

UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA INDOAMÉRICA

FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS Y DE LA SALUD

CARRERA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS

TEMA:

**“TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA Y RIESGO
SUICIDA EN ADOLESCENTES DE OCTAVO DE BÁSICA A TERCERO
DE BACHILLERATO DE LA UNIDAD EDUCATIVA TEILHARD DE
CHARDIN, DE LA CIUDAD DE QUITO, EN EL AÑO 2018-2019”**

Trabajo de investigación previo a la obtención del Título de Psicólogo General de la Universidad Tecnológica Indoamérica. Modalidad Proyecto de Investigación.

Autora:

Yépez Nájera Erika Sofía

Tutora:

Dra. Calvo Rodríguez Marina Milagros

Quito- Ecuador

2020

APROBACIÓN DEL TUTOR DEL TRABAJO DE TITULACIÓN

Yo, Marina Milagros Calvo Rodríguez, con cédula de identidad 1756926265, en mi calidad de tutor del trabajo de titulación nombrado por el Comité Curricular de la Facultad de Ciencias Humanas de la Universidad Tecnológica Indoamérica:

Certifico:

Que el Trabajo de Titulación TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA Y RIESGO SUICIDA EN ADOLESCENTES DE OCTAVO DE BÁSICA A TERCERO DE BACHILLERATO DE LA UNIDAD EDUCATIVA TEILHARD DE CHARDIN, DE LA CIUDAD DE QUITO, EN EL AÑO 2018-2019, desarrollado por YÉPEZ NÁJERA ERIKA SOFÍA, estudiante de la Carrera para optar por el Título Ciencias Psicológicas, para optar por el Título de Psicóloga General ha sido revisado en todas sus partes y considero que dicho informe investigativo reúne los requisitos técnicos, científicos y reglamentarios para ser sometido a sustentación pública y evaluación por parte del tribunal Examinador.

Quito,.....de.....del 2020

Dra. Calvo Rodríguez Marina Milagros

DECLARACIÓN DE AUTORÍA

El abajo firmante, en calidad de estudiante de la carrera de psicología, declara que los contenidos, ideas, análisis, conclusiones y propuesta son de exclusiva responsabilidad de su persona como autor de este Trabajo de Titulación.

Quito,.....dedel 2020

Erika Sofía Yépez Nájera

C.I. 1725756199

**AUTORIZACIÓN POR PARTE DEL AUTOR PARA LA CONSULTA,
REPRODUCCIÓN PARCIAL O TOTAL Y PUBLICACIÓN
ELECTRÓNICA DEL TRABAJO DE TITULACIÓN**

Yo, Erika Sofía Yépez Nájera declaro ser autor del proyecto de tesis, titulado TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA Y RIESGO SUICIDA EN ADOLESCENTES DE OCTAVO DE BÁSICA A TERCERO DE BACHILLERATO DE LA UNIDAD EDUCATIVA TEILHARD DE CHARDIN, DE LA CIUDAD DE QUITO, EN EL AÑO 2018-2019, como requisito para optar al grado de “Psicólogo General”. Autorizo al sistema de biblioteca de la Universidad Tecnológica Indoamérica, para que con fines netamente académicos divulgue esta obra a través del repositorio digital institucional (RDI-UTI).

Los usuarios de RDI-UTI podrán consultar el contenido de este trabajo en las redes de información del país y del exterior, con las cuales la Universidad tenga convenio. La Universidad Tecnológica Indoamérica no se hace responsable por el plagio o copia del contenido parcial o total de este trabajo.

Del mismo modo acepto que los derechos de autor, morales y patrimoniales, sobre esta obra, serán compartidos entre mi persona y la Universidad Tecnológica Indoamérica, y que no tramitaré la publicación de esta obra en ningún otro medio, sin autorización expresa de la misma. En caso de que exista el potencial de generación de beneficios económicos o patentes producto de este trabajo, acepto que se deberán firmar convenios específicos adicionales, donde se acuerden los términos de adjudicación de dichos beneficios.

Para constancia de esta autorización, en la ciudad de Quito, a los 26 días del mes de febrero del 2020, firmo conforme:

Autor: Erika Sofía Yépez Nájera

Firma.....

Número de Cedula: 1725756199

Dirección: Av. Luis Tufiño y Galo Plaza Lasso

Correo electrónico: erikayepozn@hotmail.com

Teléfono: 0983433561

APROBACIÓN TRIBUNAL

El trabajo de Investigación, ha sido revisado, aprobado y autorizada su impresión y empastado, sobre el Tema: TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA Y RIESGO SUICIDA EN ADOLESCENTES DE OCTAVO DE BÁSICA A TERCERO DE BACHILLERATO DE LA UNIDAD EDUCATIVA TEILHARD DE CHARDIN, DE LA CIUDAD DE QUITO, EN EL AÑO 2018-2019,previo a la obtención del Título de Psicólogo General, reúne los méritos suficientes para ser sometido a disertación pública.

Para constancia firman:

.....

PRESIDENTE

.....

VOCAL

.....

VOCAL

Quito,..... 2020.

DEDICATORIA

Dedico esta tesis, este gran paso y sueño cumplido, en primer lugar, a mi madre que, con su mayor esfuerzo, su incondicional e indispensable apoyo, dedicación y mucha paciencia me ha ayudado en todo momento incondicionalmente durante todos los tropiezos y difíciles momentos durante mi carrera; para dejarme este legado que es mi educación y este título.

Dedico este logro a mi Papito Rodrigo y Mamita Bachita, que desde el cielo dónde me estén viendo, espero que estén orgullosos de mí, de haber podido cumplir su sueño de ser una profesional.

Dedico este sueño hecho realidad también a mi Esposo, que siempre ha sido un apoyo de gran magnitud para poder llegar a culminar mi carrera, por siempre creer en mí, en mi capacidad de lograrlo, y por siempre poner como prioridad mis estudios y el éxito de llegar a culminar mi carrera, gracias por estar y permanecer en mi vida.

AGRADECIMIENTO

Agradezco a mi Mamita Miriam, a mi Papito Rodrigo y Mamita Bachita, a mi Esposo Christian, a mi Papi William y a mi hermana Pamela, a ustedes mi familia que, en todo momento han estado para apoyarme, que siempre han tenido su confianza puesta en mí, que me han alentado cada día a seguir luchando por mis sueños y a ser mejor cada día, gracias por estar en mi vida, gracias por enseñarme a ser fuerte y perseverar.

Les doy las gracias a mis maestros y a la Universidad Indoamérica que gracias a su conocimiento supieron dejar buenas herramientas y conocimientos para poder enfrentar el ámbito laboral.

A mi tutora por toda su ayuda, su dedicación, paciencia y colaboración total para culminar esta tesis, por todo su apoyo, sus consejos y cariño durante los momentos más difíciles que he atravesado. Muchas gracias por toda su ayuda y guía incondicional.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

PÁGINAS PRELIMINARES

APROBACION DEL TUTOR DEL TRABAJO DE TITULACIÓN	ii
DECLARACIÓN DE AUTORÍA.....	iii
APROBACIÓN TRIBUNAL	v
DEDICATORIA	vi
AGRADECIMIENTO	vii
ÍNDICE DE CONTENIDOS	viii
ÍNDICE DE TABLAS	xiii
ÍNDICE DE GRÁFICOS	xiv
RESUMEN EJECUTIVO	xv
ABSTRACT.....	xvi
INTRODUCCIÓN	1

CAPÍTULO I

Contextualización.....	7
Macro Contextualización	7
Meso Contextualización.....	8
Micro Contextualización.....	10
Antecedentes	11
Contribución teórica.....	14

CAPÍTULO II

Trastornos de la conducta alimentaria.....	15
Aspectos fisiopatológicos	16
Tipos de Trastornos de Conducta Alimentaria.....	18
Anorexia Nerviosa	18
Criterios para el diagnóstico de Anorexia Nerviosa del DSM-V.....	19
Bulimia Nerviosa	22
Criterios para el diagnóstico de bulimia nerviosa según el DSM-V	23
Consecuencias de los Trastornos de la Conducta Alimentaria	24
Prevalencia de los Trastornos de la Conducta Alimentaria	25
Tratamiento para los Trastornos de la Conducta Alimentaria	27
RIESGO SUICIDA	28
Etiología	29
Prevalencia del riesgo suicida	31
Prevención del suicidio	31
Riesgo suicida y su relación con los trastornos de la conducta alimentaria.....	32
JUSTIFICACIÓN	35
OBJETIVOS	37
Objetivo General	37
Objetivos Específicos.....	37

CAPÍTULO III

Diseño del trabajo	38
Área de estudio.....	39
Enfoque	39

Población y muestra	39
Instrumentos de investigación.....	40
Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria: Test EDI-2	41
Escala de Riesgo Suicida de Plutchik	42
Procedimientos para obtención y análisis de datos	43
Actividades.....	43

CAPÍTULO IV

Diagnóstico de la situación actual.....	45
Resultados de padecimiento de TCA y Riesgo Suicida.....	48
Comprobación de la hipótesis	51

CAPÍTULO V

Conclusiones	53
Recomendaciones.....	54
Discusión.....	55

CAPÍTULO VI

Tema de la propuesta	57
Justificación.....	57
Objetivos	58
General	58
Específicos	58
Estructura técnica de la propuesta.....	58
Argumentación teórica	59

Diseño técnico de la propuesta.....	60
Taller I.....	62
Fase I: Rapport	62
Fase II: Introducción	63
Fase III: Procedimiento	63
Fase IV: Cierre	63
Taller II.....	64
Fase I: Rapport	64
Fase II: Introducción	64
Fase III: Procedimiento	64
Fase IV: Cierre	65
Taller III	65
Fase I: Rapport	65
Fase II: Introducción	66
Fase III: Procedimiento	66
Fase IV: Cierre	66
Taller IV	67
Fase I: Rapport	67
Fase II: Introducción	68
Fase III: Procedimiento	68
Fase IV: Cierre	68
Taller V	69
Fase I: Rapport	69
Fase II: Introducción	70
Fase III: Procedimiento	70
Fase IV: Cierre	70

Taller VI.....	71
Fase I: Rapport	71
Fase II: Introducción	72
Fase III: Procedimiento	72
Fase IV: Cierre	72
BIBLIOGRAFÍA	73
ANEXOS	79

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla N° 1. Población de estudio	39
Tabla N° 2. Distribución de la población por edad	45
Tabla N° 3. Género.....	47
Tabla N° 4. Criterios calificación TCA.....	48
Tabla N° 5. Criterios calificación RS	48
Tabla N° 6. Nivel de Riesgo Suicida.....	49
Tabla N° 7. Nivel de TCA.....	50
Tabla N° 8. Correlación de Spearman.....	51
Tabla N° 9. Plan Operativo	60
Tabla N° 10. Taller I.....	62
Tabla N° 11. Taller II	63
Tabla N° 12. Taller III.....	65
Tabla N° 13. Taller IV.....	66
Tabla N° 14. Taller V	68
Tabla N° 15. Taller VI.....	70

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico N° 1. Modelo causas de los TAC	18
Gráfico N° 2. Población de estudio	40
Gráfico N° 3. Distribución de la población por edad	46
Gráfico N° 4. Género.....	47
Gráfico N° 5. Nivel de Riesgo Suicida.....	49
Gráfico N° 6. Nivel de TCA.....	50

UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA INDOAMÉRICA
FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS Y DE LA SALUD
CARRERA DE PSICOLOGÍA

RESUMEN EJECUTIVO

TEMA: TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA Y RIESGO SUICIDA EN ADOLESCENTES DE OCTAVO DE BÁSICA A TERCERO DE BACHILLERATO DE LA UNIDAD EDUCATIVA TEILHARD DE CHARDIN, DE LA CIUDAD DE QUITO, EN EL AÑO 2018-2019

AUTORA: ERIKA YÉPEZ NÁJERA

TUTORA: Dra. MARINA CALVO

La presente investigación tuvo como objetivo establecer la asociación existente entre los trastornos de la conducta alimentaria y el riesgo suicida en adolescentes de octavo año de educación básica al tercer año de bachillerato de la institución educativa Teilhard de Chardin de la ciudad de Quito, Ecuador; evidenciándose a través del uso del estadístico Rho de Spearman, que hay una relación positiva entre las mismas, la cual indica que de aumentar el nivel de los Trastornos de Conducta Alimentaria, lo mismo sucederá con el nivel de Riesgo Suicida y viceversa. Además, se identificó que los Trastornos de Conducta Alimentaria se presentan en mayor medida entre las mujeres, aunque la tendencia a desarrollarse entre los hombres es más alta que en las jovencitas. En tanto que, el riesgo suicida lo padecen principalmente los hombres, y por edad, se registran mayores casos en adolescentes de 15 años. Al existir un alto número de casos de estudiantes que padecen uno o ambos trastornos, así como alumnos en condición de riesgo, se consideró importante establecer seis talleres de intervención para prevenir los Trastornos de Conducta Alimentaria y el Riesgo Suicida entre la población objeto de estudio.

PALABRAS CLAVES: Trastornos de la conducta alimentaria, adolescentes, riesgo suicida

**UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA INDOAMÉRICA
HUMAN SCIENCES AND HEALTH FACULTY**

CAREER PSYCHOLOGICAL SCIENCES

ABSTRACT

SUBJECT: FOOD CONDUCT DISORDERS AND SUICIDE RISK IN BASIC EIGHTH TEENAGERS TO THIRD YEAR HIGH SCHOOL STUDENTS IN “TEILHARD DE CHARDIN” SCHOOL, QUITO, IN THE YEAR 2018-2019.

AUTORA: ERIKA YÉPEZ NÁJERA

TUTORA: Dra. MARINA CALVO

The objective of this research was to establish the association between eating disorders and suicidal risk in adolescents in basic eighth teenagersto third year high school students in the “Teilhard de Chardin” school in the city of Quito, Ecuador; evidencing through the use of “Rho of Spearman” statistic, that there is a positive relationship between them, which indicates that if the level of food conduct disorders increase, the same will happen with the level of suicide risk and vice versa. In addition, it was identified that food conduct disorders occur to a greater extent among women, although the tendency to develop among men is higher than in young girls. Meanwhile, the suicide risk is mainly suffered by men, and by age, there are greater cases in 15year adolescents. Since there are a high number of cases of students suffering from one or both disorders, as well as students at risk, it was considered important to establish six intervention workshops to prevent food conduct disorders and suicide risk among the population under study.

KEY WORDS: food conduct disorders, adolescents, suicide risk

INTRODUCCIÓN

A lo largo de la historia de la humanidad, por diferentes factores, la alimentación se ha considerado no solo una forma de supervivencia o una necesidad, sino que, el hecho de comer ha tenido una connotación social, resultando un encuentro entre individuos para compartir momentos íntimos, conocimientos y experiencias, dando lugar a las relaciones interpersonales y la empatía. Estas han sido algunas de las razones por las que la alimentación ha adoptado diversos aspectos asociados a la cultura y status, afectando principalmente al género femenino.

La adolescencia es considerada un periodo de transición, que hace posible el paso de la infancia a la edad adulta, comenzando con la pubertad entre los 10 a 11 años y finalizando entre los 19 a 20 años. En este proceso de transición ocurren cambios rápidos e importantes en diferentes áreas de la persona como son los cambios biológicos, psicológicos y sociales, que implican consolidar la identidad, autonomía, y alcanzar la independencia y la madurez propias.

En esta etapa de desarrollo los Trastornos de la Conducta Alimentaria constituyen uno de los principales motivos de consulta psiquiátrica en adolescentes, cuya prevalencia va en aumento, predominando en el sexo femenino, de clase socioeconómica media alta y con una edad promedio de aparición de los síntomas en su mayoría a los 15 años. Además, estos trastornos han prevalecido en países en desarrollo, cuyo inicio se da mayormente en la infancia y la adolescencia.

Los Trastornos de Conducta Alimentaria se presentan mayormente en edades entre 12 a 18 años de edad, periodo de la adolescencia, etapa que representa un gran cambio en la vida. En este periodo, existe una alta probabilidad de padecer anorexia o bulimia, ya que la mayor parte de esta población puede ocultar la purgación y no es obvio a simple vista el que tengan un peso por debajo de lo normal(Suárez, 2011).

Las preocupaciones por el aspecto físico se acentúan durante la adolescencia. Las fórmulas creadas para adelgazar, las dietas peligrosamente restrictivas y de fácil acceso, las pastillas de venta libre y sobretodo la alta cantidad de publicidad, ha generado la inquietante formalización de estándar de que sólo un cuerpo delgado es atractivo y adecuado.

La sociedad ha estandarizado cuantos kilos se debe pesar, cuantas calorías y gramos se deben comer, cómo hay que verse y el peso ideal que se debe tener para "encajar" en la sociedad. Es por todo lo antes mencionado, que la estética se ha convertido en un negocio bastante lucrativo, por la amplia cantidad de fórmulas para adelgazar, pastillas, té, hierbas, entre muchos otros artificios para inhibir el apetito y para perder grasa, así como el incremento de clínicas estéticas, ofertas y publicidad para someterse a cirugías para perder peso, para "quitarse los rollitos demás", para retirar el exceso de piel y grasa. Lamentablemente en la mayoría de casos son publicidad que no se ajusta a la realidad de las personas, puesto que se maneja únicamente la parte física con muchas limitaciones, pues se ofrece al cliente un peso y medidas que no toma en consideración la presencia de trastornos genéticos, enfermedades tiroideas, síndrome de ovario poliquísticos, resistencia a la insulina, hormonas femeninas, entre otras.

La falta de ética de algunos profesionales conlleva a que no se realice un trabajo en conjunto con la parte emocional y psicológica de la persona por lo que, al no obtenerse los resultados imaginados, o deseados por la persona, y que estos no perduren en el tiempo, muchas de las pacientes deben someterse a continuos retoques de sus cirugías, y otras podrán caer en un cuadro de depresión, o de ansiedad y frustración al no ver en el espejo el resultado que tanto anhelaban, y que dichos profesionales habían prometido y por el cual gastaron altas sumas de dinero.

Los Trastornos de Conducta Alimentaria son enfermedades que se caracterizan por hábitos incontrolados e impulsivos de ingesta de alimentos más allá de los límites razonables, presentando un peligro físico y emocional relevante(Méndez,

Vázquez, &García, 2008). Algunos estudios reportan que el 80% de los estudiantes han comido excesivamente en algún momento. El pronóstico para las personas con bulimia es mejor que para quienes sufren de anorexia, ya que los pacientes en general desean el tratamiento(Soto, 2014).

Los adolescentes y personas en edad universitaria son más propensos a padecer trastornos alimenticios debido al estilo de vida, presión social y situaciones psicológicas en las cuales se encuentran inmersos(Suárez, 2011). De igual manera destacan que existen diferentes motivos para presentar este tipo de trastornos; entre los principales se pueden mencionar:

- Baja autoestima
- Depresión o ansiedad
- Problemas familiares/sociales.
- Medios de comunicación- Estereotipos Sociales.

Los trastornos de conducta alimentaria, en particular la anorexia y la bulimia, se han relacionado con el incremento del riesgo suicida. La conducta suicida es considerada por diferentes autores, como un problema multidimensional y de gran complejidad, como resultado de la interacción de distintos factores como pueden ser, biológicos, genéticos, psicológicos, económicos, sociodemográficos, y culturales. La prevalencia de la ideación suicida varía según el país entre el 2.1% y el 14.1%, mientras que la prevalencia de por vida de intentos de suicidio fluctúa entre el 1.4% y el 9.8%; en cuanto a la tasa de suicidio anual de los países de la Organización Mundial de la Salud, esta varía del 0.4 al 33.3 % por cada mil habitantes(Organisation for Economic Cooperation and Development (OCDE), 2014).

Por otro lado, el análisis de las conductas suicidas, es cada vez es un tema de mayor atención por el impacto psicológico y social que implica, y porque se ha transformado en uno de los problemas más importantes de Salud Pública en el mundo. Según diferentes autores y estudios, su incidencia ha aumentado considerablemente en los últimos años, específicamente en el rango de edad entre

15 a 44 años de edad, siendo la tercera causa de muerte en el mundo, y la segunda causa de muerte para el grupo de entre 15 a 19 años de edad, siendo en Europa la principal causa de muerte prematura en adultos jóvenes(OMS, 2018).

