

Impacto de la violencia sexual en la salud mental de las víctimas en Bucaramanga, Colombia

Marta Isabel Dallos Arenales¹
Alexánder Pinzón-Amado¹
Carlos A. Barrera González²
Johanna A. Mujica Rojas²
Yenis R. Meneses Silva³

Resumen

Introducción: La violencia sexual en Colombia se ha constituido en un verdadero problema de salud pública. Este tipo de violencia se ha asociado con múltiples factores de riesgo individuales, familiares y sociales y se ha relacionado con secuelas físicas y psicosociales a corto, mediano y largo plazo. Método: En este estudio de tipo descriptivo se evaluaron los factores relacionados con la presentación de trastornos mentales en 55 víctimas de violencia sexual que asistieron al Instituto de Salud de Bucaramanga. Resultados: Un 43,6% habían sido violentados en varias ocasiones, y el 66,7% de los perpetradores eran conocidos por la víctima. Como factores asociados se encontró que el 21,6% de las víctimas tenía antecedentes psiquiátricos y que en el 41% de ellos existían antecedentes psiquiátricos en algún miembro de la familia. El 60% de los casos tenía antecedentes de maltrato intrafamiliar, el 25% consideraba que las relaciones internas de sus familias eran conflictivas y el 60% pensaba que el barrio donde vivía era violento. El 87% presentaba algún tipo de alteración en el examen mental al ingreso y se pudo establecer un diagnóstico en el Eje I en el 72,7% de los casos. Conclusión: Los antecedentes de violencia familiar y enfermedad mental en la familia de las víctimas, así como vivir en comunidades violentas, son factores de riesgo asociados con la presentación de la violencia sexual en nuestra población; además, los trastornos ansiosos, depresivos y comportamentales son las secuelas mentales más frecuentes en esta población.

Palabras clave: delitos sexuales, violencia, factores de riesgo.

Title: Impact of Sexual Violence on the Victims' Mental Health in Bucaramanga, Colombia

-
- ¹ Médica psiquiatra. Especialista en Educación Médica. Profesora asociada del Departamento de Salud Mental, Universidad Industrial de Santander, Bucaramanga, Colombia.
 - ² Médico psiquiatra. Candidato a magíster en Epidemiología Clínica. Especialista en Docencia Universitaria. Profesor auxiliar del Departamento de Salud Mental, Universidad Industrial de Santander, Bucaramanga, Colombia.
 - ³ Estudiante de último año de Medicina, Universidad Industrial de Santander, Bucaramanga, Colombia.

Abstract

Introduction: Sexual violence in Colombia has become a serious public health problem; this type of violence has been associated with multiple individual, familial and social risk factors and it has been related to physical and psychosocial sequelae in the short, medium and long term. *Method:* In this descriptive study, factors associated with mental disorders were evaluated in 55 sexual violence victims seen at the Institute of Health in Bucaramanga, Colombia. *Results:* 43.6% had been abused in several occasions and 66.7% of the victims knew the aggressor. As associated factors, 21.6% of the victims had a psychiatric history and in 41% some member of the family had a psychiatric history. 60% had a history of family abuse, 25% considered family relations to be conflictive and 60% stated that the neighborhood where they lived was violent. At the beginning of this study, 87% presented with some type of finding in the mental examination and it was possible to establish an Axis I diagnosis in 72.7% of the cases. *Conclusions:* A history of family violence and mental illness in the family's victim as well living in violent communities are risk factors associated with sexual violence in our population. Anxiety, depressive and behavior disorders are the most frequent mental sequelae in this population.

Key words: Sex offenses, violence, risk factors.

Introducción

La violencia sexual se define como “Toda acción u omisión, voluntaria o involuntaria, protagonizada por un hombre o una mujer, contra otro hombre o mujer que causa daño físico o emocional, vulnera los derechos sexuales de

la otra persona, le impide o limita la satisfacción de sus necesidades sexuales e inhibe el pleno desarrollo de su sexualidad” (1).

