

# Trastornos alimentarios en adolescentes

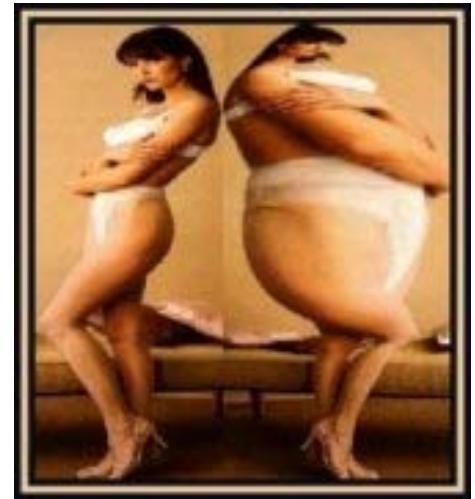
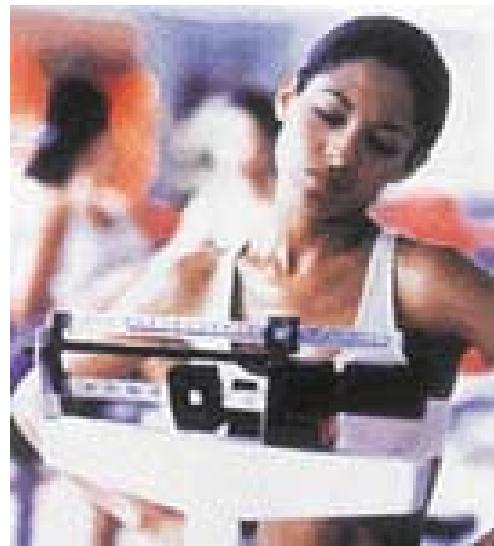
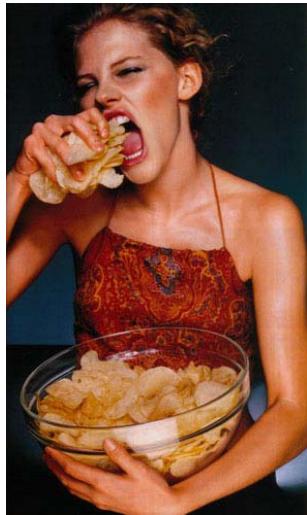
50 Congreso Nacional de Pediatría,  
**Guatemala**  
**Mayo 2008**

Tamara Zubarew  
Pontificia Universidad Católica de Chile



# Introducción

---



# Trastornos alimentarios en adolescentes

---

Pautas anormales de la conducta alimentaria que reflejan una disrupción en los procesos evolutivos y que se acompañan de cursos biológicos, cognitivos, psicosociales y emocionales desadaptativos.

## → **Anorexia Nerviosa**

- restrictiva
- compulsiva/purgativa/bulímica

## → **Bulimia Nerviosa**

- purgativa
- no purgativa

## → **T. de la conducta alimentaria inespecíficos**

# Criterios diagnósticos DSM IV -R

## Anorexia Nerviosa

---

- A.- Rechazo a mantener un peso corporal igual o por encima del valor mínimo normal (85% del esperable)
- B.- Miedo intenso a ganar peso o convertirse en obeso, incluso estando bajo el peso normal.
- C.- Alteración de la percepción del peso o la imagen corporal.
- D.- En mujeres postmenárquicas, presencia de amenorrea, ausencia de al menos tres ciclos menstruales consecutivos.

# Criterios diagnósticos DSM IV - R

## Bulimia Nerviosa

---

### A.- Episodios recurrentes de ingestión compulsiva

- 1.- Ingesta de alimento en un corto período de tiempo, en cantidad superior a la habitual.
- 2.- Sensación de pérdida de control sobre la ingesta. (Sensación de no poder parar de comer o de no poder controlar el tipo o la cantidad de comida que se ingiere)

### B.- Conductas compensatorias inapropiadas: provocación de vómitos; uso excesivo de laxantes, diuréticos; ayuno y ejercicio excesivo.

- C.- Los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas, tienen lugar como promedio, **al menos dos veces a la semana por un período de 3 meses.**
- D.- La autoevaluación está exageradamente influida por el peso y la silueta corporales.
- E.- Esta alteración **no** ocurre en el transcurso de AN

# Trastorno de la conducta alimentaria no especificado

Criterios diagnósticos DSM-IV R

---

- A. Criterios diagnósticos para A. N., pero reglas regulares
- B. Criterios diagnósticos para A.N., pero peso normal
- C. Criterios diagnósticos para B.N., pero atracones y conductas compensatorias inapropiadas en menor frecuencia
- D. Empleo regular de conductas compensatorias inapropiadas después de ingerir pequeñas cantidades de comida, con peso normal
- E. Masticar y expulsar cantidades importantes de comida
- F. Comer compulsivo (BED): Atracones recurrentes en ausencia de conducta compensatoria inapropiada típica de BN.

## Logros de la adolescencia

### **FISICO:**

Máximo potencial de crecimiento  
Desarrollo puberal completo  
Capacidad reproductora

### **PSICOLOGICO:**

Identidad personal  
Desarrollo cognitivo  
Desarrollo autoimagen  
y autoestima

### **SOCIAL**

Independencia familiar  
Socialización  
Relación de pareja estable

## Trastornos de alimentación

Detención del crecimiento  
Detención del desarrollo puberal  
Alt. menstruales, infertilidad

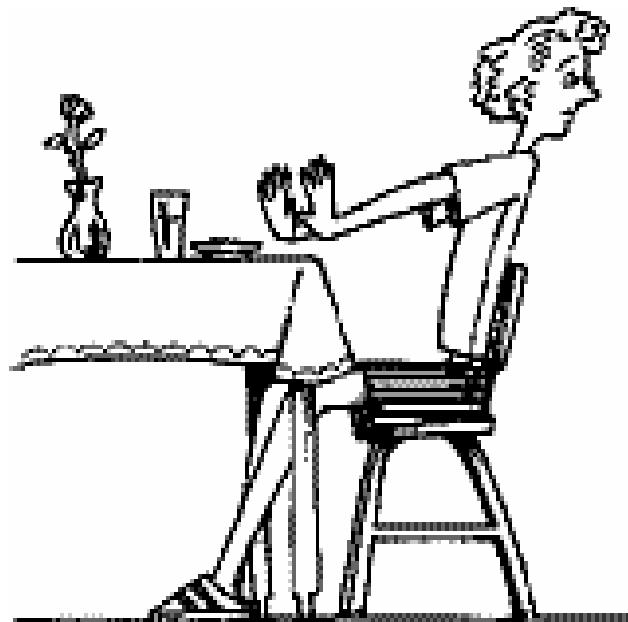
Alteración del desarrollo de identidad  
Alteración de los procesos cognitivos  
Deterioro de autoestima  
Alteración del desarrollo emocional

Mayor dependencia familiar  
Dificultad en relaciones interpersonales  
Dificultad relación de pareja

# ANOREXIA NERVIOSA

## Epidemiología

- 0.5% - 2% mujeres entre 16 y 24 años USA y Europa
- 10 mujeres / 1 hombre
- Edad aparición: 14 y 18 años
- Aumentó 5 veces últimos 30 años
- Aumento en otros grupos:
  - prepúberes
  - hombres
  - NSE bajo



# BULIMIA

## Epidemiología

---

- 1 a 5% de las mujeres
- 20% mujeres universitarias tienen síntomas
- Aumento en últimos 10 años
- 20 mujeres / 1 hombre
- Edad: adolescente mayor y adulto joven

