



UNIVERSIDAD CENTRAL
VICERRECTORÍA ACADÉMICA

ESCUELA DE CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN CON
ÉNFASIS EN I Y II CICLO

TEMA

ANÁLISIS CON RELACIÓN A LA EFICACIA DE LA
INTERVENCIÓN PSICOEDUCATIVA EN LA PREVENCIÓN
DE POSIBLES TRASTORNOS ALIMENTICIOS
ENTRE PERSONAS ADOLESCENTES QUE ASISTEN AL
CENTRO EDUCATIVO BAJO LOS MURILLO DE LA
DIRECCIÓN DE EDUCACIÓN DE PURISCAL CIRCUITO 02
DURANTE EL I TRIMESTRE DEL AÑO 2024

MODALIDAD DE TESIS PARA OPTAR POR EL GRADO DE BACHILLERATO EN CIENCIAS
DE LA EDUCACIÓN CON ÉNFASIS EN I Y II CICLO

SUSTENTANTE

MARÍA ISABEL SANTILLÁN RODRÍGUEZ

TUTOR

JIMMY J. OBANDO CALDERÓN

SEDE PURISCAL

MARZO, 2024

Contenido

índice de tablas	6
Dedicatoria	7
Agradecimientos	8
Resumen	9
Abstract	10
Capítulo I	12
Planteamiento del Problema	12
1.2. Objetivos.....	17
Objetivo general	17
Objetivos específicos	17
1.3. Justificación	18
1.4. Antecedentes.....	20
Antecedentes Nacionales	20
Antecedentes internacionales	23
1.5. Proyecciones	25
1.6. Limitaciones	26
Capítulo II: Marco teórico	28
Síntomas emocionales y conductuales	31
2.1. Definición trastornos alimenticios en adolescentes	32
2.2. Contexto de trastornos alimenticios en adolescentes	34
La genética.....	35
Los cambios corporales en la pubertad.....	36
El sobrepeso y la obesidad.....	37
La presión social por ser delgado	38
2.3. Teoría de la Prevención de Trastornos Alimenticios	39
2.3.1. Modelo teórico que respalde la prevención, enfocándose en enfoques psicoeducativos.....	40
2.3.2. Importancia de la intervención temprana y la promoción de la salud mental.	44
Estrategias y métodos utilizados en la intervención psicoeducativa	45
Teoría del campo	49
2.4.1. Desarrollo psicosocial en la adolescencia	49
Fases y tareas de la adolescencia	49
2.4.2. Factores sociales en la percepción de la imagen corporal y autoestima.	54
2.4.3. Resiliencia en la salud mental adolescente.....	56

2.5.1. Concepto.....	57
2.5.2. Características.....	57
2.5.3. Signos y Síntomas	58
Síntomas emocionales y de conducta	59
2.5.4. Diagnóstico.....	60
2.5.5. Tratamiento.....	60
2.5.6. Modelo.....	61
1. Modelo tridimensional de Schuldt y Johnson	61
3. Modelo de la industria de la moda: La industria de la moda ha sido vinculada con los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) en varias formas.....	62
2.5.7. Desarrollo de la personalidad	62
2.5.8. Objetivos.....	63
2.5.9. Ventajas	64
2.5.10. Prevención	64
2.6. Factores de Influencia	65
• Factores biológicos.....	65
• Factores psicológicos.....	65
• Factores del entorno.....	65
2.6.1 Factores protectores.....	65
Individuales	65
Familiares	65
Sociales.....	66
2.7. Contextualización del Centro Educativo	67
Localización.....	67
Escuela unidocente	68
Escuela Bajo los Murillo	69
Área geográfica.....	69
Área de la Comunidad.	69
Área Histórica.	69
Origen de su nombre:	70
Instituciones de servicios públicos y privados.	70
Educación:	70
Salud:	70
Vivienda:	71

Servicios bancarios públicos o privados:	71
Comunicación y transporte público o privado:	71
Fortalezas y Debilidades.	71
Organización Comunal:	72
Área Socioeconómica:	72
Problemas de la comunidad:	72
Conclusiones del diagnóstico comunal y alternativas:	72
Diagnóstico institucional	73
Tabla # 1 Primera Junta de Educación Escuela Bajo los Murillo	73
Área del Edificio Escolar.	74
Estado de conservación de locales disponibles.	74
Personal administrativo.	74
Personal docente.	74
Plan de Estudios	74
Jornada de trabajo de la institución.	74
Capítulo III: Marco Metodológico.	76
3.1 Paradigma de investigación	76
Paradigmas de la investigación social	77
• Paradigma cuantitativo.	77
• Paradigma cualitativo	77
Paradigmas educativos	78
• El paradigma.....	78
• El paradigma.....	78
• El paradigma ambientalista o histórico-social.....	78
• El paradigma constructivista.	78
3.2 Enfoque de investigación	80
3.3 Diseño de investigación	81
3.4 Fuentes de información	84
3.5 Población	86
3.6 Participantes (muestra).	86
Tabla # 2 Características de las personas participantes	87
3.7. Sistema de categorías	87
Tabla # 3 Detalle del desarrollo de categorías	87
3.8. Estrategia de Recolección de Datos	90

3.9. Validación del instrumento	90
3.10 Instrumento de recolección de datos	91
3.11. Técnica Grupo focal	92
3.12. Instrumento guía de preguntas	93
3.13 Validación del instrumento.	94
3.14 Triangulación	94
3.15 Consideraciones éticas.	95
Capítulo IV Análisis de Resultados.	98
4.1 Codificación de las personas participantes de la investigación.	98
Tabla # 4 Códigos asignados a las personas participantes	98
Tabla # 5 Categorización según guía de preguntas	99
Capítulo V. Conclusiones y Recomendaciones	108
5.1 Conclusiones.	108
5.2 Recomendaciones.	111
Para las personas profesionales en educación:	111
A las Escuelas públicas y privadas:	111
A la comunidad y población en general:	112
Capítulo V1. Bibliografía	115
Referencias	115
Capítulo V11. Apéndices	119
7.1 Apéndice A. Instrumento	119

índice de tablas

Tabla # 1 Primera Junta de Educación Escuela Bajo los Murillo	73
Tabla # 2 Características de las personas participantes	87
Tabla # 3 Detalle del desarrollo de categorías.....	87
Tabla # 4 Códigos asignados a las personas participantes	98
Tabla # 5 Categorización según guía de preguntas	99

Dedicatoria

Primeramente, agradezco infinitamente a mi Dios, por darme la oportunidad de vivir y estar conmigo en cada paso que doy, por fortalecer mi corazón e iluminar mi mente y haber puesto en mi camino a aquellas personas que han sido mi soporte y compañía.

A mis padres,

Por ser el pilar fundamental en todo lo que soy, en mi educación, por su apoyo siempre para lograr mis objetivos, sus consejos, sus valores, por la motivación constante que me ha permitido ser una persona de bien, pero más que nada, por su amor.

A mi esposo,

Por estar conmigo en las buenas y en las malas, por brindarme su amor, su apoyo incondicional y sobre todo por creer en mí, Te Amo mi angelito.

A mis hijos (Alexander y Sebastián),

Por ser la luz de mi vida, mi vida es para ustedes, son la dicha más grande que Dios me ha dado, esto es por ustedes, para que vean que nunca hay que rendirse y siempre hay que luchar por nuestros sueños Los amo mis amores.

A mis hermanos Hazel y Leónidas

Por ser un apoyo en las buenas y malas. Recuerden que todo lo que nos propongamos en la vida lo podemos lograr si trabajamos fuerte, con sacrificios, constancia y rectitud, para que sigan adelante y que todos mis éxitos de hoy sean los suyos mañana y siempre.

María Isabel Santillán Rodríguez

Agradecimientos

Agradezco primeramente a Dios por darme la vida y permitir todo lo bueno para mí, él me da la fuerza para poder seguir aun cuando creo que ya no puedo más.

Estoy profundamente agradecida con mi profesor y tutor Jimmy Obando Calderón por toda la ayuda brindada en este proceso, por haberme brindado la oportunidad de recurrir a su capacidad y conocimiento así también por toda la paciencia que debió tener conmigo y por alentarme cuando me quería rendir.

Agradezco a la Universidad Central y todos los profesores que de una u otra forma estuvieron involucrados en estos años de estudio ya que sin su ayuda hoy no estaría aquí, los quiero mucho.

Agradecida con todos mis compañeros porque dejan una huella muy hermosa en mí.

A las personas que, de una forma u otra, han sido clave en mi vida profesional.

A mis alumnos, de la Escuela Bajo los Murillo, porque son mi motor para cada día ser mejor docente, ellos son como mis hijos y a todas esas personas a mi alrededor por brindarme su ayuda cuando más la necesitaba, gracias a todas estas personas que antes mencioné que Dios los bendiga.

María Isabel Santillán Rodríguez

Resumen

Santillán, M. (2024). Análisis con relación a la eficacia de la intervención psicoeducativa en la prevención de posibles trastornos alimenticios entre personas adolescentes que asisten al centro educativo Bajo los Murillo de la dirección de Educación de Puriscal, Circuito 02, durante el I trimestre del año 2024, [Trabajo Final de Graduación para optar por el Grado de Bachillerato en Educación de I y II ciclo], Universidad Central.

El propósito de esta investigación fue analizar la eficacia de la intervención psicoeducativa en la prevención de trastornos alimenticios entre adolescentes que asisten al centro educativo Bajo los Murillo de la dirección de Educación de Puriscal, Circuito 02, en el I trimestre del año 2024. Para alcanzar ese propósito general, se establecieron los siguientes objetivos específicos: Identificar las posibles estrategias de intervención psicoeducativas en la prevención de conductas de riesgo asociadas con trastornos alimenticios en las personas adolescentes del Centro Educativo Bajo Los Murillo; Determinar la eficacia las posibles estrategias de intervención psicoeducativas en la mejora del autoestima e imagen corporal de las personas adolescentes participantes del Centro Educativo Bajo Los Murillo; Reconocer factores individuales, familiares y sociales que incidan en la efectividad de las posibles estrategias de intervención psicoeducativas en la prevención de conductas de riesgo asociadas con trastornos alimenticios de las personas adolescentes participantes del Centro Educativo Bajo Los Murillo; Diseñar un programa preventivo en la prevención de conductas de riesgo asociadas con trastornos alimenticios de las personas adolescentes del Centro Educativo Bajo Los Murillo.

El proceso de investigación se realizó desde un paradigma naturalista y con diseño metodológico fenomenológico hermenéutico; para lo que se utilizó la entrevista empleada en este estudio, participaron 6 preadolescentes de entre 9 y 14 años, estudiantes del Centro Educativo Bajo los Murillo que, con autorización de los encargados legales, cumplen la entrevista.

Abstract

Santillan, M. (2024). analysis in relation to the effectiveness of psychoeducational intervention in the prevention of possible eating disorders among adolescents who attend the Bajo los Murillo educational center of the Puriscal Education Directorate, Circuit 02, during the I quarter of the year 2024, [Final Work of Graduation to opt for the Bachelor's Degree in Education of I and II cycle], Central University.

The purpose of this research was to analyze the effectiveness of psychoeducational intervention in the prevention of eating disorders among adolescents who attend the Bajo los Murillo educational center of the Puriscal Education Directorate, Circuit 02, in the I quarter of the year 2024.

To achieve With this general purpose, the following specific objectives were established: Identify possible psychoeducational intervention strategies in the prevention of risk behaviors associated with eating disorders in adolescents from the Bajo of adolescents participating in the Bajo Los Murillo Educational Center; Recognize individual, family and social factors that affect the effectiveness of possible psychoeducational intervention strategies in the prevention of risk behaviors associated with eating disorders of adolescents participating in the Bajo Los Murillo Educational Center; Design a preventive program to prevent risk behaviors associated with eating disorders in adolescents from the Bajo Los Murillo Educational Center.

The research process was carried out from a naturalistic paradigm and with a hermeneutic phenomenological methodological design; For which the interview used in this study was used, 6 pre-adolescents between 9 and 14 years old participated, students from the Bajo los Murillo Educational Center who, with authorization from the legal guardians, completed the interview.

CAPÍTULO I:
PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

Capítulo I

Planteamiento del Problema

Los trastornos alimenticios son condiciones psicológicas sumadas a factores interpersonales, sociales y culturales, que perturban la conducta alimentaria de una persona y tienen consecuencias negativas para la salud física y mental. Los sentimientos de insuficiencia, depresión, ansiedad, soledad, así como las dificultades en las relaciones familiares y personales, o experimentar un evento traumático también pueden contribuir a los trastornos alimentarios. (Fabiana di Carla Gottardi, 2021)

Para que una conducta alimentaria inusual se considere un trastorno, el comportamiento debe prolongarse durante un período de tiempo y causar un daño significativo a la salud y/o la capacidad física de la persona para funcionar con normalidad en la escuela o en el trabajo, así como afectar negativamente a las interacciones de la persona que la padece con las demás personas. (Evelyn Attia , MD, Columbia University Medical Center 2022; B. Timothy Walsh , MD, College of Physicians and Surgeons, Columbia University 2022). Los trastornos alimentarios incluyen

- Anorexia nerviosa
- Trastorno por evitación/restricción de la ingesta de alimentos
- Trastorno por atracón
- Bulimia nerviosa
- Pica
- Trastorno de rumiación
- Ortorexia

La anorexia nerviosa es un trastorno caracterizado por un incesante esfuerzo por adelgazar, una percepción distorsionada de la imagen corporal, un miedo intenso a volverse obeso y la restricción del consumo de alimentos, lo que conlleva un peso corporal considerablemente bajo. Las personas con anorexia nerviosa restringen su ingesta de alimentos. (Evelyn Attia , MD, Columbia University Medical Center 2022; B. Timothy Walsh , MD, College of Physicians and Surgeons, Columbia University 2022).

El trastorno por evitación/restricción de la ingesta de alimentos se caracteriza por ingerir muy poca comida y/o evitar ciertos sin preocuparse por la forma del cuerpo o el peso típico en personas con anorexia o bulimia nerviosa. Por lo general, las personas con este

trastorno pueden carecer de interés por la alimentación, ser muy exigentes con la comida y pueden evitar ciertos tipos de alimentos. Por ejemplo, pueden evitar alimentos con un determinado color, consistencia u olor. Algunas personas temen las posibles consecuencias adversas de comer, como asfixia o vómitos. (Evelyn Attia , MD, Columbia University Medical Center 2022; B. Timothy Walsh , MD, College of Physicians and Surgeons, Columbia University 2022).

El trastorno por atracón se caracteriza por la ingestión en un periodo breve de comida, muy superior a la que la mayoría de las personas podría consumir en un mismo periodo de tiempo y bajo circunstancias similares. Los afectados sienten una pérdida de control durante los atracones y después de los mismos y se sienten angustiados por estos episodios. El atracón no va seguido de una purga u otros intentos de compensar el exceso de comida ingerida. (Evelyn Attia , MD, Columbia University Medical Center 2022; B. Timothy Walsh , MD, College of Physicians and Surgeons, Columbia University 2022).

La bulimia nerviosa se caracteriza por la existencia de episodios repetidos de ingestión rápida de comida, seguidos de intentos de compensar el exceso de alimento ingerido. Por ejemplo, la persona puede provocarse el vómito o tomar laxantes. (Evelyn Attia , MD, Columbia University Medical Center 2022; B. Timothy Walsh , MD, College of Physicians and Surgeons, Columbia University 2022).

La pica consiste en comer de forma regular cosas que no son alimentos.

El trastorno de rumiación se caracteriza por la regurgitación de los alimentos después de comer. (Evelyn Attia , MD, Columbia University Medical Center 2022; B. Timothy Walsh , MD, College of Physicians and Surgeons, Columbia University 2022). La ortorexia es la fijación que se desarrolla hacia una dieta “perfecta” adhiriéndose a reglas alimentarias demasiado estrictas. Desarrolla una obsesión por el conteo de calorías y por el origen y la composición de los alimentos. En este caso, el problema para el adolescente no es la cantidad sino la calidad de los alimentos que consume, lo que le lleva a centrar su vida en esta preocupación, incidiendo en el desarrollo normal de sus actividades cotidianas y generándole situaciones como el aislamiento social, sentimientos de culpabilidad por haber ingerido alimentos “no sanos” o incluso la preferencia del ayuno frente al consumo de dichos alimentos. (Diana Hurtado Cortés, nutricionista dietista e integrante del equipo de

Planificación Alimentaria y Nutricional de la Dirección de Nutrición del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF)

Los trastornos de la conducta alimentaria se presentan con más frecuencia en la población de sexo femenino, especialmente en mujeres jóvenes. (Evelyn Attia , MD, Columbia University Medical Center 2022; B. Timothy Walsh , MD, College of Physicians and Surgeons, Columbia University 2022).

De acuerdo con Natalia Cárdenas Quiñonez, nutricionista dietista de la Clínica Medical y magíster en bioquímica de la Universidad Nacional, este tipo de trastornos tienen una alta incidencia en la adolescencia, “por ser esta una etapa de la vida en la que se construyen la autoestima y la identidad, se presentan cambios a nivel emocional y hay una mayor susceptibilidad a seguir ejemplos, modelos y comportamientos del entorno, los cuales, muchas veces están relacionados con los estereotipos culturales y la publicidad alrededor de la imagen corporal, la belleza y la delgadez”.

Para Camilo Espinoza, psicólogo de la Clínica El Bosque, existen tres tipos de factores que tienen alta incidencia en el desarrollo de los Trastornos de la Conducta Alimentaria en la adolescencia: los factores biológicos (relacionados con la carga genética de familiares que han padecido trastornos mentales), los factores psicológicos (baja autoestima, inseguridad, ansiedad, depresión, conflictos personales o familiares, etc.) y por último, los factores ambientales (la influencia de la publicidad asociada a estereotipos de belleza donde se valora altamente la delgadez; la burla o los comentarios negativos alrededor de la apariencia física del adolescente, ya sea en el entorno escolar o familiar; la influencia de figuras de autoridad que se preocupan demasiado por la estética corporal, por ejemplo, madres que siguen rigurosas dietas o viven pendientes de su peso; el acceso a sitios de internet que promueven conductas como la anorexia y la bulimia; y la participación en actividades que exigen o prefieren un bajo peso corporal como el modelaje, entre otras).

Aunque con el paso de los años cada vez hay más hombres, sobre todo chicos jóvenes, que han empezado a sufrir trastornos alimentarios de la conducta alimentaria (TCA), alrededor del 90% de las personas que sufren esta dolencia siguen siendo mujeres. (Asociación Contra la Anorexia y la Bulimia 2021 España).

La presión social sobre mujeres y niñas es un factor de riesgo con una influencia evidente en el desarrollo y mantenimiento de los trastornos de la conducta alimentaria. Es

necesario y urgente cambiar el modelo de belleza femenino actual, excesivamente delgado, por un modelo que fomente la salud y el respeto por la diversidad corporal», ha señalado la entidad barcelonesa”.

Los trastornos alimentarios son enfermedades devastadoras producidas por una compleja interacción de factores, que pueden incluir trastornos emocionales y de la personalidad, disfunción familiar, una posible sensibilidad genética o biológica, y el vivir en una cultura en la cual hay una obsesión por la delgadez.

Según la Agencia de Calidad de Internet (IQUA) 2021 actualmente existen casi 4 millones de publicaciones en Internet con hashtags empleados por personas con TCA (etiquetas #Ana (anorexia) y #Mía (bulimia)) donde comparten trucos o experiencias que ayudan a otros a adelgazar o hacer conductas propias de un TCA. Además, actualmente existen 5,8 millones de fotos publicadas en Instagram con la etiqueta #Anorexia. ¿hasta qué punto puede culparse a las redes sociales del incremento de estos trastornos en la población más joven y vulnerable?

Las redes sociales son el espejo en el que se miran los adolescentes. Un espejo que proyecta ideales estéticos basados en una perfección irreal y cuyo uso puede generar fuerte impacto en su autoestima, autoconcepto e imagen corporal.

Las redes sociales ejercen un papel clave en el desarrollo y mantenimiento de los TCA, siendo en muchas ocasiones un factor precipitante de los mismos, fomentando en personas vulnerables la preocupación por el cuerpo y la alimentación. En personas con TCA, pueden dificultar la toma de conciencia de enfermedad, normalizando conductas poco saludables y manteniendo las creencias negativas acerca de uno mismo mediante la comparación constante con otras personas.

Como padres o educadores se debe de tener muy presente el papel que ejercen las redes sociales en el comportamiento de los hijos/as, influenciando de manera directa o indirecta en su forma de pensar, sentir y actuar. Los llamados “influencers” en redes sociales son los modelos de comportamiento que los hijos/as tienen en redes sociales y que consecuentemente van a ejercer una influencia en la vida de ellos, sus hábitos y creencias. Es necesario hablar abiertamente con los adolescentes sobre redes sociales, las repercusiones y afectaciones que pueden tener para la salud, interesarse por los contenidos que consumen

para poder identificar si resulta perjudicial para ellos y fomentar una visión crítica de la información que reciben.

Por tanto, se plantea la siguiente pregunta de investigación.

¿Cuál es la eficacia de la intervención psicoeducativa en la prevención de posibles trastornos alimenticios entre personas adolescentes que asisten al Centro Educativo Bajo Los Murillo de la Dirección de Educación de Puriscal Circuito 02 durante el I trimestre del año 2024?

1.2. Objetivos

Objetivo general

- ✓ Analizar la eficacia de la intervención psicoeducativa en la prevención de posibles trastornos alimenticios entre personas adolescentes que asisten al Centro Educativo Bajo Los Murillo de la Dirección de Educación de Puriscal Circuito 02 durante el I trimestre del año 2024.

Objetivos específicos

- ✓ Identificar las posibles estrategias de intervención psicoeducativas en la prevención de conductas de riesgo asociadas con trastornos alimenticios en las personas adolescentes del Centro Educativo Bajo Los Murillo.
- ✓ Determinar la eficacia las posibles estrategias de intervención psicoeducativas en la mejora del autoestima e imagen corporal de las personas adolescentes participantes del Centro Educativo Bajo Los Murillo.
- ✓ Reconocer factores individuales, familiares y sociales que incidan en la efectividad de las posibles estrategias de intervención psicoeducativas en la prevención de conductas de riesgo asociadas con trastornos alimenticios de las personas adolescentes participantes del Centro Educativo Bajo Los Murillo.
- ✓ Diseñar un programa para la prevención de conductas de riesgo asociadas con trastornos alimenticios de las personas adolescentes del Centro Educativo Bajo Los Murillo.

1.3. Justificación

Ya que, en gran parte de esta sociedad, principalmente en los jóvenes, han incrementado de manera exorbitante los índices de los trastornos alimenticios, es necesario que se revise el conocimiento de los alumnos de estos problemas para tomar una postura preventiva; intentar disminuir la gran cantidad de personas que caen en estos padecimientos o crear una cultura centrada en la prevención de los trastornos alimenticios, pero no en su curación. Esta investigación es necesaria para que la tendencia al perfeccionismo, la baja autoestima, el vivir según lo que las personas esperan de uno, etc. le permita dar importancia al aspecto físico y buscar el cuerpo perfecto según lo que imponga la sociedad para demostrar a las personas lo que pueden hacer. Aparte se unirán a estas características individuales síntomas como el temor a ganar peso, la distorsión de su imagen corporal y una negativa a perder su figura que irá acompañada de una alteración en el estado del ánimo de estas personas. La Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS) emitió una alerta respecto al aumento de la incidencia de Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) que se ha presentado en la población adolescente en los últimos meses.

Según los datos de la Clínica de Adolescentes del Hospital Nacional de Niños, en los tres meses y medio que van del 1 de setiembre de 2022 al 16 de enero anterior se registraron 33 pacientes nuevos con este tipo de trastornos, mientras que en el mismo periodo en el servicio de Pediatría se valoraron 73 pacientes con TCA entre nuevos y subsecuentes, con la anorexia y la anorexia nerviosa atípica como los diagnósticos más frecuentes.

La Caja señaló que los TCA son conjunto de alteraciones graves relacionadas con la ingesta de alimentos, cuyo origen podría deberse a múltiples factores pero que básicamente se basan en la restricción prolongada de comida, atracones, obsesión por el peso y la imagen corporal, así como pérdida de peso que se asocia, fundamentalmente, a determinados factores de tipo biológico-genéticos de vulnerabilidad, características psicológicas, aspectos socioculturales y estresores.

