



COMILLAS
UNIVERSIDAD PONTIFICIA

ICAI

ICADE

CIHS

FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS Y
SOCIALES

**Cuando la autoimagen se vuelve viral: el impacto de
las Redes Sociales en nuestra percepción corporal
(trastorno por atracón)**

Autor/a: Gabriela Portero Rubio

Director/a: Alfonso Méndez Alegre

Madrid

2025/2026

ÍNDICE	PÁGINA
Resumen	
Abstract	
1. Introducción	1
2. Finalidades y motivos	2
2.1 Objetivos	3
2.1.1 Objetivo general	3
2.1.2. Objetivos específicos	3
3. Metodología	3
4. Marco teórico	7
4.1. Desarrollo conceptual e histórico del trastorno por atracón	7
4.2. Definición del trastorno por atracón	8
4.3. La era digital y el auge de las redes sociales	9
4.4. El impacto de las redes sociales en la autoimagen	9
4.5. Relación entre el trastorno por atracón y el mal uso de redes sociales	10
4.6 Tipos de tratamientos psicológicos	11
4.6.1 Terapia cognitivo-conductual (TCC)	11
4.6.2 Terapia interpersonal (TIP)	12
4.6.3 Terapia dialéctica conductual (TDC)	13
4.7 Tratamientos farmacológicos	13
5. Discusión	15
6. Conclusiones	20
Bibliografía	23
Anexos	27

Resumen

El presente Trabajo Fin de Grado tiene como principal objetivo analizar el trastorno por atracón (TA) y su posible relación con un uso inadecuado de las Redes Sociales (RR. SS.). Para estudiarla se ha realizado una exhaustiva revisión bibliográfica en diversas bases de datos científicas (Dialnet, Multidisciplinary Digital Publishing Institute (MDPI), sciELO, ResearchGate, ScienceDirect) y en revistas electrónicas seleccionando finalmente, de los 46 artículos iniciales, 21 de ellos en función de su relevancia para el presente trabajo, la calidad metodológica y su actualidad.

Los resultados indican que este problema de la conducta alimentaria se caracteriza por episodios recurrentes de ingesta excesiva acompañados de una pérdida del control, desregulación emocional, sentimientos intensos de culpa, baja autoestima y comorbilidad con la obesidad y otros problemas de salud. La literatura evidencia que las RR. SS. favorecen la comparación con cuerpos idealizados, generando una mayor insatisfacción con la propia imagen corporal y un discurso destructivo. Para aquellas personas con vulnerabilidades previas, esta constante exposición potencia la aparición de atracones, los cuales actúan como una conducta compensatoria desadaptativa.

Respecto al abordaje terapéutico, la terapia cognitivo conductual (TCC) es seleccionada como tratamiento preferido, pudiendo ser complementada con otros modelos de terapia como la interpersonal (TIP) y la dialéctica conductual (TDC), en función del paciente, su perfil clínico y características personales.

La revisión bibliográfica llevada a cabo tuvo como objetivo recabar toda la información relevante sobre este cuadro clínico y su estrecha correlación con un uso inadecuado de las RR. SS. y todos aquellos contenidos relacionados con las dietas estrictas y la alimentación. A partir de estudiar esta correlación se podrán desarrollar políticas preventivas para potenciar un uso adecuado de las RR. SS., al igual que tratamientos centrados en el paciente que logren disminuir la influencia de la autoimagen viral perfecta en la salud mental de los jóvenes.

Palabras clave: trastorno por atracón, Redes Sociales, imagen corporal, abordaje terapéutico.

Abstract

This Final Degree Project aims to analyze Binge Eating Disorder (BED) and its potential correlation with inappropriate social media (SM) use. An exhaustive literature review was conducted across several scientific databases (Dialnet, Multidisciplinary Digital Publishing Institute (MDPI), sciELO, ResearchGate, ScienceDirect) and electronic journals, selecting 21 articles from an initial pool of 46 based on their relevance, methodological quality and recency.

The findings indicate that this eating disorder is characterized by recurrent episodes of excessive intake accompanied by loss of control, emotional dysregulation, intense guilty feelings, low self-esteem and comorbidity with obesity and other health problems. The literature proves that SM promotes comparison with idealized bodies, generating dissatisfaction with the body image, negative self-image and a destructive inner speech. For those with pre-existing vulnerabilities the constant exposure to comparisons contributes to developing binge eating behaviors, acting as a maladaptive compensatory behavior.

Regarding therapeutic approach, Cognitive Behavioral Therapy (CBT) is chosen as the preferred treatment, which can be complemented with other therapeutic models such as the Interpersonal Therapy (IPT) and the Dialectic Behavior Therapy (DBT), depending on the patient's clinical profile and personal characteristics.

The literature review aimed to gather all the relevant information about this clinical condition and its strong correlation with an inappropriate SM use as well as content related to strict diets. Studying this correlation will enable the development of preventive policies to promote appropriate SM use and patient-centered treatments that can reduce the influence of viral and perfect self-image on youth mental health.

Keywords: binge eating disorder, social media, body image, therapeutic approach.

1. Introducción

El Trastorno por Atracón (TA), *Binge Eating Disorder* (BED) en inglés, es una alteración de la conducta alimentaria que consiste en episodios recurrentes de consumo de una gran cantidad de comida en un corto período de tiempo, con incapacidad de controlar el tipo o la cantidad de comida que se consume. Estos episodios no van acompañados de mecanismos compensatorios para evitar ganar peso, como ocurre en la bulimia nerviosa (BN), por lo que esta patología es el trastorno alimentario más frecuente en la población con obesidad (Guisado y Vaz, 2001).

El aumento de este trastorno en la población general, por delante de la bulimia y la anorexia nerviosa, lo ha transformado en un significativo problema de salud desde principios del siglo XXI. Esta situación epidemiológica hizo que en 2013 fuera finalmente incluido como entidad diagnóstica independiente en la quinta edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, conocido como DSM-5 (Cuadro y Baile, 2015).

Este cuadro clínico genera una serie de consecuencias negativas como el aumento de peso significativo, pudiendo producir obesidad, diabetes tipo II o enfermedades cardiovasculares (Hernández y Ledón, 2018). Además, la sensación de pérdida de control asociada a los atracones genera sentimientos de culpa y vergüenza intensos, los cuales pueden repercutir en las relaciones interpersonales de las personas que lo padezcan y derivar en aislamiento y malestar emocional (Escandón-Nagel y Garrido-Rubilar, 2020).

Este problema de la conducta alimentaria es uno de los nuevos trastornos del DSM-V, apareciendo por primera vez con entidad propia en la nueva edición del DSM (APA, 2013). Se localiza en el capítulo de trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos, compartiendo capítulo con la pica, el trastorno de rumiación, el trastorno de evitación o restricción de la ingesta de alimentos, la anorexia y la bulimia nerviosa. Este capítulo se compone de algunos trastornos que se encontraban en el capítulo de trastornos de inicio en la infancia y la adolescencia (pica, trastorno por rumiación y trastorno de la ingesta alimentaria de la infancia o niñez) en el DSM-IV (García Palacios, 2014).

En el DSM-IV el TA se diagnosticaba dentro de la amplia etiqueta de Trastorno de la Conducta Alimentaria no Especificado (TCANE). Sin embargo, en el DSM-V solo se ha producido un cambio significativo respecto a los criterios de investigación del DSM-IV, siendo éste el criterio temporal (criterio D). Además, el DSM-V expone que un episodio de atracón es caracterizado por una ingestión de una cantidad de alimentos superior a la que la mayoría de las personas sería capaz de ingerir en un período de tiempo específico. Este atracón va acompañado de una sensación de pérdida de control sobre lo que se ingiere durante ese episodio y como resultado genera un malestar intenso. Los atracones deben producirse por lo menos una vez a la semana durante tres meses. Es importante tener en cuenta que el atracón no se relaciona con un comportamiento compensatorio inapropiado, como ocurre en el caso de la bulimia nerviosa (García Palacios, 2014).

Por otra parte, en las últimas décadas las redes sociales (RR. SS.) se han convertido en un elemento fundamental para la vida cotidiana y en uno de los fenómenos socioculturales con mayor influencia del siglo XXI. Éstas han tenido el poder de transformar la forma en la que las personas se comunican, informan, relacionan y construyen su identidad (Kuss y Griffiths, 2017). A través de las RR. SS se crean entornos caracterizados por una comparación social constante y una exposición recurrente a imágenes, cuerpos o vidas aparentemente perfectas (Saiphoo y Vahedi, 2019). El auge de contenido relacionado con la comida, como los vídeos virales de “Qué como en un día” podrían actuar como estímulo desencadenante en el desarrollo de un TA, generando, por un lado, atracones y ansias por comer, y por otro, sentimientos de culpa y de vergüenza por la propia imagen o el aspecto físico (Filippone, Shankland y Hallez, 2022).

2. Finalidades y motivos

Este Trabajo de Fin de Grado se va a centrar en el impacto que puede generar un uso inadecuado o excesivo de las RR. SS. en la percepción de la autoimagen, pudiendo llegar a provocar este trastorno. La elección de explorar esta problemática se debe al aumento de estos casos, el auge de las RR. SS. y su impacto e influencia en la percepción corporal y la autoimagen. La conjunción de RR. SS. y este trastorno despertó mi interés por conocer la problemática en profundidad y comprender sus mecanismos, así como las consecuencias y su impacto en el bienestar psicológico de aquellas personas que lo

padecen. Este cuadro clínico está relacionado con diferentes patologías como la obesidad o la hipertensión, siendo comórbido con un gran abanico de problemas mentales, como la adicción a sustancias y los trastornos del estado de ánimo. Conocer la complejidad de este trastorno es indispensable para abordar de forma integral esta patología mediante intervenciones que tengan en cuenta las implicaciones tanto físicas como sociales.

