



FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS Y SOCIALES

TERAPIA INDIVIDUAL O TERAPIA GRUPAL EN TCA

**Qué papel tienen el perfeccionismo,
la autoestima y la alexitimia en
dichos trastornos y cómo abordarlos**

Autor: Andrea Caballero Bragado

Tutor profesional: Elisa Hormaechea García

Tutor metodológico: David Paniagua Sánchez

Madrid
Mayo, 2018

Andrea
Caballero
Bragado

**TERAPIA INDIVIDUAL O TERAPIA GRUPAL EN TCA. Qué papel
tienen el perfeccionismo, la autoestima y la alexitimia en
dichos trastornos y cómo abordarlos**



Resumen

La presente investigación estudió la relación existente entre el perfeccionismo, la autoestima y la alexitimia con la sintomatología TCA. Para ello, se le administró una serie de cuestionarios (EDI-2, EAR, TAS-20 y MPS) que evalúan dichas variables a una muestra de un total de 15 mujeres, todas ellas con un TCA, con edades comprendidas entre los 19 y 34 años. Algunas de ellas recibían terapia individual (8), mientras que otras (7) acudían también a terapia grupal, yendo todas al mismo centro psicoterapéutico. Los resultados reflejaron que existe una relación significativa entre el perfeccionismo, la autoestima y la alexitimia con la sintomatología TCA, de tal forma que, a mayor perfeccionismo y alexitimia y menor autoestima, más presencia de síntomas TCA (obsesión por la delgadez, atracones e insatisfacción corporal, entre otros síntomas). Sin embargo, no se encontró evidencia de que existan diferencias estadísticamente significativas en dichas variables entre las pacientes en función del tipo de terapia que reciben. Gran parte de los resultados coinciden con lo recogido en la bibliografía existente sobre TCA, aunque debido a la escasez de literatura sobre la eficacia de la terapia grupal en este tipo de trastornos, es preciso interpretar parte de los resultados obtenidos con precaución.

Palabras clave: perfeccionismo, autoestima, alexitimia, sintomatología TCA.

Abstract

The present research studied the relationship between perfectionism, self-esteem and alexithymia with eating disorder (ED) symptoms. In order to do so, a couple of questionnaires (EDI-2, RSE, TAS-20 and MPS) that measure these variables were administered to a sample of 15 women, all of them with an ED, aged between 19 and 34 years old. Some of them went to individual therapy (8), while others (7) also went to group therapy, all of them going to the same psychotherapeutic centre. The results showed a significant relationship between perfectionism, self-esteem, alexithymia and ED symptoms, meaning that, the higher the perfectionism and alexithymia and the lower the self-esteem, the more ED symptoms (drive for thinness, binge-eating and body dissatisfaction, amongst others). However, no evidence was found of statistically significant differences in those variables between patients according to the type of therapy they get. Most of the results match with those of the existing ED bibliography, although due to the limited amount of literature about group therapy's efficacy in this type of disorders, is necessary to consider part of the results with caution.

Key words: perfectionism, self-esteem, alexithymia, ED symptoms.

Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) tienen una gran prevalencia en nuestro país y en la cultura occidental en general. Según un estudio realizado en España en el año 2008, concretamente en Reus, la prevalencia de los TCA es del 9,1% en mujeres con una edad comprendida entre 12 y 21 años, edad en la que suele surgir esta enfermedad. En concreto, la prevalencia de la anorexia nerviosa es del 0.9%, de la bulimia nerviosa es del 2.9% y de los TCA no especificados es del 5.3% (de la Fuente, Martí, Olesti, Piñol y Riera, 2008, como se citó en Maganto, 2011). Según da Costa Ribeiro Junior, Mora Giral, Portela de Santana y Raich (2012), la prevalencia de la anorexia nerviosa en la adolescencia oscila entre el 0.1 y el 1.5% y de la bulimia nerviosa entre el 0.1 y el 2%.

Por otro lado, un estudio de la Asociación Nacional de Anorexia Nerviosa y Trastornos Asociados (ANAD) sostiene que los TCA son los trastornos mentales con la tasa de mortalidad más alta. Según este estudio, entre el 5 y el 10% de las personas con anorexia nerviosa fallecen diez años después de contraer la enfermedad y entre el 18 y el 20% de las personas anoréxicas fallecerán tras un recorrido de la enfermedad de 20 años. Teniendo en cuenta estos datos, concluyen que la anorexia nerviosa es el trastorno psicológico con la tasa de mortalidad más alta, superando a la depresión. Sin tratamiento, alrededor de un 20% de las personas que padecen un TCA grave fallecen. Aunque el tratamiento disminuye la tasa de mortalidad en un 2-3%, ésta sigue siendo bastante alta (ANAD, 2017).

Atendiendo a su clasificación, desde una perspectiva transdiagnóstica propuesta por Fairburn (2003, como se citó en Chorot, Sandín y Valiente, 2012), se entiende que los distintos tipos de TCA comparten una serie de características, como la preocupación excesiva por la imagen corporal y la comida, un manejo desadaptativo de las emociones y situaciones estresantes a través de la comida, elevado perfeccionismo y alexitimia y una baja autoestima, entre muchas otras cosas (Chorot et al., 2012; Cooper, Fairburn y Shafran, 2003). Además, Fairburn et al. (2003) proponen que suele darse una evolución transdiagnóstica de la anorexia nerviosa a la bulimia nerviosa. Es decir, consideran que es muy poco probable que un paciente muestre características exclusivas de la anorexia nerviosa o de la bulimia, sino que suele oscilar entre las dietas restrictivas y los atracones y conductas purgativas (Chorot et al., 2012; Cooper et al., 2003). Partiendo de la base de que las personas con un TCA comparten una serie de características, tendiendo a evolucionar de un perfil más restrictivo a un perfil más atracón-purgativo, Fairburn et al. (2003) plantean que dichos trastornos también comparten factores de mantenimiento (Cooper et al., 2003). Por un lado, un perfil más restrictivo destaca por la presencia de dietas y de comportamientos dirigidos a controlar el peso, impulsados por una sobrevaloración de éste, la imagen corporal y la alimentación. Dicha restricción lleva a una pérdida de peso importante, lo que a su vez influye tanto en la preocupación por el peso e imagen corporal como en los comportamientos restrictivos (Cooper et al., 2003). Por otro lado,

en los perfiles caracterizados por atracones y conductas purgativas, también se dan comportamientos restrictivos motivados por una preocupación excesiva por el peso y la imagen corporal. Dichos comportamientos restrictivos pueden llevar o bien a una pérdida de peso o bien desencadenar atracones, que a su vez pueden empujar a la persona a realizar conductas purgativas como el vómito o el uso de laxantes. Ambas alternativas influyen tanto en la evaluación que hace el paciente de su peso e imagen corporal como en la presencia de conductas restrictivas (Cooper et al., 2003).

Por otro lado, desde una perspectiva diagnóstica se considera que existen diversos TCA, los cuales aparecen recogidos en el DSM-5 (American Psychological Association [APA], 2014). Éstos son: la pica, el trastorno de rumiación, el trastorno de evitación/restricción de la ingestión de alimentos, la anorexia nerviosa, la bulimia nerviosa, el trastorno por atracones, otro trastorno alimentario o de la ingestión de alimentos especificado y trastorno alimentario o de la ingestión de alimentos no especificado (APA, 2014). Los TCA más comunes son la anorexia y bulimia nerviosa y el trastorno por atracón.

