



Universidad Internacional de La Rioja
Facultad de Ciencias de la Salud

Grado en Psicología

La emoción como arquitectura del malestar alimentario:

Hacia un modelo integrador de vulnerabilidad emocional en
los trastornos de la conducta alimentaria en adultos jóvenes
(18-25 años)

Trabajo fin de estudio presentado por:	Carla Gutiérrez Gómez
Modalidad:	Ensayo teórico
Director/a:	Esteban Gabriel Morales Gallardo
Fecha:	24 de junio 2026

Resumen

Los trastornos de la conducta alimentaria constituyen una de las categorías diagnósticas más complejas y letales de la psicopatología contemporánea. Su prevalencia ha aumentado de forma alarmante, especialmente entre adultos jóvenes (18-25 años), lo que plantea una urgencia teórica y clínica. En la adultez emergente, etapa marcada por la inestabilidad identitaria, la exploración del self y la exposición a ideales corporales inalcanzables, la literatura ha tendido a analizar los factores emocionales de manera fragmentaria, sin otorgar a la emoción un papel central en la explicación del malestar.

Este ensayo defiende que estos trastornos son, fundamentalmente, trastornos de la regulación emocional que utilizan la alimentación como lenguaje sintomático. Comer, restringir o purgarse no constituye el problema central, sino una estrategia para gestionar una vulnerabilidad emocional. Se propone el modelo integrativo del “ciclo de activación de la vulnerabilidad emocional”, que articula aportaciones cognitivo-conductuales, emocionales, neurocientíficas y del desarrollo en una arquitectura dinámica y temporalmente situada.

Palabras clave: Trastornos de la Conducta Alimentaria; regulación emocional; adultez emergente; vulnerabilidad psicológica; modelo CAVE.

Abstract

Eating disorders constitute one of the most complex and lethal diagnostic categories in contemporary psychopathology. Their prevalence has risen alarmingly, particularly among young adults aged 18–25 years, creating an urgent theoretical and clinical challenge. During emerging adulthood—a developmental period characterised by identity instability, self-exploration, and exposure to unattainable body ideals—the literature has tended to examine emotional factors in a fragmented manner, without assigning emotion a central role in explaining psychological distress.

This essay argues that these disorders are fundamentally disorders of emotion regulation that employ eating-related behaviours as a symptomatic language. Eating, restricting food intake, or engaging in purging behaviours do not represent the core problem; rather, they function as attempts to manage underlying emotional vulnerability. To address this issue, the essay proposes an integrative model, termed the Emotional Vulnerability Activation Cycle, which synthesises cognitive-behavioural, emotion regulation, neuroscientific, and developmental perspectives within a dynamic and temporally situated framework.

Keywords: Eating Disorders; emotional regulation; emerging adulthood; psychological vulnerability; CAVE model.

Índice de contenidos

1.	Introducción	8
1.1.	Justificación: Relevancia del problema en adultos jóvenes	9
1.2.	Delimitación conceptual: nota sobre la selección de la literatura	13
1.3.	Objetivos.....	14
1.4.	Metodología	15
2.	Conceptualización de los TCA en adultos jóvenes	16
2.1.	Clasificación clínica y sintomatología predominante (18-25 años).....	17
2.2.	Vulnerabilidad Psicológica en la Transición a la Adulthood Temprana	20
2.2.1.	El cuerpo como Texto Identitario en la Cultura Contemporánea	22
2.2.2.	El Periodo Universitario como Laboratorio de Vulnerabilidad	23
3.	Factores emocionales y riesgo de TCA.....	23
3.1.	Insatisfacción corporal y estrés psicológico como detonantes.....	24
3.2.	El rol de la baja autoestima en el mantenimiento del trastorno	26
3.3.	Dificultades en el procesamiento y expresión de las emociones	27
3.3.1.	La Alexitimia como puente entre déficit emocional y conducta alimentaria ..	29
3.3.2.	Vergüenza corporal, identitaria y ciclos silencio	29
3.3.3.	Perfeccionismo, esquemas cognitivos desadaptativos y control emocional...	30
4.	Modelos teóricos explicativos de la conexión emocional	31
4.1.	Perspectiva cognitivo-conductual de los TCA	32
4.2.	Modelos de regulación emocional y déficit de afrontamiento	33
4.3.	El modelo cave y la hipótesis del Bucle Identidad-Emoción	34
4.3.1.	Formalización del Modelo CAVE: cinco componentes.....	35
4.3.2.	Relaciones con modelos existentes: convergencias y divergencias.....	38
5.	Implicaciones clínicas y estrategias de prevención.....	40

5.1.	Análisis crítico de las intervenciones actuales basadas en la emoción.....	41
5.2.	Propuestas conceptuales para programas de prevención eficaces	45
5.3.	Desafíos en la implementación practica para jóvenes adultos.....	447
6.	Conclusiones.....	49
6.1.	Síntesis de los Hallazgos Conceptuales	49
6.2.	Limitaciones del estado del arte actual.....	51
6.3.	Líneas de investigación futura	52
	Referencias bibliográficas.....	56

Índice de figuras

Figura 1. Datos genéricos sobre los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA).	11
Figura 2. Perspectiva contextual sobre el desarrollo de la identidad en las redes sociales ..	13

Índice de tablas

Tabla 1. Evaluación de la prevalencia de los TCA.....	12
Tabla 2. Aspectos metodológicos.....	16
Tabla 3. Clasificación clínica de los principales TCA en adultos jóvenes (18-25 años): características nucleares, pico de incidencia y mecanismo emocional subyacente.....	20
Tabla 4. Los cinco rasgos de la adultez emergente y su resonancia con los factores de riesgo emocional de los TCA.	21
Tabla 5. Factores emocionales de riesgo en TCA: definición operacional, evidencia empírica, instrumentos de evaluación y especificidad diagnóstica.	28
Tabla 6. El Modelo CAVE: descripción, operacionalización y referencias empíricas de sus cinco componentes.....	37
Tabla 7. Comparativa de los modelos teóricos explicativos de la conexión emocional en los TCA: mecanismo central, fortalezas, limitaciones y relación con el Modelo CAVE	39
Tabla 8. Intervenciones terapéuticas y preventivas basadas en la dimensión emocional de los TCA: mecanismo de acción, indicaciones, eficacia y correspondencia con el Modelo CAVE ..	44

1. Introducción

Este ensayo teórico desarrolla una investigación sobre los vínculos entre la vulnerabilidad emocional y los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) en la población de adultos jóvenes. Estudia en detalle los factores emocionales que subyacen a estos trastornos en la franja de edad comprendida entre los 18 y los 25 años, así como los mecanismos psicológicos que convierten la conducta alimentaria en un idioma sintomático de conflictos emocionales más profundos y sus implicaciones para la comprensión clínica y preventiva del fenómeno. Para ello se parte de la premisa de que los TCA en esta población no son primariamente alteraciones de la conducta alimentaria, sino expresiones de un sistema de regulación emocional deficitario que adopta el cuerpo y la comida como territorio privilegiado de gestión del malestar.

La investigación se inspira en los debates de la literatura especializada sobre regulación emocional, psicopatología del desarrollo y modelos cognitivo-conductuales de los TCA, si bien se adapta a la realidad específica de una población en transición vital que la investigación predominante trata con frecuencia de manera fragmentaria. Esta fragmentación resulta especialmente significativa en el período de la adultez emergente, etapa caracterizada por una inestabilidad identitaria máxima y una exposición omnipresente a entornos digitales que amplifican la presión estética y la comparación social, factores no solo presentes en el contexto español, sino también en el conjunto del sur de Europa y en los países de nivel de desarrollo medio-alto con altas tasas de penetración tecnológica entre jóvenes. La investigación se elabora en clave integradora a partir de las oportunidades que ofrece la síntesis teórica de modelos hasta ahora tratados de forma independiente. La metodología se orienta a resaltar las implicaciones que este marco puede tener para el diseño de intervenciones clínicas y preventivas, habida cuenta de que la gran mayoría de los jóvenes que desarrollan un TCA no se encuentran en entornos de atención especializada en el momento en que la vulnerabilidad emocional comienza a expresarse sintomáticamente.

El ensayo se realiza desde el punto de vista de los procesos psicológicos subyacentes al trastorno, y abarca una variedad de diagnósticos y situaciones que habitualmente no aparecen integrados en un mismo marco explicativo, tales como la anorexia nervosa, la bulimia nervosa, el trastorno por atracón y el trastorno por evitación/restricción de la ingesta,

además de fenómenos emergentes como la ortorexia nervosa y las formas subclínicas de desregulación alimentaria que afectan de manera creciente a la población universitaria.

1.1. Justificación: relevancia del problema en adultos jóvenes

Existe una paradoja epistemológica¹ en el corazón de la investigación sobre los Trastornos de la Conducta Alimentaria (en adelante TCA): cuanto más se ha estudiado su prevalencia, sus síntomas y sus correlatos neurobiológicos, menos parece haberse comprendido por qué una persona decide o se ve compelida a hacer de la comida el teatro de sus conflictos emocionales más íntimos. Esta paradoja no es trivial; es la señal de que los marcos teóricos predominantes están capturando el fenómeno de manera incompleta, atrapados en una descripción fenomenológica que confunde el idioma con el mensaje.

Los TCA afectan aproximadamente al 2,2 % de la población europea, con estimaciones de riesgo que alcanzan al 5 % adicional (Keski-Rahkonen y Mustelin, 2016). Lejos de ser meras alteraciones de la ingesta, los TCA en esta población representan enfermedades mentales graves e incapacitantes que conllevan, además de las graves consecuencias físicas documentadas, alteraciones cardiovasculares, metabólicas, hormonales y neurológicas (Treasure et al., 2020), la mayor tasa de mortalidad entre los trastornos psiquiátricos (Arcelus et al., 2011; American Psychiatric Association, 2022). La prevalencia global ha aumentado de manera alarmante, pasando de un 3,5 % en el período 2000-2006 a un 7,8 % en 2013-2018, lo que exige una reevaluación urgente de los modelos teóricos actuales (Galmiche et al., 2019). Esta combinación de factores evolutivos y contextuales contribuye a aumentar la susceptibilidad a desarrollar patrones disfuncionales relacionados con la alimentación, lo que recalca la relevancia de abordar estos trastornos desde un enfoque preventivo que tenga en cuenta el desarrollo psicológico (Arnett, 2000).

Más significativo aún resulta el dato de que la carga de incidencia recae de manera desproporcionada sobre la población de adultos jóvenes, especialmente en la franja de los 18

¹ El concepto de “paradoja epistemológica” se emplea aquí para describir la coexistencia de modelos terapéuticos con fundamentos teóricos divergentes que, sin embargo, pueden integrarse funcionalmente en el abordaje de los trastornos de la conducta alimentaria, especialmente en relación con la regulación emocional y la flexibilidad psicológica.

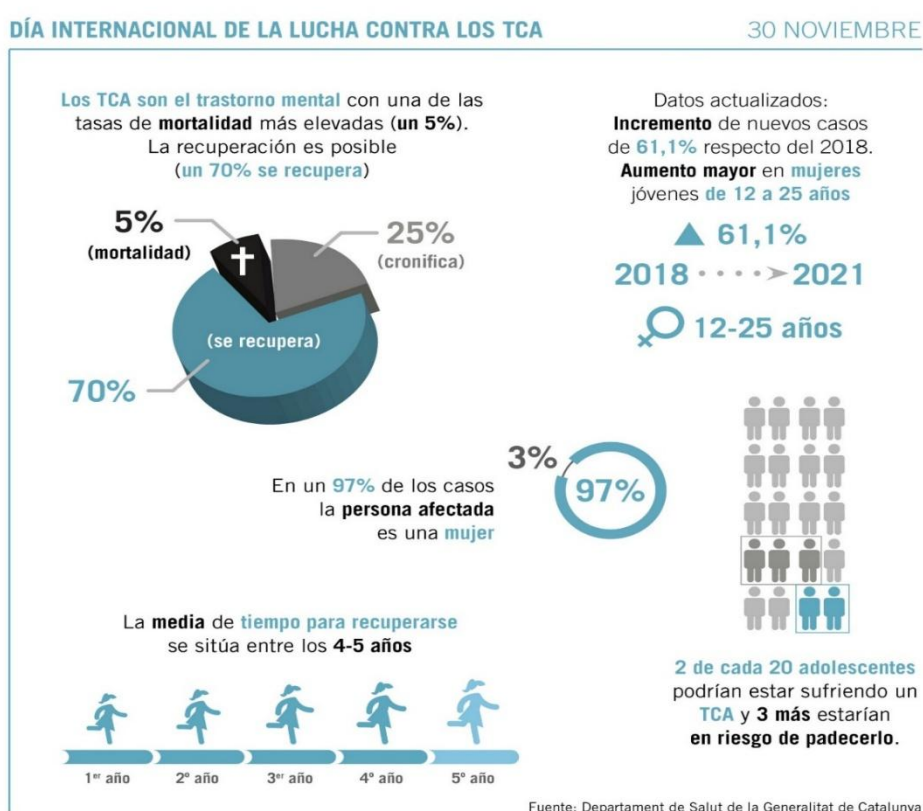
a los 25 años (Lozano-Muñoz et al., 2022). No se trata de una coincidencia estadística: esta concentración temporal tiene una lógica psicológica profunda que este ensayo se propone articular. La adultez emergente, concepto acuñado por Arnett (2000), denomina esta fase del ciclo vital como un período de excepcional inestabilidad identitaria, caracterizado simultáneamente por la promesa de autonomía y el peso de la incertidumbre. El joven adulto abandona los sistemas de soporte emocional de la adolescencia antes de haber consolidado los recursos internos que le permitan regularse emocionalmente sin ellos. Esta brecha entre la demanda de autonomía y la disponibilidad de herramientas afectivas constituye el terreno fértil en el que los TCA arraigan con mayor facilidad. Los individuos que han experimentado sobreprotección parental o aceptación condicional en la infancia pueden presentar niveles elevados de vergüenza internalizada, lo que actúa como mediador hacia actitudes bulímicas y otras formas de patología alimentaria (Fuentes Prieto et al., 2020).

A esta vulnerabilidad estructural se suma el contexto de la hiperexposición digital. Las redes sociales no son meros canales de comunicación; son ecosistemas de comparación social que operan sobre la imagen corporal con una eficiencia y una omnipresencia sin precedentes históricos (Fardouly y Vartanian, 2016). En plataformas como Instagram y TikTok, el uso sistemático de filtros y el retoque fotográfico crean representaciones del cuerpo que son simultáneamente omnipresentes e inalcanzables, incrementando la vulnerabilidad de los jóvenes a la insatisfacción corporal crónica (Pérez-Torres, 2024). La prevalencia de estos trastornos entre los adultos jóvenes ha ido en aumento, en parte debido a estas influencias socioculturales y a la presión por la imagen corporal (Fardouly y Vartanian, 2016). El algoritmo actúa como amplificador de una vulnerabilidad emocional preexistente: la persona que tiene dificultades para regular su autoestima encuentra en el *scroll* infinito un espejo distorsionado que confirma sus peores narrativas sobre sí misma.

La propuesta central de este trabajo es que los TCA son, antes que nada, trastornos de la regulación emocional en los que el cuerpo se convierte en el único territorio donde el adulto joven siente que puede ejercer soberanía total ante la incertidumbre del mundo externo no es solo una reordenación conceptual. Es una invitación a cambiar el foco de intervención: del plato al sujeto que lo llena o lo vacía; de las calorías al sistema emocional que las convierte en moneda de cambio existencial. La elección del término “arquitectura” para describir la dimensión emocional de los TCA no es retórica. Una arquitectura no es una variable, ni

quiera un conjunto de variables: es un sistema organizado de relaciones entre elementos que produce propiedades emergentes que ninguno de los elementos aislados contiene. Cuando esa arquitectura tiene grietas estructurales, el sistema busca compensaciones; y la conducta alimentaria, en un contexto cultural que la sobrecarga de significados es una compensación a la vez disponible, semivisible socialmente y poderosa en sus efectos sobre el estado afectivo.