Los trastornos más frecuentes son la anorexia nerviosa y la bulimia y las personas que los padecen muestran una preocupación excesiva por no engordar, *"a pesar de que su peso sea normal o muy por debajo de lo normal"*.

Según la doctora Ana María Moreno Restrepo, pediatra de la clínica, este es un problema de salud mental que aparece con más frecuencia en la adolescencia "por la mayor vulnerabilidad de las personas en esta etapa de la vida" y la incidencia es mayor en mujeres, sobre todo a partir de los 13 años.

"Este fenómeno constituye un problema de salud mental que puede poner en peligro la vida de quien lo sufre, por lo que requiere de apoyo y tratamiento con manejo adecuado e individualizado y es importante prevenir en población más joven".

Para Moreno, si bien preocupa el repunte de casos en nuestro país, *"inquieta aún más la desinformación que tiene la población sobre esta condición, en virtud de que, muchas personas consideran que el origen de estos desórdenes alimenticios responde a necesidades estéticas por 'vanidad' o 'para llamar la atención', siendo estos trastornos la primera causa de mortalidad por condiciones de origen mental, en la actualidad".*

Si se observa más a los adolescentes y jóvenes se podrá ver que el trastorno que tiene una mayor incidencia es la anorexia ya que es la tercera enfermedad más frecuente tras el asma y la obesidad. Lo preocupante de estas enfermedades es que son trastornos mentales que pueden llegar a tener consecuencias tan severas como la muerte, por lo tanto, este tipo de conceptos irán transmitiéndose cada vez a generaciones de temprana edad, por lo que es necesario conocer acerca de estos trastornos para evitarlo. Como los principales beneficios de esta investigación son los de difundir los trastornos alimenticios para evitarlos, se generará la ambición de saber más del trastorno en el que tenían menos información y al poseer la información se evitará en un gran porcentaje que la sufran.

1.4. Antecedentes

Los trastornos de conducta alimentaria son enfermedades graves que afectan tanto la salud física como la mental. Estas afecciones incluyen problemas en la forma de pensar sobre la comida, la alimentación, el peso y la figura, así como en los comportamientos alimentarios. Estos síntomas pueden afectar la salud, emociones y capacidad para desenvolverse en ámbitos importantes de la vida.

Antecedentes Nacionales

Como parte de los antecedentes nacionales María José Morales, 2019 realizó un estudio sobre la anorexia nerviosa que es la patología psiquiátrica que presenta los mayores índices de mortalidad. Esta 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 con una dieta restrictiva.

La prevalencia de la anorexia nerviosa en adultos es de un 0.6% y esta ha ido en aumento en la población adolescente. La edad pico de presentación de esta es a los 18 años, sin embargo, se presenta cada vez en edades más jóvenes. La incidencia de adolescentes mujeres es de 0.3 a 2.6%.

Por tanto, frente al aumento creciente en la incidencia y la alta morbimortalidad del trastorno, los educadores deberían prepararse para poder identificar cualquier señal o indicio de anorexia en las instituciones.

La anorexia nerviosa se caracteriza por una sobreestimación del volumen y forma del cuerpo, que conlleva a una búsqueda de la delgadez mediante dietas rígidas. Esta se presenta en 0.6% de la población mundial, siendo las mujeres adolescentes quienes más la padecen y ocurriendo en pacientes cada vez más jóvenes. Con respecto a los criterios diagnósticos, actualmente no se cuenta con rubros o guías específicas para la población pediátrica, lo que dificulta su valoración. En cuanto al tratamiento, se recomienda la realimentación progresiva alcanzar el peso esperado para el sexo y edad del paciente, en conjunto con terapia psicológica individual y familiar. Se concluye que es fundamental para el abordaje de la anorexia nerviosa ampliar la investigación para asegurar que las particularidades de esta en la población pediátrica, en su diagnóstico, tratamiento y prevención, sean contempladas.

Asimismo, se insiste en la necesidad del trabajo interdisciplinario para lograr una recuperación integral (Morales, 2019)

Como parte de los antecedentes nacionales Cubero 2018 indicó sobre este estudio que “es positivo que se haya escuchado hablar de los TCA, pero, aunque los prejuicios son moderados es importante tomar acciones pertinentes en este momento. Además, casi una de cada cinco personas indicó conocer a alguien que tiene TCA actualmente, esto corrobora la presencia de los trastornos en el país. Este tema no se analiza lo suficiente, por lo que es necesario crear sensibilización para que se aporte en las soluciones, se facilite el tratamiento de las personas que los padecen y se minimicen los prejuicios”.

El 98 % de los participantes coincidió en que es necesaria la intervención de profesionales para ayudar en el tratamiento. Al respecto, Cubero señaló que “el Gobierno no tiene un programa puntual para atacar este problema. Si aparece algún caso, la Casa de la Gente Adolescente y la sección de Nutrición de la CCSS lo atienden, pero de otra forma: solo por medios privados, lo que pone muchas trabas al tratamiento y prevención”.

Según datos compartidos por la Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS), en el año 2019 se registraron 958 casos entre jóvenes de los 15 a los 19 años, en 2020 la suma total fue de 1.158 y de enero a noviembre del 2021 ya se contabilizaban un total de 1.751 casos en el mismo rango de edad. (Delfino, 2021)

La nutricionista, también con un Máster en Trastornos de Conducta Alimentaria y Obesidad, Paula Díaz complementa diciendo lo siguiente: “Son enfermedades mentales con la mayor mortalidad estadísticamente hablando y que pueden poner en riesgo la vida de las personas independientemente del peso que tengan”. (Díaz, 2021)

Ahora bien, ¿Sabe usted realmente que es un Trastorno de conducta alimentaria (TCA) y los peligros que representa tener esta enfermedad? ¿Cómo identificar si una persona cercana puede estar pasando por una situación de estas? ¿Qué hacer para ayudarlo? En Costa Rica, también existe una marcada desinformación sobre este tema.

Incluso, en la Encuesta Actualidades realizada por Universidad de Costa Rica (UCR) en el 2017, se registró que el 46,1% de las personas afirmaron estar de acuerdo con el enunciado de que “los desórdenes alimenticios son por pura vanidad” y así mismo el 38,3% consideró verdadero que “quien tiene un desorden alimenticio es para llamar la atención”.

Por eso, en estas líneas se explican cuatro especialistas, con una explicación exhaustiva, donde se detalla la realidad actual de esta enfermedad en el país y cómo los jóvenes muchas veces son víctimas de ella.

La nutricionista Marianela Ibarra, con un Máster en Trastornos de Conducta Alimentaria y Obesidad lo define como “enfermedades de índole emocional o psicológico cuyos síntomas recaen en términos de relación con la comida de las personas y con temas de imagen corporal.”

Silvina Gimpelewicz, directora de la Asociación de Desórdenes de la Conducta Alimentaria de Costa Rica, concuerda con esto y agrega “la comida es un reflejo, pero su origen están en problemas sociales, culturales o familiares que las persona pueda tener”.

Según la quinta edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (DSM-5), existen varios tipos de TCA, los tres más comunes que suelen presentar las personas son la anorexia, la bulimia y el trastorno por atracón. Sin embargo, también existe la presencia de otros como la rumiación, pica y la restricción de la ingestión de alimentos.

En síntesis, frente a la creciente incidencia de la anorexia nerviosa en la población pediátrica es necesario en primer lugar, valorar la elaboración de protocolos o especificaciones que se adapten a esta población. Esto para conseguir diagnósticos diferenciales que consideren las particularidades del trastorno en niños y niñas, así como adolescentes, con el fin de poder realizar un abordaje a término y en las mejores condiciones.

En segundo lugar, parece fundamental ampliar la investigación, bibliográfica y de casos, para tomar medidas en políticas públicas enfocadas en la prevención del trastorno en la población pediátrica, identificando factores de riesgo y de protección.

En la recuperación de pacientes, el abordaje interdisciplinario y en conjunto con otras disciplinas, es fundamental recalcar en la recuperación de los pacientes y disminuir las consecuencias negativas y las complicaciones que pueda traer. (Morales.2019)

Antecedentes internacionales

En cuanto a las formas de presentación clínica, se describen en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM), que es el más ampliamente usado y cuya última clasificación se publicó en 2013 con la denominación de DSM-5. En la clasificación DSM-5, los trastornos de la conducta alimentaria mejor caracterizados son la anorexia nerviosa (AN), la bulimia nerviosa (BN) y el trastorno por atracón (TA), considerados como los tres trastornos de la conducta alimentaria típicos. Otras formas “atípicas” de trastornos de la conducta alimentaria son los trastornos de la conducta alimentaria “especificados”, caracterizados por la presentación de un cuadro clínico que cursa con angustia o deterioro en la vida social pero no cumple con los criterios completos de los trastornos de la conducta alimentaria típicos. Estos serían la AN, la BN y el TA atípicos, las purgas y el síndrome de alimentación nocturna. Finalmente se describe una categoría residual, calificada como trastornos de la conducta alimentaria “no especificados”, que incluye todos los demás trastornos no incluidos en las demás categorías de trastornos de la conducta alimentaria. (DSM-5, 2013)

Según Diaz Viru Cecilia 2013, en su tesis, Riesgo de trastornos de conductas alimentarias en dos instituciones educativas de los olivos –. Los trastornos de conducta alimentaria afectan a nuestra sociedad desde siglos anteriores, en especial a los adolescentes, como la anorexia y la bulimia, un problema de salud emergente que afecta mucho a la sociedad. Con este estudio se determina las diferencias existentes en el riesgo de presentar trastornos de conducta alimentaria en los adolescentes.

Aunque la evidencia preliminar basada en la propuesta del (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-5 muestra una mayor proporción de personas que sufren anorexia nerviosa y bulimia nerviosa respecto al total de la población en estudio (Behar y Arancibia, 2014), conviene señalar la nueva incorporación del trastorno por atracón como TCA específico, lo que para Hidalgo y Rodríguez (2013) “supone adecuar los comportamientos de ingesta impulsiva a la realidad clínica y establecer la adecuada importancia clínica que presentan dichos comportamientos”. Según el manual, se diferencian de las personas con bulimia nerviosa en que no restringen su dieta entre los episodios de pérdida de control ((Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-5, 2014). También aparecen en la clasificación el trastorno evitativo/restrictivo de la ingesta

alimentaria (observado especialmente en niños), la pica (ingestión persistente de sustancias no nutritivas y no alimentarias), la rumiación, el trastorno purgativo y el síndrome del comer nocturno ((Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-5, 2014)

Según el estudio de los investigadores Victoria Arijá-Val, María José Santi-Cano, José Pedro Novalbos-Ruiz, Josefa Canals, Amelia Rodríguez-Martín, 2022, “caracterización, epidemiología y tendencias de los trastornos de la conducta alimentaria” Actualmente se sabe que los TCA se distribuyen de forma global en los distintos países y que afectan a todas las etnias, culturas y grupos socioeconómicos. No obstante, se dispone de pocos datos referidos a Asia, Latinoamérica y África. En estos países, por lo general, solo se estudia la prevalencia en la población considerada de alto riesgo: la de las mujeres jóvenes. En China se observan unas tasas de prevalencia de la AN, BN y TA del 1.05 %, 2.98 % y 3.58 %, respectivamente. En África, las cifras se sitúan en < 0,1 % para la AN, un 0,87 % para la BN y un 4,45 % para el TA. En Latinoamérica, las prevalencias de AN, BN y TA son del 0,1 %, 1,16 % y 3,53 %, respectivamente. No obstante, la calidad de estos datos está cuestionada por la incierta validez del diagnóstico ya que, por ejemplo, la cifra media del índice de masa corporal (IMC) en el sur de Asia está entre las más bajas, con casi una cuarta parte de la población clasificada como desnutrida ($IMC < 18,5 \text{ kg/m}^2$). Por otra parte, los criterios diagnósticos del DSM-5 son sensibles a las cuestiones transculturales. Así, en África y Latinoamérica, la prevalencia de la AN es muy baja, aunque las prevalencias de la BN y el TA sí adquieren más importancia.

Según la investigadora Dra. Teia Plana Especialista en Psiquiatría y Psiquiatría Infanto-juvenil. 2023 en una entrevista realizada por la clínica de Barcelona indica que Los TCA son multicausales. No hay una causa única que haga que alguien desarrolle la enfermedad. Dentro de esta multicausalidad, hay factores individuales y factores ambientales. Entre los individuales, encontramos el género, que liga la parte más genética y hormonal. Se ha comprobado que los estrógenos pueden favorecer los riesgos de tener un trastorno de este tipo. Por otro lado, en los ambientales, encontramos que las mujeres reciben una presión social más elevada en relación con su físico. Además, los cambios corporales que experimentan en la adolescencia son a menudo más fuertes y rápidos que los de los chicos, cosa que hace que se puedan preocupar más y, como consecuencia, favorecer la aparición de un TCA.

1.5. Proyecciones

- ✓ Se espera la sensibilización a la comunidad educativa del Centro Educativo Bajo Los Murillo con respecto a la prevención de los trastornos alimenticios en personas adolescentes.
- ✓ Se espera consignar un programa preventivo en la prevención de conductas de riesgo asociadas con trastornos alimenticios.
- ✓ Se pretende disminuir los casos de trastornos de conducta alimenticia en el cantón de Puriscal, brindando asesoramiento como docente y personal de salud a las personas con riesgo.
- ✓ Se aspira a prevenir riesgos que sean relacionados a desencadenar trastornos de conducta alimentarios.

1.6. Limitaciones

Una de las principales limitaciones es, la cantidad de responsabilidades que conlleva mi rol como investigadora, docente y madre de familia.

La dificultad para lograr la atención e interés por parte de las personas participantes.

Sesgo de información ya que los participantes no proporcionan información precisa o completa.

Factores externos no controlados.

Limitaciones de acceso ya que el estudio depende de tener acceso a personas, datos y no siempre se cuenta con el tiempo necesario o adecuado para todas los participantes.

CAPÍTULO II:
MARCO TEÓRICO

Capítulo II: Marco teórico

Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) son enfermedades muy serias que se inician en la adolescencia y en general han aumentado en los países en desarrollo. Actualmente, diversos factores obstaculizan su prevención, pesquisa y tratamiento en el país, siendo uno importante la escasez de capacitación de los profesionales de salud en este tema emergente. El objetivo de este artículo es contribuir al conocimiento que poseen los pediatras sobre los TCA en la adolescencia, mediante una revisión actualizada de la literatura en el tema. En esta publicación se abordan la principal clasificación internacional de los TCA en uso en la literatura científica actual y la epidemiología, etiología, el impacto en la salud integral, la presentación clínica y el tratamiento de los TCA más frecuentes en la adolescencia. (Verónica Gaete P. Carolina López C revista chilena de pediatría, 2020)

Tipos de trastornos de la conducta alimentaria

Las principales clasificaciones internacionales de los TCA corresponden al DSM-5 y la OMS (2022) Undécima Edición de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades (CIE-11). La primera, que es la más empleada en la literatura científica sobre el tema, los denomina Trastornos Alimentarios y de la Ingestión de Alimentos e incluye: pica, trastorno de rumiación, trastorno de evitación, anorexia nerviosa (AN), bulimia nerviosa (BN), trastorno por atracón, trastornos alimentarios de la ingestión de alimentos no especificados.

Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) son enfermedades psiquiátricas complejas, multicausadas, que afectan principalmente a adolescentes y mujeres jóvenes. Estos son trastornos relacionados con la autopercepción y la distorsión de la imagen corporal. Los más frecuentes son la anorexia y la bulimia. Estos trastornos comparten síntomas similares como la preocupación excesiva por la comida, peso, figura corporal y el uso de medidas no saludables para controlar o reducirlo.

La anorexia nerviosa, llamada «anorexia», es un trastorno de la alimentación con el peso corporal anormalmente bajo, el temor intenso a aumentar de peso y la percepción distorsionada del peso. Para las personas con anorexia, es muy importante controlar su peso y su figura corporal, y hacen todo tipo de sacrificios que suelen interferir en su vida de forma significativa.

Para evitar aumentar de peso o para seguir adelgazando, las personas anoréxicas suelen restringir demasiado la cantidad de comida que consumen. Para controlar el consumo de calorías, pueden vomitar después de comer o usar de modo indebido laxantes, suplementos dietéticos, diuréticos o enemas. Además, para intentar bajar de peso, pueden ejercitarse en exceso. Sin importar cuánto baje de peso, la persona sigue sintiendo temor a aumentar de peso.

En realidad, la anorexia no se trata de la comida. Es una manera extremadamente poco saludable y, en ocasiones, mortal de intentar afrontar los problemas emocionales. Cuando tienes anorexia, lo que haces con frecuencia es equiparar la delgadez con la autoestima.

La anorexia, al igual que otros trastornos de la alimentación, puede tomar el control de tu vida y volverse muy difícil de sobrellevar. Pero con tratamiento, puedes lograr una mejor percepción de quién eres, volver a tener hábitos de alimentación más saludables y revertir algunas de las complicaciones graves que causa la anorexia. (Mayo Clinic, 2018)

Bulimia Nerviosa: La bulimia, también llamada bulimia nerviosa, es un trastorno alimentario grave, que a veces pone en riesgo la vida. La bulimia incluye episodios de atracones, comúnmente seguidos de episodios de purgas. A veces, la bulimia también incluye comer de manera muy limitada durante un tiempo. Esto a menudo lleva a impulsos más fuertes de atracones y posteriores purgas.

Se carece de una comprensión clara y completa de la causa de los TCA. La investigación a la fecha ha evidenciado diversos factores biológicos, psicológicos, conductuales y socioambientales que interactuarían de manera compleja, contribuyendo a su aparición y mantención.

Dentro de los biológicos se encuentran algunos genéticos, fisiológicos y neurobiológicos. Se ha demostrado una fuerte contribución genética en AN y BN, sin haberse identificado aún las variantes genéticas asociadas. La pubertad y la malnutrición por exceso constituyen ejemplos de factores fisiológicos asociados al desarrollo de TCA, y la desregulación en los sistemas dopaminérgico y serotoninérgico, más las alteraciones en los circuitos neurales relacionados con la recompensa y el autocontrol, ejemplos de factores neurobiológicos relacionados con estas enfermedades. Los últimos años se ha comenzado a estudiar el rol que podría tener el microbiota intestinal en la etiopatogenia y curso de los

TCA, debido a su influencia en diversos factores relevantes en estos trastornos, como la adiposidad, el metabolismo, el peso y algunos síntomas psicológicos (por ej., ansiedad), con hallazgos interesantes, pero aún preliminares.

Respecto de los factores psicológicos, se han identificado una amplia gama como predictores del inicio y mantención de los TCA, tanto temperamentales y de personalidad, como cognitivos, conductuales y emocionales. Ejemplos de ellos son el perfeccionismo, la urgencia negativa (reacción precipitada ante la angustia), la autoestima baja, el afecto negativo (depresión, ansiedad y/o culpa), el deterioro en el funcionamiento interpersonal, la insatisfacción corporal, y la preocupación excesiva por la alimentación, el peso y la figura.

Así también, algunas conductas alimentarias se asocian al riesgo de desarrollar un TCA, como el hacer dieta, factor relevante como precipitante de TCA, en especial si se trata de dietas severas.

En cuanto a los factores de riesgo socioambientales, existe una variedad de ellos, tanto de índole proximal como distal, que jugaría un rol en el inicio y la mantención de los TCA. Ejemplos de los primeros son los comentarios críticos sobre la apariencia y la alimentación por parte de los padres, y los conflictos familiares no resueltos. Dentro de los segundos se encuentran, entre otros, el haber sido objeto de burlas (de diverso tipo, incluyendo aquellas por el peso y la figura), además de la presión percibida para ser delgado (para lograr el “ideal delgado”, es decir, un cuerpo flaco con poca grasa corporal), la internalización de este “ideal delgado” y las expectativas positivas asociadas a la delgadez propias de las culturas occidentalizadas, que aumentan el riesgo de patología alimentaria especialmente en mujeres adolescentes y adultas jóvenes.

Síntomas físicos

Los signos y síntomas físicos de la anorexia pueden ser los siguientes:

- Pérdida de peso excesiva, o no lograr el aumento de peso previsto para el desarrollo
- Aspecto delgado
- Recuento de células sanguíneas anormal
- Fatiga
- Insomnio

- Mareos o desmayos
- Pigmentación azulada en los dedos de la mano
- Cabello fino o quebradizo, o pérdida de cabello
- Vello suave como pelusa que cubre el cuerpo
- Ausencia de menstruación
- Estreñimiento y dolor abdominal
- Piel seca o amarillenta
- Intolerancia al frío
- Ritmo cardíaco irregular
- Presión arterial baja
- Deshidratación
- Hinchazón de los brazos o las piernas
- Erosión dental y callosidades en los nudillos por la provocación de vómitos

Algunas personas con anorexia tienen episodios de atracones y purgas, similar a lo que les ocurre a las que tienen bulimia. Las personas con anorexia suelen luchar contra un peso corporal anormalmente bajo, mientras que las que padecen bulimia suelen tener un peso normal o superior.

Síntomas emocionales y conductuales

Los síntomas conductuales de la anorexia pueden incluir intentos de bajar de peso de las siguientes maneras:

- Restringir estrictamente la ingesta de alimentos mediante las dietas o el ayuno
- Hacer ejercicios de forma excesiva
- Darse atracones y provocarse vómitos para eliminar los alimentos, lo que puede incluir el uso de laxantes, enemas, suplementos dietarios o productos herbarios

Estos son algunos de los signos y síntomas emocionales y conductuales:

- Preocupación por los alimentos, que a veces incluye cocinar comidas elaboradas para los demás, pero no comerlas
- Saltar comidas o rehusarse a comer con frecuencia
- Negar el hambre o poner excusas para no comer

- Comer solo unos pocos alimentos «seguros», por lo general, con bajo contenido de grasas y calorías

- Adoptar rituales rígidos para las comidas o la alimentación, por ejemplo, escupir la comida después de masticarla

- No querer comer en público

- Mentir sobre la cantidad de comida que se ingirió

- Sentir temor a aumentar de peso, que puede incluir pesarse o medirse el cuerpo repetidas veces

- Mirarse con frecuencia al espejo para ver los defectos que se perciben

- Quejarse por estar gordo o tener partes del cuerpo que son gordas

- Cubrirse con capas de ropa

- Estado de ánimo indiferente (falta de emociones)

- Retraimiento social

- Irritabilidad

- Insomnio

- Disminución del interés en las relaciones sexuales

Los trastornos de la conducta alimentaria muchas veces se acompañan de complicaciones médicas, así como psicológicas que potencialmente pueden dejar secuelas irreversibles para el desarrollo del adolescente. Para evitar que se haga crónico dicho trastorno, se recomienda un tratamiento temprano lo cual requiere de un diagnóstico y atención oportunos y un equipo especializado.

Este equipo requiere ser interdisciplinario de profesionales con experiencia en trastornos de la conducta alimentaria y en adolescencia, para abarcar las facetas del trastorno, las particularidades y desafíos de su aparición durante la adolescencia.

2.1. Definición trastornos alimenticios en adolescentes

Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) son enfermedades de salud mental complejas, multicausadas, que afectan principalmente a adolescentes y mujeres jóvenes.

Los trastornos de la conducta alimentaria representan la tercera enfermedad crónica más común entre las jóvenes. Si bien es un trastorno cuya aparición es más común entre las mujeres, también los varones se ven afectados.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha ubicado a los trastornos de la conducta alimentaria entre las enfermedades mentales de prioridad para los niños y adolescentes dado el riesgo para la salud que implican. El diagnóstico más frecuente entre adolescentes es el Trastorno Alimentario No Especificado (TANE), seguido por el de Anorexia Nerviosa y, finalmente, el de Bulimia Nerviosa.

Estos trastornos abarcan factores psicológicos, físicos, y elementos del medio ambiente en su etiología, desarrollo y mantenimiento y comparten síntomas similares tales como la insatisfacción con la imagen corporal o una influencia anormal de ésta en la valoración personal, preocupación persistente e interferente por la comida, peso, forma corporal y el uso de medidas no saludables para controlar o reducir el peso, las que derivan en un deterioro significativo del bienestar psicosocial y físico de quienes los sufren, muchas veces su curso es crónico, lo que conlleva consecuencias que pueden abarcar desde la morbilidad médica y psiquiátrica hasta la muerte, debido a complicaciones médicas y suicidio. Su pronóstico mejora notablemente cuando el diagnóstico es realizado dentro de los tres primeros años de la enfermedad, por lo que el diagnóstico precoz es fundamental para mejorar su pronóstico y prevenir la cronicidad.