La anorexia nerviosa se caracteriza por un miedo intenso a engordar, asociado a una serie de comportamientos dirigidos a evitar ganar peso, como es la restricción alimentaria. Ello lleva a un peso significativamente bajo, entendido como un peso que es inferior al normal y esperable para esa persona en concreto. Además, la persona que padece anorexia nerviosa tiene una percepción alterada de su peso y cuerpo, lo que degenera en una evaluación negativa de su aspecto físico e incluso en la ausencia de reconocimiento de la gravedad de su condición (APA, 2014). La anorexia nerviosa puede ser de tipo restrictivo o con atracones/purgas. El primer tipo de anorexia se caracteriza por la presencia de comportamientos restrictivos como pueden ser dietas, ayuno y/o la realización excesiva de ejercicio físico, también conocida como hiperactividad. El segundo tipo de anorexia es aquel en el que el sujeto se ha dado de forma recurrente algún atracón o ha llevado a cabo un comportamiento purgativo, como puede ser provocarse el vómito o usar laxantes (APA, 2014).

Por otro lado, la bulimia nerviosa se caracteriza por la presencia de atracones. Dichos atracones son recurrentes y consisten en una ingesta desproporcionada de comida en un tiempo delimitado, en el cual la cantidad de comida ingerida es superior a la esperada en ese tiempo. Además, dicha ingesta va acompañada de una sensación de descontrol. Comparte con la anorexia nerviosa el miedo a ganar peso, por lo que las personas con bulimia tienden a recurrir a comportamientos purgativos (vómitos, laxantes, diuréticos) y/o compensatorios (ayuno, realización excesiva de ejercicio físico) para evitar aumentar de peso. Tanto los atracones como las conductas compensatorias deben producirse mínimo una vez por semana durante tres meses

para poder considerar que se trata de bulimia nerviosa. Además, la persona tiene una imagen muy negativa y devaluada de su aspecto físico (APA, 2014).

Por último, el trastorno por atracones es similar a la bulimia nerviosa en cuanto a la preocupación por el aspecto físico y la presencia de atracones recurrentes, los cuales la persona vive como incontrolables, y en los que la ingesta de alimentos en un período de tiempo determinado es superior a la esperable. Además, los atracones se acompañan de mínimo tres de las siguientes características: comer más rápido de lo normal, comer hasta tener una sensación de llenura desagradable, comer mucho aun cuando no se tiene hambre, comer solo por vergüenza de la cantidad desmedida que se ingiere y/o sentirse avergonzado o deprimido tras el atracón. Al igual que la bulimia nerviosa, tiene que producirse al menos un episodio de atracón por semana durante tres meses para considerarlo un trastorno por atracones. Sin embargo, a diferencia de la bulimia nerviosa, no existen episodios recurrentes de purgas o comportamientos compensatorios (APA, 2014).

La presente investigación se apoya en la teoría transdiagnóstica de Fairburn (2003, como se citó en Chorot et al., 2012), ya que, teniendo en cuenta mi breve experiencia con este tipo de trastornos, considero que las personas que los padecen comparten una serie de características centrales, como es la preocupación por la imagen corporal, el miedo a engordar, una baja autoestima y un alto perfeccionismo y alexitimia. Es por esto que, a la hora de llevar a cabo dicho estudio, no se tendrán en cuenta los diagnósticos recogidos en el DSM-5 (APA, 2014), sino los síntomas que caracterizan a los trastornos de la conducta alimentaria.

Con respecto a las causas de dichos trastornos, destacan factores psicológicos, socioculturales y familiares. Es decir, los TCA son consecuencia de la interacción de diversos factores (da Costa Ribeiro Junior et al., 2012; Herman y Polivy, 2002; Maganto, 2011). En cuanto a los factores socioculturales, destaca el valor que la sociedad y cultura occidental le da al aspecto físico y a la delgadez, idealizando un cuerpo delgado y sin imperfecciones. Los medios de comunicación tienen un papel importante en la difusión del ideal de belleza basado en la delgadez, empleando personas, en su mayoría mujeres, con un cuerpo considerado perfecto (da Costa Ribeiro Junior et al., 2012; Herman y Polivy, 2002). Ello hace que gran parte de las mujeres no estén satisfechas con su cuerpo, ya que ven la gran diferencia que existe entre éste y el que se muestra en la televisión. Dicha insatisfacción corporal puede convertirse en un precursor de un trastorno de la alimentación, ya que empuja a la persona a intentar bajar de peso y conseguir un físico similar al que le ofrecen los medios de comunicación (da Costa Ribeiro Junior et al., 2012; Herman y Polivy, 2002). Field et al. (1999, como se citó en Barjau, Chinchilla y Guerra-Prado, 2001) realizaron un estudio con 548 adolescentes, todas ellas mujeres, de las cuales un 69% confirmó que las imágenes que aparecen en las revistas de moda

influyeron en su concepto del cuerpo ideal. No solo eso, sino que el 47% de dichas adolescentes mencionó querer perder peso para poder asemejarse lo máximo posible a las mujeres de dichas imágenes.

Por otro lado, además de la influencia de los factores socioculturales sobre la aparición de este tipo de trastornos, destaca el papel de la familia no solo en el desarrollo de los TCA, sino también en su mantenimiento. Uno de los autores que más ha estudiado las características de las familias en las que hay un miembro con un trastorno de la alimentación es Minuchin (1978, como se citó en Herman y Polivy, 2002). Según este autor (1978, como se citó en Herman y Polivy, 2002), las familias en las que hay un miembro con TCA suelen estar enmarañadas, es decir, no promueven la autonomía de sus miembros y tienden a ser intrusivas y hostiles. Además, este tipo de familias tienden, o bien a negar las necesidades emocionales del paciente, o bien a sobrepreocuparse. Minuchin (1978, como se citó en Herman y Polivy, 2002), hablaba de varios tipos de familias, siendo una de ellas la familia psicósomática, típica de las familias en las que un miembro tiene anorexia nerviosa. Se caracterizan por presentar una alta implicación interpersonal, ser sobreprotectora y rígida y evitar todo tipo de conflictos (Baker, Minuchin y Rosman, 1978; Fishman y Minuchin, 1981; Minuchin, 1974, como se citó en Halley, Mancilla, Ruíz, Vázquez y Viladrich, 2013). Es más, estos autores planteaban que la anorexia nerviosa de la hija servía de distracción de los auténticos conflictos familiares, especialmente los existentes entre la pareja de padres. En el caso de la bulimia nerviosa, Rorty et al. (2000, como se citó en Herman y Polivy, 2002) plantean que el paciente percibe a su entorno familiar como intrusivo, especialmente a la madre. Otro factor familiar que puede favorecer la aparición de un TCA es el valor que le da la familia a la apariencia física, favoreciendo que los hijos, sobre todo si son mujeres, presten especial atención a su cuerpo y peso (Blackmore, Davis, Fox y Shuster, 2004, como se citó en Halley et al., 2013).

Por último, otro de los grandes factores que influyen tanto en la aparición como en el mantenimiento de los TCA, además de los socioculturales y familiares, son los factores psicológicos, siendo ciertas variables como el perfeccionismo, la autoestima o la alexitimia las más destacadas. Se ha observado que las personas que padecen un trastorno de la conducta alimentaria suelen mostrar una serie de características específicas, como un alto nivel de perfeccionismo, baja autoestima, obsesiones, rigidez e insatisfacción corporal, entre muchas otras (Borda, del Río y Torres, 2008; Franco-Paredes, Lightsey, Mancilla-Díaz y Peck, 2008, como se citó en Avargues, Borda, del Río, López, Torres y Pérez, 2011). Avargues et al. (2011) crearon un modelo en el que proponen que la autoestima y el perfeccionismo tienen un papel mediador en la relación entre ciertos rasgos de personalidad y la presencia de insatisfacción corporal, dieta restrictiva y comportamientos purgativos (teniendo en cuenta consideraciones hechas por Bardone-Cone et al, 2007; Dunkley y Grilo, 2007; Franco-Paredes et al, 2008; Gual

et al, 2002; Lightsey y Peck, 2008). Según este modelo, algunos rasgos de personalidad, como rasgos evitativos, dependientes, histriónicos, compulsivos y paranoides, pueden influir directamente y de forma positiva en los niveles de autoestima y perfeccionismo. Además, plantea que cuanto mayor sea el perfeccionismo y más baja sea la autoestima, mayor será la insatisfacción corporal, la dieta restrictiva y los comportamientos purgativos, los cuales también influyen en la insatisfacción corporal.