El suicidio, definido como el acto con resultado fatal, anticipado y llevado a cabo por una persona con conocimiento y propósito de obtener un cambio deseado (Baquero, Pinzón, Prada, & Prieto, 2017); tiene una estrecha relación con evitar la humillación y las situaciones vergonzosas, según los relatos de jóvenes que han intentado suicidarse (Cortés, 2011). De acuerdo con Córdova, Rosales, y García (2012) la conducta suicida es un proceso que inicia con la idea de suicidarse, pasa por el intento de suicidio, y, en algunos casos, concluye con la muerte autoinfligida, es decir, el suicidio consumado.

Para Baquero, Pinzón, Prada, y Prieto(2017), las ideas suicidas pueden abarcar desde pensamientos de falta de aprecio por la vida hasta la planificación de un acto letal. Estas ideas pueden pasar por deseos más o menos intensos de muerte en los que intervienen procesos cognitivos y afectivos que varían desde sentimientos sobre la falta del sentido de vivir y la elaboración de planes para quitarse la vida, hasta preocupaciones sistemáticas y delirantes (Casullo, Bonaldi & Fernández, 2000; Portilla, 2006; Ballesteros, 2010). Esta ideación se presenta “cuando un sujeto persistentemente piensa, planea, o desea cometer suicidio, durante por lo menos dos semanas, haciendo algún plan e identificando los medios necesarios para conseguirlo” (Mingote, Jiménez, Osorio & Palomo, citado en Villalobos, 2009, p.24).

Según la OMS (citado en Baquero, et al., 2017)los adolescentes también se enfrentan a los trastornos del comportamiento, la ansiedad, la depresión, el consumo de sustancias psicoactivas, las actitudes violentas, el alcoholismo y los trastornos ligados a la alimentación. Y, cabe resaltar que estos últimos, los trastornos alimenticios, son de gran interés debido a que constituyen un fenómeno social en aumento gracias a la combinación de factores de riesgo psicosociales, biológicos, culturales, genéticos, ambientales y familiares.

Según datos de la OMS(2003) un millón de personas muere cada año como consecuencia de conductas autolíticas, una muerte cada 40 segundos y se estima que para el año 2020 aproximadamente 1.53 millones de personas morirán por suicidio y se producirán entre 10 y 20 veces más intentos suicidas; esto significa una muerte cada 20 segundos, y un intento suicida cada 1 a 2 segundos. Estableciendo que los intentos suicidas, y específicamente, la repetición de esta conducta puede llegar a ser 40 veces más frecuente que el suicidio consumado. Esto da a entender, que aunque un intento suicida no termine en muerte, se asocia a que haya un incremento en la repetición del intento y de la consumación del suicidio.

Este proyecto fue desarrollado mediante capítulos, mismos que a continuación se detallan cada uno de sus contenidos.

En el Capítulo I se desarrolló la parte introductoria de este estudio, detallando objetivamente tanto el problema, la contextualización maso, meso y micro; así también contiene los antecedentes de este proyecto y, un breve detalle de la contribución social que ofrece este estudio.

El Capítulo II está compuesto por una base teórica que recopila varios autores avalados, éstos permiten sustentar adecuadamente el desarrollo de este proyecto. Por otro lado, también se detalla la justificación de este desarrollo, y, finalmente constan el objetivo general de esta tesis, así como los respectivos objetivos específicos.

En el Capítulo III, se puede observar que se identifica claramente el área de trabajo de este estudio, el enfoque metodológico que tiene esta tesis, la población a la cual se le realizó esta investigación y un detalle de como fueron tratados los resultados obtenidos mediante la utilización de los instrumentos metodológicos utilizados en este proyecto.

En el Capítulo IV se pudo realizar un adecuado y objetivo análisis de los resultados obtenidos en la investigación previa.

En el Capítulo V se plantean las respectivas conclusiones y recomendaciones obtenidas luego del desarrollo de este proyecto, mismas que permitirán direccionar de mejor manera este estudio para que pueda ser de ayuda y colaboración para las entidades y/o profesionales que así lo requieran.

Finalmente en el Capítulo VI, luego de conocer la realidad de la población investigada, se desarrolló una propuesta compuesta de talleres en sus diferentes fases que van a permitir colaborar en la prevención de los Trastornos de Conducta Alimentaria y el Riesgo Suicida entre los estudiantes de Octavo de Básica a Tercero de Bachillerato del Colegio Teilhard de Chardin, ubicado en la ciudad de Quito.

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA

Contextualización

Los trastornos de conducta alimentaria han existido desde siempre, pero es a partir de mediados del siglo XX que empezaron a adquirir características propias, incluyendo las áreas sociales, psicológicas y biológicas. En la actualidad, se ha incrementado su presencia, en particular en población joven, diagnosticándose cada vez más en ambos sexos; sin embargo, predomina mayormente en las mujeres, con una edad promedio de aparición de los síntomas a los 15 años, ya que la preocupación por el aspecto físico se acentúa durante la adolescencia, y el estar delgado se asocia con ser exitoso, inteligente, y obviamente significa ser popular y socialmente aceptado. Esto está asociado, desde lo social; como se trata de estandarizar los kilos que se debe pesar, que comer y que no, cuantas calorías consumir y las horas de gimnasio que debemos hacer para poder ser delgado o mantenerse en el peso “ideal”. Conllevando a generar emociones como culpa, ansiedad, depresión, ideación y riesgo suicida(López, Martínez, & Aguilera, 2018).

Contextualización Macro

Un segundo estudio sobre la ideación suicida y conductas autolesivas en adolescentes con Trastornos de la Conducta Alimentaria, fue realizado por Varela-Besteiro, et al.(2017)En la Unidad de Trastornos de Conducta Alimentaria de Psiquiatría del Hospital Sant Joan de Déu en Barcelona; es conocida la presencia de ideas suicidas y comportamientos autolesivos en pacientes con Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA), sin embargo, esta asociación no está claramente

definida empíricamente. El objetivo del estudio fue determinar la prevalencia de ideación suicida y conductas autolesivas en adolescentes con Trastornos de Conducta Alimentaria. Un segundo objetivo fue estudiar la asociación entre conducta autolesiva e ideación suicida, gravedad de la sintomatología alimentaria, depresiva, ansiosa, motivación para el cambio y perfeccionismo, obteniendo como resultado que cuarenta y siete pacientes (43,1%), presentaron ideación suicida y 34 (31,2%) conductas autolesivas. Se encontró una asociación entre la conducta autolesiva y la motivación para el cambio, concluyendo que un porcentaje importante de adolescentes con Trastornos de Conducta Alimentaria presentan ideación suicida y comportamientos autolesivos, siendo el perfil psicopatológico de estos pacientes más grave. La presencia de ideación suicida en adolescentes con Trastornos de Conducta Alimentaria no tiene necesariamente implicaciones con la conducta autolesiva, este comportamiento podría explicarse como consecuencia de la necesidad de regular emociones negativas intensas(Varela-Besteiro, et al., 2017).

Contextualización Meso

El artículo de Baquero, et al. (2017) habla sobre el vínculo entre la conducta suicida y síntomas de anorexia y bulimia nerviosa en escolares de Boyacá, Colombia. Se trata de un estudio que tuvo como objetivo establecer la asociación existente entre síntomas de trastornos alimentarios y la ideación e intento suicida en adolescentes de grado octavo a undécimo de instituciones educativas de tres ciudades de Boyacá.

La muestra estuvo conformada por 1292 participantes seleccionados mediante muestreo probabilístico estratificado, con el fin de indagar los factores protectores y de riesgo para la ideación suicida, la presencia de acto suicida y el tamizaje de trastornos de la conducta alimentaria. Se aplicó el Inventario de Ideación Suicida Positiva y Negativa (PANSI) de Osman et al (1998), una encuesta sociodemográfica elaborada por las autoras y el Sick Control on Fat Food (SCOFF)de Morgan et al (1999).

Los resultados muestran que, del total de participantes, el 17.8 % (230) piensan en el suicidio como alternativa y el 42 % de quienes registran sintomatología relacionada con trastornos alimentarios presentan ideación suicida. En conclusión, se identificó una correlación baja, pero significativa, entre los trastornos alimentarios y la ausencia de ideación suicida ($r_s = .19$ y $p = .00$), lo que sugiere que, a mayor presencia de señales de alarma de trastornos alimentarios, más factores de riesgo de ideación suicida (Baquero, Pinzón, Prada, & Prieto, 2017).

Un segundo estudio, necesario destacar es el relacionado con el Riesgo Suicida y Trastornos de la Conducta Alimentaria en Adolescentes Mujeres que fue realizado en Buenos Aires, por Vega, Barrionuevo, Sánchez, Roitman, y Gallo (2011), en el que se examinó el vínculo entre dos preocupaciones actuales en la clínica con adolescentes. Se trata de los intentos de suicidio y los Trastornos de Conducta Alimentaria. Para ello, durante 2008 se concurrió a escuelas públicas de un Distrito bonaerense y se aplicaron dos cuestionarios Beck Depression Inventory (BDI) y Eating Attitude Test-26, en una muestra de 700 adolescentes mujeres de 12 a 21 años de edad (media 16.04). Los resultados arrojan una asociación entre ambas variables. En esta investigación se analizó dicha asociación: TCA-Suicidio en cada fase de la adolescencia (temprana, media y tardía), confirmándose correlaciones y hallando diferencias significativas en relación a las edades y las escalas del EAT-26. Se observan otros ítems del Beck Depression Inventory (BDI) predictivos del riesgo suicida. Los autores concluyeron que los resultados hallados confirman la clínica y la literatura que vincula a los TCA con el intento de suicidio. Se sugiere ahondar en el estudio de la comorbilidad de ambas variables para poder construir políticas de prevención acordes a nuestro país.

Otra investigación sobre la epidemiología de los trastornos de la conducta alimentaria en una muestra representativa de adolescentes y fue realizada en la Ciudad de México con el objetivo de estimar la prevalencia de Anorexia Nerviosa, Bulimia Nerviosa y el Trastorno por Atracónes en la población general de adolescentes del Distrito Federal. Así como proporcionar una descripción de las

características socio–demográficas y clínicas de los jóvenes que cumplen criterios diagnósticos según el DSM–IV para estos trastornos, la proporción de discapacidad, comorbilidad psiquiátrica y conducta suicida para cada trastorno y estimar la utilización de servicios(Benjet, Méndez, Borges, & Medina–Mora, 2012).

Los datos provienen de la Encuesta Mexicana de Salud Mental Adolescente, aplicada a adolescentes entre los 12 y 17 años, residentes del Distrito Federal y área conurbada. Se entrevistó a 3005 adolescentes en sus hogares utilizando como instrumento diagnóstico la Entrevista Internacional Diagnóstica Compuesta, aplicada cara a cara, por medio de una computadora portátil, por encuestadores capacitados. La tasa de respuesta fue de 71%, y la prevalencia de anorexia, bulimia y el trastorno por atracones se estima en 0.5%, 1.0% y 1.4%, respectivamente. Entre 83 y 100% reportan discapacidad y todos aquellos con anorexia y casi la mitad de aquellos con bulimia y atracones reportan discapacidad grave. Sin embargo, ni una cuarta parte con uno de estos trastornos ha recibido tratamiento a pesar de la discapacidad que generan. Hay mayor prevalencia de trastornos comórbidos, conducta suicida y adversidades psicosociales en jóvenes con trastornos alimentarios que en aquellos sin ellos. Se concluyó que los hallazgos muestran una brecha entre las necesidades de atención y el tratamiento para estos trastornos en nuestra población adolescente. Señalan la importancia de programas para la prevención de conductas alimentarias riesgosas, la detección temprana con un enfoque en grupos vulnerables (por ejemplo, quienes han sufrido alguna adversidad como abuso sexual), y la reducción de barreras para la búsqueda y utilización de servicios(Benjet, Méndez, Borges, & Medina–Mora, 2012).

Contextualización Micro

El tema de la presente investigación ha sido objeto de estudio por investigadores a nivel internacional; sin embargo, es necesario destacar que no se cuenta con una amplia base de datos de estudios que se acerquen a esta relación en

nuestro medio, ya que en Ecuador no existen estudios que correlacionen las dos variables. En nuestro país se han realizado mayormente estudios que abordan independientemente estas dos variables, a pesar de que se ha descrito en la literatura que con frecuencia se presentan relacionadas.

La OMS en conjunto con la OPS(2014)expone una investigación en la que determina que, Ecuador presenta una tasa del 6.1% de suicidio por cada 100.000 habitantes, ubicándose el país en el cuarto lugar a nivel de Latinoamérica. El considerar a los trastornos mentales y al suicidio como un estigma, es una razón de que muchas personas con ideación suicida, o que han realizado un intento suicida no busquen ayuda, y por ende no reciban el tratamiento que necesitan; es por esto que, a nivel mundial, es realmente insuficiente la disponibilidad y la calidad de datos sobre suicidio, y los intentos suicidas. En Ecuador es sumamente difícil encontrar datos acerca del riesgo suicida, así como de trastornos de conducta alimentaria, y aún más encontrar estudios que correlacionen estas dos variables.

Se ha realizado una revisión extensa en diferentes fuentes bibliográficas y bases de datos relacionadas con estudios en la ciudad de Quito; sin embargo, no se pudo encontrar información. En el Colegio Teilhard de Chardin, donde se ha realizado la presente investigación no existe ninguna investigación sobre el tema de Riesgo Suicida, ni de Trastornos de Conducta Alimentaria, según la búsqueda de información realizada, y la referencia dada por las autoridades y el departamento de Psicología de la Unidad Educativa.

Antecedentes

De acuerdo con el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva de México (2004), los trastornos alimenticios se dan cuando el individuo no recibe la ingesta calórica requerida por su cuerpo según su edad, estatura, ritmo de vida, entre otros factores, que le permiten funcionar correctamente. Estando entre los principales trastornos alimenticios la anorexia, la

bulimia y la compulsión para comer, la cual registra menos casos que las dos anteriores.

Los Trastornos de Conducta Alimentaria han existido desde hace muchos años atrás, según se indica en un artículo publicado en Infobae (2019), ya que la obsesión por la belleza ha existido desde siempre, y esto, sumado una sociedad que refuerza constantemente un equivocado concepto del cuerpo "ideal", no es de extrañarse que existan desde hace siglos, y que hoy en día sigan aumentando el porcentaje de estos trastornos.

En el caso de la Anorexia, que proviene del griego *a-/an.* (Negación)+ *órexis* (apetito, hambre; deseo), se emplea para describir la inapetencia o falta de apetito, la cual, según los registros más antiguos, tenía como principal causa la religión, debido a que tanto en la antigüedad como en la actualidad, muchas personas muestran su devoción por medio de la restricción de determinados alimentos, o de ayunos prolongados; como por ejemplo en el siglo IV, donde hombres se retiraban al desierto para practicar el ayuno, considerando la restricción alimentaria como una "penitencia" o como una "purificación"; visto como una meta espiritual según muchas culturas y religiones, ya que de acuerdo con ellas, permite protegerse mediante la mortificación del cuerpo, del mal, y entregarse a Dios(Cala, 2014).

De acuerdo con Turón (2005) no existen registros de posibles casos de trastornos alimenticios antes del siglo XIV, pudiendo ser una de las causas de este hecho que, en las comunidades de épocas previas a la edad media, las mujeres robustas eran consideradas más atractivas que las delgadas, porque eran consideradas como débiles y estériles; y el varón lo que buscaba era una certeza de fertilidad para garantizar la descendencia. Siendo conservada esta percepción de belleza hasta el Renacimiento, como se puede apreciar en las obras de arte de aquella época.

Se considera que uno de los factores que pudo influir en el cambio de este pensamiento son los ritos religiosos y la concepción de sacrificio, concebidos como muestras de fe en la sociedad, de modo que el ayuno y el celibato se

convirtieron en las penitencias de mayor práctica entre los creyentes, ejemplos de ello es la festividad *Kippur* (Día del Perdón), de la religión judía y el *Radamán* de la región islámica, aunque según los registros históricos es la religión cristiana y católica donde se presentaron los primeros casos de ayuno extremo, que en la actualidad se consideran como anorexia nerviosa (Turón, 2005).

No fue hasta 1664 cuando Richard Morton realizó la primera descripción clínica de lo que en la actualidad se conoce como anorexia nerviosa, cuando trató dos casos con cuadros clínicos similares, que tenían como comportamiento similar el ayuno, pero no por causa orgánica, denominándola “atrofia nerviosa”, y en 1689 la llamó “consunción nerviosa”. En 1873, Lassague la nombró como “inanición histérica”, ya que consideraba que no era una falta de apetito, hipótesis que fue comprobada un año después por William Gull, quien al estudiar las alteraciones gastrointestinales en el proceso de desnutrición, concluyó que su origen era más bien de tipo nervioso, cambiándole el nombre a este padecimiento a *Apepsia histérica*, y años después la denominó como anorexia, definiéndola como “un estado mental morboso del sistema nerviosos, pero de carácter hereditario” (Cruz, 2001), definición que hasta en la actualidad se encuentra en discusión.

Años después, debido al surgimiento del psicoanálisis, la definición de los trastornos alimentación se empezaron a vincular con los conceptos de los trastornos psíquicos, siguiéndose esta tendencia hasta la actualidad. En 1883, Frenchman Huchar, le cambió el nombre a la enfermedad identificándola como “anorexia mental” considerándola como una crisis de conversión o histeria. En 1893, Huchar realiza el primer tratamiento del padecimiento con la hipnosis. Para 1894, se sustituye la definición de Gull por “psiconeurosis de defensa o neurosis de la alimentación melancólica” y desde entonces se la vincula con un cuadro similar al de la depresión. En este sentido, en 1990 Pierre Janet diferenció la anorexia obsesional y la anorexia histérica, según la forma de ayuno del paciente, considerada como una expresión de las ansiedades reprimidas del mismo. A inicios del siglo XX, se la empezó a considerar como un padecimiento de origen

endocrinológico, y en los años 30 se lo paso a considerar completamente como un trastorno psicológico (Turón, 2005).

Posterior a los estudios realizados por Toner, Garfinkel, y Garner(1988), la anorexia nerviosa, se empezó a definir como “un trastorno diferenciado de patogénesis complicada, con manifestaciones clínicas que son el resultado de múltiples factores predisponentes y desencadenantes”. Actualmente, se conoce que existen varias variables que influyen en el desarrollo de la anorexia, aunque no se tienen una definición consensuada sobre la misma, encontrándose todavía en debate.

Según Cruz (2001), la bulimia proviene del griego *bous limos*, que significa “hambre de buey”, y en principio se la trató dentro del cuadro de la anorexia. No siendo hasta 1940 que este trastorno se consideró un síndrome, y en el año de 1987 se la empezó a considerar como un desorden de la conducta alimentaria oficialmente por la *American Psychiatric Association* (APA), aunque por sus características, hasta la actualidad, es difícil diferenciar este padecimiento de la anorexia, aún dentro del Manual Diagnóstico y Estadístico para los Desórdenes Mentales (DSM-IV-R) (Rice, 2000).

Contribución teórica

Los trastornos alimenticios son enfermedades causadas por diversos factores, presentándose con mayor frecuencia en las mujeres durante la etapa de la adolescencia, siendo la anorexia y la bulimia los padecimientos diagnosticados en mayor medida, mismos que tienen a ser difíciles de diagnosticar debido a las características similares que comparten, tales como la preocupación excesiva por la comida, el peso, la percepción de la imagen corporal y el uso de medidas no saludables para controlar o reducir el peso corporal, problemas que generan complicaciones médicas y psicológicas, provocando secuelas irreversibles en el desarrollo de los adolescentes, pudiendo llegar hasta la muerte.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

Trastornos de la conducta alimentaria

De acuerdo con Méndez, Vázquez, & García(2008), los trastornos de la conducta alimentaria se definen como:

Alteraciones específicas y severas en la ingesta de los alimentos, observadas en personas que presentan patrones distorsionados en el acto de comer y que se caracterizan, bien sea por comer en exceso o por dejar de hacerlo; lo anterior en respuesta a un impulso psíquico y no por una necesidad metabólica o biológica. Este grupo de enfermedades es complejo y engloba a una serie de entidades patológicas que, aunque comparten ciertos atributos, varían enormemente en cuanto a sus expresiones físicas, psicológicas y conductuales. (p. 2)

Para Acerete, Trabazo, & Lambruschini(2009) los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) se consideran como “enfermedades crónicas, más frecuentes en adolescentes y mujeres jóvenes. Enfermedades que se caracterizan por tener una alteración definida del patrón de ingesta o de la conducta sobre el control del peso, que produce un deterioro físico y psicosocial”(p. 325). Producto de la misma, se genera una malnutrición, que afecta a todo el cuerpo, así como al funcionamiento cerebral, situación que se perpetúa a causa del trastorno mental.