Este tipo de violencia afecta a todos los países del mundo y a personas de todos los estratos sociales, independientemente de su raza, cultura y religión. En Colombia, durante el 2005, el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses realizó 18.474 dictámenes sexológicos, cifra superior en un 18% respecto al año anterior, y que representó una tasa nacional de 40 casos por cada 100.000 habitantes. Para este año, el mayor porcentaje (84,0%) de los casos se presentó en las mujeres, la razón mujer:hombre fue de 5:1 y el 70,6% en menores de 18 años de edad. Desde el punto de vista del agresor, se encontró que en el 80% de los casos era algún conocido de la víctima, y en el 66,7% del total de casos, la vivienda de la víctima constituyó el lugar de los hechos (2).

Se han descrito diversos factores de riesgo individuales para abuso sexual, como ser mujer, estar casada o convivir con una pareja (3-5), ser joven, consumir alcohol u otras drogas, haber sido abusado sexualmente con anterioridad, así como tener más de un compañero sexual, un bajo nivel de instrucción, dependencia económica y pobreza (6-8).

En cuanto a los factores de riesgo familiares, se señala que el abuso sexual ocurre con mayor frecuencia en familias que muestran una ma-

yor tendencia a mantener sistemas de creencias rígidos, coalición parental disfuncional, incapacidad para permitir el desarrollo de la autonomía en los hijos, familias donde no existe disponibilidad emocional de los padres y tener una madre ausente o enferma (9).

Otros factores de riesgo relacionados con la familia contemplan aquellas familias donde existen dificultades vinculares entre progenitor-hijo, la falta de un progenitor protector, la presencia en la familia de un varón sin parentesco biológico (9), el antecedente de que uno o ambos padres hayan sido víctimas de violencia sexual en la infancia (10), el pertenecer a familias reconstituidas, el consumo de sustancias psicoactivas (SPA) por parte de los padres (antes del abuso sexual incestuoso o después de éste) y las situaciones que generan indefensión de los miembros de la familia, como el retardo mental y el confinamiento (11).

Entre los factores comunitarios y sociales asociados con este tipo de violencia, se encuentran la inequidad entre sexos y las sociedades con roles sexuales más tradicionales, donde la ideología de la superioridad masculina y de la fuerza física es muy arraigada y donde la violencia sexual no sufre castigo o es tolerada (9). Se ha encontrado, además, una relación entre la pobreza y la vulnerabilidad de las personas a la explotación sexual en diversos contextos, como los sitios de trabajo o la escuela (12).

El tráfico de drogas y la guerra son factores que también aumentan el riesgo de este tipo de violencia, debido a que, en estas situaciones, el abuso sexual se usa para aterrozar y desmoralizar a las comunidades, para obligar a las personas a huir y para destruir las estructuras comunitarias. La guerra suele agotar recursos económicos familiares y sociales, lo que lleva a muchas personas a ser violentadas sexualmente dentro de la práctica de la prostitución (13).

Una vez ocurrido el evento traumático, sus consecuencias psicológicas y sociales negativas pueden prolongarse a lo largo de la vida de las personas. Las víctimas de este tipo de abuso suelen describir sentimientos de temor, odio, vergüenza, desvalorización, culpa, asco, tristeza, desconfianza, aislamiento, marginamiento y ansiedad (6,14).

En niños y niñas se pueden presentar, de forma adicional, síntomas de trastornos del comportamiento inespecíficos, consistentes en cambios bruscos en la conducta –como miedos excesivos, fobias, temor a dormir solos, terrores nocturnos, trastornos del sueño, pesadillas, sobreexcitación, comportamientos agresivos, fugas del hogar, aislamiento social, mal rendimiento o abandono escolar y tendencias suicidas– (14-15). También pueden presentar otras manifestaciones inespecíficas, como anorexia, dolor abdominal, enuresis, encopresis, disuria, rectalgia, flujo vaginal, secreción uretral e incluso ligeras lesiones en el área genital,

alteraciones del comportamiento sexual (curiosidad sexual exagerada o masturbación compulsiva) o un conocimiento inapropiado del comportamiento sexual del adulto (16-17).

Las víctimas de abuso sexual tienen una incidencia alta de trastorno por estrés postraumático (TEPT), trastorno del pánico y abuso de SPA (6,18). Se ha documentado una estrecha relación entre el TEPT y el uso de la fuerza o amenazas por parte del agresor; además, se ha sugerido que el TEPT se asocia con la gravedad del abuso, el número de eventos de abuso, la duración y frecuencia del abuso y la presencia de penetración, la exposición previa a otros sucesos traumáticos (especialmente a edad temprana), el sexo femenino, el bajo nivel de educación y de ingresos y algunos factores biológicos (como la hiperactivación noradrenérgica e hipofunción del eje hipotálamo-hipófisis-suprarrenal del individuo) (18-19).

