

Capitalismo neoliberal y comercio:

Determinantes internacionales de la anorexia y bulimia en adolescentes

Neoliberal capitalism and trade:

International determinants of anorexia and bulimia in adolescents

José Fernando Castro Aguirre

Monografía para optar al título de Especialista en Salud Internacional

Asesora

Isabel Cristina Garcés Palacio. MS, PhD.

Profesora Facultad Nacional de Salud Pública

Universidad de Antioquia

Facultad Nacional de Salud Pública

Héctor Abad Gómez

Medellín

2015

¿Por qué es necesaria la investigación?

“...se ha producido en el mundo una crisis de paradigmas en las diferentes disciplinas del saber, que ahora se permite cuestionar y alejarse de las verdades absolutas para avanzar hacia sistemas del conocimiento que se caracterizan por su relatividad y su permanente estado de construcción”.

Marco Raúl Mejía Jiménez.

Tabla de Contenido

Resumen	6
Abstract.....	7
1. Introducción	8
2. Planteamiento del Problema	11
3. Objetivos.....	14
4. Marco Teórico	15
4.1. Modelo Conceptual de Salud Internacional del Programa de Líderes en Salud Internacional “Edmundo Granda Ugalde” 2009-2010	15
4.2. Los modelos de desarrollo y el comercio como determinantes internacionales de la equidad en salud y del proceso salud-enfermedad.....	18
4.2.1. Similitudes y diferencias entre los modelos de desarrollo de Brasil y Colombia	23
4.2.2. Rasgos económicos de Brasil	25
4.2.3. Rasgos económicos de Colombia	26
4.3. La malnutrición en la sociedad de consumo	26
4.4. Caracterización demográfica y epidemiológica de Brasil y Colombia	29
4.4.1. Brasil	29
4.4.2. Colombia	30
5. Metodología	31
6. Resultados	33
6.1. Hallazgos epidemiológicos predominantes en estudios sobre anorexibulimia realizados en Brasil y Colombia.....	33
6.2. Posibles asociaciones teóricas entre los modelos de desarrollo de Brasil y Colombia y la anorexibulimia	35
6.3. La industria farmacéutica como sector propagador de los ideales socioculturales prevalentes de estética corporal	38
7. Discusión	40
8. Conclusiones	45
9. Recomendaciones	46
10. Agradecimientos	47
11. Referencias Bibliográficas.....	48

Lista de Tablas

Tabla 1. Categorización del Comercio.	21
Tabla 2. Similitudes entre los Modelos de Desarrollo de Brasil y Colombia.	23
Tabla 3. Diferencias entre los Modelos de Desarrollo de Brasil y Colombia.	24
Tabla 4. Direccionamiento de la búsqueda de información en bases de datos.	31
Tabla 5. Hallazgos epidemiológicos predominantes en estudios sobre anorexibulimia realizados en Brasil.	33
Tabla 6. Hallazgos epidemiológicos predominantes en estudios sobre anorexibulimia realizados en Colombia.	34
Tabla 7. Posibles asociaciones teóricas entre los modelos de desarrollo de Brasil y Colombia y la anorexibulimia.	36
Tabla 8. Estudios que reportan el uso de anorexígenos en Brasil.	38
Tabla 9. Estudios que reportan el uso de anorexígenos en Colombia.	39

Lista de Figuras

Figura 1. Modelo Conceptual de Salud Internacional del Programa de Líderes en Salud Internacional “Edmundo Granda Ugalde” 2009-2010.	16
---	----

Resumen

Esta monografía, construida a partir de una revisión rápida de literatura científica en bases de datos (*MEDLINE, SciELO, LILACS, BIREME, Google y Google Scholar*) y de un análisis sistémico del Modelo Conceptual de Salud Internacional del Programa de Líderes en Salud Internacional "Edmundo Granda Ugalde" 2009-2010 de la Organización Panamericana de la Salud, sustenta cómo influyen el modelo capitalista neoliberal y el comercio en la anorexia y la bulimia nerviosas en los jóvenes de 10-19 años de edad de Brasil y Colombia, durante el período de tiempo comprendido entre 2003-2013. Para tal efecto, se exploran los hallazgos epidemiológicos predominantes en estudios sobre anorexibulimia realizados en Brasil y Colombia, se identifican posibles asociaciones teóricas entre los modelos de desarrollo de Brasil y Colombia y la anorexibulimia, y se describe cómo el sector comercial farmacéutico privilegia los ideales socioculturales prevalentes de estética corporal en ambos países.

Palabras Clave: *anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, capitalismo neoliberal, comercio, adolescentes, Brasil, Colombia.*

Abstract

This monograph, constructed from a quick review of scientific literature databases (*MEDLINE* , *SciELO* , *LILACS* , *BIREME*, *Google and Google Scholar*) and a systemic analysis of the Conceptual Model of International Health of the Leaders in International Health Program “Edmundo Granda Ugalde” 2009-2010 of the Pan American Health Organization, argues how the neoliberal capitalist model and the trade influence on anorexia and bulimia nervosa in young people aged 10-19 in Brazil and Colombia, during the period between 2003-2013. To this end, the predominant epidemiological findings in studies about anorexia and bulimia nervosas in Brazil and Colombia are explored, possible theoretical associations between the development models of Brazil and Colombia and anorexia and bulimia nervosas are identified, and it describes how the pharmaceutical commercial sector privileges prevalent sociocultural ideals about body beauty in both countries.

Keywords: *anorexia nervosa, bulimia nervosa, neoliberal capitalism, trade, adolescents, Brazil, Colombia.*

1. Introducción

El propósito de esta investigación documental es analizar cómo influyen el modelo capitalista neoliberal y el comercio sobre la anorexia y la bulimia nerviosas en la población adolescente de Brasil y Colombia, tomando en consideración dos elementos teóricos del Modelo Conceptual de Salud Internacional del Programa de Líderes en Salud Internacional “Edmundo Granda Ugalde” 2009-2010¹, Comercio y Modelos de Desarrollo. Se reflexionó acerca de la determinación que estos ejercen sobre una problemática de interés para la salud pública, que se presenta en grupos etarios específicos de dos países con diferencias en sus concepciones políticas y en sus dinámicas comerciales.

Se ha expuesto el incremento de hábitos alimentarios inadecuados en los jóvenes de diferentes países, incluidos Brasil y Colombia, y se han reportado datos epidemiológicos que ascienden vertiginosamente. Sin embargo, la discusión acerca de si la anorexia y la bulimia nerviosas deben considerarse enfermedades emergentes permanece abierta, ya que también se ha afirmado que estos resultados estadísticos se asocian con una serie de fenómenos que explicarían la aparente masificación de la problemática^{2,3}, como cambios en los métodos diagnósticos, una mayor accesibilidad a los servicios asistenciales, tasas de incidencia expresadas como tasas crudas, cambios demográficos y en la estructura de la población, estudios con diseños poco apropiados y cuestionarios ajustados con puntos de corte establecidos arbitrariamente por los autores⁴.

La anorexia y la bulimia nerviosas son enfermedades poco frecuentes, por lo cual es difícil establecer su prevalencia en la población general⁵. No obstante, las estimaciones internacionales respecto a la frecuencia de los trastornos de la conducta alimentaria oscilan entre 0.5% y 3.5%^{6,7,8,9}. Estas afecciones deterioran la integridad biológica, psicológica y social de quienes las padecen¹⁰ y se describen como enfermedades mentales aparentemente condicionadas por factores propagadores alrededor del comercio, inherentes a imposiciones sociales y asociadas con estados de ansiedad y depresión^{3,11,12}.

Frente al modelo teórico que orienta esta revisión bibliográfica, deben precisarse algunos aspectos históricos. Al parecer, la teoría y la praxis de la Salud Internacional se remontan a la Europa de finales del siglo XIX y comienzos del siglo XX, período de profundas transformaciones políticas, económicas, científicas y sociales, en el que las acciones de salud pública se orientaban hacia el control transfronterizo de enfermedades epidémicas, como el cólera, “la peste” y la fiebre amarilla; en contraste, la Salud Global es un término acuñado más recientemente,

a través del cual se analizan las problemáticas de salud que afectan a los ciudadanos del mundo, aun por encima de los intereses de naciones particulares^{13,14}. Sin embargo, no es conveniente caer en reduccionismos alrededor del concepto de Salud Internacional, no solo construido para explicar cuestiones de salud que les atañen a países de bajos ingresos o en vías de desarrollo, como lo sostiene un texto académico¹⁵. Tampoco es adecuado usar indiscriminadamente ambos términos. Lo más pertinente es acercarse a los planteamientos generales y particulares que delimitan ambos conceptos, pues sus modelos o campos explicativos pueden condicionar un mayor o menor nivel interpretativo frente al análisis de un fenómeno específico para la salud pública.

En el Modelo de Salud Internacional que soporta teóricamente esta investigación documental se asume que la salud debe ser exigida como un derecho humano, y se asocia conceptualmente con la reducción de las inequidades sociales, por lo cual se representan a manera de eje central en un esquema que discrimina las posiciones políticas en dos fuerzas transversales y cuatro fuerzas motoras, estando estas últimas constituidas por los modelos de desarrollo, el comercio, los derechos humanos, la cooperación internacional y la diplomacia en salud; tales elementos teóricos y los otros constitutivos del modelo se relacionan entre sí para influenciar la salud de los pueblos¹.

Desde el punto de vista metodológico, se llevó a cabo una revisión no sistemática de literatura científica en las bases de datos *MEDLINE*, *SciELO*, *LILACS*, *BIREME*, *Google* y *Google Scholar*. El conjunto seleccionado de bases de datos documentales presenta alta estructuración y estandarización de la información, permitiendo recuperar referencias, documentos textuales y datos estadísticos, dado su carácter multidisciplinario y su alcance internacional. La información encontrada se depuró y categorizó de acuerdo con los objetivos de la monografía.

La definición del problema de investigación tuvo en cuenta la estructura y los niveles de análisis del Modelo Conceptual de Salud Internacional del Programa de Líderes en Salud Internacional “Edmundo Granda Ugalde” 2009-2010, ya que se consideraron dos de sus elementos teóricos para explicar la aparición de la anorexia bulímica en individuos y comunidades. De acuerdo con el primer nivel de análisis, se establecieron interrelaciones entre el modelo capitalista neoliberal y la anorexia bulímica, así como entre el comercio y la anorexia bulímica. El segundo nivel de análisis posibilitó asociar el comercio con el modelo capitalista neoliberal, pensado para la generación y acumulación de capital, mediante estrategias como la propagación de estándares socioculturales de estética corporal.

Así pues, a partir de una pregunta de investigación, se exploraron dos determinantes internacionales de la anorexia y la bulimia en adolescentes de países en vías de desarrollo, lo cual se constituye en una herramienta de trabajo para la elaboración intersectorial de estrategias tendientes a reducir los índices de morbilidad asociados con la problemática. En otras palabras, el cuestionamiento que a continuación se presenta, permitió esbozar una realidad que debe conocerse para ser intervenida, estructurando medidas de control efectivas y eficientes desde la salud pública internacional:

¿Cuál ha sido la influencia del modelo capitalista neoliberal y el comercio sobre la anorexia y la bulimia nerviosas en los jóvenes brasileños y colombianos de 10 a 19 años de edad entre 2003 y 2013?

2. Planteamiento del Problema

En relación con los trastornos de la conducta alimentaria, diversos estudios han sustentado su incremento en población adolescente durante los últimos 50 años^{16,17}, lo cual ha posicionado a tal grupo etario como el más afectado por este tipo de desórdenes. En la actualidad, se ha aceptado una prevalencia internacional de 0,5% a 1% para la anorexia nerviosa y de 1% a 3,5% para la bulimia nerviosa^{18,6,7,8,9}. Sin embargo, debe decirse que existe variabilidad con respecto a la prevalencia de estas enfermedades en la región, teniendo en cuenta que entre los países de América Latina y dentro de ellos existen significativas disparidades en términos económicos, sociales, culturales y sanitarios¹⁹, y que las diferencias entre unos y otros criterios y métodos diagnósticos pueden conducir a que se detecten variaciones epidemiológicas importantes. Por otro lado, la aparente baja frecuencia de estas enfermedades en la población general hace que sea difícil demostrar la evolución de su prevalencia e incidencia, pues los estudios se enfocan en segmentos específicos de la población²⁰, lo cual limita el conocimiento a profundidad de la magnitud, los factores de riesgo y los factores protectores asociados, a gran escala²¹.

El resultado más evidente de la anorexibulimia podría ser la delgadez patológica de quien la padece, pues la excesiva preocupación por el peso, la distorsión que se tiene de la imagen corporal y el miedo enfermizo a engordar, son rasgos psicológicos conducentes a que se establezca un estado de desnutrición con severidad variable. Si solo se toman en cuenta las consecuencias biológicas de la enfermedad, pueden mencionarse situaciones clínicas tan importantes como: pérdida de la masa y función muscular, cardiopatías, disminución de la perfusión renal y la filtración glomerular, afectación de las funciones intestinal y pulmonar, inmunosupresión, depresión, ansiedad, entre otras²². A nivel cognitivo, son de resaltar el déficit de atención y la disminución de las habilidades para aprender, socializar y resolver problemas o conflictos²³. Tales consecuencias son producto de un estilo de vida enfocado en el estricto control de lo que se ingiere, y afectan las relaciones interpersonales del enfermo, develando una realidad que deteriora la salud en todas sus esferas: biológica, psicológica y social.

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, la adolescencia es la etapa de la vida del ser humano que transcurre entre los 10 y los 19 años de edad, la cual puede dividirse en una fase temprana que inicia a los 10 y finaliza a los 14 años de edad, y una fase tardía que comienza a los 15 y termina a los 19 años de edad con el paso a la vida adulta²⁴. Se torna relevante al considerarse un período de profundos cambios adaptativos, conducentes a la estructuración ideológica del

individuo, que experimenta rápidas e intensas transformaciones biopsicosociales²⁵.

Muchas enfermedades graves de la edad adulta comienzan en la adolescencia, como aquellas derivadas de unos inadecuados hábitos alimenticios y de ejercicio²⁶. Es decir, algunas prácticas adquiridas durante la adolescencia pueden repercutir en patrones nutricionales nocivos para el individuo en la adultez^{27,28,29}. Esto podría asociarse con el proceso de la globalización, que trajo consigo un fenómeno a los países en vías de desarrollo consistente en la disminución de las deficiencias nutricionales y las enfermedades infectocontagiosas, así como en el incremento de las enfermedades crónicas y degenerativas, especialmente las cardiovasculares, lo cual se ha denominado transición epidemiológica¹⁹.

Las problemáticas asociadas con el proceso salud-enfermedad de este grupo poblacional pueden variar o asemejarse, dependiendo de las diferencias culturales que configuran su forma de ver el mundo³⁰. La adolescencia no es considerada una categoría homogénea, sino heterogénea y diversa, en la cual puede hallarse una multiplicidad de características relacionadas con el género, la etnia, el estatus social, el nivel económico y el estilo de vida en las zonas urbana y rural; no obstante, algunos atributos de los adolescentes permiten establecer similitudes entre ellos, ya que independientemente de la latitud de donde provengan y de su historia de vida, requieren desarrollar competencias y habilidades para satisfacer sus necesidades³¹.

