



COMILLAS
UNIVERSIDAD PONTIFICIA

ICAI

ICADE

CIHS

FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS Y
SOCIALES

**Adolescencia, familia y trastornos de la conducta
alimentaria en la era digital: factores de riesgo, protección
y propuestas preventivas desde un enfoque
transdiagnóstico**

Autor/a: Andrea Rodrigo Lou

Director/a: Elisa Hormaechea García

Madrid

2025/2026

1. Introducción.....	3
1.1 Presentación del tema y relevancia del estudio.....	3
1.2 Prevalencia, evolución y consecuencias socioeconómicas.....	4
1.3 La familia como agente preventivo en la era digital: originalidad.....	4
1.4 Objetivos.....	5
1.5 Metodología de la investigación.....	6
2. Marco teórico.....	7
2.1 Definición, conceptualización y visión transdiagnóstica.....	7
2.2 Profundización en los factores compartidos.....	8
2.2.1 Limitaciones del enfoque centrado en síntomas y visión de espectro.....	8
2.2.2 Procesos psicológicos comunes: autoestima y regulación emocional.....	9
2.2.3 Factores compartidos: trauma, perfeccionismo, neurocognición y biología.....	10
2.3 La adolescencia como etapa de riesgo.....	12
2.3.1 Factores neurobiológicos y emocionales.....	12
2.3.2 Imagen corporal y desarrollo puberal.....	13
2.3.3 Presión sociocultural e influencia de género.....	14
2.3.4 El ecosistema digital y la vulnerabilidad algorítmica.....	15
2.4. La familia como pilar.....	17
2.4.1 Modelos familiares de riesgo y protección.....	18
2.4.1.1 Modelos clásicos y estructurales.....	18
2.4.1.2 Factores de riesgo y protección.....	19
2.4.2 La comunicación y su impacto en el clima familiar.....	20
2.4.3 Rol de hermanos y visión sistémica.....	21
2.5 Modelo multicausal.....	21
3. Evidencia Empírica.....	23
3.1 Edad de inicio y evolución.....	23
3.2 Estudios longitudinales sobre insatisfacción corporal.....	23
4. Plan integral de prevención de TCA en adolescentes.....	25
4.1 Modelos de prevención en Salud Mental: evolución histórica.....	25
4.2 Objetivos del plan.....	26
4.3 Contexto de intervención: Centros de Educación Secundaria.....	27
4.4 Metodología participativa y colaborativa: foco en la disonancia cognitiva.....	27
5. Discusiones y conclusiones.....	29
5.1 Principales hallazgos y limitaciones.....	29
5.2 Limitaciones del estudio y futuras líneas de investigación.....	31
6. Bibliografía.....	32

1. Introducción

1.1 Presentación del tema y relevancia del estudio

Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) constituyen entidades clínicas y psicopatológicas complejas que trascienden la alteración de los hábitos nutricionales. La conducta alimentaria disfuncional representa una expresión psicosomática del dolor emocional. Se caracteriza por un déficit clínico en el procesamiento emocional, una autoestima variable y una significativa carencia de afecto (Lucciarini et al., 2021).

Para entender su alcance actual, esta psicopatología se ubica en la intersección entre la biología y el entorno. En esta dualidad, la adolescencia se constituye como una etapa clave en el desarrollo de la identidad. Según Steinberg (2008), durante la adolescencia el cerebro experimenta un desajuste temporal en el ritmo de maduración. Se abre una ventana de vulnerabilidad biológica, lo que hace al adolescente particularmente permeable a su entorno. En esta etapa, el adolescente busca validación externa, un proceso que en la actualidad ocurre principalmente en entornos digitales. Estos medios sociales tradicionales han evolucionado, ahora se habla de públicos en red, que, tal y como los define Boyd (2014), son entornos colectivos que han sido reestructurados por las tecnologías. En dichos lugares, la identidad se expresa, negocia y construye bajo nuevas lógicas tecnológicas (Boyd, 2014). En este contexto, los trastornos se ven intensificados por las nuevas dinámicas y lógicas de retención del entorno digital, las cuales facilitan la propagación de estos trastornos (Center for Countering Digital Hate, 2022).

La relevancia clínica, social y política de esta investigación radica en que los TCA tienen una de las tasas de mortalidad más altas entre los trastornos psiquiátricos. Concretamente, la cronicidad en los TCA, se da en alrededor del 20% de los TCA y supone un factor de riesgo para la supervivencia del paciente, pues esta provoca la muerte en una de cada diez casos (Aranda Reig y Ortiz Moreno, 2023; Real Academia Nacional de Medicina de España, 2024). Esto se debe a las complicaciones físicas causadas por la desnutrición y al alto riesgo de suicidio (Real Academia Nacional de Medicina de España, 2024; Aliaga-Tinoco y Cruzado, 2020). Dada la gravedad de la situación y el impacto del contexto actual, resultaría interesante ir más allá de la perspectiva individual del paciente.

Este Trabajo de Fin de Grado sugiere un enfoque sistémico-ecológico que facilita la

comprensión del adolescente, la familia y el ecosistema tecnológico como partes de un sistema interrelacionado y dinámico, en lugar de considerarlos como entidades separadas (Infocop, 2024; Pastore et al., 2023). Teniendo en cuenta esta perspectiva integradora, esta investigación optará por un enfoque transdiagnóstico. Para ello, se enfocará en los mecanismos psicológicos y síntomas comunes que están en la base de todas las patologías alimentarias, estableciendo un fundamento para una intervención más efectiva y profunda (Arija-Val et al., 2022).

1.2 Prevalencia, evolución y consecuencias socioeconómicas

En España, los trastornos de la conducta alimentaria afectan a entre el 4,1 % y el 6,4 % de los jóvenes de 12 a 21 años, lo que equivale a alrededor de 400.000 personas (Jiménez, 2023). A esta situación clínica se añade el efecto prolongado de la pandemia, que ha provocado un alarmante incremento en los casos subclínicos. Se estima que entre el 11 % y el 27 % de los adolescentes presentan actualmente conductas de riesgo o síntomas iniciales que podrían evolucionar hacia patologías (Haddad et al., 2022).

Los TCA tienen un efecto que va más allá de la consulta médica, ejerciendo una considerable presión tanto en el sistema de salud como en las familias. A diferencia de otras enfermedades agudas, estos trastornos necesitan tratamientos prolongados que a menudo superan los dos años (Instituto Español de Formadores en Salud, 2022) y en una proporción significativa de los casos, la enfermedad puede convertirse en crónica (Aranda Reig y Ortiz Moreno, 2023). El cuidado continuo de un paciente con TCA genera un considerable estrés psicológico en los padres, lo que se conoce como sobrecarga del cuidador. Esta situación impacta negativamente en su salud mental y en su capacidad para equilibrar el trabajo y la vida personal (Sepúlveda et al., 2020). Dada la presión que enfrentan el sistema, la economía y los hogares, parece oportuno centrarse en la prevención en las escuelas, con anterioridad a la manifestación de los síntomas clínicos.

1.3 La familia como agente preventivo en la era digital: originalidad

En este trabajo se pretende llevar el éxito clínico del enfoque familiar a la prevención en las escuelas, un área donde la familia suele ser desatendida. A pesar del consenso clínico que existe respecto al valor de la familia para tratar los trastornos alimentarios (Verdi, 2024), no existen apenas programas escolares que integren activamente la prevención familiar y la alfabetización algorítmica.

Las dinámicas de prevención en el entorno familiar se han transformado de manera integral, obligando a los padres a actuar como mediadores frente a redes sociales que, a menudo, potencian las inseguridades de sus hijos (Moreno-Carmona et al., 2022). La literatura recoge que una comunicación eficaz y un uso consciente de las pantallas actúan como un factor protector frente al rechazo corporal (Observatorio Nacional de Tecnología y Sociedad, 2023). Pero en la práctica no es tan sencillo, pues establecer límites con el móvil deja un vacío digital que las familias a menudo no tienen herramientas para gestionar. En este escenario, existe una escasez de estudios y guías prácticas en español que enseñen a los adultos cómo desenvolverse en este nuevo contexto (Fundación Cibervoluntarios, 2024; Save the Children, 2024). Por esa razón, este Trabajo de Fin de Grado articula una propuesta teórica de prevención derivada de la investigación.

La originalidad de este trabajo radica en anticiparse al diagnóstico de un TCA a través de un marco preventivo, donde el adolescente y su entorno asuman un papel protagonista. Esto se debe a que la práctica clínica tradicionalmente ha estado centrada en el tratamiento de los síntomas una vez instaurado el trastorno alimentario (Ruiz Lázaro, 2022). En un contexto digital que modifica la percepción que los adolescentes tienen de la realidad, capacitar a las familias en educación mediática supone la vía de intervención más eficaz frente a los riesgos tecnológicos. Este enfoque quiere entender cómo construyen los menores su autoimagen en un contexto digital y proporcionarles herramientas para gestionarlo (Moreno-Carmona et al., 2022).

1.4 Objetivos

Objetivo general

Entender cómo el entorno personal, familiar y social influye en el desarrollo de un TCA en el ámbito digital, para posteriormente realizar una revisión bibliográfica de los planes de prevención que trabajen de manera conjunta en el ámbito escolar y familiar, con el fin de reducir la incidencia clínica.

Objetivos específicos

1. Reconocer qué variables actúan como factores de riesgo y protección frente a los TCA, siguiendo un enfoque biopsicosocial¹ y transdiagnóstico.
2. Estudiar las dinámicas familiares en el desarrollo del TCA, para entender qué factores suponen un riesgo y cuáles son clave para su prevención.
3. Comprender cómo el entorno digital y los cánones de belleza influyen en la autoestima de los jóvenes y en su vulnerabilidad emocional.
4. Diseñar un programa teórico de prevención de TCA, centrado en el ámbito escolar y familiar, orientado a evitar la intervención clínica mediante una metodología participativa y establecer indicadores que permitan medir la eficacia de dichas acciones preventivas.

1.5 Metodología de la investigación

La búsqueda de información para el trabajo se realizó desde septiembre de 2025 hasta marzo de 2026. Para obtener esta información, se llevaron a cabo búsquedas en Google y en bases de datos académicas como Google Scholar, PubMed, ScienceDirect, Dialnet y Scielo. Se emplearon palabras clave tanto en español como en inglés para encontrar los datos necesarios, destacando términos como “TCA”, “familia”, “prevención”, “transdiagnóstico” y “redes sociales”. A la hora de seleccionar los estudios más pertinentes, se establecieron criterios de inclusión. Los artículos y guías clínicas incluidas, entre ellas el Programa Zarima, han sido publicados en los últimos quince años en la mayoría de los casos, para garantizar que sean fuentes actuales. En casos donde las fuentes se consideran fiables y útiles, se han utilizado fuentes más antiguas.

Los estudios generalmente centran su atención en la etapa de la adolescencia. Se buscaron también investigaciones que abordaran el impacto del entorno digital o familiar, desde un punto de vista preventivo. Se excluyeron estudios centrados exclusivamente en población adulta, artículos a los cuales no se pudo tener acceso al texto completo y aquellas publicaciones sin fecha. Tras la búsqueda en dichas bases de datos, se identificaron más de 120 artículos. El cribado se realizó mediante la evaluación de los resúmenes, descartando

¹ Enfoque clínico integrador que considera que la enfermedad surge de la interacción entre la biología, la psicología y el entorno social del individuo (Ruiz Lázaro, 2022).

aquellos artículos que no cumplían los criterios mencionados. Los informes seleccionados tras esta fase se incluyeron de manera definitiva para esta revisión bibliográfica.

2. Marco teórico

2.1 Definición, conceptualización y visión transdiagnóstica

El DSM-5² agrupa estos diagnósticos en la sección titulada Trastornos de la conducta alimentaria y de la ingesta de alimentos. Los trastornos de la conducta alimentaria se definen por una modificación duradera en los hábitos relacionados con la alimentación, lo que provoca alteraciones severas en la ingesta o en la asimilación de alimentos. Estas condiciones tienen un impacto grave que afecta a la salud física y al bienestar psicosocial del individuo. (Suciu y Crişan, 2020).

El DSM-IV establecía criterios diagnósticos demasiado estrictos, lo que derivaba en que muchos pacientes fueran diagnosticados con trastornos de la conducta alimentaria no especificados, comprometiendo así su precisión y utilidad en la práctica clínica. Con el fin de abordar esta cuestión, la revisión del DSM-5 amplió los criterios diagnósticos para incluir síntomas menos severos, lo que facilitó una detección más temprana y disminuyó drásticamente el uso de categorías inadecuadas (Vo et al., 2017; Serrano-Troncoso et al., 2017). De igual manera, esta actualización incluyó los trastornos de inicio en la infancia en una categoría general (Vo et al., 2017).