Figura 1. Datos genéricos sobre los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA).

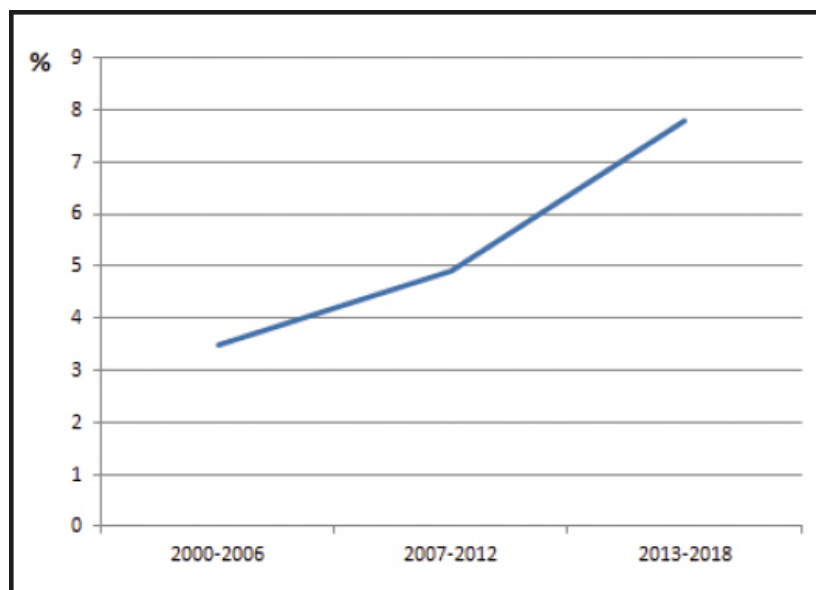


Fuente: Departamento de la salud de la Generalidad de Cataluña (año).

El incremento de la prevalencia de los TCA ha sido analizado en una revisión sistemática publicada en 2019. Esta revisión se basa en 25 estudios epidemiológicos que han calculado la estimación de la frecuencia de personas con trastornos de conducta alimentaria en distintos contextos poblacionales. La revisión sistemática de Galmiche et al. (2019), basada en 25 estudios epidemiológicos realizados entre 2000 y 2018 en contextos poblacionales diversos, documentó un incremento de la prevalencia global de los TCA del 3,5 % al 7,8 % a lo largo de ese período (véase Tabla 1). Este aumento sostenido debe interpretarse con cautela

metodológica: parte del incremento observado puede atribuirse a factores de detección y no únicamente a un aumento real de la incidencia. La ampliación y refinamiento de los criterios diagnósticos, especialmente con la publicación del DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013) y su revisión del texto (DSM-5-TR, 2022), la mayor sensibilización clínica y la reducción progresiva del estigma asociado a la búsqueda de ayuda son variables que pueden haber incrementado la tasa de casos registrados sin que la prevalencia real haya crecido en la misma proporción (Treasure et al., 2020). Con independencia de la contribución relativa de cada uno de estos factores, la magnitud y la consistencia del incremento documentado a lo largo de dos décadas constituyen evidencia suficiente para sostener la urgencia teórica y clínica que justifica el presente ensayo.

Tabla 1. Evaluación de la prevalencia de los TCA



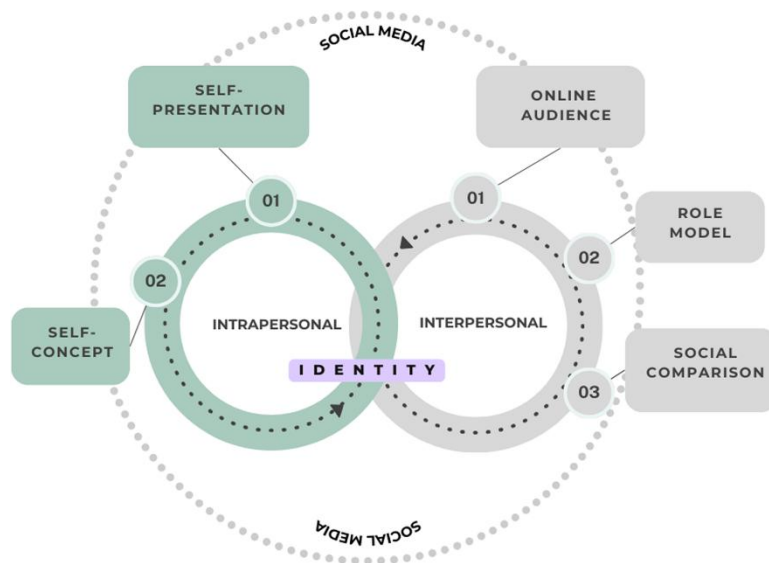
Fuente: Galmiche et al (2019)

La creciente prevalencia de los TCA entre adultos jóvenes no puede comprenderse únicamente a partir de sus manifestaciones conductuales observables (la restricción, el atracón, la purga), ni reducirse a los resultados relacionados con el peso corporal. Estas conductas y estos resultados son el idioma en que se expresa el problema, no el problema en sí. El presente ensayo orienta su análisis hacia los procesos de regulación emocional que subyacen y organizan esa expresión sintomática: los déficits de identificación, procesamiento

y modulación afectiva que convierten la conducta alimentaria en el mecanismo de afrontamiento preferente de un sistema emocional desbordado. La población de adultos jóvenes (18-25 años) constituye el foco de este análisis por razones que van más allá de la estadística epidemiológica: es precisamente en esta franja de edad donde la demanda de autonomía emocional alcanza su máxima intensidad al tiempo que los recursos internos para satisfacerla son más precarios (Arnett, 2000).

En este contexto, las influencias socioculturales (las redes sociales, la presión estética, la comparación digital) no generan vulnerabilidad por sí solas, sino que actúan como amplificadores de una arquitectura emocional preexistente cuyas grietas estructurales este ensayo se propone cartografiar (Fardouly y Vartanian, 2016; Pérez-Torres, 2024). La Figura 2 ilustra el papel que los entornos digitales desempeñan como espejo social en la construcción identitaria de esta población, tal como lo conceptualiza Pérez-Torres (2024).

Figura 2. Perspectiva contextual sobre el desarrollo de la identidad en las redes sociales



Fuente: Pérez-Torres, 2024.

1.2. Delimitación conceptual: nota sobre la selección de la literatura

El presente ensayo adopta un enfoque de revisión teórico-narrativa crítica, orientado no a la descripción exhaustiva de la bibliografía disponible, sino a la construcción de un argumento original apoyado en las fuentes más relevantes del campo. La literatura consultada abarca un período principal comprendido entre 2000 y 2026, con inclusión de textos fundacionales

anteriores cuando su relevancia teórica lo justifica, como el trabajo de Gross (1998) sobre regulación emocional o el de Fairburn et al. (2003) sobre el modelo cognitivo-conductual transdiagnóstico. Se han privilegiado fuentes empíricas revisadas por pares procedentes de bases de datos como PubMed, PsycINFO, Scopus y Web of Science, con especial atención a la literatura más reciente sobre neurociencia del afecto en TCA (Mariani et al., 2022; Mikhail et al., 2024; Meneguzzo et al., 2024), la construcción digital de la identidad somática (Pérez-Torres, 2024) y los nuevos enfoques de intervención basados en tecnología (Linardon et al., 2024; Hartmann et al., 2024). Se toman como referencia los criterios diagnósticos del DSM-5-TR (American Psychiatric Association, 2022).

Este ensayo se centra en la dimensión psicológica y emocional de los TCA. Los factores neurobiológicos, genéticos y médicos son reconocidos como componentes relevantes de un fenómeno multifactorial, pero quedan deliberadamente al margen del foco analítico para no diluir la hipótesis central. Deliberadamente se han excluido estudios centrados exclusivamente en la farmacoterapia o en poblaciones pediátricas cuando no aportaban información relevante para el argumento.

1.3. Objetivos

El objetivo general del presente ensayo es defender y desarrollar la hipótesis de que los TCA en adultos jóvenes constituyen fundamentalmente trastornos de la regulación emocional que adoptan la conducta alimentaria como idioma sintomático preferente, es decir, la hipótesis del “Bucle Identidad-Emoción”, y proponer el Modelo Ciclo de Activación de la Vulnerabilidad Emocional (Modelo CAVE) como marco teórico integrador que dé cuenta de los mecanismos psicológicos subyacentes a esta dinámica.

De este objetivo general se derivan los siguientes objetivos específicos:

1. Describir y analizar críticamente la conceptualización clínica de los TCA más prevalentes en adultos jóvenes (18-25 años), incluyendo manifestaciones emergentes como la Ortorexia Nervosa.

2. Examinar la vulnerabilidad psicológica específica de la transición a la adultez temprana, incluyendo las dinámicas familiares, el entorno universitario y el impacto de los entornos digitales, como contexto de emergencia privilegiada de los TCA.
3. Analizar los factores emocionales (insatisfacción corporal, baja autoestima, estrés psicológico, alexitimia, vergüenza, perfeccionismo y somatización de la emoción) como componentes de un sistema dinámico e interconectado.
4. Revisar críticamente los principales modelos teóricos explicativos de la conexión emocional en los TCA, identificando sus fortalezas y limitaciones.
5. Proponer el Modelo CAVE y la hipótesis del Bucle Identidad-Emoción como marcos integradores originales.
6. Derivar implicaciones clínicas y estrategias de prevención fundamentadas en el modelo propuesto, incluyendo intervenciones de nueva generación basadas en tecnología digital.

Para situar el debate en sus coordenadas históricas, conviene recordar que la primera conceptualización médica sistemática de la anorexia nerviosa se atribuye a los trabajos independientes de Gull y Laségue en la década de 1870. Durante casi un siglo, los modelos explicativos dominantes fueron de naturaleza orgánica o psicodinámica antes de que los enfoques cognitivos y conductuales comenzaran a ganar terreno en la segunda mitad del siglo XX. Esta historia conceptual revela un patrón persistente: la tendencia a privilegiar una dimensión del fenómeno (la biológica, la cognitiva, la conductual) en detrimento de una perspectiva integradora. El presente ensayo aspira a romper este patrón mediante la construcción de una arquitectura teórica que honre la complejidad del fenómeno.

1.4. Metodología

La Tabla 2 resume los principales aspectos metodológicos de la presente revisión teórica narrativa. En ella se detallan el diseño y enfoque de investigación, las bases de datos consultadas, el periodo de búsqueda, los criterios de inclusión y exclusión de los estudios, así como el procedimiento de análisis empleado y los posibles sesgos identificados durante el proceso de revisión. Esta metodología se diseñó con el objetivo de recopilar y sintetizar la evidencia científica más reciente disponible sobre la población de adultos jóvenes.

Tabla 2. Aspectos metodológicos

ELEMENTO	DESCRIPCIÓN
Diseño	Revisión teórica narrativa
Enfoque	Cualitativo
Base de datos	PubMed, PsycInfo, Scopus, Google Scholar, Mendeley, Web of Science
Periodo de búsqueda	2020-2026
Idioma	Inglés y español
Población	Adultos jóvenes (18- 25 años)
Criterios de inclusión	Artículos científicos recientes, revisados por pares, para una población de adultos jóvenes
Criterios de exclusión	Evidencia clínica, artículos no científicos
Análisis	Análisis temático y síntesis narrativa
Sesgos	Selección, idioma, tipo de revisión

2. Conceptualización de los TCA en adultos jóvenes

Este apartado desarrolla una conceptualización sistemática de los trastornos de la conducta alimentaria en la población de adultos jóvenes, atendiendo tanto a su clasificación clínica como a los procesos psicológicos que la sustentan. Examina en detalle la fenomenología de los principales diagnósticos contemplados en el DSM-5-TR en la franja de los 18 a los 25 años, así como los mecanismos emocionales subyacentes que los articulan y sus implicaciones para una comprensión integradora del fenómeno. Para ello se parte del argumento de que la taxonomía diagnóstica vigente, pese a su utilidad clínica y epidemiológica, tiende a enfatizar qué hace el sujeto con la comida en detrimento de por qué lo hace, confundiendo el idioma sintomático con el mensaje que ese idioma transporta.

La conceptualización propuesta se inspira en las discusiones de la literatura especializada sobre psicopatología descriptiva, modelos de regulación emocional y teoría del desarrollo en la adultez emergente, si bien se adapta a las condiciones específicas de una población que atraviesa simultáneamente la mayor inestabilidad identitaria del ciclo vital y la mayor presión sociocultural sobre el cuerpo. Esta coincidencia no es azarosa, sino estructural, y su comprensión resulta tan relevante para el ámbito español y europeo como para cualquier contexto de desarrollo medio-alto en el que la penetración digital y la presión estética actúan

como amplificadores de una vulnerabilidad emocional preexistente. El análisis se construye de forma comparativa a partir del contraste entre los perfiles diagnósticos, identificando tanto sus diferencias fenomenológicas como el sustrato emocional común que los atraviesa. El enfoque se dirige a destacar las implicaciones que esta lectura integradora puede tener para el diseño de intervenciones clínicas, dado que la mayor parte de los adultos jóvenes que desarrollan un TCA presentan síntomas que no encajan en una única categoría diagnóstica o que evolucionan entre ellas a lo largo del tiempo.

El apartado se organiza desde el punto de vista de los propios mecanismos psicológicos del trastorno y abarca una variedad de diagnósticos y situaciones que habitualmente se analizan por separado, tales como la anorexia nervosa, la bulimia nervosa, el trastorno por atracón y el ARFID, además de fenómenos emergentes como la ortorexia nervosa, cuya relevancia en la adultez temprana crece de manera sostenida en el contexto de las identidades digitales y la cultura de la alimentación saludable.

2.1. Clasificación clínica y sintomatología predominante (18-25 años)

El espectro de los TCA se reconoce hoy bajo categorías principales como la Anorexia Nervosa (AN), la Bulimia Nervosa (BN), el Trastorno por Atracón (BED) y el Trastorno por Evitación/Restricción de la Ingesta (ARFID), clasificadas según el DSM-5-TR² (American Psychiatric Association, 2022). Esta clasificación, útil a efectos clínicos y epidemiológicos, tiende sin embargo a enfatizar la fenomenología conductual, qué hace el sujeto con la comida, en detrimento de los procesos psicológicos que subyacen y organizan esa conducta. Una lectura crítica de los criterios diagnósticos revela que todos los TCA comparten una característica estructural que el manual no nombra explícitamente: la utilización de la conducta alimentaria como mecanismo de modulación del estado afectivo.

La Anorexia Nervosa se caracteriza por una ingesta energética restringida, un miedo intenso a aumentar de peso y una alteración persistente en la percepción de la imagen

² El DSM-5-TR son las siglas del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, publicado por la American Psychiatric Association (APA) en 2022, es el sistema de clasificación y diagnóstico de referencia mundial para los trastornos mentales.

corporal (American Psychiatric Association, 2022). La restricción alimentaria no debe entenderse únicamente como síntoma aislado, sino como un intento disfuncional de regulación emocional que termina agravando el problema psicológico inicial (Haynos y Fruzzetti, 2011). La máxima incidencia de este trastorno suele ocurrir entre los 14 y los 18 años (Lozano-Muñoz et al., 2022), con casos crónicos que se concentran significativamente en la adultez emergente.