Avargues et al. (2011) realizaron un estudio en el que participaron 155 mujeres de entre 18 y 31 años, de las cuales 93 tenían un TCA, 31 tenían un alto riesgo de sufrir un TCA y 31 no tenían riesgo de padecerlo. Se les administró una serie de cuestionarios, entre los que se encuentran el Test de Actitudes hacia la Comida (EAT-40), el Cuestionario sobre la Imagen Corporal (BSQ), el Inventario de Trastornos Alimenticios (EDI-2) y el Inventario Clínico Multiaxial de Millon (MCMI-II). Se observó, una vez hechos los análisis estadísticos, que existe una relación directa y positiva entre la baja autoestima y la insatisfacción corporal y una relación indirecta entre la autoestima y las restricciones y comportamientos purgativos. En el caso del perfeccionismo, existe una relación directa y positiva entre éste y la insatisfacción corporal y la baja autoestima. También afecta a las restricciones y comportamientos purgativos, pero lo hace indirectamente, a través de la autoestima e insatisfacción corporal. Por otro lado, se encontró que una mayor insatisfacción corporal da lugar a una mayor restricción alimentaria, la cual promueve la aparición de comportamientos purgativos, lo que a su vez genera una mayor insatisfacción corporal. Es decir, Avargues et al. (2011) observaron que el perfeccionismo, la baja autoestima, la insatisfacción corporal y los síntomas típicos de los TCA están relacionados entre sí, influyéndose los unos sobre los otros.

Como se ha mencionado previamente, uno de los principales factores psicológicos que caracterizan a los TCA es la baja autoestima. La autoestima es la parte del autoconcepto que incluye un componente evaluativo sobre uno mismo, que refleja en qué medida una persona se quiere y valora a sí misma (Brown y Marshall, 2006, como se citó en Zeigler-Hill, 2011). En diversos estudios se ha observado que existe una estrecha relación entre los TCA y una baja autoestima (Gual et al, 2002; Jacobi et al, 2004; Lightsey y Peck, 2008, como se citó en Bardone-Cone, Fitzsimmons, Harney, Lawson, Maldonado, Robinson, Schaefer, Smith y Tosh, 2010). Daley et al (2008, como se citó en Bardone-Cone et al., 2010) descubrieron que pacientes con bulimia nerviosa en la etapa de remisión obtuvieron puntuaciones más altas en autoestima que aquellos que tenían bulimia nerviosa en ese momento, pero dichas puntuaciones eran significativamente más bajas que las de sujetos sanos. Hasta el momento, se consideraba que una persona estaba totalmente recuperada de su TCA atendiendo solo a medidas físicas como el peso o el IMC y medidas comportamentales como la ausencia de atracones o de purgas, sin atender demasiado a características psicológicas. Tal y como plantean Keski-Rahkonen y

Tozzi (2005, como se citó en Bardone-Cone et al., 2010), al no evaluar los aspectos psicológicos, el paciente se encuentra en un estado de pseudo-recuperación, en el cual muestra un comportamiento adecuado, pero sigue manteniendo el mismo discurso patológico. Bardone-Cone et al. (2010) se apoyan en estudios de Couturier y Lock (2006) y de Bachner-Melman, Ebstein y Zohar (2006) a la hora de proponer una nueva definición de recuperación de los TCA, que tiene en cuenta no solo aspectos físicos y conductuales, sino también psicológicos. Para estos autores, una persona está completamente recuperada de su TCA si su IMC es mínimo 18.5, no muestra atracones, purgas y/o restricciones durante los últimos tres meses y obtiene una puntuación dentro de la media en todas las subescalas del *Eating Disorder Examination-Questionnaire*, EDE-Q.

Bardone-Cone et al (2010) realizaron un estudio con el objetivo de comprobar si pacientes completamente recuperados de un TCA tenían una autoestima más alta que aquellos que estaban parcialmente recuperados y que aquellos que cumplían los criterios de un TCA. Para ello, reclutaron a 96 pacientes con TCA de la Clínica especializada en Pediatría y Adolescencia de la Universidad de Missouri, con una edad igual o superior a 16 años. Se trata de un estudio longitudinal que duró casi 10 años, desde 1996 hasta 2007. Los sujetos del grupo control eran mujeres con 16 años o más que en ese momento no tenían un TCA ni lo habían tenido en el pasado (N= 67). Todas las participantes completaron una serie de cuestionarios (EDE-Q, la escala de autoestima de Rosenberg, RSES, 1965; el perfil para adultos de autopercepción, ASPP, 1986;) y una semana después aproximadamente realizaron una entrevista. Se categorizó a las participantes en cuatro grupos: sujetos sanos, sujetos con un TCA activo (anorexia nerviosa, bulimia nerviosa o un TCA no especificado), sujetos parcialmente recuperados de su TCA y sujetos totalmente recuperados de su TCA. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la autoestima entre los sujetos sanos o las pacientes totalmente recuperadas. Las mujeres que estaban completamente recuperadas a su vez tenían una mayor autoestima que aquellas que estaban parcialmente recuperadas y que aquellas que tenían un TCA activo. Teniendo en cuenta la información existente sobre la autoestima en los TCA, se puede concluir que es importante tener en cuenta los aspectos psicológicos a la hora de decidir si una persona está completamente recuperada o no de su TCA, abordándolos directamente en terapia.

En cuanto a la insatisfacción corporal, ésta se ha relacionado con un amplio abanico de trastornos psicológicos, entre los que se encuentran los TCA (Darby et al, 2007; Stice, 2002; Pryor y Wiederman, 2000, como se citó en Fuller-Tyszkiewicz, McCabe, Mellor y Ricciardelli, 2010). Según la teoría de la cosificación de Fredrickson y Roberts (1997, como se citó en Fuller-Tyszkiewicz et al., 2010), las normas sociales y culturales que existen sobre el cuerpo y la apariencia física influyen en cómo las personas perciben y valoran sus cuerpos y en la forma en

la que se evalúan a sí mismas como personas. Fredrickson y Roberts (1997, como se citó en Fuller-Tyszkiewicz et al., 2010), plantean que dichas normas afectan más a las mujeres que a los hombres en las culturas occidentales. Fuller-Tyszkiewicz et al. (2010) descubrieron que existe una relación negativa y moderada entre la autoestima y la insatisfacción corporal, tanto en hombres como en mujeres. Es decir, que las personas con baja autoestima tienden a estar más insatisfechas con su cuerpo que aquellas que tienen una autoestima más alta.

