UNIVERSIDAD CENTRAL
VICERRECTORÍA ACADÉMICA
ESCUELA DE PSICOLOGÍA
TEMA DE LA INVESTIGACIÓN

PROPUESTA DE INTERVENCIÓN PSICOEDUCATIVA PARA LA PREVENCIÓN DEL DESARROLLO DE CONDUCTAS ALIMENTARIAS DE RIESGO, DIRIGIDA A UN GRUPO DE ESTUDIANTES DE QUINTO GRADO DEL CENTRO EDUCATIVO ENRIQUE PINTO FERNÁNDEZ, UBICADO EN SAN RAFAEL DE ALAJUELA. ESTUDIO COMPRENDIDO ENTRE LOS MESES DE MAYO Y DICIEMBRE DE 2025.

MODALIDAD DE TESIS PARA OPTAR POR EL GRADO DE LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA CON ÉNFASIS EN MODIFICACIÓN DE LA CONDUCTA

ESTUDIANTE
Jean Carlos Pereira García

TUTORA
MPs. Nancy Román González

SEDE ARANJUEZ
Diciembre, 2025

Contenido

Dedicatoria 9
Agradecimientos 10
Resumen 11
Derechos de propiedad intelectual 12
Capítulo I: Problema 13
1.1 Planteamiento del problema 13
1.2 Objetivos 16
1.2.1 Objetivo general 16
1.2.2 Objetivos específicos 17
1.3 Justificación 17
1.4 Antecedentes 19
1.4.1 Internacionales 19
1.4.2 Nacionales 21
1.5 Proyecciones 23
Capítulo II: Marco teórico 24
2.1. Principales trastornos de la conducta alimentaria 27
2.1.1. Anorexia nerviosa 27
2.1.2. Bulimia nerviosa 29
2.1.3. Trastorno por atracón 29
2.1.4. Trastorno conducta no especificada 30
2.1.5. Pica 30
2.1.6. Ortorexia 31
2.1.7. Vigorexia 31
2.2. Factores de riesgo 32
2.2.1. Predisposición genética 32
2.2.2. Factores psicológicos 32
2.2.3. Factores sociales y culturales 33
2.3. Estrategias de abordaje psicológico desde la terapia cognitivo conductual 34
2.3.1. Fundamentos y mecanismos de acción de la terapia cognitivo-conductual 35
2.4. La psicoeducación 36

2.5. El Centro Educativo Enrique Pinto Fernández 38
2.5.1. Misión 39
2.5.2. Visión 39
Capítulo III: Marco metodológico 41
3. 1 Enfoque de la investigación 41
3.2 Método de la investigación 41
3.3 Fuentes de información 42
3.3.1 Fuentes primarias 42
3.3.2 Fuentes secundarias 43
3.4 Población 43
3.4.1 Muestra 43
3.4.2 Criterios de inclusión 44
3.4.3 Criterios de exclusión 44
3.5 Variables 44
3.6. Instrumentos 48
3.6.1. Validación del instrumento 48
3.7 Proceso para la recolección y análisis de datos 49
Capítulo IV: Análisis de resultados 51
4.1 Análisis de la variable "conductas alimentarias de riesgo" 52
4.1.2 Satisfacción con la imagen corporal 57
4.1.3. Preocupación por el peso y conductas alimentarias de riesgo 61
4.2. Análisis de la variable "necesidades de psicoeducación" 70
4.2.1. Dimensión biológica 70
4.2.2. Dimensión psicológica 72
4.2.3. Dimensión sociocultural 79
4.2.4. Dimensión familiar 81
Capítulo V: Conclusiones y recomendaciones 84
5.1 Conclusiones 84
5.1.1. Objetivo 1: Identificar factores asociados a las conductas alimentarias de riesgo en estudiantes de quinto grado de primaria de la Escuela Enrique Pinto Fernández. 84
5.1.2. Objetivo 2: Determinar las necesidades psicoeducativas de las personas estudiantes de quinto grado en relación con los hábitos alimentarios y la construcción de una imagen corporal saludable. 85

5.1.3. Objetivo 3: Elaborar una propuesta de intervención psicoeducativa orientada a la prevención del desarrollo de conductas alimentarias de riesgo en estudiantes de quinto. 86

5.2 Recomendaciones 86

Apéndices 88

Apéndice 1: Documento de aprobación del proyecto por parte de la institución 88

Apéndice 2: Consentimiento informado 89

Apéndice 3: Instrumento 91

Apéndice 4: Ficha de validación de expertos 96

Apéndice 5: Propuesta psicoeducativa 100

Índice de tablas

Tabla 1 50
Variable 1: Conductas alimentarias de riesgo 50
Tabla 2 52
Variable 2: Necesidades de psicoeducación 52
Tabla 3 57
Variable 1: Conductas alimentarias de riesgo. Dimensión de autoestima y autopercepción. Ítem 1: Me siento una persona valiosa como los demás. 57
Tabla 4 59
Variable 1: Conductas alimentarias de riesgo. Dimensión de autoestima y autopercepción. Ítem 2: “A menudo pienso que no sirvo para nada”. 59
Tabla 5 60
Variable 1: Conductas alimentarias de riesgo. Dimensión de autoestima y autopercepción. Ítem 3: “Me siento feliz conmigo mismo/a” 60
Tabla 6 62
Variable 1: Conductas alimentarias de riesgo. Dimensión de satisfacción con la imagen corporal. Ítem 5: Me siento satisfecho de cómo soy físicamente. 62
Tabla 7 64
Variable 1: Conductas alimentarias de riesgo. Dimensión de satisfacción con la imagen corporal. Ítem 4: Comparado con los demás pienso que mi cuerpo no es tan bonito. 64
Tabla 8 66
Variable 1: Conductas alimentarias de riesgo. Dimensión de preocupación por el peso y conductas alimentarias de riesgo. Ítem 11. Me preocupa querer estar más delgado. 66
Tabla 9 68
Variable 1: Conductas alimentarias de riesgo. Dimensión de preocupación por el peso y conductas alimentarias de riesgo. Ítem 12: Hago mucho ejercicio para bajar de peso. 68
Tabla 10 69
Variable 1: Conductas alimentarias de riesgo. Dimensión de preocupación por el peso y 69
conductas alimentarias de riesgo. Ítem 14: Me comprometo a hacer dieta. 69
Tabla 11 70
Variable 1: Conductas alimentarias de riesgo. Dimensión de preocupación por el peso y conductas alimentarias de riesgo. Ítem 15: Me gusta sentir el estómago vacío. 70
Tabla 12 72

Variable 1: Conductas alimentarias de riesgo. Dimensión de preocupación por el peso y 72
conductas alimentarias de riesgo. Ítem 16: “Vomito después de haber comido” 72
Tabla 13 73
Variable 1: Conductas alimentarias de riesgo. Dimensión de preocupación por el peso y conductas alimentarias de riesgo. Ítem 10: “A veces como demasiado, sintiendo que no podía parar de comer” 73
Tabla 14 75
Variable 2: Necesidades de psicoeducación. Dimensión biológica. Ítem 7: “Cuando como, me doy cuenta de que mi cuerpo ya se siente lleno y dejo de comer, aunque quede comida en el plato” 75
Tabla 15
Variable 2: Necesidades de psicoeducación. Dimensión psicológica. Ítem 6: “Me gusta comer con otras personas” 77
Tabla 16 78
Variable 2: Necesidades de psicoeducación. Dimensión psicológica. Ítem 17: “Disfruto probando comidas nuevas y sabrosas” 78
Tabla 17 80
Variable 2: Necesidades de psicoeducación. Dimensión psicológica Ítem 8: “Me pongo nervioso/a cuando se acerca la hora de las comidas” 80
Tabla 18 81
Variable 2: Necesidades de psicoeducación. Dimensión psicológica Ítem 9: “Cuando me siento triste, enojado/a o aburrido/a comer algo me hace sentir mejor” 81
Tabla 19 82
Variable 2: Necesidades de psicoeducación. Dimensión psicológica Ítem 13: “Me siento incómodo/a después de comer dulces” 82
Tabla 20 84
Variable 2: Necesidades de psicoeducación. Dimensión sociocultural. Ítem 18: “Siento que debería ser más delgado/a o más musculoso/a para parecerme a mis amigos, cantantes o personas que veo en las redes sociales” 84
Tabla 21 86
Variable 2: Necesidades de psicoeducación. Dimensión familiar. Ítem 19: “En mi casa siento presión o me regañan por lo que como o por la cantidad de comida que sirvo en mi plato” 86
Tabla 22 Propuesta psicoeducativa 105

Índice de figuras

Figura 1 45
Escudo de la Escuela Enrique Pinto Fernández 45
Figura 2 57
Variable 1: Conductas alimentarias de riesgo. Dimensión de autoestima y autopercepción. Ítem 1: Me siento una persona valiosa como los demás. 57
Figura 3 58
Variable 1: Conductas alimentarias de riesgo. Dimensión de autoestima y autopercepción. Ítem 2: “A menudo pienso que no sirvo para nada” 58
Figura 4 60
Variable 1: Conductas alimentarias de riesgo. Dimensión de autoestima y autopercepción. Ítem 3: “Me siento feliz conmigo mismo/a” 60
Figura 5 62
Variable 1: Conductas alimentarias de riesgo. Dimensión de satisfacción con la imagen corporal. Ítem 5: Me siento satisfecho de cómo soy físicamente. 62
Figura 6 63
Variable 1: Conductas alimentarias de riesgo. Dimensión de satisfacción con la imagen corporal. Ítem 4: Comparado con los demás pienso que mi cuerpo no es tan bonito. 63
Figura 7 65
Variable 1: Conductas alimentarias de riesgo. Dimensión preocupación por el peso y conductas alimentarias de riesgo. Ítem 11. Me preocupa querer estar más delgado. 65
. 65
Figura 8 66
Variable 1: Conductas alimentarias de riesgo. Dimensión preocupación por el peso y conductas alimentarias de riesgo. Ítem 12: Hago mucho ejercicio para bajar de peso. 66
Figura 9 68
Variable 1: Conductas alimentarias de riesgo. Dimensión preocupación por el peso y conductas alimentarias de riesgo. Ítem 14: Me comprometo a hacer dieta. 68
Figura 10 69
Variable 1: Conductas alimentarias de riesgo. Dimensión preocupación por el peso y conductas alimentarias de riesgo. Ítem 15: Me gusta sentir el estómago vacío. 69
Figura 11 70
Variable 1: Conductas alimentarias de riesgo. Dimensión preocupación por el peso y conductas alimentarias de riesgo. Ítem 16: “Vomito después de haber comido” 70
Figura 12 72
Variable 1: Conductas alimentarias de riesgo. Dimensión preocupación por el peso y conductas

alimentarias de riesgo. Ítem 10: “A veces como demasiado, sintiendo que no podía parar de comer” 72
Figura 13 74
Variable 2: Necesidades de psicoeducación. Dimensión biológica. Ítem 7: “Cuando como, me doy cuenta de que mi cuerpo ya se siente lleno y dejo de comer, aunque quede comida en el plato” 74
Figura 14 76
Variable 2: Necesidades de psicoeducación. Dimensión psicológica. Ítem 6: “Me gusta comer con otras personas” 76
Figura 15 77
Variable 2: Necesidades de psicoeducación. Dimensión psicológica. Ítem 17: “Disfruto probando comidas nuevas y sabrosas” 77
Figura 16 78
Variable 2: Necesidades de psicoeducación. Dimensión psicológica. Ítem 8: “Me pongo nervioso/a cuando se acerca la hora de las comidas” 78
Figura 17 80
Variable 2: Necesidades de psicoeducación. Dimensión psicológica. Ítem 9: “Cuando me siento triste, enojado/a o aburrido/a comer algo me hace sentir mejor” 80
Figura 18 81
Variable 2: Necesidades de psicoeducación. Dimensión psicológica. Ítem 13: “Me siento incómodo/a después de comer dulces” 81
Figura 19 83
Variable 2: Necesidades de psicoeducación. Dimensión sociocultural. Ítem 18: “Siento que debería ser más delgado/a o más musculoso/a para parecerme a mis amigos, cantantes o personas que veo en las redes sociales” 83
Figura 20 85
Variable 2: Necesidades de psicoeducación. Dimensión familiar. Ítem 19: “En mi casa siento presión o me regañan por lo que como o por la cantidad de comida que sirvo en mi plato” 85

Dedicatoria

Dedico este trabajo a mi familia, quienes con su amor incondicional y apoyo constante han sido mi pilar fundamental en cada paso de este camino.

A mis padres, por enseñarme el valor del esfuerzo y la perseverancia.

A mis amigos(as), por su compañía y motivación en los momentos difíciles.

También dedico esta tesis a todos aquellos que creen en la educación como herramienta de cambio y crecimiento personal.

Agradecimientos

Quiero expresar mi más sincero agradecimiento a quienes posibilitaron la realización de esta tesis.

En primer lugar, a mi tutora Nancy Román, por su guía experta, su paciencia y los valiosos consejos que enriquecieron este trabajo.

A mis profesores y compañeros(as) de carrera, por compartir sus conocimientos y apoyo durante todo el proceso académico.

Gracias a mi familia y animalitos, por su apoyo emocional y motivación constante, sin los cuales no habría podido culminar esta etapa.

Finalmente, agradezco a todas las personas que, directa o indirectamente, contribuyeron a la realización de este proyecto, brindándome ánimo y apoyo.

Resumen

Propuesta de intervención psicoeducativa para la prevención del desarrollo de conductas alimentarias de riesgo, dirigida a un grupo de estudiantes de quinto grado del Centro Educativo Enrique Pinto Fernández, ubicado en San Rafael de Alajuela. Estudio comprendido entre los meses de mayo y diciembre de 2025.

El objetivo de esta investigación es diseñar una propuesta de intervención psicoeducativa orientada a prevenir conductas alimentarias de riesgo en estudiantes de quinto grado de la Escuela Enrique Pinto Fernández, de mayo a diciembre de 2025. El estudio se desarrolló con un enfoque cuantitativo, de diseño no experimental y alcance descriptivo. La población estuvo conformada por 23 estudiantes, y se trabajó con una muestra del 70%. Para recoger datos, se diseñó una escala Likert de 19 ítems, aplicada mediante entrevistas, para identificar patrones relacionados con la alimentación, la autoestima y la conciencia corporal.

Los resultados indicaron que, aunque no se observaron conductas alimentarias de riesgo plenamente desarrolladas, se identificaron indicadores relevantes que requieren atención, tales como la ingesta emocional y dificultades en la conciencia interoceptiva. Estos hallazgos evidencian la importancia de intervenir tempranamente, fortaleciendo hábitos alimentarios saludables, la autoconciencia corporal y la regulación emocional.

La investigación concluye que la implementación de la propuesta psicoeducativa diseñada es prioritaria para prevenir conductas alimentarias de riesgo, promover una relación saludable con la comida y con el propio cuerpo, y desarrollar competencias socioemocionales y críticas que contribuyan al bienestar integral de los estudiantes.

Palabras claves: conductas alimentarias de riesgo, psicoeducación, niñez, escolaridad.

Derechos de propiedad intelectual

La información compilada en este estudio puede ser utilizada como referencia para otros estudios, actividades académicas, o de acción social- laboral, tomando la autoría de la persona estudiante Jean Carlos Pereira García con el uso correcto de la cita bibliográfica. Por tanto, se recomienda utilizar:

Pereira, J. (2025). *Propuesta de intervención psicoeducativa para la prevención del desarrollo de conductas alimentarias de riesgo, dirigida a un grupo de estudiantes de quinto grado del Centro Educativo Enrique Pinto Fernández, ubicado en San Rafael De Alajuela. Estudio comprendido entre los meses de mayo y diciembre de 2025* [Tesis de Licenciatura en Psicología]. Universidad Central de Costa Rica.

Capítulo I: Problema

1.1 Planteamiento del problema

En los últimos años, los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) han dejado de ser una problemática exclusiva de adolescentes y adultos jóvenes para convertirse en una preocupación creciente en la población infantil. Factores como la presión social por alcanzar ideales de delgadez, la exposición constante a contenidos en redes sociales, la baja autoestima y la insatisfacción corporal han contribuido a que estas conductas se manifiesten cada vez en edades más tempranas. Según estadísticas presentadas por la Organización Mundial de la Salud, 3 millones de niños, niñas y adolescentes a nivel mundial convivían con trastornos alimenticios en 2019, mientras que en 2023 el porcentaje de menores que presentaban conductas de alimentación desordenada (formas subclínicas como dietas, restricciones, ejercicio excesivo, atracones) era del 22% (The Alliance for Eating Disorders Awareness, 2024, párr. 5), con prevalencia en niñas. Las estadísticas no solo son alarmantes por el aumento de casos anuales, sino que, como afirman Trujano Ruiz et al. (2010), la aparición de los trastornos alimenticios o de comportamientos de riesgo se da cada vez a edades más tempranas. Por ejemplo, hallazgos indicaron que “un marcado aumento del deseo de estar más delgada era ya evidente entre los 10 y 14 años, y que entre los 9 y 13 se constataba un incremento significativo de intentos de dieta” (Trujano Ruiz et al., 2010, p. 581), incluso cuando los menores mantenían un peso saludable.

Por su parte, en América Latina aún hacen falta muchos estudios que arrojen datos estadísticos actualizados y comprehensivos a nivel regional acerca de los trastornos de conducta alimentaria, sobre todo en preadolescentes. Los pocos estudios presentan resultados alarmantes. Por ejemplo, en Colombia un estudio realizado a 3222 niños y adolescentes entre las edades de 9 a 17 años mostró una prevalencia del 17,58% para trastornos de la conducta alimentaria, con

sorpresiva mayor prevalencia en las edades más tempranas (9 a 13 años con una prevalencia de 18,64%) comparada con adolescencia tardía (14 a 17 años con prevalencia del 16,16%) (Kolar y Mebarak, 2022, p. 3).

Mientras tanto, en Costa Rica, en 2023 “alrededor de 1.900 niños y niñas recibieron atención en el Hospital Nacional de Niños (HNN) por causa de Trastornos de Conducta Alimentaria” (Mena, 2024, párr. 1), lo cual representa un dato alarmante, ya que se han registrado pacientes cada vez más jóvenes, por ejemplo, en pacientes de 6 años. Por su parte, la Caja Costarricense de Seguridad Social (CCSS) asegura que “durante el 2024, la Clínica de Adolescentes del hospital Nacional de Niños atendió un total de 197 pacientes con TCA; de ellos, 60 correspondieron a casos nuevos” (Castro Mora, 2025, párr. 4), con prevalencia en mujeres. Cabe destacar que estos datos no son del todo completos, ya que pueden existir casos que sean atendidos a nivel privado o que se encuentren sin diagnosticar, o que no cumplan todos los parámetros para un diagnóstico, pero que presenten conductas de alto riesgo. Según el Colegio de Profesionales en Psicología de Costa Rica:

> El 58% de nuestros escolares y colegiales están en descontento con su imagen corporal, 37,2% cuenta las calorías que come, 31% evita comer harinas, 14,2% siente culpabilidad al comer y 11% tiene ganas de vomitar después de comer y le gusta sentir el estómago vacío. (Día de Acción por los Trastornos de la Conducta Alimentaria [TCA] – Colegio de Profesionales En Psicología de Costa Rica, 2019, párr. 12)

Debido al creciente número de casos y edades cada vez más tempranas de desarrollo de TCA, se ha identificado la necesidad de realizar acciones preventivas desde la niñez, lo cual en Costa Rica es fundamental, ya que hasta ahora no existen políticas públicas, programas de atención integral o de prevención para pacientes de TCA, ni existen estadísticas actualizadas a

nivel nacional. Aunque el Hospital Nacional Psiquiátrico y la Clínica de Adolescente del Hospital Nacional de Niños atienden a niños y adolescentes afectados por trastornos alimentarios, la atención suele ser mayor o pacientes de estado avanzado, por lo que hace falta estrategias de prevención o programas integrales que capten estos trastornos desde sus primeras etapas en los EBAIS o clínicas (Rodríguez, 2021). De igual forma, hacen falta fondos y recursos en la CCSS que se destinen a la prevención y tratamiento de los TCA, así como programas especializados basados en evidencia.

No obstante, se han creado algunas propuestas plurinstitucionales y multidisciplinarias para prevenir el desarrollo de los TCA en la población más joven, tal como la Campaña Cuidémonos Nutritiva-Mente llevada a cabo en conjunto por el Ministerio de Educación Pública (MEP), el Patronato Nacional de la Infancia (PANI), el Colegio de Profesionales en Psicología, el Ministerio de Salud y el Colegio de Profesionales en Nutrición (Campaña Cuidémonos Nutritiva-Mente Promueve la Prevención, Detección y Apoyo A los Trastornos de Conducta Alimentaria (TCA) Desde el Seno de la Familia, 2022) o la iniciativa Día de Acción por los Trastornos de la Conducta Alimentaria, promovida por el Colegio de Profesionales en Psicología. De igual forma, en la Asamblea Legislativa se ha aprobado el pasado 20 de agosto de 2025 el segundo debate para la Ley marco para prevenir y atender los trastornos de la conducta alimentaria (TCA), lo cual representa “un paso trascendental para el país en la prevención, atención integral y promoción de hábitos saludables, con especial atención a las poblaciones más vulnerables” (Aprobada en segundo debate la Ley marco para prevenir y atender los TCA: CPPCR celebra este avance – Colegio de Profesionales en Psicología de Costa Rica, 2025, párr. 2).

Aunque estos esfuerzos son una posibilidad de cambio, aún hay una brecha para implementar o hacer efectivas estas estrategias, es decir, que el mensaje llegue eficazmente a las poblaciones en riesgo. El entorno escolar entonces se presenta como un espacio clave para promover hábitos saludables y una imagen corporal positiva, para así prevenir que más niños, niñas y adolescentes desarrollen trastornos de la conducta alimentaria que pongan en riesgo su salud y su vida.

En el Centro Educativo Enrique Pinto Fernández, ubicado en San Rafael de Alajuela, se ha observado que, aunque el currículo escolar aborda temas de nutrición de forma general, no se implementan programas específicos de prevención de TCA con un enfoque integral. Esta ausencia de intervenciones estructuradas deja a los estudiantes expuestos a factores de riesgo sin tener herramientas para enfrentarlos, por lo que una intervención basada en la psicoeducación beneficiaría a los estudiantes preadolescentes (10-11 años) para que desarrollen una relación sana con la comida y su cuerpo, sobre todo en estos tiempos en los que las redes sociales y los modelos estereotípicos de belleza afectan la autopercepción y la imagen corporal a edades cada vez más tempranas. Por lo que se plantea la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál debe ser la propuesta de intervención psicoeducativa orientada a la prevención del desarrollo de conductas alimentarias de riesgo en estudiantes de quinto grado de la Escuela Enrique Pinto Fernández, durante los meses de mayo a diciembre del 2025?