De acuerdo con las clasificaciones internacionales de trastornos de salud mental, existen tres grandes categorías de TCA: Anorexia Nerviosa (AN), Bulimia Nerviosa (BN) y Trastornos de la conducta Alimentaria no especifica (TANE). Mientras que la Anorexia Nerviosa y Bulimia Nerviosa son las principales categorías diagnósticas con criterios de inclusión, curso y pronóstico, los TANE corresponden a una categoría residual, pero no menos importante, que incluye a la mayoría de los TCA que no cumplen los criterios para Anorexia Nerviosa y Bulimia Nerviosa, pero que provoca un deterioro funcional.

Una gran parte de las adolescentes que sufren estos trastornos no consulta directamente por ello, ya que la conciencia de enfermedad y motivación para el cambio son escasas, aunque la salud física y psicológica esté amenazada por la enfermedad. Las adolescentes, muchas veces son detectadas por sus padres y profesores, siendo forzosamente llevadas a consultar. En estos casos, las consultas se hacen a médicos generales, nutricionistas

o nutriólogos o, en gran parte, a médicos que pueden atender a los problemas asociados a los TCA (por ejemplo, problemas ginecológicos como ausencia de menstruaciones, dentales como erosiones del esmalte, etc.). Este hecho remarca la importancia de que los médicos no especialistas en el tema posean las herramientas necesarias que les permitan sospechar el diagnóstico y actuar oportunamente para conseguir una derivación exitosa a un equipo especializado de profesionales.

A pesar del interés clínico y de investigación por estos trastornos y las graves consecuencias que conllevan, hasta el momento los resultados de tratamiento son de moderada significancia o insatisfactorios. Las pacientes más jóvenes con Anorexia Nerviosa tienen la mejor tasa de recuperación (entre 50 y 70%), mientras que, en general, las tasas de recuperación del resto de los trastornos de la conducta alimentaria apenas llegan al 50%. Los tratamientos basados en evidencia para los adolescentes también son escasos.

2.2. Contexto de trastornos alimenticios en adolescentes.

Actualmente, hay la mayor ocurrencia de enfermedades biopsicosocial ósea que plantea factores biológicos, psicológicos y sociales, en especial de los trastornos alimentarios, que involucran diferentes sistemas del cuerpo y aspectos inherentes a la persona y sus relaciones sociales.

Entre los factores que aumentan el riesgo para la aparición de los trastornos alimentarios en la adolescencia se encuentran: la genética, los cambios corporales en la pubertad, la vulnerabilidad de los adolescentes a los ideales de delgadez, la presión social por ser delgada, la insatisfacción con la imagen corporal, la dieta restrictiva, la depresión y la baja autoestima. Se sugiere que en las diferentes culturas los trastornos del comportamiento alimentario pueden venir de condiciones no relacionadas con conductas compensatorias o con el peso, pero con la forma del cuerpo o parte de lo mismo.

La genética

Se han identificado diferentes genes y se han desarrollado hipótesis para explicar su influencia en los TCA mediante la interacción de los cambios del componente genético con las variables ambientales y su influencia mediada por variables psicológicas y por la pubertad. Pero, aun así, es necesario aclarar los mecanismos por los que suceden la contribución genética en este complejo proceso.

En la adolescencia, las variaciones genéticas son responsables del 85 % de los factores de riesgo de síntomas de TCA y de preocupación con el peso y la forma del cuerpo, indicando que estos factores tienen una importancia mucho mayor en la determinación de la etiología de los TCA que los ambientales. La evidencia sugiere que el tipo de riesgo genético para los atracones puede estar mediado por el género y las estimaciones de heredabilidad de los síntomas de TCA son compartidos en una pequeña proporción por ambos géneros. (Lobera, 2013)

Los estudios con gemelos sugieren que la magnitud de los efectos genéticos y ambientales en los síntomas de TCA varía significativamente en las distintas edades siguiendo una trayectoria similar a la influencia de estos efectos durante la maduración sexual. Otros estudios destacan que los efectos genéticos sobre los síntomas de TCA muestran un aumento significativo en la estimación de la heredabilidad, sin que haya influencia genética antes de la pubertad, pero con niveles importantes en la pubertad y después de la pubertad. Se sugiere que con la activación de las hormonas ováricas (estradiol, sobre todo) en el inicio de la pubertad, también se registra un aumento de los factores genéticos. Algunos investigadores sugieren Ignacio Jáuregui Lobera. Trastornos de la Conducta Alimentaria 18 (2013) 1968-1980 1971 que las motivaciones para la pérdida de peso son más significativas en niñas homocigotas para el polimorfismo en el gen transportador de la serotonina asociado con una mayor actividad de la monoamino oxidasa plaquetaria. Por otra parte, no se ha detectado ninguna interacción significativa entre la dieta restrictiva, la impulsividad y los genes de la serotonina para el atracón.

Los cambios corporales en la pubertad

El inicio de la pubertad se produce por la liberación de hormonas a través del eje hipotálamo-hipófisogonadal, caracterizándose esta fase por el desarrollo y la maduración de los caracteres sexuales secundarios en los adolescentes, así como por el crecimiento lineal acelerado, la dinámica de aumento de peso y el desarrollo de la identidad (el deseo de aprender y desarrollarse) del adolescente.

Es destacable la acción de las hormonas esteroideas en la psicología de las conductas alimentarias y en la ansiedad, así como en la alteración organizacional de los rasgos psicológicos y comportamentales y en los cambios físicos, como el aumento de la cantidad de grasa corporal en las niñas. Esta nueva estructura corporal en las niñas se opone a lo establecido como un ideal de belleza para las mujeres, exponiéndolas a la presión por ser delgada en sus relaciones interpersonales, lo que contribuye a una menor satisfacción con la imagen corporal.

Otro evento importante es la pubertad temprana, que pone al individuo en riesgo de sufrir síntomas de TCA, ansiedad, actuar impulsivamente en respuesta a un sufrimiento, preocupación por el control o la pérdida del peso, lo que sugiere que los mecanismos físicos y psicosociales sufren la madurez sexual a temprana edad.

Es importante destacar que existe una fuerte evidencia de que la aparición de la obesidad infantil en niñas precede a la pubertad precoz, diferencialmente en los niños, el IMC alto está asociado con una madurez tardía. Rosenfield encontró que las niñas que tienen sobrepeso, en comparación con aquellas con un IMC adecuado, tuvieron una prevalencia de madurez sexual a temprana edad y aparición de la menarquia a una edad más precoz. (Rosenfield RL., 2009).

Además, estas niñas están expuestas a una condición que les exige una madurez también anticipada de su identidad, lo que podría conducir a un conflicto y contribuir a una mayor insatisfacción y una imagen corporal pobre, con los consiguientes comportamientos alimentarios inapropiados y la posible aparición de los trastornos de la conducta alimentaria.

El sobrepeso y la obesidad

La obesidad es un importante problema de salud en la infancia y la adolescencia, especialmente en los países desarrollados, sin embargo, no excluye a aquellos en vías de desarrollo. En el mundo contemporáneo en el que vivimos en un ambiente que promueve el desarrollo de la obesidad, caracterizado por muchos factores, tales como el fácil acceso a los alimentos de bajo costo, altos en calorías y agradables al paladar, la presión de los medios de comunicación mediante la imposición de una imagen corporal ideal, y, por otro lado, el consumo de alimentos poco saludables.

Las presiones socioculturales por tener un cuerpo "ideal" promueven una mayor valoración de la apariencia, pudiendo generar en el adolescente, sobre todo obesidad, una mayor insatisfacción corporal y como consecuencia de comportamientos alimentarios gravemente negativos.

Es importante destacar que, mientras que el sobrepeso y la obesidad suelen ser más frecuentes entre los chicos en comparación con las chicas, la insatisfacción con la imagen corporal, el comportamiento alimentario no saludable y los trastornos de la conducta alimentaria son más frecuentes entre las niñas. Además, los niños con bajo peso parecen estar más preocupados con el tono muscular, mientras que la imagen corporal negativa en las niñas aumenta con el aumento en el índice de masa corporal.

La obesidad en la adolescencia es una condición de alto riesgo de desarrollo de los trastornos de la conducta alimentaria, actitudes y comportamientos alimentarios inadecuados para la pérdida de peso, insatisfacción con la imagen corporal, ser víctima de "críticas/burlas" por la familia y/o sus compañeros, ansiedad, depresión y, aún más preocupante, es la posibilidad de que los adolescentes experimenten al mismo tiempo varios problemas relacionados con el peso, una condición que puede perpetuar la alteración.

En un estudio longitudinal se encontró que el 40% de las niñas y el 20% de los niños con sobrepeso, estaban involucrados en por lo menos un comportamiento alimentario alterado y respectivamente, un 13,4% y un 4,7% tenían más de un comportamiento relacionado. Otra investigación sugiere que un índice de masa corporal alto, la presión sociocultural para reducir el peso, y la comparación del cuerpo fueron factores de riesgo de realización de conductas de pérdida de peso.

Sin embargo, es importante destacar que el exceso de peso en la pre-pubertad puede conducir a la aparición temprana de la maduración sexual y en conjunto probablemente, contribuyen a la aparición de la Bulimia Nerviosa e insatisfacción con la imagen corporal. No estar satisfecho con el cuerpo predice el uso de estrategias extremas para controlar o favorecer la pérdida ponderal, lo que puede poner a los adolescentes en riesgo de aumento del peso y otros daños para su salud.

La presión social por ser delgado

La influencia del ciclo de las relaciones proximales, padres y amigos, pueden reforzar las presiones ejercidas sobre el adolescente conforme aprueban la imagen del cuerpo ideal determinado por los medios de comunicación, aumentando el riesgo de la persona de desarrollar problemas relacionados con la alimentación y las medidas y la figura del cuerpo, pero los resultados acerca de quién juega el papel principal en la determinación de estos problemas, son inconsistentes.

El investigador Mellor. Destaca la influencia de los padres sobre los hijos como el factor de riesgo más grande de insatisfacción con el cuerpo y de pérdida de peso entre adolescentes de ambos sexos, sugiriendo que la familia desarrolla un papel mucho más importante entre los adolescentes, que los amigos y los medios de comunicación. (M. L. Portela de Santana, H. da Costa Ribeiro Junior, M. Mora Giral y R. M.^a Raich 2008)

Teniendo en cuenta estos resultados contradictorios, Blodgett, Salafia y Gondoli resaltan la necesidad de evaluar la importancia del papel de las presiones socioculturales en la determinación de los TCA durante el proceso de transición a la adolescencia, debido a las características específicas de este período de la vida, marcada por inestabilidades. Los investigadores siguieron cuatro años a chicas de 10 años y 12 años y encontraron que, en la evaluación por separado, los padres y amigos influyen en la insatisfacción con la imagen corporal y los síntomas bulímicos, pero al examinar el papel de los padres y amigos juntos, los amigos tienen más influencia que los padres.

Además, los estudios han encontrado que los individuos que mantienen relaciones proximales del mismo sexo que el adolescente, son importantes en la determinación de la ocurrencia de atracones y del uso de estrategias tanto para la pérdida de peso como para

aumentar el tono muscular. También, el comportamiento de los padres con demasiado control sobre la alimentación de sus hijos, junto con la presión de los padres y amigos para que sean delgados, contribuyen al desarrollo de una imagen corporal negativa de uno mismo y las consecuentes conductas posteriores de riesgo para la salud.

Sin embargo, en relación con el tono muscular, los investigadores encontraron que los niños no se diferenciaron en el informe de presión por ser musculoso en las relaciones con sus madres, padres o amigos, no obstante, los chicos eran más presionados por sus parejas románticas para que fueran musculosos y tuvieron puntuaciones más altas que las chicas en el deseo y preocupación por la musculatura.

Otra cuestión importante en la determinación de la existencia de insatisfacción con la imagen corporal y TCA son las burlas de familiares y amigos sobre el peso. Se ha identificado un mayor riesgo de compulsión alimentaria, comportamientos inadecuados para controlar el peso⁷² y sobrepeso⁵⁴ entre los niños y de las dietas restrictivas, atracones y conductas extremas para pérdida de peso entre las niñas que han recibido provocaciones por su apariencia física, en comparación con sus compañeros.

También se sugiere que el comportamiento de los amigos puede influir en el nivel de satisfacción con la imagen corporal y comportamientos relacionados con la dieta, ya que estos aspectos se comparten dentro de la relación del grupo. Algunos estudios han observado que la realización de dietas por compañeros del grupo de referencia fue un factor de riesgo de comportamientos relacionados con los TCA en los sexos masculino y femenino.

2.3. Teoría de la Prevención de Trastornos Alimenticios

No hay nada que garantice la prevención de la anorexia nerviosa. Los médicos de cabecera (pediatras, médicos familiares e internistas) están en una buena posición para identificar indicadores tempranos de anorexia y evitar que se presente la enfermedad en estado avanzado. Por ejemplo, en las consultas médicas de rutina, pueden hacer preguntas acerca de los hábitos alimentarios y el grado de satisfacción con el aspecto.

Si notas que un familiar o amigo tiene baja autoestima, hace una dieta demasiado estricta y está insatisfecho con su aspecto, considera la posibilidad de hablar con él o ella

acerca de estos problemas. Aunque puede que no puedas evitar que manifiesten un trastorno de la alimentación, puedes hablarles de conductas más saludables u opciones de tratamiento.

2.3.1. Modelo teórico que respalde la prevención, enfocándose en enfoques psicoeducativos.

La intervención psicoeducativa es un proceso de acompañamiento del menor mediante técnicas y estrategias enfocadas a resolver un trastorno o problema.

Se utiliza en diversos casos: trastornos del espectro autista, discapacidades audiovisuales o auditivas, ansiedad, pánico, depresión, adicciones o anorexia, entre otros. Este tipo de intervención también involucra a los familiares y a los profesores del niño o niña para que entiendan el trastorno y puedan ayudarlos. Algunas de las características destacadas de este tipo de intervención son las siguientes:

1. Elaboración de diagnóstico. En este documento se establece cuál es el trastorno del niño o niña, qué efectos tiene y qué medidas se pueden tomar.

2. Tratamiento del trastorno. Se trata de un tipo de tratamiento que se aplica a todos los ámbitos de la vida del niño o niña tanto personales, como educativos o sociales.

3. Tipo de intervención. Puede tratarse de una intervención individual que solo se refiera al niño o niña o grupal, en la que se involucre a los familiares, personas del entorno del niño o niña y profesorado.

4. Objetivo. La intervención siempre debe tener marcado un objetivo para mejorar la calidad de vida del niño o niña en función de sus circunstancias específicas.

Modelo constructivista de asesoramiento. Es una categoría del modelo de asesoramiento, basado en un enfoque de la educación y del desarrollo esencialmente constructivista e interaccionista. Es un proyecto de generación de niveles cada vez más altos de abstracción y autonomía en los sujetos, tanto docentes como alumnos. Parte de las concepciones obrantes, en profesores y alumnos, sobre los procesos y modelos de enseñanza y aprendizaje. Favorece la significatividad de los aprendizajes y la relación interactiva entre sujeto y objeto de conocimiento.

Es fundamental destacar que no pensamos que la diferenciación entre Modelos sea de límites netos y precisos, sino que encontraremos “formas” o “figuras” mixtas, con componentes o dimensiones de unos y de otros de los Modelos de Intervención Psicoeducativa, denominados así en la bibliografía estudiada y citada (Bisquerra Alzina, 1998, Martínez Clares, 2002, Santana Vega, 2003). Pero existen predominios de recurrencias y convergencias, que resulta relevante identificar y analizar para visibilizar lo que hay en juego. Además, es necesario subrayar que no existen “modelos buenos” ni “modelos malos”, que no tiene sentido imponerlos de un modo prescriptivo, sino aprender a identificarlos en las acciones cotidianas propias y ajenas, y en todo caso, situados en relación al llamado “giro contextualista” de las concepciones sobre aprendizaje y de las intervenciones psico-educativas, darnos y darles a los protagonistas y a los actores/agentes psico-educativos del futuro, la oportunidad de repensarlos, expandirlos, inventar alternativas. Es decir, situarlos en un contexto de historización y dinámica cambiante y estratégica de las instituciones educativas escolares, de sí mismos, y de la propia inserción y posicionamientos dentro de ellas. Y también es necesario destacar el hecho de que se ha necesitado hacer recontextualizaciones, en relación con la propia realidad social y educativa y el tiempo histórico, entrecruzando las categorías enunciadas en este y otros trabajos de la bibliografía de la asignatura, con las características de las personas, sus roles, sus posiciones en los sistemas de actividad escolares – que involucran posibilidades de enunciación y de visibilización relativas de lo que las rodea -, los contextos sociales, las interacciones, las condiciones para el trabajo colaborativo en la resolución conjunta de problemas, los niveles y las modalidades de escolarización, así como los tiempos vitales de los sujetos – psicólogos, docentes, alumnos - y las condiciones de subjetivación – y desubjetivación - propias de la época en que se vive.

Principio de prevención. Concepto proveniente del área de la salud mental, de la teoría de la crisis, de gran importancia en la educación, si se propone favorecer el desarrollo integral de la persona. Constituye el nivel proactivo de la intervención, que se anticipa a las situaciones que pueden obstaculizarlo, tratando de impedir que los problemas se presenten o estar preparados para lograr que los efectos sean menores.

Los centros educativos son lugares en los que por la afluencia de estudiantes se dan inevitablemente casos de anorexia, bulimia y otros trastornos de la conducta alimentaria. En

los centros educativos, chicos y chicas pasan gran parte del día, interaccionando con sus iguales y con el personal docente, y por este motivo son idóneos para poder trabajar la prevención de los trastornos de la conducta alimentaria directamente con la población en riesgo, es decir, los jóvenes, docentes y otros profesionales (psicólogos, docentes de educación física y personal de comedores) que allí se dan encuentro, están directamente en contacto con la población de riesgo y pueden actuar como elementos de detección de los casos donde empiezan a aparecer comportamientos potencialmente peligrosos.

Para poder llevar a cabo esta tarea, es recomendable que los profesionales de los centros educativos tengan nociones básicas sobre prevención de trastornos de la conducta alimentaria, comportamientos potencialmente peligrosos en la escuela (Saldaña, 2009) y sobre la forma más eficiente de prevenir trastornos de la conducta alimentaria.

Las señales en la escuela y en el aula, pueden hacernos sospechar de la presencia de comportamientos de riesgo son:

- Aumento o disminución del rendimiento escolar
 - Cambios de conducta como aislamiento social o irritabilidad
 - Comentarios o excesiva preocupación por el peso o la figura
 - Estado de ánimo bajo o sintomatología ansiosa
 - Excesiva rigidez y elevada autoexigencia
 - obsesión por el perfeccionismo.
 - disminución de peso drástica en poco tiempo.
 - Uso de ropa demasiado ancha o de abrigo.
 - Aumento de la actividad física, por ejemplo, a la hora del patio o en las actividades deportivas.
- Inicio de restricción alimentaria, por ejemplo, dejándose alimentos a la hora del comedor o pidiendo menos cantidad.
 - Comportamientos impulsivos (mentiras, absentismo escolar, robos, promiscuidad, etc.

En caso de detectar alguna pista sobre la posible existencia de un trastorno de la conducta alimentaria, es importante que se hable con el alumno y su familia para facilitar información sobre dónde dirigirse (centros de atención primaria o asociaciones de ayuda a los afectados y familias) para recibir ayuda lo antes posible.

El papel activo que deben tener los profesionales en los centros educativos no sólo se centra en mantener una actitud vigilante frente la aparición de este tipo de conductas. Los profesionales pueden velar por el correcto desarrollo psicoafectivo de los alumnos previniendo la aparición de estos comportamientos potencialmente peligrosos mediante herramientas que fomenten una buena salud mental y que permitan que los alumnos desarrollen factores protectores como una autoestima positiva o una actitud crítica frente a los estereotipos de belleza que pueden influir los niños y adolescentes.

Para favorecer la creación de estas actitudes protectoras será importante que los profesionales promuevan los siguientes aspectos

- Promover los principales factores de protección frente los trastornos de la conducta alimentaria. Es decir, promover una autoestima saludable, una imagen corporal positiva, un estilo de vida saludable y sentido crítico hacia los medios de comunicación.
- Fomentar la autonomía dando responsabilidades y permitiendo que se aprenda de los propios errores, facilitando que la clase sea un entorno donde los alumnos se sientan seguros para expresar sentimientos y emociones, sin miedo a ser juzgados por el profesor o sus iguales.
- Facilitar la aparición de las habilidades sociales y el asertividad para el correcto desarrollo de los adolescentes mediante un clima abierto y tolerante en el aula.
- Permitir las diferencias individuales, dando ejemplo de que deben aceptarse las personas tal como son, con sus defectos y sus cualidades.
- Promover que los profesionales de los centros educativos reciban información veraz y contrastada científicamente sobre los trastornos de la conducta alimentaria, para favorecer una correcta detección.

En caso de detectar un caso de posible trastorno de la conducta alimentaria, hablar con la familia sin generar alarma, para no dejar pasar demasiado tiempo y promover que la persona y su familia se impliquen en la búsqueda de un posible diagnóstico y posterior tratamiento.

2.3.2. Importancia de la intervención temprana y la promoción de la salud mental.

Los estudiantes pueden tener diversos problemas que afecten a su estado de ánimo o a su desarrollo, por ejemplo: un proceso de duelo por la muerte de un familiar o un trastorno de alimentación, ansiedad o estrés. La intervención psicoeducativa actúa en estos casos para ayudar a los menores y a los padres y madres. En este post te contamos en qué consiste, qué estrategias se aplican y qué problemas se solucionan.

La intervención psicoeducativa es un proceso de acompañamiento del menor mediante técnicas y estrategias enfocadas a resolver un trastorno o problema. Se utiliza en diversos casos: trastornos del espectro autista, discapacidades audiovisuales o auditivas, ansiedad, pánico, depresión, adicciones o anorexia, entre otros. Este tipo de intervención también involucra a los familiares y a los profesores del niño o niña para que entiendan el trastorno y puedan ayudarlos. Algunas de las características destacadas de este tipo de intervención son las siguientes:

1. Elaboración de diagnóstico. En este documento se establece cuál es el trastorno del niño o niña, qué efectos tiene y qué medidas se pueden tomar.

2. Tratamiento del trastorno. Es un tratamiento aplicado a todos los ámbitos de la vida del niño o niña, personal, educativo o social.

3. Tipo de intervención. Puede tratarse de una intervención individual que solo se refiera al niño o niña o grupal, en la que se involucre a los familiares, personas del entorno del niño o niña y profesorado.

4. Objetivo. La intervención siempre debe tener marcado un objetivo para mejorar la calidad de vida del niño o niña en función de sus circunstancias específicas.

Beneficios de la intervención psicoeducativa

Entre los **beneficios de la intervención psicoeducativa**, destacamos los siguientes:

- *Aumento de la autoestima.* La intervención refuerza las fortalezas del niño o niña de manera que mejora la imagen que tiene de sí mismo y su confianza.
- *Aceptación del problema o trastorno.* En muchas ocasiones los niños que tienen un determinado problema o trastorno no son conscientes de ello y con la intervención psicoeducativa consiguen aceptarlo, entenderlo y acceder a información relevante.

- *Incremento de la independencia del niño o niña.* A medida que el niño o niña entiende lo que le ocurre y aprende a implantar acciones para superarlo, se incrementa su independencia lo que favorecerá también su autoestima.

- *Aumento de la motivación.* La intervención incrementa la motivación del niño o niña por mejorar y por sentirse bien, aceptando lo que le ocurre y trabajando para superarlo día a día.

Estrategias y métodos utilizados en la intervención psicoeducativa

Las estrategias que se utilicen para tratar a cada niño o niña dependerán de diversos factores:

- La edad.
- El nivel de madurez.
- Las características personales del niño o niña y de su entorno.
- Su situación socio-cultural.
- El tipo de trastorno o problema que tiene.