Según, la Asociación Internacional de Desórdenes Alimenticios (2018) los trastornos de alimentación generalmente aparecen durante la adolescencia o adultez temprana, pero también pueden presentarse durante la niñez o la adultez avanzada, además se ha establecido que los trastornos de alimentación, afectan tanto a los hombres como a las mujeres. Pueden desarrollarse a través de la

combinación de condiciones psicológicas, interpersonales y sociales. Sentimientos inadecuados, depresión, ansiedad, soledad, así como problemas familiares y de relaciones personales pueden contribuir al desarrollo de estos trastornos. La idealización obsesiva de nuestra cultura por la delgadez y el “cuerpo perfecto”, también es un factor contribuyente a los trastornos alimenticios.

Según Acerete, Trabazo, & Lambruschini(2009) los TCA se conforman por la anorexia nerviosa (AN), la bulimia nerviosa (BN) y los trastornos no especificados o atípicos (EDNOS), donde se agrupan aquellas situaciones en las que los pacientes no presentan una o más de las características de las principales, que se definen en los cuadros típicos. La AN, BN y EDNOS a pesar de haber sido reconocidos hace más de dos siglos en países occidentales, en los últimos años se ha incrementado el número de casos, debiéndose principalmente a factores socioculturales, afectando en mayor medida a las mujeres adolescentes, aunque la tendencia del padecimiento en hombres también ha ido aumentando.

Aspectos fisiopatológicos

De acuerdo con Méndez, Vázquez, & García(2008) se desconoce el origen preciso de los TAC, aunque se han propuesto diferentes teorías sobre la etiología de los mismos, considerándose lo más probable que todas sean complementarias entre sí. Se ha establecido que los factores culturales y ambientales juegan un papel fundamental en la génesis de las alteraciones de las conductas alimentarias siendo las más comunes tanto en países industrializados como en los que se encuentran en vías de desarrollo. Aunque también influye la genética y la influencia de la misma sobre el peso. A nivel molecular es poca la información existente, aunque según varios estudios, se ha podido identificar que el sistema nervioso central, especialmente el hipotálamo desempeña un papel relevante en el desencadenamiento de la enfermedad.

En el ámbito familiar, los TAC se encuentran relacionados con los intentos de los padres por controlar su conducta alimentaria y la de sus hijos, quienes no

consideran las predisposiciones genéticas de los hijos, las cuales determinan las diferencias individuales (Birch & Davison, 2001).

Desde la psicología, los cambios favorables o desfavorables en un miembro de la familia “enfermo”, impacta en la salud física y mental de toda la familia. La relación entre madre e hija durante la infancia y la adolescencia son cruciales en el desarrollo psicológico y social futuro de la hija. Evidenciándose en varios estudios una relación entre las estructuras de funcionamiento familiar y el desarrollo de psicopatologías en la edad adulta, como depresión, neurosis y los TAC (García, 1996).

En cierto tipo de organización y funcionamiento familiar, el trastorno de la hija desempeña un papel fundamental para evitar el tema central de conflicto, manteniendo el precario equilibrio familiar. Estas familias “psicosomáticas” se caracterizan por tener una estructura de elevada implicación interpersonal, sobreprotectora, rígida y evasora de conflictos (Cutting, Fisher, Grimm-Thomas, & Birch, 1999).

El aspecto cultural también genera una importante influencia en el desarrollo del TAC, ya que se enfatiza en que la delgadez es un modelo de éxito social, el cual es exacerbado por los medios de comunicación (Acerete, Trabazo, & Lambruschini, 2009). Actualmente, la idea del cuerpo perfecto ha alcanzado su máximo nivel de influencia, debido al fuerte respaldo de los medios como el internet, revistas, televisión; además de los nuevos criterios estéticos impuestos por la sociedad; lo que en consecuencia ha influenciado en la aparición de desajustes en relación con los hábitos de alimentación en los jóvenes.

En la figura siguiente, se presenta un resumen de los causales del TAC

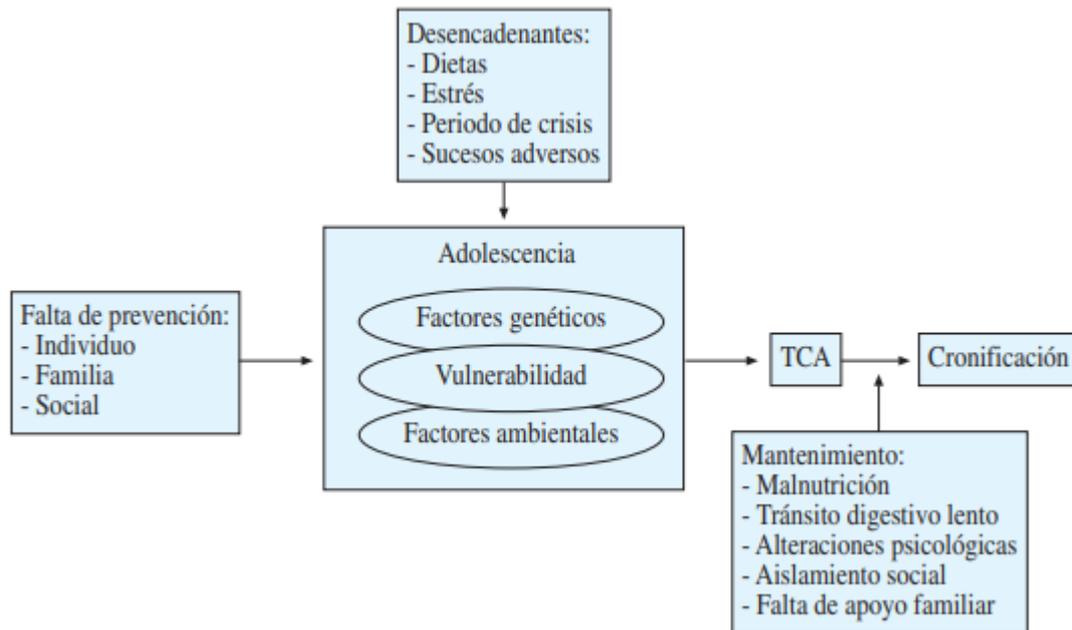


Gráfico N° 1. Modelo causas de los TAC

Tomado de: (Acerete, Trabazo, & Lambruschini, 2009)

Tipos de Trastornos de Conducta Alimentaria

Anorexia Nerviosa

La Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE-10), citado en OMS, (1992), define a la anorexia como un trastorno que se distingue por la pérdida de peso de forma deliberada, que es inducida por quien padece este trastorno. Según el DSM-V (2013), la anorexia nerviosa se caracteriza por el rechazo a mantener el peso corporal en los valores mínimos normales o ideales, del cual las características esenciales consisten en el rechazo a mantener un peso corporal mínimo normal, en un miedo intenso a ganar peso y en una alteración significativa de la percepción de la forma o tamaño del cuerpo. Además, las mujeres afectadas por este trastorno, aunque hayan pasado la menarquía, sufren amenorrea. La persona con este trastorno mantiene un peso corporal por debajo del nivel normal mínimo para su edad y su talla

Criterios para el diagnóstico de Anorexia Nerviosa del DSM-V

Criterio A: Si la anorexia nerviosa se inicia en la niñez o en las primeras etapas de la adolescencia, en lugar de pérdida puede haber falta de aumento de peso (p. ej., mientras que el sujeto crece en altura). El Criterio A proporciona una guía para determinar cuándo el individuo alcanza el valor umbral para ser considerado de peso inferior. Esto significa que el peso de la persona es inferior al 85 % del peso considerado normal para su edad y su talla (de acuerdo con alguna de las diversas versiones de las tablas de la *Metropolitan Life Insurance* o de las tablas de crecimiento usadas en pediatría).

Existe otra guía adicional algo más estricta (usada en los Criterios de Investigación de la CIE-10), en la que se especifica que el individuo debe tener un índice de masa corporal (IMC) igual o inferior a 17,5 kg/m². (El IMC se calcula en metros cuadrados, dividiendo el peso en kilogramos por la altura.) Estos valores límite son sólo una ayuda para el clínico, ya que parece poco razonable especificar un estándar único para el peso mínimo normal de todos los individuos de una edad y talla determinadas. Para determinar el peso mínimo normal de un individuo, el clínico debe considerar también su constitución física y su historia de peso previa. Generalmente, la pérdida de peso se consigue mediante una disminución de la ingesta total. A pesar de que los individuos empiezan por excluir de su dieta todos los alimentos con alto contenido calórico, la mayoría de ellos acaban con una dieta muy restringida, limitada a unos pocos alimentos. Existen otras formas de perder peso como la utilización de purgas (p. ej., vómitos provocados y uso inadecuado de laxantes y diuréticos) o el ejercicio excesivo. Las personas con este trastorno tienen un miedo intenso a ganar peso o a convertirse en obesas.

Criterio B: Este miedo generalmente no desaparece, aunque el individuo pierda peso y, de hecho, va aumentando, aunque el peso vaya disminuyendo. Existe una alteración de la percepción del peso y de la silueta corporal

Criterio C: Algunas personas se encuentran «obesas», mientras que otras se dan cuenta de que están delgadas, pero continúan estando preocupadas porque algunas partes de su cuerpo (especialmente el abdomen, las nalgas y los muslos) les parecen demasiado gordos. Pueden emplear una amplia variedad de técnicas para estimar el tamaño y el peso de su cuerpo, como son el pesarse constantemente en una báscula, la medida de las diferentes partes del cuerpo de manera obsesiva o el mirarse repetida-mente al espejo para observar las zonas consideradas «obesas». El nivel de autoestima de las personas que sufren este trastorno depende en gran medida de la forma y el peso del cuerpo.

Consideran un logro perder peso y un signo de extraordinaria autodisciplina; en cambio, ven el aumento de peso como un fracaso inaceptable de su autocontrol. Algunas personas son conscientes de su delgadez, pero niegan que ésta pueda tener implicaciones clínicas graves. En niñas que ya hayan tenido la primera regla la amenorrea (debida a niveles anormalmente bajos de estrógenos por disminución de la secreción hipofisaria de las hormonas folículo estimulantes (FSH) y luteinizante (LH) es indicadora de una disfunción fisiológica

Criterio D: La amenorrea es consecuencia generalmente de la pérdida de peso, pero en una minoría de casos la precede. En las niñas prepuberales la anorexia nerviosa puede retrasar la aparición de la menarquía. Muy a menudo los familiares de la paciente la llevan al médico cuando se dan cuenta de su acentuada pérdida de peso (o cuando observan que no gana peso). Si la paciente decide buscar ayuda médica, es debido al malestar somático y psicológico que le ocasiona el comer tan poco. Es raro que una mujer con anorexia nerviosa se queje de pérdida de peso por se. Normalmente, las personas con este trastorno tienen escasa conciencia de su alteración, la niegan y pueden explicar historias poco creíbles. Por esta razón es necesario obtener información de los padres o de otras fuentes con el fin de evaluar el grado de pérdida de peso y otras características de la enfermedad.

Dentro de las características psicológicas se presenta una autoimagen distorsionada, baja autoestima, depresión, pensamientos obsesivos y una

tendencia al perfeccionismo, además la persona presenta una escasa comunicación, conductas autodestructivas, dificultad de concentración, irritabilidad y obsesión por la comida. (Ochoa, Ramos, Méndez, & Alamilla, 2013)

En promedio, la anorexia nerviosa se presenta a los 17 años, aunque ciertos registros evidencian la existencia de picos bimodales a los 14 y 18 años, siendo rara la aparición de este trastorno en mujeres mayores de 40 años. El origen de la enfermedad se asocia en gran medida con acontecimientos de gran estresante como, por ejemplo, el abandono del hogar para ir a estudiar, siendo el desarrollo del trastorno y su desenlace muy variables. Algunas personas logran recuperarse totalmente después de un único episodio, otras presentan un patrón fluctuante de ganancia de peso seguido de recaída y otras sufren un deterioro crónico a lo largo de los años. La mortalidad a largo plazo de este trastorno es aproximadamente del 10%, produciendo principalmente a causa de la inanición, suicidio y el desequilibrio electrolítico(Gusqui, 2014).

De acuerdo con el Manual diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV-TR), durante los episodios de anorexia nerviosa, se pueden presentar los siguientes subtipos de trastornos alimenticios:

- **Tipo restrictivo:** Este subtipo describe cuadros clínicos en los que la pérdida de peso se consigue haciendo dieta, ayunando o realizando ejercicio intenso. Durante los episodios de anorexia nerviosa, estos individuos no recurren a atracones ni a purgas.
- **Tipo compulsivo/purgativo:** Este subtipo se utiliza cuando el individuo recurre regularmente a atracones o purgas (o ambos). La mayoría de los individuos que pasan por los episodios de atracones también recurren a purgas, provocándose el vómito o utilizando diuréticos, laxantes o enemas de una manera excesiva. Existen algunos casos incluidos en este subtipo que no presentan atracones, pero que suelen recurrir a purgas, incluso después de ingerir pequeñas cantidades de comida. Parece ser que la mayoría de las personas

pertenecientes a este subtipo recurren a conductas de esta clase al menos semanalmente, aunque no existe suficiente información para poder determinar una frecuencia mínima.(American Psychiatric Association, 2003, p. 655)

Bulimia Nerviosa

Ochoa (2013) indica que la bulimia nerviosa es un trastorno que puede distinguirse por episodios repetitivos de ingestión elevada de alimentos, acompañada por una preocupación excesiva por el control del peso corporal. Esto es lo que origina la adopción de medidas extremas por quien padece este trastorno, para moderar el aumento de peso.

Según la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE-10)(1992), este trastorno se origina a partir de múltiples factores, entre los que se incluyen trastornos de la personalidad, y trastornos emocionales, además de presiones familiares, posible sensibilidad genética o biológica, y el vivir en una sociedad en la que ser delgado es una obsesión y sinónimo de éxito y belleza.

La característica principal de este trastorno es que, la persona tiende a sufrir episodios compulsivos de atracones, donde su preocupación por no ganar peso, la lleva a actuar para evitarlo, seguido de un sentimiento de culpa y sensación de pérdida de control. Estos pacientes suelen emplear diferentes métodos para tratar de compensar los atracones, como, por ejemplo, la provocación del vómito, el uso excesivo de laxantes o diuréticos, el ayuno y el ejercicio físico excesivo. Desarrollan un patrón alimenticio cíclico que se caracteriza por abstenerse de alimentos durante las primeras horas del día y comer excesivamente, para luego purgarse en la tarde o noche. Al día siguiente mantienen un sentimiento de culpa que los lleva a repetir su conducta. Además, muchos de estos pacientes también presentan conductas de abuso de alcohol o drogas(Méndez, Vázquez, & García, 2008).

Criterios para el diagnóstico de bulimia nerviosa según el DSM-V

De acuerdo con el DSM-V (2014, pp. 79-80)

Criterio A: Episodios recurrentes de atracones. Un episodio de atracón se caracteriza por los dos hechos siguientes:

1. Ingestión, en un periodo determinado de una cantidad de alimentos que es claramente superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un período similar en circunstancias parecidas.
2. Sensación de falta de control sobre lo que se ingiere durante el episodio (p. ej., sensación de que no se puede dejar de comer o controlar lo que se ingiere o la cantidad de lo que se ingiere).

Criterio B: Comportamientos compensatorios inapropiados recurrentes para evitar el aumento de peso, como el vómito autoprovocado, el uso incorrecto de laxantes, diuréticos u otros medicamentos, el ayuno o el ejercicio excesivo.

Criterio C: Los atracones y los comportamientos compensatorios inapropiados se producen, de promedio, al menos una vez a la semana durante tres meses.

Criterio D: La autoevaluación se ve indebidamente influida por la constitución y el peso corporal.

Criterio E: La alteración no se produce exclusivamente durante los episodios de anorexia nerviosa.

Dentro de las características psicológicas de la Bulimia Nerviosa, se presenta frustración, estado de ánimo lábil, impulsividad, depresión mayor, distermia, trastornos de ansiedad y personalidad, además va acompañada de abuso de sustancias y conductas autolesivas (Camarillo, 2013).

Consecuencias de los Trastornos de la Conducta Alimentaria

Este tipo de trastornos producen un impacto negativo en la salud del individuo, y en su calidad de vida, afectando a la autoimagen, las relaciones familiares e interpersonales, interfiere además en el rendimiento ya sea académico y/o laboral. Pueden llegar a afectar la salud bucal de la persona, ya que, sin la nutrición apropiada, encías y tejidos bucales sangran con facilidad, además de afectar los dientes, por los vómitos frecuentes, y por el ácido estomacal llegan a cambiar de color, forma y longitud(Martín, 2012).

Con respecto a las consecuencias de la Anorexia Nerviosa, existen una serie de complicaciones tanto de morbilidad como de mortalidad, ya que, de no tener una intervención temprana, la persona puede desarrollar una desnutrición progresiva, con pérdidas de hasta el 50% de su peso. Dentro de los efectos negativos en la salud, la Asociación Nacional de Desórdenes Alimenticios (2018) indica que se encuentra la disminución en la frecuencia cardíaca y la presión arterial, la reducción de la densidad ósea, la pérdida de musculatura, una deshidratación severa que puede llegar a causar falla renal, fatiga y debilidad general del cuerpo, además de pérdida de cabello, y crecimiento de lanugo, que se da como un esfuerzo del cuerpo por conservar el calor corporal, las cuales en el largo plazo pueden causar la muerte.

Entre las consecuencias a la salud, generadas por la bulimia nerviosa y los atracones están las afectaciones en el sistema digestivo, en las funciones cardíacas y órganos principales; pudiendo generar un desbalance electrolítico, causado por una deshidratación severa, llegando a causar la muerte. Además, la persona puede presentar pérdida de potasio, sodio y cloro como resultado de las purgaciones a las que están sometidas, ruptura gástrica durante los periodos de atracón, inflamación y ruptura del esófago por causa de los frecuentes vómitos, acompañado de caries dentales y destrucción de los dientes, sumado a presentar úlceras pépticas y pancreatitis(Molero, y otros, 2016).

Prevalencia de los Trastornos de la Conducta Alimentaria

Según Correa (2006), los adolescentes son el segmento de la población con mayor vulnerabilidad a presentar TCA, debido a que están en un proceso de construcción de su identidad, y aún no poseen criterios y valores propios que los ayuden a sobrellevar la presión social que existe sobre la estética, siendo una de las causas para buscar un cuerpo cada vez más delgado.

De acuerdo con Fernández(2007), el 90% de las personas que sufren de trastornos de la conducta alimentaria son mujeres, en edad de la pubertad; con una diferencia de 30 a 1 en varones. A nivel mundial, según los institutos nacionales de salud de los Estados Unidos, la anorexia nerviosa afecta al 1% del total de la población mundial, mientras que, entre un 2 y 3%, de las adolescentes de Occidente sufre de bulimia. En España, el 8% de la población en general presenta síntomas, tanto de anorexia como de bulimia (Colombo, 2006).

En Estados Unidos, según la Asociación Nacional de Trastornos de Alimentación (2018), más de 10 millones de estadounidenses se ven afectados por graves trastornos de conducta alimentaria, como la anorexia, la bulimia y episodios de atracones de comida.

La situación en Latinoamérica continúa imprecisa, debido a la escasez de estadísticas. Sin embargo, estudios en Argentina, demostraron que la incidencia de trastornos de alimentación es 3 veces mayor que el de Estados Unidos y que el 8% de las adolescentes argentinas padece de anorexia y bulimia, en tanto, el 2% de los hombres argentinos padecen estos mismos trastornos(Mérida & López, 2013).