La Bulimia Nervosa se caracteriza por episodios recurrentes de atracones seguidos de conductas compensatorias impulsadas por factores psicológicos, emocionales y socioculturales. La conducta de purga no solo es una reacción compensatoria, sino también una forma de reducir sentimientos emocionales negativos, lo que refuerza la relevancia del componente afectivo en la comprensión de este trastorno (Haedt-Matt y Keel, 2011). La máxima incidencia de la BN se produce precisamente en la franja de los 18 a los 25 años (Lozano-Muñoz et al., 2022), lo que sugiere una correspondencia directa entre las dinámicas emocionales específicas de la adultez temprana y las características psicopatológicas de este trastorno.

El trastorno por atracón es el más prevalente en la población general y se vincula frecuentemente con comorbilidades metabólicas y malestar psicológico significativo (Treasure, 2023). La evidencia sugiere que la ingesta compulsiva se relaciona directamente con dificultades para controlar las emociones, siendo una forma no adaptativa de manejar los sentimientos negativos (Aldao et al., 2010). Sus primeras manifestaciones suelen producirse en la transición a la vida adulta, frecuentemente bajo la forma de “comer emocional” que no alcanza criterio diagnóstico pero que constituye un factor de riesgo significativo.

El Trastorno por Evitación/Restricción de la Ingesta (ARFID) se caracteriza por la incapacidad persistente para satisfacer las necesidades nutricionales adecuadas, a menudo vinculada a respuestas emocionales basadas en el miedo, como la ansiedad relacionada con atragantarse o vomitar (Thomas et al., 2017). A diferencia de los otros TCA, el ARFID no se asocia con preocupaciones sobre la figura o el peso corporal, lo que sugiere una base psicopatológica diferenciada que el Modelo CAVE permite articular a través de su énfasis en la ansiedad y la evitación conductual como expresiones del déficit de regulación emocional.

Un fenómeno creciente y especialmente revelador en esta franja de edad es la Ortorexia Nervosa: una fijación patológica por la comida “pura” o “saludable” que refleja un conflicto de identidad y encarnación característico de la sociedad actual (Pérez-Torres, 2024). A diferencia de los TCA clásicos, cuyo síntoma cardinal es la restricción cuantitativa de la ingesta, la ortorexia opera sobre la calidad y la pureza de los alimentos, construyendo una identidad moral alrededor de las elecciones alimentarias. La investigación reciente de Vuillier et al. (2025) ha demostrado que la creencia de que las emociones son malas e incontrolables se asocia significativamente con comportamientos ortoréxicos, apoyando la interpretación de este fenómeno como una estrategia de control emocional disfrazada de preocupación por la salud.

Más allá de la taxonomía diagnóstica, los TCA muestran una notable comorbilidad entre sí, especialmente entre AN y BN, y entre BN y BED, así como con otros trastornos emocionales como la depresión mayor, los trastornos de ansiedad y el trastorno de personalidad límite (Treasure et al., 2020). Esta comorbilidad apoya la hipótesis de que los TCA comparten con estos trastornos una estructura emocional subyacente común. La prevalencia significativamente mayor en mujeres, aproximadamente 9 de cada 10 casos diagnosticados son femeninos (American Psychiatric Association, 2022), refleja que la socialización de género modula de manera diferencial la relación que hombres y mujeres establecen con su cuerpo y con la expresión emocional (Fairburn et al., 2003). La Tabla 3 sintetiza las características nucleares, el pico de incidencia y el mecanismo emocional subyacente de cada diagnóstico, incluyendo la Ortorexia Nervosa como fenómeno emergente.

Tabla 3. Clasificación clínica de los principales TCA en adultos jóvenes (18-25 años): características nucleares, pico de incidencia y mecanismo emocional subyacente.

Diagnóstico (DSM-5-TR)	Características nucleares	Pico de incidencia	Mecanismo emocional central	Comorbilidad
Anorexia Nervosa (AN)	Restricción calórica severa, miedo intenso al aumento de peso, distorsión de la imagen corporal	14-18 años (pico); cronicidad en 18-25	Sobrevaloración del peso; restricción como regulación emocional	Muy alta (mayor tasa de mortalidad psiquiátrica)
Bulimia Nervosa (BN)	Episodios recurrentes de atracón + conductas compensatorias (purga, ayuno, ejercicio)	18-25 años (pico máximo)	Desregulación emocional e impulsividad; ciclo vergüenza-purga	Alta (comorbilidad depresión, ansiedad, TPL)
Trastorno por Atracón (BED)	Episodios de ingesta compulsiva sin conductas compensatorias, malestar significativo	Adulthood temprana (inicio frecuente)	Afecto negativo como detonante primario del episodio	Alta (comorbilidad metabólica y psicológica)
ARFID	Evitación/restricción de alimentos por características sensoriales o miedo a consecuencias adversas	Infancia; persiste/exacerba en 18-25	Ansiedad y evitación conductual; no asociada a imagen corporal	Moderada (impacto nutricional y social)
Ortorexia Nervosa	Fijación patológica por la «pureza» alimentaria; identidad moral construida en torno a la dieta	Emergente en 18-30 años	Creencia de que las emociones son incontrolables; control emocional vía pureza alimentaria	Moderada-alta (creciente en entornos digitales)

Fuente: Elaboración propia en base a American Psychiatric Association (2022), Lozano-Muñoz et al. (2022), Haynos y Fruzzetti (2011), Haedt-Matt y Keel (2011), Thomas et al. (2017) y Vuillier et al. (2025). TPL = Trastorno de Personalidad Límite.

2.2. Vulnerabilidad psicológica en la transición a la adultez temprana

La teoría de la adultez emergente de Arnett (2000) proporciona el marco conceptual fundamental para entender por qué esta franja de edad constituye un período de vulnerabilidad psicológica específica. La adultez emergente se caracteriza por cinco rasgos definitorios: la exploración de la identidad, la inestabilidad, el centramiento en uno mismo, la

sensación de estar en tierra de nadie y las posibilidades abiertas. Cada uno de estos rasgos tiene una resonancia directa con los factores de riesgo emocional de los TCA. Esta fase se distingue por procesos de cambios importantes (formación de la identidad, búsqueda de independencia, entrada al mundo laboral, establecimiento de relaciones interpersonales) que generan vivencias de inestabilidad emocional acompañadas de miedos, inseguridades y estrés psicológico (Arnett, 2000). La adultez emergente se caracteriza por cinco rasgos definitorios cuya resonancia directa con los factores de riesgo emocional de los TCA se presenta en la Tabla 4.

Tabla 4. Los cinco rasgos de la adultez emergente y su resonancia con los factores de riesgo emocional de los TCA.

Rasgo (Arnett, 2000)	Expresión psicológica nuclear	Conexión con vulnerabilidad TCA	Nivel de riesgo
Exploración de la identidad	¿Quién soy yo?	El cuerpo se convierte en texto identitario provisional cuando la identidad psicológica es fluida	Alta
Inestabilidad	Cambios vitales simultáneos y acelerados	Desbordamiento de los recursos de regulación emocional → búsqueda de estrategias compensatorias	Muy alta
Centramiento en uno mismo	Foco en el proyecto vital propio	Autoobservación intensificada; mayor vigilancia corporal y comparación social	Alta
Tierra de nadie	Ni adolescente ni adulto consolidado	Brecha de autoestima: sin fuentes de validación establecidas; cuerpo como indicador de valía	Muy alta
Posibilidades abiertas	Presión por tomar las «decisiones correctas»	Activación del perfeccionismo como estrategia ante la incertidumbre; estándares corporales inalcanzables	Alta

Fuente: Elaboración propia en base a Arnett (2000), Fuentes Prieto et al. (2020), Peschel et al. (2024) y Pérez-Torres (2024).

La inestabilidad característica de esta fase (laboral, relacional, residencial) genera una carga de estrés crónico que demanda recursos de afrontamiento que el joven adulto con frecuencia no posee de manera suficiente. La investigación de Watterson et al. (2023) documentó cómo los esquemas de pérdida en la infancia, la aceptación condicional y el miedo al abandono emergen consistentemente en las narrativas de personas con TCA, sugiriendo que las experiencias de vinculación temprana moldean la arquitectura emocional que más

tarde se expresará a través del idioma alimentario. Los individuos que han experimentado sobreprotección parental durante la infancia pueden presentar niveles elevados de vergüenza internalizada, lo que actúa como mediador hacia actitudes bulímicas (Fuentes Prieto et al., 2020). Asimismo, las dinámicas familiares relacionadas con la alimentación, la valoración del cuerpo como tema de conversación frecuente, los comentarios sobre el peso de los hijos, predicen conductas alimentarias de riesgo en jóvenes adultos (Fuentes Prieto et al., 2020; Rodgers et al., 2020).

En este contexto, el cuerpo se convierte en el único territorio donde el adulto joven siente que puede ejercer una soberanía total ante la incertidumbre del mundo externo: controlar lo que entra y sale de ese cuerpo se convierte en la forma más concreta de ejercer una agencia que, en los demás dominios de la vida, parece escurridiza. Además, la investigación de Francesconi et al. (2023) ha demostrado que las dificultades en la toma de decisiones median la asociación entre la pobre regulación emocional y los síntomas de TCA en la adolescencia y la adultez temprana, añadiendo una dimensión ejecutiva al modelo de vulnerabilidad.

2.2.1. El cuerpo como texto identitario en la cultura contemporánea

La adultez emergente no se vive en un vacío cultural. Se vive en una sociedad que ha convertido el cuerpo en el principal texto de la identidad personal y social. El mecanismo central de este proceso es la comparación social ascendente: la tendencia a compararse con personas que se perciben como superiores en una dimensión valorada. Las plataformas digitales operan como máquinas de comparación social de una eficiencia sin precedentes: presentan de manera continua y algorítmicamente optimizada cuerpos seleccionados, filtrados y editados precisamente porque se ajustan a los ideales estéticos dominantes (Fardouly y Vartanian, 2016; Lozano-Muñoz et al., 2022).

La investigación de Pérez-Torres (2024) propone que las redes sociales funcionan como “espejos digitales sociales” para el desarrollo de la identidad en la adolescencia y la adultez temprana. Esta metáfora captura con precisión la dinámica de autoevaluación mediada tecnológicamente que caracteriza la experiencia de los jóvenes contemporáneos. Es necesario distinguir entre el uso pasivo de redes sociales, que tiene efectos consistentemente negativos sobre la imagen corporal, y el uso activo como espacio de construcción y negociación de la

identidad, que puede tener efectos tanto negativos como protectores en función del tipo de comunidad que el joven adulto construye en ese espacio (Pérez-Torres, 2024). Cuando la autoevaluación está predominantemente anclada en el cuerpo, cualquier percepción de “fracaso” corporal activa el sistema de amenaza del *self*, generando una respuesta emocional de urgencia que exige acción correctiva.

2.2.2. El periodo universitario como laboratorio de vulnerabilidad

La universidad constituye para muchos jóvenes adultos el escenario más concentrado de las características definitorias de la adultez emergente. La transición universitaria implica simultáneamente: abandono del hogar familiar y pérdida de la red de apoyo emocional primaria; exposición a nuevos entornos sociales; incremento drástico de la autonomía en la gestión del tiempo, el dinero y la alimentación; y aumento significativo de la presión de rendimiento académico. La prevalencia de conductas alimentarias de riesgo es significativamente mayor en población universitaria que en grupos de igual edad fuera de la universidad (Simone et al., 2021).

La pandemia de COVID-19 añadió una dimensión adicional a este escenario de vulnerabilidad. Simone et al. (2021) documentaron un incremento significativo de conductas alimentarias desordenadas durante el período de confinamiento, señalando que el aislamiento social, la ruptura de las rutinas y el aumento del estrés psicológico potenciaron precisamente los factores de riesgo que el Modelo CAVE identifica como activadores del circuito: estrés crónico, reducción de recursos relacionales y desbordamiento de la capacidad de regulación emocional.

3. Factores emocionales y riesgo de TCA

Este capítulo desarrolla un análisis sistemático de los factores emocionales que configuran la vulnerabilidad al desarrollo de trastornos de la conducta alimentaria en adultos jóvenes. Examina en detalle el papel que desempeñan la insatisfacción corporal, la baja autoestima, el estrés psicológico crónico, la alexitimia, la vergüenza y el perfeccionismo desadaptativo como componentes de un sistema dinámico e interconectado, y sus implicaciones para la comprensión de por qué ciertas personas, expuestas a los mismos estímulos culturales de presión estética, desarrollan un TCA mientras otras no lo hacen. Para ello se parte del

argumento de que ninguno de estos factores opera de manera aislada ni constituye por sí solo una causa suficiente del trastorno, sino que su potencia explicativa reside precisamente en la arquitectura de relaciones que establecen entre sí.

El análisis se inspira en las discusiones de la literatura especializada sobre regulación emocional, psicopatología cognitiva y neurociencia del afecto, si bien se adapta a las condiciones específicas de la adultez emergente, período en el que estos factores alcanzan su máxima expresión y confluencia. Esta confluencia no es exclusiva del contexto español o europeo, sino característica de cualquier entorno de desarrollo medio-alto en el que la transición a la vida adulta se produce bajo condiciones de alta incertidumbre vital y exposición sostenida a ecosistemas digitales de comparación social. El análisis se construye de forma integradora a partir de la evidencia empírica disponible sobre cada factor, identificando tanto sus efectos independientes como las sinergias que generan cuando actúan de manera simultánea. La metodología se orienta a destacar las implicaciones que este mapa de vulnerabilidad emocional puede tener para el diseño de intervenciones preventivas, habida cuenta de que la mayoría de estos factores son modificables si se interviene antes de que el síntoma alimentario se cristalice como mecanismo de afrontamiento preferente.

El capítulo se organiza desde el punto de vista de los procesos emocionales subyacentes al trastorno y abarca una variedad de factores y mecanismos que habitualmente se estudian por separado en la literatura, tales como la alexitimia como puente entre el déficit emocional y la conducta alimentaria, los ciclos de vergüenza y silencio que sostienen el síntoma, y el perfeccionismo desadaptativo como generador de estándares corporales inalcanzables, además de las formas subclínicas de desregulación emocional que preceden al diagnóstico y que constituyen la ventana de intervención preventiva más valiosa.

3.1. Insatisfacción corporal y estrés psicológico como detonantes

La insatisfacción corporal ha sido, durante décadas, la variable de riesgo más estudiada en la investigación sobre TCA. El modelo sociocultural clásico propone que la internalización de ideales de delgadez promovidos por los medios de comunicación genera insatisfacción corporal, que a su vez predispone a conductas alimentarias de riesgo (Stice, 2002). La insatisfacción corporal puede intensificarse mediante comparaciones sociales, sobre todo en plataformas digitales, donde la exposición constante a imágenes estéticamente idealizadas

refuerza percepciones negativas del propio cuerpo (Lozano-Muñoz et al., 2022). El afecto negativo, en particular la ansiedad y la depresión, se asocia consistentemente con los TCA; Stice (2002) identificó el afecto negativo como predictor significativo del inicio de los TCA, destacando su papel tanto en el riesgo como en el mantenimiento de estos trastornos.

Sin embargo, este modelo adolece de una limitación fundamental: no explica por qué una mayoría de personas expuestas a los mismos estímulos culturales de presión estética no desarrolla un TCA. La respuesta que este ensayo propone como clave de comprensión del fenómeno es que la insatisfacción corporal no opera en el vacío, sino en la intersección con una vulnerabilidad emocional preexistente. La persona que tiene recursos de regulación emocional desarrollados puede procesar la presión estética sin que esta colonice su sistema de autoevaluación. La persona que carece de estos recursos encontrará que la insatisfacción corporal se convierte en el lenguaje a través del cual se expresan angustias emocionales más profundas que no saben encontrar otro canal (Haynos y Fruzzetti, 2011). Desde esta perspectiva, la investigación de Osborne y Atkinson (2022) es particularmente relevante: el descentramiento y la capacidad de no evaluar las experiencias de forma automática se asocian inversamente con la insatisfacción corporal, el afecto negativo y los síntomas de TCA.