# Trastornos alimentarios. Prevalencias comparativas

	MEDELLÍN <sup>1</sup>	ESPAÑA <sup>2</sup>	NORUEGA <sup>3</sup>	IRAN <sup>4</sup>	USA <sup>5</sup>	ITALIA <sup>6</sup>	ISRAEL <sup>7</sup>
<b>TOTAL</b>	17.7%	5.0%	1.7%	10.7%	10.2%	11%	11.7%
<b>Trast Alim Inesp.</b>	14.6%	4.0%	0.7%	6.6%	5.4%	4.7%	11%
<b>ANOREXIA</b>	0.8%	0.7%	0.3%	0.9%	2.1%	2.0%	0.2%
<b>BULIMIA</b>	2.3%	0.3%	0.7%	3.2%	2.7%	4.6%	0.5%

1.Ramirez et al. In press,2003

2.Ruiz-Lazaro. Interpsiquis, 2002

3.Rosenvinge et al. European Eating Disorders, 1999

4.Nobackht et al. Intern Journ Eat Dis, 2000

5.Eating Disorders Academy, web page

6.Favaro et al. Psychos Med, 2003

7.Stein et al. Child Adolesc Psych, 1997

**Chile: 8,3% prevalencia de TAI en mujeres 10 a 19 años**

# Progresión de los trastornos alimentarios

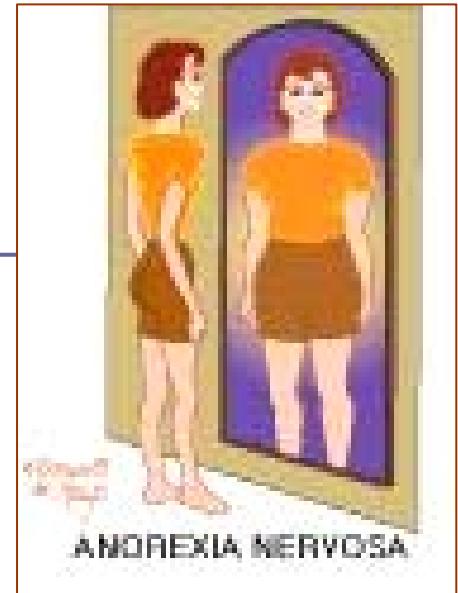
---



# Etiopatogenia

---

- Los trastornos de alimentación son enfermedades multifactoriales:
  - Biológicos:
    - Genéticos
    - Neuroendocrinos: leptina, serotonina, dopamina, norepinefrina
  - Socioculturales
  - Psicológicos:
    - Individuales
    - Familiares



# Factores psicológicos:

## Rasgos personalidad Anorexia Nerviosa

---

- Excesiva autoexigencia, alto sentido del deber
- Meticulosa, perfeccionista
- Rígida, obsesiva
- Dependiente, socialmente inhibida, introvertida
- Sobre adaptación
- Baja autoestima, sentimientos de incompetencia, ineficiencia
- Anoréxicas tipo purgativo: alteración control impulsos y mayor labilidad emocional
- Rechazo sexualidad.

# Factores psicológicos: Rasgos personalidad Bulimia Nerviosa

---

- Mayor presencia de inestabilidad emocional
- Impulsividad, pobre control de impulsos
- Baja tolerancia a la frustración
- Histrionismo
- Alto nivel de ansiedad
- Conductas autoagresivas

# Factores psicológicos:

## Anorexia Nerviosa: Dinámica Familiar

---

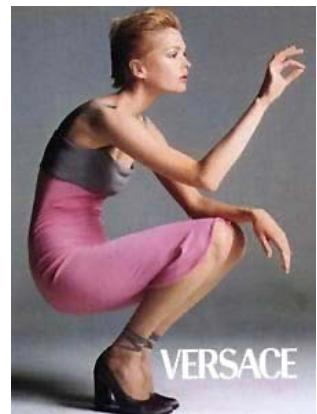
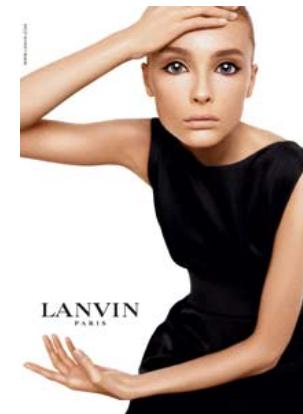
- Tendencia al aglutinamiento
- Alianzas fuertes entre miembros
- Sobreprotección
- Rigidez
- Falta de resolución de conflictos
- Rasgos obsesivos, perfeccionistas y competitivos
- Madre dominante, intrusiva, ambivalente
- Padre pasivo

# Factores socio-culturales

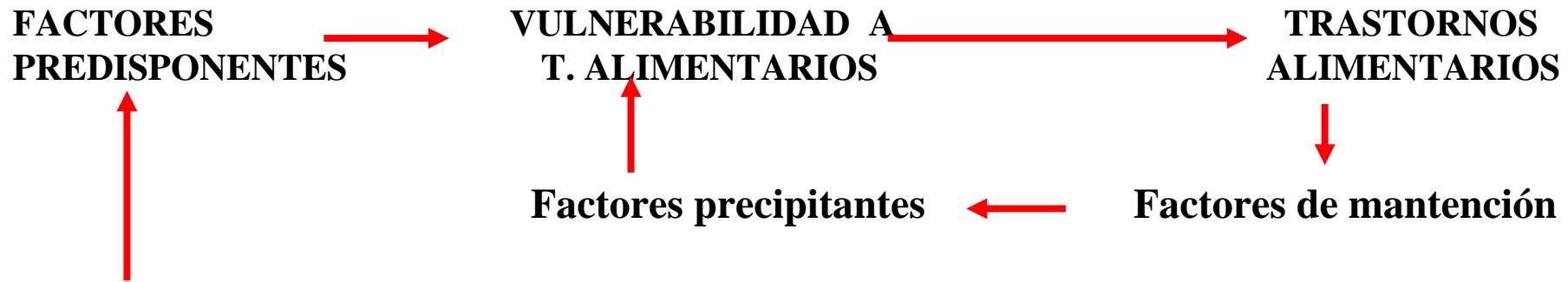
- Juega rol fundamental como desencadenante y como mantención
- Sobrevaloración de la delgadez como sinónimo de belleza y éxito social
- Alimentos dietéticos, exceso deportes
- La industria de la dieta
- Las jóvenes que realizan dietas prolongadas y estrictas tienen mayor riesgo de desarrollar un TCA.



ASPIRATIONAL :



# TRASTORNOS DE ALIMENTACION. MODELO PSICOSOMATICO



## Individuales:

- Características de la personalidad
- Antecedente abuso o maltrato
- Imagen corporal

## Familiares:

- Disfunción familiar
- Interacción familiar

## Culturales:

- Preocupación por delgadez

- Separaciones y pérdidas

- Nuevas demanda ambientales

- Deterioro de autoestima

- Enfermedad

- Dieta

- Pubertad

- Depresión

- Insatisfacción

- imagen corporal

- Presión académica

- Ayuno

- Vómitos

- Cambios fisiológicos gastrointestinales

- Distorsiones cognitivas

- Alteraciones de la percepción

- Comorbilidad

- Iatrogenia

# Trastornos alimentarios

## Factores de riesgo

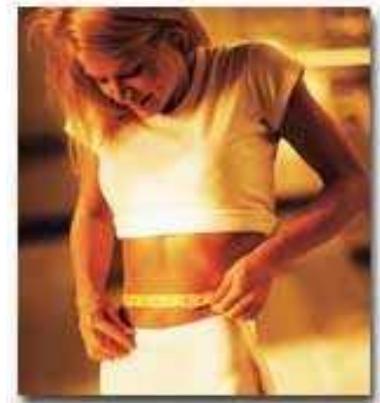
---

- Dieta (Patton, G. C. et al. *BMJ* 1999; 318:765-768)
- Historia familiar: T.A., Obesidad, Psicopatología
- Ballet, gimnasia, modelos
- Rasgos de personalidad
- Baja autoestima
- Imagen corporal inadecuada
- Actividad física compulsiva
- Hábitos alimentarios familiares
- Abuso sexual, maltrato

