

GRADO EN PSICOLOGÍA

TRABAJO FIN DE GRADO

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

Presentado Por: Andrea Rodrigo Lou

Tutora Del Trabajo: Elisa Hormaechea García

Universidad Pontificia Comillas 2025-2026

ÍNDICE

1. Introducción

1.1 Presentación del tema: relevancia actual de los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA).

1.2 Datos de prevalencia en Europa y España (aumento tras la pandemia).

1.3 Coste social y sanitario de los TCA.

1.4 Justificación académica: escasez de estudios en español que integren factores familiares y preventivos.

1.5 Originalidad: enfoque en adolescencia y familia como agentes preventivos.

2. Marco Teórico

2.1. Definición y conceptualización de los TCA

2.1.1 Definiciones básicas y evolución del concepto (DSM-IV → DSM-5).

2.1.2 Enfoque de espectro y comorbilidades.

2.2. Una misma presión, muchas reacciones

2.2.1 Descripción de distintos TCA (anorexia, bulimia, atracón, ortorexia, ARFID).

2.2.2 Factores compartidos: presiones socioculturales, perfeccionismo, control, trauma, biología.

2.3. Adolescencia como etapa de riesgo

2.3.1 Factores neurobiológicos y emocionales.

2.3.2 Imagen corporal y desarrollo puberal.

2.3.3 Influencia de género y redes sociales.

2.4. Familia como pilar

2.4.1 Modelos familiares de riesgo y protección.

2.4.2 Clima comunicativo y su impacto.

2.4.3 Rol de hermanos y visión sistémica.

2.5. Enfoque transdiagnóstico

2.5.1 Procesos psicológicos comunes (autoestima, regulación emocional).

2.5.2 Limitaciones del enfoque centrado en síntomas.

3. Evidencia Empírica

3.1 Edad de inicio y evolución.

3.2 Factores de riesgo: individuales, familiares y socioculturales.

3.3 Estudios longitudinales sobre insatisfacción corporal.

3.4 Representación visual: tabla de factores de riesgo/protección.

4. Discusión y Conclusiones

4.1 Adolescencia como periodo crítico.

4.2 Familia como recurso de prevención y recuperación.

4.3 Enfoque biopsicosocial y transdiagnóstico de los TCA.

4.4 Futuras líneas de investigación: tecnologías y programas familiares.

5. Plan Integral de Prevención de TCA en Adolescentes

5.1 Objetivos: generales y específicos (alfabetización, diversidad, detección, cambios normativos).

5.2 Selección de un ámbito: universidades (con ejemplos prácticos).

5.3 Metodología: participativa y colaborativa (brainstorming, dinámicas).

5.4 Evaluación: indicadores de proceso, resultados e impacto clínico.

6. Bibliografía

Objetivo general:

Analizar los factores individuales, familiares y socioculturales que intervienen en la aparición y mantenimiento de los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) durante la adolescencia, con el propósito de diseñar y fundamentar un Plan Integral de Prevención que articule acciones coordinadas entre escuela, familia, sistema sanitario y políticas públicas.

Objetivos específicos:

1. Describir los principales factores de riesgo y protección frente a los TCA en la adolescencia desde un enfoque biopsicosocial y transdiagnóstico.
2. Examinar cómo las dinámicas familiares pueden actuar tanto como factores de riesgo (crítica, rigidez, conflictos, comunicación negativa) como factores protectores y agentes preventivos ante los TCA.
3. Analizar la influencia de las redes sociales y los ideales corporales contemporáneos en la construcción de la imagen corporal y la vulnerabilidad adolescente.
4. Diseñar un plan integral de prevención de los TCA que incluya acciones aplicables en los ámbitos escolar, familiar, sanitario o comunitario, con metodología participativa.

Proponer indicadores de evaluación que permitan valorar la eficacia potencial de las acciones preventivas (por ejemplo, aumento de alfabetización mediática, detección precoz o disminución de comentarios dañinos).

1. Introducción

1.1. Presentación del tema y relevancia del estudio

Según la clasificación DSM-5-TR, Los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) se caracterizan por una alteración persistente en los patrones de alimentación o en la conducta alimentaria. Fundamentalmente, implican una dificultad para la ingesta o absorción de alimentos, lo que conlleva consecuencias significativas en el estado físico, la vida social y el bienestar psicológico de la persona.

Estos trastornos no son meramente patologías relacionadas con la comida, son gritos de auxilio psíquico incorporados en el cuerpo. La conducta alimentaria alterada es solo la punta del iceberg ⁽¹⁾; las conductas que vemos en el adolescente son el síntoma visible de un iceberg sumergido de emociones no gestionadas, baja autoestima y vacío emocional. La etiología de estos trastornos es compleja y multifactorial ⁽²⁰⁾ ⁽²¹⁾. Los factores de riesgo se clasifican en individuales, como la predisposición genética o el temperamento; familiares y sociales ⁽²¹⁾.