En el afán por adaptarse a los núcleos sociales a los que pertenecen, los adolescentes manifiestan una inmensa preocupación por poseer un cuerpo más atractivo y establecer un contacto más estrecho con las tendencias culturales vanguardistas³². Para ellos, la imagen corporal es fundamental³³, y al encontrarse en una etapa de integración de esa imagen³⁴, pueden considerarse vulnerables ante las propuestas estéticas que difunden los medios de comunicación, como la prensa y la televisión³⁵. Al respecto, cuando un espectador vulnerable encuentra discrepancias entre su cuerpo y el de aquellos modelos que materializan un ideal estético particular, puede surgir en él algún grado de insatisfacción y presentar conductas de riesgo para los trastornos de la conducta alimentaria, especialmente para aquellos de los que trata esta monografía³⁶. En tal sentido, una de las hipótesis más extendidas en el contexto sociocultural, sostiene que los medios de comunicación influyen sobre lo aceptables o inaceptables que pueden llegar a ser los atributos físicos de las personas para sí mismas y otras³⁷. Así mismo, el capitalismo en su fase neoliberal determina un contexto sociocultural en el que se ha producido un tipo de discurso que privilegia el consumo como uno de los más importantes mecanismos de integración social³⁸. Sus valores supremos estimulan

la belleza física, y la publicidad asocia dichos valores con cualquier cosa que le sea encargada comercializar³⁹.

En este orden de ideas, una de las amenazas que deben enfrentar los adolescentes en relación con su situación de salud está representada por la anorexibulimia, enfermedad de la que es preciso conocer sus determinantes internacionales, con el propósito de estructurar estrategias de promoción de la salud y prevención de la enfermedad tendientes a reducir los índices de morbimortalidad asociados con la problemática. Es pertinente reflexionar a partir de un modelo o campo explicativo para alcanzar un adecuado nivel de interpretación, que permita diseñar y adoptar medidas de control efectivas y eficientes. Después de todo, la Organización Mundial de la Salud se ha referido a la adolescencia como un período de tiempo fundamental para el progreso social, económico y político de todos los países alrededor del mundo⁴⁰.

Por lo anteriormente expuesto, a través de esta revisión documental se pretende dar respuesta a la pregunta:

¿Cuál ha sido la influencia del modelo capitalista neoliberal y el comercio sobre la anorexia y la bulimia nerviosas en los jóvenes brasileños y colombianos de 10 a 19 años de edad entre 2003 y 2013?

3. Objetivos

3.1. General:

Analizar la influencia del capitalismo neoliberal y el comercio en la anorexia y la bulimia nerviosas en los jóvenes de 10 a 19 años de edad de Brasil y Colombia durante el período comprendido entre 2003 y 2013.

3.2. Específicos:

- Explorar los hallazgos epidemiológicos predominantes en estudios sobre anorexia y bulimia realizados en Brasil y Colombia.
- Identificar posibles asociaciones teóricas entre los modelos de desarrollo de Brasil y Colombia y la anorexia y bulimia.
- Describir la influencia del sector comercial farmacéutico en los ideales socioculturales prevalentes de estética corporal en ambos países.

4. Marco Teórico

4.1. Modelo Conceptual de Salud Internacional del Programa de Líderes en Salud Internacional “Edmundo Granda Ugalde” 2009-2010:

Desde una aproximación teórica en exceso reduccionista, se ha expuesto que la Salud Internacional se limita al conocimiento e intervención de las enfermedades tropicales que afectan a grupos poblacionales en regiones con escasos recursos económicos y, por tanto, un incipiente nivel de desarrollo humano y social⁴¹. También se ha enmarcado el concepto de Salud Internacional únicamente en el campo del derecho y los Códigos Internacionales, especialmente del Código Sanitario Internacional, lo cual simplifica la discusión que sobre su significado se ha suscitado en el contexto académico⁴¹.

Debe decirse, sin embargo, que después de avanzar en la construcción colectiva del concepto de Salud Internacional, en especial desde finales del siglo XX con la publicación del libro *“Salud Internacional: un Debate Norte-Sur”* y durante estos dos primeros decenios del siglo XXI, se sabe que las enfermedades tropicales no son los únicos objetos de estudio de esta naciente disciplina del conocimiento. Como se verá más adelante, la Salud Internacional contempla el estudio de los derechos humanos, de la cooperación técnica entre naciones y del Código Sanitario Internacional, pero no se limita a ellos¹. Así pues, ninguno de los reduccionismos descritos define *per se* la Salud Internacional, aunque pueden ser complementarios y nutrir los discursos de sus modelos explicativos.

Uno de los textos académicos de referencia para el análisis, la construcción teórica y la práctica de la Salud Internacional, sostiene que el concepto que se tiene de esta *“se viene aplicando, en diferentes contextos, de acuerdo con las concepciones que los autores o que las instituciones tienen del proceso salud-enfermedad, de la sociedad y de las relaciones internacionales”*⁴², de ahí que se encuentren con frecuencia, en la literatura científica, diversas definiciones. La que se expone seguidamente fue elaborada por Paulo Marchiori Buss, y sirve de preámbulo para explicar el Modelo Conceptual de Salud Internacional del Programa de Líderes en Salud Internacional “Edmundo Granda Ugalde” 2009-2010: *“corresponde que la salud internacional, como disciplina, estudie y señale a la sociedad mundial y a los gobiernos los factores sociales, económicos, políticos y culturales patógenos encontrados en el funcionamiento de las relaciones entre los países”*⁴².

A partir de dos Talleres denominados “Hacia una nueva construcción del modelo conceptual de salud internacional”, celebrados en el año 2008 en Medellín (Colombia) y en 2009 en Lima (Perú), se representaron algunos procesos, temas o áreas problemáticas de la Salud Internacional para su análisis, con el objetivo de redefinir el concepto y estimular su evolución como constructo social. Además, se estructuraron algunos cuestionamientos que aun hoy continúan dinamizando la discusión entre estudiantes y expertos. Con los insumos de estas dos actividades académicas (es decir, grabaciones, documentos escritos, presentaciones y representaciones gráficas), la coordinación del Programa de Líderes en Salud Internacional “Edmundo Granda Ugalde” construyó una propuesta de Modelo Conceptual, que a continuación se presenta:

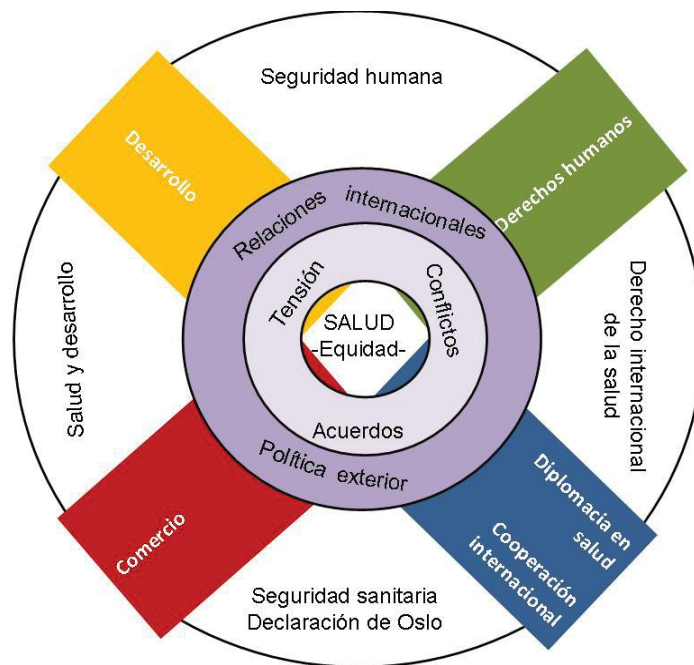


Figura 1. Modelo Conceptual de Salud Internacional del Programa de Líderes en Salud Internacional “Edmundo Granda Ugalde” 2009-2010¹.

La figura 1 explica la forma del modelo:

En el centro se encuentra la meta: salud para todos con equidad. Los rectángulos indican las fuerzas motoras o determinantes. Los círculos representan las fuerzas transversales que por su continuidad están presentes en todas las relaciones de la salud. Finalmente, entre las fuerzas motoras aparecen cuatro campos de trabajo de alto interés para la salud internacional¹.

En el documento denominado *“Abordaje de temas de salud bajo la perspectiva de salud internacional y la construcción de un modelo conceptual para su comprensión”*, que explica e ilustra la estructura del modelo expuesto en esta monografía, se sostiene que este *“responde a una corriente de pensamiento que se guía por la búsqueda de la salud como un derecho y por la reducción de las inequidades sociales, donde las posiciones políticas se integran en una estructura jerárquica que representa las interrelaciones definidas entre un eje central, dos fuerzas transversales y cuatro fuerzas motoras”*¹.

*“El eje central es la salud, definida por la Organización Mundial de la Salud como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”. En esta estructura, el modelo implica la garantía del derecho a la salud, cuyo propósito final es la equidad en salud”*¹.

Las fuerzas transversales están siempre implícitas en el análisis de un tema de salud bajo la perspectiva de salud internacional. Representan las tensiones, los conflictos y los acuerdos al interior de los Estados o entre estos, durante la concreción de acciones en beneficio de las comunidades¹.

Por otro lado, *“las fuerzas motoras están conformadas por aquellos elementos que pueden tener un mayor impacto en la garantía del derecho a la salud y en el logro de la equidad: los modelos de desarrollo, el comercio, la cooperación internacional y la diplomacia en salud”*¹. Los derechos humanos, como determinantes, también hacen parte de esas fuerzas motoras, aunque el documento no lo haga explícito en su contenido.

Por último, debe decirse que el modelo conceptual permite dimensionar dos niveles de análisis. *“En el primer nivel, se encuentra la relación entre cada fuerza motora y el resultado esperado, la cual puede estar mediada por tensiones internas o externas y por las interacciones que se establecen en el escenario internacional”*¹. En el segundo nivel, *“se encuentra la interrelación entre las diferentes fuerzas motoras”*¹.

De acuerdo con lo anterior, entre tres de las variables implícitas en esta propuesta monográfica (comercio, modelos de desarrollo y salud), existen algunas asociaciones a ser consideradas:

- Primer nivel de análisis:

Entre comercio y salud es importante indagar sobre las propuestas de negociación que privilegian la salud para mejorarla y el acceso a los servicios, medicamentos y tecnología. De la misma forma, evidenciar los impactos de los tratados de libre comercio, otros acuerdos y modalidades de producción y comercio, así como los efectos del comercio ilegal sobre la gobernabilidad y determinados grupos poblacionales¹.

Entre los modelos de desarrollo y sus impactos en la población se deben considerar las diferencias que se presentan entre la población general y las poblaciones o grupos vulnerables. En este sentido, es necesario analizar aspectos como el acceso al agua potable, el desarrollo sostenible, el empleo, la alimentación, la educación, el acceso a servicios de salud y la protección social¹.

- Segundo nivel de análisis:

Desarrollo y comercio: se refiere a salud y desarrollo, considerando como una prioridad la intervención sobre los determinantes sociales e internacionales que afectan la salud y el bienestar. En los modelos de desarrollo incluyentes, donde las transacciones comerciales tienen como base la equidad y el cumplimiento de los derechos humanos y del bienestar colectivo, la protección de la salud es considerada como base para el desarrollo¹.

4.2. Los modelos de desarrollo y el comercio como determinantes internacionales de la equidad en salud y del proceso salud-enfermedad:

El neoliberalismo es un sistema doctrinario que tiene como marco teórico lo que se denominó “Consenso de Washington”, consistente en un plan de reordenamiento de las economías periféricas con un conjunto de principios estructurados por el gobierno americano y las comúnmente denominadas instituciones financieras multilaterales de Bretton Woods, es decir, el Fondo Monetario Internacional (FMI) y el Banco Mundial (BM)⁴³, cuyo objetivo era *“reducir los obstáculos interpuestos por las instituciones y la legislación subyacente, al libre funcionamiento del*

*mercado, creando un clima favorable para los negocios*⁴⁴. Tales postulados están inspirados en el liberalismo,

...sistema filosófico, económico y político, desarrollado en Europa por el capitalismo, que defiende la libertad individual como el máximo valor de la sociedad; considera que las necesidades humanas se resuelven mejor en el mercado gracias a las iniciativas de los particulares, y propone la restricción máxima del poder coercitivo del Estado, cuyo papel debe limitarse a garantizar el orden social⁴⁵.

América Latina y el Caribe se han convertido en escenarios para el desarrollo de políticas económicas sustentadas en el mencionado modelo ideológico de inspiración liberal. Desde la última década del siglo XX, la región se presenta ampliamente disponible para la expansión de flujos internacionales de bienes, servicios y capital, lo cual redundará en una mayor participación de los Estados que la conforman en los mercados internacionales, y en una mayor integración entre los sistemas económicos nacionales, incluyendo aspectos ambientales, culturales, políticos y sociales⁴⁶.

Si bien es cierto que el capitalismo es un modelo de desarrollo predominante en el mundo, existen gobiernos y políticas partidistas con un marcado tinte socialista, como en el caso de Brasil, procurando planificar estratégicamente las actividades económicas y sociales, así como la distribución y prestación de bienes y servicios respectivamente⁴⁵. Ambos estilos de desarrollo tienen ventajas y desventajas, adeptos y detractores, causas y consecuencias. Por un lado, una escasa intervención estatal en la circulación de bienes y servicios puede conducir a que se presenten marcadas disparidades entre los diferentes segmentos de la población, ya que cada quien se enfoca en defender sus intereses particulares o su propiedad privada; es decir, prevalecen las necesidades de reproducción del capital⁴⁷. Por otro, la sociedad equitativa que pretende alcanzar el socialismo está controlada por núcleos de poder que hablan de un bien común hasta ahora teórico, abstracto en la praxis; pues en palabras de Albert Einstein, *“la realización del socialismo exige resolver unos problemas socio-políticos de gran dificultad: dada la centralización fundamental del poder político y económico, ¿cómo se podrá impedir que la burocracia se convierta en una entidad omnipotente y arrogante?”*⁴⁸.

La corriente neoliberal no se limita a la región de las Américas y el Caribe, pues *“los cambios políticos, económicos y sociales de los últimos treinta años han*

*concurrido en la realización de un modelo global de capitalismo de consumo*⁴⁹. Profundizando en la explicación de este fenómeno:

Uno de los efectos del asentamiento del discurso neoliberal en nuestra cultura ha sido la concreción de sociedades de consumo: en éstas el consumo se dispone como la única forma de participación social, que se regula y gestiona en el mercado, convirtiéndose en la esencia de lo humano y en la dinámica central de la vida social⁵⁰.

Al respecto, las estrategias publicitarias se constituyen en *“dispositivos protagónicos en la consumación de estas transformaciones políticas y económicas, al generar sus condiciones de realización en la cultura y la sociopsicología de grupos e individuos”*⁵¹. Su influencia se ejerce desde las páginas web, la televisión, el cine, las redes sociales y los videojuegos, presentando un marco de referencia donde se exponen los modelos y valores a imitar, con claros efectos sociales y culturales⁵².