# ANOREXIA NERVIOSA

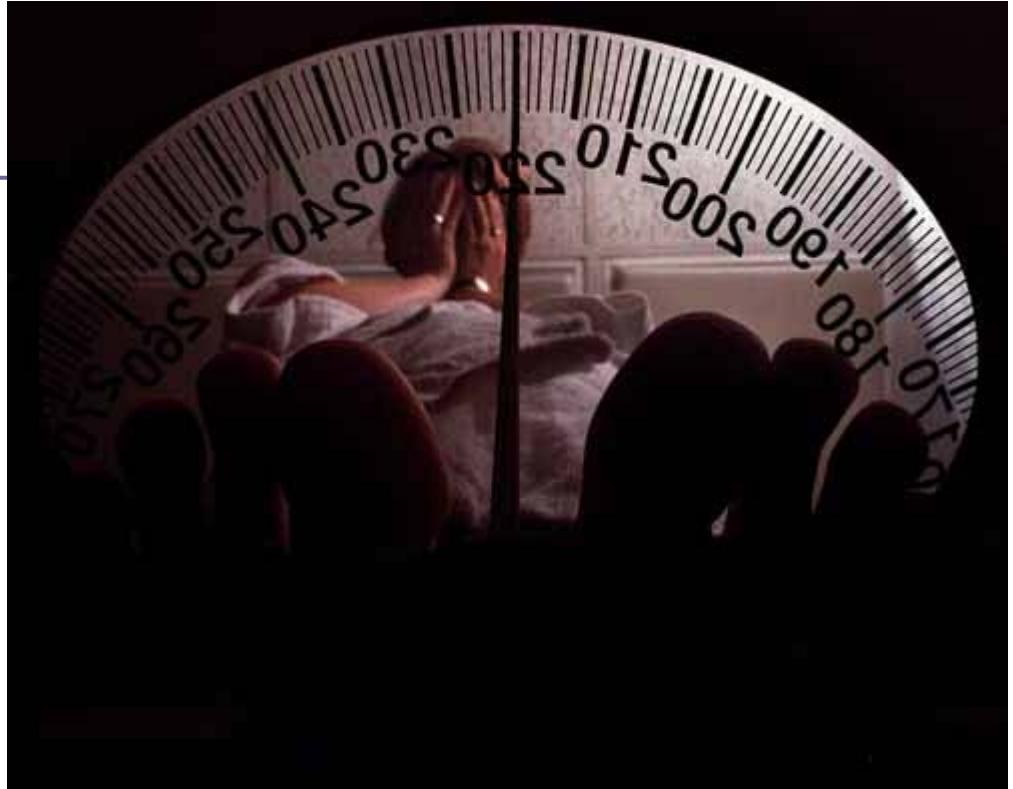
## Cuadro clínico

- Restricción alimentaria
- Comienzo incidiioso (pasa desapercibido)
- Pérdida pronunciada de peso en corto tiempo.
- Oculta y niega síntomas y conductas
- Temor a engordar
- Distorsión de imagen corporal
- Amenorrea
- Dolor abdominal. Sensación de saciedad



# Fobia a la pesa

---



Si consultan espontáneamente, lo hacen por:

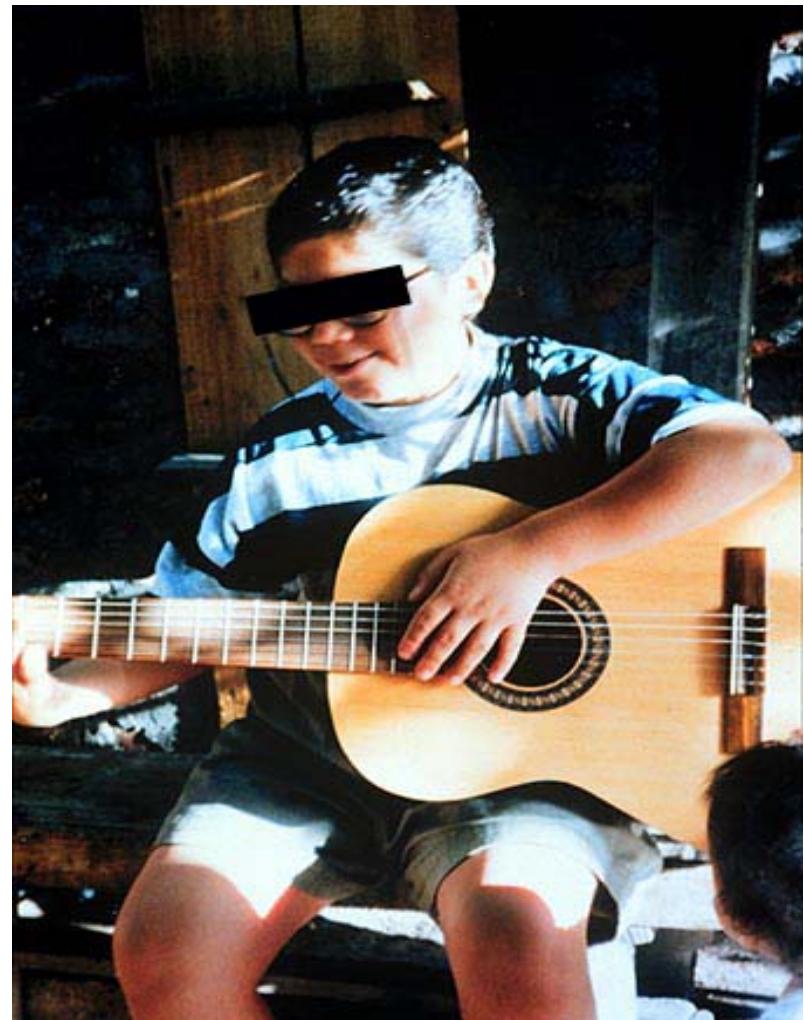
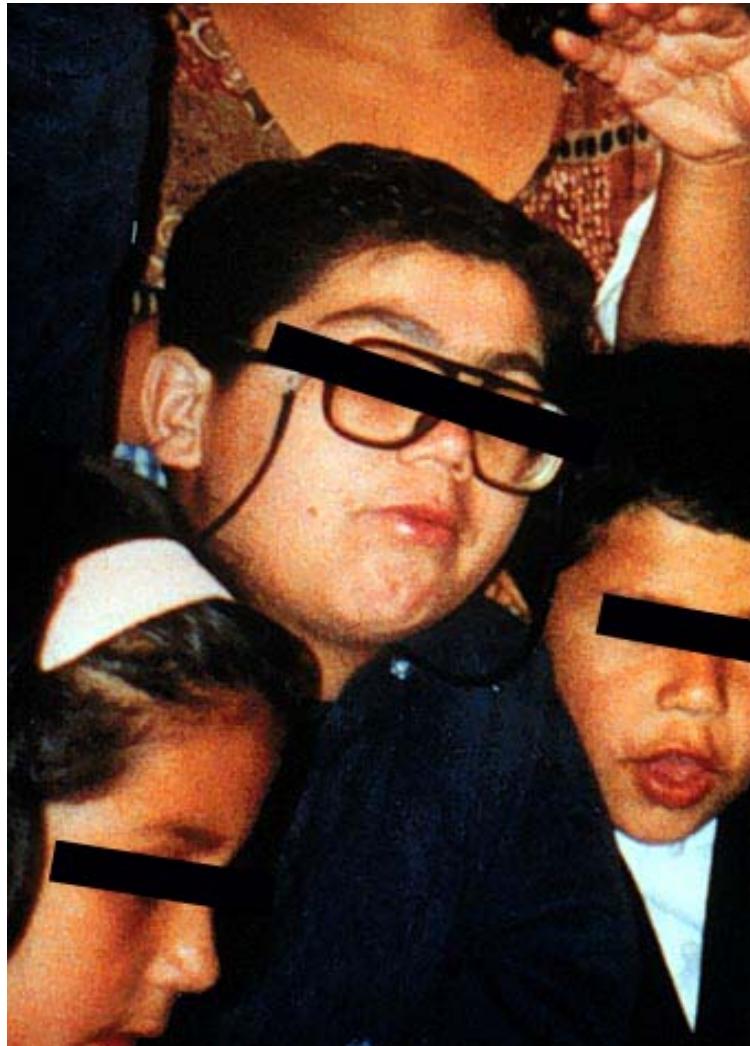
- Deterioro de capacidad física o académica, amenorrea, constipación, cefalea, fatiga, debilidad muscular, mareos.

