pediatría de Canadá
Colegio de Pediatría de Nuevo León
Secretaría de Salud de México, Gobierno Federal
Sociedad de Medicina y Salud del Adolescente

Traducido por: Dra. Eva Trujillo, FAED, CEDS, FAAP

Revisado por: Equipo de Comenzar de Nuevo A.C. y Dra. Eva Trujillo, FAED, CEDS, FAAP, Fiaedp

NOTAS

NOTAS



Academy for Eating Disorders
111 Deer Lake Road, Suite 100
Deerfield, Illinois 60015 USA

AED ACADEMY FOR
EATING DISORDERS