

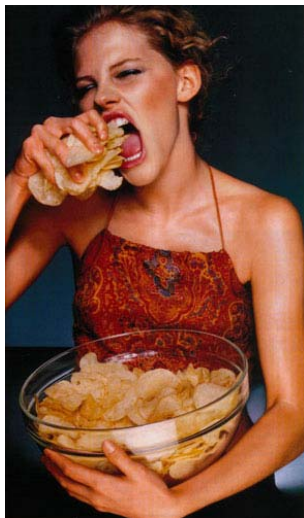
Trastornos alimentarios en adolescentes

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

Trastornos de alimentación

FISICO:

Máximo potencial de crecimiento
Desarrollo puberal completo
Capacidad reproductora

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

PSICOLOGICO:

Identidad personal
Desarrollo cognitivo
Desarrollo autoimagen
y autoestima

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

SOCIAL

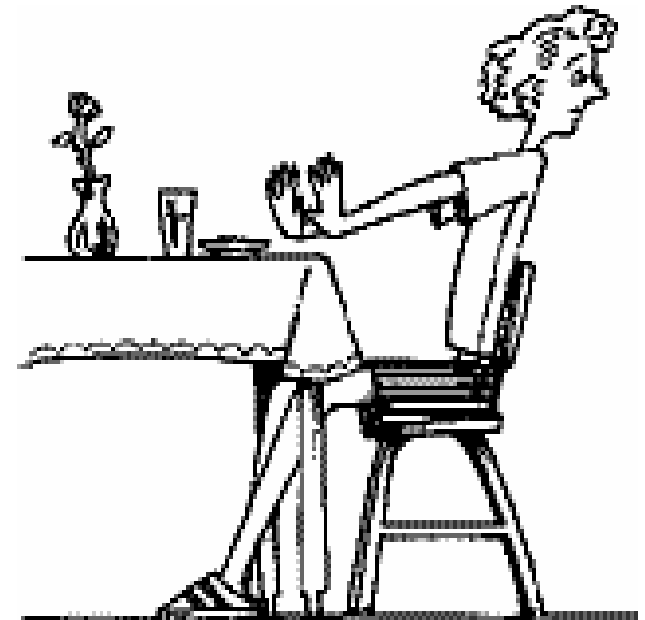
Independencia familiar
Socialización
Relación de pareja estable

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 ¹	ESPAÑA ²	NORUEGA ³	IRAN ⁴	USA ⁵	ITALIA ⁶	ISRAEL ⁷
TOTAL	17.7%	5.0%	1.7%	10.7%	10.2%	11%	11.7%
Trast Alim Inesp.	14.6%	4.0%	0.7%	6.6%	5.4%	4.7%	11%
ANOREXIA	0.8%	0.7%	0.3%	0.9%	2.1%	2.0%	0.2%
BULIMIA	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

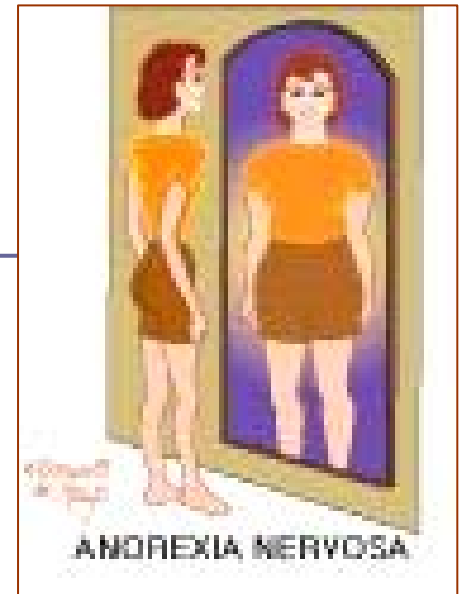
Chile: 8,3% prevalencia de TAI en mujeres 10 a 19 años