# ANOREXIA NERVIOSA

## Cuadro clínico

---

- Falta de conciencia de la enfermedad
  - Se niega tener algún problema con la alimentación
  - Los argumentos más escuchados son "soy vegetariano", "no tengo hambre", "ya comí fuera de casa".
- Esconden el cuerpo mediante el uso de ropa holgada, se niegan a usar traje de baño
- Rituales con la comida:
  - Conteo de calorías, desmenuzar la comida en porciones pequeñas, preparar comidas para terceros pero rehusarse a comerlas.
  - Temor a verse obligado a comer en público, evitan ir a fiestas o reuniones sociales donde hay comidas.
- Trastornos de la auto-percepción del tamaño corporal, tamaño porciones alimentos y de los estados corporales como los signos de apetito
- Palidez, excesiva sensibilidad al frío, debilidad y mareos, caída de cabello, acrofanosis, hipotensión, bradicardia, hipotermia.
- Vómitos, laxantes, diuréticos.
- Exceso de ejercicios



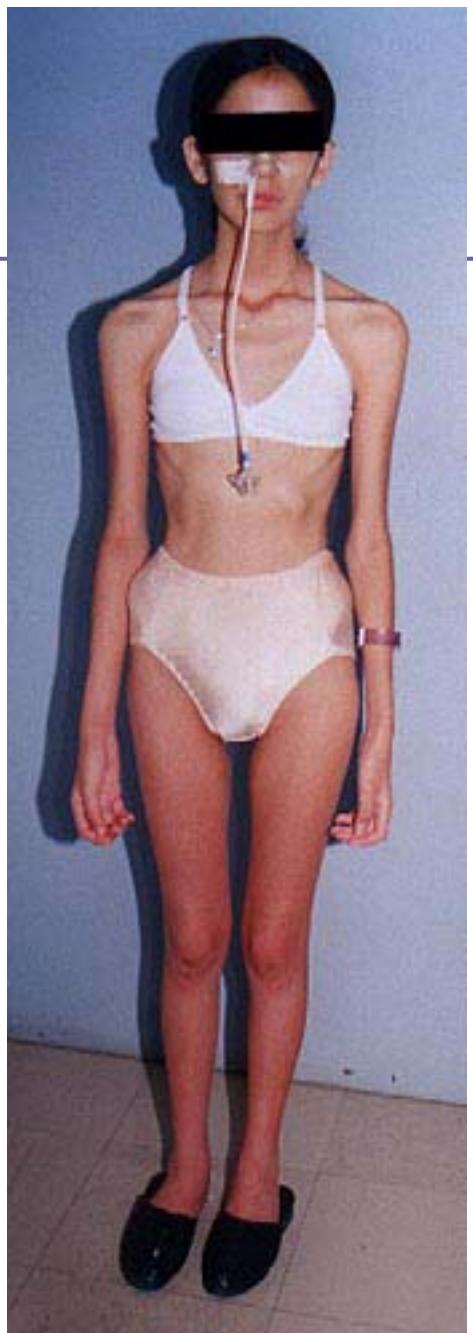
---

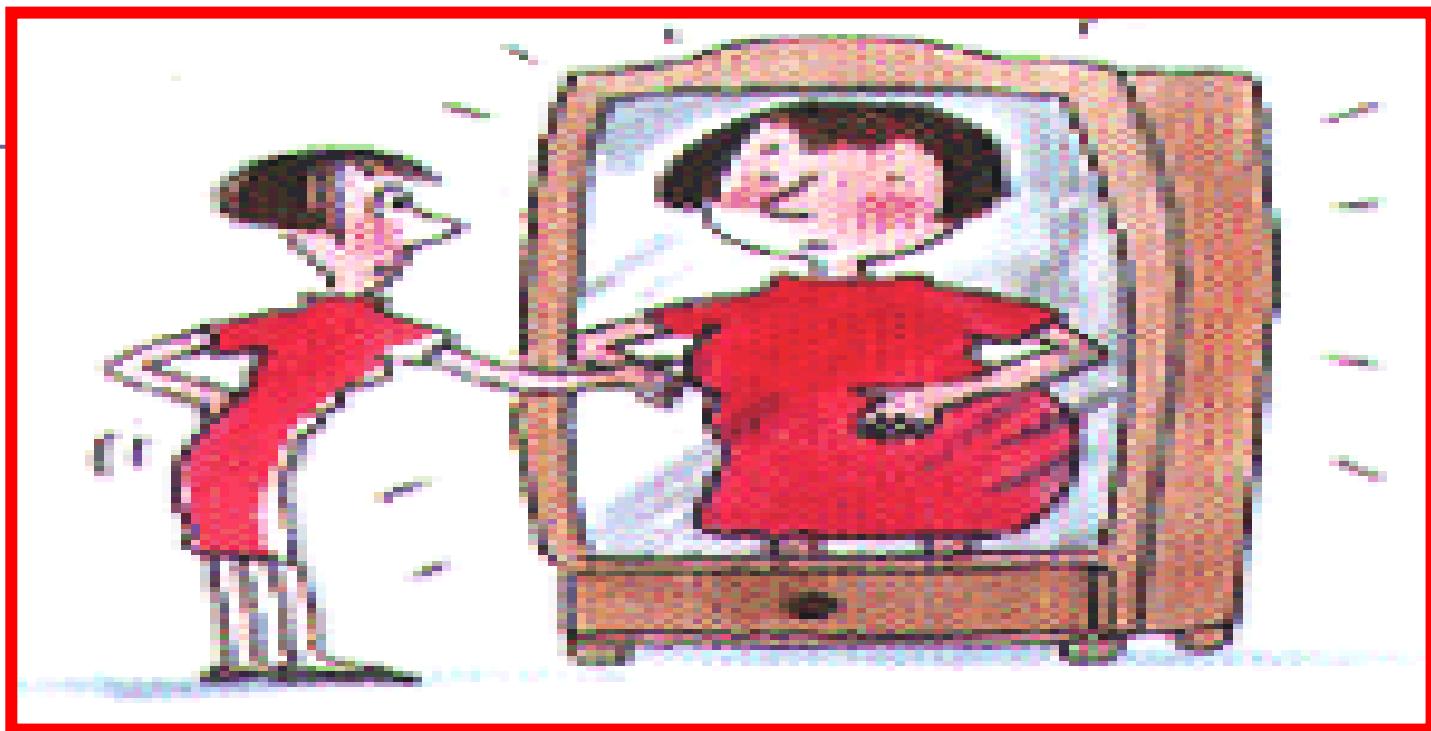
**J.N.P.**

**16 años 6m**

**Ingreso U. de  
Adolescencia UC**







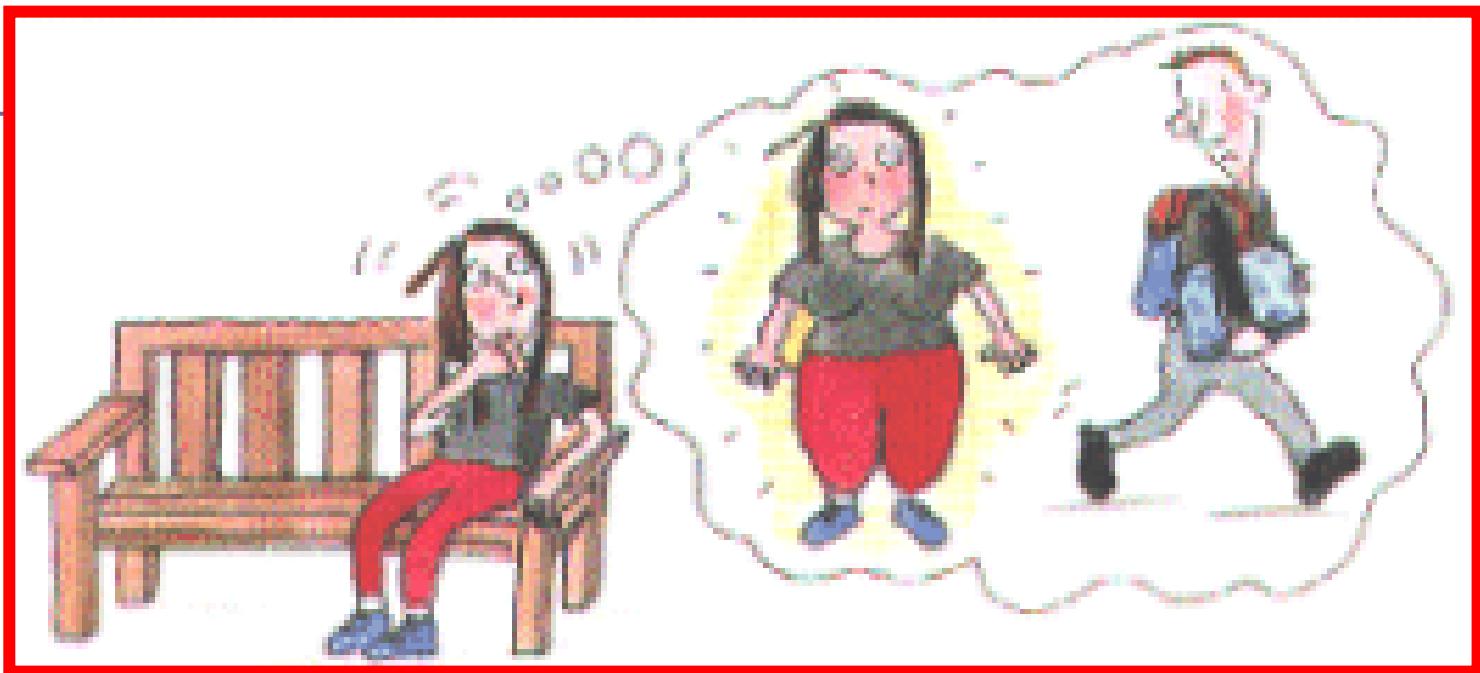
*Yo me veo como me siento: mal*



*Me imagino que si como voy a estar así de gorda y descontrolada*



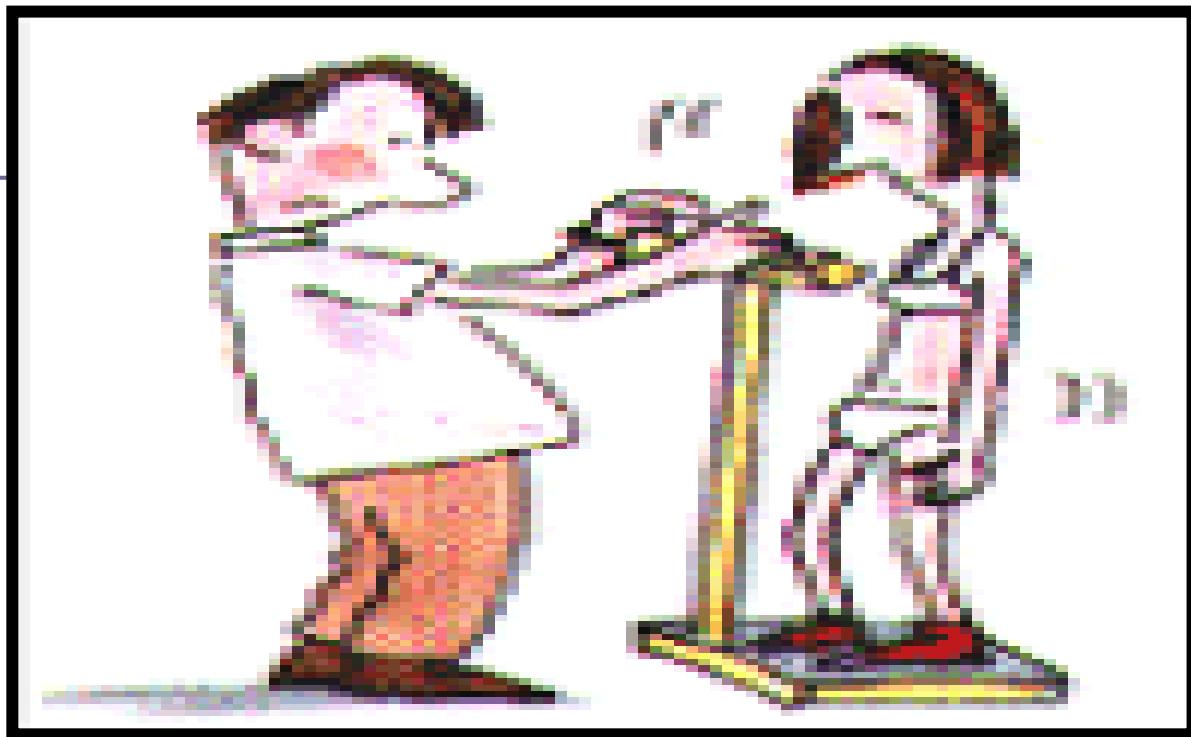
*Tengo que botar esas calorías que me hicieron comer*



*Todos me ven y me critican como lo hago yo conmigo*