Existen indicios de que el abuso sexual con penetración y experiencias repetidas de abuso exacerban los efectos de mala salud. Se ha encontrado, además, que el abuso sexual infantil con penetración se asociaba con peores síntomas psicológicos y físicos y con más días de incapacidad médica.

El abuso de SPA es otra secuela importante que se presenta en las víctimas de violencia sexual. Los estudios han mostrado que la prevalencia de problemas relacionados con el consumo de sustancias depende

de las características del abuso y del ambiente familiar (5,19-20).

La prevalencia de episodio depresivo mayor en víctimas de abuso sexual está asociada con el contacto genital-oral en la etapa escolar primaria, como forma de abuso, el maltrato por negligencia y que el abusador no sea de la familia (20). Las conductas suicidas también se han visto relacionadas con el abuso sexual con penetración durante la etapa escolar primaria y secundaria, y con antecedentes familiares de abuso de SPA (19-20).

Igualmente, se han relacionado los trastornos de la conducta alimentaria, como la bulimia nerviosa al pronóstico y como secuela de abuso sexual. Algunos autores han descrito esta relación principalmente cuando en los episodios de abuso han involucrado la penetración anal (21).

El presente trabajo pretende describir las características socio-demográficas; los factores de riesgo individuales, familiares y sociales, y el impacto en la salud mental de las personas que consultaron al servicio de psiquiatría de la Sala de Atención a Víctimas de Violencia Intrafamiliar y Violencia Sexual, del Centro de Salud de la Joya, en el marco del convenio Instituto de Salud de Bucaramanga-Universidad Industrial de Santander (Isabu-UIS), en el 2006.

Materiales y métodos

Se realizó un estudio de tipo observacional descriptivo de pacientes que consultaron la Sala de Atención

a Víctimas de Violencia Intrafamiliar y Sexual del Isabu-UIS en el 2006

Participantes

La muestra estuvo constituida por 55 pacientes abusados sexualmente, que fueron remitidos por las instituciones de salud, justicia y protección a la Sala Atención a Víctimas de Violencia Intrafamiliar y Violencia Sexual de la ciudad de Bucaramanga durante el último semestre de 2005 y el año 2006 y a quienes se les realizó una historia clínica y entrevista psiquiátrica completa.

Procedimiento

Una vez remitido el paciente a la Sala de Atención a Víctimas, se le realizó una entrevista estructurada para abuso sexual, teniendo en cuenta la información suministrada por la víctima y uno o varios de sus familiares. Las entrevistas fueron elaboradas por estudiantes de último año Medicina, bajo la supervisión directa de una médica psiquiatra experta en el área atención primaria en salud mental. Los datos extractados de las historia clínicas fueron tabulados en una base de datos diseñada previamente en el programa EpiInfo. Los procedimientos estadísticos de realizaron mediante el programa SPSS versión 11.

Resultados

Características de la muestra

En el periodo de observación se evaluó a 55 pacientes, 45 de los cua-

les fueron mujeres (81%). El rango de edad estuvo entre los uno y los 38 años, y el promedio fue de 10,7 años (d. e.=6,7 años). El 87,3% de los pacientes fueron menores de 18 años. Al categorizar la edad, se encontró que el 60% de los abusados sexualmente fueron niños menores de 10 años (Tabla 1).

Del total de los casos estudiados, el 90,9% (n=50) provenían de áreas urbanas, el 76,4% (n=42) eran estudiantes, 9,1% trabajaban (n=5), 3,6% (n=2) desempleadas y 3,6% (n=2) eran amas de casa.

Características del evento y el agresor

En cuanto a la característica del evento de violencia sexual, se encontró que en el 43,6% (n=24) se habían presentado eventos múltiples, y en el 78,2% de los casos (n=43) el abuso era perpetrado por un único agresor. El 32,7% (n=18) de las víctimas manifestó que el agresor era un desconocido. Cuando el agresor fue un sujeto conocido por la víctima, se encontró que en el 10,9% (n=6) era el padre; en el 20% (n=11), otro familiar, y en el 34,5% (n=19), un agresor conocido no familiar.