A continuación, es necesario exponer algunos conceptos que sobre el comercio y los modelos de desarrollo se han construido, con el propósito de estudiarlos de la manera más integradora posible, resaltando a la vez su evidente e indisoluble asociación teórico-práctica. Por un lado, *“los modelos de desarrollo son el resultado de las concepciones políticas sobre la pertenencia de los medios de producción, las formas de redistribución de los ingresos y las políticas de protección social, las cuales se diferencian entre los países”*⁴⁵. Estos *“se originan en la forma como una sociedad organiza sus recursos materiales y sus instituciones para buscar el progreso y la satisfacción de necesidades de todos sus miembros”*⁵³. De esta manera, *“deberían orientarse a superar los problemas de pobreza, desempleo y deuda social acumulada con iniciativas propias de protección social y no basadas en formulaciones externas que no reconocen las diferencias económicas, políticas y sociales de los países”*⁵³, pues en el caso de América Latina la protección social *“ha estado condicionada de manera diversa no sólo por el modelo de desarrollo sino también por el régimen político, los aspectos financieros y las falencias administrativas que han afectado los mecanismos de seguridad social. Esto se ilustra con los casos de Brasil y Colombia donde el determinante principal es la búsqueda de legitimidad política”*⁵³.

Por otro lado, el comercio es definido como *“una práctica de intercambio de productos, bienes y servicios para satisfacer las necesidades de los grupos humanos. Este intercambio y sus condiciones se fueron transformando, desde el simple trueque hasta los movimientos financieros globalizados, con desarrollos*

*desiguales en la humanidad*⁵⁴. Algunas de sus variables o perspectivas, enmarcadas en tres categorías de análisis importantes para estudiar una problemática que pretenda abordarse desde el enfoque de Salud Internacional, son las que a continuación se describen:

Tabla 1. Categorización del Comercio.

Conceptualización	Ámbito Jurídico	Justicia
<p>El comercio se clasifica por la producción de bienes o de servicios. Ambos aspectos, presentes en todo acto de salud, se refieren por acción o por omisión a la producción del proceso de salud y enfermedad, a los servicios de atención y asistencia, y al acceso a los mismos (tecnología e infraestructura)⁵⁴.</p>	<p>Se clasifica en comercio legal e ilegal. El comercio legal da cuenta de las estrategias comerciales reguladas por las leyes nacionales o internacionales. En relación a la salud internacional, es necesario hacer referencia al comercio internacional, definido y regulado por tratados internacionales que producen impactos en la salud pública de la región⁵⁴.</p>	<p>Se habla de comercio justo y comercio injusto. El comercio injusto se refiere a aquellas estrategias comerciales donde existe asimetría y/o subordinación entre las partes⁵⁴.</p> <p>El comercio justo es una forma alternativa de comercio que promueve una relación comercial voluntaria y justa entre las partes. Este tipo de comercio es alentado por varias organizaciones no gubernamentales, el Sistema de las Naciones Unidas y múltiples movimientos sociales y políticos⁵⁴.</p>

Un cuestionamiento a tenerse en cuenta para categorizar una perspectiva del comercio adicional a las presentadas, es si este se lleva a cabo o no a través de plataformas virtuales; es decir, si puede o no considerarse comercio electrónico. *“El comercio electrónico, como cualquier actividad mercantil, es un proceso donde se involucran empresas que hacen negocios con clientes. La diferencia, única y exclusiva de este campo, es que los bienes y/o servicios son adquiridos de forma electrónica, desapareciendo las barreras de tiempo y espacio y el contacto físico directo con las personas”*⁵⁵. Es este un resultado de la globalización, a través del cual *“se construye un mundo intercomunicado e interdependiente, donde el*

*fenómeno virtual produce transformaciones tanto en el lenguaje como en la cultura en general*⁵⁶.

El comercio exterior, por su lado, se refiere a los actores, entidades, instituciones o sectores que trabajan en la exportación e importación de bienes o servicios desde una perspectiva nacional o transnacional. Es decir, *“es un país en específico o un bloque comercial el que establece relaciones de intercambio comercial con el resto del mundo*⁵⁷.

Con el propósito de sustentar de forma más precisa las asociaciones entre los modelos de desarrollo y el comercio, y tomando en consideración el documento marco de esta monografía, en una economía de mercado o economía privada, son los individuos o las empresas privadas los que poseen los medios de producción; en una economía dirigida, centralizada o estatal, las decisiones económicas se toman desde el propio Estado y los medios de producción pertenecen a la sociedad en general. En el medio de los dos anteriores sistemas económicos pueden encontrarse las economías mixtas, caracterizadas por que el Estado suministra algunos bienes y servicios, mientras otros son proporcionados a partir de la iniciativa privada. El nivel de concertación entre los sectores público y privado de los diferentes países, varía de acuerdo con la filosofía y las concepciones políticas de cada gobierno en particular⁴⁵. Esta última tendencia se corresponde con la realidad política, económica y social de Brasil y Colombia.

Cuando se indaga acerca del impacto que tienen los modelos de desarrollo y el comercio sobre la salud individual y colectiva, deben analizarse cuidadosamente algunos conceptos, entre los cuales se destaca el de marketing social, definido como *“el diseño, implementación y control de programas calculados para influenciar la aceptabilidad de ideas sociales, implicando consideraciones de producto, planificación, fijación de precios, comunicación, distribución e investigación de mercados*⁵⁸. Esto, por supuesto, influye en la evolución de los medios de comunicación a favor del consumo, por lo cual puede asociarse la difusión de ideales socioculturales con la aparición de los trastornos de la conducta alimentaria, pues las actuales ideas de expansionismo económico se sustentan en la perpetuación de sociedades altamente consumistas y escasamente críticas ante las imposiciones mercantiles:

En las sociedades occidentales contemporáneas, el preconceito contra la obesidad es, sin dudas, muy fuerte. El culto a la delgadez está directamente asociado a la imagen de poder, belleza y morbilidad social, generando un cuadro contradictorio, “esquizofrenante”, teniendo

en cuenta que, a través de los medios de comunicación escritos y televisivos, la industria de alimentos vende gordura, mediante los alimentos hipercalóricos, mientras que la sociedad cobra delgadez⁵⁹.

Es así como *“en las últimas décadas, la relación del comercio y la salud ha adquirido una mayor relevancia por las implicaciones en la salud y en el ambiente y calidad de vida de los grupos humanos”*⁵⁴. Debe aclararse, sin embargo, que no solo el comercio influye en tales aspectos del sujeto en sociedad, pues son los modelos de desarrollo los que guían la dinámica comercial dentro de los países, y entre ellos en el contexto internacional; los modelos se expresan en la legislación comercial adoptada⁴⁵.

4.2.1. Similitudes y diferencias entre los modelos de desarrollo de Brasil y Colombia:

A continuación, se presentan dos tablas que describen algunas similitudes y diferencias entre los modelos de desarrollo de Brasil y Colombia. Es preciso aclarar que no todas las variables que se tomaron en cuenta para caracterizar los modelos de desarrollo de ambas naciones en este apartado, determinan la aparición de los trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes.

El análisis se inicia con elementos teóricos del capítulo correspondiente a Modelos de Desarrollo que se encuentra en el texto *“Abordaje de temas de salud bajo la perspectiva de salud internacional y la construcción de un modelo conceptual para su comprensión”*, con el propósito de identificar las mencionadas aproximaciones y divergencias. Seguidamente, se amplía la información con datos de otros documentos.

Tabla 2. Similitudes entre los Modelos de Desarrollo de Brasil y Colombia.

Brasil	Colombia
<p>Ambos modelos de desarrollo están influenciados por el neoliberalismo, corriente ideológica que promueve la apertura del libre mercado y la defensa de la propiedad privada; el crecimiento económico constituye el significado último de la sociedad, al cimentarse en los postulados de la filosofía capitalista⁴⁵.</p>	
<p>En los dos países se ha construido una relación equilibrada entre el Estado y el</p>	

<p>mercado, pues los gobiernos deben permitir que los mercados innoven y aumenten la productividad, pero también deben trabajar para evitar la inestabilidad económica y la inadecuada distribución de la renta⁶⁰. De esta manera, no se llega a Estados completamente intervencionistas en los modos de producción y de protección social, como tampoco a la máxima expresión del liberalismo económico⁴⁵.</p>
<p>Las condiciones desiguales de desarrollo han generado conflictos sociales y fenómenos migratorios internos de grandes magnitudes⁴⁵.</p>
<p>Los dos modelos de desarrollo están limitados por la ética y los derechos humanos, al contemplar la necesidad de evolucionar a sociedades más equitativas, protectoras de la salud y el medio ambiente⁴⁵.</p>
<p>Se asume que la salud es un pre-requisito para el crecimiento económico y debe formar parte de los programas de desarrollo⁴⁵.</p>
<p>Cualquier suceso que ocurra en sus economías domésticas influencia la dinámica del sistema internacional, como consecuencia de la globalización⁴⁵.</p>

Tabla 3. Diferencias entre los Modelos de Desarrollo de Brasil y Colombia.

Brasil	Colombia
<p>Modelo de desarrollo enfocado en lograr un elevado ascenso económico a nivel mundial⁶¹. Sus estrategias se fundamentan en programas de asistencia social (inversión en salud y educación), el fortalecimiento (inversión) del sector agrícola y el compromiso político de reducir la pobreza y las inequidades, ante la histórica deuda social de los gobiernos con los más necesitados⁶². Exportación de productos con alto valor agregado y sostenibilidad medioambiental⁶³.</p>	<p>Modelo de desarrollo inspirado en los principios de las ventajas comparativas, lo cual requiere avances en ciencia, tecnología e innovación, con el objetivo de modernizar la economía, liberar el comercio y atraer inversión extranjera; al mismo tiempo, soportado en una industria poco sofisticada y la exportación de materias primas con bajo valor agregado (productos básicos)^{64,65}.</p>

Mayor influencia para tomar decisiones en el sistema internacional, ya que su fortalecida economía le posibilita ejercer acciones sobre otras naciones en defensa de sus propios intereses ^{Error! Marcador no definido.,66} .	Menor influencia para tomar decisiones en el sistema internacional, pues aunque su economía se ha fortalecido, no ha superado las estadísticas de crecimiento de Brasil ⁶⁷ .
Sistema de Protección Social inspirado en la corriente ideológica neoliberal. Mixto (público y privado) ⁵³ .	Sistema de Protección Social inspirado en la corriente ideológica neoliberal. Paralelo (público o privado) ⁵³ .
País con mayor nivel educativo, más producción científica ⁶⁸ y mejor desarrollo tecnológico ⁶⁹ , por lo cual percibe un mejor PIB ^{Error! Marcador no definido.} (2013: 2.245.673.032.354 USD) ⁷⁰ .	País con menor nivel educativo, menos producción científica ⁶⁸ y deficiente desarrollo tecnológico ^{64,71} , por lo cual percibe un menor PIB ^{Error! Marcador no definido.} (2013: 378.147.773.316 USD) ⁷⁰ .

4.2.2. Rasgos económicos de Brasil:

La sigla BRICS fue estructurada por el economista en jefe de Goldman Sachs, Jim O'Neal, para agrupar una serie de países extensos territorialmente, con un elevado número de población, historia de pobreza extrema y un crecimiento económico acelerado, que presupone un fenómeno de dominación en los mercados internacionales para el siglo XXI; es decir, los BRICS son países candidatos a asumir un rol de alto nivel decisorio en el escenario económico mundial⁷². Las letras corresponden, en su orden, a Brasil, Rusia, India, China y Sudáfrica.

Brasil es exportador de una gran variedad de productos (como mineral de hierro, soja y derivados, automóviles, caña de azúcar, aviones, carne bovina, café y carne de pollo), lo cual ha fortalecido su economía; sus actividades agropecuarias, industriales y de servicios contribuyen al crecimiento del Producto Interno Bruto (PIB)⁷³. En relación con este y los otros países BRICS, se ha dicho que *“la clase media, antes minoría en los países del Sur pobre, pasaría progresivamente a ser mayoría en esos países, con impactos fuertes en la eliminación de la pobreza y en la calidad de vida mundial”*⁷⁴.

4.2.3. Rasgos económicos de Colombia:

Durante los últimos años, la economía colombiana ha mantenido un crecimiento sostenido debido a múltiples factores, entre los cuales se destaca el incremento en la producción nacional de petróleo, gas natural y carbón, elementos con marcado impacto en el contexto internacional como dinamizadores de las economías⁷⁵. En relación con su apertura comercial, debe decirse que en las últimas dos décadas se consolidó en el país el neoliberalismo, implicando modificaciones en el aparato productivo y comercial, de acuerdo con las necesidades que el modelo demanda, sin tener en cuenta repercusiones políticas, sociales y culturales⁷⁶.

Colombia ha tenido inconvenientes históricos para lograr un vertiginoso ascenso económico. No solo se ha presentado una inadecuada administración de los recursos públicos, sino que también ha sido una constante el conflicto bélico que ha padecido muy de cerca la sociedad, al estructurarse fuerzas armadas de centro, extrema izquierda y extrema derecha, con el firme propósito de defender intereses particulares, algunos en exceso revolucionarios, mediante la generación de un conflicto sostenido^{77,78}.

4.3. La malnutrición en la sociedad de consumo:

“El estado nutricional de un individuo se basa en el resultado entre la ingesta de alimentos que recibe y el gasto energético que presenta”⁷⁹. Cuando sus requerimientos metabólicos se suplen sin presentarse déficit o exceso de nutrientes en el organismo, la situación se considera normal; y anormal, en caso de que la disponibilidad de energía y nutrientes sea inferior (enfermedades carenciales) o superior (patologías al exceder la oferta nutricional) frente a las exigencias biológicas⁸⁰.

En otras palabras, la malnutrición no solo se presenta por una deficiente ingesta de alimentos para compensar las necesidades orgánicas, sino también por un exceso de nutrientes en el cuerpo, que trae consigo sobrepeso y obesidad, lo cual se ha expuesto claramente en la literatura científica^{81,82}. La obesidad y la malnutrición por deficiencia, como la que se deriva de la anorexia y la bulimia nerviosas, representan polos opuestos en el espectro de adiposidad de los individuos, siendo rutinariamente cuantificadas en términos de peso y altura relativos⁸³.

Las personas afectadas por malnutrición, en cualquiera de sus presentaciones clínicas, podrían tener inconvenientes para alcanzar o mantener el desarrollo económico que exige el modelo capitalista neoliberal, pues su fuerza productiva se encuentra limitada por una condición, en ocasiones discapacitante, que incrementa el riesgo de enfermar o morir^{84,85}.

A este nivel, debe hacerse explícito el concepto de superposición epidemiológica nutricional, referente a un fenómeno que se viene presentando en América Latina, región donde claramente coexisten dos problemáticas de interés para epidemiólogos y salubristas, particularmente para aquellos que pretenden abordarlas desde un enfoque de salud internacional: la malnutrición por defecto y la malnutrición por exceso. Es decir, se presenta una situación de hambre y, al mismo tiempo, un incremento en las estadísticas de obesidad. Un artículo evidencia que *“varios países presentan una superposición epidemiológica, con la presencia de enfermedades por déficit y carencias nutricionales, incremento sostenido de enfermedades por exceso, sobrepeso, obesidad, síndrome metabólico, todo esto, en poblaciones en situación de pobreza, que añade una mayor complejidad al problema”*⁸⁶. En relación con este fenómeno, la elección de los alimentos y el establecimiento de una dieta específica están determinados por un complejo conjunto de factores:

...ligados a la disponibilidad del alimento, factores sociales como la incorporación de la mujer al trabajo, la industrialización, organización escolar, las modas, nuevos alimentos o abundancia de algunos de ellos, la publicidad de nuevos productos, las innovaciones en tecnología culinaria, los factores religiosos y dentro de ellos podemos incorporar los modelos culturales, tradiciones y tabúes sobre los alimentos y el costo económico⁸⁶.