Una vez considerados los elementos que hemos destacado en el apartado anterior, se podrá elegir el tipo de terapia o combinar varias, según el caso. Las terapias utilizadas más destacadas son las siguientes:

- *Terapia de juego cognitivo-conductual.* El juego es una forma de que los niños o niñas se diviertan y hagan ver su conducta de forma relajada. El objetivo es que los más pequeños muestren sus emociones y aprendan a expresar lo que piensan. A través de los juegos se puede enseñar a los niños a afrontar situaciones que temen o a adquirir nuevas habilidades. Como se trata de una terapia basada en el juego es posible utilizarla en niños más pequeños, a partir de dos años y medio, hasta niños un poco más mayores (12 años). El tipo de juego puede ser:

- Estructurado. Es aquel en el que existen normas e instrucciones que se deben seguir. Puede ser un juego de mesa para tratar diversos problemas del niño o niña.

- No estructurados. En este caso puede haber un espacio con numerosos juguetes en el que el niño o niña se mueva libremente y escoja el tipo de juego que prefiera en cada sesión.

- *Terapia de grupo.* En la terapia de grupo se unen varias personas con el mismo problema o trastorno para que puedan compartir su experiencia, sus preocupaciones y se sientan en confianza y protegidos. La participación de los niños en este tipo de terapias facilita que desarrollen sus habilidades sociales, la empatía y que mejore su autoestima. La terapia de grupo es adecuada cuando el niño o niña tiene alguna, entre otras, de las siguientes características:

- Baja autoestima.
- Es víctima de acoso escolar.
- Tiene ansiedad o estrés.
- Manifiesta problemas para comunicarse con otras personas.
- No sabe resolver conflictos de forma pacífica.
- No sabe ser autónomo ni tomar decisiones por sí mismo.

- *Terapia ocupacional.* La terapia ocupacional pretende mejorar la motricidad fina y gruesa de los niños. La clave es que se adapta a las necesidades de cada niño o niña y que el terapeuta debe revisar, antes de comenzar con la terapia, qué habilidades tiene el niño o niña y cuáles necesita reforzar. Algunas de las tareas o habilidades que se pueden aprender o tratar con este tipo de terapia son las siguientes:

- Aprender a rutinas de higiene personal.
- Escribir y tomar notas.
- Lanzar y atrapar objeto.
- Hacer una mochila para ir al colegio.

Con cada acción se trabajan habilidades como el equilibrio, la coordinación o la planificación.

En definitiva, la **intervención psicoeducativa** trata de ayudar a los niños a que se desarrollen plenamente y sepan ser independientes a la vez que incrementan su calidad de vida. Es un trabajo que involucra a todo el entorno del niño o niña (familia, entorno social y escolar, entre otros) para que sea efectivo y alcance los objetivos marcados.

2.4. Teoría del Desarrollo Adolescente

La adolescencia es un tema actual y recurrente en nuestras sociedades que sigue provocando un intenso intercambio de opiniones entre científicos sociales, educadores, padres de familia e instituciones ciudadanas y políticas.

El tratamiento moderno de la adolescencia, en su sentido categorial o técnico, se presenta hoy como una realidad de la que se ocupan diversas disciplinas científicas. Efectivamente, la adolescencia es el campo de estudio de la antropología, la psicología, la biología del desarrollo, la sociología, la historia y aparece como un concepto de la realidad familiar, educativa y social del presente. Desde cada una de estas disciplinas se ofrecen definiciones de la adolescencia que configuran los enfoques conceptuales imprescindibles para la investigación y práctica social.

Las estrategias y métodos de investigación son también un campo abierto al debate, donde junto a las reflexiones teóricas y la utilización de estrategias de corte cuantitativo han cobrado relevancia el uso de estrategias de tipo cualitativo y centradas en un mayor énfasis en la subjetividad de los agentes implicados en la realidad concerniente a la adolescencia (Dávila, 2004).

Hay preocupación por entender mejor el fenómeno de la adolescencia, tanto desde un punto de vista analítico o experimental como desde la perspectiva de desplegar acciones interdisciplinarias (educativas, sociales, sanitarias, etcétera) relacionadas con políticas públicas vinculadas a la realidad adolescente. De hecho, las ciencias humanas y sociales junto a instituciones públicas y políticas han empezado a desarrollar nuevas líneas de investigación para comprender mejor las relaciones entre adultos y adolescentes, los desafíos ante la salud, la inserción laboral o las situaciones de riesgo y exclusión, por citar solo algunos de los retos que se plantean (Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía, 2000).

Sin embargo, esta pluralidad de enfoques teóricos, metodologías y disciplinas, junto a la diversidad de caracteres constitutivos de la adolescencia, pueden oscurecer el propósito de entender mejor el fenómeno de la adolescencia. El campo de estudio sobre la adolescencia se mantiene en un estado de confusión y discusión en relación con la variedad de teorías y concepciones que se presenta bajo una pluralidad caótica, cuando no en abierta contradicción.

No obstante, cada disciplina por separado puede presentar en su terreno específico formulaciones teóricas y metodológicas claras y distintas.

Así y a modo de ejemplo, se afirma que no existe una teoría única correcta sobre el desarrollo adolescente, instando a los estudiosos de la adolescencia a comparar y contrastar los diferentes enfoques existentes sin perjuicio de reconocer, por otra parte, que pueden existir «formulaciones teóricas que parecen contradecirse o utilizar los mismos términos para designar cosas distintas» (Kimmel y Weiner, 1998:55).

Por lo tanto, compartimos la idea expresada por Acosta (1993:32) cuando sostiene que «A la adolescencia se la intenta definir desde muy diversos saberes. Estas definiciones no resultan coherentes entre sí, ya que se apoyan en disciplinas y criterios muy disímiles». El autor, ante esta situación, propone entonces que «puede resultar mucho más esclarecedor intentar caracterizar un poco lo que es la adolescencia que pretender definirla».

Nosotros intentaremos ensayar la efectividad de un tipo de clasificación de teorías y concepciones sobre la adolescencia que sea válido para ordenar un material tan extenso y heterogéneo, e identificar conexiones entre sus partes según criterios de clasificación pertinentes. Para ello realizamos, en primer lugar, un intento de demarcación del concepto de adolescencia de otros conceptos con los que aparece emparentado, y confundido en ocasiones. El objetivo es fundamentar nuestro uso de la noción de adolescencia y su relación con otros conceptos similares. En segundo lugar, hacemos un breve recorrido por la multiplicidad de rasgos constitutivos de la adolescencia. A continuación, presentamos los criterios mínimos que consideramos necesarios para la clasificación de las teorías de la adolescencia junto a la caracterización y ejemplos de cada posición teórica. Para finalizar, exponemos la idea funcional de adolescencia tal y como aparece en el trabajo del profesor Gustavo Bueno (1998), y que tomamos como referencia alternativa y crítica para realizar esta reconstrucción y sistematización de las concepciones sobre la adolescencia. Pretendemos con ello ensayar una definición de adolescencia que nos permita mantener el carácter universalista de la misma, pero a la vez dando cuenta de su variabilidad histórica y cultural. Con esto intentamos evitar una definición abstracta y sustancialista de adolescencia, pero sin incurrir en ningún tipo de relativismo cultural o axiológico.

Teoría del campo

K. Lewin, representante de la teoría de campo, plantea como uno de sus conceptos fundamentales la ley que establece que la conducta es una función de la persona y de su ambiente. La suma de todos los factores ambientales y personales en interacción es llamada “espacio vital” por consiguiente la conducta es una función del espacio vital y no solo de los estímulos físicos, “el espacio vital es la suma de aquellos factores no físicos y de las necesidades motivaciones y otros factores psicológicos que determina su conducta”.

Lewin plantea que el adolescente se encuentra en un estado de “locomoción social”, y que los campos en se mueven no están estructurados y el individuo, aun no posee una real y clara concepción de su estatus ni de sus obligaciones sociales, por lo que su conducta refleja inseguridad

Su espacio vital lo enfrenta a objetivos que aún no podrá alcanzar ya que se encuentra ante limitaciones o restricciones tanto paternas como sociales o morales. Su falta de estructuración cognoscitiva lo lleva a una situación de perplejidad respecto a si se aleja o se acerca a sus objetivos.

La teoría del campo describe la situación adolescente en general, plantea diferencias individuales de la conducta según las características propias de cada sujeto y de la cultura en la que se mueve.

2.4.1. Desarrollo psicosocial en la adolescencia

Fases y tareas de la adolescencia

Ningún esquema único de desarrollo psicosocial puede aplicarse a todo joven, pues la adolescencia constituye un proceso altamente variable en cuanto al crecimiento y desarrollo biológico, psicológico y social de las diversas personas. Además de las diferencias en cuanto a la edad en que los jóvenes inician y terminan su adolescencia, las variaciones individuales en la progresión a través de las etapas que a continuación describiremos pueden ser sustanciales. Así también, el proceso puede ser asincrónico en sus distintos aspectos (biológico, emocional, intelectual y social) y no ocurrir como un continuo, sino presentar períodos frecuentes de regresión en relación con estresores. Además, muestra diferencias y especificidades derivadas de factores como el sexo y etnia del joven, y del ambiente en que

se produce (urbano o rural, nivel socioeconómico y educacional, tipo de cultura, etc.). Aun teniendo en cuenta las limitaciones previas, el desarrollo psicosocial en la adolescencia presenta en general características comunes y un patrón progresivo de 3 fases. No existe uniformidad en la terminología utilizada para designar estas etapas, sin embargo, lo más tradicional ha sido denominarlas adolescencia temprana, media y tardía. Tampoco existe homogeneidad respecto a los rangos etarios que comprenderían, sin embargo, estos serían aproximadamente los siguientes:

1. Adolescencia temprana: desde los 10 a los 13-14 años.
2. Adolescencia media: desde los 14-15 a los 16-17 años.
3. Adolescencia tardía: desde los 17-18 años en adelante.

Estas fases, que se abordarán después, se dan de manera más precoz en las mujeres que en los hombres porque inician antes su pubertad, y los cambios aumentan en complejidad según los adolescentes progresan de una a otra. De forma similar a lo que ocurre con las otras etapas del ciclo vital, la adolescencia posee sus propias tareas del desarrollo. Estas constituyen tareas que «surgen en cierto período de la vida del individuo cuya debida realización lo conduce a la felicidad y al éxito en las tareas posteriores, y cuyo fracaso conduce a la infelicidad del individuo, a la desaprobación de la sociedad, y a dificultades en el logro de tareas posteriores».

El progreso del desarrollo se visualiza cuando estas tareas se logran e integran con competencias que emergen después, llevando finalmente a un funcionamiento adaptativo durante la madurez. Erikson definió la tarea central de este período como la búsqueda de la identidad. Dicha identidad (el ¿quién soy yo?, un sentido coherente y estable de quién se es, que no cambia significativamente de una situación a otra) hace a la persona diferente tanto de su familia, como de sus pares y del resto de los seres humanos. El logro de una identidad personal hacia fines de la adolescencia y comienzos de la adultez involucra varios aspectos: la aceptación del propio cuerpo, el conocimiento objetivo y la aceptación de la propia personalidad, la identidad sexual, la identidad vocacional, y que el joven defina una ideología personal (filosofía de vida), que incluya valores propios (identidad moral).

Este autoconocimiento, que no aparece como consecuencia inexorable del desarrollo, sino que es producto de un proceso activo de búsqueda, hace necesario que el adolescente distinga entre quién es de verdad y quién desea ser, y se haga cargo tanto de sus

potencialidades como de sus limitaciones. Lo logra solo después de que ha considerado seria y cuidadosamente varias alternativas en los diversos aspectos involucrados en la identidad y ha llegado a conclusiones por sí mismo.

Los jóvenes pueden experimentar con distintas conductas, estilos y grupos de pares como una forma de buscar su identidad, proceso que también involucra algún grado de rebeldía respecto de la imagen familiar. Las personas que logran una identidad se sienten en armonía consigo mismas, aceptan sus capacidades y limitaciones. Así también, una vez establecida esta identidad personal, adquieren una buena disposición para la intimidad y para comprometerse con una pareja y una vocación (además pueden hacerlo con una ideología política y creencia espiritual).

La extensión actual del período adolescente impacta en el desarrollo de la identidad, que puede tardar más en consolidarse. Otra tarea del desarrollo en la adolescencia es el logro de la autonomía, lo que ocurre cuando el joven llega a ser emocional y económicamente independiente de sus padres. Para conseguirlo, el adolescente deberá separarse progresivamente de su familia de origen, lo que habitualmente conlleva un grado de conflicto e incluso de rebeldía con sus padres. A la vez y como parte del mismo proceso, establecerá lazos emocionales cada vez más profundos (de amistad, de pareja) con personas de su misma edad, migrando así su centro de gravedad emocional desde la familia hacia el grupo de pares.

Para alcanzar su autonomía, el joven tendrá también que adquirir destrezas vocacionales/laborales que le permitirán avanzar en el camino que lo llevará más temprano o más tarde a hacerse autosuficiente financieramente. Así entonces, hacia el término de la adolescencia y comienzos de la adultez, si el proceso ha sido favorable, la mayoría de los jóvenes logrará su autonomía psicológica (sentido de sí mismo que permite tomar decisiones, no depender de la familia y asumir funciones, prerrogativas y responsabilidades propias de los adultos), y dependiendo de las circunstancias, su independencia física (capacidad de dejar la familia y ganarse el propio sustento).

Es importante que los padres faciliten que su hijo adolescente consolide una identidad propia y se haga independiente, tanto para favorecer su desarrollo saludable, como para que este vuelva a acercarse a la familia más tarde. La adolescencia se caracteriza también por el desarrollo de competencia emocional y social. La primera se relaciona con la capacidad de manejar o autorregular las emociones y la segunda con la habilidad para relacionarse

efectivamente con otros. Respecto de esta última, además de facilitar la progresiva autonomía, las relaciones con los pares cumplen otras funciones importantes, contribuyendo significativamente al bienestar y desarrollo psicosocial de los jóvenes.

Influyen en el proceso de búsqueda y consolidación de la identidad, amplían la perspectiva de las costumbres y normas sociales, y proveen el contexto para el ejercicio de destrezas y la satisfacción de una serie de necesidades interpersonales (de intimidad, de validación mutua, Desarrollo psicosocial del adolescente 439 de pareja). La amistad también puede servir como un tampón que los protege de desarrollar problemas psicológicos ante experiencias vitales estresantes. Los procesos previos se facilitarán por fenómenos que ocurren durante la adolescencia, de los que uno de los más importantes es el desarrollo de nuevas habilidades cognitivas.

De acuerdo con las investigaciones de Piaget, durante esta etapa se avanza desde el pensamiento concreto (operatorio concreto) al abstracto (operatorio formal). El joven se libera de la realidad concreta inmediata y se adentra en el terreno de los conceptos abstractos, en el mundo de las ideas. Pasa de ser un pensador concreto, que piensa acerca de las cosas que conoce o con las que tiene contacto directo, a ser un pensador abstracto, que puede imaginar cosas que no ha visto ni experimentado.

El adolescente alcanza el pensamiento operatorio formal mediante un proceso gradual que lo dota de habilidades de razonamiento más avanzadas. Entre ellas, la habilidad de pensar en todas las posibilidades y el razonamiento hipotético-deductivo, que le permiten una mejor resolución de problemas mediante el estudio de muchas alternativas sistemática y lógica (deduciendo también sus posibles consecuencias). Además, lo faculta para entender y construir teorías (sociales, políticas, religiosas, filosóficas, científicas, etc.), participar en la sociedad y adoptar una actitud analítica (y frecuentemente crítica) con relación a las ideologías de los adultos, lo que habitualmente se acompaña de un deseo de cambiar la sociedad e incluso, si es necesario, de destruirla (en su imaginación) para construir una mejor.

El pensamiento operatorio formal lo capacita también para reflexionar analíticamente sobre su propio pensamiento (pensar sobre el pensamiento) y para participar en matemáticas más avanzadas. Los fenómenos previamente descritos y otros más se profundizarán a continuación, en el contexto de las diferentes etapas de la adolescencia y áreas del desarrollo psicosocial. Si bien las últimas se describen por separado, existe una interacción y un flujo

constante entre ellas, que determina que lo que sucede en una tenga repercusión en las otras. En forma paralela, el desarrollo físico (incluyendo el cerebral) impacta significativamente en el funcionamiento en estas diversas áreas.

2.4.1.1. Formación de la identidad.

Se puede afirmar que el hito o meta más importante de la adolescencia es el desarrollo o construcción de la identidad. Todo adolescente necesita saber quién es, pues necesita sentirse respetado y amado, como todo ser humano, y para ello necesita saber quién es. El niño prepúber se identifica a través de sus padres o los adultos de su entorno, pero el adolescente necesita desarrollar su propia identidad y ser ellos mismos. Erik Erikson (1902-1994) es uno de los autores que más ha escrito sobre el desarrollo de la identidad desde la infancia hasta la vejez, destacando la adolescencia, con un enfoque psicoanalítico. A lo largo de los estadios del ciclo vital aborda diferentes aspectos, siendo los más relevantes las crisis psicosociales, el radio de relaciones significativas y las fuerzas básicas. Según Erikson el desarrollo humano sólo se puede entender en el contexto de la sociedad a la cual uno pertenece. Cada una de las ocho etapas del desarrollo implica una dificultad o crisis emocional con dos posibles soluciones, favorable versus desfavorable, siempre avanzando etapa por etapa sin poder saltarse ninguna. Las cinco primeras etapas corresponden a la infancia y adolescencia. Son varios los factores que influyen en el desarrollo psicosocial de las diferentes etapas:

1. Dimensión comunitaria. Para que un joven se encuentre a sí mismo es necesario que haya encontrado su dimensión comunitaria. Se creará una unión entre lo que más o menos le viene dado (fenotipo, temperamento, talento, vulnerabilidad) y determinadas decisiones o elecciones que toma (opción de estudio, de trabajo, valores éticos, amistades, encuentros sexuales), y todo ello dentro de unas pautas culturales e históricas.

2. Dinámica del conflicto. El adolescente suele tener sentimientos contradictorios, pasando de sentimientos de vulnerabilidad exacerbado a tener grandes perspectivas individuales.

3. Período evolutivo personal. Cada individuo tiene su propio período evolutivo que dependerá tanto de factores biológicos, psicológicos, como sociales.

4. Modelos recibidos. Ningún yo se construye de forma aislada. Primero recibirá el apoyo de modelos parentales, y posteriormente de modelos comunitarios.

5. Aspectos psichistóricos. Toda biografía está inexorablemente entretrejida por la historia que a uno le toca vivir. Sin duda no es lo mismo vivir en época de paz que en época de guerra. Nelson Mandela (1918-2013) dijo (Discurso en Trafalgar Square, Londres 2005), “A veces es responsabilidad de una generación ser grande. Tú puedes ser esa gran generación.”

Según Erikson hay períodos en la historia vacíos de identidad debido a tres formas básicas de aprensión humana:

- Miedos despertados por hechos nuevos, tales como descubrimientos e inventos que cambian radicalmente la imagen del mundo, la forma de interactuar, trabajar, pensar, etc.
- ansiedades despertadas por peligros simbólicos percibidos por la desintegración de las ideologías existentes. c) temor a un abismo existencial desprovisto de significado espiritual

6. Historia personal. Diferentes situaciones personales estresantes pueden tener una influencia negativa en la construcción de la identidad, como, por ejemplo:

- a) tener que emigrar a otro país, sobre todo si ocurre en la adolescencia, pero también en la infancia;
- b) pérdida de un ser querido referente en la vida del adolescente;
- c) dificultades económicas importantes;
- d) sufrir maltrato, abusos o abandono

2.4.2. Factores sociales en la percepción de la imagen corporal y autoestima.

La noción de imagen corporal nace a partir de la idea de constitución de la corporalidad. El cuerpo representa tanto la personalidad como el orden social, operando como instrumento simbólico que comunica sobre la cultura, sus normas y sus límites. Se evidencia la inestabilidad sociocultural en condiciones inciertas para una construcción identitaria saludable pues, culturalmente mediatizada, la corporalidad expresa la presión social que soporta. Así, la imagen corporal configuraría la representación y la vivencia corporal que cada individuo construye mentalmente, una estructuración global y múltiple,

conformada por percepciones, sentimientos y actitudes que el sujeto ha elaborado a partir de sus experiencias.

La sociedad actual transmite modelos de perfección corporal mediante la presión ejercida por los medios de comunicación, la publicidad y el fenómeno de la imitación, que promueven la adopción de actitudes que son legitimadas por individuos que representan figuras de respeto, cánones que son particularmente interiorizados por los adolescentes, sobre todo mujeres, y por aquellos individuos con sobrepeso u obesidad), lo que implica un factor de riesgo para el desarrollo de alteraciones de la imagen corporal.

Hoy por hoy, el mundo se orienta a un modelo estético corporal representado por un cuerpo esbelto, cuya existencia supone una presión significativa sobre las adolescentes, quienes se encuentran en el período de integración de la imagen corporal, la adquisición de autoestima y la correspondencia grupal, debido a que en esta etapa la presión e influencia de los padres, y particularmente de los pares, es relevante, lo que puede generar un fuerte impacto en la emergencia de trastornos de la conducta alimentaria (TCA). Además, la imagen corporal se vincula con atractivo físico, obtención de mayor placer, éxito, adquisición de amistades y felicidad, en un contexto que estigmatiza al sobrepeso y la obesidad. Muchos adolescentes no están satisfechos con sus cuerpos, lo que conlleva constantes fluctuaciones ponderales y depresión, conducentes a obesidad o a TCA. La adopción del ideal corporal de delgadez trastoca la construcción de la identidad individual; así, jóvenes más orientados y sensibles a las expectativas sociales y las metas extrínsecas serán más proclives a adoptar, rígida e irreflexivamente, perspectivas ligadas a su apariencia y atractivo físico, con un correlato alimentario restrictivo. Contrariamente, quienes adoptan una postura más abierta e introspectiva exhiben una cierta lejanía del ideal corporal «perfecto», lo que sería un factor protector ante comportamientos alimentarios de riesgo (atracones, sensación de pérdida de control al comer, dietas restrictivas, ayuno, ejercicio físico excesivo, abuso de laxantes, diuréticos y anfetaminas), pues pese a que valoran la importancia del atractivo físico, podrían mostrar posiciones más independientes acerca de él, resultando en estándares más saludables y realistas sobre la corporalidad.

En el presente, los medios de comunicación masiva, representados por Internet y las redes sociales, han ocupado la difusión de patrones y conductas positivas, considerados equivalentes de éxito, belleza, atractivo, inteligencia y salud, que impactan a personas

vulnerables a la definición externa de las presiones socioculturales. Por ejemplo, el uso de Internet aumenta la insatisfacción corporal en ambos sexos, principalmente a través de los sitios «pro-Ana» y «pro-Mia». Por su parte, la interiorización de los ideales de perfección y delgadez, como criterios de satisfacción con la imagen corporal, se consideran potenciales factores de riesgo para alteraciones en la imagen corporal. Algunos autores plantean que los factores socioculturales especialmente aumentan las preocupaciones sobre la imagen corporal y la alimentación durante la adolescencia temprana, por lo que proponen que las intervenciones preventivas deben implementarse a estas edades. En este sentido, señalan que hombres y mujeres jóvenes dan gran importancia a la apariencia física, y reportan mayores niveles de insatisfacción en comparación con la población adulta, por lo que, en ambos sexos, el desarrollo y la configuración de la imagen corporal es una tarea psicológica importante durante la adolescencia. Según, la población más vulnerable a las presiones sociales para ser delgado son las mujeres adolescentes, lo que las configura como un grupo prioritario en los lineamientos hacia la prevención.

Considerando lo anterior, el objetivo de esta investigación fue analizar, desde la perspectiva de mujeres adolescentes, la influencia de los factores socioculturales en la imagen corporal, en la relevancia asignada y en el nivel de satisfacción con respecto a ella.

2.4.3. Resiliencia en la salud mental adolescente.

La resiliencia, además de ser un factor protector de la salud mental, es un factor determinante para la entrada y el inicio de la adolescencia, a los 12 años; una etapa clave para prevenir problemas de salud mental, puesto que sabemos que la mitad de los trastornos mentales se inician antes de los 14 años. Por lo tanto, se considera necesario hacer acciones que mejoren la salud mental de la población joven, entre las que los adolescentes de entre 12 y 14 años son clave para acciones preventivas.