El estrés psicológico crónico actúa como potenciador de la vulnerabilidad emocional en la adultez emergente. Peschel et al. (2024), mediante estudios de muestreo ecológico momentáneo, documentaron que los momentos de alta tensión en la vida cotidiana se asocian directamente con un mayor riesgo de episodios alimentarios desregulados, estableciendo una relación dinámica y bidireccional entre el estrés percibido y las conductas alimentarias de riesgo. Bajo condiciones de estrés elevado y sostenido, los recursos de regulación emocional se ven desbordados, lo que incrementa la probabilidad de recurrir a estrategias de afrontamiento desadaptativas (Treasure et al., 2020). La relación entre insatisfacción corporal y estrés no es aditiva sino sinérgica: el estrés activa la comparación social, que incrementa la insatisfacción corporal, que genera más malestar emocional, que requiere más estrategias de regulación desadaptativas. Este circuito recursivo es el núcleo del Modelo CAVE.

3.2. El rol de la baja autoestima en el mantenimiento del trastorno

Los modelos cognitivo-conductuales destacan que las personas con TCA suelen basar su autoestima de forma desproporcionada en el peso y la forma corporal (Fairburn et al., 2003). Esto es particularmente relevante durante la adultez temprana, una etapa del desarrollo caracterizada por la exploración de la identidad y una mayor sensibilidad a la evaluación social (Arnett, 2000). Cuando todo lo demás, la carrera, las relaciones, la identidad es incierto y fluido, el peso en la báscula ofrece la ilusión de un indicador objetivo y controlable del propio valor. Esta instrumentalización identitaria del cuerpo es uno de los puentes más directos entre la vulnerabilidad evolutiva y el riesgo de TCA.

La investigación longitudinal de Hazzard et al. (2021) documenta que la baja autoestima en la adolescencia tardía predice significativamente la aparición de conductas alimentarias de riesgo en la adultez temprana. Sin embargo, también se observa la dirección inversa: el TCA deteriora progresivamente la autoestima a través de la vergüenza asociada a las conductas alimentarias, el deterioro de las relaciones sociales y el impacto funcional del trastorno (Simone et al., 2021). Algunos estudios señalan que la autoestima baja es un factor que predispone a las personas al desarrollo de un autoconcepto negativo, que a su vez puede favorecer la internalización de ideales estéticos poco realistas (Rodgers y DuBois, 2022). No obstante, otras investigaciones sugieren que la conexión es bidireccional: las conductas problemáticas de los TCA pueden ocasionar un deterioro gradual de la autoestima (Simone et al., 2021).

Esta bidireccionalidad no es un problema para el modelo teórico que este ensayo defiende; es, por el contrario, uno de sus argumentos más potentes. Si baja autoestima y TCA se retroalimentan mutuamente, el trastorno no es un evento discreto con una causa identificable, sino un sistema dinámico que se autoperpetúa. Interrumpir este sistema requiere intervenir en múltiples puntos simultáneamente, y uno de los más cruciales es la arquitectura de la autoestima. El constructo de autoestima contingente dependiente de la obtención de resultados específicos en dominios valorados e inestable, con grandes fluctuaciones en función de las experiencias cotidianas (Rodgers y DuBois, 2022), crea un estado de alerta emocional crónica que el sujeto necesita regular. La autocompasión emerge como un factor de protección: Wang et al. (2022) demostraron que media de forma

significativa en la relación entre el ciberbullying y los síntomas de TCA en adultos jóvenes, reduciendo el impacto de las experiencias de victimización digital sobre la conducta alimentaria. Asimismo, Torres et al. (2024) evidenciaron que la imagen corporal positiva predice de forma longitudinal el bienestar psicológico y la calidad de vida en personas que se recuperan de la AN, subrayando el papel de la relación con el propio cuerpo como motor de recuperación.

3.3. Dificultades en el procesamiento y expresión de las emociones

La regulación emocional, tal como la conceptualiza Gross (1998), comprende un conjunto de procesos cognitivos y comportamentales mediante los cuales las personas influyen en qué emociones tienen, cuándo las tienen y cómo las experimentan y expresan. Las personas que padecen TCA suelen tener dificultades para manejar las emociones negativas de manera efectiva y pueden recurrir a conductas alimentarias desordenadas como estrategias de afrontamiento desadaptativas (Aldao et al., 2010). El metaanálisis de Aldao et al. (2010) demostró que las estrategias de regulación emocional desadaptativas (supresión, rumiación, evitación) se asocian con una amplia gama de trastornos psicológicos, incluyendo de manera prominente los TCA. Más importante aún es el hallazgo de que la supresión emocional paradójicamente intensifica la activación emocional a largo plazo, mientras produce un alivio aparente a corto plazo: el mecanismo de “efecto rebote” de la supresión explica en gran medida la naturaleza crónica y recidivante de los TCA.

Las dificultades en la regulación emocional están asociadas con conductas alimentarias desordenadas, dado que las personas pueden utilizar la ingesta, la restricción o las conductas compensatorias como estrategias disfuncionales de afrontamiento destinadas a modular estados emocionales aversivos (Aldao et al., 2010; Haynos y Fruzzetti, 2011). La neurociencia afectiva aporta evidencia convergente: Mariani et al. (2022) documentaron patrones lingüísticos diferenciados en el discurso de personas con AN en fase aguda, incluyendo mayor uso de vocabulario de privación, control y pureza, lo que sugiere que la arquitectura cognitivo-emocional de los TCA deja huellas observables en el lenguaje. Mikhail et al. (2024) demostraron mediante diseños longitudinales que los cambios en el afecto median de forma significativa la relación entre los eventos estresores y los episodios de conducta alimentaria desregulada, proporcionando evidencia temporal directa del papel del procesamiento

emocional. La Tabla 5 sintetiza los siete factores emocionales de riesgo identificados, con su definición operacional, instrumentos de evaluación y especificidad diagnóstica.

Tabla 5. Factores emocionales de riesgo en TCA: definición operacional, evidencia empírica, instrumentos de evaluación y especificidad diagnóstica.

Factor emocional	Definición operacional	Referencias clave	Instrumento	TCA asociado	Nota clínica
Insatisfacción corporal	Valoración negativa crónica del propio cuerpo respecto a un ideal internalizado	Stice (2002); Fardouly y Vartanian (2016)	EAT-26; BSQ; MBSRQ	Restricción / conductas de control	Necesario pero no suficiente: requiere vulnerabilidad emocional preexistente
Baja autoestima contingente	Autoestima anclada en el peso/figura; inestable y dependiente de logros físicos	Hazzard et al. (2021); Rodgers y DuBois (2022)	RSE (Rosenberg); CSWS	Todos los TCA; especialmente AN	Bidireccional: predispone Y se deteriora por el TCA
Estrés psicológico crónico	Activación del eje HPA; desbordamiento de los recursos de regulación	Peschel et al. (2024); Simone et al. (2021)	PSS; muestreo ecológico	BED; BN; inicio de cualquier TCA	Sinérgico con insatisfacción corporal
Alexitimia	Incapacidad de identificar y verbalizar estados emocionales; opacidad afectiva	Lyvers y Thorberg (2024); Treasure et al. (2020)	TAS-20	AN (prevalencia 50-60%); BED	Factor transdiagnóstico; especialmente severo en AN
Vergüenza (corporal, conductual, identitaria)	Evaluación negativa global del self vinculada al cuerpo y a las conductas alimentarias	Goss y Allan (2009); Watterson et al. (2023)	TOSCA-3; ISS	BN; AN; BED	Predictor del retraso en búsqueda de ayuda
Perfeccionismo desadaptativo	Estándares corporales inalcanzables; amplificación del fracaso percibido	Egan et al. (2011); Gerges et al. (2022)	FMPS; MPS-H	AN (control frío); BN (control caliente)	Proceso transdiagnóstico; fenotipos diferentes según TCA
Déficit de regulación emocional	Incapacidad de modular la intensidad y expresión de la respuesta emocional	Gross (1998); Aldao et al. (2010); Lavander et al. (2015)	DERS	Todos los TCA	Mecanismo central del Modelo CAVE (Componente 3)

Fuente: Elaboración propia. DERS = Difficulties in Emotion Regulation Scale; TAS-20 = Toronto Alexithymia Scale; BSQ = Body Shape Questionnaire; FMPS = Frost Multidimensional Perfectionism Scale; PSS = Perceived Stress Scale; RSE = Rosenberg Self-Esteem Scale; CSWS = Contingencies of Self-Worth Scale; TOSCA-3 = Test of Self-Conscious Affect-3.

3.3.1. La alexitimia como puente entre déficit emocional y conducta alimentaria

La alexitimia³ entendida como la dificultad para identificar y describir los sentimientos propios no implica ausencia de emociones, sino incapacidad para acceder a ellas como información utilizable. La persona alexitímica experimenta su malestar emocional como sensación corporal difusa tensión, vacío, agitación sin poder nombrarlo ni contextualizarlo. La investigación muestra prevalencias significativamente elevadas de alexitimia en TCA, especialmente en AN, donde algunos estudios reportan prevalencias de hasta el 50-60% (Treasure et al., 2020). Lyvers y Thorberg (2024) extendieron la comprensión de la alexitimia como factor transdiagnóstico, demostrando su papel mediador en diversas condiciones de desregulación afectiva más allá de los TCA, lo que apoya la perspectiva de que la opacidad emocional es un factor de vulnerabilidad general.

La conducta alimentaria ofrece a la persona alexitímica una forma de “regularse” que elude la tarea imposible para ella: identificar qué emoción está sintiendo y encontrar una estrategia apropiada para gestionarla. La conducta alimentaria, al contrario, no requiere ninguna identificación emocional previa: simplemente opera sobre el estado corporal, produciendo efectos perceptibles de manera inmediata, el atracón alivia el “vacío”; la restricción transforma la tensión en sensación de control. Esta observación tiene implicaciones terapéuticas directas: para muchos pacientes con TCA, el primer paso de la intervención no es cambiar la conducta alimentaria, sino desarrollar el vocabulario emocional que haría posible encontrar alternativas a esa conducta.

3.3.2. Vergüenza corporal, identitaria y ciclos silencio

La vergüenza y la culpa son emociones de autoconciencia particularmente relevantes en los TCA. La vergüenza implica evaluaciones negativas de uno mismo, mientras que la culpa suele asociarse con conductas específicas (Goss y Allan, 2009). En los TCA, la vergüenza opera en múltiples niveles simultáneos: vergüenza corporal, la valoración negativa del propio cuerpo; vergüenza conductual, la valoración negativa de las propias conductas alimentarias (el

³ A efectos de esta revisión, la alexitimia es conceptualizada como una dificultad en la conciencia, identificación y comunicación de los estados emocionales. Desde una perspectiva transdiagnóstica, se considera un factor relevante en los trastornos de la conducta alimentaria por su relación con procesos de regulación emocional, evitación experiencial y dificultades en la relación con la experiencia interna.

atracción, la purga, la restricción extrema); y vergüenza identitaria, la valoración negativa del *self* como persona que “tiene esto”.

El ocultamiento de las conductas alimentarias como las mentiras sobre lo que se ha comido, rituales alimentarios camuflados, pesos falseados tiene sus propios costes relacionales y emocionales que incrementan la carga del circuito de retroalimentación negativa del Modelo CAVE, haciendo el sistema progresivamente más costoso de sostener y a la vez más difícil de abandonar. La vergüenza es uno de los predictores más robustos del retraso en la búsqueda de ayuda profesional (Goss y Allan, 2009). Watterson et al. (2023) documentaron que los esquemas de pérdida en la infancia y la aceptación condicional entendidas como las experiencias que generan vergüenza internalizada profunda emergen consistentemente en las narrativas de personas con TCA, estableciendo una continuidad entre las experiencias vinculares tempranas y la vergüenza que sostiene el síntoma en la adultez.

Las investigaciones recientes sobre la relación entre ciberbullying y TCA subrayan la misma dinámica: Wang et al. (2022) demostraron que el ciberbullying aumenta significativamente el riesgo de síntomas de TCA en adultos jóvenes, con la vergüenza y la baja autocompasión actuando como mediadores del proceso. Desde una perspectiva preventiva, la implicación es clara: cualquier programa que pretenda reducir el riesgo de TCA debe abordar explícitamente la normalización del malestar emocional y la reducción de la vergüenza asociada a sus expresiones. Crear entornos (familiares, escolares, comunitarios) donde la dificultad emocional puede ser nombrada sin consecuencias de estigma es una condición necesaria para interrumpir el circuito CAVE antes de que se instale.

3.3.3. Perfeccionismo, esquemas cognitivos desadaptativos y control emocional

El perfeccionismo desadaptativo, en particular sus formas que implican una autocrítica excesiva, se asocian fuertemente con la anorexia y la bulimia nerviosas, donde las personas se esfuerzan por alcanzar ideales corporales poco realistas (Egan et al., 2011). El perfeccionismo se ha conceptualizado como un proceso transdiagnóstico que contribuye al mantenimiento de múltiples formas de psicopatología (Egan et al., 2011). En el contexto específico de los TCA, actúa como generador de estándares corporales inalcanzables y como amplificador del fracaso percibido cuando estos estándares no se alcanzan. La generalización del fracaso corporal al fracaso personal total es el núcleo de la hipótesis que este ensayo defiende: la

alimentación no es el problema, sino el escenario donde se dirime un conflicto emocional más profundo.

Gerges et al. (2022) demostraron que los esquemas cognitivos⁴ desadaptativos, incluyendo la desconfianza, la privación emocional y la imperfección, predicen de forma independiente los síntomas de TCA más allá de la sintomatología depresiva o ansiosa, añadiendo una dimensión de historia cognitiva temprana que el Modelo CAVE incorpora en su primer componente, la “Vulnerabilidad de Base”. Recientes contribuciones de la neurociencia diferencia entre el “control frío”, asociado a procesos ejecutivos y cognitivos como en la AN, y el “control caliente”, que implica respuestas emocionales más intensas e impulsivas como en la BN y el BED. Esta distinción sugiere que el perfeccionismo no es un constructo unitario en los TCA, sino que adopta formas fenotípicamente diferentes según el perfil de regulación emocional del sujeto.

4. Modelos teóricos explicativos de la conexión emocional

Este capítulo desarrolla una revisión crítica de los principales modelos teóricos que han intentado explicar la conexión entre los procesos emocionales y los trastornos de la conducta alimentaria, para culminar en la propuesta de un marco integrador original. Examina en detalle las fortalezas y limitaciones de los enfoques cognitivo-conductuales, los modelos de regulación emocional y los marcos de neurociencia del afecto, así como sus implicaciones para la comprensión de por qué ninguno de ellos, tomado de manera aislada, ofrece una arquitectura explicativa suficientemente comprensiva para dar cuenta de la complejidad del fenómeno en adultos jóvenes. Para ello se parte del argumento de que la historia conceptual de los TCA ha estado marcada por una tendencia persistente a privilegiar una dimensión del fenómeno, la biológica, la cognitiva o la conductual, en detrimento de una perspectiva que honre la naturaleza dinámica, bidireccional y temporalmente situada del vínculo entre emoción e idioma sintomático alimentario.

⁴ Los esquemas cognitivos se conceptualizan como patrones relativamente estables de significado personal que organizan la experiencia y guían la interpretación de la realidad. En los trastornos de la conducta alimentaria, estos esquemas pueden interactuar con procesos de evitación experiencial, regulación emocional y autocrítica, siendo relevantes para su abordaje desde enfoques cognitivo-conductuales y de tercera generación.