La superposición epidemiológica nutricional, denominada también transición nutricional en otros textos,

...está acompañada o es precedida tanto por la Transición Demográfica (el cambio de un patrón de una alta fertilidad y una alta mortalidad a un patrón de baja fertilidad y baja mortalidad) como por la Transición Epidemiológica (el cambio de un patrón en el cual la insalubridad y las hambrunas llevaban a una alta prevalencia de enfermedades infecciosas y de desnutrición, a un patrón de altas

prevalencias de las llamadas Enfermedades Crónicas No Transmisibles –ECNT-) ⁸⁷.

Frente a la situación latinoamericana, un documento escrito a finales del siglo pasado ilustra en su contenido el concepto de transición epidemiológica:

La complejidad de sus cuadros de salud, verdaderas Belindias, término que acuñara el conocido economista brasileño Edmar Bacha, mezcla de Bélgica y de India, donde conviven en forma proterva los problemas del subdesarrollo y los derivados de la industrialización y de la urbanización, son retos inimaginables para los esquemas simplistas de muchos organismos y actores ⁴².

Fenómenos como el de la globalización podrían tomarse en cuenta para continuar explicando la pandemia de obesidad en el mundo. Algunos autores aseguran que en la evolución del estado nutricional se destacan el *“incremento de actividades sedentarias en un entorno más urbanizado promotor de tecnologías que limitan la actividad física...”* ⁸⁸. Las migraciones humanas, por su lado, constituyen otro fenómeno de trascendencia en temas nutricionales, pues la disminución de la ruralidad incide directamente sobre la modificación de algunos estilos de vida con más factores de riesgo para la adquisición de enfermedades crónicas y discapacidades ⁸⁹.

La anorexia nerviosa es un trastorno que afecta principalmente a las adolescentes y mujeres jóvenes; quienes lo padecen, perciben de forma distorsionada su imagen corporal y ayunan en exceso, lo cual conduce a una pérdida severa de peso, dado el miedo patológico a engordar ¹². De otro lado, la bulimia nerviosa se caracteriza por episodios frecuentes de atracones (ingesta impulsiva de alimentos), seguidos de comportamientos inapropiados como la provocación del vómito para controlar el peso al menos una vez por semana ¹². Algunos artículos, frente a la presentación clínica de estos dos trastornos de la conducta alimentaria, enumeran restricción severa en la dieta, vómito autoinducido y atracones, así como inconformidad con la dinámica psicosocial del individuo ^{90,91}.

Existen algunas diferencias significativas entre los pacientes anoréxicos y los bulímicos, aunque se use indiscriminadamente el término anorexibulimia en textos académicos y en aquellos que pretenden brindar información de interés en salud pública. Tales discrepancias se relacionan sobre todo con los rasgos de la personalidad de quienes se consideran afectados. *“Por un lado, las personas anoréxicas suelen ser perfeccionistas, con un nivel intelectual elevado, excesivo*

*autocontrol y tendientes a huir de los conflictos. Por el otro lado, las bulímicas suelen ser más impulsivas, intolerantes y con un mayor grado de frustración*⁹².

Los trastornos de la conducta alimentaria son un conjunto de patologías que *“ha recibido progresivamente más atención de los profesionales de la salud, ya que pueden causar significativa morbilidad y mortalidad”*⁹³ en las poblaciones donde se presentan y prevalecen. Si solo se toman en cuenta las consecuencias biológicas de este tipo de padecimientos, pueden mencionarse situaciones clínicas tan importantes como: pérdida de la masa y función muscular, cardiopatías, disminución de la perfusión renal y la filtración glomerular, afectación de las funciones intestinal y pulmonar, inmunosupresión, depresión, ansiedad, entre otras²². A nivel cognitivo, son de resaltar el déficit de atención y la disminución de las habilidades para aprender, socializar y resolver problemas o conflictos²³.

En relación con su génesis, se ha expuesto que las sociedades contemporáneas presentan una preocupación excesiva por el cuerpo, buscando incesantemente la delgadez extrema, al ser un patrón de belleza prevalente⁹⁴. Tal ideal sociocultural podría ser el responsable de los hallazgos biológicos y cognitivos descritos en el anterior párrafo: *“el modelo de belleza impuesto por la sociedad moderna corresponde al de un cuerpo delgado y no toma en consideración aspectos relacionados con la salud y las diferencias físicas de la población”*⁹³.

Una dieta equilibrada permite lograr o mantener un buen estado de salud, mientras que la malnutrición por exceso o por defecto se opone a un verdadero sentido de conservación de la vida. Es preciso consumir proporciones adecuadas de carbohidratos, grasas, proteínas, vitaminas y minerales⁹⁵.

4.4. Caracterización demográfica y epidemiológica de Brasil y Colombia:

4.4.1. Brasil:

Existen ciertos tipos de problemáticas en salud que acompañan el desarrollo económico⁹⁶. En Brasil, particularmente, ha aumentado la prevalencia de las enfermedades crónicas y degenerativas, especialmente en las regiones más industrializadas del país⁹⁶. En la actualidad, son importantes causas de muerte en su territorio los trastornos cardiovasculares, diversos tipos de cáncer, homicidios, accidentes y enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas⁹⁶.

De acuerdo con esta información, las enfermedades crónicas ya no solo son propias de los países desarrollados, sino también de aquellos en vías de desarrollo⁹⁷, pues aunque Brasil es el país más grande de América Latina en cuanto a territorio, población y Producto Interno Bruto (PIB), persisten en él considerables desniveles de desarrollo entre un sur desarrollado y un nordeste subdesarrollado⁹⁸.

Debe destacarse que la transición epidemiológica, proceso de cambios en los perfiles demográficos y de morbilidad de un territorio específico, ha representado en Brasil el paso de un estado histórico de subdesarrollo económico a uno de evolucionada economía de mercado⁹⁹.

Datos presentados por UNICEF en relación con el perfil demográfico de Brasil, señalan que el país cuenta con una población que asciende a los 190 millones de personas, de las cuales 60 millones tienen menos de 18 años de edad y 21 millones son adolescentes con edades entre los 12 y 17 años¹⁰⁰. Este último grupo poblacional equivale aproximadamente al 11% de la población brasileña¹⁰¹.

4.4.2. Colombia:

En Colombia también se viene experimentando la transición epidemiológica. Al respecto, Webster sostiene que precisar los niveles de enfermedades crónicas en el país es difícil, aunque se ha estimado que estas se incrementaron 40% entre 1995 y 2005; además, que 8 de las 10 primeras causas de mortalidad a nivel nacional son enfermedades crónicas o no transmisibles¹⁰². Otro estudio revela que las enfermedades crónicas, dentro de las que se destacan las cardiovasculares, son la principal causa de mortalidad tanto en Colombia como en el resto de países latinoamericanos, por lo cual se constituyen en una problemática prioritaria para la salud pública de la región¹⁰³. De esta manera, queda claro que las enfermedades crónicas ahora no solo prevalecen en las naciones industrializadas, sino también en los países en vías de desarrollo¹⁰⁴.

En el caso colombiano, de la población total registrada en 2012 (46.581.820)¹⁰⁵, el 18,4% corresponde a población adolescente (personas de 10-19 años de edad)¹⁰⁶; es decir, aproximadamente 8.571.055 personas.

5. Metodología

Se llevó a cabo una revisión no sistemática de literatura científica en las bases de datos MEDLINE, SciELO, LILACS, BIREME, Google y Google Scholar. El conjunto seleccionado de bases de datos documentales presenta alta estructuración y estandarización de la información, permitiendo recuperar referencias, documentos textuales y datos estadísticos, dado su carácter multidisciplinario y su alcance internacional.

Para seleccionar los artículos, estos debían estar escritos en inglés, portugués o español; haber sido publicados en el período de tiempo comprendido entre 2003 y 2013; y contener texto completo de acceso libre. Gran parte de las búsquedas se realizaron fuera de los servidores de la Universidad, lo que puede limitar la cantidad de textos completos encontrados.

En cuanto a la búsqueda en bases de datos, se combinaron los descriptores “*eating disorders*”, “*anorexia nervosa*”, “*bulimia nervosa*” y “*nutritional epidemiological overlap*”, por lo menos, con uno de los siguientes términos o palabras claves: “*adolescents*”, “*trade*”, “*development models*”, “*media*”, “*advertising*”, “*prevalence*”, “*globalization*”, “*brazil*”, “*colombia*”, “*capitalism*” y “*neoliberalism*”. La pesquisa de información se dirigió de forma específica con dos operadores booleanos: AND (y) y comillas (“”). Para hallar la literatura disponible en la red se usaron los equivalentes de estas variables en portugués y español, de la forma en la que a continuación se presenta:

Tabla 4. Direccionamiento de la búsqueda de información en bases de datos.

Descriptor	Operador Booleano	Palabra Clave
#1 “ <i>eating disorders</i> ”	AND	#1 “ <i>obesity</i> ”
		#2 “ <i>adolescents</i> ”
		#3 “ <i>trade</i> ”
		#4 “ <i>development models</i> ”
		#5 “ <i>media</i> ”
		#6 “ <i>advertising</i> ”
		#7 “ <i>prevalence</i> ”
		#8 “ <i>incidence</i> ”
		#9 “ <i>globalization</i> ”
		#10 “ <i>brazil</i> ”
		#11 “ <i>colombia</i> ”
		#12 “ <i>capitalism</i> ”

		#13 “neoliberalism”
#2 “anorexia nervosa”	AND	#1, #2, #3, #4, #5, #6, #7, #8, #9, #10, #11, #12, #13
#3 “bulimia nervosa”	AND	#1, #2, #3, #4, #5, #6, #7, #8, #9, #10, #11, #12, #13
#4 “nutritional epidemiological overlap”	AND	#2, #3, #4, #5, #6, #9, #10, #11, #12, #13

Las referencias de los artículos recuperados fueron evaluadas, con el propósito de localizar aquellos que no habían sido encontrados mediante la combinación de variables en la búsqueda avanzada en bases de datos. Se excluyeron los estudios que se referían a “trastornos por atracón” u otras enfermedades psiquiátricas diferentes a la anorexia y la bulimia nerviosas, también los capítulos de libros, tesis y disertaciones. La información encontrada se depuró y categorizó de acuerdo con los objetivos de la monografía, mediante la lectura de los títulos, los resúmenes y las introducciones.

La definición del problema de investigación tuvo en cuenta la estructura y los niveles de análisis del Modelo Conceptual de Salud Internacional del Programa de Líderes en Salud Internacional “Edmundo Granda Ugalde” 2009-2010, ya que se consideraron dos de sus elementos teóricos para explicar la aparición de la anorexibulimia en individuos y comunidades. De acuerdo con el primer nivel de análisis, se establecieron interrelaciones entre el modelo capitalista neoliberal y la anorexibulimia, así como entre el comercio y la anorexibulimia. El segundo nivel de análisis permitió asociar el comercio con el modelo capitalista neoliberal, pensado para la generación y acumulación de capital, mediante estrategias como la propagación de estándares socioculturales de estética corporal.

6. Resultados

6.1. Hallazgos epidemiológicos predominantes en estudios sobre anorexibulimia realizados en Brasil y Colombia:

En Suramérica, la anorexia y bulimia nerviosas son consideradas como desórdenes mentales de baja prevalencia¹⁰⁷.

Tabla 5. Hallazgos epidemiológicos predominantes en estudios sobre anorexibulimia realizados en Brasil.

Brasil
Un estudio llevado a cabo en el municipio de Florianópolis con 1.148 mujeres adolescentes en edades comprendidas entre los 10 y 19 años de edad, que frecuentaban instituciones públicas y privadas de enseñanza básica y media en el año 2005, muestra una prevalencia de anorexia nerviosa de 15,6%, y de insatisfacción con la imagen corporal de 18,8% ¹⁰⁸ . Año de publicación: 2008.
Con el propósito de evaluar la percepción corporal y la prevalencia de síntomas de anorexia nerviosa en estudiantes universitarios, se aplicaron el cuestionario EAT-26 y el test de imagen corporal a 149 estudiantes de nutrición y 78 de educación física. El 14,1% de los estudiantes de nutrición y el 10,3% de los estudiantes de educación física, presentaron factores de riesgo para desarrollar anorexia nerviosa; el test de imagen corporal evidenció proporciones elevadas de insatisfacción con la forma corporal ¹⁰⁹ . Estos hallazgos fueron predominantes en el sexo femenino. Año de publicación: 2008.
Una investigación realizada con 183 adolescentes de sexo femenino, entre los 15 y 18 años de edad, pertenecientes a dos centros educativos (público y privado) del municipio de São Paulo, permitió identificar una alta prevalencia de comportamientos de riesgo para el desarrollo de trastornos de la conducta alimentaria, sin estar asociada con el nivel socio-económico de las estudiantes ¹¹⁰ . Año de publicación: 2009.
A través de un estudio llevado a cabo con 175 estudiantes de psicología de sexo femenino en una universidad pública de Rio de Janeiro, se detectó que 26,29% de ellas presentaban patrones de alimentación anormales; se utilizaron los

cuestionarios Bulimic Investigatory Test Edinburgh (BITE), Eating Attitudes Test (EAT-26) y Body Shape Questionnaire (BSQ)¹¹¹. Año de publicación: 2009.

Con el objetivo de determinar la prevalencia de síntomas de anorexia nerviosa y su asociación con el Índice de Masa Corporal (IMC), así como con la satisfacción y dimensión corporales, se realizó un estudio con 407 adolescentes de sexo femenino entre los 14 y 19 años de edad en un municipio del noroeste de Paraná, encontrándose una prevalencia de síntomas de la enfermedad de 15,97%¹¹². Año de publicación: 2011.

Una investigación desarrollada con 652 estudiantes de secundaria, sexo femenino y edades entre los 14 y 20 años de edad, demostró que cerca de ¼ de las participantes presentaban patrones de alimentación anormales y prácticas de control de peso; en 1,2% de ellas, se encontraron indicios de un trastorno de la conducta alimentaria instalado. Se usó, como instrumento de recolección de información, el Test de Investigación Bulímica de Edimburgo (BITE)¹¹³. Año de publicación: 2011.

Un estudio realizado con 365 escolares de 7 a 14 años de edad en Salvador, Bahia, reporta una prevalencia general de síntomas de trastornos de la conducta alimentaria de 23,0%¹¹⁴. Año de publicación: 2012.

Tabla 6. Hallazgos epidemiológicos predominantes en estudios sobre anorexia bulimia realizados en Colombia.

Colombia
En el último Estudio Nacional de Salud Mental realizado en Colombia, año 2003, tras encuestar un total de 4.544 adultos entre los 18 y 65 años de edad, residentes de 5.526 hogares urbanos de los seis estratos socioeconómicos de 60 municipios del país, con una tasa de no respuesta de 12,3%, se reportó una prevalencia de vida (es decir, estos datos muestran si en algún momento de la vida las personas encuestadas se han visto afectadas por cualquiera de estos dos trastornos de la conducta alimentaria) de 0,0% para la anorexia nerviosa, y de 0,3% para la bulimia nerviosa ¹¹⁵ . Año de publicación: 2005.
Una investigación realizada en la ciudad de Medellín con 191 estudiantes de sexo femenino de una universidad privada, y edades comprendidas entre los 16 y 20

años de edad, reporta una prevalencia de 3,1% para anorexia nerviosa y de 2,1% para bulimia nerviosa¹¹⁶. Año de publicación: 2003.