La adolescencia también es un periodo intenso de entrenamiento de las relaciones sociales en general y, en concreto, de las afectivo-sexuales. Para estas últimas, el aprendizaje socioemocional es uno de los componentes clave a trabajar. Es crucial poner el foco de atención en la población adolescente, puesto que es un periodo evolutivo en que las personas

se enfrentan a múltiples retos evolutivos y en que las habilidades que fomentan la resiliencia pueden ser la clave para hacer frente tanto en su día a día como las adversidades menos cotidianas.

La familia juega un papel crucial en el desarrollo socioemocional y la prevención del malestar psicológico en la adolescencia. Del mismo modo, los centros educativos pueden promover, en gran medida, el bienestar psicológico de su alumnado. Por eso, es clave promover acciones para que las familias y el profesorado adquieran herramientas sobre como fomentar la resiliencia en la adolescencia.

2.5. Intervenciones psicoeducativas

2.5.1. Concepto

Dentro del sector de la educación, la **intervención psicoeducativa** facilita el proceso de aprendizaje en aquellos niños y niñas que presentan algún trastorno o dificultad. Y es que, gracias a este tipo de intervención psicológica, los pequeños pueden aprender a través del desarrollo de sus habilidades cognitivas y sociales. Así que, si te planteas ampliar tu formación o especializarte en esta área de la educación, no dudes en seguir leyendo. Aquí te explicamos en qué consiste la intervención psicoeducativa, qué beneficios aporta y qué métodos se utilizan.

2.5.2. Características

Anorexia Nerviosa y la **Bulimia Nerviosa** comparten ciertas características:

- Preocupación extrema sobre el peso y la silueta y autoevaluación en función de estos conceptos.
- Comportamiento dirigido a controlar el peso.
- Episodios de bulimia.
- Amplia gama de síntomas de ansiedad y depresión.
- Características obsesivas
- Pobre concentración.
- Funcionamiento social deficitario.

Ambos trastornos se caracterizan por miedo a subir de peso o a convertirse en obeso, aun en un peso normal o inferior, predominando la voluntad obsesiva de alcanzar la delgadez como ideal de belleza. Todo ello predispone al desarrollo de una alteración conductual que inicia con una modificación en los hábitos alimentarios y la aparición de comportamientos anómalos para evitar la ganancia de peso, como la inducción de vómitos, el uso de laxantes y/o diuréticos, la realización de ejercicio físico de forma compulsiva, entre otros, lo cual deriva en problemas de salud física y mental.

2.5.3. Signos y Síntomas

Los signos y síntomas físicos de la anorexia pueden ser los siguientes:

- Pérdida de peso excesiva, o no lograr el aumento de peso previsto para el desarrollo
- Aspecto delgado
- Recuento de células sanguíneas anormal
- Fatiga
- Insomnio
- Mareos o desmayos
- Pigmentación azulada en los dedos de la mano
- Cabello fino o quebradizo, o pérdida de cabello
- Vello suave como pelusa que cubre el cuerpo
- Ausencia de menstruación
- Estreñimiento y dolor abdominal
- Piel seca o amarillenta
- Intolerancia al frío
- Ritmo cardíaco irregular
- Presión arterial baja
- Deshidratación
- Hinchazón de los brazos o las piernas
- Erosión dental y callosidades en los nudillos por la provocación de vómitos

Algunas personas con anorexia tienen episodios de atracones y purgas, similar a lo que les ocurre a las que tienen bulimia. Las personas con anorexia suelen luchar contra un

peso corporal anormalmente bajo, mientras que las que padecen bulimia suelen tener un peso normal o superior.

Síntomas emocionales y de conducta

Los síntomas conductuales de la anorexia pueden incluir intentos de bajar de peso de las siguientes maneras:

- Restringir estrictamente la ingesta de alimentos mediante las dietas o el ayuno
- Hacer ejercicios de forma excesiva
- Darse atracones y provocarse vómitos para eliminar los alimentos, lo que

puede incluir el uso de laxantes, enemas, suplementos dietarios o productos herbarios

Estos son algunos de los signos y síntomas emocionales y conductuales:

- Preocupación por los alimentos, que a veces incluye cocinar comidas elaboradas para los demás, pero no comerlas

- Saltar comidas o rehusarse a comer con frecuencia
- Negar el hambre o poner excusas para no comer
- Comer solo unos pocos alimentos «seguros», por lo general, con bajo

contenido de grasas y calorías

- Adoptar rituales rígidos para las comidas o la alimentación, por ejemplo, escupir la comida después de masticarla

- No querer comer en público
- Mentir sobre la cantidad de comida que se ingirió
- Sentir temor a aumentar de peso, que puede incluir pesarse o medirse el cuerpo

repetidas veces

- Mirarse con frecuencia al espejo para ver los defectos que se perciben
- Quejarse por estar gordo o tener partes del cuerpo que son gordas
- Cubrirse con capas de ropa
- Estado de ánimo indiferente (falta de emociones)
- Retraimiento social
- Irritabilidad
- Insomnio
- Disminución del interés en las relaciones sexuales

2.5.4. Diagnóstico

en él figura de qué forma se manifiesta el trastorno, sus efectos y sus factores de riesgo y protección.

2.5.5. Tratamiento

El mejor tratamiento para un trastorno de la alimentación requiere un trabajo en equipo. Generalmente, el equipo es interdisciplinario se compone profesionales con experiencia en el tratamiento de trastornos de la alimentación.

El tratamiento depende de tu tipo específico de trastorno de la alimentación. Pero, en general, incluye lo siguiente:

- Aprendizaje sobre la nutrición adecuada.
- Aprendizaje sobre cómo desarrollar hábitos de alimentación saludable.
- Orientación sobre cómo alcanzar un peso saludable si tienes bajo peso.
- Terapia conductual, a veces denominada psicoterapia.
- Medicamentos, de ser necesario.

Si tu vida corre riesgo, es posible que debas ir a un hospital de inmediato.

Terapia conductual

Ciertas terapias conductuales pueden ser eficaces para tratar los trastornos de la alimentación. Entre ellas se incluyen las siguientes:

- **Tratamiento basado en la familia.** El tratamiento basado en la familia es un tratamiento ambulatorio para niños y adolescentes con anorexia. También es probable que sea eficaz para la bulimia y otros comportamientos alimenticios problemáticos. La familia participa para garantizar que el niño u otro familiar siga patrones de alimentación saludable y mantenga un peso saludable. (Mayo Clinic, 2023)

- **Terapia cognitivo conductual.** La terapia cognitivo conductual se usa comúnmente en el tratamiento de trastornos de la alimentación, especialmente la bulimia, el trastorno alimentario compulsivo y otros comportamientos problemáticos respecto a la alimentación. Con mayor frecuencia, se usa un tipo de terapia cognitivo conductual llamada terapia cognitivo conductual mejorada. Aprenderás a controlar y mejorar tus hábitos alimenticios y tu estado de ánimo, desarrollar la capacidad para resolver

problemas y explorar formas saludables de afrontar las situaciones estresantes. (Mayo Clinic, 2023)

2.5.6. Modelo

Existen varios modelos que explican los trastornos alimenticios.

1. **Modelo tridimensional de Schuldt y Johnson:** Este modelo está dirigido tanto al diagnóstico como al tratamiento de los trastornos alimenticios. La primera dimensión, el peso corporal, se conceptualiza como un continuo en el que la demacración extrema y la obesidad masiva serían sus extremos. La segunda dimensión, el control conductual representaría el conflicto acercamiento-evitación que se traduce en la dicotomía anorexia-bulimia; un ayuno prolongado constituirá un extremo, y los atracones frecuentes el otro. La tercera dimensión sería la intensidad de la preocupación por el peso, en el que la ansiedad producida por el miedo a la obesidad lleva al individuo a intentar controlar su conducta alimentaria (psico UNED, 2022)

2. **Modelo psico neurobiológico:** El modelo psico neurobiológico es un enfoque que busca integrar aspectos de la psicología, la neurociencia y la biología para explicar el comportamiento humano. Este modelo se ha utilizado para explicar diversas condiciones y trastornos, incluyendo los trastornos alimentarios.

Por ejemplo, en el contexto de los trastornos alimentarios, se propone un modelo explicativo que integra aspectos de psico neurobiología y comportamiento¹. Este modelo sugiere que la ingesta de alimentos podría funcionar como una forma primaria de equilibrio cuando hay fallas en alguno de los sistemas expuestos¹. Los cuatro factores clave en este modelo son:

- Sistema de alarma
- Sistema de recompensa
- Cerebro social
- Mecanismos de control (inhibición/excitación)

Este modelo psico neurobiológico es útil para explicar la dificultad interpersonal en los trastornos alimentarios. Facilita la conexión entre las investigaciones emergentes en trastornos alimentarios y dificultades interpersonales, ayuda en la toma de decisiones clínicas

y orienta el pronóstico y las alternativas de tratamiento (revista chilena de neuro psiquiatría, 2022)

3. **Modelo de la industria de la moda:** La industria de la moda ha sido vinculada con los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) en varias formas.

1. *Imitación en la adolescencia:* Las conductas de imitación en la adolescencia son muy importantes en el desarrollo de los TCA. Un estudio exploró las conductas imitadas entre pacientes con TCA, específicamente con anorexia nerviosa.

2. *Presión en la industria de la moda:* Los modelos de moda experimentan presión para mantener un cierto físico y muchos de ellos usan comportamientos de control de peso, como dietas, ejercicio excesivo, uso de laxantes, vómitos autoinducidos y limpiezas con jugos.

3. *Influencia de los medios de comunicación:* La industria de la moda y los medios de comunicación contribuyen mucho a la construcción del “cuerpo ideal”, lo cual puede ser nocivo para la autopercepción y tiene una conexión importante con el desarrollo de trastornos alimenticios.

4. *Responsabilidad de la industria de la moda:* Aunque la moda no es directamente responsable de causar trastornos alimenticios, es difícil imaginar que no tenga un papel que desempeñar en la creación de problemas de imagen corporal.

5. *Prevalencia de TCA en modelos de moda:* Se estima que entre el 20% y el 40% de los modelos de moda están experimentando actualmente un trastorno alimentario.

Es importante recordar que los trastornos alimentarios son condiciones de salud mentales graves que requieren atención médica. (Psiquiatria.com, 2022)

Cada uno de estos modelos ofrece una perspectiva única sobre los trastornos alimenticios y puede ser útil para entender y tratar estos trastornos.

2.5.7. Desarrollo de la personalidad

La personalidad en los trastornos de la conducta alimentaria se refiere a los rasgos de personalidad que pueden estar asociados con estos trastornos. Algunos estudios han

encontrado que ciertos rasgos de personalidad, como la obsesividad, rigidez, perfeccionismo, dependencia, meticulosidad, inhibición social, inestabilidad emocional, impulsividad, entre otros, pueden estar presentes en personas con trastornos de la conducta alimentaria.

Por ejemplo, en la anorexia, el trastorno obsesivo es el más frecuente; en la bulimia, lo es el trastorno histriónico; en las formas purgativas, el trastorno dependiente, y en no purgativas, el obsesivo.

Estos rasgos de personalidad no solo pueden influir en el desarrollo del trastorno, sino que también pueden tener un impacto en el tratamiento y el pronóstico del trastorno. Por lo tanto, es importante tener en cuenta estos rasgos al tratar a personas con trastornos de la conducta alimentaria. (Ignacio Jáuregui Lobera, M.J. María José Santiago Fernández, Sonia Estébanez Humanes, 2009)

2.5.8. Objetivos

Según la doctora Verónica Gaete, pediatra especialista en adolescencia del Centro de Adolescentes y Jóvenes de Clínica Las Condes 2017, indica que existen 9 recomendaciones que debes seguir:

1. Educar y fomentar una alimentación saludable, sin caer en extremos.
2. Promover una actividad física moderada, que idealmente involucre socialización.
3. Favorecer la construcción de una autoestima adecuada.
4. Evitar poner un excesivo énfasis en el peso y la figura.
5. Informar a los hijos que no es recomendable hacer dietas, porque muchas de ellas son contraproducentes.
6. Evitar que los jóvenes realicen dietas agresivas, porque éstas suelen ser el punto de entrada a los trastornos alimentarios.
7. Comer en familia en forma regular, evitando los conflictos.
8. Frente a la evidencia de dietas inapropiadas, preocupación excesiva por el peso, baja o incremento importante de peso, indagar cuanto antes con un especialista.

9. Estar atentos a los sitios de Internet que visitan las adolescentes.

2.5.9. Ventajas

Los trastornos de conducta alimentaria (TCA) son condiciones serias que afectan la salud física y mental de las personas. Sin embargo, algunas personas pueden percibir ciertos “beneficios” o ventajas de estos trastornos, aunque es importante destacar que estos son perjudiciales para la salud a largo plazo. Según un estudio, los beneficios atribuidos al TCA incluyen:

- **Bajar de peso en corto tiempo:** Algunas personas pueden ver la pérdida rápida de peso como un beneficio.
- **Aceptación y aprobación del grupo social: las personas pueden sentir que son más aceptadas por su pérdida de peso.**
- **Incremento de sus relaciones interpersonales:** Algunas personas pueden sentir que sus relaciones interpersonales mejoran como resultado de su trastorno alimentario.
- **Atención y afecto de familiares:** En algunos casos, las personas pueden percibir que reciben más atención y afecto de sus familiares como resultado de su trastorno alimentario.

Es importante recordar que estos “beneficios” son percepciones y no justifican los riesgos y daños a la salud que los trastornos alimentarios pueden causar. Si tú o alguien que conoces está lidiando con un trastorno alimentario, es importante buscar ayuda profesional. La terapia cognitivo-conductual, por ejemplo, se utiliza para tratar los aspectos mentales y emocionales de los trastornos alimentarios.

2.5.10. Prevención

No hay nada que garantice la prevención de la anorexia nerviosa. Los médicos de cabecera (pediatras, médicos familiares e internistas) están en una buena posición para identificar indicadores tempranos de anorexia y evitar que se presente la enfermedad en estado avanzado. Por ejemplo, en las consultas médicas de rutina, pueden hacer preguntas acerca de los hábitos alimentarios y el grado de satisfacción con el aspecto.

Si notas que un familiar o amigo tiene baja autoestima, hace una dieta demasiado estricta y está insatisfecho con su aspecto, considera la posibilidad de hablar con él o ella

acerca de estos problemas. Aunque puede que no puedas evitar que manifiesten un trastorno de la alimentación, puedes hablarles de conductas más saludables u opciones de tratamiento.

2.6. Factores de Influencia

- **Factores biológicos.** Si bien aún no está claro qué genes están involucrados, podría haber cambios genéticos que hacen que algunas personas presenten un mayor riesgo de padecer anorexia. Algunas personas pueden tener una tendencia genética al perfeccionismo, la sensibilidad y la perseverancia: características vinculadas a la anorexia.

- **Factores psicológicos.** Algunas personas con anorexia pueden tener rasgos de personalidad obsesiva compulsiva que les facilitan seguir dietas estrictas y privarse de comer, aunque tengan hambre. Es posible que tengan una tendencia extrema al perfeccionismo, lo que hace que piensen que nunca están lo suficientemente delgadas. Además, pueden tener niveles altos de ansiedad y restringir su alimentación para reducirla.

- **Factores del entorno.** La cultura occidental moderna resalta la delgadez. El éxito y la valoración suelen estar equiparados con la delgadez. La presión de grupo puede ayudar a fomentar el deseo de estar delgado, especialmente en las mujeres jóvenes.

2.6.1 Factores protectores

Individuales

- Buena autoestima.
- Imagen corporal positiva.
- Pensamiento crítico en relación con las imágenes de los medios.
- Bienestar emocional.
- Buena adaptación escolar (rendimiento y relación con iguales).
- Asertividad.
- Buenas habilidades sociales.
- Resolución de problemas y estrategias de afrontamiento.

Familiares

- Fomentar la comunicación en la familia
- Escuchar la opinión de los niños en la familia

- Establecer vías de comunicación con los adolescentes
- Compartir actividades en el tiempo libre
- Realizar juntos actividades deportivas, salidas culturales, leer, ver la televisión, navegar por internet etc.
- Pertenecer a una familia que no enfatiza demasiado el peso y el atractivo físico.
- Realizar al menos una de las comidas principales en familia.

Sociales

- Pertenecer a una cultura menos occidentalizada que acepta una variedad de formas y tamaños corporales.
- Participar en deportes o en industria donde no hay énfasis en el atractivo físico o delgadez.
- Relaciones de apoyo social donde el peso y la apariencia física no son motivo de gran preocupación.

2.7. Contextualización del Centro Educativo

Localización

Puriscal es el cuarto cantón de la provincia de San José de Costa Rica. Su capital o cabecera es la ciudad de Santiago.

En el cantón de Puriscal se encuentran varios patrimonios históricos nacionales, tales como el Templo de Barbacoas, el Templo de Pedernal y el icónico Antiguo Templo Católico de Puriscal, decretado como Patrimonio histórico arquitectónico de Costa Rica. Otro monumento emblemático es El Sapo, que está situado en el Parque del Agricultor de Puriscal.

Para el año 2022, Cantón de Puriscal cuenta con una población estimada de 38 593 habitantes,⁴ y para el último censo efectuado, en 2011, Cantón de Puriscal contaba con una población de 33 004 habitantes.

De acuerdo con el Censo Nacional del 2011, la población del cantón era de 33.004 habitantes, de los cuales, el 2.2% nació en el extranjero. El mismo censo destaca que había 9.787 viviendas ocupadas, de las cuales, el 64.5% se encontraba en buen estado y había problemas de hacinamiento en el 2,2% de las viviendas. El 23,4% de sus habitantes vivían en áreas urbanas.

Entre otros datos, el nivel de alfabetismo del cantón es del 96,7%, con una escolaridad promedio de 7,9 años. El mismo censo detalla que la población económicamente activa se distribuye de la siguiente manera:

- Sector Primario: 15,8%
- Sector Secundario: 14,4%
- Sector Terciario: 69,8%

Puriscal tiene 9 distritos:

- Santiago
- Mercedes Sur
- Barbacoas
- Grifo Alto
- San Rafael
- Candelarita
- Desamparaditos
- San Antonio

- Chires

Mercedes Sur del cual tomaremos la muestra es el segundo distrito del cantón de Puriscal, en la provincia de San José, de Costa Rica.

En el pasado Mercedes Sur incluía también al hoy distrito de Chires, hasta que este último se segregó en 1983. Durante la década de 1990 también experimentó un ligero ordenamiento territorial en el que vio aumentada su extensión.

El distrito de Mercedes Sur limita con los cantones josefinos de Turrubares al oeste y en una pequeña porción con él Acosta al este. Además, limita con los distritos puriscaleños de Grifo Alto y Barbacoas al norte, Santiago y Candelarita al noreste, así como con el distrito Chires al sur.

Mercedes Sur cuenta con un área de 183,58 km² y una altitud media de 1125 m.s.n.m.

Es el segundo distrito más extenso de los nueve que conforman el cantón (solo superado por el distrito Chires).

Para el año 2022, Mercedes Sur cuenta con una población estimada de 7099 habitantes, y para el último censo efectuado, en 2011, Mercedes Sur contaba con una población de 5866 habitantes.

Escuela unidocente

Las instituciones unidocentes se conocen históricamente como centros educativos donde se ofrecen los I y II ciclos de la Educación General Básica (EGB) a niñas y niños atendidos solo por una maestra o un maestro, por lo general en zonas rurales donde la población estudiantil es escasa, un criterio importante para su creación. Estas instituciones tienen diferencias con otras del sistema público, pues en una misma aula se ubican a todos los estudiantes de primero a sexto, con edades de entre 6 y 14 años, por lo que la organización administrativa, curricular y didáctica es distinta a la de los centros que agrupan al alumnado por niveles.

En estos centros, la matrícula no es mayor de treinta estudiantes y el MEP recomienda un horario de 7:00 a.m. a 1:15 p.m. En 1994 en el marco de la política educativa “Hacia el Siglo XXI” y como respuesta al bajo rendimiento escolar de la población estudiantil de las escuelas unidocentes en relación con el estudiantado de I y II ciclo que asiste a otros centros

educativos, se incorpora un segundo educador o educadora a esas escuelas que tuvieran más de cuarenta estudiantes (MEP, 1997).

Asimismo, en el año 2000 se integra el nivel de educación preescolar en 28 escuelas unidocentes mediante la Estrategia de Grupos Heterogéneos (Niñas y niños de 4 años 3 meses a 6 años 3 meses en una misma sección), como plan piloto y de investigación. Esta experiencia fue exitosa, por lo que se amplía su cobertura, y para el año 2007 había 996 escuelas unidocentes y de dirección 1 con educación preescolar (MEP, 1997).

Por lo anteriormente citado, a las escuelas unidocentes, en la actualidad, también se les conoce como escuelas multigrado, estas vienen a ampliar el acceso a la educación primaria en zonas rurales de nuestro país

Escuela Bajo los Murillo

En la actualidad es una escuela unidocente de la dirección regional de Puriscal, circuito 02, fundada en 1991 en la administración 1990-1994 Rafael Ángel Calderón Fournier, ubicada en la comunidad de Bajo los Murillo, zona rural donde la mayoría de sus habitantes se dedican a la agricultura específicamente la siembra y recolección de café

Área geográfica.

Área de la Comunidad.

La comunidad de Bajo Los Murillos, está ubicada a 6 km al suroeste de la ciudad de Santiago de Puriscal. La dirección que se acostumbra a dar es la siguiente: 3 Km. al oeste de la Escuela de Mercedes Norte de Puriscal. Pertenece al distrito de Mercedes Sur, del cantón de Puriscal.

La cobertura territorial es de 100 hectáreas aproximadamente.

Limita al norte con Mercedes Norte, al Sur con Mercedes Sur, al este con Mercedes Norte y al oeste con San Juan de Barbacoas.

Área Histórica.

Origen de su fundación y primeros pobladores.

La comunidad de Bajo Los Murillos, empieza a poblarse con la llegada de algunas familias, que se trasladaron hasta este lugar. Se tiene información sobre los nombres de las primeras familias, que se mencionan como los primeros habitantes:

Nombre.	Año.
Rosario Murillo y Florindo Cascante.	1840
Zacarías Salas y su esposa Susana;	1910
Rafael Montoya y su esposa Zelmira.	1910
Lolo Rojas y señora	1920
Carlos Rojas y señora	1920
Calullo Rubí y Lidia López	1920
Juan José Murillo y Silvia López	1935
Elías Murillo y Rafaela Torres	1935
José Ángel Murillo y Sabina Rojas	1935
Ernesto Murillo y Angela Torres	1935

Origen de su nombre:

Su nombre se deriva de los primeros pobladores y fundadores que eran de apellido Murillo. Así se ha mantenido el apellido de generación en generación.

Instituciones de servicios públicos y privados.

Educación:

En cuanto a Educación, esta comunidad cuenta con una Escuela, donde laboran dos maestros. De estos uno es director y maestro, el otro solamente maestro. Además, uno de especiales que imparte Religión y otro que trabajó en aula de apoyo durante el año 2003.

Los egresados en su mayoría van luego a secundaria. Unos al Liceo de Puriscal, otros al Colegio Técnico Profesional de Puriscal y algunos al Liceo Nocturno de Puriscal. Se estima que entre un 75 a 80 % asisten a algunos de los Colegios o Liceos mencionados.

Salud:

En el área de Salud, esta comunidad pertenece al E.B.A.I.S número uno ubicado en Santiago de Puriscal.

Vivienda:

Existen unas setenta casas en buenas condiciones. Algunas son construidas en cemento, otras socalo y madera.

Higiene:

En los hogares hay limpieza, cada vivienda cuenta con un servicio sanitario en buen estado y su debido tanque séptico. La basura en el caso de la Escuela quema lo que no es biodegradable y entierran lo que si llega a descomponerse.

Servicios bancarios públicos o privados:

Existe en la comunidad, una especie de banco privado, manejado por los agricultores y asesorado por la Fundación Integral de desarrollo Rural del Pacífico Central. (FIDERPAC). Esta Fundación le da unos fondos a una Junta de agricultores organizada, para que ésta los administre.

Dan préstamo al que lo necesite y le hacen donaciones a la Escuela, a cambio del servicio del local y mobiliario.

Comunicación y transporte público o privado:

La mayoría de las casas, cuentan con servicio telefónico. Todos los días hay servicio de autobús, dos en la mañana, dos en la tarde. Los sábados en la noche realiza otra carrera a las ocho para transportar a los que asisten a misa del sábado.

Fortalezas y Debilidades.