Un estudio realizado en Colombia, por la Universidad de Antioquia y la Universidad Nacional, determinó que un 2% de los adolescentes, entre 14 y 19 años, sufren de Anorexia o Bulimia. En Bolivia, existen estudios sobre la prevalencia de los síntomas asociados a los trastornos de conducta alimentaria en mujeres escolarizadas de 16 a 18 años, el cual se determinó la existencia de 4,7% de casos clínicos con Bulimia y 2,6% con Anorexia(Mérida & López, 2013).

En otro estudio, realizado en tres ciudades de Bolivia (La Paz, Santa Cruz y Tarija), sobre la prevalencia de riesgo de trastornos de alimentación, en adolescentes de 13 a 20 años, se detectó 1,6% de jóvenes con Anorexia nerviosa y 2,8% con Bulimia nerviosa. En La Paz se encontró que el 3,8% tienen Trastornos de Conducta Alimentaria (Daroca y Velasco, 2003). Aunque es preciso indicar que, Bolivia no cuenta con una estadística formal, ni investigaciones concluyentes (Hartmann, 2013).

Por otro lado, según la Organización Mundial de la Salud (2018), se estima que 62.000 adolescentes murieron en 2016 como resultado de autolesiones. Siendo el suicidio la tercera causa de muerte en adolescentes mayores (15-19 años). Casi el 90% de los adolescentes del mundo viven en países de ingresos bajos o medianos, pero más del 90% de los suicidios de adolescentes se encuentran entre los adolescentes que viven en esos países. En tanto que, los intentos de suicidio pueden ser impulsivos o estar asociados con un sentimiento de desesperanza o soledad. Los factores de riesgo para el suicidio son multifacéticos, incluyendo el uso nocivo del alcohol, el abuso en la niñez, el estigma en contra de la búsqueda de ayuda, las barreras para acceder a la atención, los Trastornos de Conducta Alimentaria, y el acceso a los medios.

En Ecuador no existen suficientes investigaciones acerca del riesgo o prevalencia que presentan los jóvenes y adolescentes de padecer Trastornos de Conducta Alimentaria. Sin embargo, Chica, Coronel y Romero, (2011) realizaron un estudio en la Universidad de Cuenca en la población adolescente de algunos colegios, en donde se evidenció que el 2,7 % de adolescentes padecían Anorexia Nerviosa, pese a que los estudios refieren que estos trastornos lo padecen en su mayoría mujeres, en el mismo estudio se encontró que el 53,1 % lo padecían hombres y el 46,9 % mujeres.

En la Escuela Politécnica Superior del Litoral (ESPOL), en la ciudad de Guayaquil, se realizó un estudio para prevenir los Trastornos de Conducta Alimentaria en adolescentes, donde se encontró que el 36 % de los adolescentes

de la población en estudio se sentían inconformes con su peso actual y tenían algunas alteraciones de la percepción corporal (Cedillo, Salazar & Supo, 2010).

En datos obtenidos en las prácticas pre-profesionales de la carrera de Nutrición Humana en el año 2012, se obtuvo que el 54,8 % de los adolescentes de Primer Año de Bachillerato General Unificado de la Unidad Educativa Sagrados Corazones presentaron riesgo de padecer Trastornos de Conducta Alimentaria, siendo la principal causa los factores sociales, familiares e individuales (Loaiza, 2014)

Según un artículo publicado en Infobae (2014), en Ecuador el 38% de la población, es decir alrededor de aproximadamente cinco millones de personas, tiene sobrepeso. Sin embargo, no existen estadísticas locales sobre la anorexia y bulimia.

Tratamiento para los Trastornos de la Conducta Alimentaria

El tratamiento para los trastornos de conducta alimentaria, se basan en la reeducación y normalización de hábitos alimentarios en el paciente, restaurando una nutrición adecuada para lograr alcanzar un peso saludable; reducir el exceso de ejercicio, y frenar los atracones y las purgas. Además de brindarle a la persona atención médica y psicoterapia, terapia familiar, individual, y grupal. El tratamiento se realiza según las necesidades individuales de la persona, y en compañía de un equipo multidisciplinario, con profesionales para asesoramiento nutricional, control y atención médica. Algunos de quienes padecen estos trastornos pueden requerir de medicamentos tales como antidepresivos, antipsicóticos o estabilizadores de ánimo, también pueden requerir de hospitalización para poder tratar los problemas o consecuencias de la malnutrición, para asegurarse de que estén restaurando su alimentación (American Academy of Pediatrics, 2016).

RIESGO SUICIDA

El suicidio es un comportamiento y fenómeno que se presenta a nivel universal, en diferentes épocas y sociedades, aunque se interpreta de manera diferente según el contexto en el que sucede. Fue Francois Desfontaines el primero en añadir el término suicidio en 1735 indicando que “el que se mata por sus propios medios comete suicidio”. Dentro de la cultura oriental se lo define como un acto indiferente o elogiado, y en la griega y romana como un deber cuyo objetivo es evitar el juicio, castigo o deshonor. Desde la perspectiva de la religión, específicamente del cristianismo, se lo considera como un pecado mortal. Es en el siglo XIX cuando surgen las primeras teorías que buscan explicar este fenómeno, aunque en el siglo XX se empieza a asociarse a la enfermedad mental con el suicidio (Neira, 2016).

Según el psiquiatra Armando Pérez citado en Neira (2016):

El suicidio es una conducta consciente que se realiza con la intención de dar fin a la propia vida. La dureza que se requiere para tomar esta decisión está íntimamente relacionada con la creencia de que es una conducta absurda y que, por tanto, escapa a nuestro entendimiento. (p. 5)

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS) (1976) el suicidio se define como “todo acto por el que un individuo se causa a sí mismo una lesión o daño, con un grado variable de la intención de morir, cualquiera que sea su intención letal o su verdadero móvil”.

El suicidio es un problema de salud pública que afecta a todos los grupos humanos, sin distinción de raza, edad, sexo o religión (Rosales, Córdova, & Guerrero, 2013); la cual ha ido cobrando mayor importancia en los últimos años, razón por la que la OMS (2018), calculó que, en el año 2000, un millón de personas se suicidaron y se estima que para 2020 la cifra ascienda a un millón y medio.

La OMS (2018), identificó el acto suicida como un problema mayor de salud pública, que ha estado ligado desde siempre a la humanidad y sus costumbres, que incluye componentes biológicos, psicológicos, sociológicos, filosóficos y morales.

Definiéndolo como “toda acción por la que un individuo se causa a sí mismo un daño, con independencia del grado de intención y de que se conozca o no los verdaderos motivos”.

El intento de suicidio, y el suicidio son las formas más representativas de la conducta suicida; la cual está encaminada mediante conductas autolesivas y autoinfligidas en la que hay evidencia de que por un lado la persona desea usar la aparente intencionalidad de morir con alguna finalidad, y, por otro lado, la persona presenta algún grado determinado o no de intencionalidad suicida(MINSALUD Colombia, 2018).

En tanto que, el riesgo suicida es la posibilidad de que una persona atente deliberadamente contra su vida(Mansilla, 2010). Específicamente según Martínez (2016), las ideas suicidas pueden abarcar desde pensamientos de falta de aprecio por la vida, hasta la planificación de un acto letal. Esta ideación se presenta cuando un sujeto persistentemente piensa, planea, o desea cometer suicidio.

No obstante, el suicidio no es la única problemática a la que se enfrentan los jóvenes, según la OMS (2009) también se enfrentan a trastornos del comportamiento, ansiedad, depresión, el consumo de sustancias psicoactivas, el alcoholismo y trastornos de la conducta alimentaria. Cabe resaltar que según Martínez (2017), la última problemática mencionada, son de gran interés debido a que constituyen un fenómeno social en aumento gracias a la combinación de factores de riesgo psicosociales, biológicos, culturales, genéticos, ambientales y familiares.

Etiología

Según Mansilla(2010), el suicidio es un síndrome pluricausal, en el cual intervienen factores sanitarios y psicológicos; además de creencias, cultura y filosofía vital, lo que lo categoriza como un problema de salud pública sumamente grave. Desde el ámbito psicológico, se establece que los tres trastornos que se

asocian con el suicidio son el fracaso en la resolución de problemas interpersonales, los altos niveles de desesperanza con respecto al futuro, y una mala regulación del afecto. También existen rasgos característicos de las tendencias suicidas como puede ser la tendencia al aislamiento social, baja autoestima, baja autoeficacia, pobre autoconcepto, sentimientos de abandono y desesperanza, niveles elevados de impulsividad (Neira, 2016). En el caso de los adolescentes, los rasgos de personalidad más frecuentes son la hostilidad, la impulsividad, rabia y baja tolerancia a la frustración (Sanrregre, 2012).

De acuerdo con el Stanford Children's Health (2020), los factores de riesgo para el suicidio varían según la edad, el género las influencias culturales y sociales, y pueden cambiar con el tiempo. Además, pueden presentarse de manera combinada, estando entre ellos los siguientes:

- Cambios en los hábitos alimenticios y del sueño
- Pérdida del interés en actividades habituales
- Aislamiento de amigos y familiares
- Comportamientos inadecuados
- Uso de alcohol y drogas
- Descuido de la apariencia personal
- Toma de riesgos innecesarios
- Preocupación por la muerte y morir
- Incremento de las quejas físicas asociadas con angustia emocional, dolores de estómago, de cabeza y fatiga
- Pérdida de interés en la escuela
- Sensación de aburrimiento
- Dificultad para concentrarse
- Sentimiento de querer morir
- Falta de respuesta al elogio
- Demostración de planes o esfuerzos hacia planes de cometer suicidio

Es importante indicar que las amenazas de suicidio son una muestra de desesperación y un grito de ayuda en el caso de los niños y adolescentes, por

tanto, deben ser consideradas con toda la seriedad del caso, ya que son declaraciones de sus sentimientos y pensamientos.

Prevalencia del riesgo suicida

Según la OMS (2000), la frecuencia del suicidio entre varones es mayor que entre las mujeres, sin embargo, los intentos de suicidio son mucho más frecuentes entre las mujeres. En Ecuador la prevalencia de suicidios es del 6.5 por cada 100 mil habitantes, sin embargo, no existen datos sobre el intento de suicidio como tal, la edad más frecuente es en el rango de los 15 a los 19 años, llegando en algunos países a ser la segunda causa de muerte en este grupo etario(Rodríguez,2007).

En el artículo de Mansilla (2010), indica que los varones acuden a procedimientos violentos como la horca, armas de fuego y precipitación, mientras que en mujeres es más común la sobredosis y la inmersión. Entre los varones, la máxima incidencia de suicidios se observa a partir de los 45 años, y en mujeres se registran los números más altos de suicidios consumados después de los 55 años. Según Lora y León (2009), la frecuencia de suicidios es más alta en hombres de raza blanca, siendo menor en varones de raza negra y en blancos de origen hispano.

Prevención del suicidio

De acuerdo con la Fundación Estadounidense para la Prevención del Suicidio, la forma más efectiva para prevenir el suicidio y el comportamiento suicida es el reconocimiento e intervención temprana de los trastornos mentales y el abuso de sustancias. Evidenciándose que los programas de prevención más exitosos son los que se enfocan en la identificación y tratamiento de enfermedades mentales, abuso de sustancias, gestión del estrés y control de comportamientos agresivos(Stanford Children's Health, 2020).

Riesgo suicida y su relación con los trastornos de la conducta alimentaria

El foco central de la investigación consiste en reconocer la relación existente entre los trastornos de conducta alimenticia y el riesgo suicida en los adolescentes, variables que han sido ampliamente estudiadas por varios autores, pero de manera individual como unas de las principales problemáticas a las que se enfrentan los jóvenes desde que comienza la pubertad hasta que finaliza la adolescencia. En conjunto la bibliografía es escasa, razón por la que aún no se tiene certeza respecto a la correlación entre ambas, aunque en los estudios realizados se ha identificado que el suicido es una de las mayores causas de muerte en adolescentes con trastornos de alimentación, siendo el porcentaje de muerte autoinfligida desde el 1,8 hasta el 7,3%(Bodell, Joiner & Keel, 2013; Cruzat, Ramírez, Melipillán & Marzolo, 2008).

En tanto que para otros autores como Rodríguez, Rodríguez, Gempeler y Garzón (2013), aunque en personas con anorexia nerviosa el suicidio es la primera causa de muerte, cuando se presenta la bulimia, la ocurrencia de intentos suicidas es lo más común; otros, como Sánchez, Villareal-González, Musitu y Martínez (2010) y Forrest et al., (2016), indican que existe una relación significativa entre los problemas alimentarios, la ideación suicida y otros trastornos emocionales, como la depresión

Por otro lado, en los últimos años, el suicidio; que es otra secuela de los Trastornos de Conducta Alimentaria, ha sufrido un incremento principalmente dentro de poblaciones más jóvenes, y es considerado un problema de salud pública muy importante, ya que se relaciona con trastornos de ansiedad, depresión, y la existencia de ideas y riesgo suicida; las cuales causan como efecto diferentes problemáticas, como el aumento o la disminución excesiva del apetito, la distorsión de la imagen corporal; que pueden conllevar al desarrollo de Trastornos de la Conducta Alimentaria, y al Aislamiento Social(Unikel & Caballero, 2010).

La OMS (2018) establece que más de 800.000 personas se suicidan cada año, lo que representa una muerte cada 40 segundos. El suicidio es la segunda causa principal de defunción en el grupo etario de 15 a 29 años. Betancourt (2008), indica que en promedio un millón de personas muere cada año como consecuencia de conductas autolíticas; estimándose que para el año 2020 aproximadamente 1.53 millones de personas morirán por suicidio, y se producirán entre 10 y 20 veces más intentos suicidas. Esto significa una muerte cada 20 segundos, y un intento suicida cada 1 a 2 segundos.

La detección y atención del suicidio, así como de los trastornos alimentarios es una tarea complicada, debido a la gran variedad de factores intervinientes, así como a la dificultad general que implica su abordaje. La asociación entre los trastornos de la alimentación y los fenómenos suicidas ha sido investigada por Vargas y Saavedra (2012), especialmente en estudios de revisión sistemática, donde se encuentra una asociación significativa entre intentos suicidas. Para algunos autores, el suicidio constituye la mayor causa de muerte en adolescentes con trastornos de alimentación, pues el porcentaje de muerte autoinflingida va desde el 1.8 hasta el 7.3 % (Cruzat, Ramírez, Melipillán & Marzolo, 2008; Bodell, Joiner & Keel, 2013). Mientras que, en personas con anorexia nerviosa el suicidio es la primera causa de muerte, cuando se presenta la bulimia, la ocurrencia de intentos suicidas es lo más común.

Para Sánchez, Villareal, Musitu y Martínez (2010) y Forrest et al. (2016), existe una relación significativa entre los problemas alimentarios, la ideación suicida y otros trastornos emocionales, como la depresión. En un estudio llevado a cabo con 2462 pacientes (95 % mujeres) admitidos por Trastornos de Conducta Alimentaria entre los años 1995-2010 en Estados Unidos, el 6.3 % fueron internados por intento suicida, y se encontró que los riesgos de cometer suicidio aumentaban 4.7 veces ante la presencia del TCA (OR, 4.7; 95 % IC, 1.41-15.74), ocho veces ante la presencia de anorexia nerviosa (OR, 8.01; 95 % CI, 5.40-11.87), y 5.08 veces en bulimia nerviosa (OR, 5.08; 95 % CI, 3.46-7.42) (Suokas et al., 2014).

Por su parte Suokas et al. (2013), encontraron resultados similares en un estudio previo para anorexia nerviosa (OR, 5.07; 95 % CI, 1.87-18.84) y bulimia nerviosa (OR, 6.07; 95 % CI, 2.47-14.89). Bodell et al. (2013), mediante un análisis de regresión, encontraron que la bulimia nerviosa predice significativamente la aparición e incremento del riesgo suicida y trastornos comórbidos; debido a que la anorexia nerviosa no fue significativa, sugieren desarrollar nuevos estudios que permitan dilucidar el papel causal de la bulimia nerviosa y su aplicabilidad en la evaluación del riesgo suicida. Con respecto al estudio de la ideación suicida en adolescentes, Sánchez-Sosa et al. (2010) realizaron un estudio en el que se identificó una relación directa y significativa entre cuatro variables de estudio y la ideación suicida, de la siguiente manera: a) sintomatología depresiva ($r = .511$; $p = .001$); b) conducta alimentaria de riesgo ($r = .271$; $p = .001$); c) victimización ($r = .262$; $p = .001$); y d) problemas de ajuste escolar ($r = .218$; $p = .001$). Estos resultados apoyan la premisa de la ideación suicida como un fenómeno multifactorial y sugieren que los futuros trabajos científicos se encaminen en esta dirección.

En Colombia, estudios como los de Piñeros, Molano y López(2010) dan cuenta de la comorbilidad entre los trastornos alimentarios con trastornos depresivos y ansiosos, así como con conductas suicidas, que son más frecuentes en adolescentes con diagnóstico clínico de Trastornos de Conducta Alimentaria, que en aquellos sin diagnóstico psiquiátrico o con otros trastornos ($p = .019$). Estos resultados muestran la importancia de evaluar el riesgo suicida y su relación con los TCA en jóvenes (Martínez, 2017).

JUSTIFICACIÓN

A través de esta investigación se ha hecho evidente que los trastornos de la conducta alimenticia, se presentan en mayor medida en las mujeres adolescentes, aunque su presencia en hombres ha ido incrementando en los últimos años. Estos jóvenes empiezan a desarrollar esta enfermedad por diferentes causas, encontrándose entre ellas los factores genéticos, como el metabolismo de las personas y su contextura física; los factores familiares, como el comportamiento y funcionamiento de las familias, teniendo la relación entre madres e hijas gran impacto en el desarrollo de la enfermedad; y, los factores culturales, donde se evidencia que los medios de comunicación influyen en gran medida en la percepción de perfección en las mujeres, donde se asocia a la delgadez con el éxito y la aceptación social.

Los TCA que se presentan en mayor medida son la anorexia y la bulimia nerviosa, las cuales son difíciles de diagnosticar debido a las características similares que tienen en el cuadro clínico, aunque los estudiados en el tema indican que una de sus principales diferencias radica en la forma de consumir alimentos, que en el caso de la AN, los pacientes tienen a evitar la ingesta de alimentos, y quienes padecen de BN consumen alimentos de manera exagerada, generándoles un sentimiento de culpa que los lleva a provocarse el vómito, tomar laxantes o diuréticos en grandes cantidades o realizar ejercicio físico excesivo para evitar ganar peso. Ambas enfermedades generan graves daños a la salud en el largo plazo, que de no ser tratadas a tiempo pueden causar hasta la muerte.

Por otro lado, el suicidio es un comportamiento que se presenta en cualquier sociedad, sin importar la raza, religión, sexo o nivel económico. Aunque según varios estudios se registra un mayor número de casos de hombres que han cometido suicidio. Además, según proyecciones de la OMS, para este año se estima que los suicidios serán de más 1.5 millones, es decir, una muerte cada 40 segundos, e intentos de suicidio cada 20 segundos.

Al igual de los TCA, el suicidio se produce por diferentes factores o causas, aunque el mismo puede ser prevenido si se presta atención al comportamiento de las personas, especialmente de los jóvenes, quienes tienden a cambiar drásticamente su comportamiento, presentando cambios en su alimentación, horario de descanso, cuidado personal, actividades, entre otros. La detección temprana de estos síntomas es clave para precautelar la integridad de la persona.

Por lo antes expuesto, este estudio se encamina a determinar la relación que existe entre los trastornos de la conducta alimentaria, y el riesgo suicida en los adolescentes que asisten a la Unidad Educativa Particular Teilhard de Chardin de la ciudad de Quito, a fin de identificar la existencia o no de Trastornos de la Conducta Alimentaria, y de riesgos, o ideaciones suicidas entre los estudiantes. Cuantificando y evaluando la intencionalidad suicida, o grado de seriedad e intensidad con el que alguien pensó o está pensando en suicidarse. Así como detectar la presencia de actitudes alimentarias anómalas, especialmente, las relacionadas con el miedo a ganar peso, el impulso de adelgazar y la presencia de patrones alimentarios restrictivos.