2.1 Objetivos

2.1.1. Objetivo general

El objetivo general de este trabajo es revisar la literatura disponible sobre este trastorno y evaluar el impacto que puede generar un uso inadecuado de las RR. SS., incitando a la comparación constante y a la devaluación de la propia imagen. Además, se espera poder concienciar a la sociedad sobre la existencia de este trastorno y sus consecuencias.

2.1.2. Objetivos específicos

1. Describir las características clínicas, psicológicas y el impacto social de la presente patología.
2. Revisar la evidencia científica sobre el impacto de las RR. SS. en la percepción corporal y la autoaceptación.
3. Evaluar la posible correlación entre un uso inapropiado de las RR. SS. y el desarrollo de este cuadro clínico.
4. Revisar los diferentes tratamientos psicológicos empleados para este trastorno y su efectividad.

3. Metodología

Este trabajo se ha realizado mediante una búsqueda completa y diversa de la literatura científica disponible en distintos repositorios (Dialnet, Multidisciplinary Digital Publishing Institute (MDPI), sciELO, ResearchGate, ScienceDirect) y en revistas electrónicas. Además, consulté el DSM-IV y el DSM-V junto con las páginas web de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para profundizar en las definiciones del trastorno y en su impacto sobre la salud pública global.

Para buscar información utilicé términos en español como “trastorno por atracón”, “factores de riesgo”, “trastornos de la conducta alimentaria”, “comorbilidades” o “tratamiento”. Además, busqué algunas palabras clave en inglés como “*binge eating disorder*”, “*risk factors*”, “*eating disorders*”, “*comorbidities*” o “*treatment*”. Aumenté la precisión de las búsquedas usando métodos booleanos para combinar o excluir palabras claves.

He analizado exhaustivamente 46 artículos de los cuales excluí 25 por no estar alineados con los objetivos de mi investigación, no ser lo suficientemente relevantes, estar incompletos o no mostrarse accesibles. De los 21 recursos bibliográficos que he incorporado a este trabajo, 12 están redactados en español y 9 en inglés.

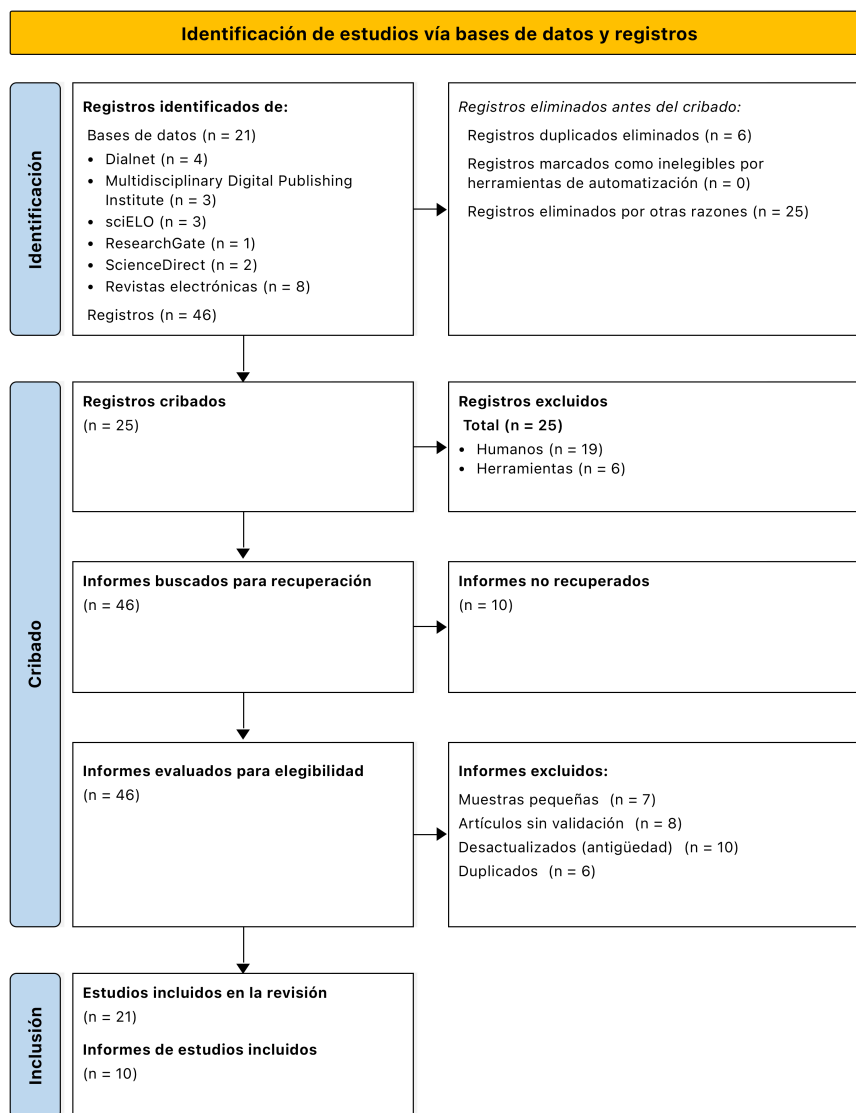
Para el proceso de elección tuve en cuenta las fechas en las que fueron redactados y publicados ya que, aunque he priorizado su actualidad y pertinencia, siendo el más antiguo de 2001 y el más actual de 2025, también he considerado importante incluir hitos históricos como son los primeros estudios que se realizaron sobre el TA.

La selección se llevó a cabo mediante una primera revisión de los resúmenes, descartando aquellos que no eran plenamente pertinentes para la elaboración de este trabajo. Al llevar a cabo el proceso de descarte tuve en cuenta aquellos trabajos que ahondaban en el trastorno, pero no analizaban su posible relación con un uso inadecuado de las RR.SS. Además, no se escogieron muestras muy pequeñas, poco representativas, sin grupo control, artículos que no procediesen de revistas o fuentes verificadas, estudios con resultados antiguos, poco actualizados o de calidad pobre. Algunos artículos que solo me permitían acceder al resumen o al abstract del estudio fueron descartados.

Posteriormente, los artículos seleccionados fueron estudiados en profundidad, en especial, aquellos que recogían la posible correlación entre un uso inapropiado de las RR.SS y el posible desarrollo de este cuadro clínico.

Figura 1.

Diagrama de flujo tipo PRISMA (búsqueda y selección de artículos)



Nota. Diagrama realizado por la autora del TFG a partir de los datos bibliográficos seleccionados.

Tras evaluar un total de 46 artículos, excluí 25 por no estar alineados con los objetivos de mi búsqueda y finalmente seleccioné 21, cumpliendo todos los criterios necesarios para poder ser incluidos en el presente trabajo (muestras $n \geq 100$, escalas validadas con alfa de Cronbach $\alpha \geq 0.80$ y estudios en un rango temporal desde 2018 a 2026). En esta fase no se excluyeron artículos, lo cual indica la efectividad del cribado previo guiado por los títulos y resúmenes.

Tabla 1.*Criterios de calidad y filtrado (n=46 iniciales / n=25 excluidos)*

Autor	Año	País	Muestra	Diseño	Cumplimiento del criterio	No cumplimiento del criterio
Ainz & Torres	2025	España	Cualitativa	Cualitativo	TA	Sí cumple
Aparicio-Martinez et al.	2019	España	>100	Transversal	RR. SS	Sí cumple
Bajaa & García	2023	España	Sistemática	Revisión	TA y RR. SS	Sí cumple
Casanova et al.	2025	España	>100	Integrativo	Autoimagen y RR. SS	Sí cumple
Cuadro & Baile	2015	México	Revisión	Revisión	Tratamientos TA	Sí cumple
Dakanalis et al.	2015	Italia	>100	Transversal	Relevancia para TA y medios de comunicación	Sí cumple
Filippone et al.	2022	Francia	>100	Transversal	Craving (antojo) y las RR. SS	Sí cumple
Guisado & Vaz	2001	España	Clínica	Revisión	Hito histórico del TA	Sí cumple
Lowe-Calverley & Grieve	2021	Australia	Experimental	Experimental	Influencers y autoimagen	Sí cumple
Roorda & Cassin	2025	Canadá	56 estudios incluidos	Revisión	Contenido centrado en la comida y TA	Sí cumple
Saipoo & Vahedi	2019	Canadá	Metaanálisis	Metaanálisis	RR. SS y autoimagen	Sí cumple
Valdez-Aguilar et al.	2022	México	Sistemática	Revisión	Intervenciones con el TA	Sí cumple

Nota. Tabla elaborada por la autora a partir de los datos bibliográficos seleccionados.

4. Marco Teórico

Tras exponer los motivos de selección de la presente bibliografía procedo a analizar la literatura sobre el TA, incluyendo el desarrollo histórico del trastorno, su definición, un análisis de la era de las RR. SS., su relación con el trastorno, el impacto en la autoimagen y los tratamientos psicológicos y farmacológicos existentes.