1.2 Objetivos

1.2.1 Objetivo general

Diseñar una propuesta de intervención psicoeducativa orientada a la prevención del desarrollo de conductas alimentarias de riesgo en estudiantes de quinto grado de la Escuela Enrique Pinto Fernández, durante los meses de mayo a diciembre del 2025.

1.2.2 Objetivos específicos

- Identificar factores asociados a las conductas alimentarias de riesgo en estudiantes de quinto grado de primaria de la Escuela Enrique Pinto Fernández.
- Determinar las necesidades psicoeducativas de las personas estudiantes de quinto grado en relación con los hábitos alimentarios y la construcción de una imagen corporal saludable.
- Elaborar una propuesta de intervención psicoeducativa orientada a la prevención del desarrollo de conductas alimentarias de riesgo en estudiantes de quinto.

1.3 Justificación

Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) constituyen un problema de salud pública con impacto creciente en la población infantil. Aunque históricamente se consideraban una problemática exclusiva de adolescentes, investigaciones recientes, como las presentadas por Val y Canals (2022), Kolar y Mebarak (2022), y Trujano Ruiz et al. (2010) (estas dos últimas presentadas previamente en la sección 1.1.), han evidenciado que "ya existen múltiples factores que incrementan la vulnerabilidad… a la vez que se está observando un aumento en el número de casos precoces" (Val y Canals, 2022, p. 82).

En Costa Rica, estudios como los de Salazar Mora y Prado-Calderón (2015) han mostrado que la prevalencia de riesgo de TCA en adolescentes es comparable a la de países desarrollados, lo que plantea la urgencia de implementar medidas preventivas desde la educación primaria. De igual forma, Val y Canals (2022) reconocen la importancia de trabajar con poblaciones pre adolescentes:

> Se conoce que el trastorno alimentario es de mayor gravedad en los cuadros clínicos iniciados a menor edad… También porque la realización de la detección precoz del trastorno tiene un pronóstico más favorable. Por otro lado, existe una infra detección de casos, comprobada cuando, en ocasiones, los diagnósticos identificados en edades posteriores habían tenido su origen en la infancia. Asimismo, debemos considerar diversos factores de riesgo y protectores, tanto familiares como individuales y sociales, implicados en los TCA que ya aparecen en la etapa escolar y sobre los cuales se podría trabajar a nivel de prevención. (p. 82)

Con base en lo planteado anteriormente, el entorno escolar es un espacio privilegiado para realizar acciones preventivas, ya que permite llegar a muchos estudiantes pertenecientes a este grupo de edad en un contexto estructurado y supervisado. Serra (2015) explica por qué el entorno escolar es ideal para las intervenciones de prevención:

> Por una parte, porque es el medio que acoge a toda la población durante la enseñanza obligatoria; en la escuela se puede ayudar a adquirir unos conocimientos, unos hábitos y unas actitudes favorables de manera gradual y sistemática. Por otra parte, porque la escuela acoge a niños y adolescentes en una etapa muy importante de su vida en la que forman su personalidad y aún están a tiempo de cambiar e incorporar nuevos hábitos de salud. El colegio es también un poderoso campo de socialización, en él se pueden aprovechar las interacciones positivas entre ellos. (p. 169)

La elección del Centro Educativo Enrique Pinto Fernández responde a la necesidad de fortalecer las estrategias de educación para la salud que actualmente no abordan de manera específica los factores de riesgo asociados a los TCA. Mediante una intervención psicoeducativa basada en el enfoque cognitivo-conductual, se busca no solo proporcionar información, sino

también modificar creencias disfuncionales, fomentar la autoestima y promover una imagen corporal positiva que desafíe los modelos de belleza presentados en las redes sociales y los medios de comunicación.

En síntesis, el presente estudio pretende dar respuesta a una problemática real y creciente, alineándose con los objetivos de promoción de la salud y prevención de enfermedades establecidos por organismos nacionales e internacionales, como la Organización Mundial de la Salud.

1.4 Antecedentes

1.4.1 Internacionales

En un primer trabajo relevante llevado a cabo por Atkinson y Wade (2015) de la Escuela de Psicología de Flinders University, Australia y el Centro de Investigación sobre la Apariencia de la Universidad de West England, Reino Unido, se probó un módulo breve de tres sesiones de mindfulness combinado con reestructuración cognitiva y clases facilitadas por expertos para mejorar la relación con la imagen corporal en adolescentes mujeres. La intervención, diseñada con base en la teoría cognitivo-conductual, incluyó ejercicios de atención plena y análisis de pensamientos automáticos asociados al cuerpo y la alimentación y tuvo como resultado una reducción en las preocupaciones relacionadas a las dietas, la forma física, síntomas de TCA y presiones socioculturales (Atkinson y Wade, 2015, p. 1024).

En un segundo trabajo relevante, el Departamento de Ciencias de la Salud Pública de la Universidad de Toronto, en Canadá, en conjunto con The Hospital for Sick Children de Ontario, Toronto General Hospital y el Grupo de Recursos de Sistema de Salud Comunitarios desarrollaron un programa de prevención basado en escuelas primarias llamado *Healthy Schools-Healthy Kids,* en el que participaron estudiantes mujeres y varones del sexto y sétimo grado,

padres, docentes, personal administrativo y profesionales de la salud pública. Se completaron encuestas sobre satisfacción corporal, internalización de los ideales de belleza, alimentación desordenada, comportamientos relacionados con las dietas y el ejercicio, etc. El programa probó tener una influencia positiva al reducir los ideales de belleza internalizados y reducir los comportamientos relacionados con la pérdida de peso entre los estudiantes (McVey et al., 2007, p. 115).

En un tercer trabajo relevante, Diedrichs et al. (2020), del Departamento de Psicología de la Universidad de Bath y el Centro de Investigación sobre la apariencia de la Universidad de West England, realizaron un estudio realizado en Reino Unido evaluando un programa de cinco sesiones llamado “Dove Confident Me”, centrado en imagen corporal positiva e impartido por docentes capacitados. El enfoque incluía identificación y debate de creencias irracionales, cuestionamiento de mensajes mediáticos y promoción de la autoaceptación.

En un cuarto trabajo relevante, Kurz et al. (2021) del Instituto de Medicina Psicosocial y Psicoterapia del Hospital Universidad Jena y la Universidad Friedrich-Schiller de Jena, Alemania, realizaron una intervención basada en escuelas, con el fin de mejorar la imagen corporal y la alfabetización mediática/digital en un grupo de niños y adolescentes de quinto a noveno grado (10 a 15 años). Los resultados sugirieron que las intervenciones de alfabetización mediática y digital tienen el potencial de mejorar la alfabetización digital, promover el pensamiento crítico frente a ideales de belleza y reducir la insatisfacción física/corporal. Las intervenciones que tuvieron que ver con modificar las disonancias cognitivas fueron las más efectivas (Kurz et al., p. 5).

Un quinto estudio relevante realizado en Brasil en 2021 por la Universidad Federal de Santa María en conjunto con la Escuela de Economía y Ciencias Políticas de Londres y el

Instituto Nacional de Psiquiatría para Niños y Adolescentes de São Paulo, Brasil condujo un estudio basado en escuelas que tenía como sujetos a niños y adolescentes entre los 6 y los 14 años. Se encontró una prevalencia de 0,40% para desórdenes alimenticios usando la versión adaptada del Development and Well being Assessment (Kolar y Mebarak, 2022, p. 3).

1.4.2 Nacionales

En un primer trabajo relevante realizado por la Escuela de Psicología de la Universidad de Costa Rica, Salazar Mora y Prado-Calderón elaboraron un estudio con 4319 estudiantes de secundaria, utilizando el Eating Attitudes Test (EAT-40). Se encontró que el 9,4% de las mujeres y el 2,3% de los hombres presentaban riesgo de anorexia nerviosa, cifras comparables a las reportadas en países desarrollados (Salazar Mora y Prado-Calderón, 2015).

En un segundo antecedente se encuentra el proyecto elaborado por Alpízar Matamoros (2024) de la Universidad Nacional de Costa Rica, el cual consistió en un programa de intervención y prevención de TCA en un grupo de adolescentes mujeres (12 a 15 años de edad) del Liceo Regional de Flores, localizada en el cantón de Flores, Heredia, el cual tuvo como fin "proporcionar espacios de sensibilización y reflexión sobre la imagen corporal a través de la psicoeducación, y de esta manera, mermar las probabilidades de desarrollar un TCA" (Alpízar Matamoros, 2024, p. 5). El proyecto tuvo como resultado la identificación de creencias conflictivas o distorsionadas alrededor del cuerpo y apariencia, y obtuvo resultados positivos de satisfacción, pues las adolescentes apreciaron el espacio seguro para hablar de sus vulnerabilidades, con reacciones positivas en el 87% de las niñas encuestadas.

Por otra parte, se encontró un tercer antecedente que, aunque se enfoca en adolescentes ya diagnosticados con trastornos de conducta alimentaria, sirve para demostrar el abordaje que se

da a los pacientes en los centros de atención pública desde un enfoque interdisciplinario. Montes López (2017) de la Universidad de Costa Rica realizó un estudio con cuatro mujeres adolescentes entre los 13 y 18 años de la provincia de Cartago con diagnósticos de TCA con el fin de determinar cómo se aborda o fundamenta la intervención interdisciplinaria de los adolescentes con TCA en el Hospital Dr. Max Peralta Jiménez. La investigación demostró el grave problema del sistema de salud pública, donde la población afectada por los TCA está subdiagnosticada o invisibilizada, y la falta de programas de prevención que puedan ayudar a frenar la aparición de estos trastornos.

Es importante el trabajo de Quesada y Sequeira-Quesada (2024), de la Universidad Católica de Costa Rica, sobre las conductas de riesgo de anorexia nerviosa, bulimia nerviosa y trastorno por atracón en estudiantes sancarleños de undécimo año, analizando la relación de estos trastornos y las redes sociales como Instagram y TikTok. Se elaboraron encuestas basadas en el Eating Disorder Examination Questionnaire y la Escala de Autoestima Global de Rosenberg. Los resultados apuntaron que el 3,9% de los adolescentes presentaba comportamientos restrictivos al comer, 13,5% presentaba preocupación por su figura y 9,7% presentaba preocupación por su peso (Quesada y Sequeira-Quesada, 2024).

Un quinto antecedente es el estudio elaborado por Zamora y Barrios (2019) de la UNIBE sobre el uso de Instagram y el autoconcepto en el desarrollo de conductas alimentarias de riesgo en adolescentes de la zona de Tibás. En el estudio “se encontró una correlación positiva entre conducta restrictiva con a) autoconcepto negativo y b) colegios privados” (Zamora & Barrios, 2019, p. 34) con una mayor prevalencia de autoconcepto negativo en las mujeres por encima de los varones encuestados.

1.5 Proyecciones

A partir de la implementación de esta propuesta psicoeducativa, se espera lograr un impacto positivo tanto a nivel individual como grupal en los estudiantes de quinto grado. Las actividades propuestas están pensadas para generar un espacio seguro en el que los niños puedan reflexionar sobre su alimentación, imagen corporal y autoestima, a través de estrategias adecuadas a su edad y contexto escolar.

Las creencias y hábitos alimentarios arraigados en el entorno familiar pueden afectar la receptividad de los mensajes promovidos por la intervención, dificultando la consolidación de cambios sostenibles si no se involucra activamente a padres y cuidadores (Serra, 2015). Es importante rescatar que se debe de calar mensajes positivos en cada uno y una de los estudiantes para que entre ellos se pueda repartir información sobre la importancia del tema y además para prevenir temas sobre acoso escolar respetando los límites y las necesidades de cada individuo.

Capítulo II: Marco teórico

Los Trastornos de la Conducta Alimentaria constituyen una categoría de patologías psiquiátricas complejas que se caracteriza por una alteración severa y persistente de las conductas alimentarias y de los constructos cognitivos y afectivos asociados a la alimentación, el peso y la figura corporal, los cuales "han alcanzado una especial relevancia en las tres últimas décadas, tanto por su creciente incidencia como por la gravedad de la patología asociada y la resistencia al tratamiento" (Serra, 2015, p. 15), sobre todo al presentar una alta tasa de mortalidad, al ser comparados con otras patologías mentales.

Como apunta Alpízar Matamoros (2024), los TCA "son considerados como alteraciones psicológicas que afectan la integralidad del ser humano y su funcionamiento, dado los patrones distorsionados en la ingesta de alimentos" (p. 6) y conducen a un deterioro significativo de la salud física y a una disrupción del funcionamiento psicosocial del individuo.

Más que ser una manifestación de vanidad o superficialidad, los TCA son patologías graves con una etiología multifactorial, en las que convergen predisposiciones genéticas y neurobiológicas, vulnerabilidades psicológicas estructurales y moduladores socioculturales. La sintomatología se manifiesta a través de pensamientos intrusivos, valores negativos y cognición obsesiva en torno al peso, una distorsión de la imagen corporal y una focalización desadaptativa en la comida, lo cual ocasiona patrones conductuales anómalos como la restricción calórica, episodios de atracones y conductas compensatorias purgativas.

El manual DSM-5, de la Asociación Americana de Psiquiatría establece criterios diagnósticos precisos para su clasificación. Entre los trastornos más prevalentes se encuentran la anorexia nerviosa, la bulimia nerviosa y el trastorno por atracón. Sin embargo, el espectro de

TAC se complementa con categorías residuales para cuadros subclínicos que no cumplen con la totalidad de los criterios, aunque sí generan malestares y deterioro funcional que puede afectar la cotidianidad del individuo afectado.

Desde la dimensión psicológica, se identifican factores de vulnerabilidad, tales como personalidades perfeccionistas, rigidez cognitiva, una marcada insatisfacción con la imagen corporal, baja autoestima estructural y dificultades en la regulación emocional y tolerancia al malestar (Quesada y Sequeira-Quesada, 2024). De igual forma, los constructos socioculturales ejercen una presión muy importante, sobre todo en los más jóvenes, ya que promueven ideales estéticos de delgadez asociados a la belleza, el éxito y la disciplina, los cuales son promovidos cada vez más de forma masiva por los medios de comunicación y las redes sociales (Kurz et al., 2021). Esto puede convertirse en un factor precipitante en individuos que ya poseían una predisposición subyacente, ya que los ideales de belleza normativos pueden ocasionar comparaciones usualmente negativas que pueden resultar en insatisfacción corporal que desemboque en desórdenes alimenticios.

A propósito de esto, Kurz et al. (2021) señalan que una característica común de los TCA es una imagen corporal trastornada, la cual se manifiesta en una insatisfacción corporal en forma de preocupación excesiva sobre la apariencia externa. La imagen corporal describe la percepción que una persona tiene sobre su cuerpo en términos de atractivo y estética. Dentro de los factores que influyen en la imagen corporal se encuentran las emociones, las actitudes y las comparaciones con otros. Una imagen corporal negativa está asociada con baja autoestima.

El abordaje de los TCA exige un paradigma de intervención multidisciplinario e integral que involucre profesionales de la psiquiatría, la psicología, el trabajo social y la nutrición, “es decir, dadas las complicaciones médicas y psicológicas de los TCA, se recomienda un abordaje

terapéutico global" (Losada y Zavalia, 2019, p. 134). Por una parte, la psiquiatría es fundamental para el diagnóstico referencial, la evaluación y el manejo de comorbilidades tales como los trastornos del estado de ánimo, trastornos de ansiedad o trastorno obsesivo compulsivo, así como el tratamiento farmacológico o la evaluación de riesgos suicidas. Por otra parte, la intervención psicológica es vital para el tratamiento de los TCA al enfocarse en la reestructuración cognitiva y la modificación conductual, sobre todo las terapias basadas en evidencia, tal como la Terapia Cognitivo-Conductual, la cual "sostiene que el elemento central que mantiene el trastorno es un sistema disfuncional de autoevaluación" (Celis Ekstrand y Roca Villanueva, 2011, p. 22) y ha sido demostrada como una de las más eficaces.

Otros enfoques como la terapia Dialéctico-Conductual y la Terapia Basada en la Familia también aportan grandes beneficios, esta última ha ganado una base de evidencia y ha sido recomendada por la Asociación Americana de Psiquiatría (Couturier, et al., 2012, p. 3), sobre todo aplicada en población infantil y juvenil que necesita apoyo de su núcleo familiar. De igual forma el abordaje nutricional es crucial para la rehabilitación física y la normalización de la relación con la comida, mientras que el trabajo social interviene sobre el macrosistema del paciente, evaluando las variables del entorno sociofamiliar y comunitario.

Entre otros factores psicológicos relacionados con los trastornos alimentarios, además de los ya mencionados, destaca el perfeccionismo. Este se define como la tendencia a establecer estándares elevados de rendimiento acompañados de una autoevaluación crítica y una preocupación excesiva por cometer errores. Los rasgos perfeccionistas predicen la aparición de trastornos alimentarios en adultos y pueden influir en la infancia.

Se ha encontrado que el perfeccionismo infantil predice conductas como la dieta restrictiva en niños de 8 a 10 años (Trujano Ruiz et al., 2010). Además, se reconoce su papel

como un factor de mantenimiento de estos trastornos una vez instalados. Por ello, su identificación temprana es clave para el diseño de programas de prevención. De igual forma, se ha identificado que esta característica no solo contribuye al inicio de los trastornos alimentarios, sino que también actúa como un factor de mantenimiento una vez que el trastorno se ha desarrollado.

En la niñez, los TCA presentan características distintas debido a las limitaciones propias del desarrollo psicológico y emocional. Por ejemplo, "los niños tienen una capacidad limitada para la autoevaluación y la reflexión, por lo que pueden tener dificultades para expresar los pensamientos y sentimientos relacionados con el trastorno" (Val y Canals, 2022, p. 82). A nivel físico, la pérdida de peso puede ser más rápida y tener un impacto más severo en el crecimiento, llegando a afectar de forma irreversible el desarrollo. En esta etapa, las niñas se ven afectadas por los cambios corporales iniciados durante la pubertad.

2.1. Principales trastornos de la conducta alimentaria

2.1.1. Anorexia nerviosa

La anorexia nerviosa "se define como una valoración exagerada del volumen y forma del cuerpo, que conlleva a una búsqueda implacable de la delgadez. Se caracteriza por el adelgazamiento voluntario excesivo, por medio de una dieta restrictiva" (Morales López, 2019, p. 47) y representa el trastorno psiquiátrico con la mayor tasa de mortalidad. El 90% de los pacientes con anorexia nerviosa son mujeres (Aliaga-Tinoco y Cruzado, 2020).

Su cuadro clínico se define por una sintomatología multifacética, cuyo eje central es una restricción significativa de la ingesta energética que conduce a un peso corporal muy bajo, inferior al 15% o más al mínimo esperado para la edad, sexo y trayectoria de desarrollo del

individuo. Este estado de infrapeso coexiste con un temor mórbido e irracional a la ganancia de peso y un deseo persistente de adelgazar, lo que se traduce en la implementación de regímenes dietéticos severos o ayunos autoimpuestos. Un componente psicopatológico fundamental es la alteración de la percepción de la imagen corporal, donde el individuo se percibe con sobrepeso a pesar de la evidencia objetiva de su delgadez. Esta distorsión puede ser global o focalizarse en áreas corporales específicas: abdomen, glúteos, piernas, etc. La autoevaluación se encuentra indebidamente influenciada por el peso y la figura, lo que se asocia a conductas como la práctica de ejercicio físico compulsivo con el único propósito de reducir el peso. A nivel fisiológico, es común la amenorrea (ausencia de al menos tres ciclos menstruales consecutivos), mientras que psicosocialmente, se observan cambios conductuales como irritabilidad, tendencia al aislamiento social y familiar, y rituales alimentarios como la evitación de ciertos grupos de alimentos y la preferencia por comer en soledad. De acuerdo con el DSM-5:

> La autoestima de los individuos con anorexia nerviosa depende mucho de cómo perciben su peso y su constitución corporal. La pérdida de peso se ve a menudo como un logro impresionante y un signo de extraordinaria autodisciplina, mientras que el aumento de peso se percibe como un fracaso inaceptable del autocontrol. Aunque algunos individuos con este trastorno pueden admitir que están delgados, a menudo no reconocen las graves consecuencias médicas de su estado de desnutrición. (American Psychiatric Association, 2014, p. 340)

Dentro de los factores de riesgo se incluyen trastornos de ansiedad previos, rasgos obsesivos en la infancia, ciertas profesiones como el modelaje, la danza o el deporte, y tendencia genética por familiares biológicos de primer grado que padecen el trastorno.

Cabe destacar que existe un alto riesgo de suicidio en la anorexia nerviosa, con 12 suicidios por 100,000 casos de anorexia (American Psychiatric Association, 2014).

2.1.2. Bulimia nerviosa

La Bulimia Nerviosa se define por una preocupación patológica por el peso y la figura, así como por una distorsión de la imagen corporal. Su cuadro clínico se distingue por la presencia de episodios recurrentes de atracones, los cuales se definen "… como la ingestión, en un período determinado de tiempo, de una cantidad de alimentos que es claramente superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un período similar y en circunstancias parecidas" (American Psychiatric Association, 2014, p. 345), seguidos por conductas compensatorias para evitar el aumento de peso, tales como el vómito autoinducido, el abuso de sustancias purgantes, la restricción alimentaria severa o el ejercicio compulsivo. Los atracones se realizan en secreto y se acompañan de una sensación de pérdida de control, generando posteriormente intensos sentimientos de culpa. Dado que los pacientes suelen presentar un peso normal o incluso sobrepeso, su apariencia física no funge como un indicador fiable de la presencia del trastorno, lo que a menudo complica su detección temprana.

Los factores de riesgo incluyen la baja autoestima, síntomas depresivos, trastornos de ansiedad, ideales socioculturales de belleza y delgadez, abuso físico o sexual en la infancia, obesidad en la infancia, desarrollo puberal temprano y vulnerabilidad genética.

2.1.3. Trastorno por atracón

El Trastorno por Atracón se define por la presencia de episodios recurrentes de atracones, caracterizados por una ingesta de alimentos en un corto periodo de tiempo que es claramente superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en circunstancias similares (Cañizares

Gomez et al., 2022), acompañada de una experiencia subjetiva de descontrol: “un indicador de la pérdida de control es la incapacidad para contenerse y no comer, o para parar de comer una vez que se ha empezado” (American Psychiatric Association, 2014, p. 351).

El criterio diagnóstico fundamental que lo diferencia de la Bulimia Nerviosa es la ausencia de las conductas compensatorias regulares (purgativas o no purgativas) (Serra, 2015; Cañizares Gomez et al., 2022). Aunque los individuos afectados pueden intentar controlar su peso a través de regímenes dietéticos severos, estos esfuerzos suelen ser ineficaces y conducen a una rápida ganancia ponderal. Fenotípicamente, el TA se asocia con el sobrepeso y la obesidad. Además, es común que el cuadro clínico coexista con sintomatología afectiva significativa, como la depresión y la ansiedad.