174 estudiantes de ambos sexos en una universidad pública de la ciudad de Cali, cuyas edades oscilaban entre los 15 y 54 años de edad, fueron examinados a través de la Encuesta de Evaluación del Comportamiento Alimentario (ECA). Se estableció una alta probabilidad de padecer un trastorno de la conducta alimentaria (39,7%), y se estimó una prevalencia del 27,9% para este tipo de afecciones¹¹⁷. Año de publicación: 2007.

En un primer intento por establecer la prevalencia de anorexibulimia en escolares colombianos, se realizó un estudio en Bogotá D.C. y Sogamoso, en el que se reporta una prevalencia para anorexia nerviosa del 0,28%, y de 3,25% para bulimia nerviosa; la muestra seleccionada para desarrollar la investigación, incluyó estudiantes de secundaria de ambos sexos¹¹⁸. Año de publicación: 2008.

Una investigación realizada con 481 estudiantes de sexo femenino de 3 colegios privados de la ciudad de Manizales, mediante la aplicación de la encuesta Eating Disorder Inventory (EDI-2), encontró que el 24,7% de la población presentó factor de riesgo positivo para desarrollar trastornos de la conducta alimentaria, lo cual indica que estas enfermedades continúan siendo un grave problema de salud pública entre las adolescentes colombianas¹¹⁹. Año de publicación: 2012.

Un estudio realizado en la ciudad de Tunja, con una muestra de 236 alumnos de secundaria de ambos sexos, a los cuales se les tomaron medidas antropométricas y se les aplicaron los instrumentos Eating Attitudes Test (EAT-26) y autopercepción de la imagen corporal, reveló una alta prevalencia global de trastornos de la conducta alimentaria (16,5%), siendo mayor en mujeres que en hombres¹²⁰. Año de publicación: 2013.

6.2. Posibles asociaciones teóricas entre los modelos de desarrollo de Brasil y Colombia y la anorexibulimia:

A continuación, se presenta una tabla que describe los nexos identificados entre los modelos de desarrollo de Brasil y Colombia y la aparición de la anorexibulimia en población adolescente.

La información depurada en relación con los modelos de desarrollo, expuesta en el marco teórico de esta monografía, así como literatura adicional que se encontrará seguidamente, permitió construir tres categorías de análisis o perspectivas de reflexión:

- Generación de necesidades consumistas.
- Factores socioculturales.
- Respuestas de los Sistemas de Protección Social.

Tabla 7. Posibles asociaciones teóricas entre los modelos de desarrollo de Brasil y Colombia y la anorexia bulimia.

Brasil	Colombia
Categoría 1. Generación de Necesidades Consumistas.	
Información no encontrada.	Información no encontrada.
Categoría 2. Factores Socioculturales.	
<p>Un artículo científico expone que la diferencia entre el peso actual y el ideal promovido por los medios de comunicación, aunado a una necesidad de adaptación social y una baja autoestima, son factores que determinan cierto grado de insatisfacción corporal, lo cual puede llevar a la aparición de conductas de riesgo para el desarrollo de un trastorno de la conducta alimentaria¹¹⁰. Año de publicación: 2009.</p>	Información no encontrada.
Categoría 3. Respuestas de los Sistemas de Protección Social.	

Un estudio revela que existe un alarmante número de pacientes con trastornos de la conducta alimentaria en espera de tratamiento (en promedio, 22 meses para un servicio de referencia), lo cual se considera una situación grave¹²¹. Año de publicación: 2003.

Otra investigación, señala la importancia de estudiar alternativas de tratamiento para la anorexia nerviosa en Brasil, debido a los altos costos de la atención, las largas listas de espera y los limitados recursos públicos para este propósito¹²². Año de publicación: 2010.

El Plan Nacional de Salud Pública de Colombia 2007-2011 estableció las prioridades, objetivos, metas y estrategias a tener en cuenta en todo el país, con el propósito de mejorar la situación de salud pública, mediante la definición de responsabilidades específicas a cargo de la nación, las entidades territoriales y cada uno de los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

El tema de trastornos de la conducta alimentaria se asocia con algunos de sus objetivos:

1. Mejorar la salud mental.
2. Mejorar las enfermedades crónicas no transmisibles y discapacidades.
3. Mejorar la situación nutricional.

El Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 reemplaza al anterior Plan de Salud Pública 2007-2011, delimitando las problemáticas que, por su magnitud y prevalencia, deterioran la salud y comprometen el bienestar de todos los colombianos.

El tema de trastornos de la conducta alimentaria se asocia con algunas de sus dimensiones:

1. Convivencia social y salud mental.
2. Seguridad alimentaria y nutricional.
3. Vida saludable y condiciones no transmisibles.

6.3. La industria farmacéutica como sector propagador de los ideales socioculturales prevalentes de estética corporal:

Tabla 8. Estudios que reportan el uso de anorexígenos en Brasil.

Brasil
Una investigación realizada en Belo Horizonte reporta un uso indiscriminado e irracional de anorexígenos, por lo que se sugiere regular mejor el mercado y la prescripción de estas sustancias ¹²³ . Año de publicación: 2008.
De acuerdo con un estudio realizado en la ciudad de Fortaleza, el consumo de anorexígenos ocurre de manera intensa e irracional, destacándose la necesidad de establecer procesos educativos para la prescripción, dispensación y uso racional de este tipo de fármacos ¹²⁴ . Año de publicación: 2008.
En relación con el uso de medicamentos anorexígenos en Natal, un estudio revela un patrón de comportamiento del sexo femenino orientado más por razones cosméticas (pérdida de peso) que por reales necesidades terapéuticas ¹²⁵ . Año de publicación: 2010.
Un artículo llama la atención sobre el indiscriminado consumo de fármacos inhibidores del apetito en el municipio de Juiz de Fora, lo cual se constituye en una problemática de salud colectiva e indica la necesidad de reevaluar las políticas de monitoreo y dispensación de este tipo de medicamentos en el país ¹²⁶ . Año de publicación: 2012.
Se reportó una disminución en la dispensación de anorexígenos tras la entrada en vigencia de una resolución para el control sanitario de estos medicamentos, que contribuyó al mejoramiento de la salud pública de Brasil ¹²⁷ . Año de publicación: 2012.

Tabla 9. Estudios que reportan el uso de anorexígenos en Colombia.

Colombia
Se reporta un estudio realizado con 433 estudiantes de sexo femenino de la Universidad Pontificia Bolivariana de la ciudad de Medellín, en el que se encuentra que 145 de estas (33,5%) consumen fármacos para inhibir el apetito ¹²⁸ . Año de publicación: 2003.

7. Discusión

En relación con los hallazgos epidemiológicos descritos en los resultados, debe precisarse que existen diferencias entre el tamaño y el tipo de muestras seleccionadas en unos y otros estudios, así como entre los métodos de análisis utilizados. Es clara la heterogeneidad de las investigaciones reportadas.

También, es notoria la tendencia a estudiar los trastornos de la conducta alimentaria en población adolescente y en adultos jóvenes, particularmente de sexo femenino. Debe tenerse en cuenta que la presencia de factores de riesgo para el desarrollo de la anorexia y la bulimia nerviosas no determina directamente la aparición de los reales signos y síntomas de estas enfermedades, y que la prevalencia puede variar de una localidad a otra, de uno a otro estado o departamento, incluso entre las zonas urbana y rural. Es necesario, por tanto, discriminar los estudios que exponen la prevalencia de conductas de riesgo para desarrollar las patologías, de aquellos que evidencian la prevalencia en sí de las mismas. Cabe decir que la variabilidad epidemiológica que sustenta la emergencia de los trastornos de la conducta alimentaria en algunos de los estudios examinados, puede reflejar diferencias en los criterios diagnósticos, y no solo verdaderos cambios en la prevalencia de estas enfermedades.

Adicionalmente, algunos estudios reportan prevalencias de trastornos de la conducta alimentaria en general, no solo de anorexia y bulimia nerviosas, lo cual contribuye con la variabilidad de las estadísticas y dificulta la interpretación de los resultados. Lo mismo ocurre con los datos para insatisfacción con la imagen corporal, la presencia de patrones de alimentación anormales y las prácticas de control del peso, que por sí solas no determinan la instalación de uno u otro trastorno.

Si bien desde el diseño metodológico de esta monografía no se contempló incluir estudios publicados antes de 2003, se considera relevante dar a conocer un texto que permite dilucidar el fenómeno de la globalización desde el punto de vista epidemiológico, lo cual influye en la evolución teórica de la salud internacional como concepto y modelo explicativo:

Frente al desarrollo de trastornos de la conducta alimentaria, ya desde el siglo pasado se había ilustrado la similitud epidemiológica entre un país del sur en vías de desarrollo como Brasil y otros desarrollados del hemisferio norte. Nunes llevó a cabo un estudio pionero en Porto Alegre (Rio Grande do Sul, Brasil), involucrando

513 mujeres jóvenes entre 12 y 19 años, en el cual se constató que el número de mujeres con hábitos alimenticios inadecuados por razones estéticas era, ya a finales del siglo XX (año de 1997), mayor en la capital sureña que en Estados Unidos e Inglaterra¹²⁹. Confrontando los datos de esos países con el estudio adelantado por Nunes, Olsen do Vale et al. encontraron que entre el 6,2% y el 7,5% de las mujeres usaban laxantes en los Estados Unidos; mientras que en Porto Alegre, el índice ascendía a 8,5%¹²⁹. Los anorexígenos eran usados por el 3,4% de las adolescentes norteamericanas y por el 5,1% de las mujeres de Porto Alegre¹²⁹. Por otro lado, ocho estudios ingleses mostraron que el 2,4% de las mujeres recurrían a la práctica de vómitos autoinducidos; en los Estados Unidos el índice era de 0,5%, y en Porto Alegre, de 1,4%¹²⁹.

Como ya fue expuesto, estos datos posibilitan bosquejar la globalización como un tema de suma importancia al analizar dos determinantes internacionales de la anorexia bulimia en la región sudamericana. Al respecto, se hace hincapié en la capacidad que esta posee de permear fronteras e inducir cambios profundos en las acepciones culturales y en los estilos de vida al interior de los grupos humanos. En otras palabras, se intenta hacer relevante la tendencia a la homogeneización de los Estados-nación, como unidades del sistema internacional, incluso entre un norte industrializado y un sur en vías de desarrollo. Las similitudes epidemiológicas Sur-Norte pueden asociarse con el proceso de generación de sociedades altamente consumistas, que responden efectivamente a la oferta de bienes y servicios promulgada continuamente por las clases corporativa y empresarial, a través de los medios de comunicación. La carga de enfermedades derivada del proceso de crecimiento económico es un tema álgido, pues el costo sociosanitario de la excesiva acumulación de capital es elevado para las poblaciones más vulnerables, esto es, aquellas que tienen posibilidades limitadas para defenderse de los constantes ataques persuasivos del capitalismo en su fase neoliberal.

Y es precisamente a partir de este estilo de desarrollo, así como desde la dinámica comercial que condiciona, que se difunden en el mundo los estándares predominantes de estética corporal, en los cuales la delgadez extrema es protagonista, pudiendo fomentar la adopción de conductas de riesgo en individuos predispuestos, influenciados por su personalidad y carácter, su sistema de valores y su contexto inmediato. En este orden de ideas, la preocupación por controlar el peso tiene determinantes internacionales y no es meramente inherente a la condición humana.

El hecho de que los modelos de desarrollo de Brasil y Colombia estén influenciados por el neoliberalismo, da cuenta de cuán importante es para estas

naciones la defensa de la propiedad privada, aun considerando la ejecución de ciertas estrategias de asistencia social por parte de los Estados. Cuando deja de prevalecer el interés por el bien común, la salud, vista como un recurso social para el desarrollo, pasa a un segundo plano, pues lo importante es la acumulación de capital.

Las estrategias para obtener recursos económicos no son tan cuestionadas, dentro de los límites de la legalidad, como la cantidad de dinero acumulada a partir de su puesta en marcha; es decir, lo que se valida es el capital en sí mismo. Al respecto, los gobiernos deben permitir el desarrollo de planes mercadotécnicos tendientes a aumentar la productividad, mediante la generación de necesidades consumistas en el contexto social.

El consumismo se fundamenta en una mentalidad colectiva orientada por la publicidad. Las personas, a menudo, compran cosas o acceden a servicios que no necesitan o que no pueden permitirse, incluso deteriorando su estado de salud general.

Como fue previamente expuesto, para aumentar la productividad de las empresas cimentadas en el capitalismo neoliberal, se requiere generar necesidades en el público consumista. Los ideales socioculturales relacionados con la estética corporal prevalentes en el mundo moderno son fundamentales en este aspecto, ya que las propuestas del mercado los consideran focos de atención al plantear necesidades que, al menos en teoría, pueden ser resueltas con los productos y servicios que ofertan.

Un cuerpo socialmente aceptado se convierte en instrumento de socialización y comunicación, permite establecer mejores o peores relaciones interpersonales y transmite ideas en relación con el estilo de vida adoptado, a partir de las tendencias que se consolidan en el marco de la globalización.

Por lo anterior, los modelos de desarrollo de Brasil y Colombia tienden a perpetuar ideales socioculturales nocivos para la situación de salud pública de los adolescentes en ambas naciones, específicamente en relación con la anorexibulimia.

Ante la aparición de reales síntomas de anorexia bulimia, tras complejas interrelaciones biopsicosociales, el Estado debe dar una respuesta efectiva y eficiente a esa necesidad particular de Protección Social sentida por la población.

Sin embargo, las acciones en marcha para contrarrestar la aparición y progresión de estas enfermedades, se limitan a abordajes orientados por la Promoción de la Salud y la Prevención de la Enfermedad, dejando de lado procesos de atención con enfoques multidisciplinarios que no solo tomen en cuenta a la población vulnerable, mediante el análisis e intervención de factores de riesgo, sino a quienes ya padecen tales afecciones, para su adecuado tratamiento.

Debe resaltarse el hecho de que aun existiendo programas estructurados para la atención de pacientes diagnosticados, estos no representan un real acceso, pues todo depende de los recursos económicos con que aquellos cuenten para asumir los costos derivados de su enfermedad, así como de la voluntad política y administrativa de los servicios de salud disponibles, sin mencionar las barreras geográficas y culturales.

De acuerdo con lo anterior, todavía se presenta una pobre respuesta del Estado ante este tipo de patologías en ambas naciones, lo cual concuerda con los datos epidemiológicos disponibles en relación con su prevalencia. Puede inferirse que si los estudios científicos frente a este tópico son escasos y poco representativos, la respuesta a la problemática es proporcionalmente incipiente.

La industria farmacéutica ejerce cierta influencia sobre la aparición de los trastornos de la conducta alimentaria en la población, mediante la producción y comercialización de medicamentos anorexígenos, disponibles para suprimir el apetito en pacientes con problemas de sobrepeso u obesidad.

El uso irracional de este tipo de compuestos, con el propósito de adelgazar, puede causar dependencia física o psíquica en quienes los consumen, lo cual se constituye en una problemática para la salud pública de Brasil y Colombia en el contexto latinoamericano. Fenómenos mercadológicos, como el comercio ilegal, pueden condicionar la aparición de la anorexia bulimia, pues una inadecuada supervisión y reglamentación por parte de las entidades de control y los entes legislativos, limitaría la función protectora del Estado ante la presencia de factores de riesgo tan complejos como los determinantes internacionales de la salud.