4.1 Desarrollo conceptual e histórico del trastorno por atracón

Desde la antigüedad, el hecho de comer ha tenido una connotación social, siendo el momento de la comida una oportunidad de encuentro entre los individuos para compartir conocimientos y experiencias. Más aún, hasta épocas recientes, el sobrepeso ha sido un signo de poder y salud (Pérez y García, 2019).

El cuerpo delgado se ha convertido en los últimos años en un símbolo de belleza, llegando a denominarse el siglo XX como el “siglo de la delgadez”. Esta forma de idealizar el cuerpo es un producto del cambio cultural (iniciado tras la Primera Guerra Mundial) estallando en los años sesenta con la difusión de estereotipos de delgadez extrema mediante los medios de comunicación (Casanova et al., 2025). Por otro lado, la industria del adelgazamiento también ha contribuido al sometimiento del cuerpo, logrando crear una asociación entre delgadez y elegancia, lo cual ha generado una batalla social contra el sobrepeso y ha conducido a muchas personas a restringir su alimentación o comenzar dietas caracterizadas por la pérdida excesiva de peso en un breve periodo de tiempo (Saiphoo y Vahedi, 2019).

No es por tanto de extrañar que los trastornos de la conducta alimentaria sean uno de los problemas de salud pública más graves por su prevalencia, necesidad de tratamiento específico y su tendencia a la cronificación y gravedad (Cuadro y Baile, 2015). Además, tienen una etiología multifactorial que solo puede ser comprendida por la interacción de factores psicológicos y fisiológicos (Escandón-Nagel y Garrido-Rubilar, 2020). En nuestra sociedad cada vez se pone más el foco en la alimentación y en la obsesión por cuidarla y comer lo más sano posible, de nuevo como sinónimo de estatus social (Roorda y Cassin, 2025).

En la actualidad, los trastornos de la conducta alimentaria (DSM-IV-TR) se entienden como una alteración de la relación con la comida como consecuencia de los dramáticos intentos por controlar el peso y el cuerpo. Sin embargo, los trastornos de la

conducta alimentaria no se pueden reducir al deseo del paciente por controlar su peso, sino más bien como una expresión de una dificultad emocional interna que induce a buscar, a través del control de la dieta y el cuerpo, una aceptación social. No debemos de olvidar que la alimentación es crucial en el desarrollo psicológico, ya que a través de ella el niño conoce y aprende las sensaciones de seguridad, bienestar y afecto. La relación entre el confort y la incomodidad con la comida que se haya adquirido a una edad temprana se puede mantener a lo largo de la vida (Cuadro y Baile, 2015).

La presente patología fue descrita en 1958 por Albert Stunkard, quien presentó el caso de un paciente con obesidad que sufría episodios de ingesta excesiva y nula capacidad para dejar de ingerir alimentos. Este trastorno evidencia una alteración en el control de impulsos, en concreto en el de comer, aunque podría coexistir con otros, siendo la mayor parte de los pacientes obesos por el exceso de calorías ingeridas. La incidencia de este trastorno ha aumentado exponencialmente en las sociedades occidentales, afectando principalmente a mujeres y generando alteraciones en la imagen corporal. Además, se ha potenciado en las sociedades industriales por el cambio en los ideales de belleza durante los últimos treinta años, imponiéndose el ideal de la delgadez como un signo de éxito y autocontrol. Este cambio social ha generado un gran impacto en el aumento de la prevalencia de los trastornos alimentarios (Pérez y García, 2019).

4.2 Definición del trastorno por atracón

Este cuadro clínico es conocido desde la década de los años 50 del siglo XX y presenta una estrecha relación con la bulimia nerviosa, siendo la principal diferencia las conductas compensatorias inapropiadas posteriores al atracón que se llevan a cabo en la bulimia nerviosa. Se caracteriza por un estilo de alimentación basado en el comportamiento compulsivo mediante atracones regulares, siendo la característica principal la pérdida de control sobre lo que se ingiere. Los atracones se producen al menos una vez a la semana durante un período de tres meses, acompañados de una sensación de descontrol y malestar y sin búsqueda de compensación con otras conductas como los vómitos, el ejercicio físico, los laxantes o el ayuno. Los rasgos que caracterizan un episodio de atracón son la cantidad de alimento ingerida en un tiempo limitado y la sensación de pérdida de control (Cuadro y Baile, 2015).

4.3 La era digital y el auge de las redes sociales

El uso de la tecnología y las redes sociales (RR. SS.) ha irrumpido en nuestras vidas para quedarse y en cuestión de pocos años han modificado nuestra forma de vida, comunicación y relación. Existe un variado abanico de definiciones y teorías sobre las RR. SS., coincidiendo la mayoría de los autores en que una red social es un lugar en la red cuyo fin es permitir a los usuarios relacionarse, comunicarse, compartir contenido y crear comunidades. Más aún, se refuerza la imagen de herramienta de democratización de la información que convierte a las personas en receptores y productores de contenido. Las RR. SS. pueden ser entendidas como sistemas que permiten establecer relaciones de diversas formas, construirlas y fortalecerlas, además de ser un espacio en el que intercambiar información. A través de la tecnología se ha construido una nueva realidad que permite avanzar a pasos agigantados en la conexión global entre personas, pero que trae consigo consecuencias negativas como problemas de autoestima, obsesión por una autoimagen perfecta y diversas afecciones psicológicas. Un mal uso y manejo de las RR.SS. puede generar adicción, siendo reconocida como un problema de salud pública según la OMS en 2014. En esta adicción intervienen factores de riesgo (baja autoestima o relaciones interpersonales desadaptativas) y de protección (responsabilidad y relaciones sociales y familiares de calidad y sanas). Las actitudes más comunes, generadas como producto de la adicción, son el autoaislamiento, el descuido e insatisfacción con las relaciones personales y una mayor propensión al desarrollo de problemas de salud mental (depresión, ansiedad, trastornos de la alimentación y alteraciones en el sueño) (Casanova et al., 2025).

4.4 El impacto de las redes sociales en la autoimagen

Por autoimagen entendemos la actitud hacia el tamaño, forma y apariencia del propio cuerpo, la cual tiene un impacto en la forma de percibirse, interpretarse y valorarse a uno mismo como persona. Esta representación mental puede ser realizada de forma consciente o inconsciente y se construye mediante la interacción de actitudes, emociones, recuerdos, fantasías y experiencias a partir de autoobservaciones o de las reacciones o comentarios de los demás hacia nuestro aspecto físico. Por ello, la percepción de la autoimagen, la cual tiene un componente físico y otro psicosocial, está vinculada con la forma en la que nos ha mirado y valorado nuestra familia, compañeros y otras influencias culturales, sociales y religiosas (Casanova et al., 2025).

La teoría sociocultural especula que las RR. SS. son una de las fuentes principales de insatisfacción con la imagen corporal. La inspiración hacia la delgadez (“thininspiration”) y la tonificación del cuerpo (“fitinspiration”) son dos movimientos que se han desarrollado y cobrado mucha fuerza a través de las RR. SS, pudiendo ambos causar especial daño a aquellos espectadores que visualicen contenido relacionado con la satisfacción corporal y cuerpos ideales. La “thinspiration” busca motivar a las mujeres a ser delgadas, pudiendo incluirse imágenes de mujeres esbeltas y mensajes controvertidos y problemáticos como “every time you say no to food, you say yes to thin”. El “fitinspiration” es un fenómeno bastante similar el cual pone el foco en verse y sentirse “fit” antes que delgada, aunque se debate que también promueve un modelo de cuerpo que premia y prioriza la delgadez. Tanto la “thininspiration” como el “fitinspiration” incluyen mensajes relacionados con la pérdida de peso, celebrando la delgadez, generando culpa sobre la propia imagen corporal, tratando a los cuerpos como objetos y estigmatizando el peso corporal. Ambos movimientos contribuyen de forma negativa en una devaluación y rechazo de la autoimagen (Roorda y Cassin, 2025).

4.5 Relación entre el trastorno por atracón y el mal uso de las redes sociales

Un metaanálisis examinó la relación entre la autoimagen y el uso de las RR. SS. en 56 estudios de corte transversal, encontrándose que a mayor exposición a las RR. SS. mayor percepción negativa de la propia imagen corporal (Saiphoo y Vahedi, 2019). En otro experimento se encontró que las mujeres que buscaban fotos de otras influencers atractivas en redes, experimentaban una mayor devaluación de su percepción corporal que aquellas que buscaban imágenes más naturales de influencers poco populares o influyentes (Lowe-Calverley y Grieve, 2021).

Dada la estrecha relación entre la imagen corporal y los problemas de alimentación, no es sorprendente que las RR. SS. tengan el poder de provocar trastornos de alimentación, debido a la constante comparación e ideales tan rígidos sobre la belleza y delgadez que promueven (Roorda y Cassin, 2025).

Dakanalis y sus compañeros sugieren que los adolescentes internalizan los ideales de delgadez proporcionados por los medios de comunicación, ya que éstos poseen una estrecha relación con el desarrollo de problemas de alimentación y avergonzamiento de la propia imagen corporal (Dakanalis y Carrà, 2015).

Los canales o plataformas que comunican tendencias, información u opiniones sobre alimentos, gastronomía o cocina se denominan *food-related media* y se han popularizado en las RR.SS. Mediante estos canales se modifican los hábitos alimenticios y percepción corporal, llegando a generar culpabilidad en los usuarios que lo consumen por pensar que comen demasiado (Roorda y Cassin, 2025).