Por tanto, la relevancia de este trabajo investigativo radica en la obtención de datos que permitan ayudar a la población escogida; que en este caso son los estudiantes de Octavo de Básica a Tercero de Bachillerato del Colegio Teilhard de Chardin del Norte de Quito, de quienes se contará con su predisposición para colaborar en el estudio. Y con base en la información recolectada se logrará caracterizar a los estudiantes, para de esta manera poder brindarles la ayuda requerida mediante diferentes métodos y estrategias psicológicas, a quienes presenten riesgos suicidas, y síntomas de Trastornos de la conducta alimentaria (el miedo a ganar peso, el impulso de adelgazar y la presencia de patrones alimentarios restrictivos); así como una combinación de ambos, a fin de evitar daños permanentes en la salud de los jóvenes.

OBJETIVOS

Objetivo General

Determinar la relación existente entre los Trastornos de Conducta Alimentaria y el Riesgo Suicida en los estudiantes de Octavo de Básica a Tercero de Bachillerato del Colegio Teilhard de Chardin en el año 2018 – 2019.

Objetivos Específicos

1. Identificar los Trastornos de la Conducta Alimentaria en los estudiantes de Octavo de Básica a Tercero de Bachillerato del Colegio Teilhard de Chardin en el año 2018 – 2019.
2. Evaluar el Riesgo Suicida en los estudiantes de Octavo de Básica a Tercero de Bachillerato del Colegio Teilhard de Chardin en el año 2018 – 2019.
3. Diseñar Talleres de intervención para prevenir los Trastornos de Conducta Alimentaria y el Riesgo Suicida en los estudiantes de Octavo de Básica a Tercero de Bachillerato del Colegio Teilhard de Chardin en el año 2018 – 2019.

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA

Diseño del trabajo

La presente investigación es de tipo cuantitativa, correlacional y trasversal.

Es correlacional, ya que se busca identificar la relación existente entre los trastornos de conducta alimentaria y el riesgo de suicidio, ya que de acuerdo con la revisión bibliográfica son varios los factores que pueden causar la presencia de estos padecimientos en los adolescentes, tales como los estudiantes de Octavo de Básica a Tercero de Bachillerato del Colegio Teilhard de Chardin, de modo que se requiere de un análisis de los mismos, a fin de proponer soluciones para los problemas detectados, que contribuyan a que los jóvenes que puedan presentar factores de riesgo o ya el trastorno, reciban el tratamiento pertinente.

La investigación es transversal, ya que para el estudio se toma en cuenta un periodo de tiempo, siendo este el año lectivo 2018-2019, en el que se contó con la colaboración de los estudiantes que, en ese año escolar se encontraban cursando de 8vo de EGB a 3ro del BGU del Colegio Teilhard de Chardin.

La investigación de campo del presente estudio se llevó a cabo en las instalaciones del colegio particular Teilhard de Chardin, ubicado en la ciudad de Quito, aplicando los instrumentos directamente a los estudiantes por parte de la autora, en compañía con la psicóloga del plantel educativo, la cual pudo ser efectuada en vista que anteriormente los estudiantes del establecimiento no habían sido sometidos a estos test por parte del departamento de consejería estudiantil. De modo que las autoridades consideraron pertinente contar con dicha información, así como con una propuesta de solución ante las mismas.

Área de estudio

El presente estudio se encuentra orientado al área clínica, ya que está enfocado al estudio, diagnóstico y tratamiento de los trastornos conductuales de los individuos, que en este caso son los estudiantes de Octavo de Básica a Tercero de Bachillerato del Colegio Teilhard de Chardin, en quienes se buscó evaluar si padecen TCA o presentan riesgos suicidas, así como la relación existente entre ambas variables, en caso de detectarse estos padecimientos.

Enfoque

El enfoque es cuantitativo, debido a que en la investigación de campo se utilizan instrumentos de investigación que permiten cuantificar los datos obtenidos mediante la aplicación del *Eating Disorders Inventory*, o Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria-EDI-2 para la evaluación de los TCA y el Test Plutchik para la evaluación del riesgo suicida, los cuales a través de escalas, aportan valores numéricos de las variables analizadas; mismas que haciendo uso de métodos estadísticos, como la correlación de Spearman, permitieron establecer la relación existente entre ambas variables.

Población y muestra

La presente investigación se llevó a cabo en colaboración con los estudiantes de Octavo de Básica a Tercero de Bachillerato del Colegio Teilhard de Chardin en el año 2018 – 2019. Siendo la población total de 125 alumnos de los seis cursos, de los cuales 54 mujeres y 71 hombres, según se presenta en la tabla siguiente:

Tabla N° 1. Población de estudio

Ítem	Frecuencia	%
Hombres	54	43%
Mujeres	71	57%
Total	125	100%

Tabla N°1. Población de estudio

Elaborado por: Erika Yépez

Fuente: Colegio Teilhard de Chardin

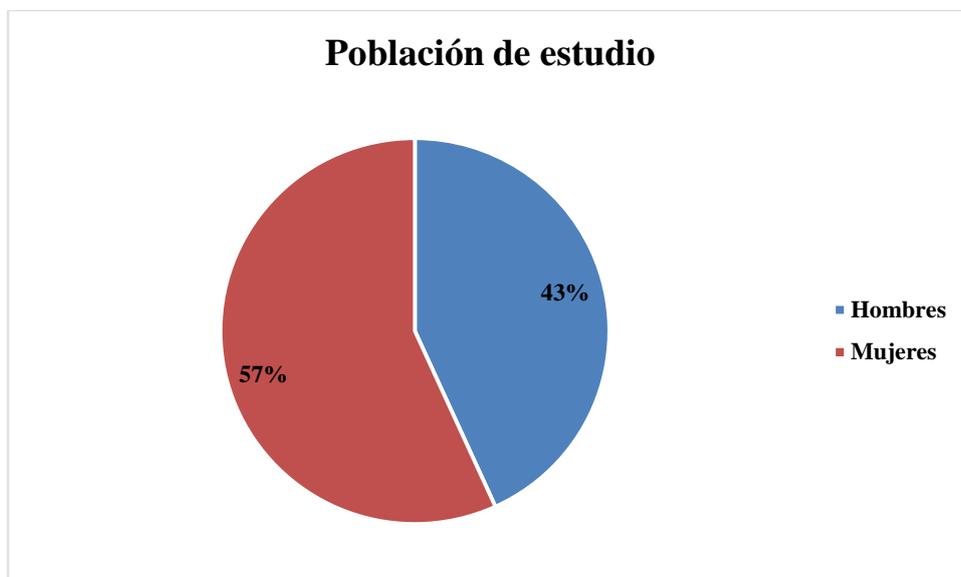


Gráfico N° 2. Población de estudio
Elaborado por: Erika Yépez
Fuente: Colegio Teilhard de Chardin

Muestra

Para la investigación se consideró a toda la población por lo que no se realizó selección de la muestra. Se contó con el consentimiento informado de los 125 estudiantes y tutores.

Criterios de inclusión

1. Estudiantes y tutores que expresaran su consentimiento para participar en la investigación

Criterios de exclusión

1. Estudiantes o tutores que expresaran su deseo de no participar en el estudio.

Instrumentos de investigación

Los instrumentos empleados para el desarrollo de la presente investigación fueron dos: el EDI-2 para la evaluación de los TCA y el otro, el Test Plutchik para

la evaluación del riesgo suicida, ambos se aplicaron a la muestra de los 125 estudiantes del Colegio Teilhard de Chardin en el año 2018 – 2019.

Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria: Test EDI-2

Para la evaluación de los TCA, se empleó como instrumento de investigación el Test EDI-2 (Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria) en su versión en español. Este es un instrumento compuesto por 91 ítems y 11 escalas que evalúan aspectos relacionados con los TCA, si bien el mismo no diagnostica anorexia ni bulimia nerviosas, si describe y mide características psicológicas relacionadas con dichos trastornos(Franco, Alvarez, & Ramírez, 2011).

Las escalas que evalúa el EDI-2 son: la obsesión por la delgadez, la bulimia, insatisfacción corporal, ineficacia, perfeccionismo, desconfianza interpersonal, conciencia introceptiva, miedo a la madurez. Como escaladas adicionales están el ascetismo, impulsividad y la inseguridad social.

En la escala de obsesión por la delgadez (DT) se evalúa la preocupación por el peso, las dietas y el miedo a engordar. En la Bulimia (B), se evalúan las tendencias a tener pensamientos o darse atracones de comida incontrolables. En la insatisfacción corporal (BD) se mide la insatisfacción del sujeto con la forma general de su cuerpo. En la Ineficacia (I) se evalúan los sentimientos de incapacidad general, inseguridad, vacío, autodesprecio y falta de control sobre la propia vida. El perfeccionismo (P) mide el grado en que el sujeto cree que sólo son aceptables niveles de rendimiento personal excelentes y está convencido de que los demás esperan de él resultados excepcionales.

En la escala de desconfianza interpersonal (ID) se evalúa el sentimiento general de alineación del sujeto y su desinterés por establecer relaciones íntimas. La conciencia introceptiva (IA) evalúa el grado de confusión o dificultad para reconocer y responder adecuadamente a los estados emocionales. En el miedo a la madurez (MF) se evalúa el temor del paciente a las experiencias psicológicas o biológicas relacionadas con el peso en la adultez y el deseo de volver a la

aparición prepuberal. En el ascetismo (A) se mide la tendencia a buscar la virtud por medio de ciertos ideales espirituales como autodisciplina, el sacrificio, la autosuperación y el control de las necesidades corporales.

En la impulsividad (IR) se evalúa la dificultad para regular los impulsos y la tendencia al abuso de drogas, la hostilidad, la agitación, la autodestrucción y la destrucción de las relaciones interpersonales. Finalmente, en la escala de la inseguridad social (SI) se mide la creencia de que las relaciones sociales son tensas, inseguras, incómodas, insatisfactorias y, generalmente, de escasa calidad.

Escala de Riesgo Suicida de Plutchik

La escala RS (Risk of Suicide) O Escala de Riesgo Suicida de Plutchik se empleó para la evaluación del riesgo suicida, que es un cuestionario compuesto por 15 ítems, en el cual el sujeto de estudio debe responder a las preguntas realizadas marcando la opción de Si o No. En este test, la puntuación total es la suma de los puntos alcanzados en cada uno de los ítems, considerando que las respuestas negativas tienen un valor de 0 y las afirmativas de 1 punto, por tanto, la puntuación final oscila entre los 0 y 15 puntos (Portilla, 2005). De acuerdo con este test, se considera que una puntuación igual o superior a 6 puntos indica la presencia de riesgo suicida (Rubio et al. 1998).

La escala RS se compone de cuatro factores, que son los siguientes:

- El factor I denominado sentimiento de inutilidad, se compone por los reactivos 3, 6, 8 y 12
- El factor II denominado ideación suicida, compuesto por los reactivos 2, 13 y 14
- El factor III denominado desesperanza, compuesto por los ítems 5, 7 y 9
- El factor IV denominado factores sociales, conformado por los reactivos 1, 4, 10, 11 15. (Santana-Campas & Santoyo, 2018)

Procedimientos para obtención y análisis de datos

Se realizó una primera reunión con el Rector y la psicóloga del Colegio Teilhard de Chardin, ante los cuales se explicó la motivación y objetivos de la investigación, y al identificarse que en la institución educativa no se ha realizado ningún estudio donde se evalúen ambas variables, se obtuvo la autorización para su realización con los estudiantes de octavo a tercero de bachillerato del establecimiento.

En un segundo momento, se establecieron los tiempos que se tendría a disposición de la autora de la investigación para la aplicación de ambos test, siendo en un día de semana, aplicándose ambos instrumentos durante la hora de clase de los estudiantes, curso por curso, iniciando con los de octavo de educación general básica y concluyendo con los de tercero de bachillerato. Para ello se contó, además, con la colaboración de los docentes, que cedieron tiempo de su clase para esta aplicación, y de los estudiantes luego de obtener el consentimiento informado de ellos y sus padres.

En la presente investigación, para la obtención de información, se emplearon varias herramientas, entre ellas la investigación documental y la aplicación de los test EDI-2 para la evaluación de los TCA y la Escala de Plutchik para la evaluación del riesgo suicida.

Con los datos obtenidos con la aplicación de los instrumentos de evaluación se confeccionó una base de datos en Excel y posteriormente en SPSS para realizar los análisis estadísticos descriptivos y correlacionales que permiten presentar y analizar los resultados obtenidos como base para desarrollar una propuesta de intervención que modifique los resultados encontrados.

Actividades

Las actividades realizadas a lo largo de la investigación fueron las siguientes:

- 1) Aprobación del título del trabajo de investigación

- 2) Reunión con el rector y psicóloga de la institución para obtener la autorización
- 3) Aplicación de los instrumentos de investigación
- 4) Tabulación de los resultados
- 5) Calificación de los test en base a los resultados obtenidos
- 6) Análisis de los resultados de los test
- 7) Análisis correlacional de las variables
- 8) Elaboración de la propuesta

CAPÍTULO IV

ANÁLISIS DE RESULTADOS

Diagnóstico de la situación actual

En el Colegio Teilhard de Chardin, previo al desarrollo de la presente investigación, los estudiantes de 8vo de EGB hasta los de 3ero de BGU no habían sido evaluados bajo ningún instrumento en lo referente a los trastornos de conducta alimentaria, así como tampoco de riesgo suicida, siendo este factor lo que permitió que el estudio se lleve a cabo en la institución, a fin de poder contar con información útil respecto a estas variables, que afectan a varios jóvenes a nivel local y mundial.

Tabla N° 2. Distribución de la población por edad

Edad	Frecuencia	Porcentaje
12 años	15	12%
13 años	18	14%
14 años	20	16%
15 años	14	11%
16 años	14	11%
17 años	35	28%
18 años	6	5%
19 años	2	2%
20 años	1	1%
Total	125	100%

Tabla N°2. Distribución de la población por edad

Elaborado por: Erika Yépez

Fuente: Instrumentos de investigación

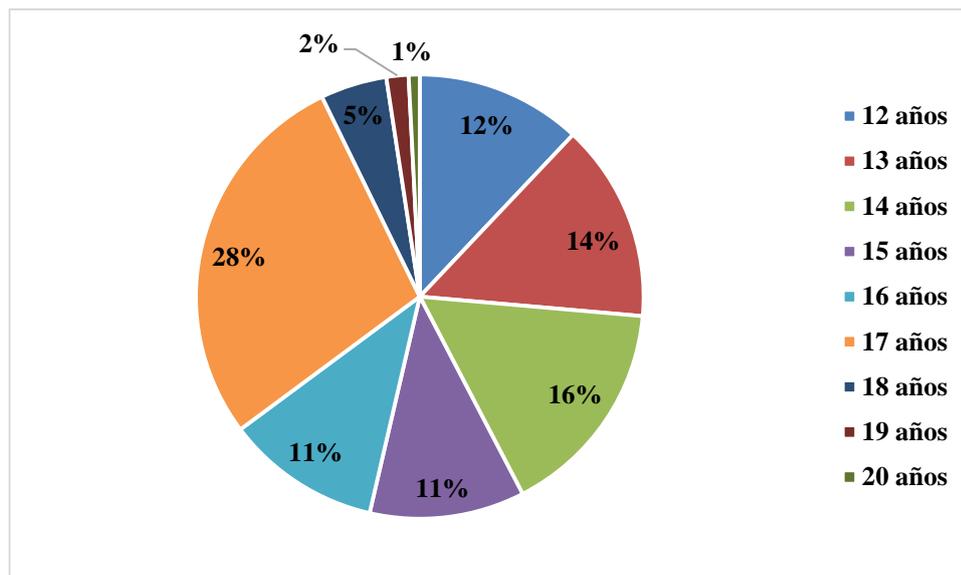


Gráfico N° 3. Distribución de la población por edad

Elaborado por: Erika Yépez

Fuente: Instrumentos de investigación

Análisis e interpretación

Como se puede observar en el gráfico anterior, los estudiantes que participaron en la investigación se encuentran distribuidos casi equitativamente entre las diferentes edades, considerando que se estudiaron a los alumnos desde 8vo de EGB hasta 3ero BGU, con una mayor cantidad de estudiantes cursando el tercer año. Además, se evidencia que existen alumnos que ya han superado la edad escolar según el grado de educación que cursan, siendo este el caso de quienes tienen de 18 a 20 años, los cuales representan un 8% en la población de estudio.

Tabla N° 3. Género

Género	Frecuencia	Porcentaje
Femenino	54	43%
Masculino	71	57%
Total	125	100%

Tabla N° 3. Género

Elaborado por: Erika Yépez

Fuente: Instrumentos de investigación

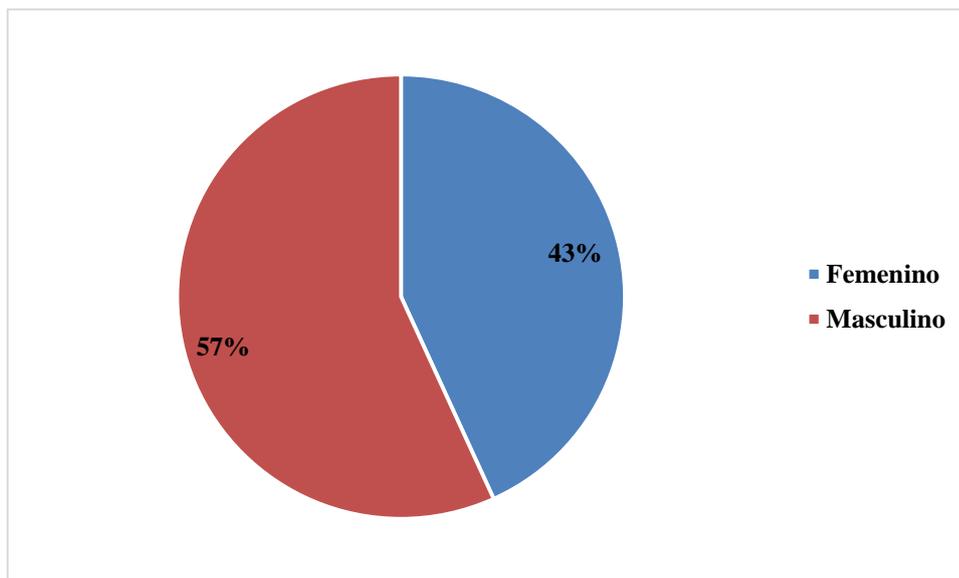


Gráfico N° 4. Género

Elaborado por: Erika Yépez

Fuente: Instrumentos de investigación

Análisis e interpretación

De acuerdo con los resultados presentados en la gráfica anterior, se puede evidenciar la existencia de una población mayoritariamente masculina entre los alumnos de 8vo a 3ero de BGU del Colegio Teilhard de Chardin, tendencia que se sigue en todos los cursos analizados, generalmente de un promedio de 20 estudiantes 12 son hombres y 8 mujeres. La consideración del género es una variable importante en la presente investigación, se justifica debido a que, según la revisión de la bibliografía realizada previamente, se identificó que son las adolescentes mujeres quienes tienden en mayor medida a padecer Trastornos del Comportamiento Alimenticio, en tanto que esta enfermedad se presenta en menor medida entre los hombres.