*La comida me ocupa mucho tiempo en mi fantasía*



*No solo peso mi cuerpo también mi autoestima  
Mi bienestar psicológico depende de este número*

# BULIMIA NERVIOSA

## Cuadro clínico

- Episodios de atracones seguidos de vómitos, uso de laxantes y/o diuréticos.
- Sensación de falta de control sobre la ingesta de alimento
- Culpa y síntomas depresivos- ansiosos post atracón
- Peso normal o sobrepeso
- Odinofagia
- Alteraciones dentarias
- Signo de Russell
- Aumento de volumen de glándulas parótídeas
- Depresión asociada frecuente
- Patrón de conducta impulsivo



## SIGNOS FÍSICOS EN ADOLESCENTES CON ANOREXIA Y BULIMIA NERVIOSA

SIGNOS FÍSICOS	ETIOLOGÍA
<b>BOCA</b>	
Caries dentales	Atracones con alimentos con alto contenido de sacarosa
Erosión del esmalte	Vómitos crónicos
Sequedad de mucosas	Ansiedad, disminución de saliva
Erosiones de paladar o faringe posterior	Provocación de vómitos con mano/objeto
<b>PIEL</b>	
Lanugo	Baja de peso excesivo
Signo de Russell	Uso de manos para provocarse vómitos
Piel seca, fría y escamosa	Metabolismo basal bajo
Color amarillento	Hipercarotinemia
Uñas quebradizas y caída del cabello	Hipotiroidismo relativo
Petequias	Trombocitopenia secundaria a desnutrición grave o por maniobra de Valsalva
Edema pedio y pretibial	Suspensión de diuréticos o laxantes; realimentación rápida
Callosidades	Ejercicio severo