En cuanto a su descripción clínica, los trastornos de la conducta alimentaria abarcan distintas categorías clínicas, que se definirán de manera breve. La anorexia nerviosa implica una restricción severa de la ingesta, lo que provoca un peso significativamente bajo y un miedo intenso a engordar (American Psychiatric Association, 2013). La bulimia nerviosa se define por atracones recurrentes con pérdida de control, seguidos de conductas compensatorias para evitar ganar peso (Celis Ekstrand y Roca Villanueva, 2011). El trastorno por atracón comparte esta ingesta compulsiva, pero carece de conductas compensatorias (American Psychiatric Association, 2013). La pica consiste en ingerir sustancias no nutritivas. El

² Acrónimo del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) editado por la Asociación Estadounidense de Psiquiatría (American Psychiatric Association, 2013). Es la principal guía clínica utilizada a nivel mundial para el diagnóstico en salud mental.

trastorno de rumiación implica la regurgitación repetida de alimentos. El trastorno de evitación o restricción de la ingesta (ARFID) supone una falta de interés o rechazo sensorial hacia la comida (Suciu y Crişan, 2020). Los casos clínicos graves que no cumplen con los estrictos criterios de diagnósticos anteriores se clasifican como trastornos especificados (OSFED) y no especificados (UFED) (Ramírez, 2024).

2.2 Profundización en los factores compartidos

2.2.1 Limitaciones del enfoque centrado en síntomas y visión de espectro

Respaldando el modelo transdiagnóstico, Gómez del Barrio (2018) narra que diferentes formas de TCA representan un mismo trastorno en evolución (Celis Ekstrand y Roca Villanueva, 2011). Por esa razón, al tener elementos comunes, como la sobrevaloración de la imagen, en este trabajo, se hablará de TCA como conjunto y no de trastornos aislados.

Basarse en categorías tan estrictas, en manuales como el DSM-5, podría limitar la comprensión del TCA. Como advierten Levinson et al. (2024) y Schmidt et al. (2025), esta falta de flexibilidad puede generar diagnósticos inestables, lo que aumenta los falsos negativos y oculta los problemas psicológicos de fondo. Teniendo en cuenta estas limitaciones y apoyándonos en los planteamientos de Fairburn et al. (2003) y Murphy et al. (2010), se observa que conductas aparentemente opuestas, como la restricción extrema y el atracón, nacen de una misma raíz compartida, un factor subyacente que explica la continua transición de estos síntomas a lo largo de la evolución del trastorno. Bajo esta visión integradora que defienden Zanella y Lee (2022), se observa que los mecanismos psicológicos internos que mantienen el trastorno son el verdadero núcleo de la patología.

En el ámbito clínico, los trastornos alimentarios suelen presentar una elevada comorbilidad³ psiquiátrica. Autores como Patiño (2019) y Cañas Vinader (2019) explican que esta convivencia con la depresión, la ansiedad o el trastorno obsesivo-compulsivo⁴ (TOC) responde a una vulnerabilidad con una base compartida. Como se detallará en los siguientes subapartados, esta base común se asienta sobre profundas dificultades de regulación

³ Concepto clínico que define la coexistencia de dos o más trastornos en un mismo paciente (Gómez del Barrio, 2018).

⁴ Es una condición clínica ligada a los trastornos de ansiedad, caracterizada por la presencia recurrente de obsesiones en forma de pensamientos no deseados, rumiaciones y compulsiones que se manifiestan mediante rituales o comportamientos repetitivos (Cañas Vinader, 2019; Patiño, 2019).

emocional, rasgos de perfeccionismo o el impacto de traumas infantiles, donde la comida a menudo se percibe como una vía de escape disfuncional, una dinámica que agrava de manera significativa el pronóstico médico (Cassioli et al., 2022; Pérez Lombardo et al., 2022).

2.2.2 Procesos psicológicos comunes: autoestima y regulación emocional

Si se analiza la base de estos trastornos, se observa que los TCA suelen nacer de deficiencias en las relaciones afectivas tempranas. En este punto, resulta relevante detenerse a explicar el impacto del apego inseguro, el cual se genera cuando los cuidados hacia el menor son impredecibles, impidiendo que el niño vea a sus cuidadores como una fuente de apoyo constante (Garrido-Rojas, 2006). Si a esta inseguridad se le suma una dinámica familiar ambivalente⁵ o fusional⁶, se dificulta la creación de lo que Bowlby (1988/2009) define como una base segura. Al carecer de estrategias eficaces para regular sus emociones, puede llevar a que el adolescente cree una autoimagen negativa, haciendo que la persona busque validar su valor personal a través del control de su cuerpo y peso (Behar y Arancibia, 2014; Espina Eizaguirre, 2005; Faber et al., 2018). La escasez de afecto y de estrategias de afrontamiento da lugar a dos déficits psicológicos clave que incrementan el riesgo y perpetúan la patología, como son la autoestima variable y la dificultad en la regulación emocional (Faber et al., 2018; Obeid et al., 2022).

Los trastornos de la conducta alimentaria generan un ciclo vicioso donde la autoestima variable impacta de forma indirecta a través de la depresión y una elevada insatisfacción corporal (Zanella y Lee, 2022). Esta inestabilidad en la autovaloración genera desconfianza crónica, pues dependen excesivamente de fuentes externas para construir su confianza en sí mismos. En ocasiones, al carecer de una autoimagen robusta frente a una validación externa, el paciente usa el manejo de la ingesta para poder recuperar el control sobre este aspecto (Camacho-Vidal et al., 2023; Lozano-Muñoz et al., 2024). Para frenar este desgaste y evitar interiorizar una imagen negativa, destaca el papel de la autocompasión, ya que brindarse apoyo y comprensión a uno mismo en momentos de sufrimiento actúa como un factor protector determinante que amortigua la relación entre el Índice de Masa Corporal y la enfermedad (Abdoli et al., 2025; Schmidt et al., 2025).

⁵ Patrones relacionales marcados por un apego emocional inestable (Bowlby, 1988/2009).

⁶ Dinámicas vinculares caracterizadas por una sobreinvolucración afectiva que limita la independencia social del menor, creando vínculos familiares simbióticos (Bowlby, 1988/2009).

Una deficiente regulación emocional aumenta el riesgo de sufrir un trastorno alimentario. Algunas estrategias desadaptativas de gestionar los problemas, como la rumiación, la evitación y la represión emocional, están estrechamente asociadas con esta patología (Bazo Pérez y Frazier, 2024). Ante esta incapacidad de gestión, las conductas alimentarias disfuncionales terminan empleándose para tratar de hacer frente a emociones complicadas y aliviar el malestar temporalmente (Abdoli et al., 2025; Obeid et al., 2022; Zanella y Lee, 2022; Dingemans et al., 2017). Así, se busca neutralizar la disforia⁷ y regular el estado de ánimo (Celis Ekstrand y Roca Villanueva, 2011). La dieta restrictiva provoca cambios neurobiológicos, malnutrición y sensaciones de hambre, lo que deriva en un ciclo de ansiedad. Esta privación alimentaria severa quiebra el autocontrol del paciente e instaura el ciclo bulímico, lo que precipita la sobreingesta y genera un sentimiento de culpabilidad que el adolescente trata de compensar mediante purgas para recuperar el control del peso (Gandarillas Grande y Febrel Bordejé, 2000).

2.2.3 Factores compartidos: trauma, perfeccionismo, neurocognición y biología

El trauma en la infancia supone un riesgo ambiental considerable. Barakat et al. (2023) y Górski et al. (2022) asocian los abusos en la infancia, ya sean agresiones físicas, sexuales o emocionales, con un aumento de los trastornos de la conducta alimentaria. En este sentido, se ha identificado una conexión entre la dosis y la respuesta. La diversidad de las experiencias traumáticas y su gravedad multiplican directamente el riesgo (Barakat et al., 2023). A nivel fisiológico, el impacto de estos eventos altera profundamente la respuesta natural del cuerpo frente al estrés (Barakat et al., 2023; Górski et al., 2022). Investigaciones de Barakat et al. (2023) y Culbert et al. (2015) vinculan el abuso en la niñez con alteraciones genéticas en el transportador de serotonina. A esto se suman importantes cambios epigenéticos⁸, como la metilación de ADN (Barakat et al., 2023). Todo ello desregula el funcionamiento del eje hipotalámico-hipofisario-adrenal⁹ (Górski et al., 2022). Como resultado, el adolescente presenta una susceptibilidad biológica mucho mayor ante cualquier estresor futuro, lo que precipita la aparición del trastorno (Barakat et al., 2023).

⁷ Estado psicológico caracterizado por un profundo malestar emocional e insatisfacción (Celis Ekstrand y Roca Villanueva, 2011).

⁸ La epigenética estudia cómo el entorno y los traumas pueden alterar la expresión de los genes. Concretamente, la metilación del ADN es un proceso que controla si se expresa o se suprime un gen sin cambiar su secuencia genética (Barakat et al., 2023).

⁹ Es el sistema neuroendocrino encargado de regular el estrés mediante la liberación de cortisol. En los TCA, someter al cuerpo a dietas muy estrictas afecta este sistema, lo que provoca un aumento en la secreción de corticoliberina y desorganiza el metabolismo del cortisol (Górski et al., 2022).

El perfeccionismo actúa como un rasgo transdiagnóstico en los TCA. Esta vulnerabilidad suele estar presente desde mucho antes del comienzo de la enfermedad y permanece en muchos casos tras la recuperación del trastorno (Culbert et al., 2015). Este rasgo clínico se rige por unos estándares corporales y dietéticos inalcanzables (Gómez del Barrio, 2018). Los pacientes con TCA suelen ignorar las graves consecuencias de esta autoexigencia sobre su salud física y mental (Celis Ekstrand y Roca Villanueva, 2011), impulsados por el objetivo de alcanzar un físico idealizado (Bazo Pérez y Frazier, 2024). Cualquier mínima desviación de las reglas dietéticas desata una severa autocrítica, ya que el adolescente mide su valía personal casi exclusivamente por su capacidad para dominar la ingesta y la figura (Celis Ekstrand y Roca Villanueva, 2011). Las presiones estéticas socioculturales se convierten en un mandato interno, que perpetúa las conductas patológicas (Culbert et al., 2015).

Esta rigidez cognitiva nace de una importante necesidad de control. Según exponen Zanella y Lee (2022), ante situaciones vitales complicadas, el paciente con frecuencia recurre al control del cuerpo para generar la ilusión de que tiene dominio de su vida. Keel y Forney (2013) observan que cuando esta autoexigencia falla, a menudo se provoca la ingesta descontrolada. Este perfil encaja con el perfeccionismo desadaptativo, un rasgo que Algaba-Mesa y Fernández-Marcos (2021) identifican frecuentemente en jóvenes con altas capacidades y vinculan directamente con una mayor vulnerabilidad emocional, depresión y autoestima variable. En la práctica clínica, este patrón supone una barrera enorme. Investigaciones como las de Goulart de Oliveira Leite et al. (2025) confirman que la exigencia extrema deteriora la alianza terapéutica, lo que genera severas dificultades para seguir la intervención y sabotea los resultados del tratamiento.

Los mecanismos principales de los TCA se asientan sobre profundos déficits neurocognitivos que, como se expone en el apartado 2.2.2, dificultan la regulación emocional. En esta línea, Culbert et al. (2015) y Esbenschade y Venegas (2024) detallan que estas carencias están fuertemente ligadas a la personalidad. Estos autores señalan déficits específicos como una marcada rigidez cognitiva, la cual le impide al menor procesar el malestar de forma flexible. A esto se suma un control inhibitorio deficiente y un alto nivel de impulsividad que hace que se reaccione de manera automática, sin capacidad para detenerse y gestionar la conducta (Varela et al., 2023). Ante la falta de recursos, la sintomatología se convierte en un intento

fallido de lidiar con el dolor interno. Esta base del trastorno crea el soporte sobre el que actúan el resto de factores.

Desde un punto de vista neurobiológico, estas alteraciones previas en los circuitos de serotonina, que influyen en el estado de ánimo y la sensación de saciedad, sumadas a desajustes en la dopamina del sistema de recompensas, pueden perdurar incluso después de la recuperación. Esto sugiere que ambas anomalías son rasgos estables que aumentan la predisposición a la ansiedad y perpetúan el trastorno (Rikani et al., 2013). A este punto se suman las nuevas líneas de investigación, que han ampliado el entendimiento biológico al incorporar la microbiota y las hormonas. Se ha detectado disbiosis intestinal¹⁰ en individuos con trastornos de la conducta alimentaria. Ciertas bacterias, como *E. coli*, producen proteínas que simulan la acción de las hormonas reguladoras de la saciedad, una interferencia que desregula el control del apetito y favorece la cronocifación del trastorno (Barakat et al., 2023; Górski et al., 2022).