Además de la baja autoestima, otro de los factores psicológicos relacionados con los TCA es la alexitimia. La alexitimia es un rasgo de personalidad caracterizado por la incapacidad de experimentar y expresar emoción (Barbe, Chabrol y Pinaquy, 2002, como se citó en Arancibia y Behar, 2014). Sifneos (1972) plantea que hay tres grandes características que definen a una persona alexitímica y es la dificultad para reconocer, identificar y describir emociones y para distinguir los estados emocionales de las sensaciones corporales; una simbolización afectada, que queda reflejada en la ausencia de fantasías y de actividad imaginativa y una preferencia por prestar más atención a los eventos externos que a las experiencias internas. En la actualidad, se entiende a la alexitimia como un estilo cognitivo de lenguaje y de pensamientos que se caracteriza por un déficit en el procesamiento de la información emocional (Bagby, Parker y Taylor, 1997, como se citó en Arancibia y Behar, 2014). Algunos autores consideran que la restricción de la ingesta, la hiperactividad física, los atracones y los comportamientos purgativos son intentos desadaptativos de regular estados emocionales (Bagby et al., 1997; Eyzaguirre et al, 2004, como se citó en Arancibia y Behar, 2014). Según Bruch (1962, como se citó en Arancibia y Behar, 2014), a las personas con un TCA les cuesta acceder a sus emociones y suelen sentirse dominadas y sobrepasadas por éstas. No solo esto, sino que también presentan dificultades para representar mentalmente las emociones de otras personas. Todo esto les genera mucho malestar y ansiedad, la cual manejan a través de la comida y de comportamientos purgativos y compensatorios. Jeammet (1997, como se citó en Arancibia y Behar, 2014) considera a los TCA como una adicción, ya que su objetivo es controlar las emociones negativas desbordantes del individuo con estrategias desadaptativas, como es el ayuno, los atracones o las purgas.

Se ha observado que el 77% de los pacientes con anorexia nerviosa muestran alexitimia (Bagby, Bourke, Parker y Taylor, 1992, como se citó en Arancibia y Behar, 2014). En concreto, presentan dificultades para describir verbalmente sus emociones y para fantasear (Troop et al, 1995, como se citó en Arancibia y Behar, 2014). Además, les resulta difícil diferenciar sus sensaciones físicas de sus emociones (Bydlowski et al, 2005, como se citó en Arancibia y Behar, 2014) y tienen dificultades para reconocer las emociones negativas en las expresiones faciales de los demás (Kucharska et al, 2003, como se citó en Arancibia y Behar, 2014). No solo parece que las personas con anorexia nerviosa tienden a reprimir o controlar las emociones

negativas, sino también las positivas (Kucharska et al, 2003, como se citó en Arancibia y Behar, 2014).

En el caso de la bulimia nerviosa, los pacientes tienden a recurrir a los atracones y a los comportamientos purgativos para poder manejar la ansiedad y el estrés. Además, son incapaces de relacionar esta reacción al estrés con cualquier estímulo emocional, debido a la alexitimia (Davis y Marsh, 1986; Schmidt et al, 1993, como se citó en Arancibia y Behar, 2014). Según Feinstein y Sorosky, 1988 (como se citó en Arancibia y Behar, 2014), las personas con bulimia tienen dificultades para identificar, describir y controlar un amplio abanico de estados emocionales, además de para diferenciar sensaciones corporales de las emociones.

La alexitimia limita los resultados terapéuticos, por lo que debe ser tenida en cuenta en el tratamiento (Bydlowski et al, 2005; Taylor, 1997, como se citó en Arancibia y Behar, 2014). Los profesionales deberían monitorizar la identificación y expresión emocional en los pacientes con TCA y ayudarles a desarrollar estrategias específicas y adaptativas para identificar y expresar las emociones (Corcos, Loas, Speranza y Wallier, 2007, como se citó en Arancibia y Behar, 2014).

Siguiendo en esta línea, Carpiniello, Pinna y Sanna (2014) hicieron una revisión sistemática de la literatura centrada en las implicaciones que tiene la alexitimia en el tratamiento y en el efecto que tiene la terapia en los niveles de alexitimia de sujetos con TCA. Para ello, se seleccionaron 15 estudios. Diez de dichos estudios se centraban en la alexitimia como predictor de los resultados de la terapia. Groot et al (1995, como se citó en Carpiniello et al., 2014) evaluaron la alexitimia en una muestra de 31 mujeres con bulimia nerviosa, las cuales recibían psicoterapia semanalmente. Después del tratamiento, las pacientes eran divididas en dos grupos, grupo de las abstinentes, que no se daban atracones ni mostraban comportamientos purgativos, y grupo de las sintomáticas, las cuales mostraban más de un episodio de atracón y/o purga. Se observaron diferencias significativas entre ambos grupos en la conciencia emocional, habiendo más mujeres alexitímicas en el grupo sintomático que en el grupo abstinente. En el alta, la ausencia de atracones y de vómitos correlacionaba con una reducción significativa en las puntuaciones del TAS-26 (escala de alexitimia de Toronto), el cual evalúa la alexitimia, lo que significa que existe una relación entre la mejora de los síntomas del TCA y la reducción de la alexitimia. Ohmann et al (2013, como se citó en Carpiniello et al., 2014) evaluaron a una muestra de 29 adolescentes, todas ellas mujeres, con anorexia nerviosa, las cuales asistieron a un grupo de terapia cognitivo conductual durante 10 meses. Se las evaluaba antes del tratamiento, durante el tratamiento (a los 3, 6 y 9 meses), un año después del comienzo del estudio y un año después del final del tratamiento. En función de los resultados obtenidos, se dividió a las pacientes en tres grupos, definidos como bueno, pobre y abandonos. En todos los

momentos temporales en los que fueron evaluadas, se observó que las pacientes asignadas al grupo “bueno” obtuvieron puntuaciones más bajas que el resto de pacientes en el TAS-26. Las pacientes que abandonaron fueron las que tenían puntuaciones más altas en el TAS-26, es decir, las que puntuaban más alto en alexitimia.

En general, en casi todos los estudios se observó que los pacientes con una mayor dificultad para identificar sus emociones en la línea base seguían mostrando bastantes síntomas del TCA en el seguimiento y presentaban una peor mejoría (Carpiniello et al., 2014). También se observó que aquellos tratamientos que tienen en cuenta las emociones suelen ser más eficaces que aquellos que no intervienen sobre éstas.

Con el objetivo de estudiar si existen diferencias entre los distintos trastornos de la conducta alimentaria en cuanto a la alexitimia, Davies, Schmidt, Swan y Tchanturia (2012) estudiaron la expresión verbal de las emociones en personas con anorexia y bulimia nerviosa, en comparación con personas sanas. Para ello, reclutaron a 42 personas con anorexia nerviosa, 27 con bulimia nerviosa y 34 sujetos control. Se observó que las personas con anorexia nerviosa son más inhibidas a la hora de expresar verbalmente sus emociones en comparación con los sujetos sanos e incluso con los pacientes con bulimia nerviosa. En cuanto a la supresión emocional, tanto los pacientes con anorexia como los pacientes con bulimia mostraban una mayor supresión que los sujetos control. Teniendo en cuenta estos resultados, los autores proponen que se debería enseñar a los pacientes con anorexia y bulimia nerviosa a utilizar estrategias de reevaluación y no de supresión, relacionadas con patrones de expresión y funcionamiento social más sanos. Dichas estrategias les permiten manejar sus emociones antes de que lleguen a ser desbordantes y les ayuda a reducir su malestar (Davies et al., 2012).