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

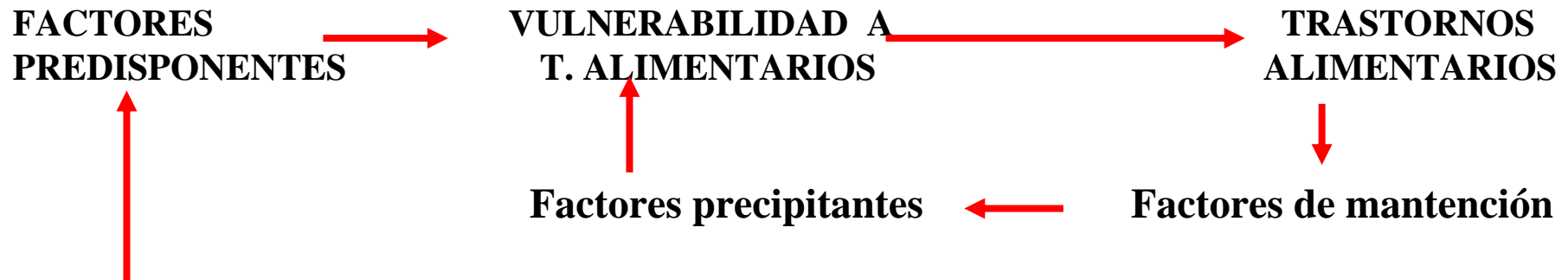
- ❑ Juega rol fundamental como desencadenante y como mantención
- ❑ Sobrevaloración de la delgadez como sinónimo de belleza y éxito social
- ❑ Alimentos dietéticos, exceso deportes
- ❑ La industria de la dieta
- ❑ Las jóvenes que realizan dietas prolongadas y estrictas tienen mayor riesgo de desarrollar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

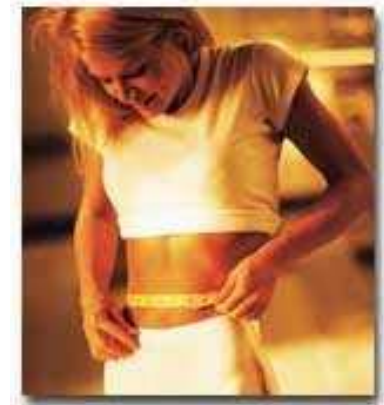
Factores de riesgo

- ❑ **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 insidioso (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



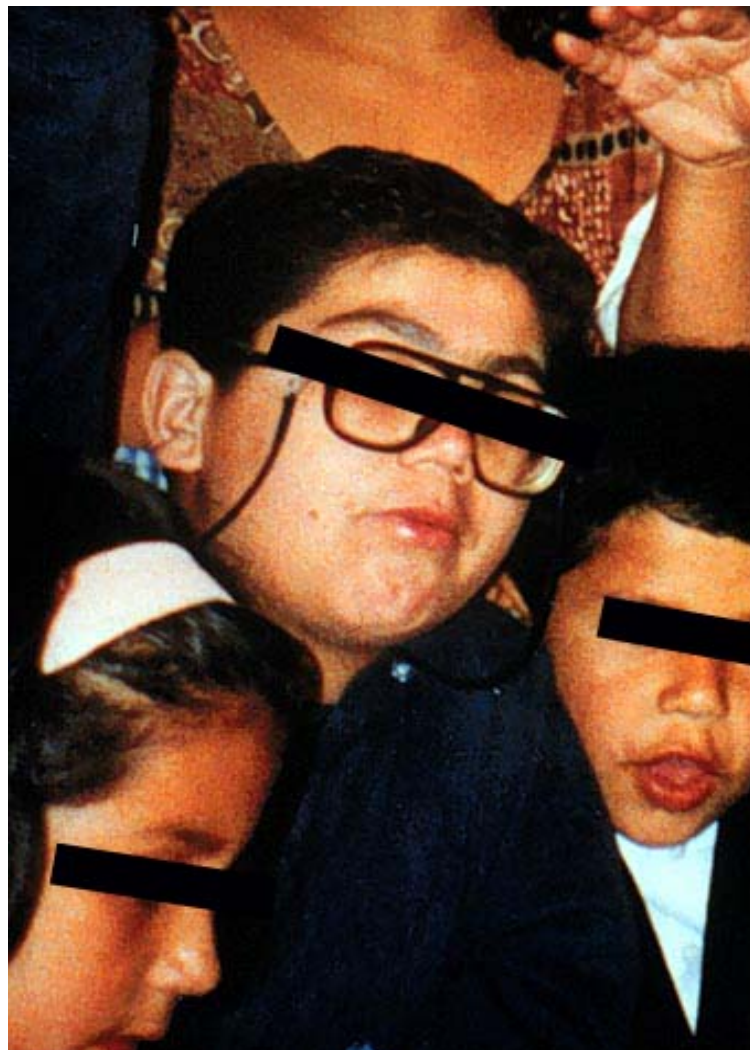
Si consultan espontáneamente, lo hacen por:

- 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, acrocianosis, hipotensión, bradicardia, hipotermia.
- Vómitos, laxantes, diuréticos.
- Exceso de ejercicios

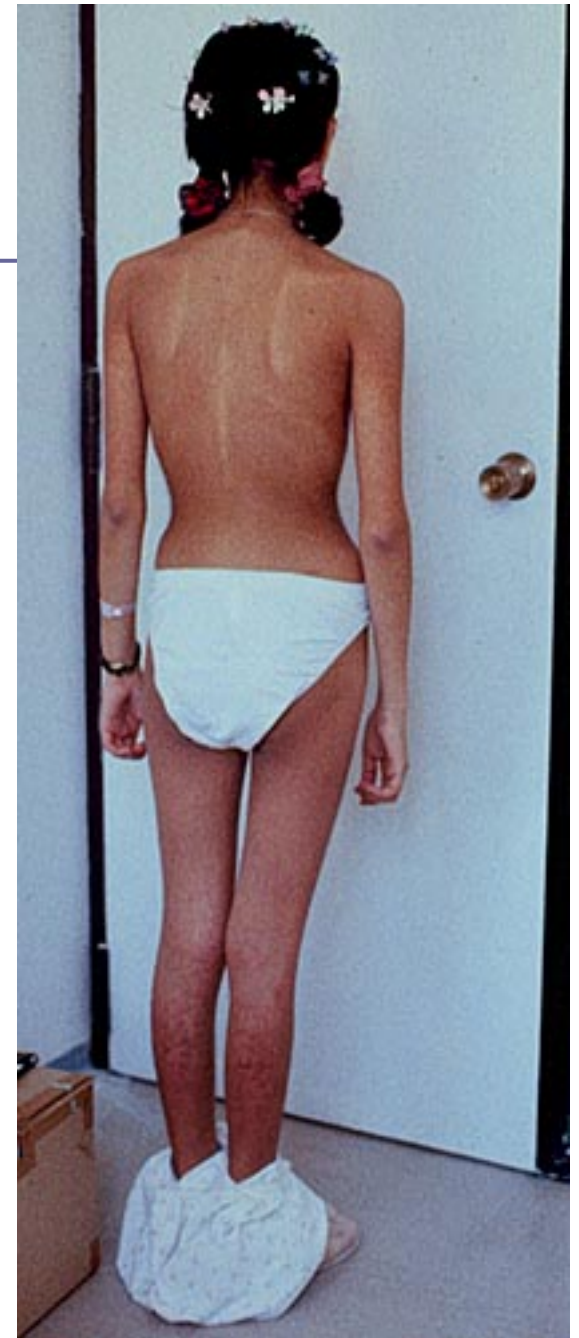


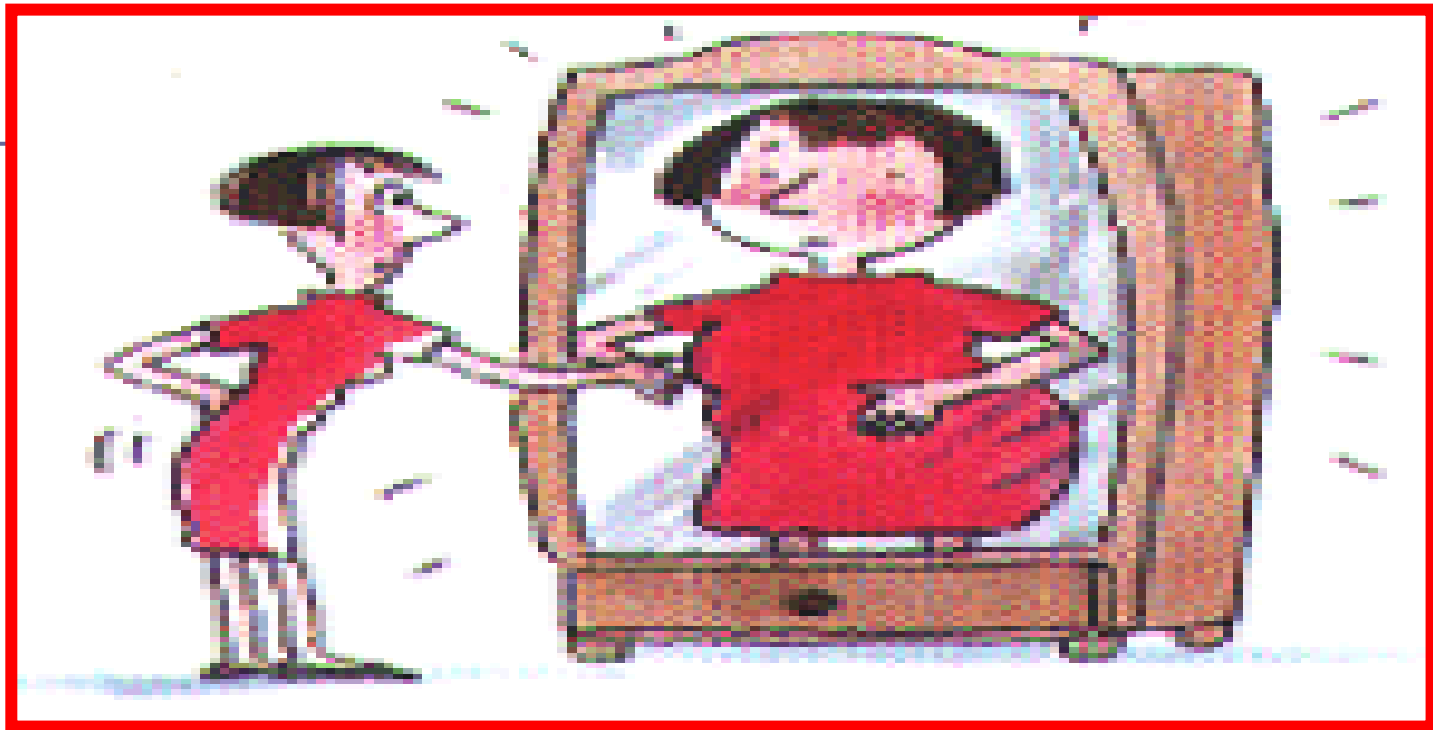
J.N.P.