En la práctica clínica actual, nos enfrentamos a una realidad desbordante: la adolescencia, ese periodo crítico de individuación y construcción de la identidad, se ha convertido en un terreno fértil para el desarrollo de una relación disfuncional con la imagen y la ingesta ⁽²⁾. Lejos de ser un capricho estético, los TCA son enfermedades mentales graves con una de las tasas de mortalidad más altas dentro de la psiquiatría, derivadas tanto de las complicaciones físicas de la desnutrición como del elevado riesgo de suicidio ⁽²⁾.

La adolescencia contemporánea aparece en un escenario de complejidad inédito, donde la maduración biológica se ve interpelada por factores externos masivos. Según Steinberg (2008), existe una 'ventana de vulnerabilidad' producida por el desajuste entre el sistema socioemocional y el control cognitivo, lo que hace al adolescente particularmente permeable a su entorno. ⁽³⁾ En la actualidad, este entorno se manifiesta como un ecosistema digital algorítmico que, como indica Boyd (2014) ⁽⁴⁾, ha reconfigurado los espacios de socialización tradicionales hacia "públicos en red" donde la identidad no solo se expresa, sino que se negocia y construye bajo nuevas lógicas tecnológicas.

Por consiguiente, este Trabajo de Fin de Grado propone un abordaje sistémico-ecológico, que permite entender al individuo, a la familia y al ecosistema tecnológico no como entes aislados, sino como un sistema interconectado y transaccional.

Esta investigación es de crucial importancia clínica, social y política. Nos enfrentamos a una patología con las tasas de mortalidad más elevadas dentro de los trastornos psiquiátricos. ⁽¹¹⁾ La enfermedad se ve intensificada por su rápida propagación en plataformas como TikTok, donde se le confiere una estética atractiva y se difunde utilizando la dinámica del refuerzo intermitente. ⁽¹²⁾

La pandemia de la COVID-19 actuó como un catalizador, desmantelando rutinas protectoras como el colegio, deporte, socialización presencial y confinando a los adolescentes frente a pantallas repletas de cánones corporales imposibles de alcanzar. ⁽¹³⁾

En este contexto, la familia, anteriormente vista como el "enemigo", se perfila como el único "cortafuegos" efectivo para contrarrestar la influencia de los algoritmos. Sin embargo, su eficacia depende de que los padres dispongan de las herramientas de alfabetización digital y emocional indispensables⁽¹⁴⁾

1.2. Prevalencia y epidemiología post-pandemia en España y Europa

Los datos epidemiológicos recientes confirman un panorama preocupante: el aumento de casos observado durante la pandemia no ha disminuido. En lugar de retornar a los niveles anteriores a la COVID-19 (2010-2019), los sistemas de salud europeos continúan registrando una alta incidencia de nuevos diagnósticos. Un factor de alarma adicional es el aumento en la severidad clínica con la que se presentan estos casos.⁽¹³⁾

En Europa, estudios de registros nacionales de gran rigor metodológico, como los de Noruega y Dinamarca, nos ofrecen una perspectiva clara. Las últimas investigaciones (2024) muestran que la incidencia de los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) alcanzó un pico en 2021. Aunque las cifras han bajado un poco desde entonces, las tasas actuales continúan siendo significativamente más elevadas de lo habitual.⁽¹⁵⁾

En España, esta ola global se siente con una intensidad particular y preocupante. Instituciones como la Asociación Contra la Anorexia y la Bulimia (ACAB), apoyadas por estudios en comunidades autónomas clave como Madrid y Cataluña, nos alertan sobre una realidad que exige acción inmediata. Se estima que entre el 11% y el 27% de nuestros adolescentes ya está inmerso en prácticas de riesgo o muestra síntomas subclínicos, un umbral peligroso que podría llevarlos a desarrollar un Trastorno de la Conducta Alimentaria (TCA) plenamente establecido.⁽¹⁶⁾

En España, los TCA afectan aproximadamente a 400.000 personas. Específicamente, en el rango de edad de 12 a 21 años, la prevalencia de TCA se sitúa entre el 4,1% y el 6,4%⁽¹⁷⁾. Afecta de manera desproporcionada a las mujeres, que constituyen la inmensa mayoría de los casos (9 de cada 10).⁽¹⁸⁾ La media de edad en el momento del diagnóstico se ha reducido de forma notable hasta los 12.5 años.⁽¹⁹⁾ Tras la pandemia, se ha notado un incremento del 20% en los ingresos hospitalarios desde el año 2020.⁽¹⁹⁾

En cuanto a los tipos concretos, la Anorexia Nerviosa (AN) afecta a aproximadamente entre el 6 y el 10 de cada mil mujeres adolescentes⁽²²⁾. Por su parte, la Bulimia Nerviosa (BN) se estima que está presente en entre el 2% y el 4% de la población⁽²²⁾. Finalmente, la realidad es que la categoría diagnóstica más habitual en los centros de Atención Primaria son los TCA No Especificados o Atípicos, que representan la mayoría de los casos, agrupando entre el 5% y el 10% del total⁽²³⁾.