2.3 La adolescencia como etapa de riesgo

2.3.1 Factores neurobiológicos y emocionales

La adolescencia es una fase de alta vulnerabilidad emocional y alteraciones en la regulación de impulsos, lo que eleva la probabilidad de que surjan trastornos de la conducta alimentaria. Desde un punto de vista biológico, dicha fragilidad se presenta porque durante la pubertad el cerebro experimenta un desajuste temporal en su desarrollo neurobiológico. Según expone Steinberg (2008), este desequilibrio ocurre porque el sistema límbico, encargado de procesar las emociones, se desarrolla primero y se activa demasiado, antes de que la corteza prefrontal, que controla el pensamiento y la autorregulación, termine de madurar. Como consecuencia de esta hiperactivación biológica, los adolescentes experimentan las emociones con una alta intensidad y con escasas herramientas cognitivas para regularlas (Steinberg, 2008).

Como consecuencia de esta inestabilidad emocional, investigaciones longitudinales han señalado que la afectividad negativa, entendida como la propensión a sentir emociones negativas como ansiedad, depresión o ira, es un predictor clave para el desarrollo de TCA

¹⁰ Se trata de un desajuste en la composición natural de los microorganismos que habitan en nuestro intestino. Cuando esta flora se desequilibra, la comunicación del eje intestino-cerebro se altera de manera significativa, impactando a la actividad neuronal, a nuestro estado de ánimo y en la regulación fisiológica del apetito y la saciedad (Barakat et al., 2023; Górski et al., 2022).

(Rohde et al., 2014; Yamamiya y Stice, 2024). Este malestar psicológico en la preadolescencia no solo anticipa trastornos afectivos, sino que también sirve como un indicador temprano de problemas alimentarios, incluso hasta 15 años después (Van Eeden et al., 2021). De este modo, dicha sobrecarga emocional negativa y la ansiedad pueden llevar al adolescente a adoptar conductas como los atracones o las purgas (Yamamiya y Stice, 2024).

Además de esta inestabilidad emocional, el riesgo de desarrollar un TCA se agrava por la interacción de variables neuropsicológicas como la impulsividad y rasgos de personalidad como el perfeccionismo (examinados en el apartado 2.2.3). Esta carga de emociones negativas tan intensa desborda al adolescente y, al combinarse con dicha impulsividad, afecta seriamente a su autoestima y fomenta la búsqueda de alivio instantáneo mediante conductas extremas (Mora et al., 2022; Varela et al., 2023; Yamamiya y Stice, 2024).

2.3.2 Imagen corporal y desarrollo puberal

La adolescencia no solo conlleva cambios neurobiológicos y emocionales, sino que también está caracterizada por transformaciones físicas profundas que funcionan como catalizadores. En la pubertad, distintos factores de desarrollo pueden desencadenar riesgos genéticos previamente latentes. Las hormonas ováricas, como el estradiol, parecen tener un papel en la aparición de trastornos alimentarios, lo que podría ayudar a entender el aumento de casos que se ha dado en mujeres en esta etapa (Culbert et al., 2015). A nivel morfológico, el incremento natural del Índice de Masa Corporal y la acumulación de grasa pueden entrar en conflicto con los estándares estéticos internalizados. El IMC se presenta como un factor de riesgo clave, ya que los desajustes interactúan con la vulnerabilidad emocional del menor, derivando en muchas ocasiones en un TCA (Jebeile et al., 2021; Yamamiya y Stice, 2024).

En la adolescencia media se dispara la insatisfacción corporal, alcanzando su mayor capacidad predictiva (Rohde et al., 2014). Este fenómeno puede entenderse parcialmente a través del Modelo de doble vía de Stice, el cual explica cómo dicho malestar acaba desarrollando la patología (Yamamiya y Stice, 2024). Este modelo postula que la existencia de una presión hacia la delgadez y la asimilación de este ideal generan una profunda insatisfacción con el cuerpo. Desde esta base, el desarrollo del TCA puede tomar dos caminos simultáneos. Por un lado, puede buscar la restricción dietética, el intento de adaptar el cuerpo al ideal y, por otro lado, la vía del afecto negativo, originado por el malestar por no lograrlo.

Ambas rutas retroalimentan el ciclo desadaptativo, culminando en la patología alimentaria (Rohde et al., 2014; Yamamiya y Stice, 2024).

A nivel social, la adolescencia representa una etapa donde la validación externa y el sentimiento de pertenencia son necesidades psicológicas primordiales (Steinberg, 2008). La presión por la imagen se vuelve parte del problema porque el adolescente asocia los cambios corporales naturales con el riesgo a ser rechazado, asumiendo este ideal estético como un requisito para asegurar su aceptación en el grupo y el reforzamiento positivo del colectivo (Barakat et al., 2023; Camacho-Vidal et al., 2023; Canals y Arija Val, 2022; Lozano-Muñoz et al., 2024). El adolescente actual integra sus cambios corporales mientras está construyendo su identidad en un entorno digital (Varela et al., 2023).

2.3.3 Presión sociocultural e influencia de género

Sumado a las transformaciones físicas de la pubertad, el género biológico y los roles sociales vinculados a él son factores demográficos de riesgo. El género femenino se vincula de manera recurrente con una mayor incidencia de trastornos de la conducta alimentaria y puntuaciones más altas en las evaluaciones de riesgo, en comparación con los hombres (D'Anna et al., 2022; van Eeden et al., 2021). En el caso de las mujeres, la presión percibida para cumplir con el ideal y la interiorización del ideal estético son predictores particularmente determinantes para el desarrollo de episodios de sobreingesta y descontrol (Yamamiya y Stice, 2024). Investigaciones recientes muestran que factores de riesgo como la insatisfacción con el cuerpo y la presión de los medios impactan a ambos géneros. El riesgo en hombres puede estar subestimado por la ausencia de herramientas de detección adecuadas para ellos (Van Eeden et al., 2021; Varela et al., 2023). Este infradiagnóstico ocurre porque gran parte de la investigación y de los instrumentos de cribado, como el cuestionario EDDS¹¹, se diseñaron tomando como referencia casi exclusiva a la población femenina (Van Eeden et al., 2021; Varela et al., 2023). La literatura clínica tradicionalmente se ha focalizado en la presión social que sufren las mujeres para alcanzar este ideal estético. El problema de este sesgo metodológico radica en pasar por alto que la patología en varones no se suele manifestar de la misma manera. En el género masculino, la insatisfacción corporal a menudo deriva en dismorfia muscular, es decir, en una fijación por ganar masa muscular (Van Eeden et al.,

¹¹ El Eating Disorder Diagnostic Scale (EDDS) es un cuestionario de autoinforme de 22 ítems diseñado para medir el nivel global de sintomatología alimentaria. Genera una puntuación compuesta que indica la gravedad del trastorno en lugar de diagnosticar un tipo específico de TCA (Van Eeden et al., 2021).

2021). Por esa razón, las herramientas clínicas actuales en ocasiones no logran captar estas variaciones y, fracasan a la hora de detectar el riesgo real en los pacientes masculinos.

Las presiones socioculturales suelen enfatizar la delgadez como un ideal ineludible, lo que supone un riesgo permanente. Según Keel y Forney (2013), este ideal parece haberse intensificado con el paso del tiempo en las sociedades occidentales. La occidentalización ha extendido este fenómeno globalmente. Rikani et al. (2013) observan que la influencia de estos ideales puede contribuir al incremento de los casos de TCA en localizaciones como Asia o Medio Oriente, comunidades que antes apenas los padecían. Estas influencias mediáticas (Strada et al., 2025) suelen integrarse con el contexto social que las acompaña, donde las dinámicas familiares y las relaciones de amistad actúan como un filtro decisivo. Barakat et al. (2023) y Canals y Arija Val (2022) sugieren que sufrir comentarios estigmatizantes acerca del peso puede agravar la insatisfacción con la propia imagen. Si a esto se le suma la cultura de la dieta en el entorno familiar y la presión social por alcanzar dicho ideal, se crea un escenario propicio para fomentar conductas restrictivas o purgativas (Barakat et al., 2023; Canals y Arija Val, 2022).

2.3.4 El ecosistema digital y la vulnerabilidad algorítmica

En el contexto sociocultural actual, el uso de redes sociales e internet ha emergido como un amplificador clave de estos riesgos. El tiempo dedicado a internet y el uso frecuente de redes sociales se asocian directamente con problemas alimentarios (Mora et al., 2022; Varela et al., 2023). Esta influencia cultural se amplía y diversifica debido a los medios de comunicación y a las redes visuales, como Instagram y TikTok. En estas plataformas, la constante comparación social y la exposición a estándares de belleza poco realistas intensifican la insatisfacción corporal y el deseo de delgadez (Esbenshade y Venegas, 2024; Varela et al., 2023).

Siguiendo esta idea, Esbenshade y Venegas (2024) advierten que los algoritmos de estas plataformas suelen crear cámaras de eco, espacios digitales aislados donde se retroalimenta la conducta del adolescente mostrándoles contenido afín a sus inseguridades previas (Oficina de Ciencia y Tecnología del Congreso de los Diputados, 2025). Esto puede llevar a los usuarios más susceptibles a estar expuestos de forma continua a contenido que promueve la instauración del TCA. De igual forma, el uso de medios tradicionales, como la lectura habitual de revistas de moda, eleva la posibilidad de pertenecer a grupos vulnerables a los

trastornos de la conducta alimentaria (Mora et al., 2022). Esto confirma que la presión sociocultural, transmitida tanto por medios digitales como tradicionales, es un factor clave en el entorno de riesgo para los adolescentes. Esta situación es especialmente relevante al reconocer que los jóvenes de hoy construyen su identidad a través de públicos en red (Boyd, 2014), lo que los expone a plataformas que intensifican el problema mediante el uso de mecánicas adictivas fundamentadas en el refuerzo intermitente¹² (Center for Countering Digital Hate, 2022).

Según Griffiths et al. (2024), el diseño de estos algoritmos prioriza la retención mediante el compromiso pasivo, es decir, pone el foco en acciones como el tiempo de reproducción de un vídeo, por encima de acciones volitivas como dar un like. Si un adolescente se detiene ante un contenido restrictivo, movido por una inseguridad corporal, el sistema codifica esta vulnerabilidad como un interés por ese tipo de vídeos (Griffiths et al., 2024; Parnell et al., 2025). Desde este sesgo algorítmico se genera lo que Parnell et al. (2025) llaman caída por la madriguera del conejo, donde se aísla al usuario en una cámara de eco desadaptativa (Lee, 2024; Parnell et al., 2025). Las métricas presentadas por Griffiths et al. (2024) desvelan que los jóvenes con sintomatología previa reciben un 4300% más de vídeos que promueven el TCA frente a perfiles sanos. Esto sugiere que la tecnología actúa como un proceso de radicalización silencioso (Lee, 2024). Frente a este escenario, la alfabetización mediática tradicional, centrada en analizar de forma crítica imágenes o anuncios, podría ser insuficiente. Surge así la relevancia clínica y pedagógica de una alfabetización algorítmica, entendida como la capacidad de comprender cómo las plataformas codifican el comportamiento pasivo del usuario (Griffiths et al., 2024; Parnell et al., 2025).

La manifestación más evidente de esta cultura de la delgadez algorítmica se observa en el aumento de retos virales peligrosos. Estas tendencias, que surgen a nivel global y se intensifican a través de plataformas como TikTok, promueven la delgadez extrema como un ideal estético y de estatus (Center for Countering Digital Hate, 2022; Hu et al., 2023). Ejemplos preocupantes de esta tendencia son el reto del Folio A4, que invita a medir la cintura para verificar si es más estrecha que los 21 centímetros de una hoja de papel y el Collarbone challenge, que consiste en sostener la mayor cantidad de monedas posible en el

¹² Mecanismo de aprendizaje en el que una conducta es recompensada de forma impredecible. Los algoritmos de recomendación continua de las redes sociales explotan esta dinámica para generar una alta dependencia y maximizar el tiempo que pasan los menores consumiendo contenido (Center for Countering Digital Hate, 2022).

espacio de la clavícula para evidenciar la delgadez (Hu et al., 2023). Se añaden a esto tendencias perjudiciales como las iPhone Legs y el Bikini Bridge, que demandan tener las rodillas más delgadas que un teléfono móvil o que la ropa de baño no roce la piel del abdomen a causa de la prominencia ósea en la cadera (Talbot et al., 2017). Este tipo de contenido transforma el cuerpo en un objeto que se puede medir y comparar, lo que incrementa la insatisfacción corporal en los individuos más vulnerables (Hu et al., 2023).