16 años 6m

**Ingreso U. de
Adolescencia UC**







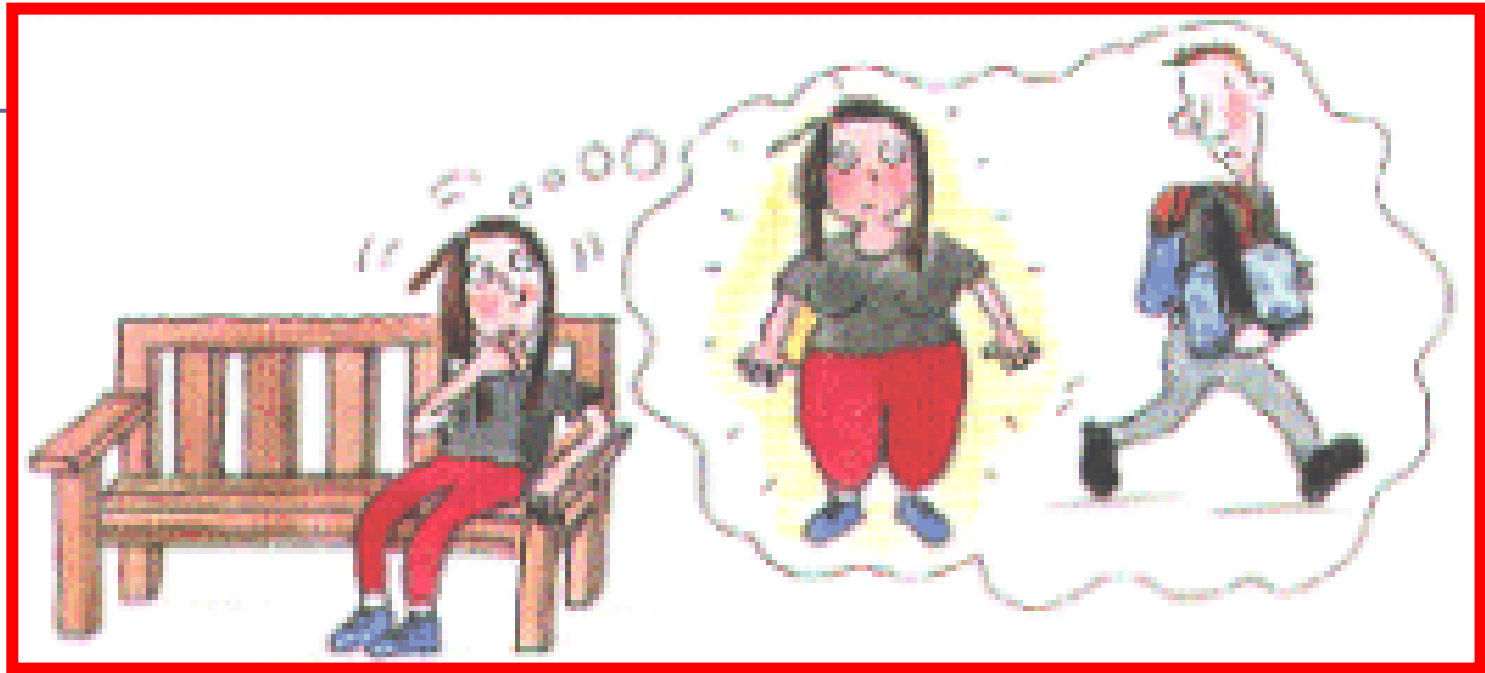
Yo me veo como me siento: mal



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



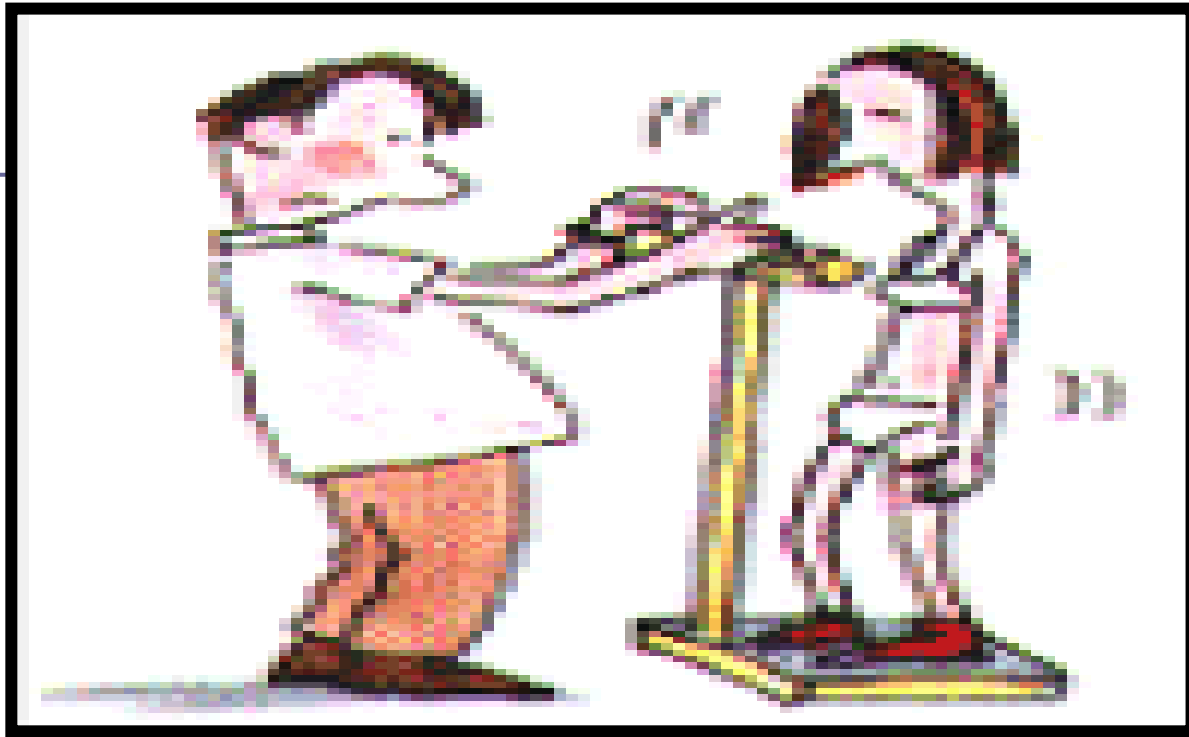
Tengo que botar esas calorías que me hicieron comer



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 parotídeas
- Depresión asociada frecuente
- Patrón de conducta impulsivo