Resulta fundamental comprender que la realidad de los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) ha experimentado un cambio radical. La noción preconcebida de que el paciente era una adolescente, caucásica y de un estrato socioeconómico elevado, es una concepción obsoleta. Los datos más recientes de 2024 indican que la afectación se ha

ampliado, alcanzando a un espectro mucho más vasto de la población. Se observa un incremento notable en varones (cuya prevalencia a lo largo de la vida ya excede el 1%), en individuos que desarrollan la enfermedad a edades significativamente más tempranas pues la edad de mayor riesgo se ha adelantado peligrosamente a los 10-12 años⁽²⁴⁾, y en comunidades y minorías étnicas que históricamente han permanecido invisibilizadas.

1.3. Coste social y económico: La carga invisible sobre las familias

El impacto de los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) va mucho más allá de lo que cada persona vive en la consulta; generan un considerable peso económico y social que recae tanto sobre los sistemas de salud pública como sobre la economía de las familias. En España, aunque el gasto sanitario público se encuentra entre el 7-7.8% del Producto Interior Bruto (PIB), la realidad es que los recursos específicos para atender la salud mental de niños, niñas y adolescentes siguen siendo insuficientes para afrontar la enorme demanda que se ha disparado tras la pandemia.⁽²⁵⁾⁽²⁶⁾

La incapacidad del sistema de salud pública (las Unidades de Salud Mental Infanto-Juvenil y los Hospitales de Día) para atender toda la demanda genera unas listas de espera insostenibles. En el caso de trastornos como los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA), donde la desnutrición puede llevar rápidamente a la cronicidad o a un riesgo vital, esta tardanza empuja a las familias a buscar ayuda en el sector privado. Se conocen casos en España de familias que se ven obligadas a afrontar costes anuales que oscilan entre los 20.000 y los 50.000 euros⁽²⁷⁾ para acceder a tratamientos residenciales o ambulatorios intensivos en centros especializados. Esta realidad no solo pone de manifiesto la imposibilidad del sistema público de ofrecer una plaza a tiempo, sino que además crea una profunda injusticia estructural: la oportunidad de recuperación de un menor queda, en esencia, supeditada a la capacidad económica de su familia.

El coste de los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) va más allá de la factura médica. El cuidado intensivo que requieren, como la supervisión constante de las comidas, obliga a menudo a uno de los padres a reducir o dejar su trabajo. Esta pérdida de ingresos y el tiempo dedicado a los cuidados informales son, de hecho, el mayor impacto económico. Esta presión financiera, sumada al agotamiento emocional, crea una situación familiar muy difícil. Como consecuencia, aumentan las manifestaciones de crítica y hostilidad, lo que conocemos como "Emoción Expresada". Curiosamente, esta tensión familiar es uno de los elementos clave que contribuyen a que el trastorno se mantenga en el tiempo.⁽²⁸⁾

1.4. La familia como agente preventivo y terapéutico fundamental

Frente a esta perspectiva inicial, el enfoque sistémico transforma radicalmente la visión sobre la familia. Dejamos de verla como la raíz del problema para reconocerla como el recurso terapéutico más poderoso y accesible. Este cambio ha reorientado la práctica clínica, superando las culpas del siglo pasado y adoptando una perspectiva que busca empoderar a los padres y al núcleo familiar con herramientas efectivas.⁽²⁹⁾

En la sociedad digital actual, el papel de la familia en la prevención ha evolucionado, exigiendo que los padres actúen como mediadores en el entorno digital. Deben proteger a sus hijos de sistemas algorítmicos que explotan las vulnerabilidades adolescentes. La evidencia científica demuestra que una dinámica familiar sólida, basada en la comunicación y una supervisión tecnológica afectiva pero firme, es una defensa eficaz contra la insatisfacción con la imagen corporal y los cánones de delgadez irreales.⁽³⁰⁾ Por otra parte, la Terapia Basada en la Familia (TBF o Método Maudsley) se consolidó en 2024 como el tratamiento con mayor evidencia para la anorexia nerviosa en adolescentes. Esta terapia involucra a los padres en la recuperación física de sus hijos y muestra mejores tasas de remisión que los enfoques individuales.⁽²⁹⁾

1.5 Originalidad: enfoque en adolescencia y familia como agentes preventivos.

La presente investigación se distingue por su enfoque holístico y preventivo, alejándose del análisis meramente clínico de los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA). Su originalidad radica en posicionar a la familia y al propio adolescente no solo como receptores de cuidado, sino como agentes preventivos primarios en el ecosistema digital.