4.6 Tipos de tratamientos psicológicos

Para este tipo de trastorno la psicoterapia podría generar resultados positivos, produciendo cambios y mejorías a corto y largo plazo, ya que suele estar relacionado con sentimientos de culpa y vergüenza, los cuáles pueden ser trabajados en terapia de forma exitosa (Cuadro y Baile, 2015). Además, la psicoterapia promueve el establecimiento de un patrón regular alimentario, favoreciendo el autocontrol, la exposición a comidas prohibidas, el cambio en las creencias erróneas sobre la comida y el entrenamiento en la prevención de recaídas (Guisado y Vaz, 2001).

4.6.1 Terapia cognitivo-conductual (TCC)

La terapia cognitivo-conductual (TCC) se diseñó originalmente para trastornos como la bulimia nerviosa y tras la amplia experiencia de los psiquiatras, psicoterapeutas e investigadores se pusieron de manifiesto los beneficios de este tipo de terapia para tratar a pacientes con TA. Además, se ha adaptado a una modalidad a corto plazo para que sea sencilla de aplicar a los pacientes. Fairburn (1998) aplica técnicas procedentes de la terapia cognitiva para tratar la depresión y, por otro lado, estrategias conductuales que se aplicaban en ese momento para tratar la obesidad. Con este tratamiento se pretende solucionar las ingestas compulsivas de forma progresiva, estructurada y planificada a través de técnicas cognitivo-conductuales y educacionales. Este tipo de terapia aplicada en formato de autoayuda podría ser mucho más accesible para personas con problemas de ingesta compulsiva, como la bulimia nerviosa y para aquellas que sufran este trastorno, ya que estos pacientes tienden a sentir vergüenza, la cual actúa como barrera o impedimento para pedir ayuda. Ese formato de autoayuda ya se aplica en formato online a través de Internet y está generando resultados muy positivos (Cuadro y Baile, 2015).

Este tipo de terapia suele funcionar en pacientes con problemas de ingestas compulsivas, pero para otros presenta limitaciones, por lo que se propone un programa de tratamiento escalonado, dando la posibilidad al paciente de adoptar cuatro niveles optativos de tratamiento. El primer nivel trabaja la autoayuda, sin contar con supervisión

profesional. El segundo nivel ya establece la autoayuda guiada, contando con supervisión profesional. El tercer nivel consiste en la TCC íntegra impartida de manera individual. Por último, el cuarto nivel posibilita alternativas (la terapia interpersonal, los antidepresivos y la hospitalización parcial o completa) en el caso de que los tratamientos establecidos en niveles anteriores no hayan sido eficaces ni hayan mostrado resultados positivos (Cuadro y Baile, 2015).

La TCC genera resultados de mejora en la disminución de la frecuencia de los atracones, en la autoestima y el ajuste social, similares a los obtenidos en la terapia interpersonal (TIP). La elección del sujeto respecto a qué tratamiento escoger y seguir dependerá en gran parte de sus prioridades, inclinaciones y recursos económicos (Cuadro y Baile, 2015).

Esta terapia (TCC) presenta ventajas como una mayor evidencia científica, la reducción significativa de los atracones y las prácticas para prevenir las recaídas. Por otro lado, presenta limitaciones ya que no siempre se consiguen cambios relevantes en el peso y exige mucha implicación en tareas y autorregistros (Cuadro y Baile, 2015).

4.6.2 Terapia interpersonal (TIP)

La terapia interpersonal (TIP) fue diseñada inicialmente para tratar la depresión. Sin embargo, investigadores de Stanford concluyeron que un tratamiento grupal, basado en la TIP, podría ser prometedor para el tratamiento del TA. Mediante este tipo de terapia se trabajan aspectos emocionales, vinculados con las relaciones interpersonales, que podrían estar influyendo y ocasionando ese comportamiento alimentario alterado. Algunos estudios comparativos entre la TIP y la TCC han obtenido resultados parecidos respecto a la capacidad de reducción de la tasa de atracones, pero aún se sigue investigando el mantenimiento de esta reducción a largo plazo. Por ahora, ambos tipos de tratamientos se consideran los más eficaces para tratar la presente patología (Cuadro y Baile, 2015).

La TIP genera beneficios para tratar este trastorno al abordar los cambios vitales que pueden dar lugar a este trastorno, mejorando así las relaciones sociales, potenciando el apoyo social y disminuyendo el malestar emocional. También presenta limitaciones para trabajar las pautas alimentarias y el control del peso al disponer de una menor cantidad de estudios que la TCC (Valdez et al., 2022).

4.6.3 *Terapia dialéctica conductual (TDC)*

Pérez (2011), profesora asociada de Psiquiatría en la Universidad Autónoma de Madrid, considera que la terapia dialéctica conductual (TDC) emplea la atención plena o mindfulness de forma activa. La TDC comenzó desarrollándose para tratar el trastorno límite de la personalidad (alta comorbilidad con el TA), llegando a modificarse para tratar este cuadro clínico (Cuadro y Baile, 2015).

La técnica de desensibilización y reprocesamiento a través de los movimientos oculares (EMDR) ha sido empleada en el tratamiento de los trastornos del comportamiento alimentario, acentuándose en los aspectos relacionados con la imagen corporal (Cuadro y Baile, 2015).

Esta terapia permite abordar los episodios de atracón, aprender a comer con moderación y atención, fomentar la alimentación consciente, alentar a los pacientes a usar diarios de alimentación (herramienta de registro de la alimentación durante el día completo), adquirir habilidades en respiración diafragmática y presentar los tres estados de la mente (mente racional, emocional y sabia). También permite desarrollar la habilidad de observación y regulación de las propias emociones, aprender a desprenderse del sufrimiento, distinguir entre emociones primarias y secundarias, observarlas y describirlas (diario de emociones). La TDC permite al paciente analizar los mitos sobre las emociones, aprender a tolerar el malestar emocional en momentos de crisis y mejorar sus habilidades para la planificación y afrontamiento del futuro (Valdez et al., 2022).

Este tipo de terapia es óptima cuando se presentan altos niveles de desregulación emocional o impulsividad, ofreciendo una adquisición de nuevas habilidades para aprender a gestionar las emociones intensas sin recurrir al atracón. Entre sus limitaciones se encuentran la exigencia de tiempo, recursos y el escaso enfoque en la forma de organizar las comidas (Cuadro y Baile, 2015).

4.7 *Tratamientos farmacológicos*

Reas y Grilo realizan una revisión sistemática sobre el uso del tratamiento farmacológico para el TA y extraen varias conclusiones. La primera sostiene que estos tratamientos parecen ser eficaces para reducir el número de atracones a corto plazo. La segunda concluye que no tenemos suficiente información para poder determinar la eficacia de este tratamiento a largo plazo, si se plantease como terapia única. La tercera

nos indica que los fármacos más eficaces para reducir la cantidad de atracones son los de antiobesidad (sibutramina y antiepilépticos). Por último, la cuarta subraya que los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina como la fluoxetina no parecen ser tan útiles como se había considerado tradicionalmente para tratar trastornos donde el control de impulsos juega un papel imprescindible, tal y como ocurre con este cuadro clínico (Cuadro y Baile, 2015).

Con el paso del tiempo, ese optimismo inicial de los investigadores respecto a los psicofármacos se ha visto reducido debido a los posibles efectos secundarios que pueden ocasionar, la actitud reacia a admitir que un psicofármaco sea el medio más adecuado para solucionar el problema y el cuestionamiento de los propios psicofármacos. Autores como Compés, Bretón, Cambor y García recogen evidencia sobre la moderada efectividad de algunos fármacos como la fluoxetina, fluvoxamina, sertralina, citolapram, imipramina, sibutramina y el topiramato (fármaco antiepiléptico). Además, estos autores consideran que combinar psicoterapia con tratamiento farmacológico puede disminuir la frecuencia y la gravedad de los atracones, pero sin generar efectos significativos sobre el peso corporal. Sin embargo, fármacos como la sibutramina, el topiramato, la zonisamida y el orlistato sí que aportan resultados positivos en ambos aspectos. En un estudio observacional se concluye que el topiramato es eficaz a largo plazo para tratar la presente patología, sin descartar la necesidad de más estudios para aumentar la fiabilidad. Los fármacos antidepresivos parecen tener la capacidad de reducir la frecuencia de los atracones frente al uso del placebo, pero su efectividad para disminuir el peso todavía sigue siendo objeto de estudio. En la actualidad, no hay evidencias que validen que la TCC junto con los fármacos antidepresivos sea más eficaz que la propia TCC aplicada individualmente. Sin embargo, sus resultados positivos para disminuir la frecuencia de los atracones o la pérdida de peso con orlistato (fármaco para tratar la obesidad) posibilitan la combinación de los fármacos con la TCC mediante un tratamiento escalonado y progresivo para tratar el TA (Cuadro y Baile, 2015).

Se ha comprobado que la desipramina e imipramina reducen la frecuencia y duración de los atracones, siendo la fluoxetina efectiva para promover la pérdida de peso en obesos con este trastorno (Guisado y Vaz, 2001).

Estos tratamientos tienen la capacidad de disminuir la frecuencia de los atracones, siendo especialmente eficaz para cuando se presenta comorbilidad con trastornos como la depresión, ansiedad o TDAH. Como limitaciones, presenta los efectos adversos

significativos que producen los fármacos al igual que su poca capacidad para modificar los factores psicológicos que mantienen el trastorno (Guisado y Vaz, 2001).