2.1.4. Trastorno conducta no especificada

Estos no cumplen los criterios necesarios para el diagnóstico de un trastorno específico, pero sí “causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento” (American Psychiatric Association, 2014, p. 354). Por ejemplo, hay algunos casos que son muy similares a la anorexia y a la bulimia, pero no cumplen todos los criterios, por ejemplo, "podríamos encontrar anorexias que no presentan infrapeso o bulimias cuya frecuencia de atracones no es suficientemente elevada" (Serra, 2015, p. 39) o atracones que no son tan frecuentes como para ser diagnosticados como trastorno por atracón.

2.1.5. Pica

Según el DSM-5, la pica es "la ingestión persistente de sustancias no nutritivas y no alimentarias… que es suficientemente grave como para justificar la atención clínica" (American Psychiatric Association, 2014, p. 330) Aunque las sustancias consumidas pueden variar,

dependiendo de la edad u otros factores, algunas sustancias comunes son papel, tierra, jabón, pintura, tiza, carbón, tela, hielo, cenizas.

A veces, la pica requiere atención clínica solo por sus complicaciones médicas generales, ya que puede poner en riesgo al paciente pues muchas de estas sustancias son tóxicas o pueden causar problemas en el sistema digestivo. La pica puede iniciar en la infancia con más frecuencia, aunque puede también aparecer en etapas posteriores. A menudo se encuentra presente junto a trastornos del desarrollo, discapacidad intelectual o trastornos sociales.

Dentro de los factores de riesgo se encuentran la falta de supervisión parental, las discapacidades intelectuales o los trastornos del desarrollo.

2.1.6. Ortorexia

La ortorexia es la obsesión extrema de comer alimentos considerados saludables por el individuo, "excluyendo de la dieta alimentos cultivados con pesticidas o herbicidas y todos los alimentos que en su contenido tengan 'excesiva' grasa" (Vargas Baldares, 2018, p. 26). Aunque no es considerado en el DSM 5 como un trastorno puede tener muchas consecuencias a nivel físico y mental de la persona que la presenta.

2.1.7. Vigorexia

Preocupación excesiva de perfección corporal a través de ejercicios específicos, lo que supone una gran insatisfacción ante la propia imagen corporal, hasta el grado de generar dependencia, así como el consumo de sustancias dopantes que pueden perjudicar la salud. Según la psiquiatra Vargas Baldares (2018), aunque la vigorexia no es estrictamente un TCA, las personas afectadas tienen una preocupación obsesiva por su cuerpo, "se sienten escuálidas y quieren aumentar cada día más su masa muscular, exhibiendo una apariencia exageradamente

musculosa, buscando una aceptación social y fortaleciendo su base narcisista" (Vargas Baldares, 2018, p. 26).

2.2. Factores de riesgo

2.2.1. Predisposición genética

Uno de los factores de riesgo más importantes es el factor genético. Se estima que existe una heredabilidad del 50-83% (Vargas Baldares, 2018), aunque este componente genético puede verse potenciado cuando también se encuentran factores ambientales y culturales. La causa genética es un riesgo aún mayor en las niñas y adolescentes, ya que como explica Mustelier Cantero (2014):

> Con la activación de las hormonas ováricas (estradiol) en el inicio de la pubertad, también se registra un aumento de los factores genéticos. Además, el estradiol que regula la transcripción de genes entre los neurotransmisores que controlan el apetito y el estado de ánimo, como la serotonina, puede influir en la predisposición genética de los trastornos de alimentación en la pubertad. (p. 17)

2.2.2. Factores psicológicos

Los individuos con ciertos rasgos de personalidad o trastornos de salud mental (como la ansiedad, depresión, trastorno obsesivo-compulsivo o trastorno de estrés postraumático) pueden tener un mayor riesgo de desarrollar TCA.

Los TCA están asociados a la alexitimia, la impulsividad, falta de estrategias adecuadas para manejar el estrés y la ansiedad, la necesidad de control, una personalidad perfeccionista y rígida, dificultades para relacionarse con los demás, ideas distorsionadas sobre el sacrificio o la disciplina, agresividad, entre otras (Alpízar, 2024; Vargas Baldares, 2018). Además, a los

pensamientos obsesivos sobre la comida y el peso se le asocian significados emocionales. Los factores psicológicos de riesgo son especialmente peligrosos en la pubertad, ya que en esta etapa se presentan cambios psicológicos y emocionales que pueden influir en el autoconcepto, la satisfacción corporal y la autoestima. De igual forma, se ha encontrado una relación con los eventos traumáticos, como el abuso sexual, con una prevalencia de 7% en adolescentes que padecen de TCA (Alpízar, 2024).

2.2.3. Factores sociales y culturales

Los factores sociales y culturales desempeñan un papel importante en el desarrollo y mantenimiento de los trastornos de la alimentación, como la anorexia nerviosa, la bulimia nerviosa y el trastorno por atracón. Estos factores pueden influir tanto en las percepciones individuales del cuerpo como en los comportamientos relacionados con la alimentación.

La presión social para alcanzar ideales de belleza específicos, especialmente aquellos que promueven cuerpos delgados, puede contribuir a una insatisfacción corporal que desencadena comportamientos alimentarios poco saludables. Por ejemplo, los medios de comunicación y las redes sociales han influido significativamente en la prevalencia de estos trastornos al exaltar modelos extremadamente delgados como el estándar de belleza y éxito social. Las redes sociales se han vuelto omnipresentes en la vida de las personas, sobre todo las más jóvenes. Según Kurtz et al. (2022), los jóvenes de 12-25 años pasan un estimado de 3,7 horas en línea al día y el 96% de ellos revisan las redes sociales al menos una vez al día. Este consumo incrementó durante la pandemia de 2020 a un estimado de 4,3 horas al día. Esta sobre exposición a las redes sociales podría influir en problemas de autoestima o riesgos en la salud mental y la aparición de TCA.

Esta cultura de la delgadez, en la que las mujeres y niñas son las más vulnerables, crea un ambiente asociado con control, fuerza y éxito, en el que los comportamientos alimentarios poco saludables se ven positivamente. Estos ideales de belleza, sin embargo, "nunca han representado a la mayoría de las mujeres, sino a estándares físicos inalcanzables para la mayoría" (León-Madrigal y Vargas-Halabi, 2025, p. 102), por lo que mujeres y niñas invierten mucho tiempo y energía, así como recursos emocionales en intentar alcanzarlos, incluso, llegando a establecer relaciones insanas con la comida debido a la insatisfacción con su imagen corporal, lo cual "constituye un antecedente importante en la aparición de los trastornos de conducta alimentaria" (León-Madrigal y Vargas-Halabi, 2025, p. 104). Esto demuestra una clara relación entre las presiones estéticas propias de nuestra sociedad, que no discriminan a ninguna edad, pues hasta las niñas se ven afectadas, y las conductas alimentarias de riesgo. Algunas niñas y mujeres pueden ver como aspiracionales los cuerpos hegemónicos y, al compararlos con los propios, pueden experimentar una baja en la autoestima que les haga incurrir en comportamientos como dietas, restricciones, ejercicio compulsivo y excesivo, vómito autoinducido, etc.

2.3. Estrategias de abordaje psicológico desde la terapia cognitivo conductual

Dentro del abanico de intervenciones psicoterapéuticas para los Trastornos de la Conducta Alimentaria, la Terapia Cognitivo-Conductual se ha consolidado como el enfoque con mayor respaldo empírico (Celis Ekstrand y Roca Villanueva, 2011) y es considerada el tratamiento de elección. Su eficacia radica en un modelo teórico que postula que las emociones y las conductas de un individuo están determinadas en gran medida por la forma en que estructura e interpreta el mundo. En el contexto de los TCA, la TCC se enfoca en identificar los patrones de pensamiento disfuncionales y las conductas desadaptativas que perpetúan la enfermedad y modificar estas conductas mediante "principios de aprendizaje y de la psicología experimental

con el objetivo de eliminar, disminuir o cambiar conductas que no son adaptativas" (Barraca Mairal, s. f., cap. 1, párr. 2). Por conductas que no son adaptativas se entiende a aquellas que provocan malestar, sufrimiento, dolor y que impiden el desarrollo de la vida de la persona.

2.3.1. Fundamentos y mecanismos de acción de la terapia cognitivo-conductual

La TCC es un modelo de psicoterapia estructurado, orientado a objetivos, de tiempo limitado y centrado en el presente. Se basa en la premisa fundamental de que existe una interrelación recíproca entre cogniciones (pensamientos, creencias, esquemas), afectos (emociones, sentimientos) y conductas, pues "el modo en que las personas estructuran cognitivamente sus experiencias ejerce una influencia fundamental en cómo se sienten y actúan y en las reacciones físicas que tienen" (Bados y García Grau, 2010, p. 3). El modelo cognitivo sostiene que no son los eventos en sí mismos los que generan una respuesta emocional o conductual, sino la interpretación o el significado que el individuo les atribuye. En los TCA, este principio es central: la ansiedad ante ciertos alimentos, la culpa tras comer o la compulsión por ejercer no responde directamente a la comida o al cuerpo, sino que las mediante un sistema de creencias disfuncionales sobre el peso, la figura y la autovaloración (Williamson et al., 1998).

El mecanismo de acción de la TCC opera a través de dos vías principales y sinérgicas: la reestructuración cognitiva y la modificación conductual. Tal y como apuntan Bados y García Grau (2010), la reestructuración cognitiva

> consiste en que el cliente, con la ayuda inicial del terapeuta, identifique y cuestione sus pensamientos desadaptativos, de modo que queden sustituidos por otros más apropiados y se reduzca o elimine así́ la perturbación emocional y/o conductual causada por los primeros. En la RC los pensamientos son considerados como hipótesis y terapeuta y

> paciente trabajan juntos para recoger datos que determinen si dichas hipótesis son correctas o útiles. (p. 2)

Lo que quiere decir que la reestructuración cognitiva busca identificar los pensamientos automáticos negativos y las creencias nucleares o esquemas disfuncionales que subyacen a la psicopatología alimentaria. Los pacientes con TCA o con riesgos de TCA suelen presentar una serie de distorsiones cognitivas, tales como el pensamiento dicotómico, la abstracción selectiva (centrarse en detalles negativos), la sobre generalización, la personalización, la magnificación y la minimización.

El terapeuta trabaja con el paciente para que aprenda a reconocer estos pensamientos, a someterlos a un escrutinio lógico y empírico, y a generar pensamientos alternativos más realistas y adaptativos. El objetivo no es "pensar en positivo", sino desarrollar un pensamiento más flexible y basado en la evidencia por medio de la modificación conductual, la cual se enfoca en la interrupción y el cambio de los comportamientos problemáticos. Se emplean diversas técnicas, entre las que destacan el autorregistro (*monitoring*), la exposición con prevención de respuesta, el establecimiento de un patrón de alimentación regular y la resolución de problemas.

2.4. La psicoeducación

La psicoeducación es una intervención terapéutica basada en el modelo médico biopsicosocial (Serra, 2015) que combina elementos de la educación y la psicoterapia, cuyo objetivo es proporcionar a los pacientes y a sus familias información precisa y comprensible sobre un trastorno específico. Como afirma Losada y Zavalia (2019), “es una intervención que proporciona una base teórica y práctica englobando los distintos factores implicados, tanto

biológicos, psicológicos, socioculturales como familiares" (p. 131) que ayuda a comprender de dónde vienen ciertas creencias, costumbres o hábitos que se tienen.

Se fundamenta en la idea de que el conocimiento es poder, ya que "pretende enseñar o transmitir información para lograr en los sujetos una reflexión más profunda y adecuada acerca de la enfermedad" (Losada y Zavalia, 2019, pp. 135-136) o sus problemas. El paciente deja de ser un receptor pasivo de cuidados para convertirse en un agente informado y activo de su propio cambio. Los objetivos generales de la psicoeducación incluyen aumentar la conciencia de enfermedad o el problema (*insight*), proporcionar un modelo explicativo: ofrecer un marco lógico y basado en la evidencia para que el paciente pueda entender sus experiencias y síntomas, mejorar la adherencia al tratamiento, reducir el estigma y la culpa, fomentar habilidades de afrontamiento, e involucrar a la familia: educar a los familiares sobre cómo pueden apoyar eficazmente al paciente, modificando dinámicas que podrían estar manteniendo el problema y convirtiéndolos en aliados terapéuticos. Dentro de la psicoeducación se emplean distintos métodos, tales como la reestructuración cognitiva, la realización de autorregistros, el auto refuerzo, el control de estímulos y las técnicas de respiración y relajación, las cuales en conjunto ayudan a cumplir cinco objetivos:

- Crear una alianza terapéutica entre el sanitario y el paciente.
- Proporcionar información.
- Vincular al paciente con su entorno.
- Integrar al paciente en el ambiente familiar.
- Facilitar un seguimiento por parte del equipo terapéutico. (Serra, 2015, p. 134)

En el campo de los TCA, la psicoeducación es un componente transversal e indispensable en cualquier modalidad de tratamiento, desde la prevención hasta la intervención en casos

graves. Su implementación es crucial ya que esta “busca disminuir los niveles de ansiedad que se pueden generar en los sujetos, a la vez se eliminan mitos, creencias e ideas erróneas que las personas poseen, y que pueden dificultar la adquisición de conductas positivas” (Serra, 2015, p. 134), siendo en el caso específico de los TCA o las CAR, los mitos, desinformación y creencias erróneas que rodean la alimentación, el peso y la imagen corporal en nuestra sociedad.

En el contexto de una propuesta de intervención preventiva, la psicoeducación se convierte en la estrategia central, en la cual no se “trata” un trastorno, sino se "vacuna" psicológicamente a la población en riesgo, por decirlo de algún modo. En este caso, la psicoeducación se enfocaría en promover factores de protección, como una imagen corporal positiva, la alfabetización mediática para desarrollar un pensamiento crítico frente a los ideales de belleza irreales de los medios de comunicación y las redes sociales, el fomento de la autoestima basada en cualidades internas y no en la apariencia, y la promoción de una relación sana y flexible con la comida y el ejercicio. Por tanto, la psicoeducación se presenta como la herramienta fundamental para construir resiliencia contra las presiones socioculturales que fomentan la insatisfacción corporal y las conductas alimentarias de riesgo.

2.5. El Centro Educativo Enrique Pinto Fernández

La escuela Enrique Pinto Fernández es un centro educativo de carácter público, ubicado en San Rafael de Alajuela y fundado en 1917 durante la administración del presidente Alfredo González Flores. Actualmente alberga a 1827 estudiantes matriculados y ofrece los servicios de preescolar y I y II ciclos de Educación General Básica. Se imparten las asignaturas básicas más otras como inglés, informática, música y religión. Existen 10 grupos de quinto grado que constituyen a 272 estudiantes.

Figura 1

Escudo de la Escuela Enrique Pinto Fernández



Nota: Figura tomada del Facebook de la Escuela Enrique Pinto Fernández

2.5.1. Misión

El centro educativo tiene como misión ser

Una institución modelo, eficiente, eficaz y efectiva, con educadores y educandos, capaces de resolver los problemas esenciales de su vida. Brindaremos una formación sustentada en los pilares de la educación para todos, que nos permitirá alcanzar una sociedad veraz, justa y solidaria, con principios esenciales del comportamiento humano, para formar una persona con una actitud positiva ante la vida, optimista e innovadora; un ser humano solidario, creativo, crítico, seguro y confiado con deseos de superación. (Centro Educativo Enrique Pinto Fernández, comunicación personal, 2 de setiembre de 2025)

2.5.2. Visión

La visión de la institución consiste en

Formar a los educandos integralmente con base en los pilares de la educación para todos, incidiendo en la práctica de valores, fortaleciendo las relaciones familiares y sociales, acorde a las expectativas locales, regionales, nacionales; en un mundo globalizado, con participación de los actores educativos, comprometidos con la problemática de la

institución, para mejorar la calidad educativa de acuerdo al avance científico y tecnológico, donde se facilite el desarrollo físico, socio afectivo, cultural y académico. (Centro Educativo Enrique Pinto Fernández, comunicación personal, 2 de setiembre de 2025)

Capítulo III: Marco metodológico

3. 1 Enfoque de la investigación

Esta investigación se orienta desde un enfoque cuantitativo, el cual

> se basa en los aspectos numéricos para investigar, analizar y comprobar información y datos. La generalización y objetivación de los resultados por medio de una muestra permite realizar inferencias causales a una población que explican por qué sucede o no determinado hecho o fenómeno. (Neill et al., 2018, pp. 69-70)

Este enfoque está basado en el paradigma positivista, el cual "rechaza toda proposición cuyo contenido no esté directa o indirectamente en correspondencia con los hechos comprobados, refutando todo juicio de valor. El conocimiento es válido si está basado en la observación sistemática de los hechos sensibles" (Monje Álvarez, 2011, p. 11). Por lo que, este trabajo enfatiza la medición objetiva con información estructurada y datos recopilados mediante procedimientos estandarizados. A partir de los resultados obtenidos, se pretende diseñar una propuesta de intervención psicoeducativa con un carácter preventivo.

3.2 Método de la investigación

El diseño que se utilizará es no experimental, de tipo descriptivo. Como explica Hernández Sampieri, et al. (2014), "en la investigación no experimental las variables independientes ocurren y no es posible manipularlas, no se tiene control directo sobre dichas variables ni se puede influir en ellas, porque ya sucedieron, al igual que sus efectos" (p. 152), lo cual significa que no se realizará manipulación de variables, sino que se observarán los fenómenos tal y como ocurren en el contexto natural, en un momento específico, para luego analizarlos.

A su vez, el alcance descriptivo “busca únicamente describir situaciones o acontecimientos; básicamente no está interesado en comprobar explicaciones, ni en probar determinadas hipótesis, ni en hacer predicciones” (Tamayo y Tamayo, 1999, p. 44), por lo cual el énfasis estará puesto en observar y describir las características de la población que es del interés de la investigación, en este caso, las conductas alimentarias de riesgo que pueden o no existir en los estudiantes de quinto grado de la escuela Enrique Pinto Fernández.

Se trata de una investigación de campo, ya que se desarrollará directamente en una institución educativa. El diseño escogido para esta investigación permitirá observar y describir sin alterar el entorno escolar ni intervenir sobre variables en estudio. Este enfoque resulta pertinente, ya que busca obtener un panorama realista de la situación para, a partir de los datos recabados, fundamentar el diseño de una propuesta de intervención psicoeducativa preventiva enfocada en la promoción de la salud mental, la alfabetización mediática y la prevención de conductas alimentarias inadecuadas.

3.3 Fuentes de información

En el presente trabajo, las fuentes de información cumplen un papel fundamental. Se utilizarán fuentes primarias, como la escala tipo Likert y observaciones directas a los estudiantes, y fuentes secundarias, conformadas por artículos científicos, investigaciones previas y documentos institucionales que aborden los trastornos alimentarios en la niñez y su prevención desde un enfoque cognitivo-conductual.

3.3.1 Fuentes primarias

Las fuentes primarias “proporcionan datos de primera mano, pues se trata de documentos que incluyen los resultados de los estudios correspondientes” (Hernández et al., 2014, p. 61).

Estas estarán conformadas por los datos recolectados directamente con las personas estudiantes de quinto grado de la Escuela Enrique Pinto Fernández. Para ello, se aplicarán instrumentos adaptados a su edad, como escalas relacionadas con la percepción corporal y las actitudes alimentarias.

3.3.2 Fuentes secundarias

Las fuentes secundarias "son las informaciones proporcionadas por otros investigadores" (González, 2015, como se citó en Guzmán, 2021, p. 21), las cuales incluyen artículos científicos, libros, investigaciones previas, documentos institucionales, tesis universitarias y reportes de organismos especializados. Se dará especial énfasis a literatura nacional e internacional, especialmente estudios realizados en Costa Rica, por ser el contexto local del presente trabajo de tesis.

3.4 Población

Según Hernández Sampieri et al. (2014), la población "es el conjunto de todos los casos que concuerdan con una serie de especificaciones" (p. 174), y debe estar situada por tiempo, lugar y contenido.

En este estudio, la población la integrarán estudiantes de quinto grado de la Escuela Enrique Pinto Fernández, ubicada en San Rafael de Alajuela. El grupo está compuesto por 23 estudiantes (niñas y niños), de entre 10 y 11 años, etapa en la que se han identificado un aumento de conductas alimentarias de riesgo y cambios significativos en la imagen corporal.

3.4.1 Muestra

La muestra estará compuesta por 16 estudiantes (10 mujeres y 6 varones) de uno de los diez grupos de quinto grado de la escuela Enrique Pinto Fernández, que corresponden al 70%, quienes serán seleccionados mediante un muestreo no probabilístico de tipo conveniencia, en el que "la elección de los elementos no depende de la probabilidad, sino de causas relacionadas con las características de la investigación o los propósitos del investigador" (Hernández Sampieri et al., 2014, p. 176). En este caso se considerará su asistencia regular a clases y la autorización de sus padres o encargados legales para participar.

3.4.2 Criterios de inclusión

- Estudiantes activos de quinto grado de la escuela Enrique Pinto Fernández, tanto hombres como mujeres.
- Estudiantes que quieran participar en la investigación.
- Estudiantes cuyos padres o representante legal haya firmado el consentimiento informado.

3.4.3 Criterios de exclusión

- Estudiantes que no estudien en la Escuela Enrique Pinto Fernández.
- Estudiantes que no sean de quinto grado.
- Estudiantes que no quieran participar en la investigación.
- Estudiantes cuyos padres o representantes legales no deseen firmar el consentimiento informado.

3.5 Variables

En una investigación, una variable es "una propiedad que puede fluctuar y cuya variación es susceptible de medirse u observarse" (Hernández Sampieri, et al., 2014, p. 105). En esta

investigación se determinó el uso de dos variables: conductas alimentarias de riesgo y necesidades de psicoeducación.