Fortalezas

Los habitantes son muy humildes y comprometidos con el trabajo.

Hay mucha honestidad en la comunidad y entre todos se ayudan.

Vecindario con una historia enorgullecedora

Confianza entre los miembros de comunidad

Historia de colaboración para el crecimiento de la comunidad

Debilidades

Carencias de alternativas educativas, laborales, recreativas y culturales.

Comunidad donde los habitantes son de escasos recursos económicos.

Familias disfuncionales

Organización Comunal:

Esta comunidad realizó las gestiones necesarias y se creó una Asociación de Desarrollo específica. Ésta tiene entre sus proyectos, velar por un camino en buenas condiciones, actualmente se trabaja por el cementado de la calle de la mano de la municipalidad de Puriscal, para que se garantizarse un buen servicio de autobús.

Área Socioeconómica:

En cuanto a lo socioeconómico, las familias son de escasos recursos económicos. Anteriormente se dedican principalmente a cultivar café, frutales, ganadería, frijoles, maíz y otros.

Problemas de la comunidad:

El problema más grande que se presenta en la actualidad en esta comunidad es el gran desempleo existente, tanto de mujeres como de hombres. Cada vez son más las mujeres y los hombres que buscan en la capital, nuevas opciones de trabajo. Las mujeres de empleadas domésticas y los hombres guardias privados o públicos. Quizá esta sea una de sus mayores debilidades que sufre esta Comunidad.

Conclusiones del diagnóstico comunal y alternativas:

Es una comunidad muy unida, las familias en su mayoría se llevan bastante bien. El nivel educacional ha venido superándose poco a poco. Además es uno de los pequeños caseríos donde todavía prevalecen las buenas costumbres y se manifiestan los diferentes valores morales y éticos tan necesarios en nuestra sociedad. Algunas de las costumbres, se

pueden anotar como sigue: tomar la famosa bebida (aguadulce) en la noche, rezar el rosario antes de acostarse, hacer olla de carne los sábados, otras.

Diagnóstico institucional

Área de localización geográfica.

Ubicación de la institución.

La Escuela de Bajo Los Murillos, está ubicada a 3 Km. al oeste de la Escuela de Mercedes Norte de Puriscal.

Área de localización administrativa.

El área donde está la Escuela mide 1500 metros cuadrados.

Historia de la institución.

La Escuela de Bajo Los Murillos, nace en marzo de 1991. Gracias a la colaboración de la viceministra de Educación Pública, doña Virginia Rojas Arroyo, al Comité proconstrucción y a la Junta de educación.

Esta primera Junta de Educación estaba conformada por:

Tabla # 1 Primera Junta de Educación Escuela Bajo los Murillo

Lidio Guzmán Fernández	Presidente
Pedro Marín Murillo	vicepresidente
Gerardo López Álvarez	Secretario
Ulises Murillo Jiménez	Vocal 1
Rafael Durán Villalobos	Vocal 2
Directora	Grettel Guzmán León

La primera maestra fue la señorita Grethel Guzmán León.

Área del Edificio Escolar.

Existen dos aulas que miden 108 metros cuadrados, el comedor 60 metros cuadrados y dos servicios sanitarios. Estos últimos miden unos 12 metros cuadrados. La actual directora utiliza la misma aula donde imparte lecciones como oficina.

Estado de conservación de locales disponibles.

Los locales están en muy buen estado, más bien los servicios sanitarios se ubicaron en otro lugar, esto para mayor comodidad del personal y de los estudiantes. Las aulas son prefabricadas. Las dos aulas tienen piso de cerámica.

Personal administrativo.

La Actual directora es María Isabel Santillán Rodríguez, quien también imparte lecciones a los niños de I y II ciclo.

Personal docente.

La Docente Mónica Goñi Dondi de Problemas de aprendizaje

La Docente de Educación Religiosa es Mariana Martínez Rojas

La Docente Dunia Montero Alvarado de Problemas emocionales y de conducta

La docente de preescolar Grace Quirós Sánchez

Plan de Estudios

Asignaturas que lo componen.

Las materias básicas: Matemáticas, Ciencias, Español, Estudios Sociales y Educación Religiosa. Como complementaria

Jornada de trabajo de la institución.

De lunes a viernes de 7 a.m. a 2:35 p.m. La directora realiza las labores administrativas de 1:15 pm a 2:40pm. Se atienden un promedio de 30 alumnos en total.

CAPÍTULO III:
MARCO METODOLÓGICO

Capítulo III: Marco Metodológico.

Este proyecto de investigación se hizo bajo la modalidad de tesis, definida por Guevara (2016) como un documento académico cuyo objetivo es su contribución al conocimiento y la presentación de soluciones innovadoras a problemáticas específicas dentro de una disciplina científica determinada. Esto implica la realización de una investigación original que se adhiere a un riguroso enfoque metodológico.

Desde las características previamente mencionadas, se subraya la relevancia de esta investigación. El estudio, realizado desde Ciencias de la Educación, se enfocó en el análisis sobre la eficacia de la intervención psicoeducativa en la prevención de trastornos alimenticios entre adolescentes que asisten al centro educativo Bajo los Murillo de la Dirección de Educación de Puriscal, Circuito 02.

3.1 Paradigma de investigación

Un **paradigma de investigación** es un método, modelo o patrón para llevar a cabo una investigación. Es un conjunto de ideas, creencias o comprensiones dentro de las cuales pueden funcionar las teorías y las prácticas. La mayoría de los paradigmas derivan de una de dos metodologías de investigación: **positivismo** o **Interpretación**. Cada proyecto de investigación emplea uno de los paradigmas de investigación como guía para crear métodos de investigación y llevar a cabo el proyecto de investigación de la forma más legítima y razonable.

Thomas Kuhn (1922-1996) fue un físico, historiador de la ciencia y filósofo estadounidense que a partir de 1960 trabajó la noción de paradigma.

Apoyándose en el sentido sociológico y el sentido filosófico de paradigma, Kuhn establece varias formas en las que puede entenderse qué significa un paradigma. Para una aproximación general, se distinguen al menos cuatro:

1. **Los paradigmas como realizaciones científicas universalmente reconocidas.** Durante un tiempo proporcionan modelos de problemas y soluciones a una comunidad científica cualquiera y particular.

2. **Los paradigmas como realizaciones científicas que carecen de precedentes.** Atraen a un grupo duradero de partidarios, pero no son lo suficientemente compatibles como para dejar problemas sin resolver.

3. **Los paradigmas como modelos o patrones aceptados de manera equivalente a como en el derecho se acepta una decisión judicial.** El paradigma funciona de manera dogmática, regulativa y determinante.

4. **Los paradigmas como lo que comparten los miembros de una comunidad científica particular.** Este es el sentido más general y aceptado de paradigma.

Kuhn sostiene que un paradigma se compone de dos partes: una “matriz disciplinaria” y un “componente sociológico”. La matriz disciplinaria implica generalizaciones simbólicas de las teorías o leyes. Se caracteriza por tener modelos particulares o heurísticos (inventados, descubiertos), expresiones simbólicas, valores compartidos y modelos típicos de solución de problemas.

El factor o componente sociológico trabaja con las relaciones que se dan entre los científicos que componen la comunidad del paradigma compartido.

Un típico ejemplo de una comunidad científica que comparte un paradigma se da en los congresos de filosofía, ciencias y distintas disciplinas. Si pensamos en un congreso sobre platonismo, quienes acudan compartirán los preceptos básicos y los sistemas filosóficos establecidos por Platón.

Paradigmas de la investigación social

En las ciencias sociales también se trabaja con distintos paradigmas. Si bien es cierto que para las ciencias exactas (como las matemáticas o la química) lo social no siempre cumple con rigurosidad científica, existen al menos dos formas de entender los paradigmas de estas ciencias:

- **Paradigma cuantitativo.** Los paradigmas cuantitativos buscan un conocimiento lo más objetivo posible, que no toma en cuenta la subjetividad de los actores involucrados, sino que se apoya en técnicas estadísticas, análisis de datos secundarios y otras herramientas que le permitan comprender la conducta.

- **Paradigma cualitativo.** Los paradigmas cualitativos centran su atención en la comprensión de los significados sociales. Para ello, prefieren las herramientas basadas en el

análisis del discurso, la creatividad social o las historias de vida, ya que lo importante es comprender cómo las subjetividades determinan el comportamiento social.

Paradigmas educativos

Los paradigmas educativos refieren al modo en que se piensa y se comprende el acto educacional y los diferentes modelos pedagógicos que se ponen en práctica en las instituciones educativas.

Existen al menos cuatro paradigmas educativos en vigencia:

- El paradigma conductista. Se sustenta en una visión objetivista o “científica” de la educación. Aspira a resultados cuantificables, observables y concretos, a través de un sistema de aprendizaje por acondicionamiento mediante premios y castigos.
- El paradigma cognitivo. Se centra en la comprensión del proceso de aprendizaje mediante una investigación que se sumerja en el individuo.
- El paradigma ambientalista o histórico-social. Se apoya en el proceso mismo del aprendizaje y no en los resultados obtenibles. Propone que el aprendizaje se lleva a cabo en íntima relación con el entorno, de manera que, controlando el entorno, se puede controlar la educación.
- El paradigma constructivista. Se basa en un modelo educativo en el que el alumno juega un rol más protagónico, y descubre la realidad a partir de sus propias experiencias y del contraste con sus compañeros/as. Implica un rol activo y no pasivo.

Según información de la Editorial Etecé 11 octubre, 2022 revisado por el Licenciado en filosofía Juan Pablo Segundo Espínola (Universidad de Buenos Aires)

Un paradigma se puede entender como una representación fundamental del tema de estudio en un campo científico. Esta representación dirige cómo se decide qué aspectos investigar, cómo plantear las preguntas y las reglas para interpretar las respuestas. Además, esta perspectiva establece conexiones entre los ejemplos concretos, las teorías, los métodos de investigación y las herramientas disponibles (Ritzer, 1993).

En otras palabras, las perspectivas que generan imágenes del objeto de estudio, su diseño y el sujeto del conocimiento se consideran componentes integrales del paradigma que los abarca.

Todo lo mencionado, guía a quien ejecuta la investigación, lo que también influye en la elección de los enfoques ontológicos y epistemológicos clave (Guba y Lincoln, 1994); aspectos que están estrechamente relacionados. Esto significa que la creencia fundamental, o principio, que una persona adopte en términos ontológicos deberá reflejarse en posturas coherentes en los niveles epistemológico y metodológico.

Por lo dicho, este estudio se enmarca en el paradigma naturalista o humanista, tal como se describe en González y cano (2010). Este paradigma se caracteriza por basarse en las múltiples realidades construidas, que están interconectadas y dependen unas de otras. En este enfoque, la relación entre individuos se desarrolla a través de su interacción mutua y, a menudo, son inseparables. Además, según este autor, este paradigma no busca la generalización, sino que se centra en un contexto y momento específicos.

En otras palabras, este enfoque sitúa su escenario de estudio en el entorno real, en la comunidad y no en un entorno de laboratorio. La relación entre la persona investigadora y la persona objeto de estudio se establece a través de la comunicación. Esta perspectiva facilita una comprensión más profunda de la propia existencia cultural de ambos, fomenta la autocrítica y permite la utilización de abstracciones conceptuales que contribuyen a la calidad de la investigación.

Dado que esta investigación se enfoca en el análisis sobre la eficacia de la intervención psicoeducativa en la prevención de trastornos alimenticios entre adolescentes que asisten al centro educativo Bajo los Murillo de la Dirección de Educación de Puriscal, Circuito 02, se aborda un conjunto de fenómenos sociales muy complejos. Estos fenómenos no pueden explicarse ni comprenderse en su totalidad. Por lo tanto, el propósito de esta investigación es realizar una aproximación a las experiencias de las personas involucradas en este proceso a través del paradigma mencionado. El objetivo es acercarse a su realidad, reconstruir sus vivencias y, a partir de esta comprensión, interpretarlas de manera adecuada.

Para alcanzar este objetivo, es crucial adentrarse en el contexto desde la perspectiva de la persona participante de la investigación. Esto implica entender su experiencia, adoptar su punto de vista y considerar su interpretación, tanto a nivel individual como contextual. Para lograrlo de manera efectiva, es esencial llevar a cabo un proceso participativo que involucre a las personas investigadas y contar con la guía y apoyo de la persona investigadora.

El paradigma de investigación utilizado es el constructivismo que es una teoría de la educación que postula que los individuos o los alumnos no adquieren el conocimiento y la comprensión mediante la percepción pasiva dentro de un proceso directo de transmisión del conocimiento, sino que construyen nuevas comprensiones y conocimientos a través de la experiencia y el discurso social, integrando la nueva información con lo que ya saben (conocimientos previos). En el caso de los niños, esto incluye los conocimientos adquiridos antes de entrar en la escuela. Se asocia con varias posturas filosóficas, en particular en la epistemología, así como en la ontología, la política y la ética. El origen de la teoría también está vinculado a la teoría del desarrollo cognitivo del psicólogo suizo Jean Piaget.

El tipo de estudio que se realiza será investigación cuantitativa y exploratoria, utilizando los diseños de encuestas a individuos capaces de opinar sobre el tema bajo análisis de casos selectos.

3.2 Enfoque de investigación

Desde la perspectiva cualitativa, que se caracteriza por el análisis de realidades e interpretación de contextos, se respalda en este proyecto una visión constructiva y dialéctica de los procesos. Este enfoque cualitativo se orienta hacia la comprensión a través de la interpretación. En este proceso, el diálogo, que abarca una variedad de lenguajes, nos permite escuchar y comprender lo que los demás desean expresar, ya sea a través de sus palabras, sus silencios, sus comportamientos o sus imágenes, entre otros (Martínez, 1994).

En este sentido, la elección de este enfoque se justifica en la investigación actual, ya que es el más adecuado para abordar la relación a la eficacia de la intervención psicoeducativa en la prevención de trastornos alimenticios entre adolescentes.

Por su parte, Blasco y Pérez (2007) explican que el enfoque cualitativo estudia la realidad en su contexto natural, pues busca comprender cómo ocurren los fenómenos a través de la perspectiva de las personas involucradas. Para recopilar información, se emplean diversos instrumentos como entrevistas, imágenes, observaciones y narrativas de vida, que permiten describir las rutinas, situaciones problemáticas y el significado que estos tienen en la vida de los participantes.

En este proceso, el dialogo, que abarca una variedad de lenguaje, nos permite escuchar y comprender lo que los demás desean expresar, ya sea a través de sus palabras, sus silencios, sus comportamientos o sus imágenes, entre otros (Martínez, 1994)

3.3 Diseño de investigación

El diseño de investigación es fundamental como guía práctica para realizar una investigación efectiva. Sus componentes forman un conjunto cohesionado con relaciones interconectadas que facilitan el desarrollo adecuado del tema investigado (Suárez et al., 2016).

El diseño de investigación, como indica Marín (2023), es un proceso planificado para explicar fenómenos. Su objetivo es establecer relaciones entre eventos y formular principios que fundamenten el funcionamiento del mundo, y que permiten derivar aplicaciones prácticas, contemporáneas e innovadoras a partir de estos conocimientos.

Una de las características notables del método científico es su estructura compuesta por una serie de pasos o etapas. Estos pasos representan una secuencia organizada de procedimientos que se basan en reglas y principios interconectados de manera coherente.

Para desarrollar esta investigación, se ha optado por el enfoque etnográfico con una guía de preguntas como instrumento focal de encargados legal de estudiantes de la escuela Bajo los Murillo, Mercedes Sur de Puriscal.

El método etnográfico proviene de la tradición antropológica anglosajona, entre cuyos fundadores se encuentran los antropólogos Malinovski, Sapir y Whorf, entre otros. Esta tradición se fue consolidando en las universidades americanas dando origen, en la década de los sesenta, a diversas disciplinas de estudio, tales como la Etnografía de la comunicación o la Antropología lingüística (Hymes 1974; como referencias más actuales Duranti 1994 y 1997, y Blommaert y Jie 2010), y la Sociolingüística interaccional (Gumperz 1982).

El objeto de estudio de algunos de los autores inscritos en estas disciplinas comenzó siendo analizar las situaciones comunicativas de grupos culturales no occidentales (tribus indígenas, pueblos con características culturales tradicionales, entre otras), pero poco a poco se desplazó a las de las grandes urbes modernas, que desde la década de los sesenta se convirtieron en espacios interculturales, tras la llegada masiva en sus barrios de muchos

grupos de emigrantes de culturas. Un caso paradigmático en este sentido fue Gumperz, quien comenzó su trabajo investigador como antropólogo en un poblado hindú, y posteriormente se trasladó a Londres para investigar los problemas comunicativos de los emigrantes hindúes en las situaciones de interacción con los servicios institucionales locales.

Estos cambios socioculturales han producido poco a poco también un cambio en la misma investigación etnográfica. El investigador que utiliza este método ya no tiene que desplazarse necesariamente a culturas o subculturas distintas a la suya para encontrar su objeto de estudio. Este puede estar ubicado en su misma comunidad, aunque el método de la observación participante sigue siendo fundamental para ambas situaciones, porque lo que le interesa a quien investiga desde esta perspectiva es el análisis del significado que construyen los participantes o actores sociales en situaciones concretas de habla. Así lo explica Duranti (1997: 27):

[Estos investigadores] en vez de concentrarse exclusivamente en lo que nos hace cognitivamente iguales, se centran en cómo el lenguaje permite crear y crea distinciones entre los grupos, los individuos, las identidades.

La etnografía, en cuanto método de investigación, incluye las siguientes características:

a) La persona investigadora comienza su trabajo con la *observación participante*, lo que implica que se desplaza, durante un tiempo, al lugar de los hechos que quiere investigar con el fin de obtener una comprensión adecuada del contexto (en oposición al trabajo de laboratorio, en donde se analizan datos descontextualizados o en contextos controlados).

b) Los datos analizados proceden siempre entrevistas a los participantes (o reuniones en grupo), de discursos o interacciones reales, recogidos en audio o videgrabaciones. A estos datos se unen las notas de campo que el investigador ha ido realizando durante todo el periodo como observador participante.

c) Los datos se recogen de manera *naturalística*, cuando los eventos comunicativos son relevantes para los participantes (sin ser planificados de antemano por el investigador, como es habitual en el trabajo de laboratorio).

d) El tratamiento posterior de los datos se realiza a través del denominado análisis cualitativo. El significado que se transmite se interpreta en relación con el contexto interaccional (o discursivo) y con el contexto sociocultural más amplio.

Los investigadores de la etnografía observan que esta aproximación no es solo un método de recogida de datos, sino una perspectiva teórico-metodológica sobre cómo estudiar la comunicación humana. Como indican Blommaert y Jie (2010), la etnografía incluye tanto una visión ontológica como epistemológica. Por tanto, en la investigación etnográfica, tanto en la etapa inicial de la observación participante, como en la grabación de los datos y posterior análisis, es crucial la relación dialéctica entre estos datos, y los contextos local y global en los que se insertan los discursos analizados (Scollon y Wong Scollon 2001; y Blommaert y Jie 2010; Morales López 2012; Morales López, Prego Vázquez y Seco 2005). Con esta relación dialéctica se consigue determinar, en primer lugar, la relevancia de los discursos seleccionados (tanto para los propios participantes como para el investigador), así como su conexión con el resto de las prácticas discursivas afines; y, en segundo lugar, orientar la dirección específica del análisis.

Otra etapa necesaria en la investigación es la triangulación de los datos, relacionar los tipos de datos recogidos para analizar las similitudes o divergencias entre lo que comunican los participantes, lo que observa el investigador, y lo que piensan, a su vez, los participantes investigados sobre el análisis realizado por el investigador. Esta última fase Scollon y Wong Scollon (2001) la denominan “interacción del observador con los miembros”. El resultado es un proceso que consigue adentrarse, tanto teórica como metodológicamente, en los a menudo indirectos y siempre complejos vínculos que existen entre el discurso y la acción (Scollon 2001: 212-213).

Finalmente, en relación con la última fase de la investigación etnográfica, la del análisis cualitativo de los datos, es necesario precisar dos aspectos importantes:

a) Es un tipo de análisis que prioriza el enfoque funcionalista. Esto es así porque lo que interesa es desvelar, como ya se ha anticipado, el significado que se construye en el proceso comunicativo y que resulta, además, relevante para los participantes. No obstante, se trata de un significado que se va activando en el discurso o en la interacción a través de los distintos indicios de contextualización (Gumperz 1982), cuya naturaleza es de tipo lingüístico (o, en general, semiótico).

b) Es un tipo de análisis que introduce un nivel de interpretación de los datos discursivos, con lo cual incluye un cierto nivel de subjetividad en el análisis. Por este motivo, la etnografía está cercana a la tradición hermenéutica (Duranti 1997). La objetividad de la

investigación racionalista se sustituye por la rigurosidad en la recogida de datos, en el análisis dicho y en la interpretación de los datos discursivos con el apoyo de la tradición teórica.

En este apartado se desarrolla la fundamentación metodológica que dirige la investigación, el tipo de estudio, la descripción de los momentos de la investigación, la población meta y las técnicas utilizadas para lograr los objetivos del estudio.

En el desarrollo de este capítulo, se encontrará el contraste entre lo inicialmente planteado y lo dado a lo largo del proceso investigativo, lo que demuestra la realidad de cualquier estudio realizado con personas. En ocasiones, estos cambios parecieron entorpecer el proceso, sin embargo, contrario a esto enrumbaron la investigación por vías no esperadas que a su vez lograron enriquecer, tanto el proceso con mis habilidades investigativas.

Estos factores aparentemente obstaculizadores lograron potencializar en la investigación la búsqueda de estrategias para lograr encontrar respuestas que, con lo que se planteó inicialmente, no bastaba para lograr responder a los objetivos del estudio.

Otro aprendizaje es que los tiempos planificados, los espacios institucionales para realizar el trabajo de campo no dependen solo de la disponibilidad de la investigadora, sino de las condiciones institucionales en las que se realiza el estudio, ni de las posibilidades de la población meta, lo que lleva a adoptar la capacidad de realizar modificaciones que sigan rumbo de la investigación.

De manera que todas estas variaciones de lo que se proyectó en un inicio se asumen como nuevos aprendizajes y como factores que aportan hallazgos importantes a la investigación.

3.4 Fuentes de información

Las fuentes de información en la investigación son consideradas medios informativos de los cuales emanan los datos necesarios para comprender una situación o abordar un problema específico. Según Miranda y Acosta (2008) estos medios de comunicación son esenciales para satisfacer las necesidades de conocimiento y, en última instancia, para alcanzar los objetivos preestablecidos.

Las fuentes de información en la investigación son consideradas medios informativos de los cuales emanan los datos necesarios para comprender una situación o abordar un

problema específico. Según Miranda y Acosta (2008) estos medios de comunicación son esenciales para satisfacer las necesidades de conocimiento y, en última instancia, para alcanzar los objetivos preestablecidos.

Según la perspectiva de Miranda y Acosta (2008) en relación con las fuentes primarias, se refieren a individuos y acompañantes sometidos a un instrumento de investigación. En este contexto, los datos son obtenidos directamente de la población o de una muestra representativa.

Estas fuentes contienen información inédita presentada por primera vez y aún no ha sido objeto de filtraciones, interpretaciones ni evaluaciones de terceros. Dichas fuentes surgen como producto de investigaciones o actividades con una naturaleza intrínsecamente creativa.

En el contexto de la presente investigación, se definen como la principal fuente primaria a las personas que conforman los preadolescentes de la Escuela Bajo los Murillo, Mercedes Sur de Puriscal específicamente una población compuesta por ocho (6) estudiantes (de edad 9-14 años) y dos docentes

Las fuentes secundarias de información contienen datos primarios sintetizados y reorganizados para mejorar y simplificar el acceso a las fuentes primarias o a sus contenidos. Para Miranda y Acosta (2008), estas fuentes surgen de información previamente procesada, que abarca datos obtenidos de diversas fuentes, como anuarios estadísticos, internet, medios de comunicación, bases de datos procesadas inicialmente con objetivos distintos, artículos, documentos relacionados con la enfermedad, libros, tesis, informes oficiales, y otros recursos similares.

En la elaboración de la presente investigación, se emplearon los criterios establecidos por Miranda y Acosta (2008, p.3) para evaluar la confiabilidad de las fuentes utilizadas en este estudio. Las fuentes secundarias se sometieron a un análisis basado en cuatro preguntas fundamentales:

¿Es pertinente?: Esta pregunta se refiere a si la información contenida en las fuentes se ajusta a los objetivos de la investigación.