Tabla 1. Distribución por grupo etáreo

Grupo etáreo	Frecuencia	%
1-5 años	9	16,4
6-10 años	24	43,6
11-15 años	11	20,0
16-20 años	7	12,7
> 21 años	4	7,3
Total	55	100,0

Al analizar el sitio de ocurrencia, se encontró que en el 45,8% (n=22) de los casos los hechos ocurrieron en el hogar de la víctima; en general, en un 66,7% (n=32) ocurrieron en casa de familiares y conocidos. En un 10,4% de los casos los hechos de violencia se presentaron en establecimientos educativos. En cuanto al tiempo transcurrido entre la presentación del evento y la asistencia a la Sala de Atención Integral en Salud (SAIS), se evidenció que en el 30,9% (n=17) de los casos se asistió en el primer mes y el 69,1% lo hizo durante el primer año de ocurrencia.

Factores de riesgo asociados con la presentación del evento

La evaluación de los factores de riesgo individuales, familiares y sociales asociados con la presentación de los eventos de violencia en la población estudiada arrojó los siguientes datos: el 70,2% (n=33) de los casos donde se encontraba esta información había tenido antecedentes de maltrato familiar; el 41,8% (n=23) tenía algún familiar con diagnóstico de enfermedad psiquiátrica; el 45,5% (n=25) manifestaba convivir con su familia extensa; el 40% (n=20) del total de aquellos quienes reportaron el rol de autoridad manifestó que en sus hogares la autoridad la compartían el padre y la madre, y en el 36% (n=18) esta autoridad era ejercida sólo por la madre. El 60% (n=33) de todos los pacientes evaluados

consideraban que el barrio donde vivían era violento.

Los demás antecedentes, como el haber tenido una enfermedad mental previa al evento, ser producto de un embarazo no planeado ni aceptado, ser hijo de madre adolescente, proceder de una familia conflictiva y con vínculos afectivos distantes y tener un único proveedor económico en la familia mostraron prevalencias de presentación por debajo del 25%.

Impacto en la salud mental de las personas víctima

En el 87,3% (n=48) de las 55 personas evaluadas se encontró algún tipo de alteración en el examen mental. Al realizar el diagnóstico multiaxial, de acuerdo con los criterios del *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (DSM-IV), se encontró que el 72,7% de las personas abusadas mostró algún tipo de diagnóstico psiquiátrico en el Eje I, y de ellos el 12,5% (n=5) presentó más de un diagnóstico en este eje. Los trastornos que con mayor frecuencia se presentaron debidos a estos hechos violentos en la población fueron los trastornos ansiosos, seguidos de los trastornos depresivos y los trastornos de la conducta (Tabla 2).

Tabla 2. Tipo de diagnóstico en el eje I

Diagnóstico	Frecuencia	%
T. de ansiedad	11	27,5
T. de la conducta	11	27,5
T. depresivo	10	25,0
T. adaptativo	8	20,0
Total	40	100,0

Discusión

El presente estudio descriptivo, primero realizado en nuestro país con población víctima de la violencia sexual que consulta directamente a los servicios integrales de salud, permite aproximarse a las características generales de la población víctima de este tipo de violencia. En primer lugar, los resultados concuerdan con lo descrito en el sistema judicial de nuestro país, los cuales evidencian que las principales víctimas son las mujeres, los niños y las niñas. Nuestra población de estudio estuvo conformada principalmente por mujeres menores de 18 años de edad.

En la mayoría de los casos, los agresores eran personas conocidas por las víctimas y en un 66,7% de los casos el evento ocurrió en el interior de su hogar o en casas de familiares y conocidos, presentación que concuerda con los datos reportados por el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. En el 67,3% de los casos, probablemente por esta cercanía, un alto porcentaje de las víctimas manifestó que los hechos de violencia habían ocurrido de manera repetida.

Llama la atención que pese a lo que culturalmente representa para las personas el hecho de hablar del abuso sexual, en nuestra ciudad las víctimas acudieron a los servicios de salud en un periodo menor de un mes en un alto porcentaje (30,9%) y en el primer año después del evento,

en un 69,1%. Este fenómeno puede atribuirse a las jornadas de información, comunicación y educación que la Red de Fomento de Buen Trato, de Bucaramanga, una de las más activas del país, ha venido desarrollando en la última década.