5. Discusión

El trastorno por atracón (TA) es una alteración de la conducta alimentaria que se caracteriza por episodios recurrentes de ingesta excesiva en un corto período de tiempo y sin capacidad de controlar el tipo o la cantidad de comida que se ingiere. Estos episodios no se acompañan de mecanismos compensatorios para evitar ganar peso, como ocurre en la bulimia nerviosa (Cuadro y Baile, 2015).

La literatura que he consultado revela de forma consistente que un uso frecuente y repetido de las RR. SS. se asocia a una mayor insatisfacción con la imagen corporal, intensificándose la falta de autoaceptación. Esta relación se explica por la exposición repetida a cuerpos y estilos de vida virales e idealizados que muchas personas toman como referencia para evaluar su valor y percepción de su propia imagen física. Además, los estudios indican que el tiempo de uso de las RR. SS. juega un papel esencial en el desarrollo de un mayor malestar con la autoimagen. Sin embargo, hay investigaciones que evidencian que las RR. SS. podrían tener un impacto más neutro o incluso positivo o protector si se emplean para promover la diversidad corporal y de cánones de belleza, demostrando que las RR. SS. no son dañinas ni perjudiciales, sino que depende del uso que se les dé o de cómo el contexto moldee las formas de comprender la belleza. Como resultado de toda mi investigación bibliográfica he llegado a la conclusión de que las RR. SS. pueden ser una fuente de riesgo para desarrollar insatisfacción con la propia imagen corporal o una baja autoestima, en vez de la única y principal causa para sentirse insatisfecho con la propia imagen corporal y desarrollar un TA (Casanova et al., 2025). Cabe destacar la diferencia entre correlación y causalidad, ya que la correlación indica un aumento o disminución de dos variables, pero sin una asociación causa-efecto, mientras que la causalidad sí que implica esa asociación. En este estudio detectamos una correlación entre un uso inadecuado de las RR. SS. y el posible desarrollo de este trastorno, es decir, un uso inadecuado de las RR. SS. podría actuar como desencadenante de este trastorno, pero no implica un desarrollo del trastorno asegurado (Saiphoo y Vahedi, 2019).

Los estudios que he analizado parecen mostrar una asociación entre un uso inadecuado de las RR. SS. y la existencia de conductas características de este cuadro clínico, destacando que la relación no siempre parece manifestarse claramente. El consumo y la visualización de contenido relacionado con la alimentación, como pueden ser las dietas extremas o los vídeos virales de “qué como en un día” sí que podrían actuar como desencadenantes de episodios de atracón al activar la necesidad impulsiva de comer, sentimientos de insatisfacción con la autoimagen o expectativas no realistas sobre el peso y la apariencia deseada (Roorda y Cassin, 2025). Por otro lado, las investigaciones demuestran que aquellas personas que ya tenían vulnerabilidades previas como una baja autoestima, dietas restrictivas seguidas anteriormente o dificultades emocionales son más propensas a desarrollar un uso compulsivo de las RR. SS. y a recurrir a los atracones como mecanismo de regulación del malestar. A pesar de la consistencia de dicha relación, muchos estudios son de tipo correlacional y se basan en autoinformes, por lo que no debemos precipitarnos al establecer relaciones de causa-efecto rígidas, ya que no se trata de causalidad, sino de correlación. La evidencia ya existente resalta la necesidad de añadir una dimensión del uso de las RR. SS. en la evaluación clínica de dicho trastorno, diseñar programas para prevenir que incluyan qué contenidos específicos son los que pueden desencadenar este trastorno y las dinámicas existentes de comparación social a través de Internet (Dakanalis y Carrà, 2015).

El poder de las RR. SS. en la autoimagen y el posible desarrollo de un TA encaja con el Modelo Transdiagnóstico de Fairburn, el cual considera que los trastornos alimentarios se mantienen por el ciclo compuesto por la sobrevaloración extrema del peso, la figura corporal y el deseo elevado de controlarla. Esta necesidad excesiva de control deriva en la necesidad de dietas restrictivas rígidas que ocasionan una preocupación y obsesión constante por el peso corporal y la figura. Las emociones negativas generadas por el temor de fracasar en la dieta actúan como desencadenante de los atracones, llevados a cabo como un método de regulación desadaptativa. Estos atracones no indican ausencia de fuerza de voluntad sino un neutralizador de los estados disfóricos (Cuadro y Baile, 2015).

La TCC ha sido seleccionada para tratar este cuadro clínico, pero es importante tener en cuenta que este trastorno ha evolucionado, gestándose cada vez de forma más frecuente los atracones por la constante exposición y comparación social, potenciada en gran medida por las RR.SS. Por ello, es imprescindible adaptar la TCC incluyendo

módulos digitales que puedan trabajar todo el contenido relacionado con la comida (thininspiration, qué como en un día, food-related media) que termina desencadenando esa ansiedad o deseo excesivo por ingerir alimentos. Con estas incorporaciones, esta terapia preserva su estructura inicial, pero se amplía mediante la inclusión del registro cruzado (diario para registrar patrones que asocien el uso inadecuado de las RR. SS. y los atracones) del trastorno y las RR. SS. (Cuadro y Baile, 2015).

El modelo de Fairburn puede tener consecuencias para el desarrollo de la presente patología como generar un círculo vicioso crónico del trastorno, una sobrevaloración progresiva del peso (pérdida de identidad corporal) o emociones negativas que conlleven a la dependencia emocional-alimentaria (Escandón-Nagel y Garrido-Rubilar, 2020). Es importante tener en cuenta que las RR. SS. actúan como acelerador del inicio y desarrollo de este trastorno debido a la constante exposición y comparación que se genera a través de las RR. SS. (Saiphoo y Vahedi, 2019).

Tras realizar una búsqueda en profundidad he encontrado evidencia de que la TCC suele ser seleccionada como primera opción para tratar el TA, por contar con mayor apoyo empírico y mostrar una reducción significativa en la frecuencia de los episodios de atracón, mejorar la capacidad de relacionarse en sociedad y aumentar la autoestima (Cuadro y Baile, 2015). Sin embargo, también se señala que esta terapia presenta limitaciones, en concreto en todo aquello relacionado con perder peso, la capacidad de mantener a largo plazo los cambios llevados a cabo y el nivel de compromiso que el paciente esté dispuesto a entregar en las tareas y autorregistros exigidos. Una opción de terapia alternativa que se puede valorar es la TIP, la cual presenta resultados similares a los de la TCC respecto a la reducción de atracones, en concreto cuando están ocasionados por conflictos en las relaciones con los demás o por cambios vitales estresantes. Es importante tener en cuenta que presenta una base empírica menor y trabaja de una manera menos directa las pautas alimentarias. Para pacientes que presenten alta desregulación afectiva o comorbilidad con el trastorno límite de personalidad la TDC, basada en el mindfulness y en la regulación emocional, muestra resultados prometedores por centrarse en trabajar la tolerancia al malestar y el manejo de los impulsos (Valdez et al., 2022). Es importante no olvidar incluir el contexto actual de las RR. SS. y su capacidad para impactar e influir en la imagen y percepción corporal de los usuarios (Roorda y Cassin, 2025).

Al llevar a cabo programas preventivos o al trabajar con adolescentes que usan las RR. SS. de manera prolongada, constante e intensa, los profesionales deben atender a sus necesidades específicas. En primer lugar, deben realizar una evaluación cruzada sistemática que aborde de forma simultánea este trastorno y el uso inadecuado de las RR. SS, ya que la literatura empleada para este trabajo evidencia que las RR. SS. pueden actuar como detonante para el desarrollo de este trastorno en adolescentes. En segundo lugar, es conveniente realizar una anamnesis digital detallada, en la que se podrá ahondar en el patrón de consumo del sujeto, el contenido que consulta o visualiza y el nivel de comparación social al que esta persona puede estar sometida a través de ese contenido (Casanova et al., 2025).

Las escalas como la Binge Eating Scale (BES)¹, Social Media Use Integration Scale² (SMUIS), Body-Image Acceptance and Action Questionnaire (BIAAQ)³ o Social Comparison Orientation Scale (SCOS)⁴ nos van a permitir medir el nivel de riesgo de los diferentes sujetos a padecer este cuadro clínico y centrarse en aquellos que obtengan puntuaciones ≥ 18 en la escala BES, ya que esto es un indicador de conductas de atracón clínicamente relevantes. El empleo de estas escalas validadas nos permite evaluar la eficacia de intervenciones que combinen psicoeducación sobre las RR. SS., la TCC y la TDC (Cuadro y Baile, 2015).