Debe mencionarse que las empresas farmacéuticas podrían tener objetivos diferentes a los de los prestadores de servicios de salud y los usuarios consumidores de medicamentos inhibidores del apetito, pues su proceder científico puede estar guiado más por intereses económicos que por el control de algunas enfermedades crónicas.

Es importante resaltar que el acceso a información confiable para responder a la pregunta de investigación se encuentra limitado por dos razones: la revisión de literatura científica en bases de datos se realizó por fuera de las instalaciones de la Universidad de Antioquia, y en el diseño metodológico de la monografía solo se contempló incluir artículos de acceso gratuito. Ambos aspectos reducen el número de estudios disponibles en la red para su análisis.

8. Conclusiones

Aunque se esperaba encontrar estudios nacionales sobre la prevalencia de la anorexibulimia en Brasil y Colombia, estos se limitan a algunos grupos de población en ambas naciones. Si este tipo de investigaciones se adelantaran en los dos países, podría establecerse un nivel de interpretación más profundo alrededor de los determinantes internacionales de esta problemática para la salud pública. Es decir, un monitoreo periódico con metodología y muestras adecuadas puede orientar la elaboración y puesta en marcha de políticas públicas y acciones educativas más integradoras.

Los modelos de desarrollo de Brasil y Colombia, inspirados en la corriente ideológica neoliberal, influyen en la aparición de la anorexibulimia, a partir de la generación de necesidades consumistas en el contexto social, la propagación de ideales socioculturales de estética corporal y la incipiente respuesta de los Sistemas de Protección Social ante este fenómeno epidemiológico.

Los medicamentos inhibidores del apetito requieren un estricto monitoreo en su comercialización y distribución, ya que su uso indiscriminado por parte de la población representa un factor de riesgo para la anorexibulimia.

9. Recomendaciones

Estudios epidemiológicos sobre anorexia bulimia con muestras representativas de la población, orientarían sobre la mejor comprensión de las necesidades de salud en los países suramericanos, sustentando la elaboración de políticas públicas eficientes y eficaces, así como la adecuada planeación de los servicios de salud. Se recomienda a las autoridades de la salud pública internacional continuar indagando acerca de la influencia que ejercen el comercio y los modelos de desarrollo sobre la aparición de los trastornos de la conducta alimentaria en el contexto social. Es decir, trascender el alcance de esta revisión documental y estructurar procesos investigativos con mayor profundidad de análisis.

Los organismos internacionales de salud pública deben coordinar procesos educativos tendientes a interpretar integralmente los determinantes de la anorexia bulimia, brindando pautas para tomar decisiones que privilegien el cuidado del propio cuerpo y la construcción de ideales sociales favorables a la salud. Por otro lado, estas mismas autoridades sanitarias deben encargarse de promover la creación de programas de intervención que respondan a las necesidades de atención de los pacientes con trastornos de la conducta alimentaria, sin dejar esta responsabilidad solo en manos del sector privado.

Adecuados procesos de Educación para la Salud que guíen sobre las reales indicaciones terapéuticas de los anorexígenos, articulados con políticas sobre la regulación de este tipo de medicamentos en el mercado, posibilitarían racionalizar su prescripción, dispensación y uso, redundando en un mejoramiento de la salud pública de Brasil y Colombia. Se recomienda a las autoridades de la salud pública internacional diseñar y ejecutar este tipo de procesos en ambos países.

10. Agradecimientos

Al Dr. Juan Eduardo Guerrero Espinel, por trabajar en la apertura de la Especialización en Salud Internacional de la Facultad Nacional de Salud Pública “Héctor Abad Gómez” de la Universidad de Antioquia. Creer en la modalidad virtual y en la descentralización de la educación formal es una apuesta al desarrollo humano y social.

A la Dra. Isabel Cristina Garcés Palacio, por orientar esta monografía y permitirme abordar la investigación documental con un enfoque integral. Sus conocimientos en epidemiología fueron determinantes al momento de construir esta propuesta teórica.

A los docentes y compañeros de la Especialización en Salud Internacional de la Universidad de Antioquia y del Programa de Líderes en Salud Internacional “Edmundo Granda Ugalde” 2013, por su disposición al momento de guiar y enriquecer este proceso formativo.

A quienes cuestionaron cada uno de mis planteamientos, ofreciéndome diferentes perspectivas de análisis.

11. Referencias Bibliográficas

¹ Organización Panamericana de la Salud. Abordaje de temas de salud bajo la perspectiva de salud internacional y la construcción de un modelo conceptual para su comprensión. Washington, D.C.: OPS; 2010. p. 13-18.

² De Sousa Fortes L, Soares Amaral AC, Caputo Ferreira ME. Comportamento alimentar inadequado em adolescentes de Juiz de Fora. *Temas psicol.* [internet]. 2013;21(2):403-10 [consultado 2014 Nov 3]. Disponible en: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-389X2013000200008

³ Manrique Abril FG, Barrera Sánchez LF, Ospina Díaz JM. Prevalencia de bulimia y anorexia en adolescentes de Tunja y algunos factores de riesgo probablemente asociados. *Avances en Enfermería* [internet]. 2006;24(2):38-46 [consultado 2014 Oct 7]. Disponible en: <http://www.revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/35930/37039>

⁴ Fombonne E. Anorexia nervosa. No evidence of an increase. *Br J Psychiatry.* [internet]. 1995;166:462-71 [consultado 2014 Nov 6]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7795917>

⁵ Van Son GE, Van Hoeken D, Bartelds AI, Van Furth EF, Hoek HW. Time trends in the incidence of eating disorders: a primary care study in the Netherlands. *Int J Eat Disord.* [internet]. 2006;39(7):565-9 [consultado 2014 Nov 6]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16791852>

⁶ Alegria M, Woo M, Cao Z, Torres M, Meng XL, Striegel-Moore R. Prevalence and correlates of eating disorders in Latinos in the United States. *Int J Eat Disord.* [internet]. 2007;40:S15-S21 [consultado 2014 Nov 6]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17584870>

⁷ Hudson JI, Hiripi E, Pope HG Jr, Kessler RC. The prevalence and correlates of eating disorders in the national comorbidity survey replication. *Biol Psychiatry.* [internet]. 2007;61(3):348-58 [consultado 2014 Nov 6]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16815322>

-
- ⁸ Preti A, Girolamo Gd, Vilagut G, Alonso J, Graaf Rd, Bruffaerts R et al. The epidemiology of eating disorders in six European countries: results of the ESEMeD-WMH project. *J Psychiatr Res.* [internet]. 2009;43(14):1125-32 [consultado 2014 Nov 6]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19427647>
- ⁹ Swanson SA, Crow SJ, Le Grange D, Swendsen J, Merikangas KR. Prevalence and correlates of eating disorders in adolescents. Results from the national comorbidity survey replication adolescent supplement. *Arch Gen Psychiatry.* [internet]. 2011;68(7):714-23 [consultado 2014 Nov 6]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21383252>
- ¹⁰ Benjet C, Méndez E, Borges G, Medina-Mora ME. Epidemiología de los trastornos de la conducta alimentaria en una muestra representativa de adolescentes. *Salud Ment* [internet]. 2012;35(6):483-90 [consultado 2014 Oct 31]. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252012000600005
- ¹¹ Menendez Arango J. Mesa Redonda: Avances en patología nutricional. Anorexia, bulimia y trastornos crónicos alimenticios. Conocimientos y especulaciones. *BOL PEDIATR* [internet]. 2003;43:362-68 [consultado 2014 Oct 31]. Disponible en: http://www.sccalp.org/boletin/186/BolPediatr2003_43_362.pdf
- ¹² American Psychiatric Association (APA). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5)* [internet]. [Consultado 2014 Feb 2]. Disponible en: <http://www.psych.org/practice/dsm/dsm5>
- ¹³ Lee K, Kamradt-Scott A. The multiple meanings of global health governance: a call for conceptual clarity. *Globalization and Health* [internet]. 2014;10:28 [consultado 2014 Oct 27]. Disponible en: <http://www.globalizationandhealth.com/content/10/1/28>
- ¹⁴ Brown TM, Cueto M, Fee E. Public Health then and now. The World Health Organization and the transition from “International” to “Global” Public Health. *Am J Public Health* [internet]. 2006;96(1):62-72 [consultado 2014 Oct 27]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1470434/>
- ¹⁵ Jacobsen KH. *Introduction to Global Health*. 2da ed [internet]. Burlington: Jones & Bartlett Learning; 2014 [consultado 2014 Oct 17]. Disponible en: https://books.google.com.co/books?id=Cpk65cya9HcC&printsec=frontcover&dq=isbn:1449649971&hl=pt-BR&sa=X&ei=xV4sVb3-CazdsAT15oCYAg&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false

-
- ¹⁶ Emans SJ. Eating disorders in adolescent girls. *Pediatr Int.* [internet]. 2000;42(1):1-7 [consultado 2014 Oct 27]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10703226>
- ¹⁷ Judith M, Walsh E, Wheat M, Freund K. Detection, evaluation and treatment of Eating Disorders. The role of the primary health physician. *J Gen Intern Med.* [internet]. 2000;15:577-90 [consultado 2014 Oct 31]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1495575/>
- ¹⁸ Peláez Fernández MA, Labrador Encinas FJ, Raich Escursell RM. Prevalencia de los trastornos de la conducta alimentaria: consideraciones metodológicas. *Intern. Jour. Psych. Psychol. Ther.* [internet]. 2005;5(2):135-48 [consultado 2014 Oct 31]. Disponible en: <http://www.ijpsy.com/volumen5/num2/116/prevalencia-de-los-trastornos-de-la-conducta-ES.pdf>
- ¹⁹ Kohn R, Levav I, Caldas de Almeida JM, Vicente B, Andrade L, Caraveo-Anduaga JJ et al. Los trastornos mentales en América Latina y el Caribe: asunto prioritario para la salud pública. *Rev Panam Salud Publica* [internet]. 2005;18(4/5):229-40 [consultado 2014 Oct 31]. Disponible en: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892005000900002
- ²⁰ Garandillas A, Febrel C. Encuesta de prevalencia de trastornos del comportamiento alimentario en adolescentes escolarizados de la comunidad de Madrid. *Documentos Públicos de Salud Pública.* 2000;67:7-15. Citado por: Aláez M, Antona A, Madrid J. Adolescencia y salud. *Papeles del Psicólogo* [internet]. 2003;23(84):45-53 [consultado 2014 Nov 2]. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/778/77808405.pdf>
- ²¹ Posada-Villa JA, Aguilar-Gaxiola SA, Magaña CG, Gómez LC. Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: resultados preliminares del Estudio Nacional de Salud Mental. Colombia, 2003. *Rev Col Psiqui* [internet]. 2004;33(3):241-62 [consultado 2014 Nov 4]. Disponible en: <http://www.bvs.sa.cr/saludmental/v33n3a02.pdf>
- ²² Saunders J, Smith T. Malnutrition: causes and consequences. *Clin Med* [internet]. 2010;10(6):624-7 [consultado 2014 Nov 4]. Disponible en: <http://www.rcpjournal.org/content/10/6/624.full.pdf+html>

-
- ²³ Orphan Nutrition. Impact of Malnutrition on Health and Development [internet]. [Consultado 2014 Nov 7]. Disponible en: <http://www.orphannutrition.org/understanding-malnutrition/impact-of-malnutrition-on-health-and-development/>
- ²⁴ Organización Mundial de la Salud. La salud de los jóvenes: un desafío para la sociedad [internet]. [Consultado 2014 Oct 31]. Disponible en: http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_731_spa.pdf
- ²⁵ Organización Mundial de la Salud. Necesidades de salud de los adolescentes [internet]. [Consultado 2014 Oct 31]. Disponible en: http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_609_spa.pdf
- ²⁶ Organización Mundial de la Salud (OMS). Salud de los Adolescentes [internet]. [Consultado 2014 Feb 2]. Disponible en: http://www.who.int/topics/adolescent_health/es/
- ²⁷ Bertazzi Levy R, Ribeiro de Castro IR, De Oliveira Cardoso L, Ferreira Tavares L, Vasconcelos Sardinha LM, Da Silva Gomes F et al. Consumo e comportamiento alimentar entre adolescentes brasileiros: Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE), 2009. Ciênc. saúde coletiva [internet]. 2010;15(Supl. 2):S3085-97 [consultado 2014 Feb 3]. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232010000800013&script=sci_arttext
- ²⁸ Oliveira MNG, Soares EA. Comparação do perfil dietético de adolescentes femininas e níveis socioeconômicos diferenciados. Nutr Brasil. 2002;1(2):68-76.
- ²⁹ Anding JD, Kubena KS, McIntosh WA, O'Brien B. Blood lipids, cardiovascular fitness, obesity and blood pressure: the presence of potential coronary heart disease risk factors in adolescents. J Am Diet Assoc. [internet]. 1996;96(3):238-42 [consultado 2014 Nov 1]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8613656>
- ³⁰ Gualdi-Russo E, Manzon VS, Masotti S, Toselli S, Albertini A, Celenza F et al. Weight status and perception of body image in children: the effect of maternal immigrant status. Nutr J. [internet]. 2012;11:85 [consultado 2014 Nov 1]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3493294/>
- ³¹ Maddaleno M, Morello P, Infante-Espínola F. Salud y desarrollo de adolescentes y jóvenes en Latinoamérica y El Caribe: desafíos para la próxima década. Salud pública Méx [internet]. 2003;45(Supl. 1):S132-39 [consultado 2014 Nov 1]. Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/pdf/spm/v45s1/15454.pdf>

-
- ³² Tiggemann M, Gardiner M, Slater A. "I would rather be size 10 than have straight A's": a focus group study of adolescent girls wish to be thinner. *J Adolesc.* [internet]. 2000;23(6):645-59 [consultado 2014 Nov 1]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11161330>
- ³³ Aliño Santiago M, López Esquirol JR, Navarro Fernández R. Adolescencia. Aspectos generales y atención a la salud. *Rev Cubana Med Gen Integr* [internet]. 2006;22(1) [consultado 2014 Oct 23]. Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol22_1_06/mgi09106.htm
- ³⁴ Salazar Mora Z. Adolescencia e imagen corporal en la época de la delgadez. *Rev. Reflexiones* [internet]. 2008;87(2):67-80 [consultado 2014 Oct 24]. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/729/72912555004.pdf>
- ³⁵ Argente del Castillo R. Anorexia y Medios de Comunicación. *Estudios de Juventud* [internet]. 1999;47:63-8 [consultado 2014 Sep 30]. Disponible en: <http://www.injuve.es/sites/default/files/Revista47-8.pdf>
- ³⁶ Cheung YT, Lee AM, Ho SY, Li ET, Lam TH, Fan SY et al. Who wants a slimmer body? The relationship between body weight status, education level and body shape dissatisfaction among young adults in Hong Kong. *BMC Public Health* [internet]. 2011;11:835 [consultado 2014 Sep 30]. Disponible en: <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/11/835>
- ³⁷ Fernández MJ, Juan J, Marcó Arbonés M, De Gracia Blanco M. Autoconcepto físico, modelo estético e imagen corporal en una muestra de adolescentes. *Psiquis.* 1999;20(1):27-38.
- ³⁸ Sossa Rojas A. Análisis desde Michel Foucault referentes al cuerpo, la belleza física y el consumo. *Polis* [internet]. 2011;10(28):559-81 [consultado 2014 Oct 3]. Disponible en: <http://polis.revues.org/1417>
- ³⁹ Barbero González JI. La cultura de consumo, el cuerpo y la educación física. *Educación física y deporte* [internet]. 20(1):9-30 [consultado 2014 Oct 2]. Disponible en: <http://aprendeenlinea.udea.edu.co/revistas/index.php/educacionfisicaydeporte/articulo/view/3387/3150>
- ⁴⁰ Organización Mundial de la Salud. La salud de los jóvenes. Un reto y una esperanza. Ginebra: OMS; 1995.
- ⁴¹ Franco-Giraldo A, Álvarez-Dardet C. Salud pública global: un desafío a los límites de la salud internacional a propósito de la epidemia de influenza humana A.