A diferencia de estudios previos que abordan el fenómeno digital como una variable estática, este trabajo integra las dinámicas de la Era Digital 2025 (algoritmos predictivos y filtros de IA) como catalizadores de riesgo, proponiendo la alfabetización mediática como una barrera protectora fundamental. De este modo, se trasciende el síntoma (TCA) para explorar las raíces de la identidad y la resiliencia en red.

2. Marco Teórico

2.1. Definición y conceptualización de los TCA

2.1.1 Definiciones básicas y evolución del concepto (DSM-IV → DSM-5).

2.1.2 Enfoque de espectro y comorbilidades.

2.2. Una misma presión, muchas reacciones

2.2.1 Descripción de distintos TCA (anorexia, bulimia, atracón, ortorexia, ARFID).

2.2.2 Factores compartidos: presiones socioculturales, perfeccionismo, control, trauma, biología.

2.3. Adolescencia como etapa de riesgo

2.3.1 Factores neurobiológicos y emocionales.

2.3.2 Imagen corporal y desarrollo puberal.

2.3.3 Influencia de género y redes sociales.

2.4. Familia como pilar

2.4.1 Modelos familiares de riesgo y protección.

2.4.2 Clima comunicativo y su impacto.

2.4.3 Rol de hermanos y visión sistémica.

2.5. Enfoque transdiagnóstico

2.5.1 Procesos psicológicos comunes (autoestima, regulación emocional).

2.5.2 Limitaciones del enfoque centrado en síntomas.

3. Evidencia Empírica

3.1 Edad de inicio y evolución.

3.2 Factores de riesgo: individuales, familiares y socioculturales.

3.3 Estudios longitudinales sobre insatisfacción corporal.

3.4 Representación visual: tabla de factores de riesgo/protección.

4. Discusión y Conclusiones

4.1 Adolescencia como periodo crítico.

4.2 Familia como recurso de prevención y recuperación.

4.3 Enfoque biopsicosocial y transdiagnóstico de los TCA.

4.4 Futuras líneas de investigación: tecnologías y programas familiares.

5. Modelo de Prevención

El modelo de prevención se implementará en el entorno universitario, aunque el estudio subyacente se centra en la adolescencia. Esta elección se justifica al considerar la universidad como la "última red de seguridad" antes de la vida adulta y un período de alta vulnerabilidad debido al aumento de la autonomía.

La implementación de programas de prevención de Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) en el ámbito universitario trasciende la mera provisión de un servicio complementario; se establece como una estrategia esencial de salud. Reviste una importancia crítica para garantizar el bienestar integral del alumnado, impactando directamente en su rendimiento académico y en la consecución de sus objetivos educativos. La etapa universitaria, denominada también "adulthood emergente", constituye un período particularmente vulnerable y de elevado riesgo para la manifestación de estas patologías.⁽⁵⁾

El diseño de este modelo parte de una premisa validada: la prevención de los TCA es efectiva y cuantificable. El análisis de 27 ensayos controlados aleatorizados (ECA) demuestra que las intervenciones psicológicas preventivas en universidades reducen el riesgo relativo de desarrollar un TCA (subclínico o completo) en un 38% (Incidence Rate Ratio = 0.62).⁽⁵⁾ Este dato es fundamental para justificar la inversión institucional; no se trata solo de mejorar el bienestar subjetivo, sino de evitar la aparición de patología clínica diagnosticable.

5.1 Fases Modelo

5.1.1 Protocolo de Detección del Riesgo (Fase 1)

La eficacia del modelo reside en su capacidad para identificar y dirigirse específicamente a la población objetivo: estudiantes con rasgos de Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA). Para lograr esto, se implementará un sistema digital de cribado. Este cribado se integrará en los procedimientos administrativos habituales que la universidad privada lleva a cabo al comienzo de cada curso académico.