Resultados de padecimiento de Trastornos de Conducta Alimentaria y Riesgo Suicida

Luego de aplicar los Test EDI-2 y la Escala de RS, se procedió a la tabulación de los datos y calificación de los resultados obtenidos por cada alumno participante del estudio, para ello, se contemplaron los siguientes criterios, a fin de identificar el padecimiento o no de TCA o RS, mismos que se presentan en las tablas siguientes:

Tabla N° 4. Criterios calificación TCA

Calificación	Criterio
5-15	Sin patología
15-20	Moderado
21-24	En Riesgo
25 o +	Patología Severa

Tabla N° 4. Criterios calificación TCA

Elaborado por: Erika Yépez

Fuente: Test EDI-2

Tabla N° 5. Criterios calificación RS

Calificación	Criterio
0-5	Normal
6-10	Leve/Moderado
11-15	Severo

Tabla N°5. Criterios calificación RS

Elaborado por: Erika Yépez

Fuente: Escala RS

Considerando los criterios antes mencionados, a continuación, se presenta la tabulación y gráficas respectiva de los resultados obtenidos al evaluar a los 125 estudiantes del Colegio Teilhard de Chardin:

Tabla N° 6. Nivel de Riesgo Suicida

Nivel de RS	Frecuencia	Porcentaje
NORMAL	69	55%
LEVE/MODERADO	42	34%
SEVERO	14	11%
Total	125	100%

Tabla N° 6. Nivel de Riesgo Suicida

Elaborado por: Erika Yépez

Fuente: Instrumentos de investigación

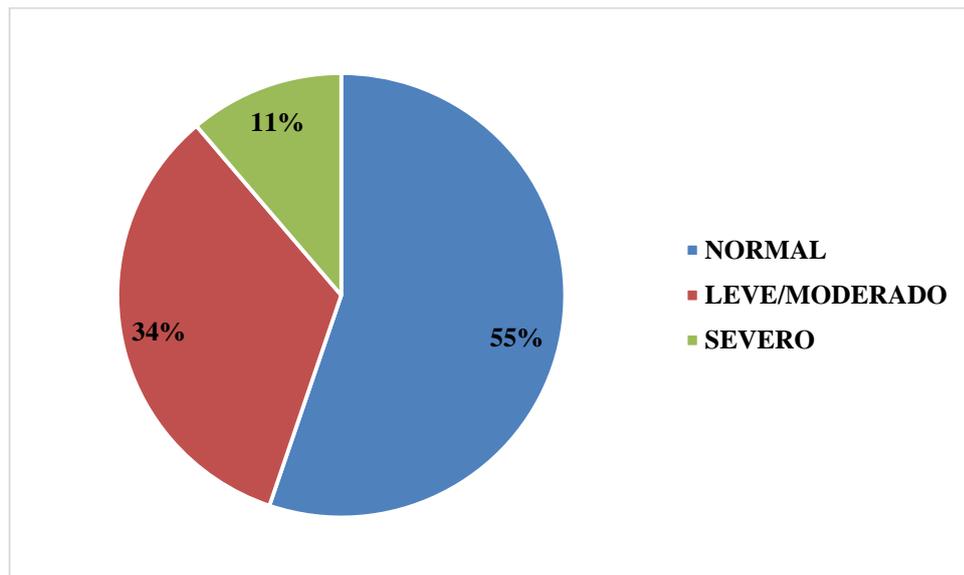


Gráfico N° 5. Nivel de Riesgo Suicida

Elaborado por: Erika Yépez

Fuente: Instrumentos de investigación

Análisis e interpretación

De acuerdo con los resultados obtenidos y presentados en la tabla y gráfica anteriores, más de la mitad de los estudiantes del Colegio Teilhard de Chardin se encuentran dentro del rango catalogado como normal, respecto al riesgo suicida, es decir, que dieron un máximo de cinco preguntas como positivo ante los 15 ítems propuestos. En tanto que, el resto se encuentran dentro de un rango de 6 en adelante, donde según la calificación del test, ya existe un riesgo suicida, por tanto, es preciso tomar acciones que ayuden a modificar este riesgo. Además, al realizar un análisis estadístico de la información, se identificó que son los hombres (33) quienes presentan un nivel entre moderado (23) y severo (10) de riesgo suicida, en tanto que, por su edad, fueron los estudiantes de 15 años,

quienes obtuvieron una calificación de severo (4) en la Escala de RS. En los casos de los estudiantes de 19 a 20 años, el riesgo es normal.

Tabla N° 7. Nivel de TCA

Nivel TCA	Frecuencia	Porcentaje
Sin Patología	69	55%
Moderado	20	16%
En Riesgo	30	24%
Patología Severa	6	5%
Total	125	100%

Tabla N° 7. Nivel de TCA

Elaborado por: Erika Yépez

Fuente: Instrumentos de investigación

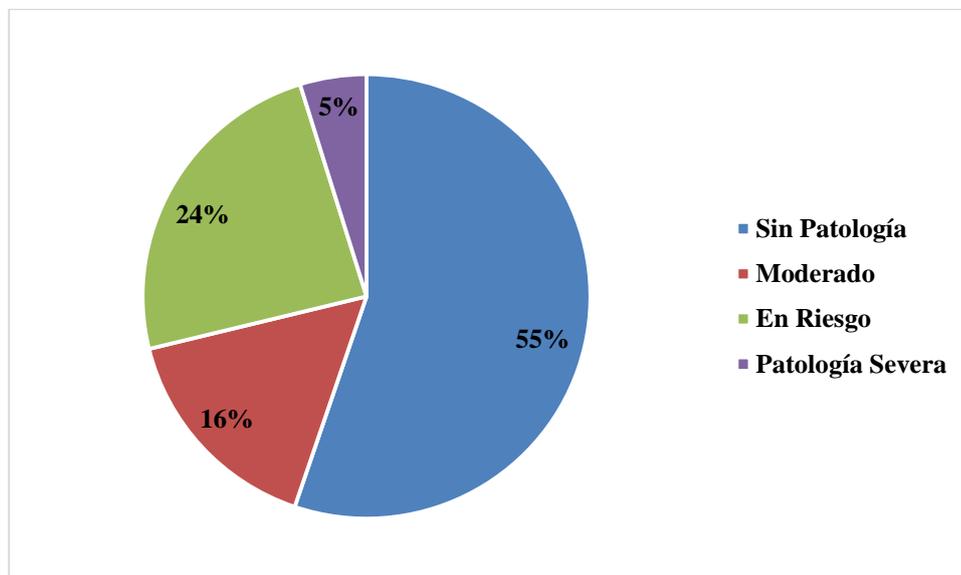


Gráfico N° 6. Nivel de TCA

Elaborado por: Erika Yépez

Fuente: Instrumentos de investigación

Análisis e interpretación

De acuerdo con los resultados obtenidos al aplicar el Test EDI-2 a los 125 estudiantes de 8vo a 3ero de BGU del Colegio Teilhard de Chardin, se evidenció que más de la mitad de esta población, no presenta la patología de trastornos alimenticios, una décima parte muestra rasgos moderados, en tanto, que más un cuarto de ellos, se encuentran en riesgo o ya presentan una patología severa de esta enfermedad, siendo un número alto de estudiantes (36). Además, se evidenció que la misma se presenta en mayor medida en las mujeres (5 de 6 casos), en tanto

que son mayoritariamente los que se encuentran en riesgo (18 de 30 casos). Respecto a la edad, quienes ya presentan el trastorno son quienes tienen de 15 a 18 años de edad, siendo a la edad de 17 años, donde se registran más casos (2).

Comprobación de la hipótesis

Para la comprobación de la hipótesis planteada, se empleó como herramienta, la correlación de Spearman, a través de la cual, se estableció el grado de relación entre las variables TCA y Riesgo Suicida, obteniéndose los siguientes resultados:

Tabla N° 8. Correlación de Spearman

		nivel de trastorno				
		nivel de riesgo		de conducta		
		suicida	alimentaria	sexo	edad	
Rho de Spearman	nivel de riesgo suicida	Coefficiente de correlación	1,000	,364**	,062	,110
		Sig. (bilateral)	.	,000	,492	,220
		N	125	125	125	125
Rho de Spearman	nivel de trastorno de conducta alimentaria	Coefficiente de correlación	,364**	1,000	,075	-,098
		Sig. (bilateral)	,000	.	,405	,275
		N	125	125	125	125
Rho de Spearman	sexo	Coefficiente de correlación	,062	,075	1,000	,012
		Sig. (bilateral)	,492	,405	.	,894
		N	125	125	125	125
Rho de Spearman	edad	Coefficiente de correlación	,110	-,098	,012	1,000
		Sig. (bilateral)	,220	,275	,894	.
		N	125	125	125	125

** La correlación es significativa en el nivel 0,01 (2 colas).

Tabla N° 8. Correlación de Spearman

Análisis e interpretación

De acuerdo con los resultados presentados en la tabla anterior, se evidencia que al utilizar el estadístico Rho de Spearman, se obtuvo un coeficiente de correlación positivo de 0.364, que es equivalente a un 36% de correlación positiva entre la

variable 1 y la variable 2, lo que explica que, al aumentar el trastorno de conducta alimentaria, también lo hará nivel de riesgo suicida, y viceversa. Este nivel de correlación resultó altamente significativo, con un puntaje inferior a 0.01 por haber sido realizada la prueba a dos colas. Por tanto, se establece que, los trastornos de conducta alimenticia si tienen relación con el riesgo suicida en los estudiantes de 8vo EGB a 3ero BGU del Colegio Teilhard de Chardin.

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Conclusiones

- A través de la aplicación del estadístico Rho de Spearman, se pudo evidenciar que existe una relación entre los Trastornos de Conducta Alimentaria y el Riesgo Suicida en los estudiantes de Octavo de Básica a Tercero de Bachillerato del Colegio Teilhard de Chardin. siendo esta correlación positiva y significativa, de modo que, a medida que incrementa el nivel del TCA, también lo hace el nivel del RS, y viceversa.
- Al emplearse el Test EDI-2, se identifica la presencia de trastornos alimenticios, y aunque no se establece el tipo de trastorno que padece el paciente, es decir, Anorexia Nerviosa o Bulimia Nerviosa, si se logra establecer el nivel de afectación del mismo, encontrándose un 24% de los estudiantes en situación de riesgo y el 16% presentan una patología severa.
- Respecto al riesgo suicida en la población objeto de estudio, se evidenció a través de la Escala RS, encontrándose que en el 34% de estudiantes el riesgo es leve/moderado y en el 11% es severo, siendo muy importante tomar en consideración que la presentación de este factor de riesgo coloca a los estudiantes ante una mayor posibilidad de realizar un intento suicida.
- Considerando los resultados obtenidos, se evidencia la necesidad de proponer talleres de intervención para prevenir los Trastornos de Conducta Alimentaria y el Riesgo Suicida entre los estudiantes de Octavo de Básica a Tercero de Bachillerato del Colegio Teilhard de Chardin.
-

Recomendaciones

- Al identificar la existencia de una relación entre las variables de estudio, es recomendable que el Departamento de Orientación del Colegio Teilhard de Chardin realice un seguimiento a aquellos estudiantes que presentaron riesgo suicida y trastornos de la conducta alimentaria, de modo que se pueda brindar a los jóvenes la atención pertinente, en conjunto con los padres de familia.
- Es importante que la institución educativa objeto de estudio, implemente acciones que los ayuden a identificar si alguno de sus alumnos padece alguno de los trastornos de conducta alimenticia o riesgo suicida, contando para ello con la colaboración de los padres, en la realización de exámenes médicos, así como test psicológicos. Además, de realizarse charlas respecto a estos temas, de modo que los padres en casa puedan identificar los síntomas, y se encuentren más alerta.
- Es necesario, que se trabaje tanto con aquellos estudiantes que padecen alguno de los trastornos, así como quienes no presentan síntomas, es decir, establecer acciones preventivas, que ayuden a evitar que los adolescentes se vean afectados por esta problemática, siendo el rol tanto de docentes como padres de gran importancia para ayudar a los jóvenes a mantenerse saludables.
- El Colegio Teilhard de Chardin puede hacer uso de talleres enfocados en los TCA, así como en el RS, siendo uno de ellos, los propuestos en la presente investigación.

Discusión

Al aplicar los test EDI-2 y la Escala de Riesgo Suicida, se pudo evidenciar la existencia de una relación positiva entre el TCA y el RS en los adolescentes de 8vo BGU y 3ero BGU del Colegio Teilhard de Chardin, por tanto, si se incrementa el nivel del padecimiento en una de ellas, también se aumenta el nivel de la otra.

La información obtenida en la presente investigación coincide con los resultados obtenidos en estudios previos, donde se ha identificado que el suicidio es una de las mayores causas de muerte en adolescentes con trastornos de alimentación, siendo el porcentaje de muerte autoinfligida desde el 1,8 hasta el 7,3%(Bodell, Joiner & Keel, 2013; Cruzat, Ramírez, Melipillán & Marzolo, 2008), pero evaluado desde la presencia del riesgo suicida, que coloca a estos estudiantes ante una mayor probabilidad de realizar un intento suicida, mucho más si consideramos que tanto la conducta suicida como los trastornos de la conducta alimentaria se encuentran influenciados por varios factores, como el estilo de vida, presión social y situaciones psicológicas en las cuales se encuentran inmersos los adolescentes(Suárez, 2011), los cuales contribuyen a que se desarrollen estas enfermedades.

Por otro lado, también se evidenció, como señalan López, Martínez, & Aguilera(2018)que los TCA se presentan con mayor medida en las mujeres, con una edad promedio de aparición de los síntomas a los 15 años. En el caso del presente estudio 5 de los 6 estudiantes con resultados de patología severa de TCA según el instrumento pertenecen al sexo femenino. De igual manera, se detecta una tendencia creciente del número de estudiantes hombres que presentan TCA, ya que de los 30 adolescentes que se encuentran en riesgo de padecer TCA, 18 son de género masculino. En cuanto a la edad, fueron los alumnos entre 15 a 18 años donde se identificó un mayor número de estudiantes con TCA.

Referente al riesgo suicida, de acuerdo con Rodríguez (2007) este se presenta con mayor frecuencia en el rango de edad 15 a los 19 años, llegando en algunos países a ser la segunda causa de muerte; y, según Lora y León (2009), se presenta en mayor medida entre los hombres; datos que también difieren de los obtenidos en este estudio, donde se identificó que son los hombres (33) quienes presentan un nivel entre moderado (23) y severo (10) de riesgo suicida. En tanto que, por su edad, fueron los estudiantes de 15 años, quienes obtuvieron una calificación de severo (4) en la Escala de RS.

CAPÍTULO VI

PROPUESTA

Tema de la propuesta

“Talleres de intervención para prevenir los Trastornos de Conducta Alimentaria y el Riesgo Suicida entre los estudiantes de Octavo de Básica a Tercero de Bachillerato del Colegio Teilhard de Chardin”

Justificación

Con los datos obtenidos en la investigación se pudo corroborar que existe una correlación positiva entre los trastornos de conducta alimentaria y el riesgo suicida, además de presentarse casos severos de ambas patologías, razón por la que se considera fundamental la elaboración de los talleres de intervención para prevenir estos padecimientos.

La importancia de estos talleres radica en que se busca que los jóvenes, docentes y padres de familia de Octavo de Básica a Tercero de Bachillerato del Colegio Teilhard de Chardin reciban la información necesaria que los ayude a identificar los síntomas o señales de alerta de alerta ante estos trastornos que pudieran generar efectos adversos en la salud e integridad de los adolescentes. De modo, que se pueda realizar una intervención a tiempo a quienes presenten síntomas, y se brinde la atención necesaria aquellos que se encuentran ya enfermos, considerando que el apoyo familiar y de amigos es clave en el proceso de mejora.

OBJETIVOS

General

Diseñar talleres de intervención para prevenir los Trastornos de Conducta Alimentaria y el Riesgo Suicida entre los estudiantes de Octavo de Básica a Tercero de Bachillerato del Colegio Teilhard de Chardin, ubicado en la ciudad de Quito.

Específicos

- Estructurar una secuencia de actividades para prevenir los Trastornos de Conducta Alimentaria entre los estudiantes
- Definir actividades para prevenir el Riesgo Suicida entre los estudiantes.

ESTRUCTURA TÉCNICA DE LA PROPUESTA

La presente propuesta se encuentra encaminada al diseño de talleres de intervención para prevenir los Trastornos de Conducta Alimentaria y el Riesgo Suicida entre los estudiantes de Octavo de Básica a Tercero de Bachillerato del Colegio Teilhard de Chardin, ubicado en la ciudad de Quito, los cuales se encuentran distribuidos en varias fases. En el caso de los TCA, se encuentran relacionados con el reconocimiento de los síntomas y del cuidado personal, y en el del Riesgo Suicida, se abarca desde la exposición de los factores de riesgo hasta los factores de protección.

La propuesta se encuentra estructurada por seis talleres, los cuales tienen una duración aproximada de 1 hora y 30 minutos, en los cuales se presentarán los diferentes tópicos por parte del moderador, realizándose las sesiones de manera grupal, y desarrollando diferentes actividades que permitan ayudar a los estudiantes a mejorar percepción de su imagen corporal.

Argumentación teórica

La propuesta se realiza bajo el enfoque psicoeducativo, que es un modelo de intervención en el tratamiento de enfermedades mentales como los TCA y el RS, el cual contempla como factores de vulnerabilidad los elementos genéticos, bioquímicos y cognitivos, así como los sucesos estresantes que se pueden presentar en la vida cotidiana de una persona y que pueden ser de difícil resolución por parte del individuo(Parrado, Aguado, & Pérez, 1998).

Este enfoque parte por la localización de los comportamientos erróneos de la persona y sus patrones, para luego proponer una intervención que modifique y cambie los mismos, buscando una disminución de las recaídas del enfermo. En este modelo, el involucramiento de la familia es el principal agente de rehabilitación, razón por la que se busca informarlos sobre el padecimiento, de modo que su comportamiento se base en el conocimiento de la misma(Albarrán & Macías, 2007).

Los talleres psicoeducativos se convierten en una herramienta clave para la modificación y aprendizaje de nuevos esquemas de pensamiento y conducta pro sociales; los cuales, dentro de las instituciones educativas, se encuentran enfocados a los docentes, alumnos y padres de familia, con el objetivo de mejorar la calidad de vida por medio de la adquisición de nuevos comportamientos, motivaciones, creencias, actitudes y valores(Santamaría, 2010).

Siendo este el proceso que se ha seguido en la presente investigación, donde se ha establecido en primera instancia que, son varios los estudiantes que presentan un elevado y severo nivel de riesgo suicida; y que se encuentran en riesgo de padecer TCA o ya presentan este trastorno. Por tanto, a través de este enfoque se podrán diseñar talleres que permitan cambiar positivamente las conductas y pensamientos de los estudiantes, así como exponerles las consecuencias de estos padecimientos.

DISEÑO TÉCNICO DE LA PROPUESTA

Tabla N° 9. Plan Operativo

Fase	Actividad	Objetivos	Recursos	Tiempo	Responsable
I: Logística	Preparar los materiales requeridos para el desarrollo de la propuesta	Gestionar los recursos necesarios y colaboración de estudiantes y autoridades	Tecnológicos, Humanos, Infraestructura, Bibliografía	1 hora	Investigadora
II: Socialización	Exponer el objetivo del desarrollo de los talleres ante las autoridades competentes, docentes, estudiantes y padres de familia	Dar a conocer a las autoridades, docentes, estudiantes y padres de familia el contenido y objetivo de los talleres a realizarse	Tecnológicos, Humanos, Infraestructura, Bibliografía	30 minutos	Investigadora
III: Ejecución Taller I: ¿Qué son los TCA?	Informar respecto a los TCA	Brindar información sobre los TCA, y cómo prevenirlos	Tecnológicos, Humanos, Infraestructura, Bibliografía	1H30 M	Investigadora
Taller II: Autoestima	Aplicar técnicas para el autoconocimiento y autoaceptación	Identificar la valoración que tienen los estudiantes respecto a ellos mismos	Tecnológicos, Humanos, Infraestructura, Bibliografía	1H30 M	Investigadora
Taller III: Alimentación Sana	Informar sobre nutrición	Brindar información sobre los mitos respecto a la nutrición	Tecnológicos, Humanos, Infraestructura, Bibliografía	1H30 M	Investigadora
Taller IV: Mi proyecto de vida	Lograr el reconocimiento de la persona y sus metas	Lograr el reconocimiento propio del individuo y sus metas a futuro	Tecnológicos, Humanos, Infraestructura, Bibliografía	1H30 M	Investigadora

Fase	Actividad	Objetivos	Recursos	Tiempo	Responsable
Taller V: Expresión emocional	Aplicar técnicas para la expresión de emociones y sentimientos de manera positiva	Lograr que los estudiantes identifiquen aquellas experiencias de su vida que los hacen sentir bien y mal	Tecnológicos, Humanos, Infraestructura, Bibliografía	1H40 M	Investigadora
Taller VI: Relaciones Afectivas	Aplicar técnicas para reconocer la estructura y funcionamiento familiar	Identificar la estructura y funcionamiento familiar de los estudiantes, y cómo este influye en los mismos	Tecnológicos, Humanos, Infraestructura, Bibliografía	1H25 M	Investigadora

Elaborado por: Erika Yépez

Tabla N° 10. Taller I

Tema:	¿Qué son los TCA?				
Objetivo:	Brindar información sobre los TCA, y cómo prevenirlos				
Fase	Aspecto a trabajar	Técnica	Metas de resultados esperados	Tiempo	Responsable
Fase I: Rapport	Bienvenida	Dinámica de grupo "El teléfono descompuesto"	Animación del grupo	15 minutos	Investigadora
Fase II: Introducción	Explicación del tema a tratar y sus objetivos	Exposición informativa a través de diapositivas ¿Qué son los TCA? ¿Cuáles son las señales de alerta?	Brindar información sobre los TCA y herramientas para detectarlos	30 minutos	Investigadora
Fase III: Procedimiento	Los TCA	Lectura de una historia	Identificar señales de alerta	30 minutos	Investigadora
Fase IV: Cierre	Preguntas sobre el taller efectuado	Retroalimentación	Entendimiento del tema del taller	15 minutos	Investigadora

Elaborado por: Erika Yépez

Taller I

Fase I: Rapport

Para dar inicio con el taller, se parte con el saludo y bienvenida a los asistentes, así como la presentación de la moderadora para irse familiarizando con los participantes de la actividad.