Siguiendo en esta línea, Cruz, Etxebarria y Pascual, (2011) estudiaron las diferencias emocionales entre mujeres que presentaban distintos tipos de TCA. Concretamente, se centraron en ansiedad rasgo, alexitimia, percepción negativa de las emociones, actitud negativa hacia la expresión emocional, influencia de la dieta, el peso y la imagen corporal en el estado de ánimo, la necesidad de control y las estrategias de afrontamiento. Para ello, seleccionaron a 98 mujeres, 17 de ellas con bulimia nerviosa purgativa, 17 con bulimia nerviosa no purgativa, 22 con anorexia nerviosa no especificada y 42 con bulimia nerviosa no especificada. Todas ellas tuvieron que responder a los siguientes cuestionarios: escala de ansiedad rasgo del STAI, la escala de alexitimia Toronto, la escala de percepción emocional, la escala de actitudes hacia la expresión emocional, la escala de la influencia de la dieta, el peso y la imagen corporal sobre el estado de ánimo, la escala de la necesidad de control y el cuestionario de las respuestas al estrés. Los resultados indicaban que las mujeres con anorexia nerviosa presentaban el perfil emocional más negativo. En el caso de las mujeres con bulimia nerviosa, se observaron diferencias en

función del tipo de bulimia. Las que tenían bulimia nerviosa purgativa tenían un perfil emocional más negativo que las que tenían bulimia no purgativa o no específica. En cuanto a la alexitimia, se encontró que las mujeres con anorexia nerviosa no específica tenían más dificultades para describir sus emociones que las mujeres con bulimia, tanto no purgativa como inespecífica. Es decir, los diversos estudios concluyen que las personas que padecen anorexia nerviosa suelen presentar más dificultades que las personas que sufren bulimia a la hora de expresar y describir sus emociones, aunque éstas últimas presentan niveles más altos de alexitimia que las personas sanas.

Por último, otra de las variables psicológicas más relacionadas con los TCA y que más se ha estudiado es el perfeccionismo. Burns (1980, como se citó en Pamies y Quiles, 2014) define a una persona perfeccionista como aquella que se fija unas metas irreales e imposibles de alcanzar y que define su autoestima en función del logro de dichas metas. Autores como Dewey, Owens, Slade y Terry-Short (1995, como se citó en Pamies y Quiles, 2014) y Hamacheck (1978), distinguen entre perfeccionismo normal o positivo y perfeccionismo neurótico o negativo, también conocidos como perfeccionismo adaptativo y desadaptativo respectivamente. El primer tipo de perfeccionismo se caracteriza por el esfuerzo en conseguir una serie de metas realistas, que producen un sentimiento de satisfacción cuando son alcanzadas, mientras que el segundo tipo se caracteriza por el esfuerzo en conseguir metas poco realistas y prácticamente imposibles de alcanzar, lo que genera un sentimiento de fracaso. Ya desde Hamacheck (1978, como se citó en Boone, Braet, Soenens y Vansteenkiste, 2012) se considera que el perfeccionismo es un constructo multidimensional y que no tiene que por qué ser desadaptativo, sino que también puede ser adaptativo.

Con respecto al papel del perfeccionismo en los trastornos de la conducta alimentaria, Arancibia, Behar y Gramegna (2014) realizaron una revisión exhaustiva de artículos que relacionan el perfeccionismo y la insatisfacción corporal con los TCA. Para estos autores, el perfeccionismo desadaptativo consta de tres dimensiones, conocidas como perfeccionismo auto-orientado, socialmente prescrito y orientado hacia los demás. Encontraron que el perfeccionismo socialmente prescrito y el auto-orientado están asociados con conductas y actitudes típicas de los TCA, especialmente con comportamientos restrictivos. Además, median y moderan la relación entre la insatisfacción corporal y el TCA. Tanto el perfeccionismo como la insatisfacción corporal promueven una baja autoestima, la tendencia a compararse con otras personas, el deseo de lograr y mantener un cuerpo delgado... Esto implica que, si en terapia se trabaja sobre el alto perfeccionismo y la insatisfacción corporal de los pacientes, reduciéndolos, mejorarán variables relacionadas como la autoestima.

Siguiendo con el perfeccionismo y su relación con los TCA, Arana, Elizathe, Rutzstein y Scappatura (2011) realizaron una búsqueda bibliográfica de aquellos estudios que se centraron en el perfeccionismo adaptativo y desadaptativo en los trastornos de la conducta alimentaria. Seleccionaron 10 artículos, de los cuales obtienen conclusiones distintas. Algunos estudios concluyen que existe una relación entre la sintomatología del TCA y el perfeccionismo desadaptativo (Ashby, Kottma y Schoen, 1998; Davis, 1997; Dewey, Owens, Slade y Terry-Short, 1995; Dour y Theran, 2011; Gleaves y Pearson, 2006; Soenens, 2008, como se citó en Arana et al., 2011), mientras que otros plantean que dicha relación se da con ambas dimensiones del perfeccionismo, es decir, tanto con la dimensión desadaptativa como con la adaptativa (Bardone-Cone, 2007; Bardone-Cone et al, 2008; Bastiani, Kaye, Rao y Weltzin, 1995; Ediger, Flett y Hewitt, 1995; como se citó en Arana et al., 2011). Bardone-Cone (2007, como se citó en Arana et al., 2011) señala que tanto el perfeccionismo auto-orientado como el socialmente prescrito se asocia a la ingesta restrictiva y a la inducción de vómitos.

Por otro lado, Egan, Lethbridge, Nathan, Street y Watson, (2011) llevaron a cabo un estudio con el objetivo de comprender qué papel tienen el perfeccionismo, la sobreevaluación del cuerpo y del peso, el pensamiento dicotómico y el establecimiento condicional de metas en los TCA. El establecimiento condicional de metas es la tendencia a considerar metas de orden superior, como puede ser la felicidad, como condicionadas a metas de orden inferior, de tal forma que solo pueden ser alcanzadas si se consiguen dichas metas de orden inferior. Para estudiar el papel de las variables previamente mencionadas, seleccionaron una muestra de 238 mujeres mayores de 16 años, de las cuales 41 tenían anorexia nerviosa, 101 tenían bulimia nerviosa y 96 tenían un TCA no especificado. El grupo control estaba compuesto por 248 personas, todas ellas mujeres, sin ningún tipo de trastorno. Para medir el perfeccionismo se utilizaron las escalas que evalúan el perfeccionismo auto-orientado y el socialmente prescrito del Inventario de Trastornos Alimentarios (EDI). La sobreevaluación del cuerpo y del peso se midió con dos ítems (el 22 y el 23) del EDE-Q (*Eating Disorder Examination Questionnaire*) y el pensamiento dicotómico se media con el DTEDS, *Dichotomous Thinking in Eating Disorders Scale*. Por último, el establecimiento condicional de metas se medía con el CGS-EDS, *Conditional Goal Setting in Eating Disorders Scale*. Una vez realizados los análisis estadísticos, se encontró que las mujeres que tienen un TCA puntúan más alto en todas las variables que las mujeres de la muestra sana (Egan et al., 2011). En cuanto al perfeccionismo, se observó que existe una mayor relación entre el perfeccionismo auto-orientado y la psicopatología del TCA que entre ésta y el perfeccionismo socialmente prescrito. Watson et al. (2011, como se citó en Egan et al., 2011), plantean que la sobreevaluación del cuerpo y del peso y el establecimiento condicional de metas media la relación entre el perfeccionismo auto-orientado y la psicopatología del TCA.