Tabla 1

Variable 1: Conductas alimentarias de riesgo

Definición conceptual	Definición operacional	Definición instrumental
Prácticas y actitudes nocivas relacionadas con la ingesta de alimentos y el control del peso que se desvían de los patrones de alimentación saludables "características de los TCA… y que no cumplen en frecuencia y duración con los requerimientos diagnósticos" (Unikel-Santoncini et al., 2010, p. 425).	**Autoestima y autoconcepto:** Mide el grado de percepción del niño/a sobre la propia valía y pensamientos positivos sobre sí mismos. **Satisfacción con la imagen corporal**: Evalúa el grado en que la percepción de su propio cuerpo afecta su autoestima y sus hábitos alimenticios. **Preocupación por el peso:** Evalúa la frecuencia con la que el estudiante piensa en su peso y cómo este influye en su estado de ánimo.	**Autoestima y autoconcepto:** Ítems 1, 2 y 3 **Satisfacción con la imagen corporal** Ítems 4 y 5 **Preocupación por el peso** Ítems 11 y 12

	Conductas restrictivas: Mide la frecuencia de comportamientos como saltarse comidas, evitar ciertos grupos de alimentos o seguir dietas estrictas para bajar de peso. **Conductas purgativas:** Evalúa la presencia y frecuencia de vómitos autoinducidos o uso de laxantes/diuréticos para controlar el peso. **Atracones:** Frecuencia de episodios de ingesta compulsiva de alimentos con sensación de pérdida de control.	**Conductas restrictivas** Ítems 14 y 15 **Conductas purgativas** Ítem 16 **Atracones** Ítem 10

Tabla 2

Variable 2: Necesidades de psicoeducación

Definición conceptual	Definición operacional	Definición instrumental
La psicoeducación "es una intervención que proporciona una base teórica y práctica englobando los distintos factores implicados, tanto biológicos, psicológicos, socioculturales como familiares" (Losada y Zavalia, 2019, p. 131) y que combina elementos de la educación y la psicoterapia.	**Dimensión biológica:** Evalúa la conciencia y respuesta del niño/a las señales internas de su cuerpo relacionadas con el hambre o saciedad. **Dimensión psicológica:** Evalúa la conexión entre las emociones y el acto de comer. **Dimensión sociocultural:** Evalúa los mensajes externos sobre la imagen corporal **Dimensión familiar:** Evalúa cómo los hábitos, reglas o comunicación en la familia influyen en la relación del niño/a con la comida.	**Dimensión biológica:** Ítem 7 **Dimensión psicológica:** Ítems 6, 8, 9, 13 y 17 **Dimensión sociocultural:** Ítem 18 **Dimensión familiar:** Ítem 19

3.6. Instrumentos

Los instrumentos sirven para medir las variables. El instrumento usado en esta investigación estará compuesto por 19 ítems con formato de escala tipo Likert que evaluarán la presencia de conductas alimentarias de riesgo y/o preocupaciones relacionadas con la alimentación y el peso en los estudiantes de quinto grado de la escuela Enrique Pinto Fernández. Las escalas Likert "son instrumentos psicométricos donde el encuestado debe indicar su acuerdo o desacuerdo sobre una afirmación, ítem o reactivo, lo que se realiza a través de una escala ordenada y unidimensional" (Matas, 2018, p. 39). La aplicación del instrumento se realizará por medio de la técnica de entrevista, técnica por medio de la cual "el investigador obtiene información sobre el punto de vista y la experiencia de las personas o grupos" (Neill et al., 2018, p. 82) de interés para la investigación.

Los ítems utilizados en la variable "Conductas alimentarias de riesgo" están basados y adaptados de diferentes instrumentos afines al tema de investigación, tales como la Escala de autoestima de Rosenberg (RSE), la Escala de Autoconcepto físico para jóvenes (C-PSQ) y el Test de Actitudes hacia la Alimentación para niños (ChEAT) (versión adaptada al español del Children's Eating Attitudes Test), mientras que los utilizados para la variable de "Necesidades de Psicoeducación" son de elaboración propia, pero teniendo como referencia los anteriormente mencionados.

3.6.1. Validación del instrumento

"La validación de los instrumentos de investigación es importante para garantizar la precisión y confiabilidad de los resultados de la investigación" (Medina et al., 2023, p. 14), por lo cual, el instrumento descrito en el acápite anterior (Escala Likert) será sometido a un proceso

de revisión y análisis por parte de tres profesionales expertos en el área de psicología (incluyendo a la tutora del trabajo de investigación):

1. Michell González Duno, licenciado en Psicología con énfasis en Modificación de la Conducta, con veinte años de experiencia laboral en el área de Recursos Humanos y quince años de experiencia en docencia Universitaria a nivel de Pregrado y Postgrado.
2. Luis Márquez Zúñiga, licenciado en Psicología con énfasis en Modificación de la Conducta de profesión, con trece años de experiencia trabajando en el sector privado en el área de Recursos Humanos.
3. Nancy Román González, Máster en Psicología, con veinte años de experiencia en las áreas de psicología clínica, psicología educativa y psicología laboral; quince años de experiencia en docencia universitaria y cinco años de experiencia en dirección de Trabajos de Graduación.

La validación del instrumento por los tres profesionales se puede verificar en el apéndice 4, validación por el juicio experto del instrumento titulado Escala Likert Conductas Alimentarias de Riesgo, elaborado por el investigador.

3.7 Proceso para la recolección y análisis de datos

El proceso de análisis de datos requiere "elaborar un plan detallado de procedimientos que nos conduzcan a reunir datos con un propósito específico" (Hernández Sampieri, et al., 2014, p. 217).

El método de recolección será la aplicación de la Escala tipo Likert. Una vez recolectados los datos, se procederá a su preparación para el análisis: se tabularán las respuestas en una base

de datos digital y después se realizará un análisis estadístico descriptivo para caracterizar la muestra. Todo el proceso se ejecutará considerando los recursos disponibles, incluyendo el tiempo estipulado entre mayo y diciembre de 2025 y el apoyo del centro educativo.

Capítulo IV: Análisis de resultados

Como parte del proceso de investigación, se realizó un análisis de los datos obtenidos, el cual "tiene como finalidad generar resultados (datos agrupados y ordenados), a partir de los cuales se realizará el análisis según los objetivos… o preguntas de la investigación" (Bernal Torres, 2010, p. 198). Los hallazgos aquí descritos son la base empírica para identificar necesidades y diseñar la propuesta psicoeducativa.

Como se mencionó en el capítulo anterior, correspondiente al marco metodológico, la muestra la formaron 16 estudiantes (10 mujeres y 6 varones) de quinto grado del Centro Educativo Enrique Pinto Fernández, de entre 10 y 11 años. Dicha muestra representa el 70% de la población total de 23 estudiantes del grupo de quinto grado.

Como la población está compuesta por menores de edad, se elaboró un consentimiento informado para que los padres o tutores legales de los estudiantes brindaran su autorización, el cual fue firmado por los padres y tutores entre el 9 y 17 de setiembre del 2025, mientras que el instrumento se aplicó el día 22 de setiembre del 2025 en las instalaciones de la institución educativa.

Para el análisis cuantitativo, se utilizó el método de estadística descriptiva básica por medio de tablas de frecuencia, las cuales permitieron resumir las características principales de los datos obtenidos. Asimismo, el análisis se presenta de forma agregada (muestra total) y desagregada por género para identificar posibles diferencias, ya que se consideró importante para la investigación no desatender los resultados por género, debido a que muchas veces se subestima la vulnerabilidad de las poblaciones masculinas respecto a ideales estéticos y conductas alimentarias de riesgo.

4.1 Análisis de la variable “conductas alimentarias de riesgo”

Según el capítulo III, la primera variable evaluada en el instrumento fue la variable de conductas alimentarias de riesgo, que incluye dimensiones como autoestima, imagen corporal y comportamientos alimentarios de riesgo.

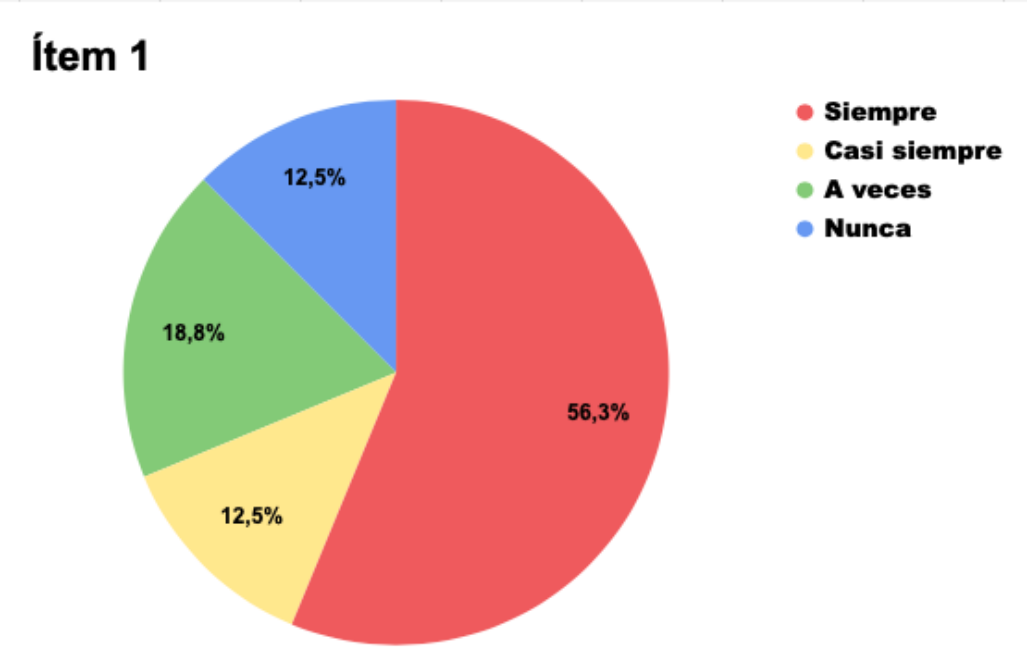
Tabla 3

Variable 1: Conductas alimentarias de riesgo. Dimensión de autoestima y autopercepción. Ítem 1: Me siento una persona valiosa como los demás.

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Siempre	9	56,3%
Casi siempre	2	12,5%
A veces	3	18,8%
Casi nunca	0	0,0%
Nunca	2	12,5%

Figura 2

Variable 1: Conductas alimentarias de riesgo. Dimensión de autoestima y autopercepción. Ítem 1: Me siento una persona valiosa como los demás.



En las preguntas relacionadas a la autoestima (ítems 1, 2 y 3) se encontró una tendencia general positiva, aunque con diferencias importantes. Un 56,3% de la muestra total reportó sentirse valiosa "Siempre", un 12,5% indicó que “Casi siempre”, un 18,8% indicó que “A veces” y el 12,5% indicó que “Nunca”.

Al desagregar por género, se observó que el 66,7% de los varones seleccionó sentirse valioso siempre, en comparación con el 50,0% de las mujeres. No obstante, es relevante señalar que el 12,5% de la muestra (un 10,0% de las mujeres y un 16,7% de los varones) indicó "Nunca" sentirse una persona valiosa.

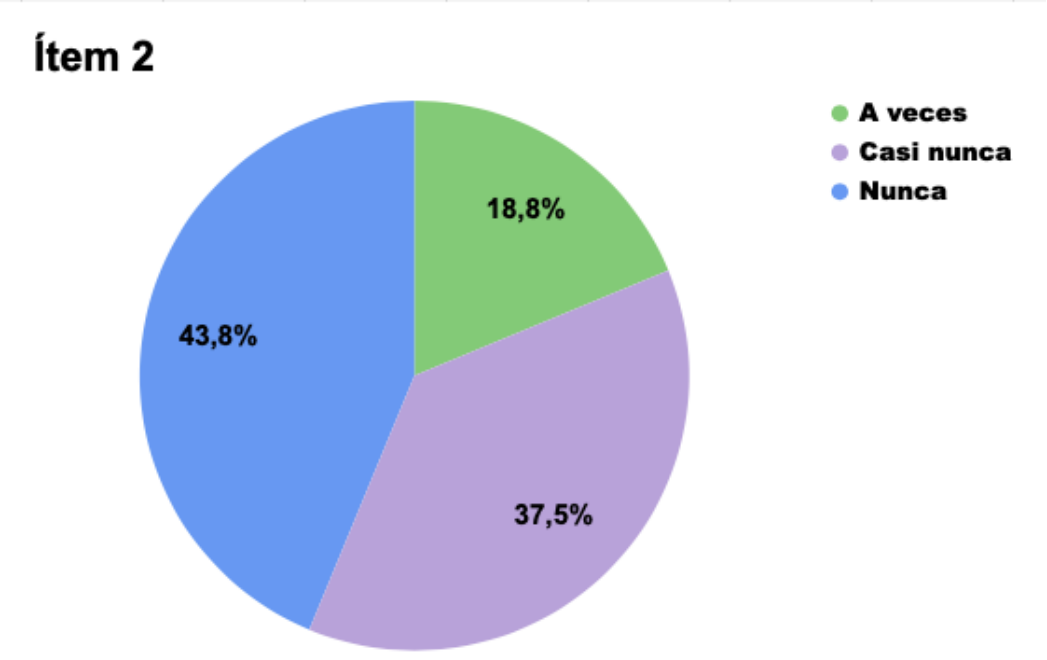
Tabla 4

Variable 1: Conductas alimentarias de riesgo. Dimensión de autoestima y autopercepción. Ítem 2: "A menudo pienso que no sirvo para nada".

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Siempre	0	0,0%
Casi siempre	0	0,0%
A veces	3	18,8%
Casi nunca	6	37,5%
Nunca	7	43,8%

Figura 3

Variable 1: Conductas alimentarias de riesgo. Dimensión de autoestima y autopercepción. Ítem 2: "A menudo pienso que no sirvo para nada"



Por su parte, en el ítem inverso “A menudo pienso que no sirvo para nada” se vio un hallazgo positivo, ya que el 81,3% de los estudiantes respondieron “Nunca” (43,8%) y “Casi nunca” (37,5%), lo cual indica una baja prevalencia de pensamientos de inutilidad y baja autoestima. Sin embargo, el análisis por género revela una diferencia notable, ya que mientras el 70,0% de las mujeres respondió "Nunca", ningún varón lo hizo. El 66,7% de los varones se ubicó en "Casi nunca" y un 33,3% en "A veces", en contraste con solo un 10,0% de las mujeres que respondieron "A veces".

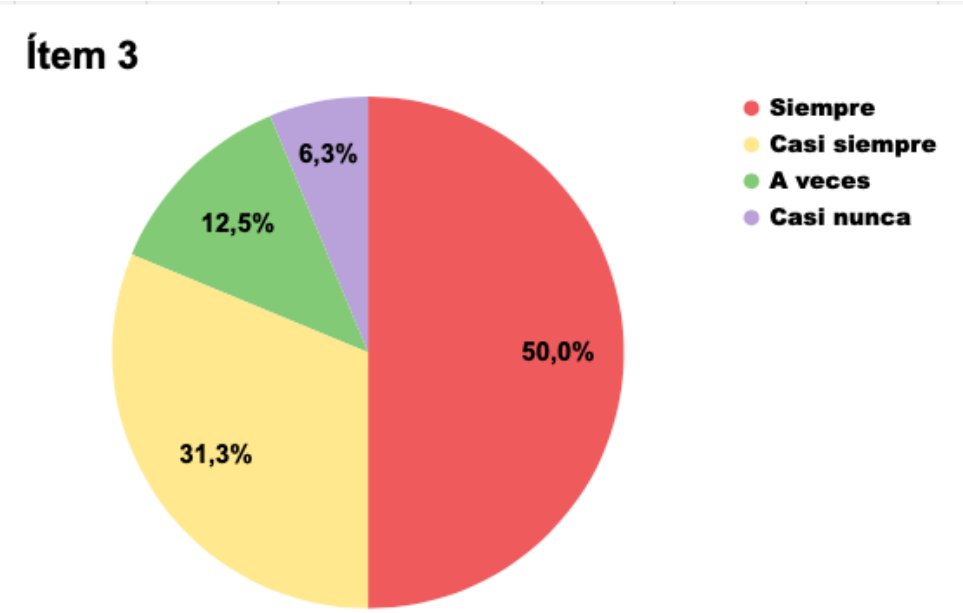
Tabla 5

Variable 1: Conductas alimentarias de riesgo. Dimensión de autoestima y autopercepción. Ítem 3: “Me siento feliz conmigo mismo/a”

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Siempre	8	50,0%
Casi siempre	5	31,3%
A veces	2	12,5%
Casi nunca	1	6,3%
Nunca	0	0,0%

Figura 4

Variable 1: Conductas alimentarias de riesgo. Dimensión de autoestima y autopercepción. Ítem 3: "Me siento feliz conmigo mismo/a"



Mientras tanto, en el Ítem 3: "Me siento feliz conmigo mismo/a", los resultados confirman una tendencia positiva, ya que el 81,3% de los estudiantes reportó sentirse feliz consigo mismo "Siempre" (50,0%) o "Casi siempre" (31,3%).

Por tanto, se puede deducir que los datos de la dimensión de autoestima y autoconcepto sugieren una autoestima positiva en la muestra, lo cual indica una poca prevalencia de factores de riesgo, ya que "los trastornos alimentarios se componen de diversos elementos que sostienen la sintomatología, incluso cuando no se relacionan directamente con la comida; por ejemplo: baja autoestima" (Quesada y Sequeira-Quesada, 2024, p. 18). Sin embargo, el análisis detallado por género y la dispersión en las respuestas alertan sobre una mayor vulnerabilidad en la población masculina. Los varones, a pesar de reportar sentirse valiosos, también presentan una mayor

frecuencia de pensamientos de inutilidad en comparación con sus pares femeninas, lo que podría indicar una autoimagen más frágil o contradictoria.

4.1.2 Satisfacción con la imagen corporal

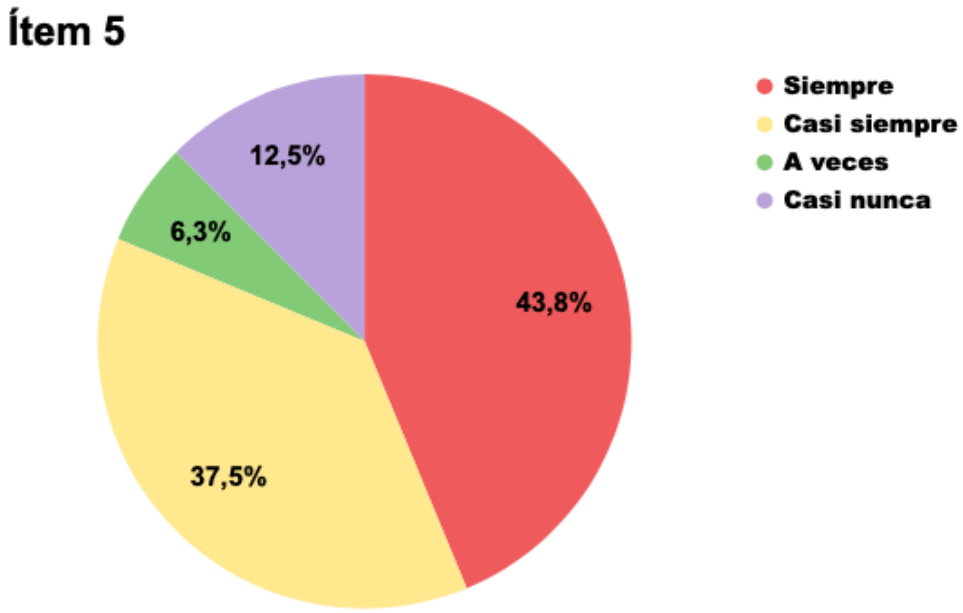
Tabla 6

Variable 1: Conductas alimentarias de riesgo. Dimensión de satisfacción con la imagen corporal. Ítem 5: Me siento satisfecho de cómo soy físicamente.

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Siempre	7	43,8%
Casi siempre	6	37,5%
A veces	1	6,3%
Casi nunca	2	12,5%
Nunca	0	0,0%

Figura 5

Variable 1: Conductas alimentarias de riesgo. Dimensión de satisfacción con la imagen corporal. Ítem 5: Me siento satisfecho de cómo soy físicamente.



Respecto a la satisfacción con el aspecto físico, el 81,3% de la muestra reportó sentirse satisfecha "Siempre" o "Casi siempre" mientras que el 6,3% “A veces” y el 12,5% casi nunca se siente satisfecho con su apariencia física (10% de mujeres y 16,7% de varones).

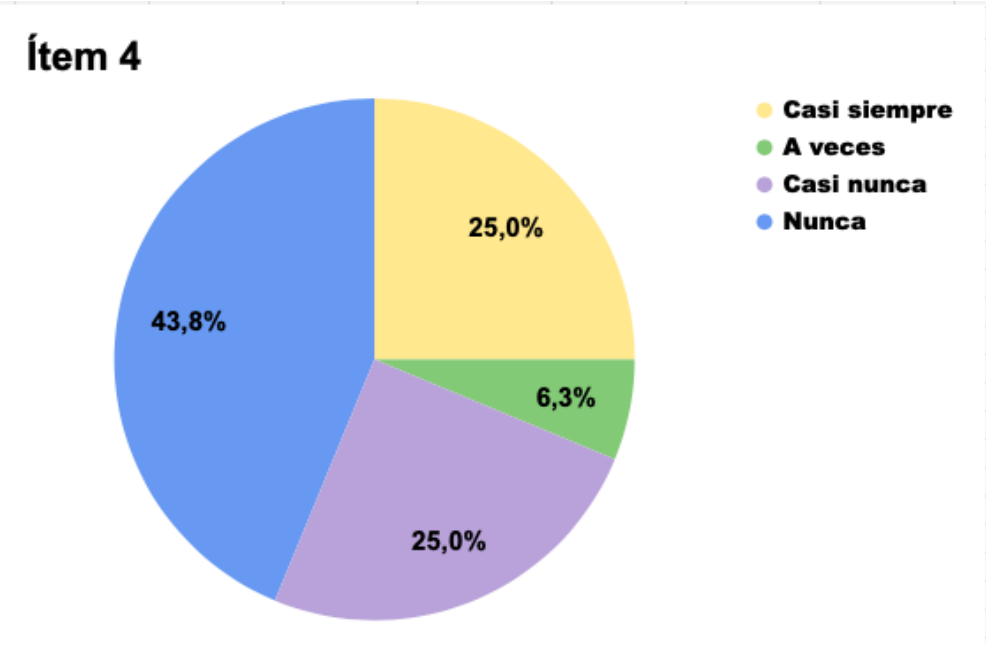
Tabla 7

Variable 1: Conductas alimentarias de riesgo. Dimensión de satisfacción con la imagen corporal. Ítem 4: Comparado con los demás pienso que mi cuerpo no es tan bonito.

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Siempre	0	0,0%
Casi siempre	4	25,0%
A veces	1	6,3%
Casi nunca	4	25,0%
Nunca	7	43,8%

Figura 6

Variable 1: Conductas alimentarias de riesgo. Dimensión de satisfacción con la imagen corporal. Ítem 4: Comparado con los demás pienso que mi cuerpo no es tan bonito.



En cuanto a la comparación con los demás, la media fue de 2,12, indicando que “Casi nunca” hay pensamientos negativos sobre el propio físico al compararse con los demás. El 43,8% se siente satisfecho con su físico siempre y no se compara con los demás, mientras que el 25% casi siempre, el 6,3% a veces, y el 25% casi nunca.

Acá se demuestra de igual forma la tendencia negativa de los estudiantes varones, ya que el 50% de ellos respondió que “Casi nunca” piensan que su cuerpo es bonito comparado con los demás. Consecuentemente, quienes señalaron que siempre se sienten a gusto con su físico sin compararse con los demás fueron en su totalidad mujeres (el 70%). Esto indica que sorpresivamente los varones tienden más a la comparación, lo cual, como lo explican Kurz et al. (2021, p. 5), es un conocido factor de riesgo para la insatisfacción corporal y, por ende, puede conducir a conductas alimentarias de riesgo o al desarrollo de trastornos de la conducta alimentaria, que, si bien son menos prevalentes en varones, esta vulnerabilidad no debe ser desestimada.