## MAMAS

Atrofia del tejido

Pérdida del tejido subcutáneo

## ABDOMEN

Escafoide

Pérdida del tejido subcutáneo

Asas intestinales palpables

Motilidad intestinal disminuida, constipación

## GENITALES

Secos, atrofia de la vagina

Hipoestrogenismo

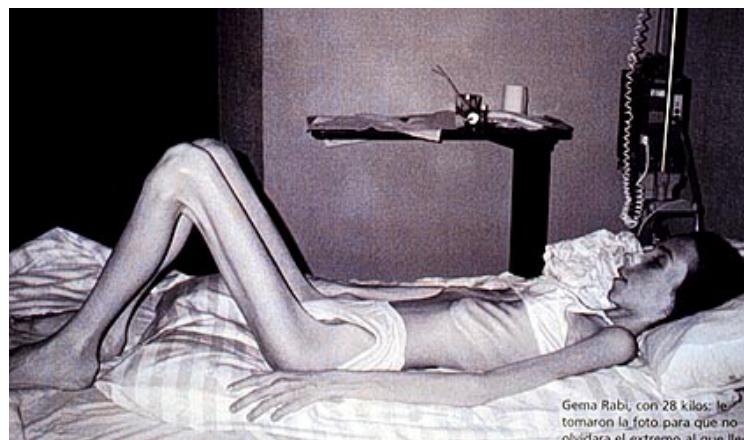
## EXTREMIDADES

Manos y pies fríos, acrociánosis

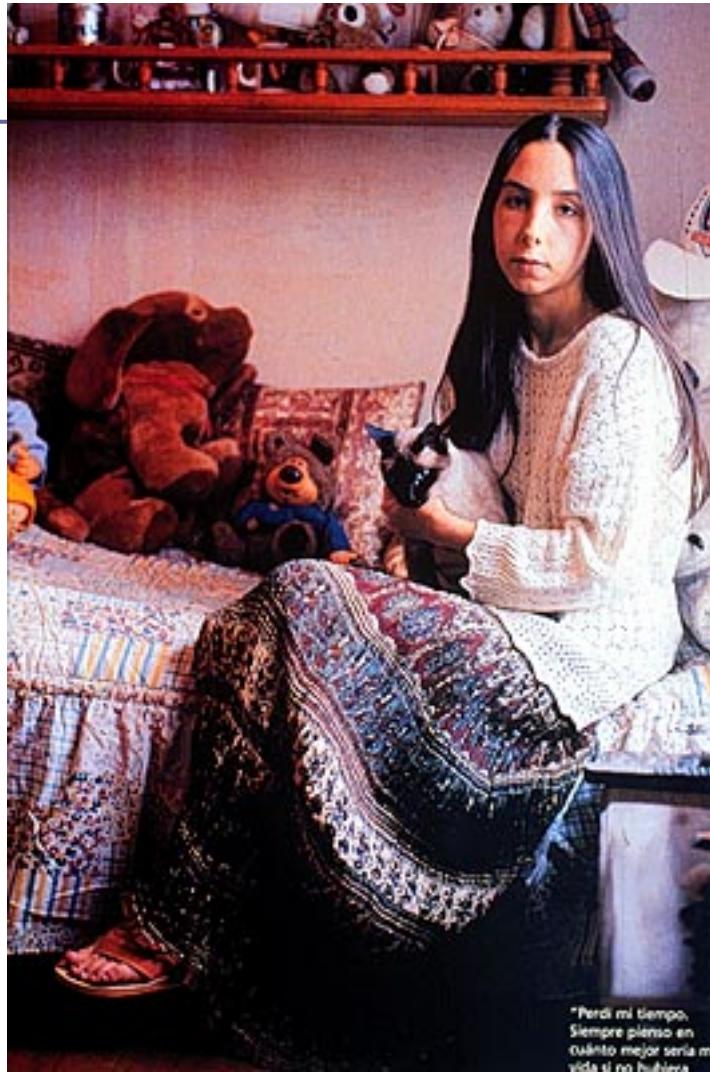
Mala circulación

Atrofia muscular

Desnutrición



Gema Rabi, con 28 kilos, le  
tomaron la foto para que no  
olvidara el extremo al que llegó



"Perdi mi tiempo,  
Siempre pienso en  
cuánto mejor sería mi  
vida si no hubiera

# ANOREXIA NERVIOSA.

## Exámenes de laboratorio

---

- Exámenes de rutina:
  - Hemograma, Perfil bioquímico, Examen de orina, Electrolitos plasmáticos (Na, K, Cl, P), TSH, T4, T3
- En casos especiales:
  - LH/FSH, estradiol, Prolactina, ECG, Scanner o RMN, ODM, Ca, Mg, pruebas hepáticas, amilasas, estudio intestinal, creatininemia.

# ANOREXIA NERVIOSA.

## Diagnóstico diferencial

---

- Enfermedad de Addison
- Enfermedad inflamatoria intestinal
- Hiper e hipotiroidismo
- Diabetes Mellitus \*
- Hipopituitarismo
- Tumor cerebral
- Neoplasia
- Abuso de drogas \*
- T. Psiquiátricos: Depresión, EZQ, TOC.\*

\* También comorbilidad

# Trastornos Alimentarios

## Complicaciones médicas

---

### □ Agudas:

- Alteración ELP y balance ácido basico, Arritmias
- Síntomas GI: retraso vaciamiento gástrico, constipación, patología esofágica,
- Síndrome de realimentación
- Hipotermia, hipotensión, ortostatismo

### □ Crónicas:

- Retraso crecimiento y desarrollo puberal
- Amenorrea, oligomenorrea
- Osteoporosis
- Atrofia cerebral
- Enfermedad tubular renal crónica

# Amenorrea

---

- Pérdidas de peso entre el 10 y 15% del peso normal para la talla se traducen en amenorrea primaria o secundaria.
- La baja de peso no es el único factor que lleva a amenorrea: 20 a 66% de las pacientes presentan amenorrea antes de disminución de peso significativa.
- Otros factores: stress psicológico, ejercicio extremo, depleción nutricional, nivel crítico de ingesta calórica; así como factores hormonales (leptina, IGF-1, insulina).
- Amenorrea de Anorexia Nerviosa: disfunción hipotalámica que lleva a un Hipogonadismo Hipogonadotropo.
- AN: bajos niveles de leptina. Nivel crítico bajo el cual se gatilla la amenorrea a través de la inhibición liberación GnRH por el hipotálamo
- En el 85% de los casos se recuperan las menstruaciones espontáneas dentro de 6 meses de logrado el 90% del peso ideal.