La revisión se inspira en las discusiones de la literatura especializada sobre psicoterapia basada en la evidencia, modelos transdiagnósticos y teoría de sistemas aplicada a la psicopatología, si bien se adapta a las condiciones específicas de una población cuya vulnerabilidad emocional no puede comprenderse al margen del contexto evolutivo que la produce. Este anclaje evolutivo resulta tan pertinente para el ámbito clínico español y europeo como para cualquier entorno de desarrollo medio-alto en el que los tratamientos de primera línea alcanzan tasas de remisión que dejan sin respuesta a entre el 40 % y el 60 % de los pacientes, una cifra que constituye, por sí sola, una invitación ineludible a revisar los fundamentos teóricos sobre los que esos tratamientos se asientan. El análisis se construye de forma acumulativa, identificando en cada modelo tanto lo que aporta al entendimiento del fenómeno como el estrato explicativo que no alcanza a cubrir. La metodología se orienta a mostrar que las limitaciones de los modelos existentes no son defectos corregibles mediante ajustes menores, sino señales de que existe un nivel de análisis, el del déficit estructural de regulación emocional como arquitectura del malestar, que ninguno de ellos tematiza de manera central.

El capítulo se organiza desde el punto de vista de la capacidad explicativa de cada marco teórico y abarca una variedad de modelos y propuestas que habitualmente se presentan como alternativas entre sí, tales como la terapia cognitivo-conductual mejorada, los modelos de regulación afectiva del atracón y la reconceptualización emocional de la anorexia nervosa, además del Modelo CAVE y la hipótesis del Bucle Identidad-Emoción como propuesta integradora original que sintetiza las aportaciones de todos ellos en una arquitectura dinámica capaz de explicar tanto la emergencia del trastorno como su tendencia a la cronificación.

4.1. Perspectiva cognitivo-conductual de los TCA

El modelo cognitivo-conductual de los TCA, desarrollado por Fairburn et al. (2003) en su formulación transdiagnóstica, constituye el marco teórico con mayor influencia en la investigación y el tratamiento de estos trastornos durante las últimas décadas. Su aportación nuclear es la identificación de la sobrevaloración del peso y la figura corporal como mecanismo psicológico central común a los distintos TCA: independientemente del diagnóstico específico,

las personas con TCA evalúan su valía personal en función de su peso, su talla y su forma corporal de manera excesiva y rígida (Fairburn et al., 2003).

Este núcleo cognitivo genera un ciclo: la sobrevaloración produce insatisfacción corporal crónica; la insatisfacción activa conductas de control alimentario; estas producen alivio emocional temporal que las refuerza negativamente; y las consecuencias secundarias (hambre, pérdida de control, deterioro social) incrementan el malestar emocional y retroalimentan el ciclo. La TCC-E es el protocolo terapéutico derivado directamente de este modelo y, a la fecha, el tratamiento con mayor base empírica para la BN y el BED (Fairburn et al., 2003).

La evaluación de su eficacia clínica y sus limitaciones prácticas se desarrolla en el apartado 5.1. Lo que interesa aquí es la limitación teórica que el Modelo CAVE viene a subsanar: la TCC-E trata la emoción como consecuencia de la cognición disfuncional, en lugar de reconocer que los procesos afectivos tienen prioridad arquitectónica sobre los cognitivos. Una persona puede saber racionalmente que su peso es saludable y aun así necesitar recurrir a las conductas alimentarias para modular un malestar emocional que el conocimiento cognitivo, por sí solo, no alcanza a resolver. Esta disociación entre el «saber» y el «poder hacer» es el estrato explicativo que el modelo cognitivo-conductual no cubre, y el que el Modelo CAVE aborda directamente.

4.2. Modelos de regulación emocional y déficit de afrontamiento

Los marcos teóricos centrados en la regulación emocional representan un avance sustancial respecto al modelo cognitivo-conductual clásico, precisamente porque sitúan el procesamiento afectivo en el centro del análisis. El modelo de regulación emocional de Gross (1998) distingue entre estrategias de regulación centradas en los antecedentes, que actúan sobre la situación o la atención antes de que la respuesta emocional se active, y estrategias centradas en la respuesta, que actúan sobre la expresión emocional una vez activada. La supresión expresiva es el prototipo de estas últimas, y la evidencia empírica indica consistentemente que su uso habitual se asocia con peores resultados de salud mental (Aldao et al., 2010).

Haedt-Matt y Keel (2011) revisaron el modelo de regulación afectiva del atracón mediante metaanálisis de estudios con muestreo ecológico momentáneo, confirmando que el afecto negativo pre-atracón decrece significativamente durante el episodio, antes de volver a incrementarse y frecuentemente superar el nivel inicial en la fase de culpa y vergüenza post-atracón. Es precisamente esta funcionalidad a corto plazo la que explica la persistencia de la conducta a pesar de las consecuencias negativas a largo plazo. Haynos y Fruzzetti (2011) ofrecen una reconceptualización de la AN como trastorno de desregulación emocional que contrasta con la interpretación habitual como trastorno de “sobrecontrol”: la restricción alimentaria no es en realidad control emocional, sino una estrategia de regulación emocional disfuncional que genera una aparente sensación de control sobre el estado interno.

Lavander et al. (2015) sistematizaron las dimensiones de desregulación emocional presentes tanto en la AN como en la BN, concluyendo que, más allá de las diferencias fenomenológicas, ambos trastornos comparten un perfil de déficit emocional subyacente caracterizado por dificultades para modular la intensidad de las respuestas emocionales, escasa tolerancia al malestar y limitado acceso a estrategias de regulación adaptativas. Linardon et al. (2022) demostraron mediante metaanálisis que las intervenciones orientadas específicamente a mejorar las habilidades de regulación emocional producen mejoras significativas en los síntomas alimentarios, lo que constituye evidencia de validez convergente para el modelo emocional de los TCA.

4.3.EL Modelo CAVE y la hipótesis del Bucle Identidad-Emoción

Los modelos revisados capturan aspectos cruciales del fenómeno, pero ninguno de ellos ofrece, por sí solo, una arquitectura teórica suficientemente comprensiva para dar cuenta de la complejidad de los TCA en adultos jóvenes. El Modelo CAVE se propone como un marco integrador que articula las aportaciones de estos modelos en una arquitectura dinámica y bidireccional. Su hipótesis central, la hipótesis del Bucle Identidad-Emoción, puede formularse del siguiente modo: en el contexto de la adultez emergente, cuando la identidad del sujeto no ha consolidado fuentes alternativas de autoestima y los recursos de regulación emocional son insuficientes para gestionar la carga afectiva de la transición vital, el cuerpo se convierte en el único territorio donde el sujeto ejerce soberanía, y la conducta alimentaria en el idioma a través del cual regula disfuncionalmente un sistema emocional en desbordamiento.

4.3.1. Formalización del Modelo CAVE: cinco componentes

El Modelo CAVE se articula en torno a cinco componentes interconectados que forman un sistema dinámico de retroalimentación:

El primer componente es la *Vulnerabilidad de Base*: el conjunto de disposiciones emocionales y cognitivas que el sujeto porta al entrar en la adultez emergente. Sus dimensiones medibles incluyen: competencia en regulación emocional (DERS; Gratz y Roemer, 2004), nivel de alexitimia (TAS-20), perfeccionismo desadaptativo (Frost Multidimensional Perfectionism Scale), esquemas cognitivos desadaptativos (Gerges et al., 2022) y estilo de apego. Las experiencias de sobreprotección parental, aceptación condicional y privación emocional documentadas por Watterson et al. (2023) y Fuentes Prieto et al. (2020) son los principales antecedentes de esta vulnerabilidad.

El segundo componente es el *Activador Contextual*: los estresores específicos de la adultez emergente (transición universitaria, presión académica, ruptura de relaciones, exposición intensiva a redes sociales) que actúan como detonantes sobre la vulnerabilidad de base. La combinación de tensión cotidiana y comparación social digital documentada por Peschel et al. (2024) y Pérez-Torres (2024) es el prototipo del activador contemporáneo.

El tercer componente es el *Déficit de Procesamiento Emocional*: el mecanismo central del modelo. Ante la activación emocional derivada de la interacción entre Vulnerabilidad de Base y Activador Contextual, el sujeto no puede procesar adaptativamente la emoción, identificarla, contextualizarla, regular su intensidad, expresarla constructivamente, y busca un mecanismo alternativo de modulación del estado afectivo. Este déficit se operacionaliza como la diferencia entre la intensidad de la activación emocional y la capacidad de regulación disponible. Cuando esta diferencia es positiva, la activación supera la capacidad de regulación. El sistema busca una estrategia compensatoria. Las dificultades en la toma de decisiones bajo carga emocional, documentadas por Francesconi et al. (2023), actúan como mecanismo amplificador de este déficit.

El cuarto componente es el *Idioma Sintomático Alimentario*: la conducta alimentaria, en cualquiera de sus formas, que el sujeto utiliza como estrategia de regulación emocional sustitutiva. El modelo predice que el tipo específico de conducta adoptada estará correlacionado con el perfil de la Vulnerabilidad de Base: los individuos con mayor tendencia

al sobrecontrol y al perfeccionismo desarrollarán preferentemente conductas restrictivas (AN); los individuos con mayor tendencia a la impulsividad emocional y a la inestabilidad afectiva desarrollarán preferentemente ciclos de atracón-purga (BN) o atracón sin purga (BED); y los individuos con predominio de ansiedad y evitación conductual desarrollarán preferentemente patrones ARFID u ortoréxicos (Vuillier et al., 2025).

El quinto componente es el *Circuito de Retroalimentación Negativa*: las consecuencias del idioma sintomático alimentario actúan sobre la vulnerabilidad de base incrementándola, lo que reduce el umbral de resistencia para el siguiente ciclo de activación. Este circuito tiene tres rutas principales:

1. La ruta de la vergüenza: la conducta alimentaria genera vergüenza y autocrítica que deterioran la autoestima contingente y el perfeccionismo.
2. La ruta del aislamiento: el ocultamiento de las conductas alimentarias reduce los recursos relacionales disponibles, que son también recursos de regulación emocional interpersonal.
3. La ruta neurobiológica: la malnutrición y el ayuno producen cambios en el procesamiento cognitivo y emocional que deterioran directamente la capacidad de regulación (Mariani et al., 2022).

La Tabla 6 presenta la formalización completa del Modelo CAVE, con la descripción, operacionalización, nota teórica y evidencia empírica de cada uno de sus cinco componentes interconectados.

Tabla 6. El Modelo CAVE: descripción, operacionalización y referencias empíricas de sus cinco componentes

Nº	Componente	Definición	Operacionalización	Nota teórica	Evidencia
1	Vulnerabilidad de Base	Conjunto de disposiciones emocionales y cognitivas previas a la adultez emergente	Déficit de regulación emocional (DERS); alexitimia (TAS-20); perfeccionismo (FMPS); esquemas cognitivos desadaptativos; estilo de apego ansioso/evitativo	Sobreprotección parental, aceptación condicional, privación emocional en la infancia	Watterson et al. (2023); Gerges et al. (2022); Fuentes Prieto et al. (2020)
2	Activador Contextual	Estresores específicos de la adultez emergente que actúan sobre la vulnerabilidad de base	Transición universitaria; presión académica; rupturas relacionales; exposición a redes sociales (comparación social ascendente)	La magnitud del riesgo es el producto de la interacción, no la suma	Peschel et al. (2024); Pérez-Torres (2024); Simone et al. (2021)
3	Déficit de Procesamiento Emocional	Incapacidad de identificar, contextualizar y regular adaptativamente la emoción activada	Diferencia positiva entre intensidad de activación y capacidad de regulación disponible; déficit de toma de decisiones bajo carga emocional	Mecanismo central del modelo; punto de intervención preventiva más eficiente	Gross (1998); Aldao et al. (2010); Francesconi et al. (2023)
4	Idioma Sintomático Alimentario	Conducta alimentaria utilizada como estrategia sustitutiva de regulación emocional	AN: perfeccionismo + sobrecontrol → restricción. BN/BED: impulsividad + inestabilidad → atracón. ARFID/Ortorexia: ansiedad + evitación → restricción cualitativa	El tipo de idioma sintomático correlaciona con el perfil de la Vulnerabilidad de Base	Haynos y Fruzzetti (2011); Haedt-Matt y Keel (2011); Vuillier et al. (2025)
5	Circuito de Retroalimentación Negativa	Las consecuencias del idioma sintomático incrementan la vulnerabilidad de base, reduciendo el umbral del ciclo siguiente	Ruta vergüenza: deterioro autoestima + perfeccionismo. Ruta aislamiento: reducción de recursos relacionales. Ruta neurobiológica: malnutrición → deterioro cognitivo-emocional	Mecanismo de cronificación; explica la naturaleza recidivante de los TCA	Mariani et al. (2022); Goss y Allan (2009); Wang et al. (2022)

Fuente: Elaboración propia. CAVE = Ciclo de Activación de la Vulnerabilidad Emocional. La numeración refleja la secuencia dinámica del ciclo, no una jerarquía causal estática. Los componentes 1-3 constituyen la fase de activación; los componentes 4-5, la fase de expresión y cronificación.

4.3.2. Relaciones con modelos existentes: convergencias y divergencias

El Modelo CAVE comparte con el modelo cognitivo-conductual transdiagnóstico de Fairburn et al. (2003) el énfasis en los mecanismos de mantenimiento y el reconocimiento de que los distintos TCA comparten procesos psicológicos centrales. La diferencia fundamental es que el modelo cognitivo-conductual sitúa la cognición como el mecanismo central, mientras que el Modelo CAVE sitúa el déficit de regulación emocional en ese lugar, tratando las cogniciones disfuncionales sobre el cuerpo como consecuencias de ese déficit más que como su causa. Con el modelo de regulación afectiva del atracón (Haedt-Matt y Keel, 2011), el CAVE comparte el núcleo explicativo, pero lo amplía en dos dimensiones: extiende el análisis a todos los TCA y formaliza el circuito de retroalimentación como mecanismo de cronificación. Con la reconceptualización emocional de la AN de Haynos y Fruzzetti (2011), el CAVE converge en el argumento de que la restricción alimentaria es una estrategia de regulación emocional disfuncional.

La aportación más original del Modelo CAVE respecto a los modelos existentes es triple: primero, otorga a la vulnerabilidad emocional el estatus de componente estructural del sistema, en lugar de tratarla como una variable de riesgo adicional; segundo, explica la bidireccionalidad de las relaciones entre factores emocionales y conductas alimentarias mediante el mecanismo del circuito de retroalimentación; y tercero, señala el punto de intervención más eficiente, el tercer componente, el déficit de procesamiento emocional, que es anterior al idioma sintomático y que puede ser abordado antes de que el diagnóstico clínico se establezca.

La Tabla 7 presenta la comparativa sistemática entre los modelos teóricos revisados y el Modelo CAVE, incluyendo mecanismo central, fortalezas, limitaciones y relación de convergencia o divergencia.