Se ha observado que el perfeccionismo no solo está presente en las personas con un TCA, sino que también es un factor de riesgo que promueve su desarrollo (Booene, Braet, Goossens y Soenens, 2010; Fairburn et al., 1998; Ghaderi, Miller, Vaillancourt y Welch, 2009; Nilsson et al., 2008, como se citó en Pamies y Quiles, 2014). Pamies y Quiles (2014) tenían como objetivo estudiar la relación entre las distintas dimensiones del perfeccionismo y conductas alimentarias de riesgo en un grupo de adolescentes de ambos sexos. Para ello, se seleccionó a 2142 adolescentes de 9 centros educativos de secundaria de Alicante, de los cuales el 47.2% eran chicos y el 52.8% eran chicas. Se les administró el *Eating Attitude Test* (EAT-40) con el objetivo de rastrear la presencia de actitudes referentes a una alimentación anómala. Si las chicas obtenían una puntuación superior a 23 y los chicos una puntuación superior a 18, se consideraba que presentaban riesgo de desarrollar un TCA. También se les administró *The Child and Adolescent Perfectionism Scale* (CAPS) que consta de dos escalas, una que evalúa el perfeccionismo auto-orientado y otra que evalúa el perfeccionismo socialmente prescrito. En cuanto a los resultados, a pesar de que las chicas obtuvieron puntuaciones más altas que los chicos en el EAT-40, las diferencias entre ambos grupos no fueron significativas. Con respecto a las puntuaciones obtenidas en el CAPS, los chicos obtuvieron puntuaciones más altas en la dimensión auto-orientada del perfeccionismo, aunque las diferencias entre ambos grupos tampoco fueron significativas. También se calculó la correlación entre las puntuaciones obtenidas en el EAT-40 y las dimensiones del perfeccionismo, tanto para los chicos como para las chicas. Tanto en el caso de las chicas como en el de los chicos, se obtuvo que existe una relación significativa ($p < .01$) entre el perfeccionismo auto-orientado y el factor de restricción alimentaria. También se observó que los chicos y chicas que tenían más riesgo de desarrollar un TCA eran aquellos que obtenían las mayores puntuaciones en perfeccionismo auto-orientado y en el socialmente prescrito. Sin embargo, el perfeccionismo auto-orientado predecía mejor que el socialmente prescrito el riesgo de desarrollar un TCA para ambos sexos. A raíz de estos resultados, Pamies y Quiles (2014) proponen abordar el perfeccionismo auto-orientado y socialmente prescrito como forma de prevenir el desarrollo de un TCA, ya que suponen un factor de vulnerabilidad para este tipo de trastornos.

Siguiendo en esta línea, autores como Dunkley (2000, como se citó en Boone et al., 2012) distinguen dos componentes del perfeccionismo, que son los estándares/normas personales (personal standards) y las preocupaciones evaluativas (evaluative concerns). Boone et al. (2012) llevaron a cabo un estudio para evaluar el impacto que tienen estos dos componentes del perfeccionismo en el desarrollo de un TCA. Para ello, seleccionaron aleatoriamente a 99 sujetos, todas ellas mujeres de entre 18 y 30 años, de la universidad de Ghent, en Bélgica. El experimento constaba de tres fases. En la primera fase se medían variables demográficas como la edad o el IMC, y el rasgo de perfeccionismo. En la segunda fase, se

asignaba aleatoriamente a las participantes a uno de tres grupos. Uno de los grupos era el de elevados estándares personales, otro grupo era el de elevados estándares personales y preocupaciones evaluativas y un tercer grupo era el de bajos estándares personales. En el primer grupo se les pedía a las participantes que se fijasen y persiguiesen metas y expectativas altas; en el segundo grupo se les pedía lo mismo que en el primero, unido a que mostrasen una preocupación a ser evaluadas negativamente por los demás o a fracasar; a las participantes del tercer grupo se les pidió que se fijasen metas fácilmente alcanzables y que no fuesen muy exigentes consigo mismas. La tercera fase consistía en la administración de una serie de cuestionarios que evaluaban sus comportamientos, sentimientos y pensamientos durante las últimas 24 horas, en las que han estado cumpliendo con las tareas asignadas en función del grupo experimental al que pertenecían. También se evaluaba la presencia de síntomas típicos del TCA, como la insatisfacción corporal, atracones e ingesta restrictiva.

Una vez realizados los análisis estadísticos pertinentes, se observó que las participantes que se encontraban en cualquiera de las dos condiciones perfeccionistas puntuaban más alto tanto en estándares personales como en preocupaciones evaluativas que aquellas que pertenecían a la condición de no perfeccionistas. Esto parece indicar que la mera activación de los estándares personales conlleva una activación de preocupaciones evaluativas y la autocrítica que lo caracteriza. Es decir, que cuando una persona se fija metas personales altas también tiende a evitar a toda costa fracasar y teme defraudarse tanto a sí misma como a los demás, siendo más exigente consigo misma (Boone et al., 2012). En cuanto a la posible relación entre los dos componentes del perfeccionismo y la sintomatología propia del TCA, se encontró que el componente de preocupaciones evaluativas predice comportamientos restrictivos, atracones e insatisfacción corporal. Es decir, las participantes que estaban en alguna de las dos condiciones perfeccionistas mostraron en 24 horas más sintomatología restrictiva y atracones que las participantes asignadas a la condición no perfeccionista. Por último, Boone et al (2012) llegaron a la conclusión de que se podrían inducir el perfeccionismo como estado y síntomas de TCA en los participantes, independientemente de su nivel de perfeccionismo como rasgo. Plantean que el perfeccionismo puede ser maleable por influencias ambientales, que puede ser una característica que todos poseemos y que puede ser activado si se dan una serie de circunstancias ambientales. Como consecuencia de los resultados obtenidos, Boone et al (2012) plantean que debería haber programas de prevención que se centren en el perfeccionismo como forma de prevenir el desarrollo de un TCA.

Conocer los principales factores etiológicos y mantenedores de este tipo de trastornos es crucial para ofrecer un tratamiento adecuado. Respecto al tipo de terapia empleada en los TCA, predomina el uso de la terapia individual frente a la grupal (Bustamante, del Arco y Tornero, 2014). Una de las principales limitaciones de los estudios sobre terapia grupal en TCA es el

pequeño tamaño muestral (Bustamante, del Arco y Tornero, 2014), ya que los grupos terapéuticos no suelen estar formados por más de 10 personas. En la actualidad, existe escasa bibliografía sobre la eficacia del tratamiento grupal de los trastornos de la conducta alimentaria, siendo más escasos todavía aquellos estudios que incluyan grupos de pacientes con diversos diagnósticos de TCA, ya que se tiende a crear los grupos terapéuticos en base al diagnóstico que presenta el paciente. Debido a esta escasez de literatura sobre la eficacia de la terapia grupal en TCA, la relevancia del presente estudio radica en la posibilidad de ofrecer información sobre la eficacia de este tipo de tratamiento de los trastornos de la conducta alimentaria, frente a la eficacia del formato individual para estos trastornos.

A modo de conclusión, numerosos estudios han encontrado una fuerte relación entre la autoestima, la alexitimia y el perfeccionismo con los TCA. En el caso de la autoestima, ésta mantiene una estrecha relación con la insatisfacción corporal. Se ha observado que, aunque la autoestima de pacientes recuperados de su TCA es superior a la de los pacientes con un TCA, su autoestima sigue siendo más baja que la de sujetos sanos, por lo que es importante mejorarla y fortalecerla en terapia. Con respecto a la alexitimia, los estudios reflejan la gran dificultad que tienen las personas con un TCA para poder identificar y describir sus emociones y para poder distinguir éstas de sus sensaciones corporales. Se considera que las restricciones, los atracones y las purgas son intentos desadaptativos de manejar sus emociones negativas y desbordantes, por lo que conviene que los tratamientos psicológicos realicen intervenciones centradas en las emociones para que la recuperación de los pacientes sea lo más completa posible. Por último, se ha observado que el perfeccionismo, concretamente el auto-orientado, está muy relacionado con la presencia de sintomatología TCA. Es decir, la fijación de metas difíciles de alcanzar y el miedo al fracaso y/o a defraudar a los demás promueve una baja autoestima e insatisfacción corporal, que a su vez facilita los atracones y las restricciones. Por tanto, es importante tener en cuenta estas tres variables a la hora de trabajar en terapia con personas con un TCA, ya que se ha comprobado su impacto en el tratamiento y en la posibilidad de recuperación de los pacientes.