4.1.3. Preocupación por el peso y conductas alimentarias de riesgo

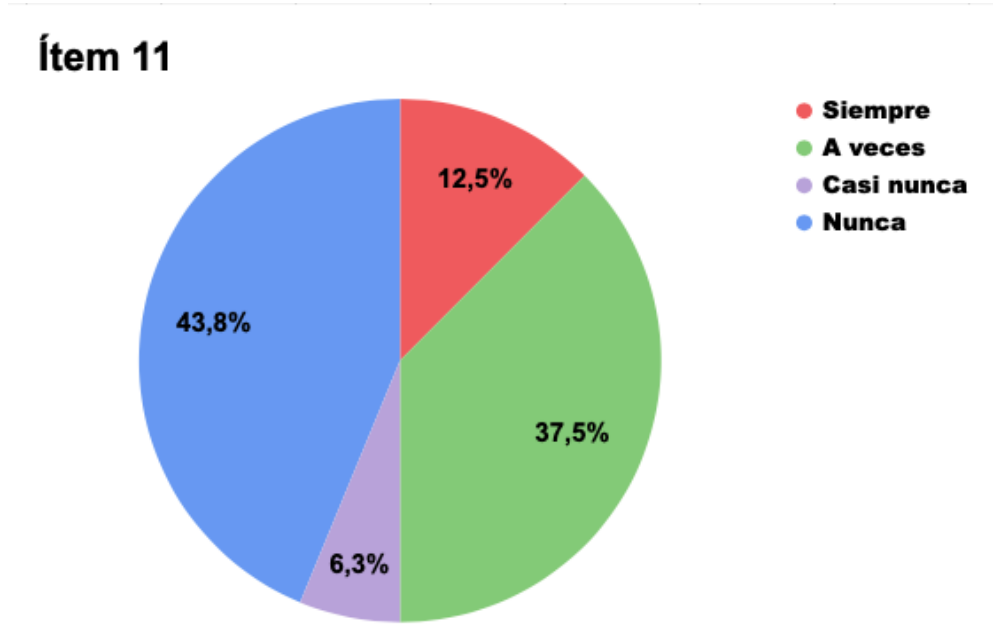
Tabla 8

Variable 1: Conductas alimentarias de riesgo. Dimensión de preocupación por el peso y conductas alimentarias de riesgo. Ítem 11. Me preocupa querer estar más delgado.

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Siempre	2	12,5%
Casi siempre	0	0,0%
A veces	6	37,5%
Casi nunca	1	6,3%
Nunca	7	43,8%

Figura 7

Variable 1: Conductas alimentarias de riesgo. Dimensión preocupación por el peso y conductas alimentarias de riesgo. Ítem 11. Me preocupa querer estar más delgado.



.

Según los datos analizados, el 43,8% de la muestra nunca tiene preocupaciones por su peso, el 6,3% casi nunca, el 37,5% a veces. Sin embargo, el 12,5% mostró preocupación por el peso todo el tiempo, siendo estos en su totalidad estudiantes varones (33,3%).

La preocupación por el peso es una de las características principales de las CAR y el posterior desarrollo de TCA y uno de los criterios para el diagnóstico (Serra, 2015), lo cual podría indicar que ese 12,5% de los estudiantes presenta riesgos de incurrir en conductas alimentarias cada vez más riesgosas.

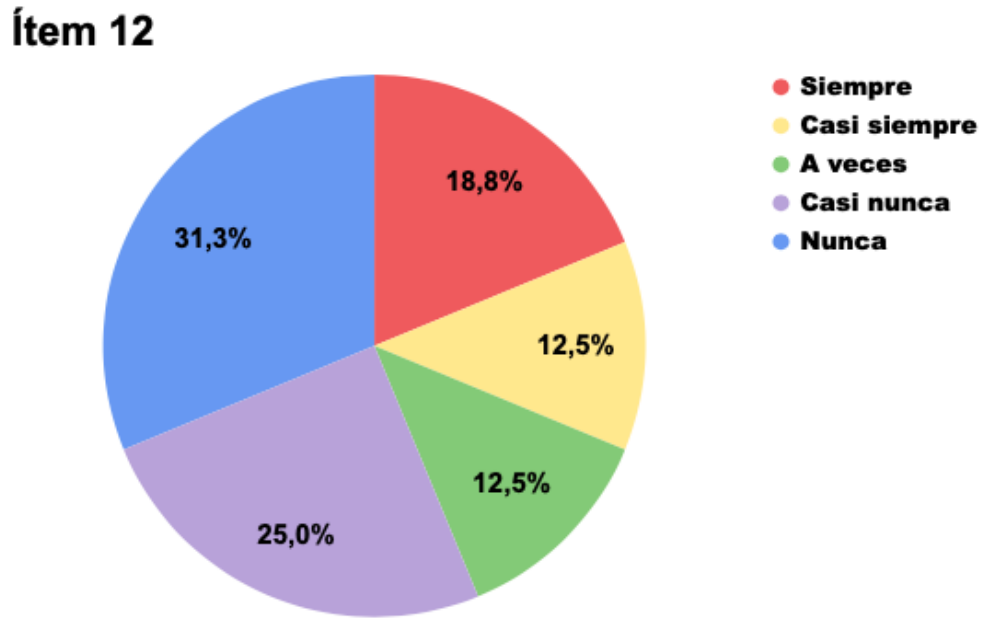
Tabla 9

Variable 1: Conductas alimentarias de riesgo. Dimensión de preocupación por el peso y conductas alimentarias de riesgo. Ítem 12: Hago mucho ejercicio para bajar de peso.

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Siempre	3	18,8%
Casi siempre	2	12,5%
A veces	2	12,5%
Casi nunca	4	25,0%
Nunca	5	31,3%

Figura 8

Variable 1: Conductas alimentarias de riesgo. Dimensión preocupación por el peso y conductas alimentarias de riesgo. Ítem 12: Hago mucho ejercicio para bajar de peso.



En cuanto al ejercicio compulsivo para bajar de peso, se demostró una baja frecuencia general. No obstante, el 50,0% de los varones reportó realizar ejercicio "Siempre" o "Casi siempre" para adelgazar, en contraste con solo el 10,0% de las mujeres.

Según la literatura consultada y, como se elaboró en el marco teórico, se puede establecer una relación entre el ejercicio excesivo con fines de pérdida calórica y la aparición de CAR, ya que, según Serra (2015), “se ha observado que una mayoría de las pacientes practicaban más actividad física antes de iniciarse el trastorno, e incluso antes de iniciar una dieta restrictiva” (p. 65).

Tabla 10

Variable 1: Conductas alimentarias de riesgo. Dimensión de preocupación por el peso y conductas alimentarias de riesgo. Ítem 14: Me comprometo a hacer dieta.

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Siempre	1	6,3%
Casi siempre	0	0,0%
A veces	2	12,5%
Casi nunca	6	37,5%
Nunca	7	43,8%

Figura 9

Variable 1: Conductas alimentarias de riesgo. Dimensión preocupación por el peso y conductas alimentarias de riesgo. Ítem 14: Me comprometo a hacer dieta.

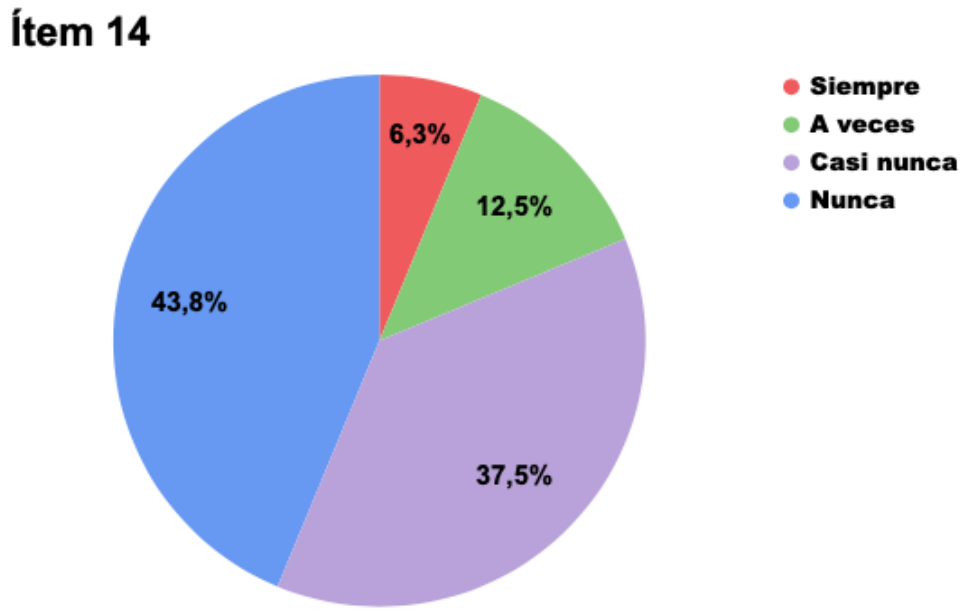


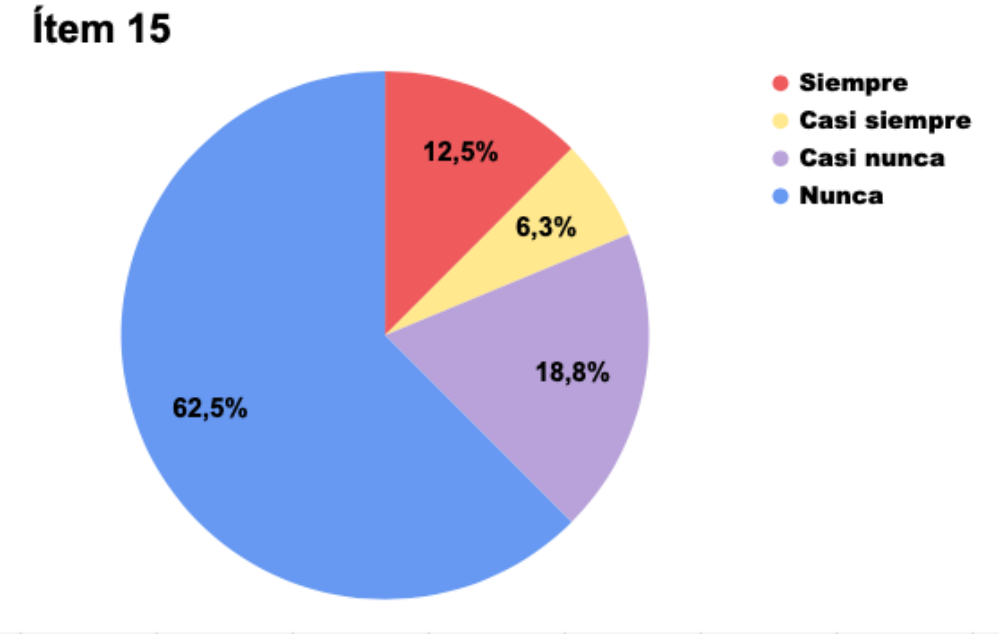
Tabla 11

Variable 1: Conductas alimentarias de riesgo. Dimensión de preocupación por el peso y conductas alimentarias de riesgo. Ítem 15: Me gusta sentir el estómago vacío.

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Siempre	2	12,5%
Casi siempre	1	6,3%
A veces	0	0,0%
Casi nunca	3	18,8%
Nunca	10	62,5%

Figura 10

Variable 1: Conductas alimentarias de riesgo. Dimensión preocupación por el peso y conductas alimentarias de riesgo. Ítem 15: Me gusta sentir el estómago vacío.



Por otro lado, la prevalencia de conductas más severas como la restricción alimentaria tuvo una tendencia general positiva. El 6,3% de los estudiantes encuestados hace dieta siempre para evitar ganar peso, el 12,5% a veces, el 37,5% casi nunca y el 43,8% nunca hace dieta. De manera similar, la preferencia por sentir el estómago vacío arrojó los siguientes resultados: a un 12,5% le gusta sentir el estómago vacío siempre, el 6,3% casi siempre, el 18,8% casi nunca y el 62,5% nunca.

Según lo reportado por Guerrero-Cuevas et al. (2022), en los estudios más importantes sobre TCA "se ha delimitado como un importante factor de riesgo las pautas alimentarias, las pautas restrictivas, las dietas y la alimentación poco saludable" (p. 263), lo cual en este caso demuestra que los estudiantes que componen la muestra presentan poca predisposición a desarrollar trastornos restrictivos, como la anorexia nerviosa.

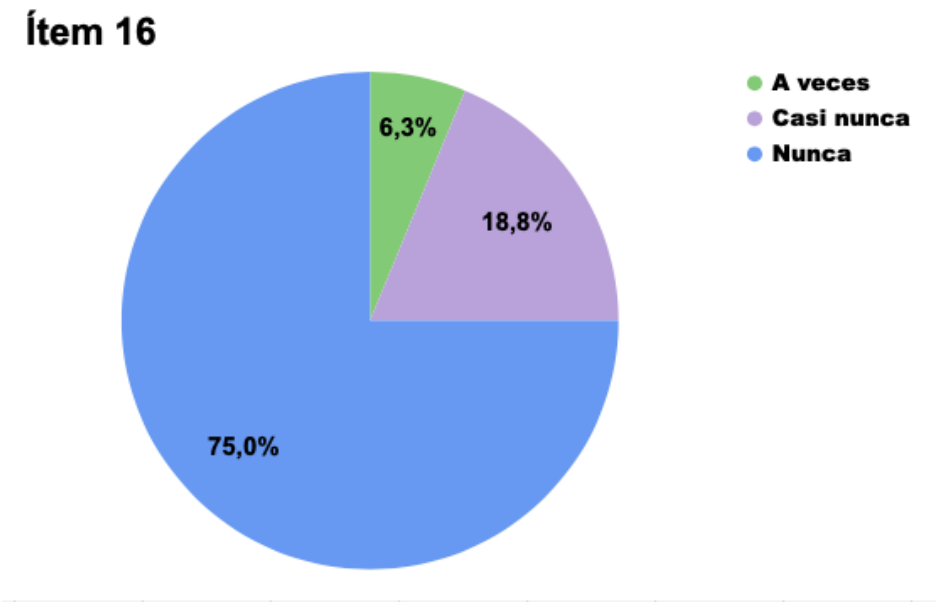
Tabla 12

Variable 1: Conductas alimentarias de riesgo. Dimensión de preocupación por el peso y conductas alimentarias de riesgo. Ítem 16: "Vomito después de haber comido"

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Siempre	0	0,0%
Casi siempre	0	0,0%
A veces	1	6,3%
Casi nunca	3	18,8%
Nunca	12	75,0%

Figura 11

Variable 1: Conductas alimentarias de riesgo. Dimensión preocupación por el peso y conductas alimentarias de riesgo. Ítem 16: "Vomito después de haber comido"



Asimismo, las conductas purgativas (vómito autoinducido) presentaron una prevalencia muy baja, lo que indica una ausencia casi total de este comportamiento en la muestra, ya que el 93,8% se ubicó entre "Nunca" y "Casi nunca", mientras que el 6,3% se ubicó en “a veces”.

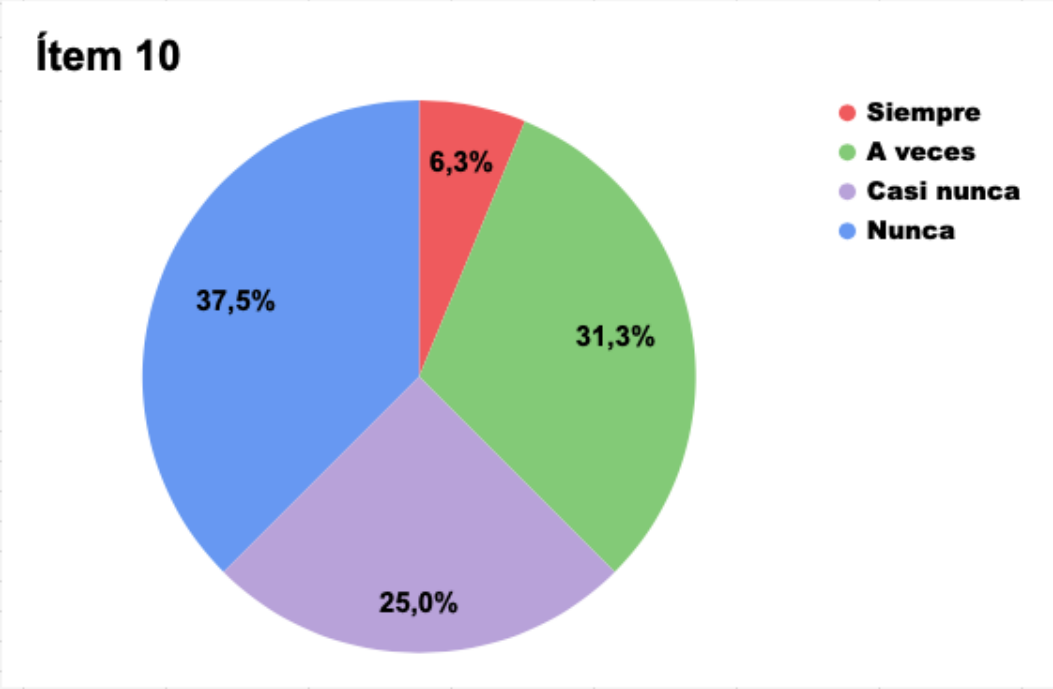
Tabla 13

Variable 1: Conductas alimentarias de riesgo. Dimensión de preocupación por el peso y conductas alimentarias de riesgo. Ítem 10: “A veces como demasiado, sintiendo que no podía parar de comer”

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Siempre	1	6,3%
Casi siempre	0	0,0%
A veces	5	31,3%
Casi nunca	4	25,0%
Nunca	6	37,5%

Figura 12

Variable 1: Conductas alimentarias de riesgo. Dimensión preocupación por el peso y conductas alimentarias de riesgo. Ítem 10: "A veces como demasiado, sintiendo que no podía parar de comer"



Por otro lado, en la ingesta compulsiva o atracones, un 6,3% indicó presencia de esta conducta siempre, un 31,3% a veces, el 25% casi nunca y el 37, 5% nunca, sugiriendo que la ingesta compulsiva no es un comportamiento generalizado.

Por tanto, los resultados presentados indican una baja prevalencia general de conductas alimentarias de riesgo severas como la restricción y la purga, las cuales generarían "malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento" (American Psychiatric Association, 2014, p. 354) de no ser tratadas o identificadas a tiempo. Sin embargo, se identifica un patrón de riesgo en la población masculina respecto a la preocupación por el peso y el uso de ejercicio como estrategia de control.

4.2. Análisis de la variable “necesidades de psicoeducación”

Como se presentó en los capítulos anteriores, la psicoeducación implica dimensiones biológicas, psicológicas, socioculturales y familiares.

4.2.1. Dimensión biológica

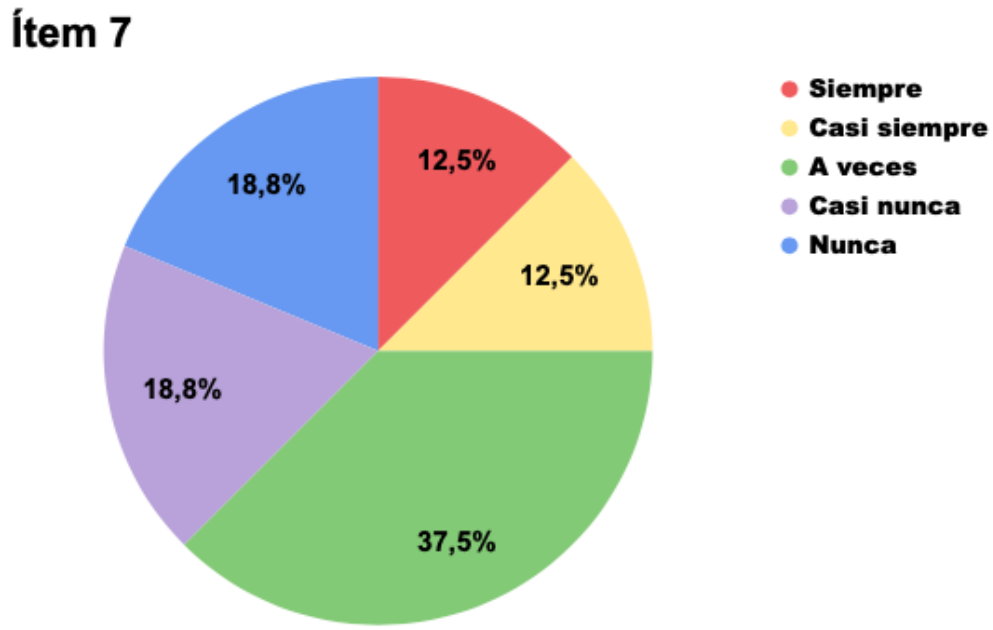
Tabla 14

Variable 2: Necesidades de psicoeducación. Dimensión biológica. Ítem 7: “Cuando como, me doy cuenta de que mi cuerpo ya se siente lleno y dejo de comer, aunque quede comida en el plato”

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Siempre	2	12,5%
Casi siempre	2	12,5%
A veces	6	37,5%
Casi nunca	3	18,8%
Nunca	3	18,8%

Figura 13

Variable 2: Necesidades de psicoeducación. Dimensión biológica. Ítem 7: "Cuando como, me doy cuenta de que mi cuerpo ya se siente lleno y dejo de comer, aunque quede comida en el plato"



En la dimensión biológica, el ítem sobre identificar la saciedad y detener la ingesta de comida arrojó los siguientes resultados: el 12,5% de las muestras sabe siempre cuando está lleno y dejar de comer (33,3% de varones), el 12,5% casi siempre (33,3% de varones), el 37,5% a veces (50% de mujeres y 16,7 varones), el 18,8% casi nunca (30% mujeres) y el 18,8% nunca sabe cuándo está lleno (20% mujeres y 16,7% varones).

Acá las niñas presentan más dificultad para saber cuándo se sienten llenas y parar de comer, aunque todavía quede comida en el plato, mientras que los varones parecen reconocerlo mejor. La conciencia interoceptiva, es decir, el "grado de dificultad para interpretar las sensaciones corporales relacionadas con el hambre y la saciedad" (Serra, 2015, p. 97), es una de las áreas cognitiva-conductuales comúnmente evaluadas en los distintos instrumentos para la

identificación de patologías alimentarias, ya que esta puede poner en evidencia la desconexión o desconfianza entre las emociones y el funcionamiento del propio cuerpo. Por tanto, los datos obtenidos en esta dimensión sugieren una necesidad de psicoeducación generalizada en la muestra para reconocer y responder a las señales corporales de hambre y saciedad.