Como dinámica de bienvenida se aplicará el **teléfono descompuesto**, la cual consiste en que todos los participantes se sienten en círculo. Quien inicia el juego debe pensar una frase que le deberá susurrar al oído al jugador de su derecha, a fin de que el resto no la escuchen. El segundo jugador realizará lo mismos, hasta que el mensaje llegue al último participante, quien deberá indicar el mensaje que ha recibido.

Fase II: Introducción

Después de terminar con la dinámica propuesta, se iniciará a explicar el tema y objetivos del taller, siendo en este caso sobre los trastornos alimenticios, el origen de los mismos, los tipos y los síntomas, a fin de que puedan ser identificados.

Fase III: Procedimiento

Dentro de esta fase el moderador, empleará como técnica la lectura de una historia (Anexo 1) la cual servirá como mecanismos para que los estudiantes puedan reflexionar sobre las características de esta enfermedad y proponer alternativas para la prevención de los trastornos de la conducta alimentaria.

Fase IV: Cierre

Para realizar el cierre del taller se realizará una retroalimentación, donde el moderador en primera instancia realizará preguntas respecto al contenido impartido, y en según atenderá las preguntas de los participantes. Además, de consultarse a cada uno si le pareció o no interesante el tema, y como podría mejorar el taller.

Tabla N° 11. Taller II

Tema:	Autoestima				
Objetivo:	Identificar la valoración que tienen los estudiantes respecto a ellos mismos				
Fase	Aspecto a trabajar	Técnica	Metas de resultados esperados	Tiempo	Responsable
Fase I: Rapport	Bienvenida	Dinámica de grupo "Nos vamos de fiesta"	Captar la atención de los jóvenes	15 minutos	Investigadora
Fase II: Introducción	Explicación del tema a tratar y sus objetivos	Exposición informativa a través de diapositivas ¿Qué es la autoestima y sus componentes? ¿Qué es el autoconcepto y autoaceptación?	Brindar información sobre el autoestima, el autoconcepto y autoaceptación	30 minutos	Investigadora

Fase III: Procedimiento	Autoestima	El árbol de mi autoestima/ La publicidad	Identificar cómo se ven y sienten los estudiantes	30 minutos	Investigadora
Fase IV: Cierre	Preguntas sobre el taller efectuado	Retroalimentación	Entendimiento del tema del taller	15 minutos	Investigadora

Elaborado por: Erika Yépez

Taller II

Fase I: Rapport

Para dar inicio con el taller, se parte con el saludo y bienvenida a los asistentes, así como la presentación de la moderadora para irse familiarizando con los participantes de la actividad.

Como dinámica de bienvenida se aplicará **Nos vamos de fiesta**, la cual consiste en que todos los participantes se sienten en círculo. Quien inicia el juego debe indicar su nombre y el tipo de fiesta o evento al que le gustaría asistir. Luego, el segundo estudiante repetirá la información dada por el primero y suministrará la suya propia, y así se irá repitiendo hasta el último estudiante, quien tendrá que repetir la información de todos los anteriores a él y la suya propia.

Fase II: Introducción

Después de terminar con la dinámica propuesta, se iniciará a explicar el tema y objetivos del taller, siendo en este caso la autoestima, sus componentes, el autoconcepto y la autoaceptación, empleando para ello como recurso una presentación en diapositivas.

Fase III: Procedimiento

Dentro de esta fase el moderador, empleará dos técnicas, el árbol de mi autoestima y la publicidad (Anexo 2) las cuales servirán como mecanismos para identificar como los estudiantes se valoran ellos mismos, reconociendo sus cualidades y logros.

Fase IV: Cierre

Para realizar el cierre del taller se realizará una retroalimentación, donde el moderador en primera instancia realizará preguntas respecto al contenido impartido, y en según atenderá las preguntas de los participantes. Además, de consultarse a cada uno si le pareció o no interesante el tema, y como podría mejorar el taller.

Tabla N° 12. Taller III

Tema:	Alimentación Sana				
Objetivo:	Brindar información sobre los mitos respecto a la nutrición				
Fase	Aspecto a trabajar	Técnica	Metas de resultados esperados	Tiempo	Responsable
Fase I: Rapport	Bienvenida	Dinámica de grupo "Cosas en común"	Reconocimiento entre compañeros	15 minutos	Investigadora
Fase II: Introducción	Explicación del tema a tratar y sus objetivos	Exposición informativa a través de diapositivas sobre la Alimentación y Nutrición	Brindar información sobre los TCA y herramientas para detectarlos	30 minutos	Investigadora
Fase III: Procedimiento	Alimentación Saludable	¿Verdadero o falso?/ ¿Qué comí ayer?	Reconocer los mitos sobre los alimentos	30 minutos	Investigadora
Fase IV: Cierre	Preguntas sobre el taller efectuado	Retroalimentación	Entendimiento del tema del taller	15 minutos	Investigadora

Elaborado por: Erika Yépez

Taller III

Fase I: Rapport

Para dar inicio con el taller, se parte con el saludo y bienvenida a los asistentes, así como la presentación de la moderadora para irse familiarizando con los participantes de la actividad.

Como dinámica de bienvenida se aplicará **Cosas en común**, la cual consiste en que formar grupos con unos 5 o 6 miembros cada uno, los cuales deberán elaborar una lista de unas 10 cosas que compartan entre sí. Para evitar ir a lo fácil, no se pueden incluir partes del cuerpo o ropa. Cuando todos tengan sus listas hechas, deberán dictarlas en voz alta al moderador, quien las anotará en el pizarrón. Así, se podrá ver con más claridad qué cosas tiene en común todo el grupo.

Fase II: Introducción

Después de terminar con la dinámica propuesta, se iniciará abordar el tema de la alimentación y la nutrición, los tipos de nutrientes y en qué consiste una dieta saludable. Información que se presentará a través de diapositivas animadas, para un mejor entendimiento de los estudiantes.

Fase III: Procedimiento

Dentro de esta fase el moderador, empleará dos técnicas, el ¿verdadero o falso? y ¿Qué comí ayer? (Anexo 3) los cuales servirán para identificar el conocimiento de los estudiantes respecto a los alimentos y los nutrientes, así como si su consumo de alimentos es el adecuado.

Fase IV: Cierre

Para realizar el cierre del taller se realizará una retroalimentación, donde el moderador en primera instancia realizará preguntas respecto al contenido impartido, y en según atenderá las preguntas de los participantes. Además, de consultarse a cada uno si le pareció o no interesante el tema, y como podría mejorar el taller.

Tabla N° 13. Taller IV

Tema:	Mi Proyecto de Vida				
Objetivo:	Lograr el reconocimiento propio del individuo y sus metas a futuro				
Fase	Aspecto a trabajar	Técnica	Metas de resultados esperados	Tiempo	Responsable
Fase I: Rapport	Bienvenida	Dinámica de grupo "La cebolla"	Conexión y confianza entre los	15 minutos	Investigadora

			miembros del grupo		
Fase II: Introducción	Explicación del tema a tratar y sus objetivos	Exposición informativa a través de diapositivas ¿Quién soy? ¿Qué me gusta? ¿Quién quiero ser?	Reconocer las fortalezas de los estudiantes y sus metas personales y profesionales	30 minutos	Investigadora
Fase III: Procedimiento	¿Cómo me siento conmigo y con los demás?	Lectura de notas/ Escribir cartas	Identificar señales de alerta	30 minutos	Investigadora
Fase IV: Cierre	Preguntas sobre el taller efectuado	Retroalimentación	Entendimiento del tema del taller	15 minutos	Investigadora

Elaborado por: Erika Yépez

Taller IV

Fase I: Rapport

Para dar inicio con el taller, se parte con el saludo y bienvenida a los asistentes, así como la presentación de la moderadora para irse familiarizando con los participantes de la actividad.

Como dinámica de bienvenida se aplicará **La cebolla**, para la cual un voluntario asumirá el rol de granjero, mientras que el resto del grupo formará una cebolla. Para formarla, todos los participantes deberán unirse entre sí y sujetarse muy fuerte, como si fueran las capas de una cebolla, cuando estén listos, el granjero irá pelando la cebolla capa por capa. La capa que sea desprendida, ayudará al granjero a pelar la cebolla. La dinámica termine cuando se saquen todas las capas de la cebolla. Al finalizar, el grupo compartirá verbalmente como se sintió al realizar la actividad.

Fase II: Introducción

Después de terminar con la dinámica propuesta, se iniciará abordar el tema ¿Quién soy?, donde se contemplarán temas como las emociones, los gustos y preferencias. Luego se aborda el ¿Quién quiero ser?, abarcando esferas como la física, nutricional, deportiva, familiar, pareja, social, recreacional, educativa, laboral, cultural y espiritual. Así como identificándose el qué se está haciendo para conseguirlo. Esta información se presentará a través de diapositivas.

Fase III: Procedimiento

Dentro de esta fase el moderador, empleará como técnica la lectura de notas (Anexo 4) la cual servirá como mecanismos para que los estudiantes puedan reflexionar sobre un comportamiento positivo y un comportamiento negativo. Además, se realizarán cartas, donde los estudiantes describirán como se sienten ellos en la actualidad con su persona y su vida en general, y que les gustaría llegar a ser a futuro.

Fase IV: Cierre

Para realizar el cierre del taller se realizará una retroalimentación, donde el moderador en primera instancia realizará preguntas respecto al contenido impartido, y en según atenderá las preguntas de los participantes. Además, de consultarse a cada uno si le pareció o no interesante el tema, y como podría mejorar el taller.

Tabla N° 14. Taller V

Tema:	Expresión emocional				
Objetivo:	Lograr que los estudiantes identifiquen aquellas experiencias de su vida que los hacen sentir bien y mal				
Fase	Aspecto a trabajar	Técnica	Metas de resultados esperados	Tiempo	Responsable
Fase I: Rapport	Bienvenida	Dinámica de grupo "El círculo"	Confianza entre los miembros del grupo a través del contacto físico	15 minutos	Investigadora

Fase II: Introducción	Explicación del tema a tratar y sus objetivos	Exposición informativa a través de diapositivas ¿Qué son los sentimientos y emociones? ¿Cómo expresar positivamente los sentimientos y emociones?	Entregar técnicas para una adecuada exposición de los sentimientos y emociones	30 minutos	Investigadora
Fase III: Procedimiento	Las emociones y sentimientos	Círculo de confianza	Expresar las emociones y sentimientos de los miembros del grupo	40 minutos	Investigadora
Fase IV: Cierre	Preguntas sobre el taller efectuado	Retroalimentación	Entendimiento del tema del taller	15 minutos	Investigadora

Elaborado por: Erika Yépez

Taller V

Fase I: Rapport

Para dar inicio con el taller, se parte con el saludo y bienvenida a los asistentes, así como la presentación de la moderadora para irse familiarizando con los participantes de la actividad.

Como dinámica de bienvenida se aplicará **El círculo**, la cual consiste en que formar grupos con unos 5 miembros. Los miembros de cada subgrupo formarán un círculo, menos uno, quien se quedará en el interior del mismo. Los participantes que constituyen el círculo se pegarán muy bien entre ellas, de modo que no queden espacios. En tanto que la persona que se encuentra dentro, se balanceará hacia los lados, adelante y atrás, teniendo los miembros de su grupo quienes eviten que se caiga y se impulse nuevamente. Después de 2 minutos, se cambia de integrante, a fin de que todos participen. Al finalizar se comparte la experiencia.

Fase II: Introducción

Después de terminar con la dinámica propuesta, se iniciará abordar el tema del taller, siendo este los sentimientos y emociones; y como expresarlos positivamente. Para ello, se empleará como recurso una presentación en diapositivas.

Fase III: Procedimiento

Dentro de esta fase el moderador, empleará como técnica el círculo de confianza (Anexo 5), los cuales se irán completando con respuestas a las preguntas realizadas por la moderadora, en base a 6 temáticas: yo, familia, amigos, compañeros, conocidos y desconocidos, para que los estudiantes puedan expresar como se sienten con ellos mismos y con los demás. La actividad inicia introduciendo el tema de la confianza, preguntando a los estudiantes que significa para ellos. Luego se va explicando qué ocurre en cada círculo y se los va guiando con preguntas.

Fase IV: Cierre

Para realizar el cierre del taller se realizará una retroalimentación, donde el moderador en primera instancia realizará preguntas respecto al contenido impartido, y en según atenderá las preguntas de los participantes. Además, de consultarse a cada uno si le pareció o no interesante el tema, y como podría mejorar el taller.

Tabla N° 15. Taller VI

Tema:	Relaciones Afectivas				
Objetivo:	Identificar la estructura y funcionamiento familiar de los estudiantes, y cómo este influye en los mismos				
Fase	Aspecto a trabajar	Técnica	Metas de resultados esperados	Tiempo	Responsable
Fase I: Rapport	Bienvenida	Dinámica de grupo "Afirmaciones en grupo"	Fomentar la comunicación y el diálogo, y conocer las diferentes valoraciones	30 minutos	Investigadora

			de los miembros del grupo		
Fase II: Introducción	Explicación del tema a tratar y sus objetivos	Exposición informativa a través de diapositivas: Estructura y funcionamiento familiar	Reconocer los valores familiares de los estudiantes	20 minutos	Investigadora
Fase III: Procedimiento	Relaciones afectivas en la familia	Dibujo sobre La Familia	Identificar las características de las familias y el rol del estudiante dentro de la misma	20 minutos	Investigadora
Fase IV: Cierre	Preguntas sobre el taller efectuado	Retroalimentación	Entendimiento del tema del taller	15 minutos	Investigadora

Elaborado por: Erika Yépez

Taller VI

Fase I: Rapport

Para dar inicio con el taller, se parte con el saludo y bienvenida a los asistentes, así como la presentación de la moderadora para irse familiarizando con los participantes de la actividad.

Como dinámica de bienvenida se aplicará **Las afirmaciones en grupo**, la cual consiste en elegir un tema concreto para que los participantes opinen sobre él. Cada miembro deberá escribir en una tarjeta sus ideas, para después ir escribiendo en el pizarrón las afirmaciones en común y sobre las que se tiene acuerdo y desacuerdo, después se establece un debate. Para que la actividad sea más corta la moderadora realizará preguntas concretas sobre las que deberán opinar los estudiantes.

Fase II: Introducción

Después de terminar con la dinámica propuesta, se iniciará abordar el tema del taller, siendo este la estructura y el funcionamiento de la familia; información que se presentará a través de diapositivas.

Fase III: Procedimiento

Dentro de esta fase el moderador, empleará como técnica el dibujo de la familia, en el cual los estudiantes deberán dibujar a todos los miembros que integran su familia, mencionar las características de la misma y la importancia que tiene para ellos, así como identificar el rol que cumplen su familia, de modo que se pueda reconocer el entorno familiar del estudiante.

Fase IV: Cierre

Para realizar el cierre del taller se realizará una retroalimentación, donde el moderador en primera instancia realizará preguntas respecto al contenido impartido, y atenderá las preguntas de los participantes. Además, de consultarse a cada uno si le pareció o no interesante el tema, y como podría mejorar el taller.

BIBLIOGRAFÍA

- Acerete, D., Trabazo, R., & Lambruschini, N. (2009). Trastornos del comportamiento alimentario: Anorexia nerviosa y bulimia nerviosa. *Protocolos diagnóstico-terapéuticos de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica SEGHPN-AEP*, 325-339.
- Aguilar, G. L. (2017). *Funcionalidad familiar y su relación con conductas de riesgo en estudiantes del Colegio Ciudad de Portovelo*. Loja: Universidad Nacional de Loja. Obtenido de <http://dspace.unl.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/19579/1/TESIS%20GIANELA%20APOLO.pdf>
- Albarrán, A., & Macías, M. (2007). Aportaciones para un modelo psicoeducativo en el servicio de psiquiatría del Hospital Civil Fray Antonio Alcalde en Guadalajara, Jalisco, México. *Investigación en Salud*, 118-124.
- American Academy of Pediatrics. (28 de Noviembre de 2016). *Tratamiento para los trastornos alimentarios*. Obtenido de <https://www.healthychildren.org/Spanish/health-issues/conditions/emotional-problems/Paginas/treating-eating-disorders.aspx>
- American Psychiatric Association. (2003). *Manual diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales DSM-IV-TR*. México: MASON.
- American Psychiatric Association. (2014). *DSM-5. Manual Diagnóstico Y Estadístico de los Trastornos Mentales*. Barcelona.
- Andrés Rodríguez, A. C. (2007). *Prevalencia del riesgo de suicidio en estudiantes de medicina de la Universidad de Cuenca, durante el año 2007*. Cuenca: Universidad de Cuenca. Obtenido de <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/19787/4/Prevalencia%20de%20Riesgo%20de%20Suicidio%20en%20Estudiantes%20de%20Medicina.pdf>
- Baquero, L. C., Pinzón, M. A., Prada, M. P., & Prieto, B. L. (mayo de 2017). Asociación entre conducta suicida y síntomas de anorexia y bulimia nerviosa en escolares de Boyacá, Colombia. *Acta Colombiana de*

- Psicología*, 1-11. Obtenido de http://www.scielo.org.co/pdf/acp/v20n2/es_0123-9155-acp-20-02-00189.pdf
- Benjet, C., Méndez, E., Borges, G., & Medina–Mora, M. E. (2012, Diciembre). Epidemiología de los trastornos de la conducta alimentaria en una muestra representativa de adolescentes. *Salud Mental*, 1-3. Retrieved from http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0185-33252012000600005&script=sci_arttext&tlng=en
- Betancourt, A. (2008). El suicidio en el Ecuador: un fenómeno en ascenso. *Programa Estudios de la Ciudad*, 4-9. Obtenido de <http://repositorio.flacsoandes.edu.ec/bitstream/10469/2350/1/BFLACSO-CS26-04-Betancourt.pdf>
- Birch, & Davison. (2001). Family environmental factors influencing the developing behavioral controls of food intake and childhood overweight. *Pediatr Clin North Am*, 893-907.
- Cala, I. (2014). *Los trastornos de la conducta alimentaria: evolución histórica y situación actual*. Cádiz: Universidad de Cádiz. Obtenido de <https://rodin.uca.es/xmlui/bitstream/handle/10498/16973/TFG%20terminado.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Calvopiña, D. (abril de 2014). *Factores de riesgo que inciden en la probabilidad de padecer trastornos de conducta alimentaria en adolescentes de la unidad educativa Sagrados Corazones de Rumipamba. Quito 2013-2014*. Quito: PUCE.
- Carolina, L. G., & Janet, T. (2011). *Trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes: descripción y manejo*. Obtenido de <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-trastornos-conducta-alimentaria-adolescentes-descripcion-S0716864011703960>
- Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva. (2004). *Guía de Trastornos Alimenticios*. Guadalajara: Secretaría de Salud. Obtenido de <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/guiatrastornos.pdf>