Uno de los objetivos primordiales del trabajo fue describir los factores de riesgo individuales, familiares y sociales asociados con la presentación del abuso sexual en las personas que consultaron a las SAIS, con el objetivo de implementar estrategias preventivas en las poblaciones vulnerables; en este sentido, el estudio arrojó datos similares a los literatura nacional e internacional, se identificó que un alto porcentaje tenía historia de maltrato familiar (41,8%), además de que el 45,5% de las víctimas tenía antecedentes familiares de enfermedad psiquiátrica, que las víctimas convivían con sus familias extensas y como dato relevante que el 60% de ellos consideraba que el barrio en el que vivían presentaba altos índices de violencia, lo que apoya la idea de que las violencias se entremezclan y favorecen la aparición de otro tipo de violencias.

Uno de los aportes más importantes del presente estudio es lo relacionado con el impacto a corto plazo en la salud mental de las víctimas. En el ámbito nacional se encuentran descripciones desde el sector justicia y protección de las personas que han sobrevivido a estos eventos de violencia; por tal razón las descripciones no incluyen los diagnósticos

psiquiátricos multiaxiales, como se estableció en el presente estudio.

En este sentido, se encontró que en el 87,3% de los pacientes evaluados presentaba algún tipo de alteración en el examen mental y que el 72,7% de toda la población evaluada cumplió criterios DSM-IV para algún tipo de diagnóstico psiquiátrico en el Eje I. Como es de esperar para este tipo de evento traumático, el 27,5% de los pacientes a quienes se les realizó algún tipo de diagnóstico presentó trastornos de ansiedad, y esto corrobora lo encontrado en la literatura universal, donde se señala que el TEPT es una de las principales secuelas psicológicas del abuso sexual.

En la población estudiada se encontró, además, que el trastorno de comportamiento constituyó el 27,5% de todos los diagnósticos, y esto puede explicarse debido al alto porcentaje de niños, niñas y adolescentes de la muestra estudiada. Este hallazgo concuerda con los resultados de diversos estudios en los que se señala que los síntomas comportamentales en menores de edad suelen corresponder a manifestaciones de síntomas depresivos o ansiosos y no a trastornos primarios del comportamiento.

Los trastornos depresivos se presentaron sólo en una cuarta parte de la población estudiada; sin embargo, se debe puntualizar que en un tercio de la población el diagnóstico se realizó durante el primer mes posterior al evento. Estudios longitudinales recientes señalan

el abuso sexual como un factor de riesgo importante para el desarrollo de trastornos depresivos y su efecto puede observarse en la incidencia de estas condiciones, meses o incluso años después de ocurrido el evento. Tal fenómeno puede explicarse por las alteraciones neurobiológicas persistentes en el eje hipotálamo-hipófisis-suprarrenal, que ubican a este tipo de sujetos en un estado de vulnerabilidad por una disfunción en su capacidad de respuesta a estresores futuros.

De la misma manera, por ser una evaluación a corto plazo, la presencia de más de un diagnóstico en el Eje I sólo se presentó en un porcentaje bajo de la población (12,5%), ya que los estudios de cohorte muestran que la aparición de otros trastornos como comorbilidad psiquiátrica aparecen a mediano y largo plazo.

Conclusión

A pesar de las limitaciones, en cuanto al tipo de estudio y el número pequeño de la muestra, los hallazgos encontrados en la población clínica permiten concluir que factores como antecedentes de violencia familiar, enfermedad mental en la familia de las víctimas y estar inmersos en comunidades violentas están asociados a la presentación de la violencia sexual en nuestra población; por lo tanto, las estrategias preventivas locales deben fortalecerse en esta dirección, sin abandonar las demás acciones propuestas por

los modelos locales de prevención de la violencia en general.

De la misma manera, los hallazgos sobre el impacto emocional de la violencia sexual, nos permiten señalar que los trastornos ansiosos, depresivos y comportamentales son los más frecuentes en nuestra población. En consecuencia, se deben instaurar acciones de capacitación específica para servidores y servidoras de salud, de tal manera que puedan brindar una atención integral en salud tanto física como mental y psicosocial.