4.2.2. Dimensión psicológica

Tabla 15

Variable 2: Necesidades de psicoeducación. Dimensión psicológica. Ítem 6: "Me gusta comer con otras personas"

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Siempre	13	81,3%
Casi siempre	2	12,5%
A veces	1	6,3%
Casi nunca	0	0,0%
Nunca	0	0,0%

Figura 14

Variable 2: Necesidades de psicoeducación. Dimensión psicológica. Ítem 6: "Me gusta comer con otras personas"

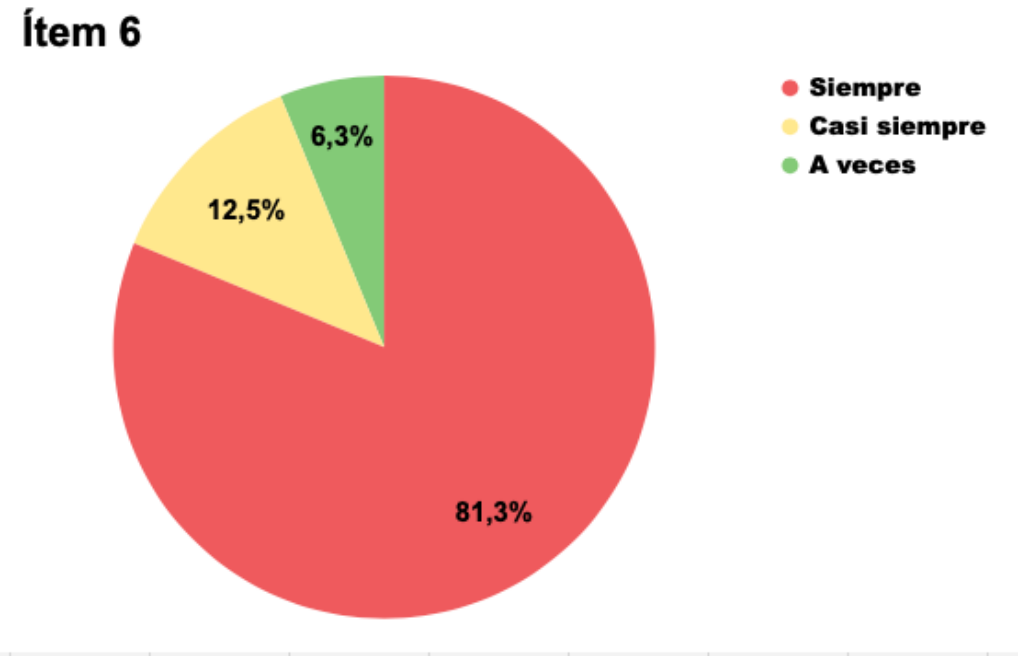


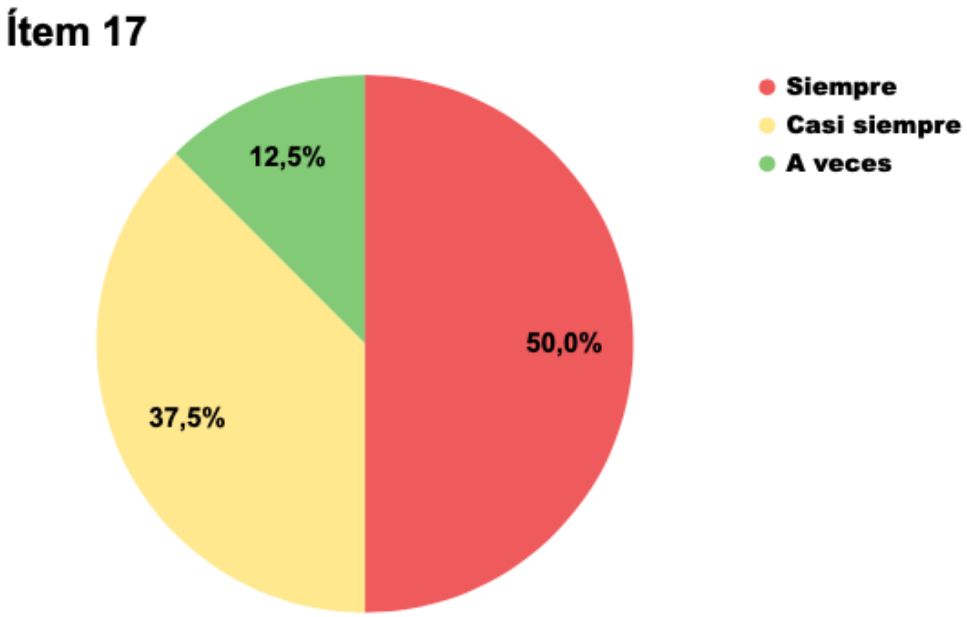
Tabla 16

Variable 2: Necesidades de psicoeducación. Dimensión psicológica. Ítem 17: "Disfruto probando comidas nuevas y sabrosas"

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Siempre	8	50,0%
Casi siempre	6	37,5%
A veces	2	12,5%
Casi nunca	0	0,0%
Nunca	0	0,0%

Figura 15

Variable 2: Necesidades de psicoeducación. Dimensión psicológica. Ítem 17: "Disfruto probando comidas nuevas y sabrosas"



En cuanto a la dimensión psicológica, la relación entre sentimientos y emociones y el acto de comer, el 81,3% de la muestra disfruta comer con otras personas, el 12,5% casi siempre y el 6,3% a veces, lo que muestra una asociación de la comida con el disfrute social muy alta. Asimismo, el 50% disfruta de probar nuevos y sabrosos alimentos, mientras que el 37,5% casi siempre y el 12,5% a veces.

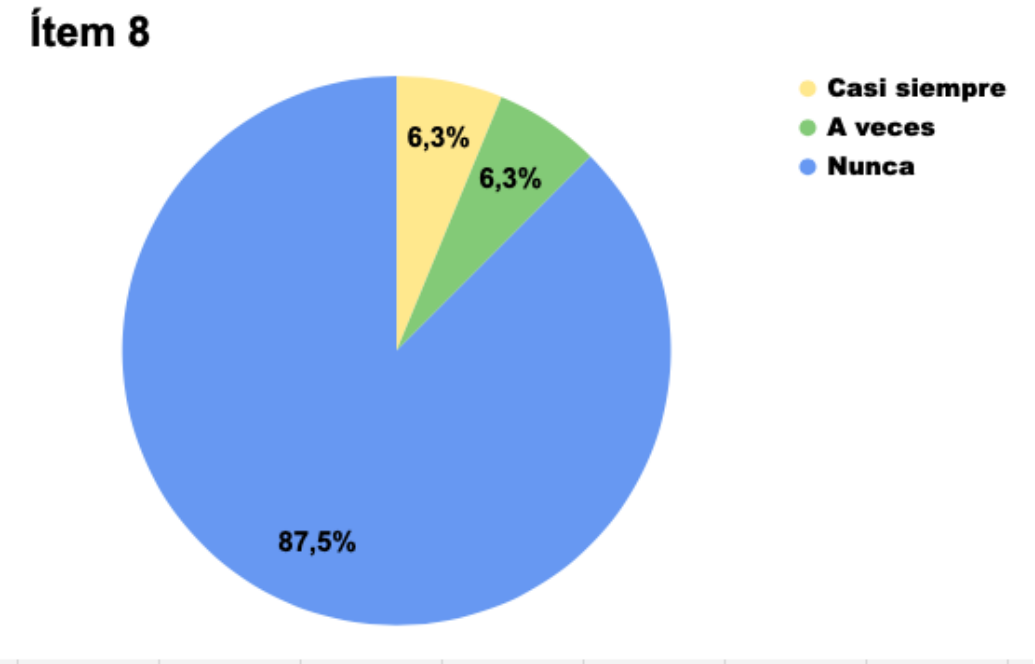
Tabla 17

Variable 2: Necesidades de psicoeducación. Dimensión psicológica Ítem 8: "Me pongo nervioso/a cuando se acerca la hora de las comidas"

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Siempre	0	0,0%
Casi siempre	1	6,3%
A veces	1	6,3%
Casi nunca	0	0,0%
Nunca	14	87,5%

Figura 16

Variable 2: Necesidades de psicoeducación. Dimensión psicológica. Ítem 8: "Me pongo nervioso/a cuando se acerca la hora de las comidas"



De igual forma, el 87,5% nunca siente nervios al acercarse la hora de la comida (100% mujeres y 66,7% varones), mientras que el 6,3% a veces y el 6,3% casi siempre. Esto demuestra que, para la mayoría de los niños y niñas, la comida está asociada a sentimientos positivos. El hecho de que, para ellos, la hora de la comida sea una actividad social demuestra una baja prevalencia de factores de riesgo como el aislamiento. El aislamiento social disminuye la posibilidad de distracción de las conductas alimentarias de riesgo o patologías alimentarias y el disfrute de experiencias gratificantes (Alvarado, 2003), y más bien propicia la obsesión sobre la imagen corporal y el peso.

Tabla 18

Variable 2: Necesidades de psicoeducación. Dimensión psicológica Ítem 9: "Cuando me siento triste, enojado/a o aburrido/a comer algo me hace sentir mejor"

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Siempre	5	31,3%
Casi siempre	1	6,3%
A veces	5	31,3%
Casi nunca	2	12,5%
Nunca	3	18,8%

Figura 17

Variable 2: Necesidades de psicoeducación. Dimensión psicológica. Ítem 9: "Cuando me siento triste, enojado/a o aburrido/a comer algo me hace sentir mejor"

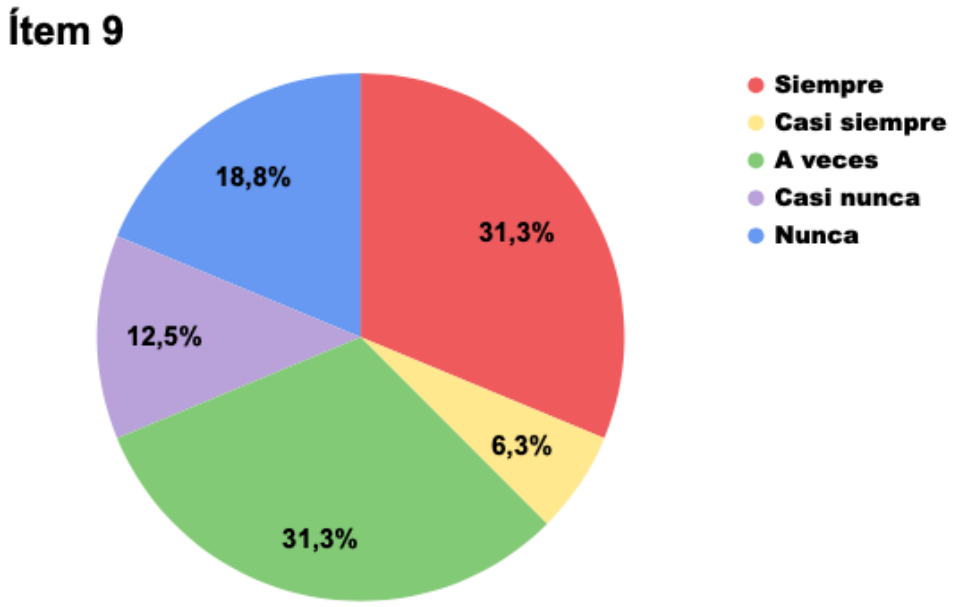


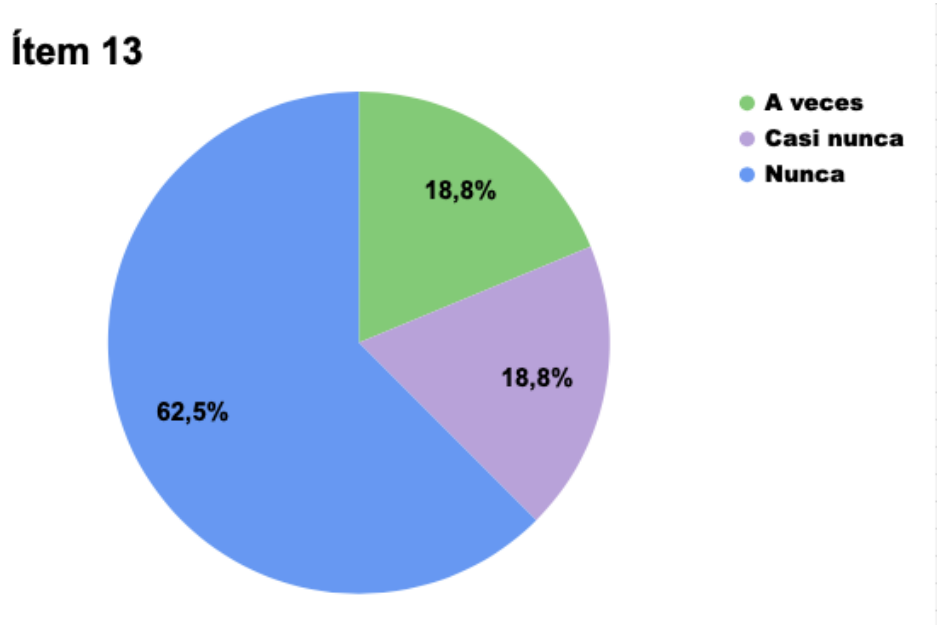
Tabla 19

Variable 2: Necesidades de psicoeducación. Dimensión psicológica Ítem 13: "Me siento incómodo/a después de comer dulces"

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Siempre	0	0,0%
Casi siempre	0	0,0%
A veces	3	18,8%
Casi nunca	3	18,8%
Nunca	10	62,5%

Figura 18

Variable 2: Necesidades de psicoeducación. Dimensión psicológica. Ítem 13: "Me siento incómodo/a después de comer dulces"



No obstante, al analizar si los niños y niñas utilizaban la comida para lidiar con emociones desagradables como la tristeza, el enojo o el aburrimiento, se observó una prevalencia de "comer emocional". El 31,3% siempre comía y decía sentirse mejor, mientras que el 6,3% casi siempre, el 31,3% a veces, el 12,5% casi nunca y el 18,8% nunca. Por otro lado, el 18,8% a veces se sentía incómodo luego de comer dulces, mientras que el 18,8% casi nunca y el 62,5% nunca (70% mujeres y 50% varones).

La ingesta emocional, entendida como "una estrategia de afrontamiento ante experiencias emocionales desagradables" (Vázquez et al., 2023, p. 129) por medio de la comida, puede ser ocasional, habitual o compulsiva, esta última relacionada ya al trastorno por atracón plenamente desarrollado. La comida es utilizada para mejorar el estado de ánimo, por lo que es común que esté asociada a sintomatología depresiva (Vázquez et al., 2023) o como mecanismo para lidiar con el estrés o los problemas cotidianos. Esto deja entrever que la muestra carece de mecanismos

saludables para lidiar con las dificultades cotidianas, el estrés o las emociones desagradables, por lo que es necesaria una estrategia de psicoeducación que abarque esta problemática identificada para prevenir el desarrollo de conductas de riesgo o trastornos de la conducta alimentaria en el futuro.

4.2.3. Dimensión sociocultural

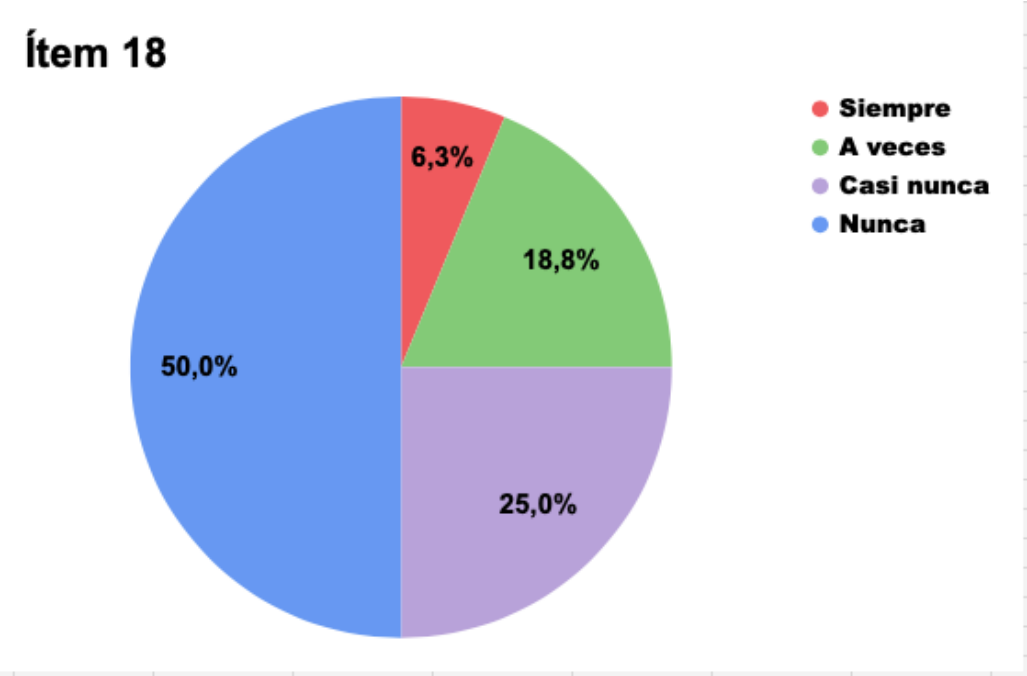
Tabla 20

Variable 2: Necesidades de psicoeducación. Dimensión sociocultural. Ítem 18: "Siento que debería ser más delgado/a o más musculoso/a para parecerme a mis amigos, cantantes o personas que veo en las redes sociales"

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Siempre	1	6,3%
Casi siempre	0	0,0%
A veces	3	18,8%
Casi nunca	4	25,0%
Nunca	8	50,0%

Figura 19

Variable 2: Necesidades de psicoeducación. Dimensión sociocultural. Ítem 18: "Siento que debería ser más delgado/a o más musculoso/a para parecerme a mis amigos, cantantes o personas que veo en las redes sociales"



En la dimensión sociocultural, es decir, la influencia de la sociedad y los medios de comunicación en las percepciones del niño/a sobre la comida y el peso, se encontró que el 50% (70% de mujeres y 16,7% de varones) nunca siente que debería ser más delgada o musculoso para parecerse a la gente que ven en las redes sociales o en el mundo de la farándula, mientras que el 25% (20% de mujeres y 33,3% de varones) respondió que "Casi nunca", el 18,8% (10% de mujeres y 33,3% de varones) "A veces", y el 6,3% (16,7% de varones) respondió que "Siempre" siente que debería ser más parecido a los modelos estéticos que dicta la sociedad.

Estos resultados resultan interesantes, ya que nuevamente se observa una vulnerabilidad masculina: el 50,0% de los varones reportó sentir esta presión "Siempre" o "A veces", en

comparación con solo el 10,0% de las mujeres. Este dato se correlaciona directamente con los hallazgos en las dimensiones de autoestima e imagen corporal.

Tal y como señalan Kurz et al. (2021), el contenido que se consume en los medios de comunicación y en las redes sociales puede generar comparaciones e incluso discriminación, lo cual repercute en la autoestima e influye en la percepción sobre la imagen y el peso (p. 6). Por ende, las intervenciones psicoeducativas que incluyan actividades de alfabetización mediática y digital son fundamentales para brindar herramientas de pensamiento crítico que fortalezcan la autoestima y una autopercepción positiva, tanto en poblaciones femeninas como masculinas.

4.2.4. Dimensión familiar

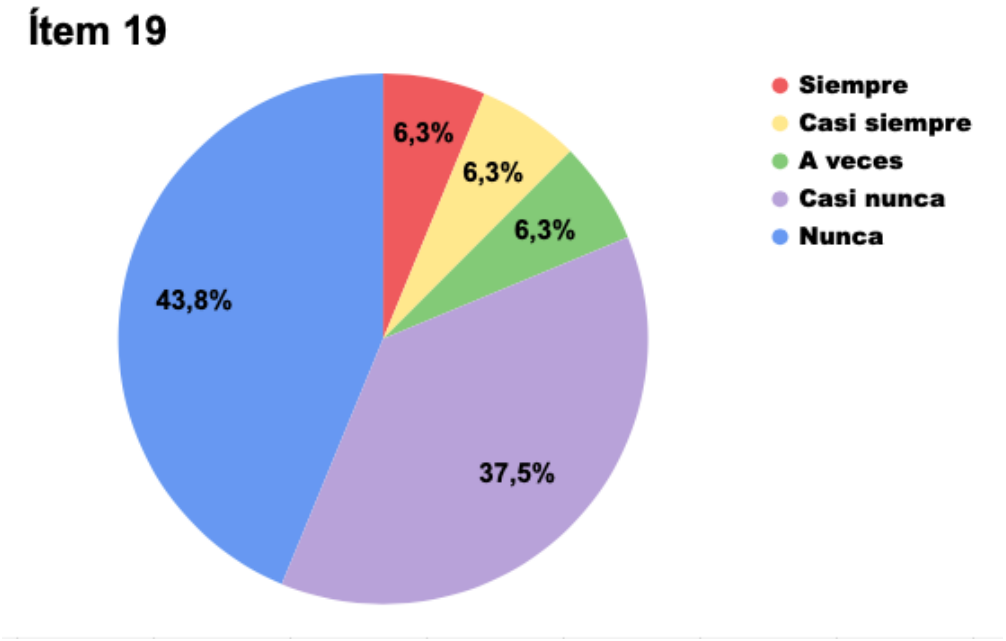
Tabla 21

Variable 2: Necesidades de psicoeducación. Dimensión familiar. Ítem 19: "En mi casa siento presión o me regañan por lo que como o por la cantidad de comida que sirvo en mi plato"

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Siempre	1	6,3%
Casi siempre	1	6,3%
A veces	1	6,3%
Casi nunca	6	37,5%
Nunca	7	43,8%

Figura 20

Variable 2: Necesidades de psicoeducación. Dimensión familiar. Ítem 19: "En mi casa siento presión o me regañan por lo que como o por la cantidad de comida que sirvo en mi plato"



En cuanto a la dimensión familiar, se descubrió que la presión familiar sobre la alimentación es poco frecuente. Los resultados apuntaron a que el 43,8% de los niños y niñas nunca sienten presión o reciben regaños en el hogar por cuánto o lo que comen, el 37,5% casi nunca, el 6,3% a veces, el 6,3% casi siempre y el 6,3% siempre sienten presión o reciben regaños de sus padres o familiares.

Un buen entorno familiar es fundamental para que el niño o niña adquiera buenos hábitos alimenticios (Serra, 2015), pero también para que aprenda a conocerse, autorregularse, desarrollar buena autoestima y afrontar situaciones o emociones negativas sin usar a la comida como regulador emocional.