Esta insatisfacción se agrava porque la delgadez se suele percibir como un símbolo de éxito. En estos contextos, el cuerpo se reduce a un objeto medible, que proyecta control, inteligencia y poder. En caso de no encajar en el molde, a menudo se sufre el estigma (Faílde-Rey et al., 2025), pues los jóvenes miden sus físicos a diario frente a celebridades o perfiles que perciben como superiores (Ariana et al., 2024; Frieiro Padín et al., 2021). Se fomenta una profunda competitividad intrasexual, persiguiendo la perfección física (Frieiro Padín et al., 2021). Las redes sociales operan bajo lógicas donde el estatus se mide en seguidores y *me gusta*. Esta dinámica expone a los jóvenes a una presión estética que fomenta el miedo al rechazo y somete la autoestima a la validación externa (Delgado Mendoza y Zambrano Santos, 2026).

2.4. La familia como pilar

Tras conocer las presiones socioculturales a las que se exponen los jóvenes, resulta relevante conocer el papel de la familia, pues es el entorno más íntimo del paciente y permite frenar este impacto. En este sentido, la familia se puede considerar uno de los espacios más relevantes para el desarrollo de la identidad y la socialización (Erriu et al., 2020; Losada y Bidau, 2017). Históricamente, la literatura científica ha evolucionado desde una relación causa-efecto, que la culpabilizaba como el origen de los trastornos de la conducta alimentaria, hacia una perspectiva que rechaza a la familia como única causa y la considera un recurso fundamental para la recuperación (Erriu et al., 2020; Losada y Bidau, 2017). En la actualidad, este núcleo no solo se ve como un respaldo emocional, sino que puede actuar directamente como un factor protector frente al efecto de los algoritmos y la cultura de la dieta en línea (López-Gil et al., 2024).

En el hogar, el TCA en ocasiones se desarrolla como un mecanismo de manejo emocional aprendido. Si en casa se observa que la comida se utiliza de manera desadaptativa para

gestionar emociones, se tiende a imitar este patrón (Fuentes Prieto et al., 2020). Dado que la familia interviene en el aprendizaje de la función alimentaria y la integración de la imagen corporal, el paciente a menudo no conoce los recursos saludables necesarios para enfrentar sus propios pensamientos y emociones. (Fuentes Prieto et al., 2020).

2.4.1 Modelos familiares de riesgo y protección

La investigación ha evolucionado desde enfoques teóricos tradicionales hacia la identificación concreta de factores que incrementan la vulnerabilidad o brindan protección frente a la enfermedad (Van Eeden et al., 2021; Varela et al., 2023).

2.4.1.1 Modelos clásicos y estructurales

Las primeras teorías sistémicas, como el Modelo de la Familia Psicósomática (Minuchin et al., 1978, como se citó en Mateos Agut, 2012), describen patrones de interacción en pacientes con síntomas restrictivos, tales como la sobreprotección, la rigidez, la tendencia a evitar conflictos y la aglutinación, entendida como una cercanía extrema en las relaciones (Erriu et al., 2020; Losada y Bidau, 2017). Por su parte, Selvini Palazzoli, citado en Erriu et al. (2020), identificó familias con madres que son intrusivas o excesivamente críticas y padres que están ausentes. También describió situaciones en las que el hijo se ve envuelto en los conflictos de la pareja (Erriu et al., 2020; Losada y Bidau, 2017). Estos modelos clásicos han sido teóricamente muy influyentes. Sin embargo, como señalan Erriu et al. (2020), la evidencia empírica actual revela una gran diversidad en las dinámicas de convivencia, resaltando que no existe un único patrón familiar disfuncional aplicable a todo el espectro del TCA.

Ante esta multiplicidad de perfiles, la psicología sistémica se comenzó a centrar en la función que cumple el trastorno dentro del hogar. Para comprender cómo el síntoma alimentario adquiere el propósito inconsciente de evitar que el sistema familiar se rompa, se recurre a la homeostasis familiar. Este concepto, tal como detalla Ospina-Botero et al. (2017), fue definido por pioneros como Don Jackson. Los autores explican que las familias tienen una inclinación inherente a mantener su equilibrio y resistirse al cambio, por muy dañina que sea esa estabilidad (Ospina-Botero et al., 2017). Desde este enfoque, el síntoma alimentario trasciende lo meramente personal. Investigaciones como las de Mateos Agut (2012) revelan que las conductas alimentarias funcionan como un relevante mecanismo de defensa. El trastorno actúa como una barrera que desvía la atención de conflictos relacionales

subyacentes, ya que, al centrarse de forma constante en la alimentación y el peso del adolescente, el sistema queda atrapado. Evita enfrentarse a otras graves problemáticas y a la dificultad de transformar sus patrones relacionales (Mateos Agut, 2012).

2.4.1.2 Factores de riesgo y protección

En cuanto a factores de riesgo, la posible heredabilidad o predisposición genética a los TCA es un área en vías de investigación (Arribas et al., 2018). Contar con un familiar de primer grado que padezca un TCA incrementa de manera relevante la probabilidad de que se desarrolle (Barakat et al., 2023). Investigaciones recientes sobre niños con antecedentes familiares de trastornos de la conducta alimentaria, especialmente si sus padres tienen TCA, se centran en encontrar signos neurocognitivos y biológicos tempranos, antes de que el trastorno aparezca (Jørgensen et al., 2025). En este trabajo, no se le otorgará un peso biológico determinante a los TCA, pues se centrará en aquellas variables ambientales que son modificables, poniendo el foco en la influencia del entorno y el aprendizaje vicario.¹³ La investigación señala que la exposición a las conductas alimentarias disfuncionales de los cuidadores impacta en el menor, tal como evidencian Barakat et al. (2023), favoreciendo que aprendan estas prácticas como un patrón de manejo emocional. De esta forma, las actitudes negativas de los padres respecto al peso y la imagen corporal afectan a sus hijos, constituyendo riesgos importantes (Barakat et al., 2023; Langdon-Daly y Serpell, 2017).

Ante los riesgos, algunos aspectos familiares funcionan como factores protectores. En primer lugar, hay pruebas sólidas que indican que las comidas familiares regulares y organizadas ayudan a prevenir conductas alimentarias desordenadas, especialmente en adolescentes mujeres. No solo es relevante la frecuencia, sino también crear un ambiente positivo durante las comidas, evitando conflictos o críticas relacionadas con el peso y dialogando sobre hábitos alimentarios saludables, en vez de centrarse en dietas (Barakat et al., 2023; Langdon-Daly y Serpell, 2017). Además, la satisfacción en la vida familiar y la sensación de estar respaldado emocionalmente por los seres queridos disminuyen la probabilidad de presentar síntomas (Erriu et al., 2020; Langdon-Daly y Serpell, 2017). La influencia de los hermanos es determinante, tanto como factor precipitante como protector. En el primero de los casos, su preocupación por la figura puede llegar a transmitirse mediante aprendizaje

¹³ Modelo donde las conductas se adquieren mediante observación. En los TCA, el menor puede interiorizar una relación perjudicial con la comida al observar que sus familiares siguen una dieta o critican su propio peso, constituyendo esta exposición un factor de riesgo clínico determinante (Barakat et al., 2023; Langdon-Daly y Serpell, 2017).

vicario. Sin embargo, como factor protector, las hermanas mayores suelen situarse como el soporte emocional principal ante la incompreensión de otros familiares (Fuentes Prieto et al., 2020). Los menores que desarrollan un TCA suelen percibir una menor conexión emocional en el hogar y un apego significativamente más inseguro que el resto de hermanos (Barakat et al., 2023).

2.4.2 La comunicación y su impacto en el clima familiar

La manera en que la familia expresa y maneja sus emociones determina el desarrollo y la persistencia del trastorno (Losada y Bidau, 2017). Las familias que enfrentan trastornos de la conducta alimentaria suelen experimentar dificultades en la comunicación, caracterizadas por una escasa expresión emocional y problemas para resolver conflictos (Erriu et al., 2020; Losada y Bidau, 2017). Dado que la disfuncionalidad familiar se mueve en un continuo, independientemente de si son hogares marcados por una rigidez extrema, la sobreprotección, la evitación constante del conflicto o entornos con carencias empáticas, todos representan polos de un mismo clima familiar invalidante que puede bloquear la regulación emocional del adolescente, favoreciendo la aparición de trastornos (Losada y Bidau, 2017; Erriu et al., 2020).

El TCA frecuentemente se transforma en el eje central de la vida familiar, alterando las rutinas y provocando un aislamiento que puede llevar a la familia a convertirse en un sistema cerrado¹⁴. Esto sucede, en parte, por el estigma y la falta de comprensión que enfrentan (Karlstad et al., 2022). Los familiares describen la convivencia con la enfermedad como la búsqueda del equilibrio entre la adaptación a la situación y la necesidad de enfrentarla (Karlstad et al., 2022).

A este aislamiento se añade lo que muchos familiares perciben como un muro de silencio¹⁵ por parte de los profesionales de la salud, debido a la confidencialidad, creando barreras que dificultan el acceso a la información necesaria para brindar un apoyo efectivo (Gustafsson et al., 2021; Karlstad et al., 2022). Este entorno restrictivo dificulta que la familia desempeñe un

¹⁴ Un sistema cerrado es aquel en el que existe escaso contacto con personas ajenas a la familia, mientras que internamente los miembros se mantienen muy unidos y leales entre sí (Cullberg, 1999, como se citó en Karlstad et al., 2022).

¹⁵ El muro del silencio se refiere a la exclusión que sienten los familiares cuando los profesionales de la salud, amparándose en las leyes de confidencialidad, les niegan información sobre el tratamiento y pronóstico del paciente (Fox et al., 2017, como se citó en Gustafsson et al., 2021).

papel relevante como mediadora ante los riesgos de la era digital. La falta de una comunicación clara y honesta en el hogar impide que los padres debatan de manera crítica con sus hijos sobre la presión estética y los algoritmos de las redes sociales a los que se exponen a diario (Moreno-Carmona et al., 2022).

Una estrategia eficaz para abordar estas barreras comunicativas y digitales podría ser la externalización de la enfermedad. Desvincular al paciente del trastorno, considerando el TCA como una entidad externa que domina al menor, permite a los padres adoptar una actitud empática hacia él, al tiempo que se mantienen firmes frente a la patología. Esto contribuye a disminuir la culpa y a fortalecer la relación terapéutica (Gustafsson et al., 2021; Losada y Bidau, 2017).

2.4.3 Rol de hermanos y visión sistémica

La configuración y la dinámica del núcleo familiar impactan drásticamente en la vulnerabilidad de los adolescentes. Investigaciones indican que las mujeres con más hermanos completos tienden a experimentar menos trastornos alimentarios, puesto que las expectativas y presiones de los padres se reparten entre varios hijos, en lugar de recaer únicamente sobre uno (Langdon-Daly y Serpell, 2017). No obstante, cuando el trastorno aparece, su impacto disruptivo afecta gravemente a todo el sistema familiar. Los hermanos sanos pueden sufrir consecuencias negativas importantes, como un profundo aislamiento emocional y la asunción de responsabilidades de cuidado que no son adecuadas para su etapa de desarrollo, lo que se denomina parentificación (Gustafsson et al., 2021; Karlstad et al., 2022). Ante esta inestabilidad y el elevado riesgo de colapso del sistema de cuidado, es prioritario involucrar a la familia desde un enfoque sistémico y preventivo, donde fomentar la comunicación y colaboración entre los padres no solo facilita la recuperación, sino que convierte a la familia en un factor protector frente a los peligros del entorno (Karlstad et al., 2022; Losada y Bidau, 2017).

2.5 Modelo multicausal

Para comprender el origen de estos trastornos, se requiere un modelo integrador que jerarquice la interacción de las variables. Según el modelo multicausal del Programa ZARIMA, para que se desarrolle un TCA, deben estar presentes al mismo tiempo tres tipos de factores: predisponentes, precipitantes y de mantenimiento (Ruiz Lázaro, 2022).