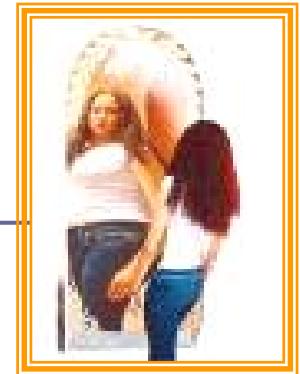
# Osteopenia/Osteoporosis

---

- La adolescencia es el período crítico de formación de hueso, ya que más de la mitad del calcio óseo se deposita en este período.
- La complicación más importante del hipoestrogenismo de la AN es la osteopenia y la osteoporosis.
- La osteoporosis se relaciona con los años de duración de la amenorrea. Pérdida ósea: 2-6% por año de enfermedad.
- Principales causas:
  - ↓ ingesta calórico-proteica, calcio y vit D.
  - ↓ estrógenos
  - ↓ IGF-1
  - ↑ cortisol
  - ↓ insulina
- Estrógenos: Sin efectos beneficiosos
- En estudio: bifosfonatos, IGF-1, testosterona.
- Recuperación de peso normal (90% peso ideal), alimentación y actividad física normal

# Efectos psicológicos de la desnutrición:

---



- Irritabilidad
- Ansiedad
- Desconcentración
- Retraimiento social
- Excesiva preocupación por sí mismo
- Humor depresivo
- Labilidad del humor
- Pensamiento obsesivo y conductas compulsivas
- Alteraciones del sueño
- Pérdida del interés sexual

**Primero tratar la desnutrición**

# Cuestionarios de screening

---

- Eating Disorder Inventory-2 (*EDI-2*):
  - Autoaplicado, 15 a 25 min
  - 97 preguntas
  - 11 escalas
  - Busca población de riesgo. NO hace diagnóstico
- EAT 40 – EAT 26 (Eating Attitude Test)
- Cuestionarios abreviados
  - SCOFF
  - ESP
  - Cuestionario Abreviado validado en Chile

# Cuestionario Abreviado (CA)

	NUNCA	POCAS VECES	A VECES	A MENUDO	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
Siento que debería estar a dieta	0	1	2	3	4	5
Uso laxantes, diuréticos, o pastillas adelgazantes para controlar mi peso	0	1	2	3	4	5
Mi peso afecta la forma en que me siento conmigo misma	0	1	2	3	4	5
Me siento insatisfecha con mi figura corporal	0	1	2	3	4	5
En los últimos doce meses hice.....	+ de 10 Dietas 4	6 – 10 Dietas 3	4 – 5 Dietas 2	2 – 3 Dietas 1	1 dieta o menos 0	

**Sobre 9 puntos: Riesgo de trastorno alimentario**

# **ANOREXIA NERVIOSA.**

## **Manejo ambulatorio inicial**

---

- Establecer diagnóstico precozmente: Anamnesis, examen físico, exámenes de laboratorio
- Equipo multidisciplinario coordinado
- Buena relación médico-paciente
- Establecer diagnóstico diferencial
- Establecer criterios de gravedad y necesidad de hospitalización
- Evaluar y tratar déficit nutricional, aporte Ca, Vit D.
- Psicoterapia
- Educación (paciente y familia)
- Referencia a tratamiento psiquiátrico

# Rehabilitación nutricional

---

## □ Fase 1: Realimentación y ganancia de peso

- Establecer el peso máximo y mínimo y la velocidad de ganancia de peso. (Delgada pero bien nutrida)
- Iniciar con consumo aprox. 1000 a 1600/kcal/día y aumentar 70 a 100 Kcal/día (hasta 3500 a 4000 kcal)
- Aumento peso semanal esperado:
  - 0,5 Kg semanal ambulatorio (máximo: 1,5 Kg.)
- Evaluar suplemento de calcio, vit D, zinc, fosfato y K.
- Limitar actividad física
- Objetivo final:
  - Peso normal = peso en el cual se recupera la función ovárica.
  - Dieta 100% normal, sana y balanceada
  - Ingesta calórica de acuerdo al gasto

## □ Fase 2: Mantención del peso

# Tratamiento psicosocial

---

- Psicoterapia Individual:

- Requiere mínimo 1 año, duración promedio 5-6 años.
- Educar al paciente y su familia
- Crear conciencia de enfermedad
- Modificar la conducta alterada respecto a la comida y a la imagen corporal
- Mejorar las relaciones interpersonales y el aislamiento social

- Terapia familiar

- Tratar la comorbilidad psiquiátrica

- Terapia de grupo no se aconseja

# Tratamiento farmacológico

---

- ❑ No existen medicamentos que permitan tratar la anorexia
- ❑ Psicofármacos: Coadyuvantes
- ❑ Una vez restaurado un peso mínimo
- ❑ **En etapa aguda de la enfermedad:** excesiva ansiedad, si el paciente se niega a comer y/o a ingerir agua o hay severa fobia a comer.
  - Ansiolíticos
  - Neurolépticos: Risperidona, Haldol
  - Antipsicóticos: Olanzapina
  - Riesgo de efectos adversos por desnutrición
- ❑ **Luego de recuperación de peso:**
  - ❑ Antidepresivos en caso de depresión persistente
  - ❑ Tratamiento de síntomas Obsesivos-Compulsivos

# Anorexia Nerviosa

## Pronóstico

---

- Muy variable
- Remisión espontánea MUY POCO FRECUENTE
- USA, 10 años seguimiento
  - 50% recuperación completa
  - 30% curso intermitente
  - 20% no mejora, se cronifica
  - Mortalidad 5 a 10%
- Las causas más frecuentes de muerte son desnutrición y suicidio.
- El seguimiento debe durar al menos 5 años

# BULIMIA: Tratamiento

---

- Consejo nutricional:
  - Establecer patrón regular de comidas no compulsivas
  - Aumentar variedad de alimentos
  - Corregir los déficit nutricionales y minimizar la restricción de alimentos
- Promover ejercicio saludable, no excesivo
- Terapia cognitivo conductual
- Terapia Familiar
- Tratamiento farmacológico: Fluoxetina útil para disminuir atracones e impulsividad, ademas de efecto antidepresivo

# ANOREXIA NERVIOSA.

## Indicaciones de hospitalización

---

### □ Causas médicas:

- Menos de 75% del peso ideal, **pérdida de peso rápida**, se niega a comer
- FC menor a 50 latidos por minuto
- Presión sistólica menor de 90 mmHg
- Hipotensión ortostática con aumento pulso  $> 20 \times \text{min}$  ó caída P. Art.  $> 10 \text{ mmHg}$
- Temperatura menor de 35.6 °C
- Hipokalemia, Hipofosfatemia
- Arritmias

### □ Causas psiquiátricas

### □ Fracaso de tratamiento ambulatorio

# ANOREXIA NERVIOSA

## Factores de mal pronóstico

---

- Sobreestimación permanente del tamaño corporal
- Obesidad premórbida
- Vómitos y bulimia
- Uso de laxantes
- NSE bajo
- Enfermedad de larga duración
- Relación parental alterada
- Género masculino
- Depresión marcada, conducta obsesiva, malestar somático
- Inicio tardío

# ANOREXIA NERVIOSA/BULIMIA NERVIOSA

## Comorbilidad

---

- ↑ Ansiedad
- ↑ Depresión
- ↑ Suicidio
- ↑ Trastorno obsesivo-compulsivo
- ↑ Abuso sexual
- ↑ Disfunción familiar
- ↑ T. de personalidad limítrofe
- ↑ Abuso de sustancias

# Prevención de trastornos alimentarios

## Aspectos a intervenir

---

- Presión sociocultural
- Funcionamiento familiar
- Alimentación saludable
- Actividad física saludable
- Imagen corporal
- Autopercepción, autoestima, autoeficacia
- Medios de comunicación
- Padres como modelos

**Se ve raro, ¿verdad?**

y... vos, ¿cómo te ves?



Se ve raro, ¿verdad?

y... vos, ¿cómo te ves?



C STAPLAS  
32-89-11  
32-52-58



COCA-COLA

ESTERI  
ONES

libros FUCSIA

## BUEN OÍDO, MAL ODIO

HISTORIAS GRATAS O INSTRUCTIVOS SOBRE LA CONDICIÓN FEMENINA Y LA MÚSICA CLÁSICA SON EL ABREBOCAS DE ESTE MES DE FERIA DEL LIBRO.

Por Juan Gustavo Cobo Borda

### EL ABC DE LA MÚSICA CLÁSICA

Eckhardt van den Hogen

Usted toma alguno de los dos CD's que trae el libro. Los coloca en su equipo y si es sistemático empieza a oírlos desde el principio: Vivaldi, Bach, Händel, Telemann, Haydn, Mozart. Reconocerá muchas de las piezas o de sus bien seleccionados fragmentos: Las cuatro estaciones; Vivaldi, Concierto de Brandenburgo N°5; Don Giovanni. Quizás entonces comience a mirar el libro.