En conclusión, los datos presentados revelan dos necesidades principales de psicoeducación: fomentar el reconocimiento de señales de hambre/saciedad (conciencia interoceptiva) en toda la muestra, con especial atención en las niñas, y abordar el tema de la alimentación emocional. Además, también se ve la necesidad de trabajar la resiliencia ante la presión sociocultural de los ideales estéticos, particularmente con los estudiantes varones. Aunque la muestra femenina es la mayoría, los estudiantes varones reportan mayor vulnerabilidad: una autoestima más frágil, mayor tendencia a la comparación social, una preocupación significativamente superior por el peso, mayor uso del ejercicio como método de control y mayor susceptibilidad a la presión de los ideales estéticos masculinos.

Estos resultados muestran la importancia de una intervención psicoeducativa que, aunque sea grupal, contenga elementos específicos para abordar las problemáticas particulares detectadas en los niños, desmitificando que las preocupaciones por el peso y la imagen son exclusivas de las niñas.

Capítulo V: Conclusiones y recomendaciones

5.1 Conclusiones

Para analizar los datos recopilados con el instrumento diseñado para evaluar las conductas alimentarias de riesgo en estudiantes de quinto grado del Centro Educativo Enrique Pinto Fernández, se formularon estas conclusiones, que buscan sintetizar los hallazgos relevantes y responder a los objetivos de esta investigación.

5.1.1. Objetivo 1: Identificar factores asociados a las conductas alimentarias de riesgo en estudiantes de quinto grado de primaria de la Escuela Enrique Pinto Fernández.

Para identificar factores asociados a conductas alimentarias de riesgo, la mayoría de los estudiantes de quinto grado de la Escuela Enrique Pinto Fernández presenta niveles altos de autoestima y satisfacción con su imagen corporal, ya que el 81,3% reportó sentirse feliz consigo mismo y conforme con su físico de manera habitual. No obstante, se identificó un subgrupo vulnerable con baja autovaloración y marcada insatisfacción corporal. Esta dualidad indica que, aunque no se trata de un riesgo generalizado, la presencia de baja autoestima y percepción corporal negativa en una minoría significativa justifica la implementación de estrategias preventivas orientadas al fortalecimiento del autoconcepto.

El análisis de conductas alimentarias específicas mostró que las prácticas de alta severidad, como la purga o la restricción extrema, son prácticamente inexistentes. Sin embargo, emergen factores de riesgo incipientes, como la preocupación ocasional por el peso (12,5%) y los episodios de ingesta compulsiva (6,3% siempre y 31,3% a veces). Estos resultados sugieren que el riesgo más relevante no reside en trastornos consolidados, sino en patrones emergentes de preocupación y descontrol alimentario que podrían escalar si no se implementan intervenciones psicoeducativas oportunas.

Finalmente, se identificó que, en esta muestra, el género masculino constituye un factor de vulnerabilidad particular. Contrario a lo reportado en la literatura tradicional, los varones mostraron una mayor propensión a la comparación corporal (50%), preocupación por el peso y uso del ejercicio como método para adelgazar, junto con una incidencia superior de pensamientos de inutilidad. Esto evidencia que, en este contexto específico, los niños presentan un perfil de riesgo caracterizado por una autoimagen frágil y la adopción de conductas compensatorias, lo que resalta la importancia de intervenciones diferenciadas por género.

5.1.2. Objetivo 2: Determinar las necesidades psicoeducativas de las personas estudiantes de quinto grado en relación con los hábitos alimentarios y la construcción de una imagen corporal saludable.

Se identifican dos necesidades psicoeducativas principales en la muestra. En primer lugar, es fundamental fomentar el reconocimiento de las señales de hambre y saciedad (conciencia interoceptiva), dado que el 75,1% de los estudiantes presenta dificultades para identificar las señales de saciedad, con especial atención en las niñas. Además, se observa un uso significativo de la alimentación como herramienta para gestionar emociones difíciles (37,6% siempre o casi siempre). Por ello, se concluye que una prioridad psicoeducativa es implementar estrategias que promuevan la alimentación intuitiva, enseñando a los estudiantes a escuchar y responder adecuadamente a las señales internas de su cuerpo, y proporcionándoles herramientas alternativas y saludables para la regulación emocional, con el objetivo de prevenir el uso de la comida como mecanismo de afrontamiento.

En segundo lugar, se evidencia la necesidad de fortalecer la resiliencia frente a la presión sociocultural asociada a los ideales estéticos, particularmente en los estudiantes varones. Aunque la mayoría de la muestra es femenina, los varones mostraron mayor vulnerabilidad: el 50%

reportó sentirse presionado por los modelos hegemónicos difundidos en medios y redes sociales, frente a solo el 10% de las mujeres. Esta presión se refleja en una autoestima más frágil, mayor tendencia a la comparación social, preocupación por el peso, uso frecuente del ejercicio como método de control y adopción de conductas compensatorias. Por tanto, se concluye que la propuesta psicoeducativa debe incluir un componente orientado al desarrollo del pensamiento crítico frente a los medios de comunicación y la deconstrucción de los estereotipos de belleza, abordando explícitamente las presiones específicas que afectan a los varones y fomentando la resiliencia ante los mandatos socioculturales.

5.1.3. Objetivo 3: Elaborar una propuesta de intervención psicoeducativa orientada a la prevención del desarrollo de conductas alimentarias de riesgo en estudiantes de quinto.

Para alcanzar el tercer objetivo de investigación, se diseñó una propuesta de intervención psicoeducativa dirigida a prevenir el desarrollo de conductas alimentarias de riesgo y a promover una relación saludable con la comida y con el propio cuerpo. La propuesta se sustenta en un enfoque cognitivo-conductual combinado con estrategias de psicoeducación, orientadas a abordar las conductas alimentarias de riesgo, fortalecer la autoestima y proporcionar a los estudiantes herramientas para la regulación emocional y el desarrollo del pensamiento crítico (ver Apéndice 5).

5.2 Recomendaciones

A partir de las conclusiones de la presente investigación, se emiten las siguientes recomendaciones:

5.2.1 Para las personas estudiantes:

- Practicar la escucha activa del cuerpo para diferenciar el hambre física de la emocional, desarrollando un "botiquín" de estrategias alternativas a la comida para gestionar emociones difíciles.
- Adoptar una postura crítica frente a los medios de comunicación y redes sociales, valorando el cuerpo por su funcionalidad y salud más que por la apariencia, y fomentar el apoyo mutuo entre pares para reducir la comparación corporal.

5.2.2 Para la Dirección del Centro Educativo Enrique Pinto Fernández:

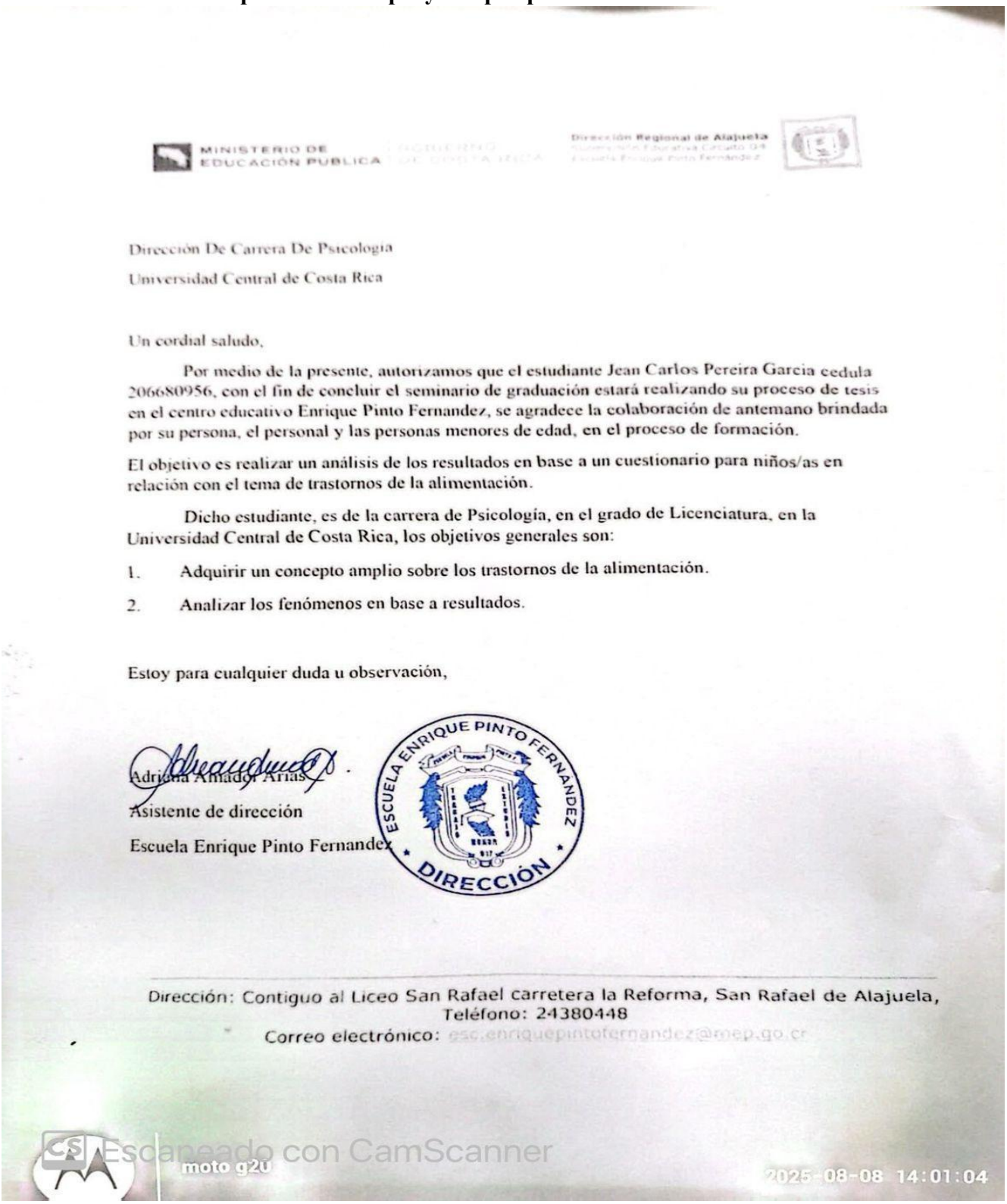
- Implementar la propuesta psicoeducativa diseñada en esta tesis, integrando la alfabetización mediática en el currículo escolar, con enfoque en deconstrucción de estereotipos de género y promoción de una cultura de "cuerpo positivo" sin tolerancia a burlas sobre la apariencia.
- Establecer programas de seguimiento y talleres dirigidos a padres de familia, asegurando la continuidad de las estrategias preventivas dentro de la comunidad educativa.

5.2.3 Para futuras investigaciones:

- Promover estudios que profundicen en la relación entre masculinidades, imagen corporal y conductas alimentarias de riesgo, considerando la vulnerabilidad particular identificada en los niños varones.
- Fomentar la colaboración entre la universidad y centros educativos para facilitar prácticas profesionales e investigaciones aplicadas y crear un repositorio digital de recursos derivados de las tesis, para maximizar el impacto social del conocimiento académico.

Apéndices

Apéndice 1: Documento de aprobación del proyecto por parte de la institución



MINISTERIO DE EDUCACIÓN PUBLICA

Dirección Regional de Alajuela

Dirección De Carrera De Psicología

Universidad Central de Costa Rica

Un cordial saludo,

Por medio de la presente, autorizamos que el estudiante Jean Carlos Pereira Garcia cedula 206680956, con el fin de concluir el seminario de graduación estará realizando su proceso de tesis en el centro educativo Enrique Pinto Fernandez, se agradece la colaboración de antemano brindada por su persona, el personal y las personas menores de edad, en el proceso de formación.

El objetivo es realizar un análisis de los resultados en base a un cuestionario para niños/as en relación con el tema de trastornos de la alimentación.

Dicho estudiante, es de la carrera de Psicología, en el grado de Licenciatura, en la Universidad Central de Costa Rica, los objetivos generales son:

1. Adquirir un concepto amplio sobre los trastornos de la alimentación.
2. Analizar los fenómenos en base a resultados.

Estoy para cualquier duda u observación,

Adriana Amador Arias

Asistente de dirección

Escuela Enrique Pinto Fernandez

ESCUELA ENRIQUE PINTO FERNANDEZ

DIRECCIÓN

Dirección: Contiguo al Liceo San Rafael carretera la Reforma, San Rafael de Alajuela,
Teléfono: 24380448
Correo electrónico: esc.enriquepintofernandez@mep.go.cr

Escaneado con CamScanner
moto g20
2025-08-08 14:01:04

Apéndice 2: Consentimiento informado

UNIVERSIDAD CENTRAL
ESCUELA DE PSICOLOGÍA
Licenciatura en Psicología
Trabajo Final de Graduación

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN INVESTIGACIÓN UNIVERSITARIA.

Nombre de la persona investigadora: Jean Carlos Pereira García

Nombre de la persona menor de edad participante:_____

Nombre del/la representante legal: _____

Medio para contactar: _____

I. **Propósito de la entrevista:** El fin del cuestionario es conocer el criterio y experiencia de su hijo(a) en cuanto al tema de Conducta Alimentarias de Riesgo. En el marco del Trabajo Final de Graduación denominado "Propuesta de intervención psicoeducativa para la prevención del desarrollo de conductas alimentarias de riesgo, dirigido a un grupo de estudiantes de quinto grado del centro educativo Enrique Pinto Fernández, ubicada en San Rafael de Alajuela. Estudio comprendido entre los meses de mayo y diciembre 2025", del estudiante Jean Carlos Pereira García, de la carrera de psicología de la UC. El mismo dirigido por la MPs. Nancy Román González. Aunado, cuenta con el aval de realización en la institución por medio de un oficio de aprobación por parte de la dirección de la escuela.

II. **Metodología:** Se realizará una entrevista, en la cual se indagará la percepción, experiencia y conocimiento sobre el tema de conductas alimentarias de riesgo en la Escuela Enrique Pinto Fernández.

III. **Riesgos:** La participación en la entrevista, no ocasionará riesgo para la salud e integridad física.

IV. **Beneficios:** No existe un beneficio directo para la persona participante de la entrevista. Pero su contribución en el TFG permitirá la elaboración de un documento y conocimiento, sobre la temática de propuesta de intervención psicoeducativa para la prevención del desarrollo de conductas alimentarias de riesgo, específica para la Escuela Enrique Pinto Fernández.

V. **Voluntariedad:** La participación en la encuesta es voluntaria.

VI. **Confidencialidad:** Se garantiza el estricto manejo y confidencialidad de la información, no haciendo referencia del nombre de las personas participantes, en el documento final. Se

recuerda que la confidencialidad de la información está limitada por lo dispuesto en la legislación costarricense, como cuando la ley obliga a informar sobre ciertas enfermedades o sobre cualquier indicio de maltrato o abandono infantil. Estas limitaciones y otras se prevén y señalan a los/las participantes. Los resultados podrían aparecer en una publicación científica o ser divulgados en un círculo científico o académico, de forma anónima.

VII. **Información:** Antes de dar su autorización debe hablar con el/la estudiante responsable de la investigación sobre este estudio y el deben haber contestado satisfactoriamente todas sus preguntas acerca del estudio y de sus derechos. Si requiere de más información, puede contactarlo al correo electrónico jpereirag@edu.uc.ac.cr o bien con la tutora al correo electrónico nroman@edu.uc.ac.cr

VIII. ***Consentimiento:*** He leído toda la información consignada en este documento antes de firmarlo, se dio el espacio para hacer preguntas y han sido contestadas de forma satisfactorias; por lo que comprendo de que trata el estudio, las condiciones de la participación y doy el consentimiento para que mi hijo(a) participe en la entrevista de este trabajo final de graduación, el cual al ser un estudio académico se entiende que los resultados son de alcance público.

Nombre completo, firma y cédula del representante legal — Lugar y fecha

NANCY ROMAN GONZALEZ (FIRMA)

Jean Pereira García 206680956
Investigador

V°B°. Nancy Román González
Tutora de TFG

Escuela de Psicología
Universidad Central de Costa Rica

Apéndice 3: Instrumento

UNIVERSIDAD CENTRAL
ESCUELA DE PSICOLOGÍA
Licenciatura en Psicología
Trabajo Final de Graduación
Instrumento

INSTRUMENTO: ESCALA LIKERT CONDUCTAS ALIMENTARIAS DE RIESGO

TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN:	Propuesta de intervención psicoeducativa para la prevención del desarrollo de conductas alimentarias de riesgo, dirigida a un grupo de estudiantes de quinto grado del centro educativo Enrique Pinto Fernández, ubicado en San Rafael de Alajuela. Estudio comprendido entre los meses de mayo y diciembre 2025
Objetivos específicos para cumplir:	• Identificar factores asociados a las conductas alimentarias de riesgo en estudiantes de quinto grado de primaria de la Escuela Enrique Pinto Fernández. • Determinar las necesidades psicoeducativas de las personas estudiantes de quinto grado en relación con los hábitos alimentarios y la construcción de una imagen corporal saludable.
Variables	Variable 1: Conductas alimentarias de riesgo Variable 2: Necesidades de psicoeducación
Persona entrevistada:	
Fecha de aplicación:	
Estudiante UC:	Jean Carlos Pereira García

Instrucciones generales: Queremos saber un poco más sobre lo que piensas y sientes acerca de la comida. Lee cada frase y marca con una "X" la opción que mejor describa lo que te pasa. No hay respuestas correctas o incorrectas, sólo nos interesa tu opinión.

Opciones de respuesta:

- **Nunca:** No me pasa nunca.
- **Casi Nunca:** Me pasa muy pocas veces.
- **A veces:** Me pasa de vez en cuando.
- **Casi Siempre:** Me pasa muchas veces.
- **Siempre:** Me pasa todo el tiempo.

Afirmaciones para consultar	Nunca	Casi nunca	A veces	Casi siempre	Siempre
1. Me siento una persona tan valiosa como las demás.					
2. A menudo pienso que no sirvo para nada.					
3. Me siento feliz conmigo mismo/a.					
4. Comparado con los demás, pienso que mi cuerpo no es tan bonito.					
5. Me siento satisfecho/a de cómo soy físicamente.					

6. Me gusta comer con otras personas.					
7. Cuando como, me doy cuenta de que mi cuerpo ya se siente lleno y dejo de comer, aunque todavía quede comida en el plato.					
8. Me pongo nervioso/a cuando se acerca la hora de las comidas.					
9. Cuando me siento triste, enojado/a o aburrido/a comer algo me hace sentir mejor.					
10. A veces como demasiado, sintiendo que no podía parar de comer.					
11. Me preocupa querer estar más delgado/a.					
12. Hago mucho ejercicio para bajar de peso.					

13. Me siento incómodo/a después de comer dulces.					
14. Me comprometo a hacer dieta.					
15. Me gusta sentir el estómago vacío.					
16. Vomito después de haber comido.					
17. Disfruto probando comidas nuevas y sabrosas.					
18. Siento que debería ser más delgado/a o más musculoso/a para parecerme a mis amigos, cantantes o a las personas que veo en las redes sociales.					

UNIVERSIDAD CENTRAL
ESCUELA DE PSICOLOGÍA
Licenciatura en Psicología
Trabajo Final de Graduación
Instrumento

19. En mi casa siento presión o me regañan por lo que como o por la cantidad de comida que sirvo en mi plato.					

Proceso de validación del instrumento por juicio de persona experta y de tipo contenido:

MICHELL YHONNATHE GONZALEZ DUNO (FIRMA)
Firmado digitalmente por MICHELL YHONNATHE GONZALEZ DUNO (FIRMA)
Fecha: 2025.09.09 21:51:26 -06'00'

Lic. Michell González Duno
Psicólogo Cód. 13768 CPPCR

Lic. Luis Márquez Zuñiga
Psicólogo Cód. 13764 CPPCR

NANCY ROMAN GONZALEZ (FIRMA)
Firmado digitalmente por NANCY ROMAN GONZALEZ (FIRMA)
Fecha: 2025.09.10 08:13:54 -06'00'

MPsc. Nancy Román González
Cód. 4320 CPPCR
Psicóloga, Tutora de TFG-UC

Apéndice 4: Ficha de validación de expertos

UNIVERSIDAD CENTRAL
ESCUELA DE PSICOLOGÍA
Licenciatura en Psicología
Trabajo Final de Graduación
Instrumento

FICHA DE VALIDACIÓN JUICIO DE EXPERTO

I. Datos generales:

Nombre completo de la persona experta:	Cargo o institución donde labora:	Nombre del instrumento de evaluación:	Estudiante y autor del instrumento:
Michell Gonzalez Duno	Gerente Psicólogo	Escala Likert Conductas alimentarias de riesgo	Jean Carlos Pereira García
Tema de investigación:	Propuesta de intervención psicoeducativa para la prevención del desarrollo de conductas alimentarias de riesgo, dirigido a un grupo de estudiantes de quinto grado del centro educativo Enrique Pinto Fernández, ubicado en San Rafael de Alajuela. Estudio comprendido entre los meses de mayo y diciembre 2025.		

II. Aspectos de validación:

Indicador	Criterios	Regular 0-1	Buena 2-5	Muy buena 6-8	Excelente 9-10
Claridad	Está formulado con lenguaje apropiado para el perfil de la población meta.				10
Objetividad	Está expresado en conductas observables.				10

Organización	Existe una organización lógica de las consultas.				10
Coherencia	Entre los objetivos, variables y consultas.				10
Metodología	La estrategia responde al propósito y enfoque del estudio.				10
Intencionalidad	Adecuado para medir aspectos de la investigación.				10

III. Opinión sobre la aplicación:

_____

_____

San José, 9 de setiembre de 2025.

Firma: MICHELL YHONNATHE GONZALEZ DUNO (FIRMA) Firmado digitalmente por MICHELL YHONNATHE GONZALEZ DUNO (FIRMA) Fecha: 2025.09.09 21:52:03 -06'00'

Psicólogo Cód. 13768 CPPCR

UNIVERSIDAD CENTRAL
ESCUELA DE PSICOLOGÍA
Licenciatura en Psicología
Trabajo Final de Graduación
Instrumento

FICHA DE VALIDACIÓN JUICIO DE EXPERTO

IV. Datos generales:

Nombre completo de la persona experta:	Cargo o institución donde labora:	Nombre del instrumento de evaluación:	Estudiante y autor del instrumento:
Luis Márquez Zuñiga	Psicólogo	Escala Likert Conductas alimentarias de riesgo	Jean Carlos Pereira García
Tema de investigación:	Propuesta de intervención psicoeducativa para la prevención del desarrollo de conductas alimentarias de riesgo, dirigido a un grupo de estudiantes de quinto grado del centro educativo Enrique Pinto Fernández, ubicado en San Rafael de Alajuela. Estudio comprendido entre los meses de mayo y diciembre 2025		

V. Aspectos de validación:

Indicador	Criterios	Regular 0-1	Buena 2-5	Muy buena 6-8	Excelente 9-10
Claridad	Está formulado con lenguaje apropiado para el perfil de la población meta.				9
Objetividad	Está expresado en conductas observables.				9

Organización	Existe una organización lógica de las consultas.				9
Coherencia	Entre los objetivos, variables y consultas.				9
Metodología	La estrategia responde al propósito y enfoque del estudio.				9
Intencionalidad	Adecuado para medir aspectos de la investigación.				9

VI. Opinión sobre la aplicación:

Jean, buen trabajo

San José, 9 de septiembre de 2025.