Los factores predisponentes crean un entorno de vulnerabilidad que favorece el surgimiento de la patología. Esta dimensión incluye riesgos biológicos, como una alta heredabilidad genética y cambios en los circuitos de recompensa y saciedad (Barakat et al., 2023; Rikani et al., 2013). Desde una perspectiva psicológica, destacan características transdiagnósticas como el perfeccionismo clínico, la rigidez mental, la impulsividad y una marcada autoestima variable, las cuales conducen a dificultades en la regulación emocional (Culbert et al., 2015; Obeid et al., 2022; Zanella y Lee, 2022). El entorno familiar puede crear situaciones de riesgo mediante estilos de crianza extremos o al vivir en un ambiente marcado por la cultura de la dieta (Langdon-Daly y Serpell, 2017; Losada y Bidau, 2017). En el ámbito sociocultural, la internalización del ideal de delgadez se presenta como un factor decisivo, intensificado hoy en día por una exposición algorítmica incesante, pues retroalimenta sus inseguridades corporales (Center for Countering Digital Hate, 2022; Esbenshade y Venegas, 2024; Keel y Forney, 2013).

Los factores precipitantes funcionan como el desencadenante que interrumpe el equilibrio momentáneo del adolescente. Como se mencionó en el apartado 2.3.1, esta etapa constituye una ventana de vulnerabilidad neurobiológica (Steinberg, 2008). En la pubertad, los cambios físicos habituales se enfrentan a los estándares estéticos internalizados (Yamamiya y Stice, 2024). Frente a la insatisfacción con el cuerpo, el intento de ajustarlo a dicho estándar estético puede volverse patológico al interactuar con vulnerabilidades preexistentes (Yamamiya y Stice, 2024). En esta situación de gran receptividad al entorno, donde también pueden influir factores como el acoso escolar o las pérdidas emocionales, la adopción de una dieta normativa o la autoimposición de restricciones alimentarias se presenta como el principal factor desencadenante (Ruiz Lázaro, 2022).

Los factores de mantenimiento son responsables de la persistencia de la enfermedad. En las etapas tempranas, el paciente a menudo recibe un refuerzo social negativo a través de elogios por la pérdida de peso, lo que legitima su comportamiento (Ruiz Lázaro, 2022). Con el progreso del trastorno, otros elementos contribuyen al mantenimiento del ciclo, como el apoyo social inicial tras la pérdida de peso, el posterior aislamiento, la distorsión continua de la imagen corporal y los efectos fisiológicos y emocionales de la desnutrición que agravan y cronifican este proceso (Ruiz Lázaro, 2022).

3. Evidencia Empírica

3.1 Edad de inicio y evolución

Entender clínicamente los trastornos de la conducta alimentaria implica examinar la transición de comportamientos saludables a patrones patológicos (Gandarillas Grande et al., 2003). Históricamente, la literatura clínica situaba el comienzo de esta sintomatología durante la adolescencia media o hacia el final de la misma (Notario Herrero, 2016). No obstante, investigaciones sobre el desarrollo desde la adolescencia temprana hasta la juventud han demostrado que el aumento más agudo de los síntomas de TCA ocurre entre los 12 y 15 años (Breton et al., 2022). En esta etapa, la evidencia indica que las manifestaciones previas y subclínicas de TCA son el mejor indicador a largo plazo de que la enfermedad completa se desarrollará en el futuro (Breton et al., 2022; Hanson et al., 2025).

La evolución de estos trastornos puede mostrar cambios muy marcados. Los datos reflejan que entre el 40 y el 50% de los pacientes que tienen un perfil puramente restrictivo pueden comenzar a tener episodios de sobreingesta o comportamientos de compensación (Fairburn et al., 1998, como se citó en Gandarillas Grande y Febrel Bordejé, 2000).

3.2 Estudios longitudinales sobre insatisfacción corporal

Siguiendo el desarrollo evolutivo del menor, el punto de partida es la biología. Un estudio reciente sobre gemelos ha indicado que la conexión entre la insatisfacción con el cuerpo en la adolescencia y los síntomas de trastornos alimentarios es mucho menor en gemelos idénticos que en mellizos (Sociedad Española de Psiquiatría Legal [SEPL], 2025). Este patrón muestra una posible heredabilidad moderada, lo que indica una posible relación genética entre el rechazo del cuerpo y el riesgo de desarrollar esta psicopatología (SEPL, 2025). Esta vulnerabilidad de base se activa tempranamente, puesto que variables como el IMC basal en la niñez, a los 7 años, ya predicen la insatisfacción corporal a los 9 años (Hanson et al., 2025).

A medida que el menor se acerca a la pubertad, irrumpe una inquietante tendencia epidemiológica en la que los cambios físicos típicos de esta etapa, como el incremento del IMC y de la grasa corporal, se enfrentan a estándares estéticos cada vez más estrictos y tempranos, lo que está generando insatisfacción corporal en edades más jóvenes. Se ha

advertido que el desarrollo puberal puede anticipar la aparición de síntomas de TCA a los 12 años en las niñas (Hanson et al., 2025). En este periodo, investigaciones han señalado que los afectos negativos, como la ansiedad, la ira o la depresión, observados en la preadolescencia, no solo presagian dificultades emocionales, sino que también son señales tempranas de episodios de patología alimentaria, incluso hasta 15 años más tarde (van Eeden et al., 2021).

Continuando con este desarrollo clínico, estudios longitudinales recientes indican que la insatisfacción corporal es el principal predictor del desarrollo de trastornos alimentarios, siendo más pronunciada a los 14 años (Rohde et al., 2014). Estos hallazgos aportan una sólida evidencia al Modelo de Doble Vía de Stice (analizado en el apartado 2.3.2), sugiriendo que la restricción dietética y el afecto negativo actúan como los mediadores principales entre la insatisfacción corporal y el desarrollo de un TCA (Rohde et al., 2014; Yamamiya y Stice, 2024). Desde una perspectiva integradora, este afecto negativo encuentra un claro paralelismo en el modelo sistémico, el cual postula que el síntoma alimentario funciona como una metáfora familiar, donde el adolescente utiliza su cuerpo para expresar disfunciones en el hogar (Ospina-Botero et al., 2017). Esta literatura prospectiva respalda cronológicamente este modelo de riesgo, un estudio realizado entre los 7 y 15 años reveló que los síntomas depresivos median parcialmente la relación entre la insatisfacción corporal a los 12 años y la aparición de estos trastornos de la conducta alimentaria a los 15, siendo este patrón más marcado en mujeres (Hanson et al., 2025).

A nivel sociodemográfico, la conceptualización clínica tradicional de que los TCA tenían un perfil estrictamente delimitado, una adolescente caucásica de un nivel socioeconómico alto, parece haber variado. Las trayectorias longitudinales documentadas por Breton et al. (2022) indican que el sesgo de género comienza a disminuir gradualmente, impactando de manera creciente a los varones. Los datos sugieren que las mujeres mantienen una mayor propensión estadística, al mostrar 1,3 veces más probabilidades de adentrarse en situaciones de riesgo para contraer un TCA, aunque partiendo de este análisis poblacional, el trastorno parece desarrollarse de forma similar en ambos géneros (Breton et al., 2022).

Observando que la curva de sintomatología se dispara antes de los 15 años (Breton et al., 2022), reducir tempranamente este rechazo hacia la propia imagen tendría enormes beneficios preventivos transdiagnósticos, mitigando simultáneamente tanto el riesgo futuro de trastornos de la conducta alimentaria como de depresión severa (SEPL, 2025). Usando esta evidencia

como base y asumiendo que el sistema familiar debe promoverse como el principal factor protector frente a estas vulnerabilidades, se ha desarrollado el Plan Integral de este trabajo para anticiparse a la consolidación clínica de la patología.

4. Plan integral de prevención de TCA en adolescentes

Como se ha expuesto a lo largo del estudio, el abordaje de los TCA desde una perspectiva biopsicosocial y transdiagnóstica permite profundizar en la raíz del problema. Partiendo de esto, la propuesta teórica de prevención va dirigida a adolescentes de entre 12 y 14 años. Se interviene sobre factores de vulnerabilidad centrales como la autoestima variable y las dificultades en la regulación emocional (Ruiz Lázaro, 2022).

Para hacer frente a estos factores de riesgo, este modelo integra al núcleo familiar de manera activa. Como señala Ruiz Lázaro (2022), dotar al estudiante y a su familia de herramientas de alfabetización mediática les permite desenvolverse en un entorno digital como el actual.

4.1 Modelos de prevención en Salud Mental: evolución histórica

Dadas las importantes limitaciones del enfoque clínico tradicional que se enfoca en los síntomas y la alta probabilidad de que los trastornos de la conducta alimentaria se vuelvan crónicos, es necesario enfocarse en la prevención. En esta sección se muestran los principios teóricos de los modelos de prevención en salud mental. Se revisa su historia y clasificación, así como los riesgos que pueden surgir de intervenciones incorrectas. El objetivo es crear un marco sólido y seguro que respalde el marco teórico de un plan integral para niños de entre 12 y 14 años, que se presenta a lo largo del apartado 4.

A lo largo de la historia, la prevención en salud mental se ha basado en un enfoque patogénico (Polaino Lorente, 1986). Este paradigma se caracterizó por programas que se centraban únicamente en la educación sobre los riesgos y síntomas de las enfermedades. Este modelo resultó ser ineficaz e incluso perjudicial. Los programas psicoeducativos enseñaban cómo realizar tácticas de purga y restricción a menores. Esto, se cree que provocó un efecto iatrogénico¹⁶, generando contagio por imitación al someter a niños asintomáticos a información clínica detallada (Instituto Nacional de la Salud, 2000). La Organización Mundial de la Salud promueve el enfoque de prevención de Mrazek y Haggerty para mitigar

¹⁶ Efecto nocivo producido de manera involuntaria como consecuencia directa de una intervención clínica o preventiva (Ruiz Lázaro, 2022).

estos riesgos, al mismo tiempo que se ocupa de la medicalización y el sobrediagnóstico (Ortiz Lobo e Ibáñez Rojo, 2011). Esta nueva perspectiva reemplaza los niveles tradicionales con la prevención universal, selectiva e indicada,¹⁷ enfatizando la resiliencia y el empoderamiento del individuo en lugar del miedo a la enfermedad (Ruiz Lázaro, 2022).

Teniendo en cuenta esta transformación, los programas preventivos de tercera generación más efectivos se basan en la Teoría de la Disonancia Cognitiva de Festinger. Esta teoría expone que, cuando un individuo defiende de manera activa una postura contraria a sus creencias, experimenta una profunda incomodidad psicológica. Para aliviar esta tensión mental, la persona se ve forzada a modificar la actitud inicial. Como señalan Pineda García y Gómez-Peresmitré (2006), si se induce a los estudiantes a examinar de manera crítica los medios de comunicación y a argumentar en contra de la delgadez extrema, la disonancia interna ayuda a disminuir la insatisfacción con su imagen corporal desde sus cimientos, forzando la deconstrucción de dichos estándares estéticos (Ruiz Lázaro, 2022).

En consonancia con esta evidencia, el Plan Integral presentado en este estudio se organiza como una intervención tanto universal como selectiva dirigida a adolescentes de 12 a 14 años. Su diseño metodológico omite por completo la psicoeducación centrada en los síntomas. En cambio, utiliza dinámicas participativas centradas en la resiliencia identitaria y en la alfabetización mediática, que buscan crear una disonancia en el contexto del ecosistema algorítmico actual.

4.2 Objetivos del plan

Derivado de todo lo estudiado y asumiendo como marco metodológico las directrices de Ruiz Lázaro (2022) para abordar la regulación emocional, se establecen los siguientes objetivos principales:

- Disminuir la incidencia clínica, dotando de herramientas psicológicas al adolescente y a su familia. Se busca fomentar una identidad resistente que no dependa de la validación externa y afronte las conductas de riesgo vinculadas al ideal estético actual.
- Generar una disonancia cognitiva respecto al ideal de delgadez. Se forma al alumnado para analizar de forma crítica las dinámicas de redes sociales, como los filtros, los

¹⁷ Niveles de prevención donde la estrategia universal promueve la salud en toda la población, la selectiva interviene sobre grupos con mayor vulnerabilidad y la indicada actúa sobre los individuos que ya presentan factores clínicos asociados al trastorno (Ruiz Lázaro, 2022).

algoritmos o la inteligencia artificial. Todo ello, fomentando la aceptación corporal y promoviendo políticas contra el acoso estético en las aulas.

- Capacitar a las figuras de apego para prevenir la aparición de TCA en la adolescencia y educar en un uso responsable de las tecnologías. Se dota a los familiares de herramientas para fortalecer el vínculo y la comunicación.

4.3 Contexto de intervención: Centros de Educación Secundaria

La intervención se centra en los institutos y colegios, dirigiéndose a los adolescentes de 1.º y 2.º de la ESO, con edades entre 12 y 14 años. Esta selección aborda la necesidad de actuar en un momento clave del desarrollo, donde se entrelazan los cambios de la pubertad y el desarrollo cognitivo, antes de que se establezcan conductas de riesgo (Ruiz Lázaro, 2022).