Referencias

1. República de Colombia. Ministerio de Salud. Dirección General de salud Pública. Resolución 412. Normas técnicas y guías de atención integral. Bogotá: Ministerio de Salud; 2000.
2. República de Colombia. Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. Violencia intrafamiliar. En *Forensis 2005, datos para la vida* [en línea] 2006 [acceso: 30 de septiembre de 2007]. p. 107-149. Disponible en: <http://www.medicinalegal.gov.co/forensis/forensis.htm>.
3. Valenzuela S. Violencia intrafamiliar como factor de riesgo en la mujer embarazada y su producto. Tesis de Grado. Colima: Universidad de Colima, Facultad de Medicina. 2004. p. 1-65.
4. Cantu M, Coppola M, Lindner A. Evaluation and management of the sexually assaulted woman. *Emerg Med Clin North Am.* 2003;21(3):737-50.
5. González JC, Tarazona Y, Jiménez Soler J. Violencia intrafamiliar y violencia sexual en Santander 2005. *Revista del Observatorio de Salud Pública de Santander* [en línea]. 2004;2(1):3-16 [acceso: 30 de septiembre de 2007]. Disponible en http://www.javeriana.edu.co/fcea/convocatorias/memorias_1congreso_sp/violencia_salud_p%FAblica_modalidades_riesgos_intervenciones/87w.pdf.
6. Cala Y, Dallos MI. Modelo de atención integral para niños y mujeres víctimas de abuso sexual. Secretaría de Salud de Bucaramanga-ISABU. Bucaramanga: Odisea; 2004.
7. Haskett ME, Nears K, Ward CS, McPherson AV. Diversity in adjustment of maltreated children: factors associated with resilient functioning. *Clin Psychol Rev* 2006;26(6):796-812.
8. Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de la Salud. Informe Mundial sobre la violencia y la salud. Washington: OMS, OPS; 2002. p. 160-97.
9. Dallos M.I. Violencia intrafamiliar. Definiciones, factores predisponentes, dinámica y tratamiento. Guías de Manejo ASCOFAME. Secretaría Distrital de salud de Bogotá D.C. Asociación Colombiana de Facultades de Medicina. Bogotá: ARFO; 2002.
10. Maida A, Molina M, Basualto C, Bahamondes C, Leonvendagar X, Abarca C. A history of abuse in mothers is a predictor of sexual abuse in children? *Rev Chil Pediatr.* 2005;76(1):41-7.
11. Rizwan S, Dail P, Heinrichs T. Familial influences upon the occurrence of childhood sexual abuse. *J Child Sexual Abus.* 1995;4(4):45-61.
12. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales de España, Fundación Radio ECCA. Prevención de la violencia y el abuso sexual infantil. Documento informativo para la prevención del maltrato y abuso sexual a menores. Madrid. 2006. p: 1-34.
13. Nacional Sexual Violence Resource Center Pensilvania. Perspectivas globales de la violencia sexual: conclusiones del informe mundial sobre la violencia y la salud. 2005. p. 4-16.
14. Duddle M. Emotional sequelae of sexual assault. *J R Soc Med.* 1991;84(1):26-8.
15. Marty C, Carvajal C. Childhood maltreatment as a risk factor for posttraumatic stress disorder in adulthood. *Rev Chil Neuropsiquiatr.* 2005;43(3):180-87.

16. Redondo C, Ortiz M. El abuso sexual infantil. Boletín de la sociedad de pediatría de Asturias, Cantabria, Castilla y León. Bol Pediatr. 2005;45:3-16.
17. van der Kolk BA. The neurobiology of childhood trauma and abuse. Child Adolesc Psychiatr Clin N Am. 2003;12(2):293-317.
18. Katerndahl D, Burge S, Kellogg N. Predictors of development of adult psychopathology in female victims of childhood sexual abuse. J Nerv Ment Dis. 2005;193(4):258-64.
19. Leserman J. Sexual abuse history: Prevalence, health effects, mediators, and psychological treatment. Psychosom Med. 2005;67(6):906-15.
20. Lagges A, Dunn D. Depression in children and adolescents. Neurol Clin. 2003;21:953-60.
21. Brewerton T. Bulimia in children and adolescents. Child Adolesc Psychiatr Clin N Am. 2002;11(2):237-56.

Recibido para evaluación: 1° de octubre de 2007
Aceptado para publicación: 16 de enero de 2008

Correspondencia
Marta Isabel Dallos Arenales
Universidad Industrial de Santander
Calle 45 No. 7-04, Bucaramanga, Colombia
midallos@gmail.com