Para la detección inicial, elegimos la Weight Concerns Scale (WCS). A diferencia de cuestionarios diagnósticos más extensos como el EDE-Q, la WCS es una herramienta de cribado muy práctica: es breve (solo 5 ítems), poco intrusiva y ha demostrado una alta validez predictiva para identificar el riesgo futuro de desarrollar Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) en la población universitaria femenina.⁽⁶⁾

Estudios longitudinales han revelado que obtener puntuaciones altas en la WCS permite predecir el riesgo de desarrollar trastornos alimentarios con mayor exactitud que si solo se considera la insatisfacción corporal. La escala mide la preocupación por el peso, los hábitos de dieta y la autopercepción de gordura, resultando en una puntuación final de 0 a 100.⁽⁷⁾ En este modelo, hemos decidido establecer un punto de corte de 47 (en una escala de 0 a 100). Los estudiantes que obtengan una puntuación a partir de 47 se considerarán de "Alto Riesgo" y, por lo tanto, serán los candidatos para recibir una intervención preventiva selectiva.⁽⁸⁾

5.1.2 Proceso de Cribado Digital

Para conseguir que la gente participe más y que nadie se sienta señalado, es mejor enfocar el cribado no como una simple "Detección de Problemas", sino como un programa para "Cuidar nuestro Bienestar y Mejorar cómo Rendimos".

El cuestionario se integrará de forma natural en el día a día universitario del estudiante. Lo encontrará disponible directamente en el campus virtual de la universidad (ya sea Blackboard, Moodle o Canvas), el entorno que él o ella ya utiliza habitualmente para gestionar sus asignaturas.

El momento de participación no es casual. Se ha decidido pasarlo durante la Semana 2 o 3 del primer semestre. Es justo ese momento clave en el que el ritmo de las clases se asienta y las primeras entregas o exámenes comienzan a generar ese conocido "estrés académico". Se sabe que este pico de tensión es el que, a menudo, tiene un impacto directo en cómo y qué decide comer el estudiante.

El Algoritmo de Acompañamiento Personalizado establece tres niveles de intervención basados en la puntuación obtenida. Para aquellos con una puntuación inferior a 47, el sistema proporcionará enlaces a recursos educativos, como webinars de nutrición, con el objetivo de reforzar los hábitos saludables ya establecidos. Si la puntuación se encuentra entre 47 y 70, el enfoque es más proactivo. Se enviará una invitación personal para unirse a programas presenciales y online, buscando un impacto significativo en el bienestar y el rendimiento académico del estudiante. Finalmente, si la puntuación es superior a 70 o si se detectan conductas de riesgo, la prioridad es la seguridad y el apoyo inmediato. El sistema genera una alerta para que el equipo tenga una entrevista breve y segura, respetando los tiempos del alumno. En este caso, ya no se trataría de prevención sino de tratamiento.

5.1.3 Intervención Selectiva Presencial: "The Body Project" (Fase 2)

Para las estudiantes con un riesgo más elevado (WCS mayor a 47), la mejor opción es The Body Project. Este programa funciona gracias a la teoría de la disonancia cognitiva y ayuda a prevenir futuros Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA).⁽⁹⁾

5.1.4 Fundamento Teórico: Disonancia Cognitiva

La teoría de la disonancia cognitiva de Festinger explica que cuando nuestras creencias y acciones no coinciden, sentimos un malestar psicológico. The Body Project utiliza esto pidiendo a las participantes (que ya asumen el ideal de delgadez) que hablen y actúen en contra de ese ideal. Al criticar el ideal de delgadez de forma voluntaria y abierta en grupo, logran reducir la fuerza con la que ellas mismas internalizan el ideal. Esto ocurre porque necesitan que sus creencias se ajusten a sus nuevas acciones (sus críticas), resolviendo así la disonancia.⁽¹⁰⁾

La propuesta se centra en implementar la versión estándar del modelo, que consta de cuatro sesiones semanales de 60 minutos cada una, esta frecuencia permite una mejor asimilación de las tareas realizadas entre sesiones y favorece un procesamiento cognitivo más profundo por parte del participante.

El grupo será guiado por facilitadoras pares, es decir, estudiantes de cursos superiores que ya han recibido una formación específica. La investigación de Stice et al. respalda esta idea, indicando que las intervenciones lideradas por pares son igual de efectivas, e incluso superiores, a las dirigidas por profesionales. Esto se debe a que la ausencia de barreras

jerárquicas y la mayor afinidad social con las compañeras aumenta la credibilidad y la apertura dentro del grupo. ⁽¹⁰⁾

5.2 Guión Detallado de las Sesiones

5.2.1 Sesión 1: Deconstrucción del Ideal

El módulo comienza con una reflexión sobre el ideal de belleza actual. En la Actividad 1, el grupo define de manera consensuada los atributos de este ideal, que son anotados para una visualización colectiva de las expectativas sociales (p. ej., "ausencia de celulitis", "curvas marcadas").

A continuación, se aborda el alto coste de intentar alcanzar este modelo normativo. La Actividad 2 invita a las participantes a cuantificar el precio de esta persecución, clasificando las consecuencias en distintas esferas: económicas (inversión en productos y fitness), temporales (tiempo dedicado a la preocupación alimentaria), emocionales (generación de culpa y ansiedad) y sociales (tendencia a la evitación de situaciones).