- Córdova, M., Rosales, J., & García, M. (2012). Ideación suicida y variables asociadas en jóvenes universitarios del estado de Hidalgo, México. *Psicogente*, 287-301.
- Correa, M. L., Zubarew, T., Silva, P., & Romero, M. I. (2006). Prevalencia de riesgo de trastornos alimentarios en adolescentes mujeres escolares de la Región Metropolitana. *Revista chilena de pediatría*, 153-160. Obtenido de https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062006000200005
- Cortés, R. (2011). Consecuencias a largo plazo del abuso sexual infantil: papel de la naturaleza y continuidad del abuso y del ambiente familiar. *Behavioral Psychology*, 41-56.
- Cruz, A. (2001). *Anorexia*. México: Selector.
- Cutting, Fisher, Grimm-Thomas, & Birch. (1999). Like mother, like daughter: familial patterns of overweight are mediated by mothers' dietary disinhibition. *Am J Clin Nutr*, 608-13.
- Fernández, P. (14 de Noviembre de 2007). *El 90% de los afectados por trastornos alimenticios son chicas en la edad de la pubertad*. Obtenido de <https://www.elnortedecastilla.es/20071114/zamora/afectados-trastornos-alimenticios-chicas-20071114.html>
- Franco, K., Alvarez, G., & Ramírez, R. (2011). Instrumentos para trastornos del comprotamiento alimentario validados en mujeres mexicanas: Una revisión de la literatura. *Revista mexicana de trastornos alimentarios*.
- García, M. (1996). *Vinculación parentofilial y desarrollo de la psicopatología en la edad adulta*. En: Gómez P, editor. *Anorexia nerviosa. La prevención en familia*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Gusqui, R. (2014). *Asociación del Índice de Masa Corporal y conductas de riesgo en el desarrollo de trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes del colegio fiscomisional "Don Bosco", cantón Macas 2013*. Macas: ESPOCH.
- Ingrassia, V. (30 de Noviembre de 2019). *Qué son los trastornos alimentarios y como evitarlos*. Obtenido de

<https://www.infobae.com/salud/2019/11/30/que-son-los-trastornos-alimentarios-y-como-evitarlos/>

- López, A., Martínez, A., & Aguilera, V. (2018). *Investigaciones en comportamiento alimentario. Reflexiones, alcances y retos*. México: RIICAN.
- Mansilla, F. (agosto de 2010). *Psiquiatría Integral*. Obtenido de <http://psiquiatriaintegral.com.mx/principal/?p=241>
- Martín, M. (2012). Patologías bucales relacionadas con alteraciones nutricionales. *Salud bucal y Alimentación*, 1-12.
- Méndez, J., Vázquez, V., & García, E. (2008). *Los trastornos de la conducta alimentaria*. México: Mediagraphin.
- Mérida, C., & López, R. (2013). Prevalencia de los trastornos de la conducta alimentaria y su relación con la ansiedad y depresión en adolescentes de secundaria de la ciudad de La Paz. *Revista de Investigación Psicológica*.
- MINSALUD Colombia. (2018). *Boletín de salud mental. Conducta suicida*. Bogotá: MINSALUD.
- Molero, M., Pérez, M., Gázquez, J., Barragán, A., Martos, Á., & Simón, M. (2016). *Intervención en contextos clínicos y de la salud*. ASUNIVEP.
- National Eating Disorders Association*. (2018). Obtenido de <https://www.nationaleatingdisorders.org/consecuencias-de-salud-de-los-trastornos-alimenticios>
- Neira, J. (2016). *Prevención de riesgos laborales. El suicidio*. Universidad Miguel Hernández.
- Ochoa, N. C., Ramos, E. C., Méndez, A. J., & Alamilla, E. K. (2013). Prevalencia de trastornos de la alimentación en adolescentes. *Revista de Especialidades Médicas*, 51-55. Obtenido de <https://www.medigraphic.com/pdfs/quirurgicas/rmq-2013/rmq131h.pdf>
- OMS . (2 de Septiembre de 2019). *Suicidio*. Obtenido de www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide
- OMS. (1992). *Clasificación Internacional de las Enfermedades* . Santiago: OMS.
- OMS. (2003). *Salud mental*. Obtenido de http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/en/

- OMS. (25 de Septiembre de 2018). *Salud de la mujer*. Obtenido de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/women-s-health>
- OPS-OMS. (2014). *Mortalidad por suicidio en las américas*. Washington DC: OPS-OMS.
- Ordoñez, C. (2010). *Protocolos de medicina interna*. Loja: Universidad Nacional de Loja. Obtenido de <http://dspace.unl.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/18278/3/TESIS%20BIBLIOTECA%20ERI.pdf>
- Organisation for Economic Cooperation and Development (OCDE). (Mayo de 2014). *Health: Key tables from OCDE*. Obtenido de http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues/migration-health/suicides_20758480-table10
- Parrado, Aguado, & Pérez. (1998). “¿Qué es la enfermedad mental?”. *Escuela de familias. Guía psicoeducativa para familiares de enfermos*, 13-28.
- Portilla. (2005). *Evaluación de la impulsividad*. Ars Médica.
- Rice, P. (2000). *Adolescencia: Desarrollo, relaciones y cultura*. España: Prentice Hall.
- Rosales, Córdova, & Guerrero. (2013). Ideación suicida y variables asociadas, conforme al sexo, en estudiantes de la Universidad Tecnológica del Estado de Puebla, México. *Rev. Electrónica Psicol Iztacala Internet*, 390-406.
- Salud, O. M. (1992). *Clasificación Internacional de Enfermedades, 10.ª edición (CIE-10)*. Madrid: Médica Panamericana.
- Sanregre, L. (2012). *Psicoterapia de grupo para la modificación de actitudes en adolescentes con conducta suicida*. HPH.
- Santamaría, S. (2010). *Talleres psicoeducativos, una herramienta para la prevención y promoción de problemáticas actuales en instituciones educativas*. Politécnico Gran Colombiano.
- Santana-Campas, M., & Santoyo, F. (2018). Propiedades psicométricas de la escala riesgo suicida de Plutchik en una muestra de jóvenes mexicanos privados de la libertad. *Av. Psicol*, 57-64.
- Soto, J. (2014). *Anorexia nerviosa y bulimia nerviosa*. Aeped.

- Stanford Children's Health. (16 de Enero de 2020). *Suicidio en adolescentes*. Obtenido de <https://www.stanfordchildrens.org/es/topic/default?id=teen-suicide-90-P05694>
- Suárez, M. (2011). *Es la belleza estereotipada una influencia social que afecta a las adolescentes que presentan trastornos alimenticios en el Colegio de La Inmaculada de la ciudad de Ambato, en la provincia de Tungurahua, periodo 2010-2011*. Ambato: Universidad Técnica de Ambato. Obtenido de <http://repo.uta.edu.ec/bitstream/123456789/3955/1/tesis%20cd.pdf>
- Toner, B., Garfinkel, P., & Garner, D. (1988). Affective and anxiety disorder in the long term follow up of anorexia nervosa. *International Journal of Psychiatry Medicine*, 357-364.
- Turón, G. (2005). *Trastornos de la conducta alimentaria*. Obtenido de https://www.psiquiatria.com/imgdb/archivo_doc5846-pdf
- Unikel, C., & Caballero, A. (2010). *Guía clínica para trastornos de la conducta alimentaria*. México: Instituto Nacional de Psiquiatria Ramón de la Fuente.
- Varela-Besteiro, O., Serrano-Troncoso, E., Rodríguez-Vicente, V., Curet-Santisteban, M., Conangla-Roselló, G., Cecilia-Cost, R., . . . Dolz-Abadia, M. (2017). Ideación suicida y conductas autolesivas en adolescentes con trastornos de la conducta alimentaria. *Actas de Especialidades en Psiquiatría*, 57-66. Retrieved from <https://www.actapsiquiatria.es/repositorio/19/108/ESP/19-108-ESP-157-66-616839.pdf>
- Vega, V., Roitman, D., & Barrionuevo, J. (2011). *Influencias del apego a la madre en el vínculo con los pares en la adolescencia. Diferencias entre una muestra femenina clínica y no clínica*. Retrieved from Facultad de Psicología - Universidad de Bs. Aires: <https://www.redalyc.org/pdf/3691/369139947041.pdf>

ANEXOS

Anexo 1. La historia de Tina

Esta es la historia de Ela

Ela tiene 15 años y estudia 3º de ESO. Suele sacar buenas notas, va a clases de ballet y en su tiempo libre le gusta correr. Últimamente está demostrando mucho interés por las dietas y, sobre todo, por las calorías de los alimentos.

Sus padres están preocupados, pues en las comidas Ela corta y reparte la comida por el plato y le cuesta tragar el bocado que alguna vez se lleva a la boca. A veces lo escupe con disimulo en la servilleta o lo hace en el baño bajo algún pretexto. Incluso su habitación y su ropa tienen un olor desagradable debido a que esconde restos de comida entre el armario o en los bolsillos.

Últimamente no soporta que su padre le llame cariñosamente "mi bolita", como cuando era pequeña. Hace tres años tuvo la regla, hizo "el cambio" y notó que su cuerpo se desarrollaba. Horrorizada, comprobó en la báscula del baño que el peso aumentaba.

En el trayecto de casa al instituto podía ver gran cantidad de anuncios de productos adelgazantes en las farmacias, en el súper, también en las revistas y periódicos, en la radio, la televisión. Además, en casi todos ellos aparecía una chica muy guapa.

Ela quería estar atractiva y para ello decidió controlar su peso diariamente. Se convirtió en una experta en alimentos y decidió un plan de dieta. Poco a poco consiguió engañar su apetito y restringir cada vez más la ingesta de comida. También incrementó el tiempo dedicado al ejercicio físico.

Su familia y sus amigas la elogiaban. "¡Qué delgada!" "¡Qué guapa!" "¡Cómo has adelgazado!". Todo el esfuerzo que requería estar tan delgada se veía recompensado. Ahora bien, debía tener cuidado y continuar con la dieta estricta para seguir así.

Pero a Ela también le pasaron otras cosas. Se le fue la regla y se le caía el pelo. Sufrió mareos con frecuencia y se encontraba triste. Además, evitaba determinadas situaciones para no tener que mostrar su cuerpo.

Ahora todos andan preocupados por su extrema delgadez. Se lo dicen, pero ella no lo ve. Prefiere estar así, demasiado delgada.



Tina tiene 19 años. Estudia periodismo y destaca en la carrera. Prepara su propia comida, que es muy restrictiva: hamburguesas, manzana y yogur, y la consume en solitario.

Su madre, que no considera adecuada la alimentación de Tina, últimamente ha notado que en casa los alimentos ricos en calorías, como el chocolate y las galletas, se gastan más rápidamente. Tras una larga conversación, Tina le confesó que era ella la que los consumía para después provocarse el vómito.

Hace un año que esta situación se mantiene. Tina siempre ha estado muy preocupada por su aspecto. Le horrorizaba aumentar de peso y con anterioridad al vómito ya se controlaba con dietas muy estrictas que le hacían pasar hambre. Por eso, luego se daba un atracón y posteriormente lo vomitaba todo.

Ahora se siente desorientada y trastornada. Quería que la comida no controlase su vida, pero no sabe cómo hacerlo. Tiene miedo a descontrolarse. Conoce a gente que le aprecia, pero nunca contaría su problema. Los atracones son su secreto.

Anexo 2a. El árbol de mi autoestima

Dibuja un árbol completo con raíces, tronco, ramas y copa.

Escribe en las **RAÍCES** el nombre de aquello que para tí supone un **apoyo**, algo que te aporta confianza y seguridad. Pueden ser personas (mi hermana Lucía) o conceptos (la sinceridad).

En el **TRONCO**, indica al menos **5 cualidades positivas** de tí (físicas, de tu carácter, psicológicas, culturales, relaciones personales, habilidades, destrezas...).

En cada una de las **RAMAS** escribe los **logros** que has alcanzado.

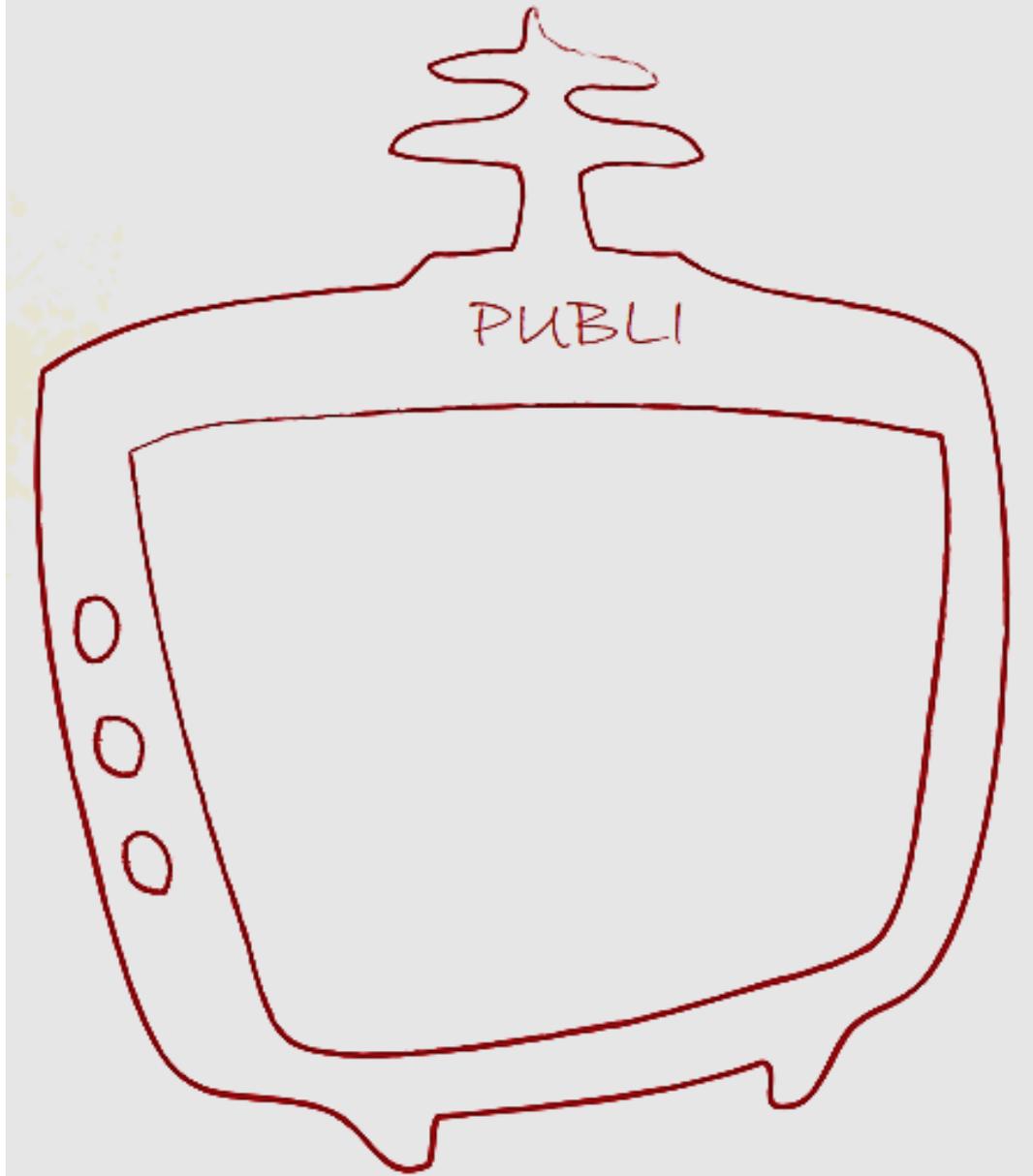
En la **COPA**, tus **proyectos** (las cosas que quieres conseguir de aquí a un tiempo, objetivos que te planteas a corto, medio o largo plazo).

Aquí tienes un montón de cualidades:

Determinación	Capacidad de hacer amigos	Entusiasmo
Perseverancia	Simpatía	Valentía
Dinamismo	Autoconfianza	Cortesía
Capacidad de observación	Fuerza de voluntad	Paciencia
Previsión	Sensibilidad	Solidaridad
Comunicación	Sentido del humor	Comprensión
Fiabilidad	Empatía	Responsabilidad
Capacidad de escucha	Expresividad	Animosidad
Organización	Sociabilidad	Capacidad de concentración
Iniciativa	Ecuanimidad	Generosidad
Cordialidad	Franqueza	Adaptabilidad
Autenticidad	Honestidad	Afectuosidad
Capacidad de trabajo	Altruismo	Asertividad
Independencia	Creatividad	Originalidad

Anexo 2b. La publicidad

Diseña un anuncio sobre ti. Se trata de que te ofrezcas bien y muestres las cualidades y logros de los que estás satisfecha/o. Sé directa/o y entusiasta. El anuncio puede ser un dibujo, un lema o una cuña radiofónica.



Anexo3a. ¿Verdadero o falso?

	V	F
El pan engorda		
La fruta como postre engorda		
Beber agua durante las comidas engorda		
Mezclar hidratos de carbono y proteínas engorda		
Los productos light adelgazan		
Los productos integrales adelgazan		
El aceite de oliva es más sano que otras grasas		
Las monodietas adelgazan (comer a base de un sólo alimento)		
Saltarse una de las comidas diarias adelgaza		
Limitar el consumo de azúcar ayuda a no engordar		
Los refrescos con gas y las bebidas de cola engordan		
Existen tratamientos mágicos para adelgazar		

Anexo 3b. ¿Qué comí ayer?

¿QUÉ COMÍ AYER?

Escribe a continuación todo lo que comiste ayer, desde que te levantaste hasta que te fuiste a dormir, incluido lo que picaste entre horas y las bebidas que tomaste.

Con lo que ahora sabes sobre nutrición, contesta a estas preguntas:

¿Qué nutrientes has ingerido?

¿Cuáles te han faltado?

¿Sería una dieta equilibrada para un día tipo de un/a adolescente?

CARTA DE UN HIJO A TODOS LOS PADRES DEL MUNDO

No me entregues todo lo que te pida; a veces sólo pido para ver hasta dónde puedo llegar.

No me hables en voz alta; te respeto menos y me enseñas a contestar de la misma manera, y no quisiera hacerlo.

No me des siempre órdenes; si en vez de órdenes me pidieras las cosas, yo las haría más rápido, con más ganas.

Cumple las promesas; si me prometes un premio dámelo, pero si es un castigo, dámelo también.



No me compares con nadie, especialmente con mi hermano o hermana; si tú me haces lucir mejor que los demás alguien va a sufrir, y si me haces lucir peor, quien sufrirá soy yo.

No cambles de opinión tan a menudo sobre lo que debo

hacer; decídetelo y mantén esa opinión.

No digas mentiras delante de mí, ni me pidas que las diga por ti, aunque sea para sacarte de un apuro; me haces sentir muy mal y perder la fe en lo que me dices.

Cuando yo haga algo malo, me podrás exigir el porqué lo hice, pero a veces ni yo mismo lo sabré.

Cuando estés equivocado en algo admítelo, y crecerá la opinión que yo tengo de ti, y me enseñarás a admitir mis equivocaciones también.

Trátame con la misma amabilidad y cordialidad con que tratas a tus amigos, porque somos "familia". Eso no quiere decir que no podamos ser "amigos" también.

No me digas que haga una cosa y tú no la hagas. Yo aprenderé y haré siempre lo que tú hagas, aunque tú no lo digas, pero nunca haré lo que tú digas y no hagas.

Enséñame a amar y a conocer a Dios, porque de nada vale si yo veo que tú ni conoces ni amas a Dios.

Cuando te cuente un problema mío no me digas, no tengo tiempo para tonterías, o eso no tiene importancia, trata siempre de comprenderme y ayudarme, quíereme y dímelo.

Amí me gusta oírte decir, aunque tú no creas necesario decírmelo. Por favor, padre, abrázame intensamente. Necesito sentirte mi amigo, mi compañero de toda la vida, mi guía y mi ejemplo.

Bueno creo que ha llegado el momento.
Lo compartí acá porque se que hay gente que no me conoce y no pueden evitar mi
decisión.
Y lei detenidamente cada uno de los mensajes 
También trate de hablar de esto con algun amigo, pero simplemente no me sale, y las
veces que salió algo no demostraron mayor interes.
Pero tampoco fui especifico ya que temo que intenten evitarlo.
Siento mucho el dolor que voy a causar a quienes quedan, pero yo no puedo seguir así.
Cuando a una persona lo abandona la esperanza, los anhelos, los planes; no tiene sentido
nada... acaso el futuro no esta formado por ese triangulo?
Y a todo eso lo reemplazó una sensación de vacío terrible, y como la naturaleza aborrece
el vacío eso causa el dolor.
Y ya no puedo más, en serio.
No puedo seguir fingiendo que puedo lidiar con la vida.
Solamente quiero descansar de mí.

CÍRCULOS DE CONFIANZA