Firma: _____

Lic. Luis Márquez Zuñiga

Apéndice 5: Propuesta psicoeducativa

Tabla 22 *Propuesta psicoeducativa*

Institución / Organización / Empresa	**Centro Educativo Enrique Pinto Fernández**
Nombre de la propuesta	**Conociendo Nuestro Cuerpo. Propuesta psicoeducativa para prevenir conductas alimentarias de riesgo en estudiantes de quinto grado**
Estudiante UC:	Jean Carlos Pereira García
Objetivo general	Psicoeducar para la prevención del desarrollo de conductas alimentarias de riesgo en estudiantes de quinto de la Escuela Enrique Pinto Fernández.

Objetivo específico	Actividad / Sesión	Responsable	Indicador de seguimiento / logro
1. Desarrollar la conciencia interoceptiva para que los estudiantes identifiquen y respondan adecuadamente a las señales internas de hambre y saciedad, promoviendo la alimentación intuitiva.	Sesión 1: Exploradores de Nuestro Cuerpo Actividades: - Icebreaker “Detectives de Sensaciones” (15 min) - Psicoeducación “El Semáforo del Hambre” (20 min) - Actividad práctica “Mi Diario de Explorador” (15 min) Materiales: tarjetas de sensaciones, lámina “Semáforo del Hambre”, cuadernos, lápices, papelógrafo.	Profesional de Orientación	Las personas estudiantes identifican al menos una señal de hambre y una de saciedad. Participan activamente en la discusión.
2. Psicoeducar sobre la alimentación emocional, proporcionando estrategias alternativas y saludables para la gestión de emociones.	Sesión 2: Comida y Emociones Actividades: - Revisión del “Diario de Explorador” (10	Profesional de Orientación	Las personas estudiantes diferencian hambre física y emocional. Proponen al menos tres estrategias alternativas a comer por emoción.

	min) - Dinámica "Monstruos de las Emociones" (20 min) - Lluvia de ideas "Caja de Herramientas Anti-monstruos" (20 min) Materiales: diarios, tarjetas de emociones, pizarra, caja decorada como "botiquín emocional".		
3. Fortalecer la autoestima, el autoconcepto y la resiliencia frente a la presión sociocultural, dotando de herramientas de pensamiento crítico para deconstruir ideales estéticos hegemónicos.	Sesión 3: Construyendo una súper autoestima Actividades: - "El árbol de mis fortalezas" (25 min) - Galería de arte y reconocimiento (15 min) - Cierre "Sembrando semillas positivas" (5 min) Materiales: hojas grandes, lápices, cinta adhesiva.	Profesional de Orientación	La persona estudiante identifica al menos cinco cualidades positivas no físicas y comparte verbalmente una con el grupo.
	Sesión 4: Desactivando las trampas de los medios Actividades: - Dinámica "Verdadero o Falso" (20 min) - Debate guiado (20 min) - Creación de anti-anuncios (15 min) Materiales: revistas, impresiones,	Profesional de Orientación	Las personas estudiantes explican que las imágenes de los medios no siempre reflejan la realidad y reconocen al menos dos estereotipos de belleza.

	proyector opcional, pizarra, hojas, lápices.		
	Sesión 5: Celebrando la diversidad corporal Actividades: - Charla sobre diversidad corporal (15 min) - Actividad “El espejo amable” (20 min) - Compromiso grupal (10 min) Materiales: pizarra, cartulina, lápices.	Profesional de Orientación	Las personas estudiantes describen la función del cuerpo más allá de la apariencia y participan respetuosamente en el espejo amable.
	Sesión 6: Misión cumplida: Integrando nuestros superpoderes Actividades: - Juego de repaso “La Ruleta del Bienestar” (20 min) - Actividad final “Cofre del Tesoro Personal” (20 min) - Cierre y celebración (10 min) Materiales: ruleta, cajas o bolsas de papel, papelitos de colores, lápices, diplomas simbólicos.	Profesional de Orientación	Las personas estudiantes recuerdan y aplican los conceptos de las sesiones previas y crean su propio “Cofre del Tesoro” con estrategias personalizadas.

Referencias

Aliaga-Tinoco, S., & Cruzado, L. (2020). Anorexia nervosa con desenlace fatal: a propósito de un caso. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, *83*(1), 57-65. https://doi.org/10.20453/rnp.v83i1.3688

Alpízar Matamoros, M. (2024). *Prevención Primaria de los Trastornos de la Conducta Alimentaria en mujeres adolescentes*[Trabajo Final de Graduación, Universidad Nacional de Costa Rica]. https://repositorio.una.ac.cr/server/api/core/bitstreams/a430caef-b78a-4198-b40e-5f86dee138a8/content

Alvarado, I. (2003). *Intervención terapéutica a un grupo de adolescentes en riesgo a desarrollar trastornos de la conducta alimentaria y que presentan síntomas en etapas iniciales, a través de un programa de intervención grupal* [Tesis de maestría]. Universidad de Panamá.

Alvarado-Sánchez, N., Alvarez-Rayon, G. L., De la Portilla, A. A., & Mancilla-Diaz, J. M. (2023). Cognitive remediation therapy in bulimia nervosa: A case studyTerapia de remediación cognitiva en bulimia nerviosa: Un estudio de caso. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios/Mexican Journal Of Eating Disorders*, *13*(2), 199-208. https://doi.org/10.22201/fesi.20071523e.2023.2.698

Amaya-Hernández, A., Alvarez-Rayón, G., Ortega-Luyando, M., & Mancilla-Díaz, J. M. (2017). Peer influence in preadolescents and adolescents: A predictor of body dissatisfaction and disordered eating behaviors. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios/Mexican Journal Of Eating Disorders*, *8*(1), 31-39. https://doi.org/10.1016/j.rmta.2016.12.001

American Psychiatric Association. (2014). *DSM-5 : manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* [PDF]. Editorial Médica Panamericana.

https://www.federaciocatalanatdah.org/wp-content/uploads/2018/12/dsm5-manualdiagnsticoyestadisticodelostrastornosmentales-161006005112.pdf

Aprobada en segundo debate la Ley marco para prevenir y atender los TCA: CPPCR celebra este avance – Colegio de Profesionales en Psicología de Costa Rica. (2025, 22 agosto). Recuperado 24 de agosto de 2025, de https://psicologiacr.com/aprobada-en-segundo-debate-la-ley-marco-para-prevenir-y-atender-los-tca-cppcr-celebra-este-avance/

Atkinson, M. J., & Wade, T. D. (2015). Mindfulness-based prevention for eating disorders: A school-based cluster randomized controlled study. *International Journal Of Eating Disorders*, *48*(7), 1024-1037. https://doi.org/10.1002/eat.22416

Bados, A., & García Grau, E. (2010). La técnica de la reestructuración cognitiva. *Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos Facultad de Psicología, Universidad de Barcelona*.

Barraca Mairal, J. (s. f.). *Técnicas de modificación de conducta: Una guía para su puesta en práctica* [PDF]. Editorial Síntesis.

Baudet, M., Montastier, E., Mesthe, P., Oustric, S., Lepage, B., & Ritz, P. (2013). The SCOFF score: A screening tool for eating disorders in family practice. *e-SPEN Journal*, *8*(3), e86-e89. https://doi.org/10.1016/j.clnme.2013.03.001

Behar, R., & Arancibia, M. (2015). Body image disorders: anorexia nervosa versus reverse anorexia (muscle dysmorphia). *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios/Mexican Journal Of Eating Disorders*, *6*(2), 121-128. https://doi.org/10.1016/j.rmta.2015.10.005

Bernal Torres, C. A. (2010). *Metodología de la investigación: administración, economía, humanidades y ciencias sociales*. Pearson.

Blanco Artula, C. (2024). Actualización y tratamiento en trastornos de la conducta alimentaria: anorexia nerviosa, bulimia nerviosa y trastorno por atracones. *Revista Cúpula*, *38*(2), 41-55. https://www.binasss.sa.cr/bibliotecas/bhp/cupula/v38n2/completa.pdf

Caballo, V. E. (1998). *Manual para el Tratamiento Cognitivo-Conductual de los Trastornos Psicológicos*. Siglo XXI de España Editores.

Campaña Cuidémonos Nutritiva-Mente promueve la prevención, detección y apoyo a los Trastornos de Conducta Alimentaria (TCA) desde el seno de la familia. (2022, 4 octubre). Ministerio de Educación Pública. Recuperado 21 de agosto de 2025, de https://www.mep.go.cr/noticias/campana-cuidemonos-nutritiva-mente-promueve-prevencion-deteccion-apoyo-trastornos-conducta

Cañizares Gomez, S., Reyes López, J., Roque, G., Calderón Moctezuma, A., Aguilar Fabré, L., López Hidalgo, M., Ricardo Garcell, J., & Hernández Montiel, H. L. (2022). Características clínicas, neuropsicológicos y psicofisiológicos del trastorno por atracón: Resultados preliminares. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios/Mexican Journal Of Eating Disorders*, *10*(3), 274-282. https://doi.org/10.22201/fesi.20071523e.2020.2.570

Castro Mora, G. (2015, 17 febrero). *CCSS insiste en vigilar y prevenir trastornos de conducta alimentaria en adolescentes*. CCSS Noticias. Recuperado 21 de agosto de 2025, de https://www.ccss.sa.cr/noticias/noticia?v=101221121325

Celis Ekstrand, A., & Roca Villanueva, E. (2011). Terapia cognitivo-conductual para los trastornos de la conducta alimentaria según la visión transdiagnóstica. *Acción Psicológica*, *8*(1), 21-33. https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=344030765002

Chua, J. y. X., Tam, W., & Shorey, S. (2019). Research Review: Effectiveness of universal eating disorder prevention interventions in improving body image among children: a

systematic review and meta-analysis. *Journal Of Child Psychology And Psychiatry*, *61*(5), 522-535. https://doi.org/10.1111/jcpp.13164

Couturier, J., Kimber, M., & Szatmari, P. (2012). Efficacy of family-based treatment for adolescents with eating disorders: A systematic review and meta-analysis. *International Journal Of Eating Disorders*, *46*(1), 3-11. https://doi.org/10.1002/eat.22042

Cuadro, E., & Baile, J. I. (2015). Binge eating disorder: analysis and treatment. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios/Mexican Journal Of Eating Disorders*, *6*(2), 97-107. https://doi.org/10.1016/j.rmta.2015.10.001

Cueto-López, C. J., González Díaz, F. I., & Franco-Paredes, K. (2022). Programas de prevención para trastornos alimentarios y factores asociados en México: una revisión sistemática/Prevention programs for eating disorders and associated factors in Mexico: a systematic review. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios/Mexican Journal Of Eating Disorders*, *11*(2), 231-245. https://doi.org/10.22201/fesi.20071523e.2021.2.732

Dancyger, I., Krakower, S., & Fornari, V. (2012). Eating Disorders in Adolescents. *Child And Adolescent Psychiatric Clinics Of North America*, *22*(1), 97-117. https://doi.org/10.1016/j.chc.2012.08.006

De La Vega Morales, R., & Gómez-Peresmitré, G. (2012). Intervención cognitivo-conductual en conductas alimentarias de riesgo. *Psicología y Salud*, *22*(2), 225-234.

Día de Acción por los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) – Colegio de Profesionales en Psicología de Costa Rica. (2019, 2 junio). Recuperado 19 de agosto de 2025, de https://psicologiacr.com/dia-de-accion-por-los-trastornos-de-la-conducta-alimentaria-tca/

Díaz-Reséndiz, F. J., Alonso-Picasso, M., Franco-Paredes, K., & Hidalgo-Rasmussen, C. A. (2021). Una revisión narrativa de instrumentos de medición de consumo de alimento en

niños. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios/Mexican Journal Of Eating Disorders*, *11*(1), 132-140. https://doi.org/10.22201/fesi.20071523e.2020.1.615

Diedrichs, P. C., Atkinson, M. J., Garbett, K. M., & Leckie, G. (2020). Evaluating the "Dove Confident Me" Five-Session Body Image Intervention Delivered by Teachers in Schools: A Cluster Randomized Controlled Effectiveness Trial. *Journal Of Adolescent Health*, *68*(2), 331-341. https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2020.10.001

Doncel Fonseca, J., Mateus Alfonso, Y., Cortés Neiza, N., Heredia Barreto, S., & Ramírez Cárdenas, J. A. (2023). Factores de riesgo en la Bulimia Nerviosa (BN): elementos claves de seguridad en el cuidado de la salud. Una revisión de la literatura. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios/Mexican Journal Of Eating Disorders*, *13*(1), 85-107. https://doi.org/10.22201/fesi.20071523e.2023.1.760

Duarte, J. M., & Mendieta Zerón, H. (2019). Trastornos de la Conducta Alimentaria. Problema de Salud Pública. *Inteligencia Epidemiológica*, *1*, 33-38. https://www.researchgate.net/publication/336899472_Trastornos_de_la_Conducta_Alimentaria_Problema_de_Salud_Publica

Elizathe, L., Murawski, B., Custodio, J., & Rutsztein, G. (2012). Riesgo de trastorno alimentario en niños escolarizados de Buenos Aires: su asociación con perfeccionismo. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, *3*, 106-120.

Guerrero-Cuevas, B., Valero-Aguayo, L., Solano-Martínez, D., Priore-Molero, C., Perea-Barba, A., & De los Ángeles Afán de Rivera, M. (2022). Detection of eating problems and their relationship with eating habits in adolescents / Detección de problemas alimentarios y su relación con hábitos alimentarios en adolescentes. *Revista Mexicana de Trastornos*

Alimentarios/Mexican Journal Of Eating Disorders, *10*(3), 261-273. https://doi.org/10.22201/fesi.20071523e.2019.2.567

Guzmán, V. (2021). El método cualitativo y su aporte a la investigación en las ciencias sociales. *Gestionar Revista de Empresa y Gobierno*, *1*(4), 19-31. https://doi.org/10.35622/j.rg.2021.04.002

Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, M. P. (2014). *Metodología de la investigación*. McGraw-Hill.

Kolar, D. R., & Mebarak, M. (2022). An update on the epidemiology of eating disorders in Latin America: current findings and future challenges. *Current Opinion In Psychiatry*, *35*(6), 385-389. https://doi.org/10.1097/yco.0000000000000813

Kurz, M., Rosendahl, J., Rodeck, J., Muehleck, J., & Berger, U. (2021). School-Based Interventions Improve Body Image and Media Literacy in Youth: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal Of Prevention*, *43*(1), 5-23. https://doi.org/10.1007/s10935-021-00660-1

León Hernández, R. C., Del Angel García, J. E., Pérez-Mitré, G. G., Acevedo, S. P., & Saldaña, R. G. (2022). Aportaciones empíricas a un modelo teórico-práctico de prevención de anorexia y bulimia nerviosas basado en el nivel de riesgo/Empirical contributions a theoretical-practical model for prevention of anorexia y bulimia nervosas based on the risk level. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios/Mexican Journal Of Eating Disorders*, *12*(2), 173-185. https://doi.org/10.22201/fesi.20071523e.2022.2.646

León-Madrigal, M., & Vargas-Halabi, T. (2025). Sexismo Benevolente y Sexismo Hostil en las conductas alimentarias de riesgo: el papel mediador de la Insatisfacción Corporal. *Revista de Ciencias Sociales*, *185*, 101-124. https://doi.org/10.15517/rcs.v0i185.64237

López Aguilar, X., Vázquez Arévalo, R., Mancilla Díaz, J. M., & Balderrama Díaz, R. (2021). Instrumentos para Trastorno por Atracón. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios/Mexican Journal Of Eating Disorders*, *11*(1), 32-51. https://doi.org/10.22201/fesi.20071523e.2020.1.626

Losada, A. V., & Zavalia, C. (2019). Programa psicoeducativo en trastornos de la conducta alimentaria. *Alternativas En Psicología*, *41*, 131-146. https://alternativas.me/wp-content/uploads/2019/03/10.-Programa-Psicoeducativo-en-Trastornos-de-la-Conducta-Alimentaria.pdf

Matallana, D., Rueda, J. G., Guarín, M. R., Otero, P., Arango, D. G., Poveda, M., Rangel-Gamboa, N., & Santamaría-García, H. (2018). Processing of novel stimuli as cognitive remediation therapy in patients with eating disorder / Procesamiento de estímulos novedosos como terapia de remediación cognitiva en pacientes con trastorno alimentario. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios/Mexican Journal Of Eating Disorders*, *9*(1), 95-106. https://doi.org/10.22201/fesi.20071523e.2018.1.446

Matas, A. (2018). Diseño del formato de escalas tipo Likert: un estado de la cuestión. *Revista Electrónica de Investigación Educativa*, *20*(1), 38-47. https://doi.org/10.24320/redie.2018.20.1.1347

McVey, G., Tweed, S., & Blackmore, E. (2007). Healthy Schools-Healthy Kids: A controlled evaluation of a comprehensive universal eating disorder prevention program. *Body Image*, *4*, 115-136. https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2007.01.004

Medina, M., Rojas, R., Bustamante, W., Loaiza, R., Martel, C., & Castillo, R. (2023). Metodología de la investigación: Técnicas e instrumentos de investigación. En *Instituto*

Universitario de Innovación Ciencia y Tecnología Inudi Perú eBooks. https://doi.org/10.35622/inudi.b.080

Mena, M. (2024, 27 junio). 1.900 menores fueron atendidos en el hospital de Niños por trastornos alimentarios en 2023. *El Observador CR*. https://observador.cr/1-900-menores-fueron-atendidos-en-el-hospital-de-ninos-por-trastornos-alimentarios-en-2023/

Monje Álvarez, C. A. (2011). *Metodología de la investigación cuantitativa y cualitativa: Guía didáctica*. Universidad Surcolombiana.

Montes López, J. (2017). *Trastornos alimentarios: criterios, vivencias y necesidades ante el abordaje dirigido a personas adolescentes en el Hospital Dr. Max Peralta Jiménez* [Tesis de Licenciatura]. Universidad de Costa Rica.

Morales López, M. J. (2019). Anorexia nerviosa en población pediátrica. *Revista Medicina Legal de Costa Rica*, *36*(2), 46-55. https://www.scielo.sa.cr/pdf/mlcr/v36n2/2215-5287-mlcr-36-02-46.pdf

Mustelier Cantero, M. (2014). *Estrategias de intervención en adolescentes con Trastornos de Alimentación en el Primer Nivel de Atención. Revisión Bibliográfica* [Informe de investigación bibliográfica para optar al grado de Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria]. Universidad de Costa Rica.

Neill, D. A., Quezada Abad, C., & Arce Rodríguez, J. (2018). Investigación cuantitativa y cualitativa [PDF]. En *Procesos y Fundamentos de la Investigación Científica*. Editorial UTMACH.

Otzen, T., & Manterola, C. (2017). Técnicas de Muestreo sobre una Población a Estudio. *International Journal Of Morphology*, *35*(1), 227-232. https://doi.org/10.4067/s0717-95022017000100037

Quesada, N., & Sequeira-Quesada, M. (2024). Conductas de riesgo de anorexia nerviosa, bulimia nerviosa y trastorno por atracón en estudiantes sancarleños de undécimo año. *Humanitas*, *21*, 1-24. https://revistahumanitas.ucatolica.ac.cr/index.php/humanitas/article/view/538/546

Rodríguez, I. (2021, 8 julio). Costa Rica carece de una estrategia de prevención y abordaje de Trastornos de Conducta Alimentaria. *La Nación*. https://www.nacion.com/ciencia/salud/pais-carece-de-una-estrategia-de-prevencion-y/NCRNREHXUBAVPGMYWJVTDB7AVQ/story/

Salazar Mora, Z., & Prado-Calderón, J. E. (2015). Análisis de la validez discriminante del Eating Attitudes Test mediante el modelo de Rasch. *Revista Reflexiones*, *94*(1), 123-135. https://www.scielo.sa.cr/pdf/reflexiones/v94n1/1659-2859-reflexiones-94-01-00123.pdf

Serra, M. (2015). *Trastornos del comportamiento alimentario: Enfoques preventivos* [PDF]. Editorial UOC.

Tamayo y Tamayo, M. (1999). *Aprender a Investigar: Módulo 2: La investigación*. ICFES.

The Alliance for Eating Disorders Awareness. (2024, 16 agosto). *Eating Disorder Statistics: An Updated View for 2024*. National Alliance For Eating Disorders. https://www.allianceforeatingdisorders.com/eating-disorder-statistics-an-updated-view-for-2024/

Trujano Ruiz, P., De Gracia Blanco, M., Nava Quiróz, C., Marcó Arbonès, M., & Limón Arce, G. (2010). Factores de riesgo asociados a los trastornos de la conducta alimentaria en preadolescentes mexicanos con normopeso. *Psicothema*, *22*(4), 581-586. https://www.psicothema.com/pdf/3770.pdf

Unikel-Santoncini, C., Nuño-Gutiérrez, B., Celis-de la Rosa, A., Saucedo-Molina, T., Trujillo Chi Vacuán, E., García-Castro, F., & Trejo-Franco, J. (2010). Conductas alimentarias de riesgo: prevalencia en estudiantes mexicanas de 15 a 19 años. *Revista de Investigación Clínica*, *62*(5), 424-432.

Val, V. A., & Canals, J. (2022). Prevention of eating disorders in primary education. *Nutrición Hospitalaria*. https://doi.org/10.20960/nh.04182

Vargas Baldares, M. (2018). *Trastornos de la conducta alimentaria en la población adolescente: factores relacionados con su detección y manejo integral* [Trabajo final de graduación para optar al grado y título de especialista en Psiquiatría]. Universidad de Costa Rica.

Vázquez, V. M. V., Franco-Paredes, K., De Jesús Díaz-Reséndiz, F., Bosques-Brugada, L. E., & Tovar-Garza, E. Y. (2023). Propiedades psicométricas de los autoreportes de ingesta emocional: Una revisión sistemática. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios/Mexican Journal Of Eating Disorders*, *14*(2), 128-141. https://doi.org/10.22201/fesi.20071523e.2024.2.795

Williamson, D. A., Smith, C. F., & Barbin, J. M. (1998). Terapia cognitivo-conductual para los trastornos de la alimentación. En *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos*. Siglo Veintiuno.

Zamora, C., & Barrios, A. (2019). Instagram y sintomatología de conducta alimentaria de riesgo en adolescentes entre 13 y 17 años en colegios de Tibás. *PsicoInnova*, *2*(1), 34-52. https://doi.org/10.54376/psicoinnova.v2i1.16