El proceso culmina con una inducción de disonancia cognitiva al preguntar críticamente quién se beneficia de la inseguridad corporal, situando el foco en la industria. Como estrategia de consolidación, se proponen dos tareas significativas: la Carta a una Niña Pequeña, que busca reforzar la postura crítica de la participante al tener que argumentar la trampa del ideal a un tercero, y la Tarea del Espejo, que promueve la autocompasión y la identificación de al menos cinco cualidades positivas (funcionales, personales o físicas) frente a la propia imagen, prohibiendo activamente la crítica destructiva (Fat Talk).

5.2.3 Sesión 2: Confrontación Verbal y Conductual

La estructura del taller incluye una fase de Revisión de Tarea, donde las participantes comparten en voz alta las cartas que han redactado. Este ejercicio resulta un mecanismo particularmente potente para la inducción de disonancia cognitiva y el fortalecimiento de la cohesión dentro del grupo.

Seguidamente, se implementa una técnica de Role-Playing denominada "El Abogado del Diablo". En esta dinámica, las facilitadoras asumen el papel de defensoras de los ideales de belleza hegemónicos (por ejemplo, argumentando que "la delgadez se asocia con mayor éxito y aceptación social"). La tarea de las participantes consiste en refutar estos argumentos de manera espontánea. Un ejemplo de réplica eficaz podría ser: "El éxito cimentado en la apariencia física es inherentemente frágil. Valoro ser aceptada por mi esencia antes que por mi talla, una característica que es mutable".

Finalmente, se establece una Tarea para Casa enfocada en el Desafío Conductual. Se insta a las participantes a identificar y llevar a cabo una acción contraria a sus patrones habituales de evitación o de comprobación corporal (como, por ejemplo, optar por vestir prendas de tirantes en lugar de evitarlas, o guardar la báscula en lugar de pesarse a diario).

5.2.4 Sesión 3: Resistencia al "Fat Talk"

El análisis del desafío reveló una conclusión significativa: la anticipación y el miedo al reto

conductual resultaron ser más intensos que la experiencia real del mismo. Este fenómeno subraya la importancia de abordar la preocupación irracional antes de la acción.

En este contexto, se vuelve crucial la práctica de "Combatir el 'Fat Talk'". Esto implica la identificación de dinámicas de conversación tóxicas que prevalecen en entornos universitarios (por ejemplo, comentarios como "¿He engordado?" o "Estoy obesa") y la capacitación en la formulación de respuestas asertivas. El objetivo es detener estas conversaciones sin recurrir a la agresividad, proponiendo un cambio de foco temático (e.g., "Prefiero que no hablemos de dietas, ¿qué tal te fue en el examen?").

Finalmente, la tarea propuesta para la consolidación de estos aprendizajes es la "Carta al Yo Futuro". Mediante este ejercicio introspectivo, las participantes se comprometen a sí mismas a establecer estrategias personales que aseguren el mantenimiento de una imagen corporal positiva, incluso frente a futuros agentes estresores comunes, como periodos de exámenes o situaciones de rupturas emocionales.

5.2.5 Sesión 4: Activismo y Prevención de Recaídas

La fase final busca consolidar aprendizajes y preparar para el futuro.

Incluye la "Salida del Armario Corporal", donde se comparte un aspecto positivo de la funcionalidad del cuerpo, y el "Activismo en el Campus", que consiste en planificar una acción de conciencia corporal universitaria (ej. mensajes de aceptación en espejos).

Se finaliza con un "Plan de Mantenimiento" para identificar riesgos y aplicar estrategias preventivas, y una Evaluación Post-Intervención (WCS y cuestionarios) para medir el impacto y la satisfacción.

5.2.6 Intervención Indicada Online: "Student Bodies" (Fase 3)

Para estudiantes que presentan barreras horarias, estigma elevado para acudir a grupos presenciales, o prefieren un formato más estructurado, se propone la implementación de *Student Bodies* (o su adaptación moderna *eBody Project*), dirigiendo intervenciones vía internet efectivas, especialmente cuando incluyen algún nivel de guía humana.

5.2.7 Sistema de Incentivos: La Moneda de Cambio Universitaria

Para que la prevención compita por la atención del estudiante universitario privado, debe ofrecer un beneficio claro. Por ello, se proponen dos estrategias clave.

La primera es la Compensación Académica, que consiste en convalidar de 1 a 2 créditos ECTS (de libre configuración o transversales) a quienes completen el programa. Esta medida busca incentivar la adherencia, basándose en la evidencia de que la compensación aumenta los efectos positivos de las intervenciones.