SIGNOS FÍSICOS EN ADOLESCENTES CON ANOREXIA Y BULIMIA NERVIOSA

SIGNOS FÍSICOS	ETIOLOGÍA
BOCA	
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
PIEL	
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

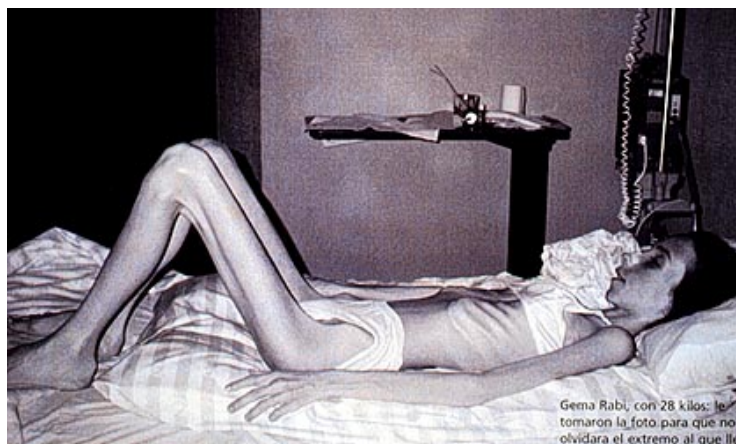
EXTREMIDADES

Manos y pies fríos, acrocianosis

Mala circulación

Atrofia muscular

Desnutrición





"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 básico, 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