Rev Panam Salud Publica [internet]. 2009;25(6):540–7 [consultado 2014 Mar 8]. Disponible en: http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S1020-49892009000600011&script=sci_arttext

⁴² Marchiori Buss P. Salud Internacional: Aproximaciones a Conceptos y Prácticas. En: Organización Panamericana de la Salud, Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud. Salud Internacional: Un Debate Norte-Sur. Washington, D.C.: OPS, Serie de Desarrollo de Recursos Humanos No. 95; 1992. p. 241-50.

⁴³ Siqueira CE, Castro H, de Araújo TM. A globalização dos movimentos sociais: resposta social à Globalização Corporativa Neoliberal. Ciênc. saúde coletiva [internet]. 2003;8(4):847-58 [consultado 2014 Mar 4]. Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/csc/v8n4/a02v8n4.pdf>

⁴⁴ Carneiro R. O desenvolvimento revisitado. São Paulo em Perspectiva [internet]. 2006;20(3):73-82 [consultado 2014 Mar 4]. Disponible en: http://produtos.seade.gov.br/produtos/spp/v20n03/v20n03_06.pdf

⁴⁵ Gómez RD, Chacko E, Lemus ER. Modelos de desarrollo. En: Organización Panamericana de la Salud. Abordaje de temas de salud bajo la perspectiva de salud internacional y la construcción de un modelo conceptual para su comprensión. Washington, D.C.: OPS; 2010. p. 47-60.

⁴⁶ Leme AA. Neoliberalismo, globalização e reformas do Estado: reflexões acerca da temática. Barbaroi [internet]. 2010;32:114-38 [consultado 2014 Mar 3]. Disponible en: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S0104-65782010000100008&script=sci_arttext

⁴⁷ Tonet I. Sobre el socialismo [internet]. São Paulo: Instituto Lukács; 2013 [consultado 2014 Oct 13]. Disponible en: http://ivotonet.xpg.uol.com.br/arquivos/SOBRE_EL_SOCIALISMO.pdf

⁴⁸ Einstein A. ¿Por qué el socialismo? REC [internet]. 2005;4:147-52 [consultado 2014 Nov 16]. Disponible en: http://revistaeconomicocritica.org/sites/default/files/revistas/n4/8_einstein.pdf

⁴⁹ Román Brugnoli JA, Energici Sprovera MA. La solidaridad de mercado y sus sujetos en el capitalismo de consumo: un análisis del discurso neoliberal sobre piezas de publicidad en Chile. Psicol. Soc. [internet]. 2010;22(2):247-58 [consultado 2014 Mar 7]. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-71822010000200005&script=sci_arttext

⁵⁰ Cortina A. Por una ética del consumo. La ciudadanía del consumidor en un mundo global. Madrid: Santillana Ediciones Generales; 2002. Citado por: Román Brugnoli JA, Energici Sprovera MA. La solidaridad de mercado y sus sujetos en el capitalismo de consumo: un análisis del discurso neoliberal sobre piezas de publicidad en Chile. *Psicol. Soc.* [internet]. 2010;22(2):247-58 [consultado 2014 Mar 7]. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-71822010000200005&script=sci_arttext

⁵¹ Rose N. *Inventing our selves*. New York: Cambridge University Press; 1998. Citado por: Román Brugnoli JA, Energici Sprovera MA. La solidaridad de mercado y sus sujetos en el capitalismo de consumo: un análisis del discurso neoliberal sobre piezas de publicidad en Chile. *Psicol. Soc.* [internet]. 2010;22(2):247-58 [consultado 2014 Mar 7]. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-71822010000200005&script=sci_arttext

⁵² Bernad Monferrer E. Ilicitud de las representaciones degradantes y humillantes del cuerpo femenino en la publicidad. Especial referencia a la anorexia. *ICONO14* [internet]. 2010;8:186-207 [consultado 2014 Sep 25]. Disponible en: <http://www.icono14.net/ojs/index.php/icono14/article/view/234/111>

⁵³ Mejía-Ortega LM, Franco-Giraldo A. Protección Social y Modelos de Desarrollo en América Latina. *Rev. salud pública.* [internet]. 2007;9(3):471-83 [consultado 2014 Feb 27]. Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/rsap/v9n3/v9n3a16>

⁵⁴ Guerrero E, Faraone S, Franco Giraldo A, Cerqueira M. Comercio. En: Organización Panamericana de la Salud. *Abordaje de temas de salud bajo la perspectiva de salud internacional y la construcción de un modelo conceptual para su comprensión*. Washington, D.C.: OPS; 2010. p. 38-46.

⁵⁵ Medellín Digital. Clasificación del comercio electrónico según sus participantes [internet]. [Consultado 2014 Mayo 20]. Disponible en: http://www.culturaemedellin.gov.co/sites/CulturaE/SoyEmprendedor/Noticias/Paginas/ecommercesegunclientes_080328.aspx

⁵⁶ Mejía Jiménez MR. *Educación(es) en la(s) globalización(es) I*. Bogotá, D.C.: Ediciones desde abajo; 2006.

⁵⁷ Comercio y Aduanas.com.mx. Qué es comercio internacional [internet]. [Consultado 2014 Mayo 20]. Disponible en: <http://www.comercioyaduanas.com.mx/comercioexterior/comercioexterioryaduanas/113-que-es-comercio-internacional>

-
- ⁵⁸ Gracia-Marco L, Moreno LA, Vicente-Rodríguez G. Impact of social marketing in the prevention of childhood obesity. *Adv Nutr.* [internet]. 2012;3:611S-15S [consultado 2014 Sep 20]. Disponible en: <http://advances.nutrition.org/content/3/4/611S.long>
- ⁵⁹ Andrade A, Magalhães ML. Mídia e subjetividade: impacto no comportamento alimentar feminino. *Rev. Nutr.* [internet]. 2003;16(1):117-25 [consultado 2014 Feb 22]. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-52732003000100012
- ⁶⁰ The Economist. The Americas. The Brazilian model [internet]. [Consultado 2014 Nov 20]. Disponible en: <http://www.economist.com/node/21537004>
- ⁶¹ Barrientos A, Amann E. Is there a new Brazilian development model? [internet]. [Consultado 2014 Nov 20]. Disponible en: <http://www.brazil4africa.org/is-there-a-new-brazilian-development-model/>
- ⁶² Barrientos A, Amann E. Brazil: a role model for development? [internet]. [Consultado 2014 Nov 20]. Disponible en: <http://www.theguardian.com/global-development-professionals-network/2014/apr/17/brazil-role-model-development-africa>
- ⁶³ Cabral A, Shankar P. Brazil rising. The prospects of an emerging power [internet]. [Consultado 2014 Nov 20]. Disponible en: http://www.policy-network.net/publications_detail.aspx?ID=4026
- ⁶⁴ Cardona Montoya G. Colombia does a development model or a drift boat? [internet]. [Consultado 2014 Nov 20]. Disponible en: <http://www.ecbloguer.com/lacajaregistradora/?p=1469>
- ⁶⁵ Andrade L, Cadena A. Colombia's lesson in economic development [internet]. [Consultado 2014 Nov 20]. Disponible en: http://www.mckinsey.com/insights/economic_studies/colombias_lesson_in_economic_development
- ⁶⁶ The World Bank. Brazil Overview [internet]. [Consultado 2014 Nov 21]. Disponible en: <http://www.worldbank.org/en/country/brazil/overview#1>
- ⁶⁷ Embassy of Colombia in United States. Colombia's Economy [internet]. [Consultado 2014 Nov 21]. Disponible en: <http://www.colombiaemb.org/node/1328>
- ⁶⁸ Sistema Nacional de Información de la Educación Superior. Colombia es el quinto país con mayor producción científica en América Latina [internet]. [Consultado 2014 Nov 21]. Disponible en:

<http://www.mineducacion.gov.co/sistemasdeinformacion/1735/w3-article-245356.html>

⁶⁹ Donoso JP. Política científica en Brasil [internet]. [Consultado 2014 Nov 21]. Disponible en: <http://www.ciencia.cl/CienciaAlDia/volumen4/numero1/articulos/articulo5.html>

⁷⁰ El Banco Mundial. PIB (US\$ a precios actuales) [internet]. [Consultado 2014 Nov 17]. Disponible en: <http://datos.bancomundial.org/indicador/NY.GDP.MKTP.CD>

⁷¹ Dirección Nacional de Innovación Académica, Universidad Nacional de Colombia Sede Bogotá. Desarrollo Tecnológico [internet]. [Consultado 2014 Nov 21]. Disponible en: <http://www.virtual.unal.edu.co/cursos/economicas/2008551/lecciones/cap2-2-6.htm>

⁷² Baumann R. El comercio entre los países “BRICS” [internet]. [Consultado 2014 Ago 4]. Disponible en: http://www.ipea.gov.br/bric/textos/100409_BRICBaumann2.pdf

⁷³ De Cerqueira e Francisco W. Economía do Brasil. O Brasil é detentor de uma economia sólida e exporta uma infinidade de produtos [internet]. [Consultado 2014 Nov 10]. Disponible en: <http://www.brasilecola.com/brasil/economia-brasil.htm>

⁷⁴ Medici AC. A saúde nos BRICs: progresso e perspectivas para 2011. Diagn Tratamento [internet]. 2011;16(1):39-41 [consultado 2014 Nov 7]. Disponible en: <http://files.bvs.br/upload/S/1413-9979/2011/v16n1/a1867.pdf>

⁷⁵ Delgado Luna LA. Colombia una economía emergente. En: Institución Universitaria CESMAG. Boletín Horizontes Empresariales. San Juan de Pasto: Facultad de Ciencias Administrativas y Contables, Institución Universitaria CESMAG; 2013. p. 48-54.

⁷⁶ Bello M. El desplazamiento forzado en Colombia: acumulación de capital y exclusión social. En: Globalización, migración y derechos humanos; Quito, 16, 17 y 18 de septiembre de 2003. Quito: Programa Andino de Derechos Humanos; 2003.

⁷⁷ Insight on conflict. Colombia. Guide to the conflict and peacebuilding in Colombia [internet]. [Consultado 2014 Nov 19]. Disponible en: <http://www.insightonconflict.org/conflicts/colombia/>

⁷⁸ Ramírez S. Colombia–Brasil: distante vecindad se fortalece en la seguridad y el comercio. anal.polit. [internet]. 2006;58:3-34 [consultado 2014 Nov 4]. Disponible

en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0121-47052006000300001&script=sci_arttext

⁷⁹ Agobian G, Agobian S, Soto E. Malnutrición por exceso en escolares de una institución pública y privada. Barquisimeto Estado Lara. Rev Vzlna Sal Pub [internet]. 2013;1(2):7-13 [consultado 2014 Oct 18]. Disponible en: http://bibvirtual.ucla.edu.ve/db/psm_ucla/edocs/rvsp/RVSP0102/RVSP010202.pdf

⁸⁰ Batista Filho M. Alimentação, nutrição e saúde. En: Rouquayrol MZ, Almeida Filho N. Epidemiologia e saúde. 6 ed. Rio de Janeiro: MEDSI; 2003. 309-410. Citado por: Figueroa Pedraza D. Obesidad y Pobreza: marco conceptual para su análisis en Latinoamérica. Saúde Soc. São Paulo [internet]. 2009;18(1):103-17 [consultado 2014 Nov 6]. Disponible en: <http://www.google.com.co/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CBsQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.revistas.usp.br%2Fsausoc%2Farticle%2Fdownload%2F29516%2F31380&ei=CnMsVfKyDLDdsAT-kIHIAQ&usg=AFQjCNFA8rLk5PpoMbeYvy1g5Ouu3d11BA&sig2=mVqRYOrjDMB23JsgQEcxug>

⁸¹ Reddy SP, Resnicow K, James S, Kambaran N, Omardien R, MBewu AD. Underweight, overweight and obesity among South African adolescents: results of the 2002 National Youth Risk Behaviour Survey. Public Health Nutrition [internet]. 2008;12(2):203-7 [consultado 2014 Nov 1]. Disponible en: http://journals.cambridge.org/download.php?file=%2FPHN%2FPHN12_02%2FS1368980008002656a.pdf&code=83d19b56e5493052417e3dfa463249ff

⁸² Mehta NM, Corkins MR, Lyman B, Malone A, Goday PS, Carney LN et al. Defining pediatric malnutrition: a paradigm shift toward etiology-related definitions. JPEN J Parenter Enteral Nutr. [internet]. 2013;37(4):460-81 [consultado 2014 Nov 5]. Disponible en: <http://pen.sagepub.com/content/37/4/460.long>

⁸³ Lucas AR, Beard CM, O'Fallon WM, Kurland LT. 50-year trends in the incidence of anorexia nervosa in Rochester, Minn.: a population based study. Am J Psychiatry. [internet]. 1991;148(7):917-22 [consultado 2014 Nov 5]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2053633>

⁸⁴ Blössner M, De Onis M. Malnutrition. Quantifying the health impact at national and local levels [internet]. [Consultado 2014 Nov 2]. Disponible en: <http://whqlibdoc.who.int/publications/2005/9241591870.pdf?ua=1>

⁸⁵ World Health Organization. Health topics, Nutrition [internet]. [Consultado 2014 Nov 6]. Disponible en: <http://www.who.int/topics/nutrition/en/>

-
- ⁸⁶ Landaeta-Jimenez M. Educación en nutrición, salud y bienestar. Editorial. An Venez Nutr [internet]. 2011;24(2) [consultado 2014 Ago 26]. Disponible en: http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0798-07522011000200001
- ⁸⁷ López de Blanco M. La transición alimentaria y nutricional. Un reto en el siglo XXI [internet]. [Consultado 2014 Mayo 20]. Disponible en: http://www.fundacionbengoa.org/i_foro_alimentacion_nutricion_informacion/transicion_alimentaria_nutricional.asp
- ⁸⁸ Barria RM, Amigo H. Transición Nutricional: una revisión del perfil latinoamericano. ALAN [internet]. 2006;56(1) [consultado 2014 Feb 27]. Disponible en: http://www.scielo.org.ve/scielo.php?pid=S0004-06222006000100002&script=sci_arttext
- ⁸⁹ Petit JM. Migraciones, vulnerabilidad y políticas públicas. Impacto sobre los niños, sus familias y sus derechos [internet]. [Consultado 2014 Ago 27]. Disponible en: http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/7178/S2003710_es.pdf?sequence=1
- ⁹⁰ Eddy KT, Celio Doyle A, Hoste RR, Herzog DB, Le Grange D. Eating disorder not otherwise specified in adolescents. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. [internet]. 2008;47:156–64 [consultado 2014 Jul 21]. Disponible en: <http://www.jaacap.com/article/S0890-8567%2809%2962286-3/abstract>
- ⁹¹ Van Gerko K, Hughes ML, Hamill M, Waller G. Reported childhood sexual abuse and eating-disordered cognitions and behaviors. Child Abuse & Neglect [internet]. 2005;29:375-82 [consultado 2014 Sep 16]. Disponible en: http://www.researchgate.net/publication/7824836_Reported_childhood_sexual_abuse_and_eating-disordered_cognitions_and_behaviors
- ⁹² Educar Chile, Recursos Educativos Interactivos. Enfermedades asociadas a trastornos alimenticios [internet]. [Consultado 2014 Mayo 20]. Disponible en: <http://www.educarchile.cl/ech/pro/app/detalle?ID=137267>
- ⁹³ Da Cunha Feio Costa L, Guedes de Vasconcelos FA, Glazer Peres K. Influence of biological, social and psychological factors on abnormal eating attitudes among female university students in Brazil. J Health Popul Nutr [internet]. 2010;28(2):173-81 [consultado 2014 Nov 3]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2980880/>