La elección de este entorno responde a su idoneidad para llevar a cabo intervenciones, gracias a su accesibilidad. Esto posibilita llegar a casi toda la población objetivo en su contexto natural de socialización diaria. La ejecución del plan en aulas mixtas asegura una intervención coeducativa que promueve la empatía y el cambio cultural entre ambos géneros, reconociendo que los hombres también enfrentan presiones estéticas. Al plantear esta propuesta desde una perspectiva educativa y enfocada a promover la salud, se logran beneficios mayores (Ruiz Lázaro, 2022).

Siguiendo las recomendaciones de Ruiz Lázaro (2022), para asegurar que el plan es eficaz, se debería incorporar en la organización del centro educativo a través de una intervención que se realice en varias sesiones durante el horario escolar. Se incluirán sesiones de refuerzo al año siguiente para consolidar las actitudes a largo plazo. El éxito del programa depende de la participación activa de toda la comunidad educativa. Se requiere la presencia continua del profesorado en el aula como apoyo, además de ofrecer sesiones específicas que proporcionen a las familias estrategias de crianza que fortalezcan la comunicación y reduzcan la influencia de la cultura de la dieta en el hogar (Ruiz Lázaro, 2022).

4.4 Metodología participativa y colaborativa: foco en la disonancia cognitiva

Con el fin de asegurar la efectividad del plan, el diseño metodológico se fundamenta en los principios respaldados por la evidencia científica del Programa ZARIMA (Ruiz Lázaro,

2022). Se deja de lado el modelo tradicional que se limita a transmitir información sobre síntomas, para evitar el ya mencionado efecto iatrogénico.

El programa propone un paradigma centrado en la salud. Su intención es fortalecer el bienestar y los factores protectores. Se espera que los estudiantes actúen como participantes activos a través del debate y el juego de roles. Siguiendo a Ruiz Lázaro (2022), la clave metodológica consistiría en generar disonancia cognitiva. Este mecanismo ayudaría a los adolescentes a cuestionarse el ideal de delgadez e intentaría frenar su internalización. Todo este proceso requiere una sólida alfabetización mediática, donde el alumnado aprendería a identificar la manipulación de imágenes y la publicidad engañosa.

Para desarrollar este plan de prevención en la práctica y generar la disonancia cognitiva planteada en los objetivos, se proponen dinámicas concretas de alfabetización mediática adaptadas al nivel del alumnado, para confrontar las contradicciones frente al ideal estético predominante. La auditoría de filtros se materializa mediante dinámicas donde los estudiantes puedan identificar fotografías que han sido editadas antes de subirse a las redes sociales. Se plantea también un análisis del impacto del uso de la inteligencia artificial y de los algoritmos predictivos sobre la autoimagen. Los estudiantes así observan cómo estos últimos crean cámaras de eco diseñadas para retener su atención en base a sus inseguridades. Esta demostración, mediante ejercicios prácticos, crea una discrepancia entre la realidad y la perfección que observan a diario en las redes sociales. Mediante el rechazo crítico de ese ideal de delgadez, este conflicto cognitivo facilita la deconstrucción del modelo (Ruiz Lázaro, 2022).

4.5 Indicadores de evaluación integral

La eficacia de estas intervenciones se evaluará comprobando la reducción de los factores de riesgo de contraer un TCA a nivel individual, familiar y escolar. Desde una perspectiva cuantitativa, la aplicación de herramientas estandarizadas como el Eating Attitudes Test (EAT-26) y la Escala de Satisfacción Corporal, permite observar mejoras tras las actividades. Para ello, sería útil observar las puntuaciones de dichas evaluaciones antes y después de las intervenciones (Ruiz Lázaro, 2022).

A nivel cualitativo, el éxito de esta propuesta se verificará mediante la consolidación de la disonancia cognitiva y la alfabetización mediática. Se mediría la capacidad adquirida de los

estudiantes para detectar cámaras de eco y peligros del contexto digital, relacionados con los TCA. El análisis del entorno familiar requeriría comprobar si existe un cambio en las dinámicas del hogar, incluyendo un aumento de comidas familiares libres de pantallas, la eliminación de críticas referentes al físico y una mejora en la comunicación. En el ámbito escolar, un indicador clave de éxito sería la mejora de las relaciones interpersonales (Ruiz Lázaro, 2022).

5. Discusiones y conclusiones

5.1 Principales hallazgos y limitaciones

Los trastornos de la conducta alimentaria precisan un abordaje transdiagnóstico, al compartir la insatisfacción corporal como raíz psicopatológica y presentar una continua migración de síntomas a lo largo de la enfermedad.

Esta investigación constata que el desarrollo de un trastorno de la conducta alimentaria responde a la interacción directa de tres dimensiones concretas. A nivel psicológico, la dificultad para regular emociones, una autoestima dependiente de la validación externa, el perfeccionismo clínico y el trauma infantil actúan como variables de riesgo, frente a la autocompasión, que actúa como el factor protector principal (Barakat et al., 2023). En el ámbito biológico, el desajuste neurobiológico propio de la adolescencia, el aumento natural del Índice de Masa Corporal, la genética y el malestar emocional intenso durante la preadolescencia favorecen la aparición del trastorno (Steinberg, 2008). En el entorno sociocultural y digital, el sesgo de género que invisibiliza el riesgo en varones, la cosificación corporal y las cámaras de eco algorítmicas de las redes sociales incrementan la inseguridad y la comparación constante del adolescente, generando una radicalización silenciosa del trastorno.

En relación con las dinámicas familiares, el modelo sistémico se constituye como el modelo principal para comprender el impacto de la familia en estos trastornos. Dinámicas del hogar como el aprendizaje vicario de la cultura de dieta, la evitación de conflicto y los climas invalidantes contribuyen al desarrollo del TCA (Losada y Bidau, 2017). Por el contrario, instaurar comidas regulares libres de pantallas, mantener una comunicación efectiva con las figuras de apego y contar con el apoyo emocional de los hermanos mayores actúan como factores protectores (Langdon-Daly y Serpell, 2017). Esta capacidad protectora choca a

menudo con el estigma y el muro de silencio profesional que sufren las familias al negarles información clínica amparándose en la confidencialidad, aislando a los familiares. Para ello, externalizar la enfermedad y ejercer una mediación proactiva constituyen las estrategias preventivas más eficaces.

Respecto al impacto del entorno digital, se evidencia que los cánones de belleza someten la autoestima del adolescente a la validación externa. Los medios digitales transforman los públicos en red en espacios donde el valor personal se asocia a métricas cuantitativas y la delgadez extrema se impone como símbolo de éxito, mediante retos virales o imágenes que cosifican el cuerpo. Esta comparación social constante interactúa con la vulnerabilidad neurobiológica que existe en la pubertad y que se intensifica a través de los algoritmos digitales. Como las redes sociales priorizan métricas de compromiso pasivo basadas en el tiempo de reproducción, las plataformas aíslan al menor en cámaras de eco desadaptativas, exponiéndolo de forma continua a contenidos que retroalimentan su rechazo corporal (Griffiths et al., 2024). Para contrarrestar esta situación, aplicar una alfabetización algorítmica y fomentar la disonancia en el ámbito escolar se presentan como las estrategias preventivas más eficaces a la hora de deconstruir la presión estética (Paarnell et al., 2025).

Como respuesta a la necesidad preventiva, el diseño de un plan teórico de prevención exige descartar la psicoeducación tradicional centrada en síntomas por su riesgo de provocar un efecto iatrogénico de contagio. Frente a este modelo patogénico, la Teoría de la Disonancia Cognitiva constituye un paradigma preventivo para intervenir en adolescentes de 12 a 14 años. Aplicar una metodología participativa, centrada en la alfabetización algorítmica y la auditoría de filtros, facilita al estudiante la deconstrucción del ideal estético. Para ello, se necesita capacitar a las figuras de apego, pues les proporciona las herramientas necesarias para fomentar una sólida autoestima, erradicar la cultura de la dieta en el hogar y ejercer una mediación digital proactiva (Pineda García y Gómez-Peresmitré, 2006). Para medir este impacto y certificar la reducción del riesgo clínico, se deben establecer indicadores de evaluación en los tres ámbitos de intervención, alumno, colegio y familia. A nivel cuantitativo, se comparan las puntuaciones previas y posteriores a la intervención mediante herramientas estandarizadas como el test EAT-26 y la Escala de Satisfacción Corporal. A nivel cualitativo, el programa avala su impacto terapéutico si se observa que el alumnado consolida su capacidad para detectar cámaras de eco, si el centro educativo fortalece sus

relaciones interpersonales y el núcleo familiar logra instaurar rutinas protectoras reales (Ruiz Lázaro, 2022).

En conclusión, se demuestra que se han alcanzado los objetivos planteados, comprendiendo los TCA desde un modelo biopsicosocial y transdiagnóstico, que abarca el entorno personal, familiar y social del paciente en el ámbito digital, comprendiendo la elevada relevancia de la prevención para reducir la incidencia de estos trastornos.

5.2 Limitaciones del estudio y futuras líneas de investigación

En cuanto a limitaciones, la naturaleza estrictamente teórica del presente diseño evidencia la necesidad de aplicar empíricamente este plan teórico y evaluar de forma directa su eficacia mediante indicadores cuantitativos en una muestra real de alumnos de Educación Secundaria. Además, restringir la revisión bibliográfica a libros y bases de datos de acceso gratuito puede introducir un sesgo de selección metodológico.

Para futuras investigaciones, existe la necesidad de profundizar acerca del modelo de negocio de las plataformas digitales y analizar cómo sus estrategias de retención influyen en la persistencia de los síntomas a nivel neuronal y comportamental (Esbenshade y Venegas, 2024). También es oportuna la investigación en mayor profundidad de la disonancia cognitiva como herramienta escolar, ya que la ciencia actual aún exige evaluar empíricamente su verdadero potencial para dismantelar el ideal de delgadez y suplir la notable carencia de programas familiares preventivos validados en la población hispanohablante (Ruiz Lázaro). También es relevante la investigación en mayor profundidad acerca de los TCA en varones y la adaptación de las herramientas psicométricas, ya que los instrumentos de cribado actuales presentan un grave sesgo de género al haber sido validados en muestras casi exclusivamente femeninas.

6. Bibliografía

- Abdoli, M., Schiechtl, E., Rosato, M.S., Mangweth-Matzek, B., Cotrufo, P. y Hüfner, K. (2025). Body image, self-esteem, emotion regulation, and eating disorders in adults: a systematic review. *Neuropsychiatrie*, 39, 118-132. <https://doi.org/10.1007/s40211-025-00544-4>
- Algaba-Mesa, A. y Fernández-Marcos, T. (2021). Características socioemocionales en población infanto-juvenil con altas capacidades: una revisión sistemática. *Revista de Psicología y Educación*, 16(1), 60-74. <https://doi.org/10.23923/rpye2021.01.202>
- Aliaga-Tinoco, S. y Cruzado, L. (2020). Anorexia nervosa con desenlace fatal: a propósito de un caso. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 83(1). <https://doi.org/10.20453/rnp.v83i1.3688>
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5.^a ed.).
- Aranda Reig, A. y Ortiz Moreno, J. M. (7 de marzo de 2023). *El TCA de llarga evolució: Quins factors dificulten la recuperació i com cal abordar-los*. <https://tca.som360.org/ca/article/tca-llarga-evolucio>
- Ariana, H., Almuhtadi, I., Natania, N. J., Handayani, P. W., Bressan, S. y Larasati, P. D. (2024). Influence of TikTok on Body Satisfaction Among Generation Z in Indonesia: Mixed Methods Approach. *JMIR Human Factors*, 11, e58371. <https://doi.org/10.2196/58371>
- Arija-Val, V., Santi-Cano, M. J., Novalbos-Ruiz, J.P., Canals, J. y Rodríguez-Martín, A. (2022). Caracterización, epidemiología y tendencias de los trastornos de la conducta alimentaria. *Nutrición Hospitalaria*, 39(Ext. 2), 8-15. <https://dx.doi.org/10.20960/nh.04173>
- Arribas, P., Iranzo-Tatay, C., Rojo-Bofill, L. M., García-Blanco, A., Conesa, L., Plumed, J., Bofill-Moscardó, I., Livianos-Aldana, L. y Rojo-Moreno, L. (2018). Cambios en la influencia genética y ambiental en los trastornos de la alimentación entre niñas en estadio pre y post menarquia. Un estudio gemelar. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 46(5), 192-199.