Tabla 7. Comparativa de los modelos teóricos explicativos de la conexión emocional en los TCA: mecanismo central, fortalezas, limitaciones y relación con el Modelo CAVE

Modelo	Autores	Mecanismo central	Fortalezas	Limitaciones	Relación con CAVE
Modelo Cognitivo-Conductual Transdiagnóstico (TCC-E)	Fairburn et al. (2003)	Sobrevaloración del peso y la figura como núcleo cognitivo. Bucle: cognición disfuncional → insatisfacción → conducta → refuerzo	Precisión descriptiva; protocolos estructurados; eficacia empírica en BN y BED (40-60% remisión)	Cognición prioritaria sobre emoción; no interviene en déficit emocional primario; no explica la no-respuesta del 40-60%	Parcial: comparte énfasis en mecanismos de mantenimiento; difiere en el mecanismo central (cognición vs. emoción)
Modelo de Regulación Afectiva del Atracón	Haedt-Matt y Keel (2011)	Afecto negativo como detonante del atracón; reducción temporal del afecto durante el episodio; incremento post-episodio	Validado mediante muestreo ecológico momentáneo; captura la funcionalidad a corto plazo del síntoma	Limitado al BED/atracón; no formaliza el circuito de cronificación	Alta: el CAVE extiende este modelo a todos los TCA y añade el Circuito de Retroalimentación
Reconceptualización Emocional de la AN	Haynos y Fruzzetti (2011)	La restricción alimentaria es una estrategia de regulación emocional disfuncional, no genuino control	Desafía la narrativa de «sobrecontrol»; alinea la AN con los modelos de desregulación emocional	Limitado a la AN; no propone operacionalización del déficit emocional	Alta: el CAVE integra esta reconceptualización en su Componente 4 para todos los TCA
Modelo de Dimensiones de Desregulación Emocional (AN/BN)	Lavander et al. (2015)	Sistematización de los déficits de regulación emocional compartidos por AN y BN (tolerancia al malestar, modulación de intensidad, acceso a estrategias adaptativas)	Visión transdiagnóstica de los déficits emocionales; base para intervenciones DBT	No incorpora la dimensión evolutiva (adultez emergente) ni el circuito de cronificación	Alta: el CAVE incorpora estas dimensiones en sus Componentes 1 y 3
Modelo CAVE + Hipótesis del Bucle Identidad-Emoción	Presente ensayo (2026)	Déficit de regulación emocional como arquitectura común. Los TCA son el idioma sintomático que adopta ese déficit en el contexto de la adultez emergente	Integrador; explica bidireccionalidad, cronificación y especificidad diagnóstica; señala punto de intervención preventiva antes del diagnóstico	Pendiente de validación empírica directa; requiere operacionalización del Componente 3	—

Fuente: Elaboración propia. La última fila corresponde al modelo propuesto en el presente ensayo teórico. TCC-E = Terapia Cognitivo-Conductual mejorada; DBT = Terapia Dialéctica Conductual; AN = Anorexia Nervosa; BN = Bulimia Nervosa; BED = Trastorno por Atracón.

5. Implicaciones clínicas y estrategias de prevención

El Modelo CAVE, formalizado en el capítulo precedente, no es un fin en sí mismo sino un instrumento: su valor se mide por lo que permite hacer clínicamente y lo que exige conceptualmente de los sistemas de prevención. Si los TCA en adultos jóvenes son, antes que nada, trastornos de la regulación emocional que adoptan la conducta alimentaria como idioma sintomático, entonces las intervenciones terapéuticas y preventivas deben actuar preferentemente sobre la arquitectura emocional subyacente —y no solo sobre el síntoma alimentario observable—. Este capítulo examina hasta qué punto las intervenciones disponibles cumplen esa exigencia, dónde se quedan cortas y qué marcos de actuación nuevos, incluyendo el programa EMOCIONA-TCA aquí propuesto, pueden cubrir las lagunas identificadas. El análisis se organiza en tres movimientos: la evaluación crítica de las intervenciones actuales desde la lente del Modelo CAVE, la derivación de principios para programas preventivos eficaces y el examen honesto de los desafíos de implementación en una población cuyas condiciones de vida dificultan precisamente el tipo de intervención que más la beneficiaría.

La revisión se inspira en las discusiones de la literatura especializada sobre psicoterapia basada en la evidencia, modelos transdiagnósticos y teoría de sistemas aplicada a la psicopatología, si bien se adapta a las condiciones específicas de una población cuya vulnerabilidad emocional no puede comprenderse al margen del contexto evolutivo que la produce. Este anclaje evolutivo resulta tan pertinente para el ámbito clínico español y europeo como para cualquier entorno de desarrollo medio-alto en el que los tratamientos de primera línea alcanzan tasas de remisión que dejan sin respuesta a entre el 40 % y el 60 % de los pacientes, una cifra que constituye, por sí sola, una invitación ineludible a revisar los fundamentos teóricos sobre los que esos tratamientos se asientan. El análisis se construye de forma acumulativa, identificando en cada modelo tanto lo que aporta al entendimiento del fenómeno como el estrato explicativo que no alcanza a cubrir. La metodología se orienta a mostrar que las limitaciones de los modelos existentes no son defectos corregibles mediante ajustes menores, sino señales de que existe un nivel de análisis, el del déficit estructural de regulación emocional como arquitectura del malestar, que ninguno de ellos tematiza de manera central.

El capítulo se organiza desde el punto de vista de la capacidad explicativa de cada marco teórico y abarca una variedad de modelos y propuestas que habitualmente se presentan como alternativas entre sí, tales como la terapia cognitivo-conductual mejorada, los modelos de regulación afectiva del atracón y la reconceptualización emocional de la anorexia nervosa, además del Modelo CAVE y la hipótesis del Bucle Identidad-Emoción como propuesta integradora original que sintetiza las aportaciones de todos ellos en una arquitectura dinámica capaz de explicar tanto la emergencia del trastorno como su tendencia a la cronificación.

5.1. Análisis crítico de las intervenciones actuales basadas en la emoción

El panorama de las intervenciones terapéuticas para los TCA ha experimentado una evolución significativa, impulsada en gran medida por el reconocimiento creciente del papel de los factores emocionales. Un análisis crítico de este panorama revela tensiones importantes entre la sofisticación teórica alcanzada y los resultados clínicos obtenidos, tensiones que el Modelo CAVE permite iluminar desde una perspectiva integradora.

La TCC-E sigue siendo, a la fecha, el tratamiento con mayor base empírica para la BN y el BED, con tasas de remisión que oscilan entre el 40 % y el 60 % en ensayos controlados aleatorizados (Treasure et al., 2020). La validación reciente de Hartmann et al. (2024) en formato de plataforma web, con resultados equivalentes al tratamiento presencial, abre posibilidades relevantes de escalabilidad para poblaciones con acceso limitado a atención especializada. Sin embargo, el dato inverso, que entre el 40 % y el 60 % de los pacientes no responde adecuadamente al tratamiento de primera línea, no debe leerse como un fallo del protocolo, sino como una señal de que existe un subgrupo de pacientes cuyo perfil psicológico no encaja con el mecanismo de acción de la TCC-E. Desde el Modelo CAVE, este subgrupo corresponde a aquellos pacientes en los que el Componente 3, el déficit de procesamiento emocional, es el elemento más dominante del ciclo: son pacientes que no pueden «aplicar» la reestructuración cognitiva porque el desbordamiento afectivo precede e inhibe el procesamiento racional. Para ellos, las intervenciones que actúan directamente sobre la regulación emocional —DBT, ACT, CREST— ofrecen mejores perspectivas, como se analiza a continuación.

La Terapia Dialéctica Conductual (DBT), adaptada a los TCA por Safer et al. (2009), aborda de manera directa los déficits de regulación emocional mediante el entrenamiento en habilidades específicas: mindfulness, tolerancia al malestar, regulación emocional e interpersonal. Linardon et al. (2024) evaluaron mediante ensayo controlado aleatorizado una aplicación basada en habilidades DBT para el trastorno por atracón, obteniendo resultados prometedores y apoyando la escalabilidad digital de estas intervenciones. Desde la perspectiva del Modelo CAVE, la DBT representa una aproximación más alineada con el tercer componente del modelo, el déficit de procesamiento emocional. Lo que explicaría su eficacia específica en subgrupos de pacientes con mayor desregulación emocional.

La Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) ha mostrado resultados emergentes en el tratamiento de los TCA, especialmente en su capacidad para abordar la inflexibilidad psicológica y la evitación experiencial. La ACT no se propone cambiar el contenido de los pensamientos disfuncionales, sino la relación que el sujeto mantiene con ellos, promoviendo la aceptación de la experiencia emocional. Osborne y Atkinson (2022) demostraron que el descentramiento y la capacidad de no evaluar las experiencias de forma automática (habilidades nucleares de la ACT) se asocian inversamente con la insatisfacción corporal, el afecto negativo y los síntomas de TCA, proporcionando validez convergente para este enfoque desde el Modelo CAVE.

La Terapia Focalizada en la Compasión (CFT) aborda directamente la vergüenza y la autocrítica, componentes del circuito de retroalimentación negativa del Modelo CAVE. Los resultados preliminares de Goss y Allan (2009) son alentadores. Wang et al. (2022) amplían este argumento al demostrar que la autocompasión media significativamente entre el ciberbullying y los síntomas de TCA, lo que sugiere que intervenir sobre la autocompasión puede interrumpir el circuito de vergüenza antes de que se active el idioma sintomático alimentario.

La Remediación Cognitiva y el Entrenamiento de Habilidades Emocionales (CREST) representa una intervención específicamente diseñada para las características cognitivas y emocionales de la AN. Meneguzzo et al. (2024) evaluaron un protocolo CREST en formato de grupo rodante, que permite la incorporación continua de nuevos participantes, como puente hacia tratamientos más intensivos en pacientes con AN, obteniendo mejoras en flexibilidad

cognitiva y regulación emocional. Este formato es especialmente relevante para el contexto universitario, donde la disponibilidad de tiempo es irregular y los formatos de grupo cerrado tienen menor adherencia.

Un análisis crítico transversal de estas aproximaciones revela que los tratamientos que explícitamente abordan la dimensión emocional (DBT, ACT, CFT, CREST) muestran mejores resultados en pacientes con mayor compromiso emocional, mientras que la TCC-E clásica obtiene mejores resultados en pacientes con perfiles más cognitivos. El Modelo CAVE ofrece un marco de diferenciación: los pacientes en los que el déficit de procesamiento emocional es el componente más dominante del sistema se beneficiarán más de intervenciones que aborden directamente ese componente. La Tabla 8 presenta las principales intervenciones disponibles con su mecanismo de acción, indicación, evidencia, limitaciones y correspondencia con los componentes del Modelo CAVE.

Tabla 8. Intervenciones terapéuticas y preventivas basadas en la dimensión emocional de los TCA: mecanismo de acción, indicaciones, eficacia y correspondencia con el Modelo CAVE

Intervención	Mecanismo de acción	Indicación principal	Evidencia disponible	Limitaciones	Componente CAVE
TCC-E (Terapia Cognitivo-Conductual mejorada)	Reestructuración cognitiva de creencias peso/figura; normalización alimentaria; regulación del ciclo atracón-purga	BN, BED	Tasas de remisión 40-60% en ECAs; eficacia equivalente en formato digital (Hartmann et al., 2024)	No interviene en el déficit emocional primario; no-respuesta en 40-60% de pacientes	Componente 4 del CAVE (idioma sintomático). Eficaz en perfiles cognitivos
DBT (Terapia Dialéctica Conductual)	Entrenamiento en mindfulness, tolerancia al malestar, regulación emocional e interpersonal	BN, BED, AN con desregulación severa	Resultados prometedores; validado en formato app (Linardon et al., 2024)	Requiere formación especializada del terapeuta; alta exigencia de compromiso del paciente	Componente 3 del CAVE (déficit de procesamiento). Eficaz en perfiles con alta desregulación
ACT (Terapia de Aceptación y Compromiso)	Aceptación de la experiencia emocional; desfusión cognitiva; compromiso con valores	BN, AN, síntomas subclínicos	Osborne y Atkinson (2022): el descentramiento asociado inversamente con síntomas TCA	Base de evidencia más limitada que TCC-E o DBT en TCA	Componente 3 del CAVE. Especialmente indicada para evitación experiencial
CFT (Terapia Focalizada en la Compasión)	Entrenamiento en autocompasión; reducción de vergüenza y autocritica	TCA con alta vergüenza internalizada; BN; BED	Wang et al. (2022): autocompasión media entre ciberbullying y síntomas TCA	Evidencia empírica preliminar en TCA; requiere adaptación de protocolos	Componente 5 del CAVE (ruta vergüenza del circuito de retroalimentación)
CREST (Remediación Cognitiva y Habilidades Emocionales)	Mejora de la flexibilidad cognitiva; entrenamiento en identificación y regulación emocional	AN (especialmente casos severos o crónicos)	Meneguzzo et al. (2024): mejoras en flexibilidad cognitiva y regulación en formato grupo rodante	Diseñada específicamente para AN; menor evidencia en otros TCA	Componentes 1 y 3 del CAVE. Puente hacia tratamientos intensivos
EMOCIONA-TCA (Propuesta preventiva del presente ensayo)	8 sesiones prevención selectiva orientadas al Modelo CAVE: regulación emocional, autoestima no contingente, alfabetización mediática	Adultos jóvenes 18-25 años con factores de riesgo identificados	Pendiente de validación mediante ECA	Propuesta teórica; requiere desarrollo y evaluación empírica	Intervención sobre los Componentes 1, 2 y 3 del CAVE antes de la cristalización del idioma sintomático

Fuente: Elaboración propia. ECA = Ensayo Controlado Aleatorizado. La columna «Componente CAVE» indica el componente del Modelo CAVE sobre el que actúa preferentemente cada intervención, lo que permite una diferenciación terapéutica basada en el perfil emocional del paciente.

5.2. Propuestas conceptuales para programas de prevención eficaces

La prevención de los TCA en adultos jóvenes ha mostrado históricamente resultados modestos. Las revisiones sistemáticas disponibles, como la de Ortiz et al. (2023) sobre intervenciones digitales, revelan que la mayoría de los programas preventivos se centran en la educación sobre imagen corporal y presión mediática, con efectos de magnitud pequeña a moderada y de duración limitada. El Modelo CAVE explica esta insuficiencia: si el déficit de procesamiento emocional es el componente central del circuito, la prevención más eficiente debe dirigirse a fortalecer las competencias de regulación emocional antes de que el idioma sintomático alimentario se establezca como estrategia preferente.

Esta reorientación implica un cambio radical del objetivo preventivo: de “evitar que los jóvenes se sientan insatisfechos con su cuerpo” a “fortalecer la capacidad de los jóvenes para procesar y regular sus emociones de manera adaptativa”. Los programas preventivos más eficaces deberían incluir: entrenamiento en identificación y denominación de emociones “etiquetado afectivo”; desarrollo de estrategias de reevaluación cognitiva adaptativa; entrenamiento en tolerancia al malestar sin recurso a conductas de evitación; trabajo sobre la autoestima desde fuentes diversificadas y no contingentes al cuerpo; alfabetización mediática crítica frente a los entornos digitales de comparación social (Pérez-Torres, 2024); y psicoeducación sobre los mecanismos del circuito de retroalimentación negativa del CAVE.

El uso de tecnología digital como plataforma preventiva ofrece posibilidades específicamente relevantes para la población de adultos jóvenes. La revisión sistemática de Ortiz et al. (2023) sobre intervenciones digitales para TCA identificó que las aplicaciones y plataformas web que integran componentes de regulación emocional, psicoeducación y apoyo entre pares muestran los mejores resultados de adherencia y eficacia en esta población. Linardon et al. (2024) validaron la eficacia de una aplicación basada en DBT para el BED en formato totalmente digital. Sin embargo, este potencial debe equilibrarse con el reconocimiento de que las plataformas digitales son también uno de los principales activadores contextuales del circuito CAVE a través de la comparación social mediada por algoritmos.