Teniendo en cuenta todo lo presentado anteriormente, el objetivo de este estudio es observar si existen diferencias significativas en las variables perfeccionismo, autoestima y alexitimia entre pacientes con un TCA que sólo reciben terapia individual y pacientes que, además, reciben terapia grupal. Sería interesante conocer si existen diferencias significativas entre ambos grupos, ya que, en función del resultado obtenido, puede que sea más recomendable para tratar este tipo de trastornos ofrecer un tratamiento grupal además de individual. Otro gran objetivo será estudiar el impacto que tienen el perfeccionismo, la alexitimia y la baja autoestima en la sintomatología TCA, es decir, si su presencia favorece o dificulta la mejoría de las pacientes.

En cuanto a las hipótesis, este estudio plantea las siguientes:

Hipótesis 1: existirán diferencias estadísticamente significativas en la variable perfeccionismo entre las pacientes que reciben terapia individual y las pacientes que, además, reciben terapia grupal, siendo éste superior en el primer grupo de pacientes.

Hipótesis 2: existirán diferencias estadísticamente significativas en la variable alexitimia entre las pacientes que reciben terapia individual y las pacientes que, además, reciben terapia grupal, siendo ésta superior en el primer grupo de pacientes.

Hipótesis 3: existirán diferencias estadísticamente significativas en la variable autoestima entre las pacientes que reciben terapia individual y las pacientes que, además, reciben terapia grupal, siendo ésta inferior en el primer grupo de pacientes.

Hipótesis 4: existirán diferencias estadísticamente significativas en la sintomatología TCA entre las pacientes en función de su nivel de perfeccionismo, de tal forma que, a menor perfeccionismo, menos sintomatología TCA (a nivel comportamental, emocional y cognitivo).

Hipótesis 5: existirán diferencias estadísticamente significativas en la sintomatología TCA entre las pacientes en función de su nivel de alexitimia, de tal forma que, a menor alexitimia, menos sintomatología TCA (a nivel comportamental, emocional y cognitivo).

Hipótesis 6: existirán diferencias estadísticamente significativas en la sintomatología TCA entre las pacientes en función de su autoestima, de tal forma que, a mayor autoestima, menos sintomatología TCA (a nivel comportamental, emocional y cognitivo).

Hipótesis 7: existirán diferencias estadísticamente significativas en las variables objeto de estudio entre las pacientes en función del tiempo que llevan acudiendo a terapia.

Método

Participantes

En esta investigación, se seleccionaron 15 sujetos, todas ellas mujeres mayores de edad, de nacionalidad española y diagnosticadas con un trastorno de la conducta alimentaria. El nivel educativo y socioeconómico de las mujeres de la muestra es moderado-elevado. Todas ellas acudían al Centro de Psicoterapia Vínculo a recibir terapia individual y/o grupal. Concretamente, los diagnósticos que presentaban las pacientes eran anorexia nerviosa y bulimia nerviosa, aunque dichos diagnósticos no fueron tenidos en cuenta a la hora de formar el grupo terapéutico. La edad de la muestra oscilaba entre los 19 y los 34 años ($M = 26,13$, $DT = 4,20$).

El grupo terapéutico estaba formado por 7 pacientes con distintos diagnósticos de TCA, ya que las terapeutas del centro psicológico comparten la perspectiva transdiagnóstica de Fairburn (2003), la cual plantea que los distintos trastornos de la conducta alimentaria comparten una serie de características y que existe una evolución entre diagnósticos, oscilando entre los comportamientos restrictivos, los atracones y las conductas purgativas. Por ello, no existían varios grupos terapéuticos en función del tipo de TCA, sino que todas las pacientes acudían al mismo grupo. Del total de la muestra, 8 eran las pacientes que sólo acudían a terapia individual. En cuanto al tiempo en terapia, existen diferencias entre las pacientes. Algunas pacientes llevaban pocos meses en terapia, mientras que otras acudían desde hace años (siendo el máximo 6 años). Debido a las diferencias existentes entre las pacientes en cuanto al tiempo que llevan acudiendo a terapia, se estudiarán las diferencias en las variables objeto de estudio (perfeccionismo, alexitimia, autoestima y síntomas TCA) entre las pacientes, teniendo en cuenta dicho tiempo.

Instrumentos

Los instrumentos empleados para evaluar las variables del estudio se presentan y describen a continuación:

- **Escala de Alexitimia de Toronto (TAS-20):** el TAS-20 es una escala revisada que evalúa el nivel de alexitimia que presenta un sujeto. Dicha escala fue elaborada por Parker, Bagby y Taylor en 1992 y adaptada al castellano por Francisco Martínez Sánchez en 1996. Está formada por un total de 20 ítems con un formato de respuesta tipo Likert con 5 opciones, donde 1 indica “muy en desacuerdo” y 5 indica “muy de acuerdo”. Los ítems que componen la escala se agrupan en tres factores, que son “dificultad para identificar las emociones”, “dificultad para describir las emociones” y “pensamiento orientado hacia lo externo”. Un ejemplo de ítem del primer factor es “Tengo sentimientos que no puedo identificar”. En cuanto al factor II, un ejemplo de ítem es “Me es difícil describir o explicar lo que siento sobre la gente”. Por último, un ejemplo de ítem del tercer factor es “Prefiero dejar que pasen las cosas en vez de analizar por qué han ocurrido así”. La puntuación que puede obtener un sujeto oscila entre los 20 y 100 puntos, siendo 61 la puntuación mínima que tiene que obtener un sujeto para considerarle alexitímico. Martínez Sánchez (1996), una vez adaptó el TAS-20 al castellano, seleccionó a 370 estudiantes de la Universidad de Murcia (en concreto, 107 hombres y 263 mujeres) y les administró dicha escala. Calculó el coeficiente alfa de Cronbach, siendo ,78 para la muestra total, ,82 para el grupo de hombres y ,76 para el grupo de mujeres. En cuanto a la validez, Martínez Sánchez (1996) calculó las correlaciones entre las puntuaciones de alexitimia obtenidas en el TAS-20 con las

puntuaciones obtenidas en otras escalas que evalúan variables relacionadas con la alexitimia (en concreto, nivel de alexitimia, síntomas somáticos, locus de control externo, ansiedad, actitud negativa hacia la expresión emocional, necesidad de cognición, autoconciencia pública y privada y deseabilidad social). Todas las correlaciones obtenidas fueron significativas, por lo que se pudo concluir en ese estudio que la escala de alexitimia de Toronto tiene una buena validez ($r = ,51; ,37; ,37; ,39; ,51; -,41; -,21$ y $-,41$ respectivamente).

- **Escala de Autoestima de Rosenberg:** se trata de una escala elaborada por Rosenberg (1965) y adaptada al castellano por Echeburúa (1995), que consta de 10 ítems que evalúan la autoestima, de los cuales cinco están enunciados positivamente (1, 2, 4, 6 y 7) y los otros cinco negativamente (3, 5, 8, 9 y 10). El formato de respuesta es tipo Likert con cuatro opciones de respuesta, donde 1 indica “totalmente en desacuerdo” y 4 “totalmente de acuerdo” (Vázquez, Jiménez y Vázquez-Morejón, 2004). Algunos ejemplos de los ítems que componen la escala son “Puedo hacer las cosas tan bien como la mayoría de la gente” o “A veces pienso que no sirvo para nada”. La puntuación total oscila entre 10 y 40, de tal forma que si el sujeto obtiene una puntuación igual o menor que 25 significa que tiene una autoestima baja. Si obtiene una puntuación entre 30 y 40, su autoestima es alta. Vázquez, Jiménez y Vázquez-Morejón (2004) evaluaron la fiabilidad y validez de dicha escala en una muestra de 533 sujetos de Andalucía con diversos diagnósticos. El coeficiente alfa de Cronbach obtenido para toda la muestra fue de ,87. En cuanto a la validez de constructo, se calcularon las correlaciones entre las puntuaciones obtenidas en la escala de autoestima de Rosenberg y las puntuaciones obtenidas en el cuestionario de 90 síntomas SCL-90 R y el test de actitud hacia la alimentación EAT-40. Se obtuvieron correlaciones significativas con ambas pruebas, lo que indica que la escala de autoestima de Rosenberg era válida para evaluar la autoestima (con correlaciones de $-,61$ y $,40$ respectivamente).
- **Escala Multidimensional de Perfeccionismo (MPS):** se trata de una escala construida por Hewitt y Flett (1991) que evalúa tres dimensiones del perfeccionismo, que son el perfeccionismo auto-orientado (ej: “Siempre me exijo a mí mismo la perfección”), el perfeccionismo orientado a los demás (ej: “Espero mucho de las personas que son importantes para mí”) y el perfeccionismo socialmente prescrito (ej. “Los demás me aceptan tal como soy, incluso cuando no triunfo”), (Flett, Hewitt, Mikail y Turnbull-Donovan, 1991). Dicha escala tiene tres factores, que se corresponden con las tres dimensiones del perfeccionismo mencionadas. Consta de 45 ítems que se contestan mediante una escala de tipo Likert con 7 opciones de respuesta, donde 1 es “totalmente en desacuerdo” y 7 es “totalmente de acuerdo”. La máxima puntuación posible es 315. Ortega, Rodríguez, Rojo y Sepúlveda (2009) adaptaron dicha escala al castellano y la