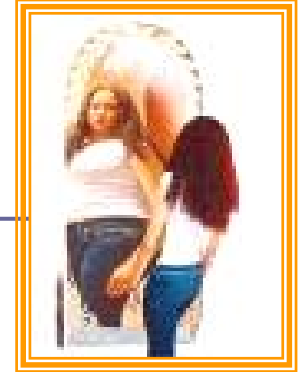
Amenorrea

- ❑ 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 calórico; 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, además 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 x min ó caída P. Art. > 10 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?



libros **FUCSIA**

BUEN OÍDO, MAL ODIO

HISTORIAS GRATAS O INSTRUCTIVAS 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 Hoogen

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, Handel, Telemann, Haydn, Mozart. Reconocerá muchos de las piezas o de sus bien seleccionados fragmentos: Los cuatro estacioneros, Verano, Concierto de Brandeburgo N.º 3, Don Giovanni. Quizás entonces comience a leer el libro.

En orden alfabético hay síntesis 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 útil panorama. (Sabe usted, por ejemplo, que Bach a raíz de su muerte no fue más que un final, sólo redescubierto en el siglo XIX por el que Handel, empresario autónomo en Londres, vio cómo en una de sus óperas "dos cantantes la emprendieron a golpes en plena escena, en presencia de la Princesa de Gales, mientras Handel en persona acompañaba el duelo golpeando el bumbo?" (pág. 123). Inolvidable momento; al cual lamentamos no asistir.

A LA SOMBRA DE LILITH Carmen Posadas / 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, se olvidó la envidia del pene de Freud, su ser se ha colocado en nivel de inferioridad ante la figura masculina. El cazador. Ella, procreadora. El reflexivo. Ella intuitiva, estas dicotomías, en tantos casos usadas como formas de dominación, se desmontan en el inteligente análisis de la primera parte. En la segunda, 12 biografías de mujeres cábales 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 vida política argentina, demuestran las complejas relaciones de la mujer y el poder, sea a través de los hombres en quienes se encadenan, con hábil complicidad, sea en la actividad con que utilizan sus dotes. En definitiva, un libro actual, informado, y sugerente.



Una acertada guía de música clásica: el retorno de Carmen Posadas —habituada columnista de FUCSIA— con biografías y ensayos y la inmersión narrativa de la joven Margarita Posada, son algunos de los lanzamientos de la Feria del Libro.

Se enriquecen así las biografías con muy humanos detalles, mientras las precisas e 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 BEBERÉ

Margarita Posada

El planteo de esta novela es, en esencia, el vado y hasta lo renegado 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 conviene a su gente y que por generaciones se ha venido degradando, y que no es de ficción. Con un texto rudo a veces, ligero, claro, Margarita Posada, colombiana de 27 años, muestra su talento narrativo con un enfoque honesto, sin afán de meterse en las ligas de escritores emergentes, pero, aguarita.

(Por JAA)

Se ve raro, ¿verdad?

y... usted, ¿cómo se ve?



De esta agua no beberé

Margarita Posada

Margarita Posada

Margarita Posada

Margarita Posada

Margarita Posada

Margarita Posada

Margarita Posada

Margarita Posada

Margarita Posada

Margarita Posada

Margarita Posada

Margarita Posada

Margarita Posada

Margarita Posada

Margarita Posada

Margarita Posada

Margarita Posada

Margarita Posada

Margarita Posada

Margarita Posada

Margarita Posada

Margarita Posada

Margarita Posada

Margarita Posada

Margarita Posada

Margarita Posada

Margarita Posada

Margarita Posada

Margarita Posada

Margarita Posada

Margarita Posada

Margarita Posada

Margarita Posada

Margarita Posada

Margarita Posada

Margarita Posada

Margarita Posada

Margarita Posada

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 sobrepeso está mal orientado y ofrezca ayuda.

¡GRACIAS!



IMAGE BANK
TWICE BVNK