¿Es obsoleta?: Se considera que la información está obsoleta si ha perdido actualidad y relevancia en relación con el tema de estudio.

¿Es fidedigna?: En esta evaluación se busca determinar si la fuente de origen goza de una reputación de veracidad sin cuestionamientos.

¿Es confiable?: Se indaga si la información fue obtenida utilizando la metodología adecuada y con la integridad necesaria, asegurando así la objetividad, continuidad y precisión en su naturaleza.

El valor de una fuente se relaciona con la relevancia que posee en el contexto de la investigación, mientras que la confiabilidad se vincula con la credibilidad de la información proporcionada por dicha fuente. (Miranda y Acosta, 2008, p.3)

Como parte de las fuentes secundarias utilizadas en el desarrollo de este documento de investigación, se consideraron las obtenidas mediante una revisión de libros, ensayos, publicaciones periódicas, documentos oficiales, informes técnicos emitidos por instituciones públicas o privadas, tesis, trabajos presentados en conferencias o seminarios, y testimonios de expertos en estudio.

3.5 Población

Se selecciona a los preadolescentes de 4°, 5° y 6° de las escuelas unidocentes del circuito 02 de la dirección regional de Puriscal, que son un total de 21 centros educativos, de los cuales encuestare a 6 estudiantes entre las edades de 09 años a 14 años y dos docentes del centro educativo ya que como es un programa de prevención es la edad perfecta para prevenir este trastorno.

3.6 Participantes (muestra).

El muestreo es un procedimiento para obtener información sobre ciertas características de una población, mediante la selección de una muestra representativa de dicha población. El muestreo no probabilístico es un método en el cual no se puede determinar de manera precisa la probabilidad de que un elemento de la población sea seleccionado para formar parte de la muestra (Tamayo, 2001).

En relación con lo anterior, el muestreo por conveniencia está caracterizado por la selección de una muestra de voluntarios. Este método, de acuerdo con Martín y Salamanca (2007), se utiliza cuando el investigador busca que los posibles participantes se ofrezcan de

forma autónoma. Constituye un proceso sencillo y económico que facilita la transición hacia otros métodos a medida que se acumulan los datos.

Tabla # 2 Características de las personas participantes

<i>Pseudónimo</i>	<i>Edad</i>	<i>ocupación</i>
<i>Estudiante 1</i>	9	<i>Estudiante 4</i>
<i>Estudiante 2</i>	13	<i>Estudiante 6</i>
<i>Estudiante 3</i>	12	<i>Estudiante 5</i>
<i>Estudiante 4</i>	13	<i>Estudiante 6</i>
<i>Estudiante 5</i>	9	<i>Estudiante 4</i>
<i>Estudiante 6</i>	12	<i>Estudiante 6</i>
<i>Docente 1</i>	36	<i>Docente</i>
<i>Docente 2</i>	40	<i>Docente</i>

Nota: Elaboración propia, con base en la exploración previa, (2024).

3.7. Sistema de categorías

Según Agüaded et al. (2020), en el contexto de la investigación cualitativa, la descripción del sistema de categorías se presenta como una herramienta esencial para fomentar la inducción analítica a partir de una guía de preguntas. Esto se debe a la necesidad de contar con herramientas metodológicas que permitan mapear el diseño de investigación dentro de los marcos epistemológicos que lo respaldan. La categorización es fundamental en el proceso, ya que contribuye a la validez y credibilidad de la investigación cualitativa.

Las razones mencionadas respaldan la elaboración del cuadro de categorías y subcategorías siguientes, que pretende manifestar la relación de estas categorías con los objetivos planteados al inicio de la investigación.

Tabla # 3 Detalle del desarrollo de categorías

<p>Tema Análisis con relación a la eficacia de la intervención psicoeducativa en la prevención de posibles trastornos alimenticios entre personas adolescentes que asisten al centro educativo Bajo los Murillo de la Dirección Regional de Puriscal, Circuito 02 durante el primer trimestre del año 2024</p>
--

Objetivo general Analizar con relación a la eficacia de la intervención psicoeducativa en la prevención de posibles trastornos alimenticios entre personas adolescentes que asisten al centro educativo Bajo los Murillo de la Dirección Regional de Puriscal, Circuito 02 durante el primer trimestre del año 2024

Objetivo específico	Categoría	Subcategoría	Ítems	Referencias
Identificar las posibles estrategias de intervención psicoeducativas en la prevención de conductas de riesgo asociadas con trastornos alimenticios en las personas adolescentes del Centro Educativo Bajo Los Murillo.	Historial asociado al conocimiento de los trastornos alimenticios	Conocimientos de tema de trastornos de conducta alimenticia	3	Educo (2024)
		Reconocimiento de Síntomas relacionados a los trastornos de conducta alimenticia	4	Martinez (1994)
		Identificación de riesgos en la salud provocados por los trastornos de conducta alimenticia	6 8 18	López G. Carolina, Treasure Janet (2011)
Determinar la eficacia las posibles estrategias de intervención psicoeducativas en la mejora del autoestima e imagen corporal de las personas adolescentes participantes del Centro Educativo Bajo Los Murillo.	Orientación con talleres de intervención psicoeducativa para mejorar la autoestima y el autoconcepto	Implementación de talleres relacionados a la prevención de trastornos de conducta alimenticia	23 27	Educo (2024)
Participación en grupos de apoyo		12 24 25	López G. Carolina, Treasure Janet (2011)	

<p>Reconocer factores individuales, familiares y sociales que incidan en la efectividad de las posibles estrategias de intervención psicoeducativas en la prevención de conductas de riesgo asociadas con trastornos alimenticios de las personas adolescentes participantes del Centro Educativo Bajo Los Murillo.</p>	<p>Desarrollo de habilidades cognitivas y sociales brindando estrategias para una buena autoestima basadas en el acompañamiento familiar y social</p>	<p>Redes de apoyo social y familiar Orientación por parte de un profesional de equipo interdisciplinario en cuanto a identificar posibles riesgos de trastornos de conducta alimenticia Trabajar las habilidades sociales y emocionales.</p>	<p>12 23 26 30 29</p>	<p>American Psychiatric Association. (2014) Arija-Val. V, Santi-Cano M.J , Novalbos-Ruiz J.P , Canals J , Rodríguez-Martín A. (2022) González, T. y Cano, A. (2010)</p>
<p>Diseñar un programa preventivo en la prevención de conductas de riesgo asociadas con trastornos alimenticios de las personas adolescentes del Centro Educativo Bajo Los Murillo</p>	<p>coordinación de actividades lúdicas donde los adolescentes expresen sus sentimientos y pensamientos.</p>	<p>Reconocimiento de la necesidad de buscar de ayuda Terapia cognitivo-conductual Brindar talleres de autoconocimiento, autoestima y riesgos</p>	<p>22 29 10 16 17 13 15</p>	<p>Marín (2023) Martínez, (1994). Tamayo, G (2001)</p>

3.8. Estrategia de Recolección de Datos

Una estrategia de recolección de datos a nivel de la investigación cualitativa se centra en las formas en que los individuos definen su realidad y en los constructos que utilizan para organizar su mundo. En general, los datos cualitativos son detalladas descripciones que recopilan una amplia y variada gama de información en un período de tiempo relativamente extenso (Quecedo y Castaño, 2002).

3.9. Validación del instrumento

En términos amplios y generales, se puede afirmar que la validez de una investigación se reflejará en la medida en que sus resultados representen de manera completa, clara y representativa la realidad o situación bajo estudio (Martínez, 2016).

Por otra parte, Streiner y Norman (2000, citados por Martínez, 2016), indican en relación con la validación de un instrumento de investigación cualitativa, que la calidad de este tipo de estudios cualitativos se puede conceptualizar como el nivel de robustez o rigor de sus resultados.

En este sentido, se puede inferir que la forma en que han sido concebidos y llevados a cabo permite tener una razonable confianza en que sus resultados no están sesgados y que ofrecen una respuesta precisa a la pregunta formulada en el objetivo de la investigación.

En el ámbito de la presente investigación, se ha establecido que la creación de una guía destinada a facilitar la realización de la guía de preguntas como instrumento de investigación se justifica a partir de los principios de validez y calidad en la investigación cualitativa. Esta guía se respalda al proporcionar un enfoque metódico y riguroso para la recopilación de datos, lo que contribuye a elevar la confiabilidad y la representatividad de los resultados.

Además, su empleo contribuye a cumplir con los estándares de excelencia en la investigación cualitativa, al garantizar así la robustez y solidez de la metodología utilizada; dicho instrumento fue verificado por parte de dos licenciados en Ciencias de la Educación con énfasis en I y II ciclo y una persona masculina ajena a la investigación a fin de verificar su comprensión y validez.

3.10 Instrumento de recolección de datos

Un instrumento de investigación se define como una herramienta que posibilita al investigador adquirir información significativa, ya sea a través de la captura o el registro de datos relevantes. En esencia, condensa y resume la labor previa realizada por el investigador, pues encapsula las contribuciones del marco teórico relacionado con el tema de estudio (Marín, 2023).

La guía de preguntas es un instrumento utilizado para recoger de manera organizada la información que permitirá dar cuenta de las variables de interés en cierto estudio, investigación, sondeo o encuesta. (Casas, Repullo y Donado, 2003). Generalmente, se compone de un conjunto de preguntas que permitirá obtener la información de manera estandarizada (de hecho, la palabra cuestionario proviene del latín *quaestionarius*, que significa “lista de preguntas”).

En el contexto de la evaluación educacional, este instrumento es útil para recoger de manera estandarizada información sobre características de una población de interés, así como para medir opiniones, creencias o actitudes. Al igual que en el caso de pruebas de conocimiento, la construcción de un cuestionario implica un diseño cuidadoso que aumente la probabilidad de que la información que se recogerá a través de él sea la correcta. En este cuadernillo se definen los principales pasos para construir un cuestionario: definición del constructo, diseño de la tabla de especificaciones, construcción de preguntas y pilotaje. Para cada una de estas etapas se presentan sugerencias y recomendaciones que permitirán asegurar una mayor calidad de los instrumentos desarrollados.

En algunas ocasiones se utilizan de modo intercambiable los conceptos “diseño de cuestionario” y “diseño de encuesta”. Sin embargo, estrictamente hablando, encuesta y cuestionario no son sinónimos. La encuesta corresponde a una técnica de investigación utilizada principalmente en las Ciencias Sociales, a través de la cual se recolecta información sobre los sujetos para describir, comparar o explicar aspectos como conocimientos, actitudes y comportamientos. Un concepto central de la técnica de encuesta es que, a través de información obtenida de una muestra de individuos, se busca representar a una población (Presser, 1984, en Saris y Galhoffer, 2007).

3.11. Técnica Grupo focal

El grupo focal se caracteriza por ser un grupo de discusión que posibilita el diálogo sobre un asunto en especial, vivido y compartido mediante experiencias comunes, a partir de estímulos específicos para el debate que reciben los participantes. En este sentido, el grupo focal es un proceso dinámico en el que los participantes intercambian ideas, de forma que otros participantes puedan confirmarse o contestarse sus opiniones. Durante la discusión, se percibe una negociación en torno a cuestiones construidas colectivamente. Sin embargo, cabe resaltar que la técnica del grupo focal no busca consensos, de modo que los participantes pueden mantener las opiniones iniciales, cambiarlas, o adoptar nuevas ideas a partir de las reflexiones instituidas en el grupo.

Como ventaja de esta técnica resalta la posibilidad de intensificar el acceso a informaciones sobre un fenómeno, ya que los participantes presentan diferentes miradas, desencadenando la elaboración de percepciones que se mantenían latentes. De esta manera, la producción de datos e *insights* proporcionados por la interacción grupal, la suma de opiniones, sentimientos y puntos de vista individuales difícilmente serían conseguidos fuera de este espacio. El uso de esta técnica beneficia a los investigadores, pues permite el ejercicio de una postura crítica y dialéctica, al promover el inicio de una discusión abierta sobre temas específicos y a veces propiciar la construcción y deconstrucción de conceptos.

Entre los motivos que justifican el uso del Grupo Focal como opción metodológica, destaca la interacción entre los participantes que proporciona el incentivo a respuestas significativas o ideas nuevas, al mismo tiempo que instiga opiniones contrarias. Igualmente, la proximidad de estos con el tema facilita las respuestas, siendo discutido por todos.

La tesis pretende analizar con relación a la eficacia de la intervención psicoeducativa la prevención de trastornos alimenticios entre adolescentes que asisten al centro educativo Bajo los Murillo de la Dirección de Educación de Puriscal, Circuito 02 mediante la técnica de grupo focal como técnica de colecta de datos y del análisis de contenido para organizar los resultados, utilizados en una investigación cualitativa, cuyos sujetos fueron adolescentes de la Dirección Regional de Educación de Puriscal.

Se observó que el grupo focal es una estrategia metodológica viable para ser aplicada en educación, pues valora las experiencias de cada participante, permite la interacción del grupo y el intercambio de experiencias. Se considera que el análisis del contenido es una

técnica capaz de revelar el sentido y significados de estas conversaciones, con el rigor metodológico exigido en la investigación cualitativa. La investigación, además de contribuir al avance del conocimiento en educación, fue agradable para mi persona como investigadora y participantes, pues el grupo focal es un espacio para el diálogo.

3.12. Instrumento guía de preguntas

Las preguntas impulsan la comprensión en diversos campos del saber, y en la enseñanza son un instrumento de suma importancia para desarrollar el pensamiento crítico. Gran parte de la labor docente radica en generar escenarios de cuestionamiento y formulación de preguntas personales en torno a los temas de un área disciplinar determinada. La conducción apropiada de las preguntas por parte del docente:

Estimula la actividad cognitiva de los estudiantes.

Permite un espacio para monitorear el nivel en que los estudiantes están comprendiendo un contenido determinado.

Permite orientar el razonamiento.

Ayuda a los estudiantes a que fijen su atención en las ideas centrales.

Para que la estrategia sea bien aprovechada, el docente debe tener en cuenta que:

a) la formulación de preguntas requiere un proceso sistemático de diálogo con los estudiantes.

b) es necesario generar un ambiente de confianza para que los estudiantes respondan.

c) las preguntas no deben ser numerosas, y es mejor privilegiar la calidad a la cantidad.

Pueden usarse para favorecer el desarrollo de competencias de cualquier índole, ya que activan dominios cognitivos de cualquier nivel taxonómico. El uso de esta técnica puede utilizarse para diversos objetivos, orientados a desarrollar los procesos cognitivos asociados al ciclo del aprendizaje. Para ello, deberá definirse claramente qué se espera potenciar y, de este modo, elegir el tipo de preguntas apropiado para ello.

Pueden utilizarse en cualquier momento de la clase, al inicio, si son preguntas guía o bien de conocimiento, y se orientan a la activación de conocimientos previos y definición de los objetivos de la clase. Durante el desarrollo, si son del tipo literales o exploratorias, o bien,

de conocimiento o razonamiento, si se orientan a analizar una problemática o describir nuevos contenidos. Y al momento de cerrar la clase, si son preguntas guía, literales o de conocimiento, que permitan concluir las temáticas abordadas durante la clase.

3.13 Validación del instrumento.

La validez de una investigación se reflejará en la medida en que sus resultados representen de manera completa, clara y representativa la realidad o situación en estudio (Martínez, 2016).

Por otra parte, Streiner y Norman (2000, citados por Martínez, 2016), indican en relación con la validación de un instrumento de investigación cualitativa, que la calidad de este tipo de estudios cualitativos se puede conceptualizar como el nivel de robustez o rigor de sus resultados.

En este sentido, se puede deducir que la forma en que se concibieron y realizaron permite confiar en que sus resultados no están sesgados y que ofrecen una respuesta precisa a la pregunta del objetivo de la investigación.

En esta investigación, se estableció que la creación de una guía de preguntas para el encargado legal como instrumento de investigación se justifica por los principios de validez y calidad en la investigación cualitativa. Esta guía se respalda al proporcionar un enfoque metódico y riguroso para la recopilación de datos, lo que contribuye a elevar la confiabilidad y la representatividad de los resultados.

Además, su empleo contribuye a cumplir con los estándares de excelencia en la investigación cualitativa, al garantizar la robustez y solidez de la metodología utilizada; tres profesionales en ciencias de la salud verificaron dicho instrumento, 2 licenciados en Educación y una persona masculina ajena a la investigación para verificar su comprensión y validez.

3.14 Triangulación

Se hace referencia a la utilización de la triangulación en el presente estudio, ya que implica la combinación de diversas fuentes de datos en un único proceso de investigación. En general, esta práctica implica integrar datos obtenidos mediante observación, entrevistas

y documentos escritos. La triangulación se emplea como una estrategia para mitigar posibles sesgos de la persona investigadora y para confrontar y someter a un control recíproco las afirmaciones realizadas por los diferentes participantes en el estudio. Identificar los factores de protección con relación a la prevención de posibles trastornos alimenticios entre personas adolescentes que asisten al centro educativo Bajo los Murillo de la Dirección Regional de Puriscal, durante el primer trimestre del año 2024.

De este modo, Sampieri, Fernández y Baptista (2006), indican que la técnica de triangulación de datos, la cual, según la descripción, proporciona una perspectiva completa, diversificada y altamente enriquecedora. Este proceso se basa en la utilización de múltiples fuentes y métodos de recolección de datos, lo que permite la verificación y la comparación de los datos obtenidos para determinar su concordancia o discrepancia. Por otra parte, se enfatiza la relevancia de la obtención de una mayor profundidad y riqueza en los datos, especialmente cuando provienen de actores involucrados en el proceso y se recopilan de diferentes fuentes mediante técnicas de recolección de datos (Sampieri, Fernández y Baptista, 2006).

3.15 Consideraciones éticas

El consentimiento informado es un procedimiento en el que una persona que cumple con los requisitos de competencia física, mental y ética expresa explícitamente su decisión de participar en una investigación, considerando las circunstancias y condiciones que implica, y demuestra la capacidad de comprender riesgos y beneficios y las posibles consecuencias o desafíos que puedan surgir. Este proceso se origina en la relación profesional entre el investigador y el individuo, en la cual la persona manifiesta su voluntad y ejerce su autonomía al aceptar o rechazar la participación en una investigación (Carrasco, Rubio y Fuentes; 2012).

Para entrevistar en este estudio, se solicitó la autorización a cada estudiante de la institución correspondiente. Además, se coordinó de manera eficaz con las personas participantes la programación de las actividades.

Paralelamente, se preparó un consentimiento informado detallado que abordaba aspectos esenciales del proyecto, que incluye su propósito, los objetivos que se perseguían, así como los posibles riesgos y beneficios asociados a su participación. Se destacó

explícitamente el derecho de los participantes de retirarse de la investigación en cualquier momento sin consecuencias adversas.

Asimismo, se subrayó la confidencialidad del estudio, al asegurar la protección de la identidad de las personas participantes mediante el uso de seudónimos para garantizar la privacidad de la información suministrada.

CAPÍTULO IV:
ANÁLISIS DE DATOS

Capítulo IV Análisis de Resultados.

En esta sección se detalla el proceso de análisis de la información derivada de las entrevistas en profundidad de tipo encuesta. Estas entrevistas han sido fundamentales para evaluar la posible influencia y riesgo que tienen los preadolescentes de sufrir algún trastorno de conducta alimenticia en el centro educativo Bajo los Murillo.

Además, se incluyen en este análisis las características de las personas participantes expuestas en el capítulo anterior, ya que son de gran relevancia para comprender la experiencia de este grupo de participantes, incluyendo aspectos como la duración de sus procesos de recuperación de adicciones, profesiones, entre otros.

4.1 Codificación de las personas participantes de la investigación.

Como se mencionó en secciones anteriores, dado el carácter del grupo de las personas participantes en la investigación, pertenecientes a un grupo de estudiantes preadolescentes, se optó por usar una codificación específica para interpretar la información. Los resultados del análisis fueron codificados con la letra “E y D” y números ordinales; lo que facilita la triangulación de los datos obtenidos.

Tabla # 4 Códigos asignados a las personas participantes

Pseudónimo	Edad	Código asignado
Estudiante 1	9	E1
Estudiante 2	13	E2
Estudiante 3	12	E3
Estudiante 4	13	E4
Estudiante 5	9	E5
Estudiante 6	12	E6
Docente 1	36	D1
Docente 2	40	D2

Nota: Elaboración propia, (2024).

Para estructurar la información, se presentan tablas con las categorías y subcategorías y las respuestas a cada interrogante de la entrevista. Estas tablas facilitan la interpretación y el análisis de los resultados por parte de la persona investigadora.

Tabla # 5 Categorización según guía de preguntas

Subcategoría	Instrumentación	Aporte de la persona
Conocimientos de tema de trastornos de conducta alimenticia	¿Podría explicar con sus propias palabras que es la anorexia?	E1: Es una enfermedad mental E2: Es una enfermedad que tiene que ver con la alimentación. E3: Un trastorno de alimentación, la persona siente miedo de engordar y por eso no comen E4: Es una enfermedad que sufre un paciente que cree estar gordo E5: Trastorno alimenticio E6: Persona que sufre de un trastorno alimenticio, persona que sufre por su físico. D1: Enfermedad psiquiátrica que hace que la persona se sienta gorda D2: Trastorno alimenticio que altera la percepción del físico.
Reconocimiento de Síntomas relacionados a los trastornos de conducta alimenticia	¿Puede mencionar algún síntoma que se asocie con la anorexia?	E1: Depresión, vómitos E2: Temor a aumentar de peso, problemas emocionales E3: La depresión E4: El vómito E5: El miedo a aumentar de peso E6: Depresión no estar seguro de su cuerpo D1: Miedo a subir de peso D2: Alteración de percepción del físico
Identificación de riesgos en la salud provocados por los trastornos de conducta alimenticia	¿Cuántas comidas diarias realiza? ¿Mantiene horarios estables de alimentación u omite alguno?	E1: Dos diarias E2: Más de tres diarias E3: Más de tres diarias E4: Más de tres diarias E5: Tres diarias E6: Más de tres diarias D1: Más de tres diarias

	<p>¿Has vomitado, usado laxantes, diuréticos, u otro tipo de productos con el objetivo de “controlar” tu peso?</p>	<p>D2: Tres diarias</p> <p>E1: Horarios normales E2: Horarios normales E3: Horarios normales E4: Horarios normales E5: Siempre son irregulares E6: Horarios normales D1: Horarios regulares D2: No siempre</p> <p>E1: No E2: No E3: No E4: No E5: No E6: No D1: Sí Productor macrobióticos D2: Sí Metformina</p>
<p>Participación en grupos de apoyo</p>	<p>¿Considera importante que los centros educativos se preocupen por este tema y lo valoren con el estudiante y su familia?</p> <p>¿Crees que la educación en nutrición y bienestar emocional desde la infancia puede prevenir la aparición de trastornos alimenticios? ¿Por qué?</p> <p>¿Crees que es importante visibilizar y concientizar sobre los trastornos alimenticios en nuestra sociedad?</p>	<p>E1: Sí me parece información importante para los estudiantes E2: Sí muy importante la información E3: Sí E4: Sí es muy importante que sea así E5: Sí E6: Sí D1: Sí, es un tema muy importante para los estudiantes D2: Es un tema de suma importancia</p> <p>E1: Sí lo creo porque desde la infancia aprenden los buenos hábitos E2: Sí porque sería de mucha ayuda E3: Sí porque así aprendemos a tener hábitos saludables, nos sentimos mejor física y anímicamente.</p>

		<p>E4: Sí porque los niños captan y creen en lo que les enseñan E5: Sí porque uno aprende a comer sano E6: Sí porque en esta etapa es donde uno le va dando seguridad a la mente D1: No siempre, algunas veces se ven influenciados por la sociedad D2: No, ya que eso es en muchas ocasiones para encajar en la sociedad o por la aceptación de sí mismo.</p> <p>E1: Sí es importante E2: Sí E3: Claro entre más sepamos, menos vamos a caer en ese problema E4: Sí E5: Sí E6: Sí D1: Claro que sí, lastimosamente aún hay muchas personas que desconocen el tema. D2: Sí la ayuda profesional para poder prevenir dichos trastornos alimenticios.</p>
<p>Redes de apoyo social y familiar</p>	<p>¿Crees que hay algo que la gente no conozca y deba conocer sobre la enfermedad?</p> <p>¿El acoso de los compañeros puede predisponer a los o las jóvenes a padecer anorexia?</p>	<p>E1: Sí E2: Entre más sepa, mejor digo yo E3: Sí E4: Creo que la gente tiene mucha falta de información sobre este tema y otros importantes. E5: No, creo que es un tema que muchos hablan. E6: Sí D1: Claro, un tema como ese no siempre se tiene toda la información D2: Por lo general muchas personas no conocen a</p>