Basándose en los principios rectores que debería cumplir cualquier programa preventivo alineado con el Modelo CAVE e identificadas las posibilidades y los riesgos

específicos de la tecnología digital como plataforma de implementación, a continuación, se presenta el programa EMOCIONA-TCA como propuesta original de prevención selectiva. Este programa, pensado para su implementación en contextos universitarios, servicios de atención primaria y plataformas digitales que el Modelo CAVE identifica como estructuralmente anteriores a la cristalización del trastorno, con el objetivo de fortalecer la competencia emocional como arquitectura subyacente antes de que el sistema alimentario se convierta en su único vocabulario disponible.

El programa EMOCIONA-TCA se propone como una intervención de prevención selectiva, dirigida a individuos con factores de riesgo identificados, pero sin diagnóstico clínico establecido, implementable en contextos universitarios, servicios de atención primaria y plataformas digitales para jóvenes adultos de 18 a 25 años. Su duración es de ocho sesiones semanales de noventa minutos en formato grupal (ocho a doce participantes), con seguimiento a tres y seis meses.

La primera sesión, “Mapear el territorio interior”, introduce el concepto de arquitectura emocional y ofrece psicoeducación sobre la relación entre emociones y conductas alimentarias. El objetivo es establecer un vocabulario emocional compartido y normalizar la dificultad de regular emociones intensas sin activar la vergüenza como barrera. La segunda sesión, “La trampa del control: cuando suprimir no ayuda”, introduce el “paradox del control”. El hallazgo de que intentar suprimir una emoción la intensifica (Aldao et al., 2010) de manera experiencial y practica técnicas de mindfulness básico orientadas al reconocimiento no reactivo de la experiencia emocional.

La tercera sesión, “El valor propio más allá del espejo”, trabaja la autoestima no contingente al cuerpo. Se identifican las fuentes actuales de autoestima de cada participante, se analiza qué proporción está vinculada a la imagen corporal y se inicia la diversificación de las fuentes de valor propio. La cuarta sesión, “Emociones en el cuerpo: reconociendo señales internas”, profundiza en la dimensión somática de la experiencia emocional mediante técnicas de escaneo corporal, abordando específicamente la alexitimia y la opacidad emocional. La quinta sesión, “Herramientas para el repertorio”, introduce un repertorio de técnicas de regulación emocional adaptativas: reevaluación cognitiva, activación conductual opuesta, búsqueda de apoyo social y autocompasión (Wang et al., 2022; Goss y Allan, 2009).

La sexta sesión, “El entorno que nos forma: cultura, género y presión estética”, introduce la dimensión sociocultural desde una perspectiva crítica, trabajando la alfabetización mediática como herramienta de reducción del impacto de los activadores contextuales digitales (Pérez-Torres, 2024). La séptima sesión, “Reconociendo mi ciclo: el CAVE propio”, introduce explícitamente el Modelo CAVE como marco de autocomprensión, identificando los activadores, déficits y estrategias desadaptativas propias de cada participante. La octava sesión, “Construyendo el andamiaje: recursos y continuidad”, consolida el aprendizaje, identifica los recursos de apoyo disponibles en el entorno de cada participante y elabora un plan personal de mantenimiento, introduciendo el concepto de “recaída” como información sobre el sistema, no como fracaso personal.

Los indicadores de éxito del programa incluirían: reducción en las puntuaciones del DERS; reducción en las puntuaciones de la TAS-20 (alexitimia); incremento en las puntuaciones de autoestima no contingente; reducción en las puntuaciones de cuestionarios de conducta alimentaria de riesgo como el EAT-26; y evaluación cualitativa de los mecanismos de cambio mediante entrevistas post-programa.

5.3. Desafíos en la implementación práctica para jóvenes adultos

La traducción de los marcos teóricos en intervenciones efectivas en el mundo real enfrenta desafíos específicos. El primero es la baja adherencia a programas preventivos de salud mental en esta población, derivada del sesgo de optimismo y del estigma internalizado asociado a los TCA, especialmente en varones (American Psychiatric Association, 2022). Cualquier programa preventivo debe diseñarse de manera que no active la vergüenza como barrera de acceso.

El segundo desafío es la diversidad de contextos de vida de los adultos jóvenes: a diferencia de la adolescencia, donde la escuela proporciona un entorno de acceso universal, la adultez emergente implica una dispersión significativa de los jóvenes en múltiples contextos (universidad, mercado laboral, diferentes tipos de hogar). Esta dispersión exige estrategias de alcance multicanal que combinen formatos presenciales y digitales (Ortiz et al., 2023). El tercer desafío es la formación especializada de los profesionales: los programas que abordan competencias de regulación emocional requieren facilitadores con formación específica en estas habilidades, no solo en los contenidos relacionados con los TCA.

El cuarto desafío es la sostenibilidad temporal: la vulnerabilidad emocional no se construye en semanas ni se modifica en meses, lo que exige que las intervenciones preventivas formen parte de un continuo de apoyo al desarrollo emocional que abarque toda la adultez emergente. El quinto desafío es la integración de la perspectiva de género e interseccionalidad: los TCA afectan de manera diferencial a hombres, mujeres y personas no binarias, y las dinámicas emocionales subyacentes tienen características específicas en función de la socialización de género. La prevención en varones requiere formatos y encuadres específicos que superen la resistencia derivada del estigma de género.

Finalmente, el rol del sistema sanitario de atención primaria como plataforma preventiva está infrautilizado. Los profesionales de atención primaria tienen contacto regular con jóvenes adultos en oportunidades que representan ventanas para la detección temprana de señales de alarma emocional precoces. Reorientar la formación de estos profesionales hacia la detección de déficits de regulación emocional, más que hacia el diagnóstico de cuadros establecidos, sería coherente con las implicaciones del Modelo CAVE.

6. Conclusiones

6.1. Síntesis de los hallazgos conceptuales

El recorrido argumentativo de este ensayo permite formular con precisión la hipótesis central que lo organiza: los TCA en adultos jóvenes no son primariamente alteraciones de la conducta alimentaria, sino expresiones sintomáticas de un déficit en la arquitectura de la regulación emocional que adopta el idioma de la alimentación en un contexto sociocultural que hipervalora el cuerpo como escenario de la identidad y del mérito personal. Esta formulación puede sintetizarse en cinco proposiciones articuladas:

Primera proposición: Los TCA en adultos jóvenes son, antes que nada, trastornos de la regulación emocional: la hipótesis del Bucle Identidad-Emoción. La conducta alimentaria alterada es el idioma en el que se expresa un déficit emocional más profundo, no el problema en sí mismo. La evidencia de Gross (1998), Aldao et al. (2010), Haynos y Fruzzetti (2011), Haedt-Matt y Keel (2011), Mariani et al. (2022) y Mikhail et al. (2024) converge para apoyar esta proposición desde múltiples niveles de análisis.

Segunda proposición: La adultez emergente (18-25 años) es el período del ciclo vital en el que la convergencia de máxima demanda de autonomía emocional, máxima inestabilidad identitaria y máxima exposición a activadores de comparación social crea las condiciones óptimas para la activación del sistema CAVE en individuos con vulnerabilidad de base (Arnett, 2000; Simone et al., 2021; Peschel et al., 2024).

Tercera proposición: Los factores emocionales implicados en los TCA como insatisfacción corporal, baja autoestima contingente, estrés psicológico, alexitimia, vergüenza, perfeccionismo y esquemas cognitivos desadaptativos no operan de manera independiente sino como componentes de un sistema dinámico que se retroalimenta y se cronifica en ausencia de intervención (Egan et al., 2011; Goss y Allan, 2009; Gerges et al., 2022; Watterson et al., 2023).

Cuarta proposición: Los modelos teóricos existentes capturan aspectos cruciales del fenómeno, pero no proporcionan una arquitectura teórica suficientemente comprensiva. El Modelo CAVE, con sus cinco componentes interconectados (Vulnerabilidad de Base, Activador

Contextual, Déficit de Procesamiento Emocional, Idioma Sintomático Alimentario y Circuito de Retroalimentación Negativa) propone una integración que preserva las aportaciones de estos modelos en un marco sistémico, dinámico y temporalmente situado.

Quinta proposición: Las implicaciones de este modelo para la prevención y el tratamiento son sustanciales y exigen una reorientación del foco de intervención: de la conducta alimentaria y la imagen corporal hacia la competencia de regulación emocional como estructura subyacente. Esta reorientación tiene el potencial de mejorar significativamente los resultados clínicos y preventivos, especialmente mediante la integración de intervenciones basadas en la autocompasión (Wang et al., 2022; Goss y Allan, 2009), la imagen corporal positiva (Torres et al., 2024), la alfabetización digital crítica (Pérez-Torres, 2024) y los formatos digitales escalables (Linardon et al., 2024; Hartmann et al., 2024).

Esta reorientación del foco de intervención, sin embargo, no está exenta de tensiones que el rigor intelectual obliga a reconocer. Precisamente porque el Modelo CAVE sitúa el déficit de regulación emocional en el centro de la arquitectura del malestar, su aplicación clínica y preventiva exige una reflexión ética que ningún modelo sobre sufrimiento humano puede eludir.

Ningún modelo teórico sobre sufrimiento humano es éticamente neutro. El Modelo CAVE tiene cuatro implicaciones éticas que conviene hacer explícitas. La primera es el riesgo de patologización: al proponer que los déficits de regulación emocional son el sustrato de los TCA, el modelo podría interpretarse como una invitación a patologizar la dificultad emocional de los jóvenes adultos, convirtiéndola en un factor de riesgo que justifica intervención incluso en ausencia de síntomas. Este uso del modelo sería incorrecto y potencialmente dañino: la dificultad emocional es una experiencia humana universal, especialmente intensa en períodos de transición vital.

La segunda implicación ética es la de la responsabilidad sistémica: al identificar los activadores contextuales, especialmente las redes sociales, como componentes del sistema CAVE, el modelo señala una responsabilidad que no recae exclusivamente en el individuo vulnerable, sino también en las estructuras sociales, los algoritmos digitales y las industrias que generan y mantienen esos activadores. Las intervenciones preventivas que solo trabajan sobre el individuo sin cuestionar el entorno son éticamente incompletas. La tercera es la

sensibilidad interseccional: el modelo debe aplicarse con sensibilidad a la manera en que las variables de género, clase, etnicidad y orientación sexual modulan tanto la vulnerabilidad de base como la expresión del idioma sintomático. La cuarta es la esperanza: la regulación emocional no es un rasgo fijo sino una habilidad que se aprende y que puede enseñarse, lo que convierte al Modelo CAVE en un marco inherentemente optimista sobre la posibilidad de cambio.

6.2. Limitaciones del estado del arte actual

Una reflexión honesta sobre el estado del arte debe reconocer limitaciones sustanciales que afectan tanto a los estudios primarios como al marco teórico propuesto. La primera es el predominio de diseños transversales: la mayoría de los estudios revisados evalúan las relaciones entre variables emocionales y conductas alimentarias en un momento temporal único, lo que impide establecer la dirección causal de las relaciones (Aldao et al., 2010). La segunda es la dependencia de medidas de autoinforme para la evaluación de variables emocionales, que pueden estar contaminadas por sesgos de deseabilidad social, especialmente en poblaciones que experimentan vergüenza significativa (Treasure et al., 2020).

La tercera limitación es la escasa diversidad de las muestras de investigación: la literatura sobre TCA y factores emocionales se basa predominantemente en muestras occidentales, femeninas y universitarias, lo que puede estar sesgando las propias teorías hacia la fenomenología de un subgrupo específico. La cuarta limitación concierne específicamente al Modelo CAVE: al tratarse de un marco teórico original derivado de la síntesis crítica de literatura existente, carece de validación empírica directa. Los cinco componentes del modelo son coherentes con la evidencia disponible, pero su formalización como sistema dinámico y su operacionalización en instrumentos de medición están pendientes.

La quinta limitación tiene carácter meta-teórico: la tendencia de la psicología clínica occidental a producir modelos que reflejan los valores y categorías conceptuales de la cultura occidental educada, lo que limita su aplicabilidad transcultural. Las nociones de “regulación emocional”, “autoestima” y “autoevaluación” presuponen un modelo del *self* como entidad separada del grupo social que no es universal. Investigar si los mecanismos del Modelo CAVE

operan de manera similar en culturas con modelos del *self* más colectivistas es una tarea necesaria para aspirar a la universalidad del marco.

6.3. Líneas de investigación futura

Antes de proyectar las líneas de investigación que el Modelo CAVE hace necesarias, es imprescindible trazar con precisión sus propios límites explicativos: aquello que el modelo no pretende resolver, y aquello que, por su propia lógica interna, exige verificación empírica para pasar de propuesta teórica coherente a marco científicamente robusto. Un modelo que no declara sus límites no es más sólido; es simplemente menos honesto.

El Modelo CAVE identifica el déficit de regulación emocional como la arquitectura subyacente de los TCA en adultos jóvenes, y propone que ese déficit opera a través de cinco componentes interconectados que se retroalimentan en un ciclo cronificante. Lo que el modelo no resuelve y lo que ningún marco teórico construido a partir de revisión narrativa puede resolver por sí solo es la dirección causal entre sus componentes en el tiempo real de una vida concreta. El modelo postula que la vulnerabilidad de base precede al activador contextual, que este activa el déficit de procesamiento emocional, y que este, a su vez, convoca el idioma sintomático alimentario. Pero esta secuencia, internamente coherente, es una reconstrucción teórica, no una demostración empírica. El modelo no puede, por sí solo, responder cuánto tiempo tarda el ciclo en activarse, qué umbral de intensidad de la vulnerabilidad de base es necesario para que un activador contextual de magnitud media desencadene el circuito, ni por qué en algunas personas el ciclo se interrumpe espontáneamente y en otras se cronifica. Estos son los límites honestos del Modelo CAVE. No son lagunas que este ensayo haya omitido llenar, sino preguntas que, por su naturaleza, solo pueden responderse con datos longitudinales y medición ecológica en tiempo real.

Lo anterior no es una debilidad del modelo sino, en el sentido estricto de Popper (1963), la condición de su científicidad. Un marco teórico que no puede ser refutado no es más verdadero que uno que sí puede serlo: es simplemente irrefutable, lo que en ciencia equivale a informativo. Como señala Stanovich (2016), la psicología científica avanza precisamente cuando sus teorías se formulan de modo que la evidencia empírica pueda, en principio, contravenirlas. El Modelo CAVE cumple ese criterio. Su hipótesis central puede

formularse en términos falsables del siguiente modo: Si los TCA en adultos jóvenes no son alteraciones primarias de la conducta alimentaria (del peso o de la ingesta calórica), sino expresiones sintomáticas de un déficit estructural en la arquitectura de la regulación emocional, entonces debería observarse, en condiciones de medición ecológica y en tiempo real, que la activación del malestar identitario⁵ precede temporalmente y predice estadísticamente el episodio de conducta alimentaria desregulada, con independencia de si ese episodio adopta la forma de restricción, atracón o purga. Si esta secuencia temporal no se observa de manera consistente, o si la conducta alimentaria precede sistemáticamente al malestar identitario en lugar de seguirlo, el Modelo CAVE deberá ser revisado en su componente de direccionalidad causal.

Para someter esta hipótesis a verificación empírica, el diseño metodológico más adecuado es la evaluación ecológica momentánea (EMA), metodología desarrollada y validada por Shiffman et al. (2008). La EMA permite registrar en tiempo real, mediante cuestionarios breves administrados varias veces al día a través de dispositivos móviles, el estado emocional del participante, su nivel de malestar identitario, sus pensamientos sobre el cuerpo y su conducta alimentaria efectiva. A diferencia de los estudios retrospectivos, que dependen de la memoria y están sujetos a los sesgos de reconstrucción narrativa que la vergüenza amplifica especialmente en TCA, la EMA captura la secuencia temporal de los procesos psicológicos en la ventana de minutos u horas en que se produce, que es precisamente la escala temporal relevante para el circuito CAVE.