-
- ⁹⁴ Petroski EL, Pelegrini A, Glaner MF. Motivos e prevalência de insatisfação com a imagem corporal em adolescentes. *Ciênc. saúde coletiva* [internet]. 2012;17(4):1071-77 [consultado 2014 Nov 3]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n4/v17n4a28.pdf>
- ⁹⁵ De Torres Aured ML, Francés Pinilla M. La dieta equilibrada. Guía para Enfermeras de Atención Primaria [internet]. [Consultado 2014 Oct 28]. Disponível em: <http://www.nutricion.org/publicaciones/pdf/Gu%C3%ADa%20AP-Diet%C3%A9ticaWeb.pdf>
- ⁹⁶ Passos Nogueira R. Perspectivas críticas sobre la relación entre la salud y el desarrollo, con énfasis en los países BRIC [internet]. [Consultado 2014 Nov 9]. Disponível em: http://www.capacidadeshumanas.org/wp-content/uploads/2012/11/E_Perspectivas_criticas_Roberto_P_Nogueira.pdf
- ⁹⁷ Whelan J. WHO calls for countries to shift from acute to chronic care. *News. British Medical Journal*. 2002;324:1237. Citado por: Achutti A, Reinert Azambuja MI. Doenças crônicas não-transmissíveis no Brasil: repercussões do modelo de atenção à saúde sobre a seguridade social. *Ciênc. saúde coletiva* [internet]. 2004; 9(4):833-40 [consultado 2014 Nov 4]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v9n4/a02v9n4>
- ⁹⁸ Gratiús S. Brasil en las Américas: ¿Una potencia regional pacificadora? [internet]. [Consultado 2014 Sep 4]. Disponível em: <http://fride.org/publicacion/223/brasil-en-las-americas-una-potencia-regional-pacificadora>
- ⁹⁹ Batista Filho M, Impieri de Souza A, Miglioli TC, Carvalho dos Santos M. Anemia e obesidade: um paradoxo da transição nutricional brasileira. *Cad. Saúde Pública* [internet]. 2008;24(Supl. 2):S247-57 [consultado 2014 Nov 3]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v24s2/10>
- ¹⁰⁰ UNICEF Brasil. Infância e adolescência no Brasil [internet]. [Consultado 2014 Dic 9]. Disponível em: <http://www.unicef.org/brazil/pt/activities.html>
- ¹⁰¹ UNICEF Brasil. UNICEF lança relatório Situação da Adolescência Brasileira [internet]. [Consultado 2014 Dic 9]. Disponível em: http://www.unicef.org/brazil/pt/media_22244.htm
- ¹⁰² Webster PC. Health in Colombia: the chronic disease burden. *CMAJ* [internet]. 2012;184(6):E293–E94 [consultado 2014 Nov 30]. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3314052/>

¹⁰³ Pan American Health Organization. Health in the Americas 2007. Health Conditions and Trends, Chronic Non-communicable Diseases. Volume I-Regional, p 124-34. Washington, D.C.: PAHO; 2007. Citado por: González MA, Dennis RJ, Devia JH, Echeverri D, Briceño GD, Gil F, Jurado A, Mora M. Factores de riesgo cardiovascular y de enfermedades crónicas en población caficultora. Rev. salud pública. [internet]. 2012;14(3):390-403 [consultado 2014 Dic 1]. Disponible en: http://www.google.com.co/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CBwQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.researchgate.net%2Fprofile%2FRodolfo_Dennis%2Fpublication%2F255176989_Risk_factors_for_cardiovascular_and_chronic_diseases_in_a_coffee-growing_population%2Flinks%2F54b023350cf2431d3531e7b6.pdf&ei=PagtVeG3IargsASWpIH4BQ&usg=AFQjCNH4InkelbcmaggCJmyDBIK9a9oXOA&sig2=xQiHpBf8_WeGm0SJNi5VwQ&bvm=bv.90790515,d.cWc

¹⁰⁴ World Health Organization. World Health Report 2002. Reducing Risks, Promoting Healthy Life. Geneva: World Health Organization; 2002. (Also available from: <http://www.who.int/whr/2002/en/>. Accessed 1 September 2004.). Citado por: Choi BCK, Corber SJ, McQueen DV, Bonita R, Zeballos JC, Douglas KA et al. Enhancing regional capacity in chronic disease surveillance in the Americas. Pan Am J Public Health [internet]. 2005;17(2):130-41 [consultado 2014 Dic 1]. Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v17n2/a12v17n2>

¹⁰⁵ Banco de la República, Banco Central de Colombia. Población colombiana [internet]. [Consultado 2014 Dic 9]. Disponible en: <http://www.banrep.gov.co/es/poblacion>

¹⁰⁶ UNICEF Colombia. Estadísticas [internet]. [Consultado 2014 Dic 9]. Disponible en: http://www.unicef.org/spanish/infobycountry/colombia_statistics.html

¹⁰⁷ Baxter AJ, Patton G, Scott KM, Degenhardt L, Whiteford HA. Global Epidemiology of Mental Disorders: What Are We Missing? PLoS ONE [internet]. 2013;8(6):e65514 [consultado 2014 Nov 23]. Disponible en: <http://www.plosone.org/article/info%3Adoi%2F10.1371%2Fjournal.pone.0065514>

¹⁰⁸ Alves E, Guedes de Vasconcelos FA, Marino Calvo MC, Neves J. Prevalência de sintomas de anorexia nervosa e insatisfação com a imagem corporal em adolescentes do sexo feminino do município de Florianópolis, Santa Catarina, Brasil. Cad. Saúde Pública [internet]. 2008;24(3):503-12 [consultado 2014 Nov 15]. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008000300004

¹⁰⁹ Dutra Gonçalves T, Prado Barbosa M, Laureano da Rosa LC, Magna Rodrigues A. Comportamento anoréxico e percepção corporal em universitários. J.

bras. psiquiatr. [internet]. 2008;57(3):166-70 [consultado 2014 Nov 15]. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0047-20852008000300002&script=sci_arttext

¹¹⁰ Lenz Dunker KL, Cássia Peres BF, Carreira Filho D. Influência do nível socioeconômico sobre comportamentos de risco para transtornos alimentares em adolescentes. J. bras. psiquiatr. [internet]. 2009;58(3):156-61 [consultado 2014 Nov 15]. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0047-20852009000300003&script=sci_arttext

¹¹¹ Magalhães Bosi ML, Yumi Uchimura K, Raggio Luiz R. Eating behavior and body image among psychology students. J. bras. psiquiatr. [internet]. 2009;58(3):150-55 [consultado 2014 Nov 15]. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0047-20852009000300002

¹¹² Rodrigues Hulsmeyer A, Silva Marcon S, Getirana Santana R, Kállas D. A anorexia nervosa e fatores associados em adolescentes do sexo feminino, em município do sul do Brasil. ALAN [internet]. 2011;61(3):262-69 [consultado 2014 Nov 15]. Disponible en: http://www.scielo.org.ve/scielo.php?pid=S0004-06222011000300005&script=sci_arttext

¹¹³ Olsen do Vale AM, Sansigolo Kerr LR, Magalhães Bosi ML. Comportamentos de risco para transtornos do comportamento alimentar entre adolescentes do sexo feminino de diferentes estratos sociais do Nordeste do Brasil. Ciênc. saúde coletiva [internet]. 2011;16(1):121-32 [consultado 2014 Nov 15]. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232011000100016&script=sci_arttext

¹¹⁴ Santos Alves TCH, Portela de Santana ML, Ribeiro Silva RC, Pinto EJ, Oliveira Assis AM. Fatores associados a sintomas de transtornos alimentares entre escolares da rede pública da cidade do Salvador, Bahia. J. bras. psiquiatr. [internet]. 2012;61(2):55-63 [consultado 2014 Nov 15]. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0047-20852012000200001&script=sci_arttext

¹¹⁵ Ministerio de la Protección Social, República de Colombia. Estudio Nacional de Salud Mental Colombia 2003 [internet]. [Consultado 2014 Nov 2]. Disponible en: http://onsm.ces.edu.co/uploads/files/1243030_EstudioNacionalSM2003.pdf

¹¹⁶ Cortés Mejía HD, Díaz Díaz A, Mejía Sierra C, Mesa Monsalve JG. Trastornos de la alimentación: su prevalencia y principales factores de riesgo – estudiantes universitarias de primero y segundo año. Revista CES MEDICINA [internet]. 2003;17(1):33-45 [consultado 2014 Feb 7]. Disponible en: <http://revistas.ces.edu.co/index.php/medicina/article/view/515/291>

-
- ¹¹⁷ Fandiño A, Giraldo SC, Martínez C, Aux CP, Espinosa R. Factores asociados con los trastornos de la conducta alimentaria en estudiantes universitarios en Cali, Colombia. *Colombia Médica* [internet]. 2007;38(4). Disponible en: <http://colombiamedica.univalle.edu.co/index.php/comedica/article/view/518/965>
- ¹¹⁸ Ángel LA, Martínez LM, Gómez MT. Prevalencia de trastornos del comportamiento alimentario (T.C.A.) en estudiantes de bachillerato. *Rev.Fac.Med.* [internet]. 2008;56(3):193-210 [consultado 2014 Nov 20]. Disponible en: <http://www.revistas.unal.edu.co/index.php/revfacmed/article/view/14499/15337>
- ¹¹⁹ Castaño Castrillón JJ, Giraldo DL, Guevara J, Losada DL, Meza LM, Narváez DM et al. Prevalencia de riesgo de trastornos de comportamiento alimentario en una población femenina de estudiantes de secundaria, Manizales, Colombia, 2011. *Rev Colomb Obstet Ginecol* [internet]. 2012;63(1):46-56 [consultado 2014 Nov 13]. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=195224186006>
- ¹²⁰ Barrera LF, Manrique-Abril FG, Ospina JM. Evaluación de la conducta alimentaria en estudiantes de Tunja (Boyacá, Colombia) - 2012. *Hacia promoc. salud.* [internet]. 2013;18(2):55-65 [consultado 2014 Nov 12]. Disponible en: http://promocionsalud.ucaldas.edu.co/downloads/Revista18%282%29_5.pdf
- ¹²¹ Moya T, Fleitlich-Bilyk B. Waiting list for treatment of eating disorders in childhood and adolescence. *Rev Bras Psiquiatr.* 2003;25:259-60. Citado por: Dentzien Pinzon V, Turkiewicz G, Oliveira Monteiro D, Koritar P, Fleitlich-Bilyk B. Who are the children and adolescent patients of a national referral service of eating disorders in Brazil? A cross-sectional study of a clinical sample. *Trends Psychiatry Psychother.* [internet]. 2013;35(3):221-28 [consultado 2014 Nov 11]. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S2237-60892013000300009&script=sci_arttext
- ¹²² Turkiewicz G, Pinzon V, Lock J, Fleitlich-Bilyk B. Feasibility, acceptability, and effectiveness of family-based treatment for adolescent anorexia nervosa: an observational study conducted in Brazil. *Rev. Bras. Psiquiatr.* [internet]. 2010; 32(2):169-72 [consultado 2014 Nov 10]. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462010005000001&lng=en&nrm=iso&tlng=en
- ¹²³ Gontijo Carneiro MF, Guerra Júnior AA, Acurcio FA. Prescrição, dispensação e regulação do consumo de psicotrópicos anorexígenos em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. *Cad. Saúde Pública* [internet]. 2008;24(8):1763-72 [consultado 2014 Nov 17]. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2008000800005&script=sci_arttext

¹²⁴ Campos Justino PF, Aguiar Romeu G, Araújo Lima A. Perfil da prescrição e dispensação de fármacos anorexígenos em Fortaleza - CE. *Infarma* [internet]. 2008;20(7/8):32-7 [consultado 2014 Nov 16]. Disponible en: [http://revistas.cff.org.br/?journal=infarma&page=article&op=view&path\[\]=198&path\[\]=187](http://revistas.cff.org.br/?journal=infarma&page=article&op=view&path[]=198&path[]=187)

¹²⁵ Nappo SA, Araújo Carlini E, Araújo MD, Sousa Moreira LF. Prescription of anorectic and benzodiazepine drugs through notification B prescriptions in Natal, Rio Grande do Norte, Brazil. *Braz. J. Pharm. Sci.* [internet]. 2010;46(2):297-303 [consultado 2014 Nov 13]. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-82502010000200017

¹²⁶ Mendonça Martins EL, Henriques do Amaral MP, Cardoso Ferreira MB, De Mendonça AE, Santana Pereira MC, Campos Pereira D et al. Dispensações de psicotrópicos anorexígenos no município de Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil. *Ciênc. saúde coletiva* [internet]. 2012;17(12):3331-42 [consultado 2014 Nov 20]. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012001200018

¹²⁷ Da Silva Castro LV, Farias Junior G, Martins Teixeira F, Dos Santos Vieira JR, Ferraz Maia CS. Impact of health legislation on the sale of anorectics in a city in the Amazon region. *Acta Amaz.* [internet]. 2012;42(2):215-20 [consultado 2014 Nov 17]. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0044-59672012000200005&script=sci_arttext

¹²⁸ Álvarez Gómez M. Prevalencia de trastornos de la conducta alimentaria en mujeres estudiantes de pregrado de la Universidad Pontificia Bolivariana. En: Programa de Enfermería Universidad de Caldas, Asociación Colombiana de Facultades y Escuelas de Enfermería ACOFAEN. XVI Coloquio Nacional de Investigación en Enfermería. La investigación: compromiso y futuro de la enfermería. Manizales: Vicerrectoría de Investigaciones y Postgrados Universidad de Caldas; 2003. p. 200-12.

¹²⁹ Nunes MA. Prevalência de comportamentos alimentares anormais e práticas inadequadas de controle de peso em mulheres de 12 a 21 anos em Porto Alegre. Porto Alegre: Universidade Federal de Pelotas; 1997. Citado por: Olsen do Vale AM, Sansigolo Kerr LR, Magalhães Bosi ML. Comportamentos de risco para transtornos do comportamento alimentar entre adolescentes do sexo feminino de diferentes estratos sociais do Nordeste do Brasil. *Ciênc. saúde coletiva* [internet]. 2011;16(1):121-32 [consultado 2014 Nov 16]. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232011000100016&script=sci_arttext