		<p>fondo el tema y es importante que estén alertas ante cualquier síntoma.</p> <p>E1: Sí, claro que sí. E2: Sí por la burla y bulling a los gorditos. E3: Sí E4: Por supuesto que sí y tal vez buscar una salida en ellos E5: Sí E6: Sí D1: Claro que sí, hay muchos grupos que rechazan a los gorditos, y estos se ven obligados a ponerse en riesgo por encajar en la sociedad. D2: Sí, El acoso constante llega a resultados tales como la anorexia.</p>
<p>Orientación por parte de un profesional de equipo interdisciplinario en cuanto a identificar posibles riesgos de trastornos de conducta alimenticia</p>	<p>¿Crees que la adolescencia es la etapa más vulnerable de la vida a desarrollar trastornos alimenticios? ¿Por qué?</p> <p>¿Crees que existen estereotipos de género relacionados con los trastornos alimenticios? ¿Por qué?</p> <p>¿Usted cree que las personas que padecen estos trastornos alimenticios en las personas de la pueden lograr una recuperación definitiva?</p>	<p>E1: Sí, en la cual son más vulnerables a los malos hábitos porque es la etapa E2: Sí, por el entorno en el que se vive. E3: Sí, por los cambios hormonales que nos afectan en esta edad. E4: Creo que sí, porque es cuando se está haciendo la idea de que es lo que quiere ser. E5: Sí, porque son muy inseguros. E6: Sí, porque quieren aparentar alguien mejor. D1: Sí, porque los adolescentes están en un momento muy importante físicamente D2: Sí, ya que en esta es una etapa de aceptación por lo cual se pueden ver muy influenciados en los cambios físicos.</p>

		<p>E1: Sí E2: Sí, por la sociedad en la que estamos viviendo E3: No, tanto hombres como mujeres lo padecen por que los problemas pueden afectar a ambos. E4: Sí, porque el comercio quiere vender, aunque sea malo no piensan en el bienestar de los adolescentes. E5: Sí, porque en teoría las personas creen que por estar delgadas son saludables y están bien. E6: Sí, porque cada persona vive un mundo D1: Sí, casi siempre se asocia al género femenino D2: No esta enfermedad se puede dar en ambos sexos.</p> <p>E1: Sí, con ayuda profesional si se puede lograr. E2: Pienso que con la ayuda correcta y perseverancia sí se puede. E3: Sí con la ayuda correcta mucho amor, y apoyo sí se logra. E4: Sí con mucha fuerza de voluntad y ayuda de la familia. E5: Sí, pero lleva mucho tiempo. E6: Sí con apoyo familiar y buenos amigos. D1: Claro que sí con el apoyo familiar, y el equipo interdisciplinario se puede lograr D2: Sí con la ayuda de Dios, la familia y los profesionales adecuados.</p>
--	--	--

<p>Trabajar las habilidades sociales y emocionales.</p>	<p>¿Cuál sería tu mensaje para la gente que sufre esta enfermedad?</p>	<p>E1: Buscar ayuda profesional. E2: Que busquen ayuda y se informen más. E3: Que busquen ayuda y empiecen a quererse ellos mismos, que se acepten tal y como Dios los creó. E4: Que busquen la ayuda necesaria con entidades dedicadas al problema. E5: Creo que eso es algo que tratan los psicólogos que lo mejor es que busquen ayuda. E6: Tratarse emocional y psicológicamente. D1: Que tengan fe en ellos mismos, y busquen ayuda D2: Que nada en la vida es imposible que busquen la ayuda necesaria y el apoyo familiar para poder salir de esa enfermedad.</p>
<p>Reconocimiento de la necesidad de buscar de ayuda</p>	<p>¿Crees que la publicidad y los medios de comunicación contribuyen al desarrollo de trastornos alimenticios? ¿Por qué? ¿Cuál sería tu mensaje para la gente que sufre esta enfermedad?</p>	<p>E1: Sí porque publican y promocionan productos que no son buenos para la alimentación. E2: Sí, porque todo debe ser perfecto. E3: Sí, porque muestran una imagen equivocada de salud. E4: Porque piden y exigen requisitos para el trabajo. E5: Sí, porque no todos los cuerpos son iguales E6: Sí, por hacer ver un físico perfecto. D1: Sí, por el deseo de alcanzar un físico imposible D2: Sí claro que sí, ya que ellos venden el físico perfecto y hacen creer a las personas que son imperfectos</p>

		<p>E1: Buscar ayuda profesional. E2: Que busquen ayuda y se informen más. E3: Que busquen ayuda y empiecen a quererse ellos mismos, que se acepten tal y como Dios los creó. E4: Que busquen la ayuda necesaria con entidades dedicadas al problema. E5: Creo que eso es algo que tratan los psicólogos que lo mejor es que busquen ayuda. E6: Tratarse emocional y psicológicamente. D1: Que tengan fe en ellos mismos, y busquen ayuda D2: Que nada en la vida es imposible que busquen la ayuda necesaria y el apoyo familiar para poder salir de esa enfermedad.</p>
<p>Terapia conductual</p>	<p>cognitivo- ¿Cada cuanto se pesa? ¿Hay alimentos que tomas con preocupación o evitas? ¿Controlas excesivamente lo que comes?</p>	<p>E1: Una vez por mes E2: Una vez al año E3: Una vez al año E4: Una vez por mes E5: Una vez al año. E6: Una vez por mes D1: Una vez por mes D2: Una vez al año</p> <p>E1: Sí, algunos. E2: Sí las harinas. E3: Sí E4: Sí las grasas y las bebidas alcohólicas E5: Sí E6: Sí D1: Sí, grasas en exceso D2: Sí, el Dulce</p> <p>E1: No E2: Casi no E3: No</p>

		<p>E4: No tanto, solo lo normal.</p> <p>E5: No</p> <p>E6: Regular</p> <p>D1: Sí</p> <p>D2: Algunas veces</p>
<p>Brindar talleres de autoconocimiento, autoestima y riesgos</p>	<p>¿Considera usted que el peso influye en la felicidad de una persona?</p> <p>¿Cree que la definición de “físico perfecto” se ha tergiversado a través de estándares impuestos por los medios y la moda?</p>	<p>E1: Me parece que sí influye</p> <p>E2: En unas sí y en otras tal vez no.</p> <p>E3: Sí</p> <p>E4: Depende del estado mental que eso tenga.</p> <p>E5: Sí</p> <p>E6: No</p> <p>D1: Depende de si la persona se siente cómodo con su cuerpo</p> <p>D2: No eso es algo meramente Psicológico.</p> <p>E1: Sí lo creo</p> <p>E2: Sí por supuesto.</p> <p>E3: Sí</p> <p>E4: Sí, creo que las personas con tal de tener un empleo en lo que les gusta, hacen cualquier cosa</p> <p>E5: Sí</p> <p>E6: Sí</p> <p>D1: Sí</p> <p>D2: Sí, quieren influenciar a las personas con el famoso 90-60-90</p>

Nota: Elaboración propia, (2024).

CAPÍTULO V:
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Capítulo V. Conclusiones y Recomendaciones

5.1 Conclusiones

Es fundamental seguir concienciando sobre estos trastornos y promover una comprensión más profunda y empática hacia quienes los padecen. La vanidad no es la única causa de los TCA, y es crucial abordarlos desde una perspectiva integral de salud mental y bienestar.

En torno al primer objetivo de la investigación que buscaba reflexionar sobre las posibles estrategias de intervención psicoeducativas en la prevención de conductas de riesgo asociadas con trastornos alimenticios en las personas adolescentes del Centro Educativo Bajo Los Murillo, se extraen las siguientes conclusiones:

Los resultados de la investigación indican que la adolescencia es una etapa crítica en la que las personas suelen iniciar con estándares de belleza muy estrictos, ya que quieren parecerse a el tipo de físico perfecto que todo mundo desea. Esto coincide con la edad en la que la mayoría de las personas participantes iniciaron la adolescencia. Esta fase de desarrollo humano implica cambios biológicos, psicológicos y sociales, lo que influye en la toma de decisiones relacionadas con la apariencia.

Las personas participantes a menudo mencionaron la influencia de sus grupos de pares como un factor determinante en su decisión de apariencia física. El deseo de pertenecer a un grupo fue un motivo recurrente para dicha situación. La influencia de los amigos y la presión social se destacaron como factores significativos.

Las personas participantes poseían percepciones erróneas acerca del físico perfecto, minimizaban los riesgos asociados. Esto sugiere la importancia de proporcionar información precisa sobre los efectos y consecuencias de los trastornos de conducta alimenticia, especialmente durante la adolescencia.

La afectación en la autoestima de las personas participantes parecía estar relacionada con su necesidad de validación por parte de sus grupos de pares. La búsqueda de aceptación y pertenencia influyó en sus decisiones relacionadas con la apariencia.

Las motivaciones son variadas, entre las que se incluyen el deseo de pertenecer a un grupo de pares, autocontrol emocional, y manejo de situaciones difíciles. Estas motivaciones iniciales han contribuido en el desarrollo posterior de estas conductas.

En relación con el segundo objetivo específico que pretendía Determinar la eficacia las posibles estrategias de intervención psicoeducativas en la mejora del autoestima e imagen corporal de las personas adolescentes participantes del Centro Educativo Bajo Los Murillo, se concluye lo siguiente:

La necesidad por encajar en la sociedad ha tenido un impacto significativo en la autoestima y en las relaciones sociales de las personas participantes en este estudio. Estas personas experimentaron una pérdida significativa de sus identidades personales y se encontraron aisladas física y emocionalmente de sus seres queridos, lo que resultó en la afectación de sus relaciones personales más cercanas.

Con respecto al tercer objetivo específico de la investigación que buscaba reconocer factores individuales, familiares y sociales que incidan en la efectividad de las posibles estrategias de intervención psicoeducativas en la prevención de conductas de riesgo asociadas con trastornos alimenticios de las personas adolescentes participantes del Centro Educativo Bajo Los Murillo, en el grupo de personas participantes, se muestran las siguientes conclusiones:

Apoyo social y soporte familiar como factores protectores. Las personas participantes destacaron que el apoyo de sus familias, amigos y profesores ha sido fundamental para la prevención de los trastornos de conducta alimentaria, especialmente en el periodo inicial.

La familia desempeñó un papel crucial en la reintegración social al proporcionar apoyo emocional y satisfacer las necesidades básicas de las personas participantes.

Los grupos de amigos se han convertido en factores de protección clave para este grupo, lo que contribuye a la mejora de la calidad de vida y bienestar emocional.

La participación en grupos de ayuda, con equipo interdisciplinario como docentes, enfermeras, orientadores, médicos, nutricionistas, motivaron la necesidad de prevenir riesgos en la salud, la familia y el apoyo de los seres queridos. Estos grupos proporcionan un sentido de acompañamiento, comprensión y oportunidades de aprendizaje mutuo, lo que ha ayudado a las personas participantes a superar momentos difíciles y mantenerse con buena autoestima.

La participación de equipos interdisciplinarios ha mejorado la capacidad de los participantes para compartir talleres y ofrecer consejos valiosos son de gran importancia para prevenir los trastornos de la conducta alimentaria.

Las personas participantes han desarrollado habilidades de comunicación asertiva, toma de decisiones informadas, autoconocimiento, y la capacidad de pedir ayuda. Estas habilidades les han ayudado a mantener la autoestima, mejorar sus relaciones y enfrentar desafíos. El fortalecimiento de estas habilidades es crucial en la prevención de riesgos de trastornos alimenticios y en la promoción de un estilo de vida saludable.

Por último, en cuanto al objetivo final de la investigación que consistió diseñar un programa preventivo de conductas de riesgo asociadas con trastornos alimenticios de las personas adolescentes del Centro Educativo Bajo Los Murillo, se tienen las siguientes conclusiones:

Brindar talleres que fortalezcan la aceptación tal como somos sin necesidad de cambiar para encajar en la sociedad, estos procesos son dinámicos y evolucionan a lo largo de la vida de una persona, lo que subraya la importancia esclarecer, adaptar de forma continua los proyectos de vida.

La importancia de esclarecer el autoconocimiento para favorecer la autoeficacia. La autoeficacia, o la creencia de que uno puede llevar a cabo una conducta necesaria para lograr ciertos resultados, es un factor crucial en la prevención de los trastornos. Ayuda a las personas a evaluar si pueden superar con éxito situaciones de riesgo.

La toma de decisiones es esencial en la prevención de riesgos asociados a los trastornos alimenticios. Antes de caer en un trastorno de conducta alimenticia, las personas se enfrentan a momentos críticos de elección, y el resultado depende de las decisiones que toman. La Orientación puede desempeñar un papel importante en ayudar a las personas a desarrollar habilidades de toma de decisiones conscientes e informadas.

La Orientación también puede ayudar a las personas a identificar situaciones o estímulos de riesgo que pueden aumentar la vulnerabilidad. Estos pueden ser tanto intrapersonales (emocionales) como interpersonales (conflictos interpersonales, presión social, entre otros).

5.2 Recomendaciones.

Para las personas profesionales en educación:

- Fomentar el abordaje conjunto de las fortalezas individuales, la exploración de oportunidades y la toma de decisiones en la elaboración del proyecto de vida como una estrategia preventiva clave al abordar el tema de autoestima y trastornos de conducta alimenticia y su riesgo, desde edades tempranas.
- Fomentar el trabajo escolar en las instituciones para una mejor captación de jóvenes en riesgo con trastorno de conducta alimentaria.
- Activar las redes comunitarias e interinstitucionales, instancias del gobierno local y no gubernamentales que velen por el bienestar y la seguridad de la niñez y adolescencia, creando políticas de salud pública y educacionales dirigidas a fomentar los valores y prevenir la obesidad con un programa de estilos de vida saludables.
- Mostrar sensibilidad y ética profesional en el abordaje de las necesidades familiares, académicas, económicas, de seguridad y sociales que enfrentan las personas con baja autoestima
- Enfatizar dentro de cada proceso de Orientación la importancia de la autoestima para fortalecer el autoconocimiento y autoeficacia, que permita a las personas desarrollar la aceptación en la vida.
- Explorar oportunidades de capacitación, información y desarrollo personal, académico, laboral, económico, cultural y social, con un enfoque especial de aceptación de nuestro físico sin importar los estereotipos del físico perfecto.

A las Escuelas públicas y privadas:

- Incorporar el tema de valerme por mí mismo y no ser influenciado por los demás en temas de aceptación. Para equipar a los profesionales educativos con las herramientas necesarias para abordar esta situación de manera efectiva.
- Fomentar un ambiente educativo inclusivo y de apoyo, donde las personas estudiantes se sientan aceptados y valorados tal como son y no por imitación o aceptación de otras personas.

- Proporcionar un acceso sencillo y confidencial a servicios de Orientación para la comunidad educativa y sus familias, para brindarles un recurso de apoyo para enfrentar situaciones de riesgo o problemas de trastornos de conducta alimenticia y otorgarles un espacio seguro donde pueden abordar sus inquietudes y recibir orientación de manera confidencial.

A la comunidad y población en general:

- Hacer un llamado a las autoridades de salud del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, y a los padres de familia sobre la real existencia de este tipo de trastornos de la conducta alimentaria en Costa Rica y establecer pautas de tamizaje y líneas de acción.

- Alertar a las instituciones educativas sobre la presencia de estos trastornos en las poblaciones estudiantiles jóvenes y prestar atención a las poblaciones con mayor riesgo para su pronta detección y evitar complicaciones.

- Estimular la formación de grupos de ayuda y el fortalecimiento de los ya existentes para mejorar la cobertura y la calidad de orientación que se provee en éstos. 5. A las facultades de medicina, a capacitar de una manera más profunda y extensa sobre el diagnóstico y tratamiento inicial de los TCA.

- Recordar el carácter multidisciplinario del manejo de este tipo de trastornos, por lo tanto, facilitar la interconsulta de los diferentes especialistas implicados como en la medicina pública como en lo privado.

- Instar a los padres de familia a mejorar la comunicación con los adolescentes para detectar estos trastornos temprano y buscar ayuda oportuna. Haciendo énfasis en que el involucramiento familiar es un pilar fundamental para una resolución adecuada.

- Hacer conciencia en los jóvenes que en la búsqueda de un peso o una figura corporal “ideal”, puede conllevar a prácticas contraproducentes para la salud y que puede incluso llevarlo a padecer Trastornos de la conducta alimentaria, y en muchos de los casos sin estar conscientes de ello. 9. A los medios de comunicación social, hacerles un llamado para que regulen la información que promueva un estereotipo de figura corporal o peso “ideal”, que podría incitar la búsqueda y a largo plazo tener efectos deletéreos en la salud de los niños y adolescentes

- Continuar proporcionando un ambiente de apoyo, que promueven la prevención de trastornos alimenticios.

- Ofrecer talleres y actividades que ayuden a desarrollar habilidades de comunicación asertiva, gestión efectiva emocional y toma de decisiones, lo que fortalecerá la buena autoestima y así una vida saludable,

- Respetar y apoyar las prácticas espirituales de los participantes y sus familiares.

- Favorecer la participación de la comunidad en talleres de prevención y orientación de situaciones que se relacionen a los trastornos de conducta alimenticia.

CAPÍTULO VI:
BIBLIOGRAFÍA

Capítulo V1. Bibliografía

Referencias

American Psychiatric Association. (2014). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5), 5 Ed. Madrid, España: Editorial Médica panamericana.

<https://www.federaciocatalanatdah.org/wp-content/uploads/2018/12/dsm-manualdiagnosticoyestadisticodelostrastornosmentales-161006005112.pdf>

Angulo, J. F. (1990). Etnografía y curriculum. *Revista Psicodidáctica*. Universidad de Granada. https://granatensis.ugr.es/discovery/fulldisplay?docid=alma991007585119704990&context=L&vid=34CBUA_UGR:VU1&lang=es&adaptor=Local%20Search%20

Arija-Val. V, Santi-Cano M.J , Novalbos-Ruiz J.P , Canals J , Rodríguez-Martín A. (2022) epidemiología y factores de riesgo de los trastornos de la conducta alimentaria caracterización, epidemiología y tendencias de los trastornos de la conducta alimentaria. *nutr. hosp. vol.39* caracterización, epidemiología y tendencias de los trastornos de la conducta alimentaria (isciii.es)

Blasco, J. E., Pérez, J. A. (2007): —Metodologías de investigación en las ciencias de la actividad física y el deporte: ampliando horizontes. Editorial Club Universitario. España. <https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/12270/1/blasco.pdf>

Educo.org España (2024) que-es-la-intervención-psicoeducativa-beneficios
<https://www.educo.org/blog/que-es-la-intervencion-psicoeducativa-beneficios>

Fred K. Berger, MD, addiction and forensic psychiatrist, Scripps Memorial Hospital, La Jolla, CA. Also reviewed by David C. Dugdale, MD, Medical Director, Brenda Conaway, Editorial Director, and the A.D.A.M. Editorial team. Anorexia: MedlinePlus enciclopedia médica

Suarez, N; Sáez, J y Meló, J (2016) Elementos esenciales del diseño de la investigación. Sus características. *Revista Dominio de las Ciencias* ISSN: 2477-8818 Vol. 2, núm. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5802935>

Tamayo, G (2001) Diseños muestrales en la investigación. *Revista semestre económico vol. 4, No. 7.* <https://revistas.udem.edu.co/index.php/economico/article/view/1410>

Taylor, S. y Bogdan, R (1989). Introducción a los métodos cualitativos de investigación. Paidós, Barcelona. <https://pics.unison.mx/maestria/wpcontent/uploads/2020/05/Introduccion-a-Los-Metodos-Cualitativos-de-Investigacion-Taylor-S-J-Bogdan-R.pdf>

Universidad De Costa Rica. (2008) Vicerrectoría De Investigación Comité Ético Científico Fórmula De Consentimiento Informado. <https://psico.ucr.ac.cr/images/Documentos/TFG/ConsentimientoInformado.pdf>

CAPÍTULO VII:

APÉNDICES

 Elaborado por: Departamento de Investigación	UNIVERSIDAD CENTRAL INSTRUCTIVO DE MODALIDAD TRABAJO FINAL DE GRADUACIÓN (TFG)			Código DIPG-IN-03
	Aprobado por: Departamento de Investigación	Fecha de Emisión: 15/02/2020	Fecha de Aprobación:	Versión 3

Capítulo V11. Apéndices

7.1 Apéndice A. Instrumento

Encuesta dirigida a los padres o encargados legal de los estudiantes que asisten al centro
Educativo Bajo los Murillo de Mercedes Sur de Puriscal

PARA LA INVESTIGACIÓN

El análisis sobre la eficacia de la intervención psicoeducativa en la
prevención de trastornos alimenticios adolescentes que asisten al centro
educativo Bajo los Murillo de la Dirección de Educación de Puriscal, Circuito 02.



NOTA: La información brindada es confidencial

Lea cuidadosamente y responda con total sinceridad las siguientes preguntas de forma individual

1. ¿Cuál es su género?

- Masculino
 Femenino
 Indefinido

2. ¿Cuál es la edad del estudiante que representa?

- 9 años
 10 años
 11 años
 12 años
 13 años
 14 años

3. ¿Podría explicar con sus propias palabras que es la anorexia?

4. ¿Puede usted mencionar algún síntoma que se asocie con la anorexia?

5. ¿Por qué considera necesario mantener una dieta balanceada y variada?

6. ¿Qué comidas diarias realiza?

- Solo una
- Dos diarias
- Tres diarias
- Mas de tres diarias

7. ¿Qué tipo de alimentos excluye en su alimentación?

8. ¿Mantiene horarios estables de alimentación u omite alguno?

9. ¿Qué tipo de ejercicios practica en forma saludable?

10. ¿Cada cuanto se pesa?

- Todos los días
- Una vez por semana
- Una vez por mes
- Una vez al año

11. ¿Qué opina de las dietas en adolescentes?

12. ¿Considera importante que los centros educativos se preocupen por este tema y lo valoren con el estudiante y su familia?

13. ¿Considera usted que el peso influye en la felicidad de una persona?

14. ¿Cuál es su opinión sobre los estándares de belleza para el modelaje profesional?

15. ¿Cree que la definición de “físico perfecto” se ha tergiversado a través de estándares impuestos por los medios y la moda?

16. ¿Hay alimentos que tomas con preocupación o evitas?

17. ¿Controlas excesivamente lo que comes?

18. ¿Has vomitado, usado laxantes, diuréticos, u otro tipo de productos con el objetivo de “controlar” tu peso?

19. ¿Crees que hay algo que la gente no conozca y deba conocer sobre la enfermedad?

20. ¿Controlas excesivamente lo que comes durante el día?

21. ¿Considera que el modelo de delgadez que impera en la sociedad influye en este problema?

22. ¿Crees que la publicidad y los medios de comunicación contribuyen al desarrollo de trastornos alimenticios? ¿Por qué?

23. ¿Crees que la adolescencia es una etapa de la vida más vulnerable a desarrollar trastornos alimenticios? ¿Por qué?

24. ¿Crees que la educación en nutrición y bienestar emocional desde la infancia puede prevenir la aparición de trastornos alimenticios? ¿Por qué?

25. ¿Crees que es importante visibilizar y concientizar sobre los trastornos alimenticios en nuestra sociedad?

26. ¿Crees que existen estereotipos de género relacionados con los trastornos alimenticios? ¿Por qué?

27. ¿El acoso de los compañeros puede predisponer a los o las jóvenes a padecer anorexia?

28. ¿Qué considera acerca de las dietas en los adolescentes?

29. **¿Cuál sería tu mensaje para la gente que sufre esta enfermedad?**

30. **¿Usted cree que las personas que padecen estos trastornos alimenticios en las personas de la pueden lograr una recuperación definitiva?**

¡Muchas gracias por tomarse el tiempo para completar la encuesta!
Con su ayuda lograremos una sociedad más sana.