- Barakat, S., McLean, S. A., Bryant, E., Le, A., Marks, P., National Eating Disorder Research Consortium, Touyz, S. y Maguire, S. (2023). Risk factors for eating disorders: findings from a rapid review. *Journal of Eating Disorders*, 11(8), 11-31. <https://doi.org/10.1186/s40337-022-00717-4>
- Bazo Pérez, M. y Frazier, L.D. (2024). Risk and resilience in eating disorders: differentiating pathways among psychosocial predictors. *Journal of Eating Disorders*, 12(1), 62. <https://doi.org/10.1186/s40337-024-01023-x>
- Behar, R. y Arancibia, M. (2014). Trastornos alimentarios maternos y su influencia en la conducta alimentaria de sus hijas(os). *Revista Chilena de Pediatría*, 85(6), 731-739. <https://doi.org/10.4067/s0370-41062014000600012>
- Bowlby, J. (2009). *Una base segura: Aplicaciones clínicas de una teoría del apego* (E. Mateo, Trad.). Paidós. (Obra original publicada en 1988). <https://holossanchezbodas.com/wp-content/uploads/2021/08/John-Bowlby-Una-base-segura.pdf>
- Boyd, D. (2014). *It's complicated: the social lives of networked teens*. Yale University Press. <https://www.danah.org/books/ItsComplicated.pdf>
- Breton, É., Dufour, R., Côté, S. M., Dubois, L., Vitaro, F., Boivin, M., Tremblay, R. E. y Booi, L. (2022). Developmental trajectories of eating disorder symptoms: A longitudinal study from early adolescence to young adulthood. *Journal of Eating Disorders*, 10 (84). <https://doi.org/10.1186/s40337-022-00603-z>
- Camacho-Vidal, P., Díaz López, A. y Sabariego-García, J.A. (2023). Relación entre el uso de instagram y la imagen corporal de los adolescentes. *Apuntes de Psicología*, 41 (2), 117-122. <https://doi.org/10.55414/ap.v41i2.1537>
- Canals, J. y Arija Val, V. (2022). Factores de riesgo y estrategias de prevención en los trastornos del comportamiento alimentario. *Nutrición Hospitalaria*, 39(Extra 2), 16-26. <https://doi.org/10.20960/nh.04174>
- Cassioli, E., Rossi, E., D'Anna, G., Martelli, M., Hazzard, V. M., Crosby, R. D., Wonderlich, S. A., Ricca, V. y Castellini, G. (2022). A 1-year follow-up study of the longitudinal interplay between emotion dysregulation and childhood trauma in the treatment of

- anorexia nervosa. *The International Journal of Eating Disorders*, 55(1), 98–107. <https://doi.org/10.1002/eat.23647>
- Cañas Vinader, L. (2019). *Trastorno de evitación/restricción de la ingestión de alimentos: diferencias y similitudes psicopatológicas y de relaciones parentales con la anorexia nerviosa y población general* [Tesis doctoral, Universitat Ramon Llull]. <http://hdl.handle.net/10803/668806>
- Celis Ekstrand, A. y Roca Villanueva, E. (2011). Terapia cognitivo-conductual para los trastornos de la conducta alimentaria según la visión transdiagnóstica. *Acción Psicológica*, 8(1), 21-33. <https://doi.org/10.5944/ap.8.1.198>
- Center for Countering Digital Hate. (2022). *Deadly by Design*. https://counterhate.com/wp-content/uploads/2022/12/CCDH-Deadly-by-Design_120922.pdf
- Culbert, K. M., Racine, S. E. y Klump, K. L. (2015). Research Review: What we have learned about the causes of eating disorders—a synthesis of sociocultural, psychological, and biological research. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 56(11), 1141-1164. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12441>
- Delgado Mendoza, J. M. y Zambrano Santos, R. O. (2026). Influencia de la información Difundida en Redes Sociales Sobre Tratamientos Estéticos en Estudiantes Universitarios De Portoviejo. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar*, 10(2), 260-277. https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v10i2.23054
- D’Anna, G., Lazzeretti, M., Castellini, G., Ricca, V., Cassioli, E., Rossi, E., Silvestri, C. y Voller, F. (2022). Risk of eating disorders in a representative sample of Italian adolescents: prevalence and association with self-reported interpersonal factors. *Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 27, 701-708. <https://doi.org/10.1007/s40519-021-01214-4>
- Dingemans, A., Danner, U. y Parks, M. (2017). Emotion regulation in binge eating disorder: A review. *Nutrients*, 9(11), 1274. <https://doi.org/10.3390/nu9111274>
- Erriu, M., Cimino, S. y Cerniglia, L. (2020). The Role of Family Relationships in Eating Disorders in Adolescents: A Narrative Review. *Behavioral Sciences*, 10(4), 71.

<https://doi.org/10.3390/bs10040071>

- Esbenshade, E. y Venegas, A. (2024). Biopsychosocial Review of Eating Disorders. *Open Journal of Psychiatry*, 14(02), 107-119. <https://doi.org/10.4236/ojpsych.2024.142007>
- Espina Eizaguirre, A. (2005). La figura del padre en los trastornos de la conducta alimentaria. *Familia*, 31, 35-48. <https://summa.upsa.es/high.raw?id=0000029285&name=00000001.original.pdf>
- Faber, A., Dubé, L. y Knäuper, B. (2018). Attachment and eating: A meta-analytic review of the relevance of attachment for unhealthy and healthy eating behaviors in the general population. *Appetite*, 123, 410-438.
- Fairburn, C. G., Cooper, Z. y Shafran, R. (2003). Cognitive behaviour therapy for eating disorders: a "transdiagnostic" theory and treatment. *Behaviour Research and Therapy*, 41(5), 509–528. [https://doi.org/10.1016/s0005-7967\(02\)00088-8](https://doi.org/10.1016/s0005-7967(02)00088-8)
- Faílde-Rey, L., Pulido-Requero, E. y Contreras-Jordán, O. (2025). La delgada línea que separa la vigorexia de la anorexia nerviosa atípica. *Journal of Sport and Health Research*, 17(1), 99-121. <https://doi.org/10.58727/jshr.109404>
- Frieiro Padín, P., González-Rodríguez, R., Verde-Diego, C. y Vázquez-Pérez, R. (2021). Social media and eating disorder psychopathology: A systematic review. *Cyberpsychology: Journal of Psychosocial Research on Cyberspace*, 15(3), Artículo 6. <https://doi.org/10.5817/CP2021-3-6>
- Fuentes Prieto, J., Herrero-Martín, G., Montes-Martínez, M. y Jáuregui-Lobera, I. (2020). Alimentación familiar: influencia en el desarrollo y mantenimiento de los trastornos de la conducta alimentaria. *Journal of Negative and No Positive Results*, 5(10), 1221-1244. <https://doi.org/10.19230/jonnpr.3955>
- Fundación Cibervoluntarios. (2024). *Mi realidad conectada. Sí, también soy digital*. https://fundacionsafeonline.org/wp-content/uploads/2025/03/2024_Cibervoluntarios_Mi_realidad_conectada-si-tambien-soy-digital.pdf
- Gandarillas Grande, A. y Febrel Bordejé, C. (2000). *Encuesta de Prevalencia de Trastornos del Comportamiento Alimentario en Adolescentes Escolarizados de la Comunidad de*

Madrid (67). Comunidad de Madrid.
https://www.comunidad.madrid/sites/default/files/doc/sanidad/epid/dt_67_prevalencia_tca.pdf

Gandarillas Grande, A., Zorrilla Torras, B., Sepúlveda García, A. R. y Muñoz Rodríguez, P. E. (2003). *Trastornos del comportamiento alimentario: Prevalencia de casos clínicos en mujeres adolescentes de la Comunidad de Madrid* (85). Comunidad de Madrid.
https://www.comunidad.madrid/sites/default/files/doc/sanidad/epid/prevalencia_tca_en_mujeres_adolescentes_0.pdf

Garrido-Rojas, L. (2006). Apego, emoción y regulación emocional: Implicaciones para la salud. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 38(3), 493-507.

Gómez del Barrio, A. (2018). Intervención psicoterapéutica integrada y transdiagnóstica en los trastornos de la conducta alimentaria. *Revista de Psicoterapia*, 29 (110), 73-88.

Górski, M., Całyniuk, B., Garbicz, J., Buczkowska, M., Siudmak, K., Górka, K. y Polaniak, R. (2022). Specific eating disorders – selected aspects of pathogenesis and risk factors. *Psychiatria i Psychologia Kliniczna*, 22(1), 45-54.
<https://doi.org/10.15557/pipk.2022.0006>

Goulart de Oliveira Leite, M., Da Silva Cunha, M. R., Ferreira, M. S. y Mansur-Alves, M. (2025). Influências de características perfeccionistas para a aliança terapêutica: uma revisão sistemática da literatura. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 21, 1-13.
<https://doi.org/10.5935/1808-5687.20250571>

Griffiths, S., Harris, E. A., Whitehead, G., Angelopoulos, F., Stone, B., Grey, W. y Dennis, S. (2024). Does TikTok contribute to eating disorders? A comparison of the TikTok algorithms belonging to individuals with eating disorders versus healthy controls. *Body Image*, 51, 101807. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2024.101807>

Gustafsson, S. A., Stenström, K., Olofsson, H., Pettersson, A. y Wilbe Ramsay, K. (2021). Experiences of eating disorders from the perspectives of patients, family members and health care professionals: a meta-review of qualitative evidence syntheses. *Journal of Eating Disorders*, 9, 156. <https://doi.org/10.1186/s40337-021-00507-4>

Haddad, J., Bez, N. y Van Der Horst, K. (2022). *Literature screening report: The impact of*

the COVID-19 pandemic on eating disorders: Anorexia nervosa, Bulimia nervosa and Binge-Eating.

https://www.bfh.ch/dam/jcr:10b70c45-9f62-479b-bdbb-a2e914759ec9/FOPH_LitScreening_Eating%20Disorders_20220621.pdf

Hanson, L. N., Adamson, A. J., Basterfield, L., Reilly, J. J., Janssen, X., Pearce, M. S., Boothroyd, L. G. y Evans, E. H. (2025). Risk factors for eating disorder symptoms at 15 years of age: a 9-year longitudinal cohort study. *Appetite*, 214, 108149. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2025.108149>

Hu, S., Gan, J., Shi, V. y Krug, I. (2023). Chinese TikTok (Douyin) challenges and body image concerns: a pilot study. *Journal of Eating Disorders*, 11 (108). <https://doi.org/10.1186/s40337-023-00829-5>

Infocop. (2 de diciembre de 2024). *Es clave prevenir y detectar de forma temprana los trastornos de la conducta alimentaria*. Consejo General de la Psicología de España. <https://www.infocop.es/es-clave-prevenir-y-detectar-de-forma-temprana-los-trastornos-de-la-conducta-alimentaria-2/>

Instituto Español de Formadores en Salud. (30 de noviembre de 2022). *El 25% de los Trastornos de Conducta Alimentaria se cronifica, según la SEEN*. IEFS. <https://iefs.es/el-25-de-los-tca-se-cronifica-segun-la-seen/>

Instituto Nacional de la Salud. (2000). *Trastornos del comportamiento alimentario: Criterios de ordenación de recursos y actividades* (1.766).