El perfil del adolescente en riesgo es concreto y puede analizarse en función de tres dimensiones (digital, psicológica y comportamental), por ello es importante que sea conocido tanto por los padres como por los tutores para así poder llevar a cabo una intervención eficaz. En el plano digital suele predominar el género femenino (chicas entre 14 y 17 años), con uso excesivo en Instagram y Tik Tok, oscilando entre las 2 y las 6 horas, de 25 a 40 cuentas fitness seguidas y usadas como referencia y con un consumo nocturno intenso. La dimensión psicológica suele caracterizarse por una autoestima corporal baja

¹“Binge Eating Scale (BES)”. Psychology Tools. Recuperado de: <https://psychology-tools.com/test/binge-eating-scale> (Gormally et al., 1982)

²“Social Media Use Integration Scale (SMUIS)”. Recuperado de: https://www.researchgate.net/publication/263916080_Development_and_validation_of_a_social_media_use_integration_scale (Jenkins-Guarnieri et al., 2013)

³“Body-Image Acceptance and Action Questionnaire (BIAAQ)”. Recuperado de: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2212144724000358?via%3Dihub> (Mónica Hernández- López et al., 2024)

⁴“Social Comparison Orientation Scale (SCOS)”. Recuperado de: https://www.academia.edu/35513517/social_comparison_scale (Allan y Gilbert, 1995)

(BIAAQ < 25), una comparación social elevada (SCOS > 60), una ansiedad social moderada y un nivel de perfeccionismo moderado con tendencia a lo alto. El perfil comportamental de estos sujetos suele estar determinado por atracones llevados a cabo entre 2 y 4 veces por semana, siendo un 70% de éstos realizados después de consumir contenido en las RR.SS. Además, consumen alimentos procesados y después aparece el sentimiento de culpa post-atacón (Casanova et al., 2025). A esto se le añade un mayor nivel de riesgo si consumen más de 30 cuentas de fitness centradas en #thininspo, #boneandthin o en “qué como en un día”. Si el sujeto hace comentarios sobre ese contenido como “ojalá estar así” o “qué me habría costado nacer así”, tiene un scroll nocturno de más de 90 minutos seguidos y una percepción distorsionada sobre su imagen corporal diaria, podemos concluir que se encuentra en riesgo elevado de desarrollar este cuadro clínico (Saiphoo y Vahedi, 2019).

Los profesores, tutores y orientadores también pueden contribuir en la detección de alumnos con posibilidad de desarrollar esta patología. En el aula podrían detectarse conductas como una pérdida de interés en actividades para las que previamente se mostraba interés, un aislamiento social pronunciado, un uso del móvil excesivo, oscilaciones en el peso, ansiedad tras visualizar contenido en las RR. SS. y conversaciones recurrentes sobre el peso, la delgadez y la comida (Casanova et al., 2025).

Los padres también pueden colaborar de forma positiva en el crecimiento y desarrollo de sus hijos, pudiendo frenar la evolución de este trastorno mediante algunas preguntas que les permitan hacer un seguimiento del estado emocional de su hijo como: ¿A qué hora sueles usar más las RR. SS.? ¿Sientes que tu humor cambia después de haber consumido contenido sobre alimentación? ¿Cuál es el contenido que más te gusta consumir? ¿Crees que las dietas que comparten los influencers son realistas y útiles? (Casanova et al., 2025).

Mediante la TCC y la TDC se puede trabajar con el paciente el concepto de la autoimagen y qué estrategias podría implementar para aumentar su autoestima y aceptación de su aspecto físico. La TCC permite sustituir aquellos pensamientos automáticos negativos sobre el cuerpo por otros más realistas, positivos y adaptativos. Algunas técnicas que se podrían emplear serían los autorregistros de los pensamientos automáticos (se registra la situación, el pensamiento, la emoción surgida y la evidencia a favor de ese pensamiento), la reestructuración cognitiva (se hace una pregunta socrática

y se generan alternativas para reducir el malestar emocional) y los hábitos conductuales (redactar una lista de 10 cosas que el cuerpo te permite hacer y evaluar el uso personal que se hace de los filtros). Por otro lado, la TDC permite al sujeto tolerar el malestar corporal que experimenta sin juzgarlo o tratar de eliminarlo a través de atracones. De esta forma, se va logrando una aceptación gradual mientras que se trabaja un cambio para que la persona pueda sentirse en sintonía con su aspecto físico, siempre y cuando pierda peso de forma sana y no se trate de una obsesión. Entre las técnicas que se pueden llevar a cabo se encuentran la aceptación radical (es importante que la persona aprenda a mirarse sin odiarse), el mindfulness del cuerpo (observar, describir lo que molesta o perturba y no luchar constantemente por cambiarlo), el diario de emociones corporales (registro de la hora, sensación corporal, emoción, impulso surgido y la respuesta corporal y emocional ante el mindfulness) y una mente empática y comprensiva frente a la autocrítica (se sustituye un pensamiento autodestructivo por uno caracterizado por compasión y empatía hacia uno mismo). Caben destacar algunas diferencias entre el enfoque de la TCC y la TDC para trabajar el concepto de la autoimagen. En la TCC se pone el foco en cambiar los pensamientos, detectarlos y darse cuenta de que no son racionales, trabajar en la reestructuración cognitiva y lograr una autoimagen más realista y compasiva. Por otro lado, la TDC se centra en aceptar y tolerar esa inconformidad con la propia imagen corporal, observarla sin juzgarla, trabajar mediante mindfulness y la aceptación radical logrando una menor reactividad emocional tras los pensamientos negativos hacia la propia imagen (Cuadro y Baile, 2015).

6. Conclusiones

El propósito de este Trabajo Fin de Grado ha sido revisar toda aquella literatura científica accesible sobre el TA y evaluar el impacto que puede generar un uso inadecuado de las RR. SS. en la autoimagen y en el desarrollo de este cuadro clínico. Además, se ha tenido en cuenta el crecimiento acelerado de esta patología en la era digital y la importancia de concienciar a la población acerca de las consecuencias biológicas, psicológicas y sociales que genera este trastorno.

Tras llevar a cabo el análisis exhaustivo de los 21 estudios finalmente seleccionados, se concluye que el presente trastorno se caracteriza por episodios recurrentes de ingesta descontrolada acompañados de desregulación emocional intensa,

baja autoestima y comorbilidad con la obesidad. Las RR. SS. potencian e intensifican la insatisfacción con la propia imagen corporal debido a la comparación social permanente con estándares poco realistas, llegando a generar atracones en personas vulnerables. La TCC y TIP surgen como tratamientos más efectivos, aunque con limitaciones para el control del peso a largo plazo. Cabe destacar que las RR. SS. constituyen un riesgo contextual que incrementa vulnerabilidades que ya tenía previamente el sujeto, por lo que se requiere una mayor cantidad de bibliografía actualizada y centrada en el ecosistema digital.

La revisión evidencia una correlación positiva, directa pero no muy elevada entre un uso excesivo de las RR. SS. y síntomas característicos del TA ($r=0.28$) (Saiphoo y Vahedi, 2019). Sin embargo, entre las limitaciones se encuentran el tipo de estudios incluidos, ya que la mayoría son transversales y están basados en cuestionarios de tipo autoinformes para evaluar el uso de las RR. SS., la imagen corporal y los síntomas del trastorno, lo cual impide establecer relaciones de causalidad más sólidas y puede generar sesgos de memoria y deseabilidad social en las respuestas emitidas. Por otro lado, se precisa de investigación empírica que genere protocolos terapéuticos para llevar a cabo la regulación emocional online, evaluar la incidencia del TA en adolescentes expuestos a contenido viral de alimentación y validar intervenciones focalizadas en prevenir la alfabetización digital desde una temprana edad en entornos educativos. Se debe tener en cuenta la posible presencia de trastornos afectivos, experiencias de acoso escolar, historial de dietas restrictivas previas o comorbilidad con otros TCA. Estos factores pueden influir en el uso inadecuado de las RR. SS. y en la aparición de atracones y distorsión de la propia imagen. La rapidez con la que las plataformas y las RR. SS. cambian, avanzan y evolucionan es elevada por lo que gran parte de la evidencia ya no está actualizada, por lo que los resultados reflejados en dichas investigaciones pueden no ser lo suficientemente relevantes o válidos para analizar el impacto que tienen los reels centrados en la alimentación, challenges virales (cómo disminuir el consumo de grasas en un día) o los filtros en el posible desarrollo de este cuadro clínico. Estos futuros avances nos permitirán pasar de asociaciones observadas a evidencias de tipo causales y aplicaciones clínicas concretas.

El presente trabajo establece que el TA del siglo XXI no puede abordarse sin tener en cuenta el contexto digital, por lo que es imprescindible proponer un modelo integrador para realizar una intervención psicológica complementada con estrategias para un uso

consciente de las RR.SS. Concienciar sobre la importancia de desarrollar este modelo integrador logrará generar avances en el desarrollo de políticas preventivas y tratamientos especializados en el paciente que logren atenuar el poder de la autoimagen viral y perfecta en la salud mental de los jóvenes.

Las futuras líneas de investigación deberían realizar ensayos clínicos aleatorizados para evaluar la eficacia de intervenciones que combinen la TCC y la desconexión de las RR. SS. durante 4 semanas, frente a la TCC sin esa desconexión. Esto nos permitirá evaluar el efecto de no usar las RR. SS. ni exponerse a contenido relacionado con la alimentación en el desarrollo de la presente patología. Además, se precisa de estudios longitudinales prospectivos que permitan evaluar desde la adolescencia si hay patrones concretos de consumo que permitan predecir el desarrollo de este problema de conducta alimentaria posteriormente junto con registros cruzados digitales (RR. SS., emoción, atracón) para poder determinar una causalidad temporal y así actualizar el modelo Fairburn con modelos específicos y adaptados a la era digital.

Bibliografía

Ainz, A. & Torres, M.J. (2025). Acercamiento cualitativo al trastorno por atracón: del afrontamiento al estigma social. *Revista Prisma Social*, 49, 267-280.

<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=10141202>

Aparicio-Martinez, P., Perea-Moreno, A.J., Martinez-Jimenez, M.P., Redel-Macías, M.D., Pagliari, C. & Vaquero-Abellan, M. (2019). Social Media, Thin-Ideal, Body Dissatisfaction and Disordered Eating Attitudes: An Exploratory Analysis. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 16 (21), 4177.