La segunda estrategia es la Certificación Oficial. Se propone otorgar un diploma, como por ejemplo, un "Liderazgo en Salud y Bienestar", para apelar a la motivación curricular y la diferenciación profesional del estudiante en el mercado laboral.

5.3 Recursos, Presupuesto y Viabilidad

La implementación de este modelo es económicamente viable para una universidad privada,

ya que se basa en recursos humanos internos (estudiantes) y plataformas existentes.

En el pilar de la coordinación, se designará a un Coordinador Clínico, que será un profesional con perfil de psicólogo del servicio de orientación. Este rol recaerá sobre un Profesor Asociado, quien dedicará entre 10 y 15 horas por semestre. Es fundamental destacar que este es un coste interno, integrado en la estructura salarial del profesional o compensado mediante una reducción de su carga docente.

El personal de apoyo fundamental lo constituyen los Facilitadores Pares, seleccionados entre estudiantes de Máster (Psicología General Sanitaria) o de cuarto año de Grado. Se prevé cubrir estas posiciones principalmente mediante becas de colaboración o créditos de prácticas, lo que representa una estrategia eficiente que mantiene el coste del proyecto en un nivel bajo o nulo.

Respecto a la Formación (Training), se ha planificado un entrenamiento intensivo de dos días para los facilitadores, basado en el uso de manuales estandarizados. El coste aquí se centra en la producción de los materiales didácticos y en las horas de dedicación que el Coordinador Clínico invierte en esta preparación.

Finalmente, la adquisición de Licencias y Manuales, en concreto los de The Body Project, representa un gasto mínimo, limitado esencialmente a los costes de impresión de los materiales. En el ámbito tecnológico, la Plataforma Digital utilizará la infraestructura existente (Moodle/Canvas) y requerirá licencias para herramientas de cribado (como SurveyMonkey o Qualtrics), lo que se considera un coste de infraestructura ya asumido por la institución.

5.3.1 Retorno de Inversión (ROI)

El ROI del programa se basa en la retención del alumnado. Evitar un único abandono de matrícula por un TCA (que a menudo implica bajas o ingresos hospitalarios) puede cubrir el coste operativo anual total del programa preventivo. Esto destaca el impacto económico y social positivo de la intervención temprana.

BIBLIOGRAFIA:

1. Nutricionista en Valencia. (2025, 13 abril). Trastornos de la conducta alimentaria | Nutriemoción. <https://www.nutriemocion.net/trastornos-de-la-conducta-alimentaria/>
2. Hurtado, M. (2025, 1 diciembre). Día Internacional de Lucha contra los TCA: Trastornos de la Conducta Alimentaria y Salud Mental – 30 de Noviembre. AGS Psicólogos Madrid. <https://www.ags-psicologosmadrid.com/trastornos-alimentacion/dia-internacional-tca-30-noviembre/#:~:text=De%20hecho%2C%20la%20anorexia%20y%20la%20bulimia,vida%20si%20no%20se%20tratan%20a%20tiempo.>

3. 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>

4. Boyd, D. (2014). It's complicated: the social lives of networked teens. *Choice Reviews Online*, 51(12), 51-7042. <https://doi.org/10.5860/choice.51-7042>

(5) Prevention of eating disorders at universities: A systematic review and meta-analysis

(6) Graham, A. K., Trockel, M., Weisman, H., Fitzsimmons-Craft, E. E., Balantekin, K. N., Wilfley, D. E., & Taylor, C. B. (2018). A screening tool for detecting eating disorder risk and diagnostic symptoms among college-age women. *Journal Of American College Health*, 67(4), 357-366. <https://doi.org/10.1080/07448481.2018.1483936>

(7) Jacobi, C., Fittig, E., Bryson, S. W., Wilfley, D., Kraemer, H. C., & Taylor, C. B. (2011). Who is really at risk? Identifying risk factors for subthreshold and full syndrome eating disorders in a high-risk sample. *Psychological Medicine*, 41(9), 1939-1949. <https://doi.org/10.1017/s0033291710002631>

(8) Kass, A. E., Trockel, M., Safer, D. L., Sinton, M. M., Cuning, D., Rizk, M. T., Genkin, B. H., Weisman, H. L., Bailey, J. O., Jacobi, C., Wilfley, D. E., & Taylor, C. B. (2014). Internet-based preventive intervention for reducing eating disorder risk: A randomized controlled trial comparing guided with unguided self-help. *Behaviour Research And Therapy*, 63, 90-98. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2014.09.010>

(9) CEBC » Body Project » Program » Detailed. (s. f.). <https://www.cebc4cw.org/program/body-project/detailed>

10. https://journals.copmadrid.org/pi/archivos/1132_0559_inter_28_1_0029.pdf

11. <https://jamanetwork.com/journals/jamapsychiatry/fullarticle/1107207>

12. https://counterhate.com/wp-content/uploads/2022/12/CCDH-Deadly-by-Design_120922.pdf