En orden alfabético hay sintéticas y amenas biografías, no sólo de los músicos incluidos en los dos CD's que sobrepasan los 20, sino de muchos más, en un vasto y utilísimo panorama. (Sólo usted, por ejemplo, que Bach a raíz de su muerte no fue más que un tío, sólo restecubano en el siglo XXI lo que Händel, empresario autónomo en Londres, vio como en una de sus óperas "dos cantantes la emprendieron a golpes en plena escena, en presencia de la Princesa de Gales, mientras Händel en persona acompañaba el duelo golpeando el tambo"?) (pág. 123). Inolvidable momento; al igual que tantos otros no existen.

### A LA SOMBRA DE LILITH

Carmen Posada / Sophie Courgeon

Desde los remotos tiempos del Neolítico hasta el día de hoy, este libro ofrece en su primera parte un bien documentado ensayo sobre la condición femenina y la forma como, desde la Biblia hasta el código napoleónico, sin olvidar la envidia del pene de Freud, su ser se ha colocado en nivel de infernidad ante la figura masculina. El cazador. Ella, procreadora. El refugio. Ella, intuitiva. Estas dinámicas, en tantos casos unidas como formas de dominación, se desmontan en el inteligente análisis de la primera parte. En la segunda, 12 biografías de mujeres célebres de la historia, de Teodora, la prostituta que llegó a ser emperatriz de Bizancio, hasta Eva Perón, la mujer que desde la radio se convirtió en figura determinante de la política argentina, demuestran las complejas relaciones de la mujer y el poder, sea a través de los hombres en quienes se escudan, con hábil complicidad, sea en la actividad con que utilizan sus dotes. En definitiva, un libro actual, informado, y sugerente.



Una sencilla guía de música clásica; el retorno de Carmen Posada —habitual columnista de FUCSIA— con biografías y ensayos, y la presentación de la joven Margarita Posada, con algunos de los lanzamientos de la Feria del Libro.

Se enriquecen así las biografías con muy humanos detalles, mientras las preciosas ilustrativas fichas técnicas sobre oratorios, música de cámara, obras orquestales, nos orientan, con didáctico sentido. Un exhaustivo glosario de términos musicales, al final, hace aún más útil este libro grato e instructivo.



### DE ESTA AGUA NO BEBERE

Margarita Posada

El planteo de esta novela es, en esencia, el vicio y hasta lo reñido de una particular clase social: la más alta, la del poder, las drogas, la política y los viajes de placer; esa clase de buenos para nada, inútil hasta la exasperación, ubicada justo en un país particular, que no contiene a su gente y que por generaciones se ha venido degradando; y que no es de ficción. Con un texto rudo a veces, ligero, otorga, Margarita Posada, colombiana de 27 años, muestra su talento narrativo con un enfoque honesto, sin afán de meterse en las ligas de escritores emergentes. (Por JAA)

# Se ve raro, ¿verdad?

y... usted, ¿cómo se ve?



**ECONOMIA Y NEGOCIOS**

**Hoy será la última vez que dirás "no sé"**

**Notas económicas**

**PLANEA**

**Cofrafa abrió agencia en Irak**

**Luis Alberto Merino**

**Pedirán OPA obligatoria en Bavaria**

**Bancobogotá venderá a Almacénar**

**Entre el tintero...**

**El Banco 407 Villas abrió este viernes un nuevo centro de trámite en Bogotá (Carrera 31 entre calles 40). Abordará los turnos a través de su sistema de citas en línea.**

**La Fuerza Aérea informó que esta semana, hasta el 28 de junio, estará suspendida al momento el pulimiento nocturno de Ezeiza. Los vuelos de mantenimiento de información en el exterior, que permitió consolidar las 24 horas.**

**Ciudad de Panamá. La alcaldía de Panamá autorizó este jueves una videovigilancia desde la sede central del Zona, así como establecer las instrucciones para el acondicionamiento de los espacios y la ejecución de las medidas de bioseguridad.**

**Ciudad de México. Un hombre falleció en la noche de ayer en el hospital Civil Cruz Roja, con síntomas de meningitis. La tarde anterior se había presentado a la clínica con fiebre y dolor de cabeza, con fiebre de 39 grados y se expuso que se dirigían a nuevas propuestas a más tardar hoy.**

**Dos tránsitos utilizarán la ruta**

**1b**

**Acciones**

**GERIFICO S.A.**

**O.P.A. Bavaria: del 5 al 20 de julio**

**Los negocios del futuro de hoy**

## E.U. asigna negociadores agrícolas a países andinos

**EL PAÍS**

**GRANDES MERCADOS**

**Irvin P. Johnson, encargado de la representación de los productores con Colombia**

**ESTOS DÍAS PERDÉN**

**LA FAJA DE INFLACIONES CLARA POR PARTE DE LOS ESTADOS UNIDOS EN SUS NEGOCIACIONES AGRÍCOLAS Y PERSONAL**

**Con las presides**

**Sobre**

**Baja**

**En materia de protecciones agrícolas, la viabilidad del TLC es la que más preocupa a E.U. para mediar la situación de la mesa de negociaciones.**

**En agricultura, la defensiva de la mesa de negociaciones es la que más preocupa a E.U. para mediar la situación de la mesa de negociaciones.**

**El presidente de la mesa de negociaciones, Luis Alberto Merino, consideró que el país y sus socios tienen que estar de acuerdo para el TLC, porque si no, se habrá definido que tienen a que hacer a quienes no han firmado.**

**Respecto a los productores colombianos, el presidente de la Asociación de Cultivadores de Frutas y Hortalizas, Ricardo Vilaverde, aseguró que ya impuso una serie de medidas para que el sector no pierda el control del mercado local, pues considera que tanto el país como el exterior deben tener una cosecha, indicó que "la**

**Preocupación**

**Lunes 16 de julio de 2007**

**Colombia tiene 71,5 mil de miles de hectáreas de tierra destinada a la producción de maíz, pero solo produce 4,5 millones de toneladas, lo que significa que el 80% de la cosecha es importada.**

**El presidente de la mesa de negociaciones, Luis Alberto Merino, consideró que el país y sus socios tienen que estar de acuerdo para el TLC, porque si no, se habrá definido que tienen que hacer a quienes no han firmado.**

**Respecto a los productores colombianos, el presidente de la Asociación de Cultivadores de Frutas y Hortalizas, Ricardo Vilaverde, aseguró que ya impuso una serie de medidas para que el sector no pierda el control del mercado local, pues considera que tanto el país como el exterior deben tener una cosecha, indicó que "la**

**CONVOCATORIA**

**¿Quieres...**

**Antioquia**

**y... tú, ¿cómo te ves?**



# Prevención de obesidad y trastornos alimentarios

---

- I. Educar acerca de efectos dañinos de las dietas y beneficios de la alimentación saludable
- II. No usar insatisfacción corporal como motivador a bajar de peso, énfasis en beneficios de un cuerpo sano (Peso saludable vs peso ideal)
- III. Favorecer comidas placenteras
- IV. Evitar el tema de las comidas y el sobrepeso
- V. Nunca bromear con tema de obesidad (Weight bulling o weight arrassment)
- VI. Asuma que todo adolescente sobre peso está mal orientado y ofrezca ayuda.

A photograph of two young girls performing handstands on a sandy beach. The girl on the left is wearing a red long-sleeved top and blue shorts, while the girl on the right is wearing a white t-shirt and black shorts. They are both leaning into their handstands with one leg bent and the other extended to the side. The ocean and sky are visible in the background.

¡GRACIAS!

IMAGE BANK  
IMAGEBANK