<https://www.mdpi.com/1660-4601/16/21/4177>

Bajaña, S. & García, A.M. (2023). Uso de redes sociales y factores de riesgo para el desarrollo de trastornos relacionados con la alimentación en España: una revisión sistemática. *Aten Primaria*, 55 (11): 102708.

<https://doi.org/10.1016/j.aprim.2023.102708>

Casanova, G., Torrubia, E., Cañellas, N., Capera, J., Mora, G., Albacar, N. (2025). Influencia de las redes sociales en la imagen corporal de adolescentes: una revisión integrativa. *Revista electrónica cuatrimestral de enfermería* 75, 1-17.

<https://revistas.um.es/eglobal/article/view/622331/376111>

Cuadro, E. & I. Baile, J. (2015). Binge eating disorder: analysis and treatment. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 6, 97-107.

https://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S2007-15232015000200097&script=sci_abstract&tlng=en

Dakanalis, A., Carrà, G., Calogero, R., Fida, R., Clerici, M., Zanetti, M. A., & Riva, G. (2015). The developmental effects of media-ideal internalization and self-objectification processes on adolescents' negative body-feelings, dietary restraint, and binge eating. *European child & adolescent psychiatry*, 24 (8), 997–1010.

<https://doi.org/10.1007/s00787-014-0649-1>

Díaz-Lazo, A. (2019). Trastorno por atracón y obesidad. *Revista Peruana de Ciencias de la Salud*, 1 (2), 65-66. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8581003>

Escandón-Nagel, N. & Garrido-Rubilar, G. (2020). Trastorno por Atracón: una mirada integral a los factores psicosociales implicados en su desarrollo. *Nutrición clínica y dietética hospitalaria*, 40 (4), 108-115. <https://revista.nutricion.org/index.php/ncdh/article/view/77/76>

Filippone, L., Shankland, R., & Hallez, Q. (2022). The relationships between social media exposure, food craving, cognitive impulsivity and cognitive restraint. *Journal of eating disorders*, 10 (1), 184. <https://doi.org/10.1186/s40337-022-00698-4>

García Palacios, A. (2014). El trastorno por atracón en el DSM-5. *Revista Iberoamericana de Psicopatología*, 110, 70-74. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4803021>

Gismero Gonzalez, M.E. (2020). Factores de riesgo psicosociales en los trastornos de la conducta alimentaria: una revisión y algunas consideraciones para la prevención y la intervención. *Revista de Psicoterapia*, 31, 33-47. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7279508>

Guisado, J.A. & Vaz, F.J. (2001) Aspectos clínicos del trastorno por atracón o «binge eating disorder». *Revista Asociación Española Neuropsiquiatría*, 21 (77), 27-32. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0211-57352001000100003

Kuss, D.J. & Griffiths, M. D. (2017). Social Networking Sites and Addiction: Ten Lessons Learned. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 14, 311-328. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC5369147/pdf/ijerph-14-00311.pdf>

Lowe-Calverley, E., & Grieve, R. (2021). Do the metrics matter? An experimental investigation of Instagram influencer effects on mood and body dissatisfaction. *Body image*, 36, 1–4. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2020.10.003>

Orellana, M. & Andrews, M. (2025). Eating Disorders in University Students and Their Relationship with Body Image. *International Journal of Medical and Surgical Sciences*, 12 (1), 1-13
https://www.researchgate.net/publication/397226549_Eating_Disorders_in_University_Students_and_Their_Relationship_with_Body_Image

Pérez Rodríguez, A. & García Babiano, M. (2019). Historia de los trastornos de la conducta alimentaria. Evolución, tipología y clasificación. *Psicología.com*. 23, 1-29. https://psiquiatria.com/trabajos/usr_5615338190272.pdf

Rava, F., Silber, J. (2004). Bulimia nerviosa (Parte 1). Historia. Definición, epidemiología, cuadro clínico y complicaciones. *Sociedad Argentina de Pediatría*. 102 (5), 353-363. <https://www.sap.org.ar/docs/publicaciones/archivosarg/2004/A5.353-363.Rava.pdf>

Roorda, B.A & Cassin, S.E. (2025). A Review of Food-Related Social Media and Its Relationship to Body Image and Disordered Eating, *Multidisciplinary Digital Publishing Institute* 17 (2), 342-357. <https://doi.org/10.3390/nu17020342>

Saiphoo, A., Vahedi, Z. (2019). A meta-analytic review of the relationship between social media use and body image disturbance. *Computers in Human Behavior*. 101, 259-275. <https://doi.org/10.1016/j.chb.2019.07.028>.

Thai, H., Davis, C.G., Mahboob, W., Perry, S., Adams, A. & Goldfield, G.S. (2023). Reducing Social Media Use Improves Appearance and Weight Esteem in Youth With Emotional Distress. *American Psychological Association*, 13 (1), 162-169. <https://doi.org/10.1037/ppm0000460>

Valdez-Aguillar, M., Vázquez-Arévalo, R., Mancilla-Díaz, J.M., Beas-Jara, M.C. (2022). Efectividad de intervenciones psicológicas en mujeres con trastorno por atracón: una revisión sistemática. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 2 (11), 141-157. <https://www.scielo.org.mx/pdf/rmta/v11n2/2007-1523-rmta-11-02-141.pdf>

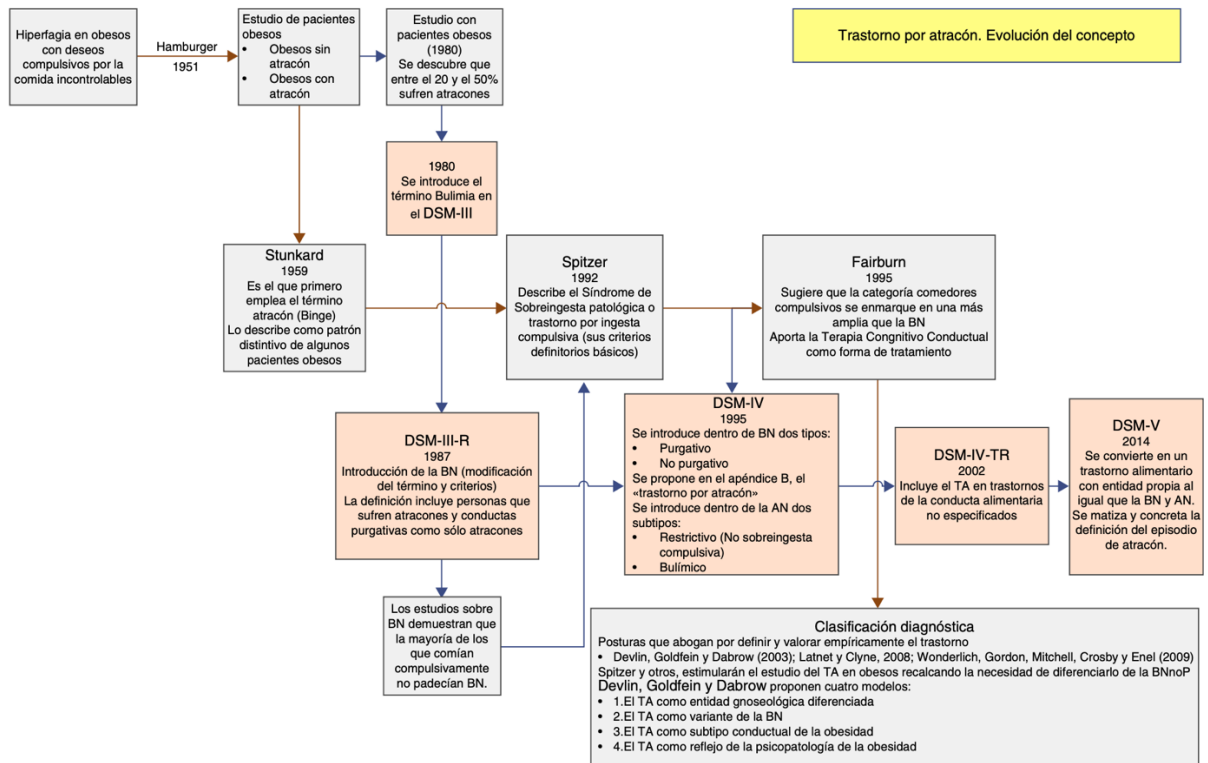
Anexos

Anexo A. Glosario de abreviaturas

Abreviatura	Definición
TA	Trastorno por Atracón
BED	Binge Eating Disorder
TCANE	Trastorno de la Conducta Alimentaria no Especificado
OMS	Organización Mundial de la Salud
RR. SS	Redes Sociales
DSM	Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales
TCC	Terapia Cognitivo Conductual
TIP	Terapia Interpersonal
TDC	Terapia Dialéctica Conductual
APA	Asociación Americana de Psiquiatría

Nota. Índice de abreviaturas realizado por la autora del TFG.

Anexo B. Evolución del concepto del Trastorno por Atracón (TA)



Nota. Fuente obtenida de *Trastorno por atracón. Evolución del concepto*. Cuadro y Baile (2015).

Anexo C. Criterios Diagnósticos del Trastorno por Atracón en el DSM-V

A. La ocurrencia de episodios recurrentes de atracones. Un episodio de atracón se caracteriza por los dos hechos siguientes:

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

B. Los episodios de atracones se asocian a tres (o más) de los hechos siguientes:

1. Comer mucho más rápidamente de lo normal.
2. Comer hasta sentirse desagradablemente lleno.
3. Comer grandes cantidades de alimentos cuando no se siente hambre físicamente.
4. Comer solo, debido a la vergüenza que se siente por la cantidad que se ingiere.
5. Sentirse luego a disgusto con uno mismo, deprimido o muy avergonzado.