13. https://www.bag.admin.ch/dam/de/sd-web/jvO25vV23aDM/literaturrecherche_essstoerungen_pdf.pdf

14. Adolescentes y tecnología: ¿cómo la utilizan? (2023, 26 octubre). UNICEF España. https://www.unicef.es/noticia/adolescentes-y-tecnologia-como-la-utilizan?gclsrc=aw.ds&gad_source=1&gad_campaignid=23369329424&gbraid=0AAAAADtUya0spKbRlxcpDSNd4F0PDL03F&gclid=CjwKCAiA64LLBhBhEiwA-Pxgu1prnppr1VazJ3wr8_3TiBjGkqySWHs8VYZX0Sg9VhmB-7aziu-IkBoCzKEQAvD_BwE

15. Doctor, H. (2021, 14 diciembre). La pandemia provocó un gran aumento en los casos nuevos de anorexia - Southern Iowa Mental Health Center. Southern Iowa Mental Health Center. <https://simhcottumwa.org/la-pandemia-provoco-un-gran-aumento-en-los-casos-nuevos-de-anorexia/#:~:text=%22A%20veces%20los%20trastornos%20de%20la%20alimentaci%C>

3%B3n,que%20su%20%22desencadenante%22%20fue%20la%20pandemia%2C%20acla%C3%B3

16. https://www.danoneespana.es/content/dam/corp/local/esp/medias/media-es/2024/shareholdersmeetings/TCA_en_poblacion_pediatica.pdf

17. <https://www.cop.es/infocop/pdf/3412.pdf>

18. <https://www.univadis.es/viewarticle/las-ni%C3%B1-y-mujeres-representan-9-de-cada-10-casos-de-2023a100068k>

19. Real, A. (2022, 3 noviembre). La edad de inicio de personas con trastornos alimentarios cae a 12 años tras el impacto de la pandemia en la salud mental. Newtral. <https://www.newtral.es/tca-trastornos-conducta-alimentaria-espana/20221102/>

20. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2007152317300198>

21. <https://revistas.unife.edu.pe/index.php/avancesenpsicologia/article/view/2348/2415>

22. Pediatría. (2025, 30 mayo). Manejo nutricional de los trastornos del comportamiento alimentario en el niño y adolescente | Pediatría. Pediatría integral. <https://www.pediatriaintegral.es/publicacion-2025-05/manejo-nutricional-de-los-trastornos-de-l-comportamiento-alimentario-en-el-nino-y-adolescente/>

23. Admin, & Admin. (2024, 16 marzo). Estadísticas sobre los TCA | Asociación TCA Aragón. *Asociación TCA Aragón | Somos una red de familias que acompañamos y apoyamos a otras familias afectadas por un trastorno de la conducta alimentaria en el camino hacia la recuperación.* <https://www.tca-aragon.org/2020/06/01/estadisticas-sobre-los-tca/>

24. *Los trastornos de la conducta alimentaria aumentan progresivamente entre los niños varones.* (s. f.).

https://www.imq.es/corporativo/es_ES/particular/imq-corporativo/sala-prensa/Noticias/trastornos-conducta-alimentaria-aumentan-progresivamente-entre-ninos-varones-2024

25. *El gasto sanitario público en España crece hasta el 7,2% del PIB, pero inferior a la eurozona.* (2025, 4 marzo).

<https://cronicasanitaria.es/2025/03/04/el-gasto-sanitario-publico-en-espana-ha-crecido-a-un-7-2-del-pib/>

26. *Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social - Portal Estadístico del SNS - Gasto sanitario público: millones de euros, porcentaje sobre el PIB y euros por habitante según los países de Unión Europea (UE-28).* (s. f.).

https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/sanidadDatos/tablas/tabla30_1.htm

27. Citema. (2025, 16 noviembre). *Centro de tratamiento de trastornos alimentarios Madrid*

- *Citema*. <https://www.citema.es/>

28. Pérez-Pareja, B., Quiles, Y., Romero, C., Pamies-Aubalat, L., & Quiles, M. J. (2013). Malestar psicológico y emoción expresada en cuidadores de pacientes con un trastorno de la conducta alimentaria. *Anales de Psicología*, 30(1). <https://doi.org/10.6018/analesps.30.1.149411>

29. Verdi, B. (2025, 29 mayo). FBT: La importancia de la familia en trastornos alimentarios. *ISEP*. <https://www.isep.es/actualidad/tratamiento-basado-en-familia-para-trastorno-conducta-alimentaria/>

30. <https://www.ontsi.es/sites/ontsi/files/2023-10/policybriefredesocialesaludmentaljuvenesyadolescentes.pdf>