Jebeile, H., Lister, N. B., Baur, L. A., Garnett, S. P. y Paxton, S. J. (2021). Eating disorder risk in adolescents with obesity. *Obesity Reviews*, 22(5). <https://doi.org/10.1111/obr.13173>

Jiménez, A. (3 de abril de 2023). *Las niñas y mujeres representan 9 de cada 10 casos de trastornos de la conducta alimentaria en España*. Univadis. <https://www.univadis.es/viewarticle/las-ni%C3%B1-y-mujeres-representan-9-de-cada-10-casos-de-2023a100068k>

Jørgensen, M. S., Schousboe, A., Pappaianni, E., Steinstad, L., Eisemann, C., Klitgård, M. y Micali, N. (2025). Protective and risk factors for eating disorders: protocol for a

- prospective cohort study of children at familial high risk (BLOOM). *BMJ Open*, 15, e105185. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2025-105185>
- Karlstad, J., Moe, C. F., Adelsten Stokland, R. y Brinchmann, B. S. (2022). “Balancing within a closed family system”: a grounded theory study of how family life is affected by having a family member with an eating disorder. *Journal of Eating Disorders*, 10 (147). <https://doi.org/10.1186/s40337-022-00669-9>
- Keel, P. K. y Forney, K. J. (2013). Psychosocial risk factors for eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 46(5), 433-439. <https://doi.org/10.1002/eat.22094>
- Langdon-Daly, J. y Serpell, L. (2017). Protective factors against disordered eating in family systems: a systematic review of research. *Journal of Eating Disorders*, 5(12). <https://doi.org/10.1186/s40337-017-0141-7>
- Lee, S. (6 de marzo de 2024). *How Online Echo Chambers Make Eating Disorders Worse*. USC Viterbi | School of Engineering. <https://viterbischool.usc.edu/news/2024/03/how-online-echo-chambers-make-eating-disorders-worse/>
- Levinson, C. A., Osborn, K., Hooper, M., Vanzhula, I. y Ralph-Nearman, C. (2024). Evidence-Based Assessments for Transdiagnostic Eating Disorder Symptoms: Guidelines for Current Use and Future Directions. *Assessment*, 31(1), 145-167.
- López-Gil, J. F., Chen, S., Jiménez-López, E., Abellán-Huerta, J., Herrera-Gutiérrez, E., Panisello Royo, J. M., Mesas, A. E. y Tárraga-López, P. J. (2024). Are the use and addiction to social networks associated with disordered eating among adolescents? Findings from the EHDLA study. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 22, 3775-3789. <https://doi.org/10.1007/s11469-023-01081-3>
- Losada, A. V. y Bidau, C. (2017). Familia y trastornos de la conducta alimentaria. *Revista De Psicología*, 16, 30-49. <https://doi.org/10.24215/2422572Xe004>
- Lozano-Muñoz, N., Borrало-Riego, Á. y Guerra-Martín, M.D. (2024). Efectividad de las intervenciones para mitigar la influencia de las redes sociales en la anorexia y bulimia nerviosa: una revisión sistemática. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 47(1), e1074. <https://doi.org/10.23938/ASSN.1074>

- Lucciarini, F., Losada, A. V. y Moscardi, R. (2021). Anorexia y uso de redes sociales en adolescentes. *Avances en Psicología*, 29(1), 33-45. <https://doi.org/10.33539/avpsicol.2021.v29n1.2348>
- Mateos Agut, M. (2012). *La familia y los trastornos de la conducta alimentaria: estructura familiar y riesgo* [Tesis doctoral, Universidad de Burgos]. http://riubu.ubu.es:8080/bitstream/handle/10259/208/Mateos_Agut.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Mora, F., Alvarez-Mon, M. A., Fernandez-Rojo, S., Ortega, M. A., Felix-Alcantara, M. P., Morales-Gil, I., Rodriguez-Quiroga, A., Alvarez-Mon, M. y Quintero, J. (2022). Psychosocial Factors in Adolescence and Risk of Development of Eating Disorders. *Nutrients*, 14(7), 1481. <https://doi.org/10.3390/nu14071481>
- Moreno-Carmona, N. D., Marín-Cortés, A., Cano-Bedoya, V. H., Jaramillo-Suarez, Á. M. y Ossa-Ossa, J. C. (2022). Mediaciones parentales y uso de internet por niños, niñas y adolescentes colombianos. *Interdisciplinaria*, 38(2). <https://doi.org/10.18566/infpsic.v22n2a03>
- Murphy, R., Straebler, S., Cooper, Z. y Fairburn, C. G. (2010). Cognitive behavioral therapy for eating disorders. *The Psychiatric Clinics of North America*, 33(3), 611–627. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2010.04.004>
- Notario Herrero, F. (2016). Noticias. *Adolescere*, 4(1), 71-75. <https://www.adolescere.es/revista/pdf/volumen-IV-n1-2016/Adolescere-2016-1.pdf>
- Obeid, N., Flament, M. F., Buchholz, A., Henderson, K. A., Schubert, N., Tasca, G., Thai, H. y Goldfield, G. (2022). Examining Shared Pathways for Eating Disorders and Obesity in a Community Sample of Adolescents: The REAL Study. *Frontiers in Psychology*, 13, 805596. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.805596>
- Observatorio Nacional de Tecnología y Sociedad. (2023). *Impacto del aumento del uso de Internet y las redes sociales en la salud mental de jóvenes y adolescentes*. <https://consaludmental.org/publicaciones/Impacto-internet-redes-sociales-salud-mental-jovenes.pdf>
- Oficina de Ciencia y Tecnología del Congreso de los Diputados. (2025). *Informe C. Redes*

sociales y menores. <https://doi.org/10.57952/mbgf-zz41>

- Ortiz Lobo, A. e Ibáñez Rojo, V. (2011). Iatrogenia y prevención cuaternaria en salud mental. *Rev Esp Salud Pública*, 85(6), 513-523. https://scielo.isciii.es/pdf/resp/v85n6/02_colaboracion_especial1.pdf
- Ospina-Botero, M., Bolaños Muñoz, C. L. y Salazar Hoyos, D. M. (2017). Trastornos de la conducta alimentaria en la adolescencia: una metáfora interrelacional de la familia. *Latinoamericana de Estudios de Familia*, 9, 165-180. <https://doi.org/10.17151/rlef.2017.9.11>
- Parnell, T., Hunt, D., Wilkins, J., Ince, B., Sharpe, H., Schmidt, U. y Bartel, H. (2025). 'Falling down the rabbit hole': A thematic analysis of young people's views on TikTok algorithms and eating disorder content. *Journal of Eating Disorders*, 14, 27. <https://doi.org/10.1186/s40337-025-01505-6>
- Pastore, M., Indrio, F., Bali, D., Vural, M., Giardino, I. y Pettoello-Mantovani, M. (2023). Alarming Increase of Eating Disorders in Children and Adolescents. *The Journal of Pediatrics*, 263, 113733. <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2023.113733>
- Patiño, L. D. (2019). *Prevalencia de síntomas depresivos en pacientes con trastornos de la conducta alimentaria* [Tesis doctoral, Universidad de Flores, Buenos Aires]. <https://www.eumed.net/libros/1856/1856.pdf>
- Pérez Lombardo, M., Alberdi Páramo, Í., Baena Mures, R. Á. y Pemán Rodríguez, J. (2022, junio). *Trastornos de la conducta alimentaria y trastornos de la personalidad, ¿subfenómenos de los trastornos impulsivos?*[ponencia]. XXIII Congreso Virtual Internacional de Psiquiatría, Psicología y Salud Mental. <https://psiquiatria.com/congresos/pdf/1-10-2022-162-pon5.pdf>
- Pineda García, G. y Gómez-Peresmitré, G. (2006). Estudio piloto de un programa de prevención de trastornos alimentarios basado en la teoría de la disonancia cognoscitiva. *Revista Mexicana de Psicología*, 23(1), 87-95. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=243020646011>
- Polaino Lorente, A. (1986). La Psicología de la salud: Entre el paradigma patogénico y el salutogénico. *Apuntes*, 10-16.

- Ramírez, L. (2024). Trastornos alimenticios y de la ingestión de alimentos incluidos en el DSM-V. *NPunto*, 7(76), 63-90. <https://www.npunto.es/content/src/pdf-articulo/66aa07e70dd7bart3.pdf>
- Real Academia Nacional de Medicina de España. (29 de noviembre de 2024). *Aquellos TCA que se cronifican pueden llegar a ser muy graves y causar la muerte en una de cada diez personas*. <https://ranm.es/2024/11/aquellos-tca-que-se-cronifican-pueden-llegar-a-ser-muy-graves-y-causar-la-muerte-en-una-de-cada-diez-personas/>
- Rikani, A. A., Choudhry, Z., Choudhry, A. M., Ikram, H., Asghar, M. W., Kajal, D., Waheed, A. y Mobassarrah, N. J. (2013). A critique of the literature on etiology of eating disorders. *Annals of Neurosciences*, 20(4). <https://doi.org/10.5214/ans.0972.7531.200409>.
- Rohde, P., Stice, E. y Marti, C. N. (2014). Development and predictive effects of eating disorder risk factors during adolescence: Implications for prevention efforts. *The International Journal of Eating Disorders*, 48(2), 187-198. <https://doi.org/10.1002/eat.22270>
- Ruiz Lázaro, P. M. (2022). *Guía de prevención de trastornos de conducta alimentaria: Programa Zarima*. Gobierno de Aragón.
- Save the Children. (2024). *Un análisis sobre derechos de la infancia y la adolescencia y su protección en el entorno digital*. https://www.savethechildren.es/sites/default/files/2024-07/Informe_Derechos_SinConexion.pdf
- Schmidt, U. H., Claudino, A., Fernández-Aranda, F., Giel, K. E., Griffiths, J., Hay, P. J., Kim, Y. R., Marshall, J., Micali, N., Monteleone, A. M., Nakazato, M., Steinglass, J., Wade, T. D., Wonderlich, S., Zipfel, S., Allen, K. L. y Sharpe, H. (2025). The current clinical approach to feeding and eating disorders aimed to increase personalization of management. *World Psychiatry*, 24(1), 4-31. <https://doi.org/10.1002/wps.21263>
- Sepúlveda, A. R., Moreno, A. y Beltrán, L. (2020). Actualización de las Intervenciones Dirigidas al Contexto Familiar en los Trastornos del Comportamiento Alimentario: El

- Rol de los Padres. *Revista de Psicoterapia*, 31(115), 49-62.
<https://doi.org/10.33898/rdp.v31i115.355>
- Serrano-Troncoso, E., Cañas, L., Carbonell, X., Carulla, M., Palma, C., Matalí, J. y Dolz, M. (2017). Distribución diagnóstica de los trastornos de la conducta alimentaria: comparativa entre el DSM-IV-TR y el DSM-5. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 45(1), 32-38.
- Sociedad Española de Psiquiatría Legal. (23 de diciembre de 2025). *Asociaciones longitudinales entre la insatisfacción corporal en adolescentes, los trastornos alimentarios y los síntomas depresivos, y el IMC*.
<https://www.psiquiatrialegal.org/asociaciones-longitudinales-entre-la-insatisfaccion-corporal-en-adolescentes-los-trastornos-alimentarios-y-los-sintomas-depresivos-y-el-imc/>
- Steinberg, L. (2008). A Social Neuroscience Perspective on Adolescent Risk-Taking. *Developmental Review*, 28(1), 78-106. <https://doi.org/10.1016/j.dr.2007.08.002>
- Strada, G., Serván, B., Reyes, L., López, I. y Díaz, M. (2025). Sociocultural factors in eating disorder. A comprehensive review. *European Psychiatry*, 68(Extra 1), S695. <https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2025.1413>
- Suciu, B. y Crişan, C. (2020). *Feeding and Eating Disorders*. IntechOpen. <https://doi.org/10.5772/intechopen.92218>
- Talbot, C. V., Gavin, J., Van Steen, T. y Morey, Y. (2017). A content analysis of thinspiration, fitspiration, and bonespiration imagery on social media. *Journal of Eating Disorders*, 5, 40. <https://doi.org/10.1186/s40337-017-0170-2>
- Van Eeden, A. E., Oldehinkel, A. J., Van Hoeken, D. y Hoek, H. W. (2021). Risk factors in preadolescent boys and girls for the development of eating pathology in young adulthood. *International Journal of Eating Disorders*, 54(7), 1147-1159. <https://doi.org/10.1002/eat.23496>
- Varela, C., Hoyo, Á., Tapia-Sanz, M. E., Jiménez-González, A. I., Moral, B. J., Rodríguez-Fernández, P., Vargas-Hernández, Y. y Ruiz-Sánchez, L. J. (2023). An update on the underlying risk factors of eating disorders onset during adolescence: a

systematic review. *Frontiers in Psychology*, 14, 1221679. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2023.1221679>

Verdi, B. (24 de junio de 2024). *Tratamiento Basado en la Familia (FBT) para los Trastornos de la Conducta Alimentaria*. El tratamiento de primera línea para niños y adolescentes [Mensaje en un blog]. <https://www.isep.es/actualidad/tratamiento-basado-en-familia-para-trastorno-conducta-alimentaria/>

Vo, M., Accurso, E. C., Goldschmidt, A. B. y Le Grange, D. (2017). The impact of DSM-5 on eating disorder diagnoses. *International Journal of Eating Disorders*, 50(5), 578-581. <https://doi.org/10.1002/eat.22628>

Yamamiya, Y. y Stice, E. (2024). Risk Factors That Predict Future Onset of Anorexia Nervosa, Bulimia Nervosa, Binge Eating Disorder, and Purging Disorder in Adolescent Girls. *Behavior Therapy*, 55. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2023.10.002>

Zanella, E. y Lee, E. (2022). Integrative review on psychological and social risk and prevention factors of eating disorders including anorexia nervosa and bulimia nervosa: seven major theories. *Heliyon*, 8(11), e11422. <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2022.e11422>