C. Malestar intenso respecto a los atracones.

D. Los atracones se producen, de promedio, al menos una vez a la semana durante tres meses.

E. El atracón no se asocia a la presencia recurrente de un comportamiento compensatorio inapropiado, como en la bulimia nerviosa, y no se produce exclusivamente en el curso de la bulimia nerviosa o anorexia nerviosa.

Especificar si:

En remisión parcial: Después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para el trastorno de atracones, los atracones se producen con una frecuencia media inferior a un episodio semanal durante un período continuado.

En remisión total: Después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para el trastorno de atracones, no se ha cumplido ninguno de los criterios durante un período continuado.

Especificar la gravedad actual:

La gravedad mínima se basa en la frecuencia de los episodios de atracones (véase a continuación). La gravedad puede aumentar para reflejar otros síntomas y el grado de discapacidad funcional.

Leve: 1-3 atracones a la semana.

Moderado: 4-7 atracones a la semana.

Grave: 8-13 atracones a la semana.

Extremo: 14 o más atracones a la semana.

Nota. Fuente obtenida de *El trastorno por atracón en el DSM-5*. García Palacios (2014).

Anexo D. Tabla comparativa de tratamientos

Terapia cognitivo-conductual (TCC)	Terapia interpersonal (TIP)	Terapia dialéctica conductual (TDC)	Tratamientos farmacológicos
modalidad a corto plazo	diseñada inicialmente para tratar la depresión	empleo de la atención plena o mindfulness de forma activa	eficaces para reducir el número de atracones a corto plazo
técnicas procedentes de la terapia cognitiva	trabaja aspectos emocionales vinculados con relaciones interpersonales que podrían estar ocasionando el comportamiento alimentario alterado	comenzó desarrollándose para tratar el trastorno límite de personalidad	no está comprobada la eficacia de este tratamiento a largo plazo
aplicada en formato de autoayuda	la TIP junto con la TCC se consideran los tratamientos más eficaces para tratar un TA	uso de la técnica de desensibilización y reprocesamiento (EMDR)	reducción del optimismo frente a los psicofármacos por los efectos secundarios que pueden generar
programa de tratamiento escalonado	se continúa investigando la eficacia de esta terapia para reducir la tasa de atracones a largo plazo	permite al paciente analizar los mitos y leyendas sobre las emociones	combinación de estos tratamientos con la psicoterapia para disminuir la frecuencia y gravedad de los atracones
objetivo principal: disminución de atracones		promueve el aprender a comer con moderación y atención, fomentando la alimentación consciente	fármacos como la desipramina o imipramina reducen la frecuencia y duración de los atracones

Nota. Tabla de comparativa de los tipos de tratamientos realizada por la autora del TFG.

Anexo E. Semejanzas y diferencias entre los principales trastornos del comportamiento alimentario

Tabla 1 Diagnóstico diferencial

Semejanzas y diferencias entre los principales trastornos del comportamiento alimentario					
Área problema	Anorexia nerviosa restrictiva	Anorexia nerviosa bulímica/purgativa	Bulimia nerviosa purgativa	Bulimia nerviosa no purgativa	Trastorno por atracón
Peso corporal	15% o más por debajo del peso normal (rechazo a mantener el peso corporal por encima del mínimo para su talla y edad)	15% o más por debajo del peso normal (rechazo a mantener el peso corporal por encima del mínimo para su talla y edad)	10% por encima o por debajo del peso normal	10% por encima o por debajo del peso normal	Sobrepeso u obesidad
Control alimentario	Control alimentario extremo				Descontrol alimentario: atracones
Estatus nutricional	Muy delgado	Muy delgado	Peso normal	Peso normal	Sobrepeso u obesidad
Episodios de atracón	No	Sí. <i>Ingesta compulsiva subjetiva</i> ; alimentos en pequeñas cantidades cuya ingesta les parece excesiva, que experimentan con una sensación de pérdida de control, unido a una profunda ansiedad (similitud con la ingesta compulsiva objetiva. Sin embargo no cumple los criterios diagnósticos)	Sí. Sentimiento de pérdida de control sobre la ingesta que acompaña y caracteriza al episodio	Sí. Sentimiento de pérdida de control sobre la ingesta que acompaña y caracteriza al episodio	Sí. Sentimiento de pérdida de control sobre la ingesta que acompaña y caracteriza al episodio. (<i>sentimiento de pérdida de control, no presente en sujetos obesos sin TPA</i>)
Método de control del peso más usado	Dieta severa, estricta y constante o ayuno. Ejercicio físico intenso. (Objetivos y metas en el control alimentario muy concretos, que exigen muchas restricciones).	Dietas severas. Purga (vómito autoinducido, laxantes, diuréticos o enemas). (La ansiedad por el miedo a engordar es muy fuerte, lo que puede llevar a tomar medidas compensatorias)	Conductas purgativas (vómito autoinducido, laxantes, diuréticos, enemas) alternadas con dietas restrictivas Ejercicio físico excesivo	Dietas estrictas o ayuno. Ejercicio físico excesivo.	Dietas menos drásticas que en la bulimia o anorexia nerviosa. (Dietas menos severas o rigurosas, poco constantes o intermitentes, por ello su peso corporal puede fluctuar)

Nota. Fuente obtenida de *Binge eating disorder: analysis and treatment*. Cuadro y Baile (2015).

Tabla 1 (continuación)

Semejanzas y diferencias entre los principales trastornos del comportamiento alimentario					
Área problema	Anorexia nerviosa restrictiva	Anorexia nerviosa bulímica/purgativa	Bulimia nerviosa purgativa	Bulimia nerviosa no purgativa	Trastorno por atracón
Insatisfacción con la imagen corporal	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí. (menor preocupación por el peso y la figura corporal frente a la AN y la BN)
Alteración de la percepción de la forma y peso corporal	Sí	Sí	Sí	Sí	No. Presentan desagrado por el tamaño de su cuerpo, pero no una distorsión de la imagen corporal
Evitación de situaciones por la imagen corporal	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Miedo a ganar peso	Muy intenso, patológico, aún estando emaciada	Muy intenso, patológico, aún estando emaciada	Miedo intenso a ganar peso, su vida gira alrededor de esa preocupación	Miedo intenso a ganar peso, su vida gira alrededor de esa preocupación	Moderado / leve, frente a la bulimia y a la anorexia nerviosa (menor ansiedad por el bajo temor a ganar peso frente a la bulimia y anorexia nerviosa y mayor depresión por ser incapaz de controlar la ingesta)
Influencia de la silueta y peso corporal en la autoevaluación	Exagerada.	Exagerada	Exagerada	Exagerada	Más moderada
Sentimiento de culpa o vergüenza (predominan en las que realizan atracones)	No. Sienten orgullo por lograr controlar lo que comen. Son habituales los sentimientos de culpa tras las comidas	A pesar de sentir orgullo por lograr controlar lo que comen, la culpa surge tras el atracón	Sentimiento de culpa, vergüenza o enfado tras la ingesta	Sentimiento de culpa, disgusto o vergüenza tras la ingesta	Sentirse a disgusto, deprimido o con culpa por no poderse controlar durante la ingesta

Tabla 1 (continuación)

Semejanzas y diferencias entre los principales trastornos del comportamiento alimentario					
Área problema	Anorexia nerviosa restrictiva	Anorexia nerviosa bulímica/purgativa	Bulimia nerviosa purgativa	Bulimia nerviosa no purgativa	Trastorno por atracón
Ansiedad después de comer	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Consciencia del trastorno	Escasa. Negación de la seriedad a pesar de su bajo peso	Escasa. Negación de la seriedad a pesar de su bajo peso	Mayor consciencia del trastorno (muestran mucha resistencia a la hora de reconocerlo)	Mayor consciencia del trastorno (muestran mucha resistencia a la hora de reconocerlo)	Mayor consciencia del trastorno, frente a la BN y a la AN
Irregularidades menstruales y amenorrea	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí (el aumento excesivo de peso puede dar lugar a un cambio hormonal e irregularidades en la menstruación)
Comidas prohibidas	Sí	Sí, aunque hay presencia de episodios de atracón en relación con estas	Sí, aunque hay presencia de episodios de atracón en relación con estas	Sí, aunque hay presencia de episodios de atracón en relación con estas	Sí, aunque hay presencia de episodios de atracón en relación con estas
Frecuencia de aparición de episodios de atracón y conductas compensatorias	DSM-IV-TR No se establece	No se establece	Al menos 2 veces a la semana durante 3 meses	Al menos 2 veces a la semana durante 3 meses	Los atracones aparecen, al menos, 2 veces a la semana, durante 6 meses Los atracones se producen en promedio, al menos, una vez a la semana durante 3 meses
	DSM-5 En los últimos 3 meses ausencia de episodios recurrentes de atracones o purgas	En los últimos 3 meses ausencia de episodios recurrentes de atracones o purgas	Atracones /conductas compensatorias se dan, al menos, una vez por semana, en 3 meses	Atracones /conductas compensatorias se dan, al menos, una vez por semana, en 3 meses	

Nota. Fuente obtenida de *Binge eating disorder: analysis and treatment*. Cuadro y Baile (2015).