Un diseño concreto aplicable al presente marco consistiría en reclutar una muestra de adultos jóvenes (18-25 años) con puntuaciones elevadas en las medidas de vulnerabilidad de base del Modelo CAVE (DERS, TAS-20 y escala de autoestima contingente) y administrar cuestionarios EMA durante ocho semanas, registrando varias veces al día: el nivel de malestar emocional, la percepción de falta de control sobre el entorno, la exposición a contenido de comparación social digital, y la ocurrencia y tipo de conducta alimentaria. Si el Modelo CAVE es empíricamente robusto, los análisis de series temporales deberían mostrar que el incremento en el malestar identitario precede en horas, no en días ni en semanas, a los

⁵ Entendida el episodio de conducta alimentaria desregulada como la percepción aguda de no disponer de fuentes de autoestima alternativas al cuerpo ante una situación de incertidumbre o comparación social—

episodios de conducta alimentaria desregulada, y que esta asociación temporal es más fuerte en los individuos con mayor déficit de procesamiento emocional. Si no se observa esa secuencia, o si la magnitud del efecto es trivial, el modelo habrá sido sometido a una prueba real y habrá aportado información valiosa sobre sus propias limitaciones, que es exactamente lo que la ciencia debe hacer con sus hipótesis.

De modo que, el Modelo CAVE y el argumento central de este ensayo generan un programa de investigación específico. La primera línea es el desarrollo y validación de estudios longitudinales que sigan a cohortes de jóvenes desde la adolescencia tardía hasta la adultez temprana, midiendo los cinco componentes del Modelo CAVE en múltiples puntos temporales, el único tipo de diseño que puede resolver las cuestiones causales.

La segunda línea es el desarrollo de instrumentos de evaluación específicos para los componentes del Modelo CAVE, en particular para el déficit de procesamiento emocional como constructo funcional: la incapacidad de utilizar las emociones como información procesable para la acción adaptativa, que va más allá de los instrumentos existentes de alexitimia o regulación emocional. La tercera línea es la investigación sobre el impacto de la Inteligencia Artificial y los filtros de imagen en la construcción de la imagen corporal y la identidad digital, fenómeno aun insuficientemente estudiado (Pérez-Torres, 2024). La cuarta línea es la investigación sobre plataformas de e-salud para la prevención y el tratamiento de los TCA, especialmente el desarrollo de intervenciones de inteligencia artificial que puedan personalizar el apoyo emocional en función del perfil CAVE del usuario (Linardon et al., 2024; Hartmann et al., 2024; Ortiz et al., 2023).

La quinta línea es la evaluación del programa EMOCIONA-TCA mediante ensayos controlados aleatorizados. La sexta línea es la investigación sobre la eficacia diferencial de las intervenciones en función del perfil CAVE de los pacientes, verificando la hipótesis de que los pacientes con mayor déficit en el tercer componente responden mejor a intervenciones que abordan directamente la regulación emocional (DBT, ACT, CREST) que a la TCC-E clásica. La séptima línea es la investigación traslacional que conecte los hallazgos del Modelo CAVE con las políticas de salud pública, especialmente en lo que respecta a la incorporación de evaluaciones de competencia emocional en los protocolos de salud de adolescentes tardíos y

adultos jóvenes. La octava línea es la investigación transcultural sobre el funcionamiento del Modelo CAVE en culturas con modelos del self colectivistas.

El recorrido de este ensayo concluye donde comenzó: en la paradoja de un fenómeno cuya prevalencia aumenta mientras los modelos explicativos parecen insuficientes. La hipótesis propuesta, que los TCA son trastornos del idioma emocional más que trastornos de la conducta alimentaria, no pretende resolver esa paradoja con un golpe de efecto teórico, sino ofrecer un marco desde el que investigarla con mayor profundidad y desde el que intervenir con mayor eficacia. Si este ensayo contribuye a que un solo programa preventivo sea diseñado desde la emoción en lugar de desde el plato, o a que un solo terapeuta haga la pregunta “¿qué estabas sintiendo?” antes de preguntar “¿qué comiste?”, habrá cumplido su propósito.

Referencias bibliográficas

- Aldao, A., Nolen-Hoeksema, S., & Schweizer, S. (2010). Emotion-regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 30(2), 217–237. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2009.11.004>
- American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed., text rev.). American Psychiatric Publishing. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425787>
- Arcelus, J., Mitchell, A. J., Wales, J., & Nielsen, S. (2011). Mortality rates in patients with anorexia nervosa and other eating disorders: A meta-analysis of 36 studies. *Archives of General Psychiatry*, 68(7), 724–731. <https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2011.74>
- Arnett, J. J. (2000). Emerging adulthood: A theory of development from the late teens through the twenties. *American Psychologist*, 55(5), 469–480. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.55.5.469>
- Brown, T. A., & Keel, P. K. (2020). Emotional and interpersonal factors in eating disorders. *Current Psychiatry Reports*, 22(11), 58. <https://doi.org/10.1007/s11920-020-01180-z>
- Egan, S. J., Wade, T. D., & Shafran, R. (2011). Perfectionism as a transdiagnostic process: A clinical review. *Clinical Psychology Review*, 31(2), 203–212. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2010.04.009>
- Fairburn, C. G., Cooper, Z., & Shafran, R. (2003). Cognitive behaviour therapy for eating disorders: A 'transdiagnostic' theory and treatment. *Behaviour Research and Therapy*, 41(5), 509–528. [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(02\)00088-8](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(02)00088-8)
- Fardouly, J., & Vartanian, L. R. (2016). Social media and body image concerns: Current research and future directions. *Current Opinion in Psychology*, 9, 1–5. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2015.09.005>
- Francesconi, M., Doebler, P., Bhatt, M., & Eppinger, B. (2023). The mediating role of decision-making in the relationship between emotional regulation difficulties and eating disorder symptoms. *Appetite*, 181, 106384. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2022.106384>
- Fuentes Prieto, M. F., López López, A., de la Peña Fernández, M., & Rodríguez Molina, J. M. (2020). Parenting styles, internalized shame and eating attitudes: An exploratory study. *Eating and Weight Disorders*, 25(4), 955–963. <https://doi.org/10.1007/s40519-019-00698-7>
- Galmiche, M., Déchelotte, P., Lambert, G., & Tavalacci, M. P. (2019). Prevalence of eating disorders over the 2000–2018 period: A systematic literature review. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 109(5), 1402–1413. <https://doi.org/10.1093/ajcn/nqy342>

- Gerges, M. C., Hallit, S., & Obeid, S. (2022). Early maladaptive schemas and eating disorders among a sample of Lebanese adults: Any mediating effect of anxiety and depression? *Journal of Eating Disorders*, 10(1), 97. <https://doi.org/10.1186/s40337-022-00623-z>
- Goss, K., & Allan, S. (2009). Shame, pride and eating disorders. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 16(4), 303–316. <https://doi.org/10.1002/cpp.627>
- Gratz, K. L., & Roemer, L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the Difficulties in Emotion Regulation Scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 26(1), 41–54. <https://doi.org/10.1023/B:JOBA.0000007455.08539.94>
- Gross, J. J. (1998). The emerging field of emotion regulation: An integrative review. *Review of General Psychology*, 2(3), 271–299. <https://doi.org/10.1037/1089-2680.2.3.271>
- Haedt-Matt, A. A., & Keel, P. K. (2011). Revisiting the affect regulation model of binge eating: A meta-analysis of studies using ecological momentary assessment. *Psychological Bulletin*, 137(4), 660–681. <https://doi.org/10.1037/a0023660>
- Hartmann, A. S., Aue, K., Benecke, A., Kloiber, A., Grünberger, M., & Waldherr, K. (2024). Online cognitive behavioral therapy for bulimia nervosa and binge eating disorder: Results of a randomized controlled trial. *International Journal of Eating Disorders*, 57(3), 546–558. <https://doi.org/10.1002/eat.24102>
- Haynos, A. F., & Fruzzetti, A. E. (2011). Anorexia nervosa as a disorder of emotion dysregulation: Evidence and treatment implications. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 18(3), 183–202. <https://doi.org/10.1111/j.1468-2850.2011.01250.x>
- Hazzard, V. M., Hahn, S. L., & Sonnevile, K. R. (2021). Cross-sectional and longitudinal associations between weight/shape-related self-worth and eating disorder symptoms in a racially/ethnically diverse sample of young adults. *International Journal of Eating Disorders*, 54(5), 738–746. <https://doi.org/10.1002/eat.23484>
- Keski-Rahkonen, A., & Mustelin, L. (2016). Epidemiology of eating disorders in Europe: Prevalence, incidence, comorbidity, course, consequences, and risk factors. *Current Opinion in Psychiatry*, 29(6), 340–345. <https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000278>
- Lavander, J. M., Wonderlich, S. A., Engel, S. G., Gordon, K. H., Kaye, W. H., & Mitchell, J. E. (2015). Dimensions of emotion dysregulation in anorexia nervosa and bulimia nervosa: A conceptual review of the empirical literature. *Clinical Psychology Review*, 40, 111–122. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2015.05.010>
- Linardon, J., Messer, M., & Fuller-Tyszkiewicz, M. (2022). Meta-analysis of the effects of cognitive-behavioral therapy for binge-eating-type disorders on emotion regulation and related

- outcomes. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 90(6), 477–491. <https://doi.org/10.1037/ccp0000736>
- Linardon, J., Shatte, A., Messer, M., Rosato, J., & Fuller-Tyszkiewicz, M. (2024). A smartphone app to target binge-eating disorder: Randomized controlled trial. *International Journal of Eating Disorders*, 57(1), 87–101. <https://doi.org/10.1002/eat.24073>
- Lozano-Muñoz, R., Pérez-Portabella, C., Sabater-Masdeu, M., Morillas-Ariño, C., & Palomino-Pérez, L. (2022). Trastornos de la conducta alimentaria: revisión y actualización. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 45(2), e1009. <https://doi.org/10.23938/ASSN.1009>
- Lyvers, M., & Thorberg, F. A. (2024). Alexithymia as a transdiagnostic factor in substance use and eating disorders: Mechanisms and clinical implications. *Addictive Behaviors Reports*, 19, 100538. <https://doi.org/10.1016/j.abrep.2024.100538>
- Mariani, R., Renzi, A., Di Trani, M., Trabucchi, G., Danskin, K., & Tambelli, R. (2022). Linguistic analysis of emotional processing in anorexia nervosa. *Frontiers in Psychology*, 13, 832117. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.832117>
- Meneguzzo, P., Todisco, P., Beraldo, M., Bonello, E., Panasiti, M. S., & Favaro, A. (2024). A rolling group CREST intervention as a bridge treatment for anorexia nervosa: Feasibility and outcome study. *European Eating Disorders Review*, 32(2), 298–311. <https://doi.org/10.1002/erv.3052>
- Mikhail, M. E., Keel, P. K., Burt, S. A., Neale, M., Boker, S., & Klump, K. L. (2024). Affect mediates stress–binge eating pathways in daily life: A longitudinal study. *International Journal of Eating Disorders*, 57(4), 769–778. <https://doi.org/10.1002/eat.24154>
- Ortiz, S. N., Nelson, J. D., & Smith, K. E. (2023). Digital health interventions for eating disorders: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Eating Disorders*, 56(10), 1823–1843. <https://doi.org/10.1002/eat.24026>
- Osborne, T. F., & Atkinson, M. J. (2022). Decentering and non-judging: Relationship with body dissatisfaction, negative affect, and disordered eating. *Appetite*, 170, 105893. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2021.105893>
- Pérez-Torres, V. (2024). Social media: A digital social mirror for identity development during adolescence. *Current Psychology*, 43, 22170–22180. <https://doi.org/10.1007/s12144-024-05980-z>
- Peschel, S. K. J., Feeling, N. R., Voss, J. P., & Vogeley, C. (2024). Stress and eating behavior in daily life: A systematic review using ecological momentary assessment. *Appetite*, 196, 107276. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2024.107276>
- Popper, C. (1963). *Refutations: The Growth of Scientific Knowledge*. New York.

- Rodgers, R. F., & DuBois, R. H. (2022). Social media, eating disorder risk, and protective factors. En A. Jaffa & M. Honeyman (Eds.), *Eating disorders in childhood and adolescence* (5.ª ed., pp. 52–67). Routledge.
- Rodgers, R. F., Paxton, S. J., McLean, S. A., Campbell, K. J., Wertheim, E. H., & Skouteris, H. (2020). Maternal feeding practices predict weight-related attitudes and behaviours in young children: A prospective study. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 17(1), 12. <https://doi.org/10.1186/s12966-020-0913-2>
- Safer, D. L., Telch, C. F., & Chen, E. Y. (2009). *Dialectical behavior therapy for binge eating and bulimia*. Guilford Press.
- Shiffman, S., Stone, A. A., & Hufford, M. R. (2008). Ecological momentary assessment. *Annu. Rev. Clin. Psychol.*, 4(1), 1-32. <https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.3.022806.091415>
- Simone, M., Emery, R. L., Hazzard, V. M., Eisenberg, M. E., Fulkerson, J. A., & Neumark-Sztainer, D. (2021). Disordered eating in a population-based sample of young adults during the COVID-19 outbreak. *International Journal of Eating Disorders*, 54(7), 1189–1201. <https://doi.org/10.1002/eat.23505>
- Stanovich, K. E. (2016). The comprehensive assessment of rational thinking. *Educational Psychologist*, 51(1), 23-34. <https://doi.org/10.1080/00461520.2015.1125787>
- Stice, E. (2002). Risk and maintenance factors for eating pathology: A meta-analytic review. *Psychological Bulletin*, 128(5), 825–848. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.128.5.825>
- Thomas, J. J., Lawson, E. A., Micali, N., Misra, M., Deckersbach, T., & Eddy, K. T. (2017). Avoidant/restrictive food intake disorder: A three-dimensional model of neurobiology with implications for etiology and treatment. *Current Psychiatry Reports*, 19(8), 54. <https://doi.org/10.1007/s11920-017-0795-5>
- Torres, S., Guerra, M. P., Lencastre, L., Roma-Torres, A., Brandão, I., Queiros, C., & Vieira, F. (2024). Positive body image as a longitudinal predictor of psychological well-being and quality of life in anorexia nervosa recovery. *Body Image*, 48, 101667. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2024.101667>
- Treasure, J. (2023). Eating disorders. *Medicine*, 51(5), 308–313. <https://doi.org/10.1016/j.mpmed.2023.02.001>
- Treasure, J., Duarte, T. A., & Schmidt, U. (2020). Eating disorders. *The Lancet*, 395(10227), 899–911. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30059-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30059-3)

- Vuillier, L., Greville-Harris, M., Smith, E., & Moseley, R. L. (2025). Emotions are bad and uncontrollable: A pathway to orthorexic behaviours? *Appetite*, 204, 107729. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2024.107729>
- Wang, Y., Lei, L., Yang, X., & Zhu, L. (2022). Cyberbullying victimization and eating disorder symptoms in young adults: Roles of self-compassion and negative affect. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*, 25(8), 503–510. <https://doi.org/10.1089/cyber.2021.0292>
- Watterson, D., Hunt, C., & Abbott, M. (2023). Relationship patterns, early maladaptive schemas and eating disorder psychopathology: A systematic review. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 30(3), 527–547. <https://doi.org/10.1002/cpp.2820>
- Wolff, H., Nordin, K., Brodin, U., Birgegård, A., & Eriksson, H. (2023). Psychosocial correlates of eating disorders in a clinical sample: An update with the DSM-5-TR criteria. *International Journal of Eating Disorders*, 56(6), 1173–1184. <https://doi.org/10.1002/eat.23940>