administraron a una muestra de 356 estudiantes universitarios y de ciclos formativos. Se calculó tanto la fiabilidad global de la escala como la fiabilidad de los tres factores que la componen. El alfa de Cronbach de la escala fue de ,86, siendo el alfa de la dimensión perfeccionismo auto-orientado ,87, del socialmente prescrito ,76 y del orientado a los demás ,66. En cuanto a la validez, se calculó la correlación entre las puntuaciones obtenidas en el MPS y entre la subescala de perfeccionismo del Inventario de trastornos de la conducta alimentaria (EDI-2) y el cuestionario de ansiedad y depresión HADS. Las correlaciones entre los tres factores del MPS y la subescala de perfeccionismo del EDI-2 son significativas, siendo la más alta con el perfeccionismo auto-orientado (,61). La correlación entre la dimensión de ansiedad del HADS y el perfeccionismo auto-orientado es ,29 y con el socialmente prescrito es de ,35, ambas siendo significativas. La correlación entre la dimensión de depresión del HADS y el perfeccionismo socialmente prescrito es de ,33, también significativa. No existe una puntuación de corte determinada en dicha escala que indique que a partir de ella el perfeccionismo es desadaptativo o negativo. Simplemente cuanto mayor sea la puntuación obtenida en cada una de las tres dimensiones, más desadaptativos son los comportamientos y actitudes perfeccionistas que muestra el sujeto.

- **Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria (EDI-2):** se trata de un inventario de trastornos de la conducta alimentaria y es una versión revisada del EDI. Fue creado en 1998 por David M. Garner y adaptada al castellano en 1998 por Corral, González, Pereña, y Seisdedos. Consiste en un cuestionario compuesto por 91 ítems que evalúan aspectos relacionados con los TCA, concretamente con la anorexia y bulimia nerviosa. Dichos ítems se organizan en 11 escalas, que son “obsesión por la delgadez (OD)”, “bulimia (B)”, “insatisfacción corporal (IC)”, “ineficacia (IE)”, “perfeccionismo (P)”, “desconfianza interpersonal (DI)”, “conciencia interoceptiva (CI)”, “miedo a la madurez (MM)”, “ascetismo (A)”, “impulsividad (I)” e “inseguridad social (IS)”. Algunos ejemplos de los ítems que componen dicho inventario son “Me siento culpable cuando como en exceso”, “Suelo pensar en darme un atracón”, “Pienso que mis muslos son demasiado grandes”, “Me siento seguro/a de mí mismo/a”, “Mis padres esperaban de mí resultados sobresalientes”, “Confío en los demás”, “Suelo estar confuso/a sobre mis emociones”, “Las exigencias de la vida adulta son excesivas”, “Me gustaría poder tener un control total sobre mis necesidades corporales”, “Digo impulsivamente cosas de las que después me arrepiento” y “Prefiero pasar el tiempo solo/a que estar con los demás” (ítems respectivos de cada una de las escalas mencionadas). Una de las principales ventajas de dicho cuestionario es su sensibilidad a los cambios que se producen a lo largo del tratamiento. Además, muestra una fiabilidad entre ,83 y ,92, excepto para la escala “miedo a la madurez”, que presenta un alfa de Cronbach de ,65.

Con respecto a la validez, se obtuvieron correlaciones significativas entre la subescala de motivación para adelgazar y el test de actitudes hacia la comida EAT ($r = ,71$), la subescala de restricciones alimentarias y el EAT ($r = ,61$) y entre la subescala de bulimia y las subescalas de bulimia y preocupación por la comida del EAT ($r = ,68$).

Procedimiento

Previo a la administración de los cuestionarios, se otorgó a las pacientes un consentimiento informado en el cual se explicaba en qué consistía la investigación y qué implicaría su participación en ella. También se explicitaba en este consentimiento que podrían abandonar la investigación en cualquier momento, sin tener que dar ningún tipo de explicación y que los datos serían tratados de forma confidencial. Una vez firmado el consentimiento informado, las pacientes realizaron los cuatro cuestionarios (escala de autoestima de Rosenberg, TAS-20, MPS y EDI-2). Tanto el consentimiento como los cuestionarios se administraron vía online, ya que la recogida de datos es más rápida en comparación con la administración en papel. Además, de esta forma se evitaba que las pacientes perdiesen el material a cumplimentar.

Cada cuestionario incluía una breve explicación sobre qué evalúa y cómo se contesta. El tiempo estimado de realización de los cuatro cuestionarios era de aproximadamente una hora. Debido a que las pacientes proporcionaban su nombre y apellidos, se creó una clave para cada una de ellas con el objetivo de proteger sus datos y garantizar su confidencialidad a la hora de analizar los resultados.

Análisis estadísticos

Los análisis estadísticos se realizaron con la versión 22.0 del programa estadístico SPSS.

La prueba estadística utilizada para evaluar las diferencias entre las pacientes en función del tipo de terapia que reciben en las variables dependientes fue la prueba no paramétrica para muestras independientes U de Mann-Whitney, debido a que el tamaño de la muestra no es lo suficientemente grande y, por tanto, no se cumple el supuesto de normalidad. En el caso en que las comparaciones se realizan entre tres muestras independientes, la prueba estadística utilizada es Kruskal Wallis.

A la hora de estudiar la relación entre las variables perfeccionismo y sintomatología TCA, se calcularon correlaciones de Pearson y de Spearman, en el caso en que alguna de las puntuaciones de dichas variables no se distribuyese con normalidad.

Resultados

Antes de proceder con los análisis estadísticos, se calculó la media ($M = 26,13$) y la desviación típica ($4,20$) de la edad de las pacientes que componen la muestra. También se calculó el porcentaje de pacientes que atienden a terapia individual ($53,3\%$) y a terapia individual y grupal ($46,7\%$) respectivamente.

Con el objetivo de observar si existen diferencias significativas en la variable perfeccionismo en función del tipo de terapia que reciben las pacientes, se realizó la prueba de U de Mann-Whitney. Como se recoge en las tablas 1 y 2, la prueba de U de Mann-Whitney indica que no existe evidencia para decir que el perfeccionismo auto-orientado (PAO), socialmente prescrito (PSP) y orientado a los demás (POD) fuera significativamente superior en las pacientes que sólo reciben terapia individual en comparación con las pacientes que, además, acuden a terapia grupal ($U = 18, p = ,247$; $U = 14, p = ,104$; $U = 22, p = ,485$, respectivamente).

Tabla 1

Medianas del perfeccionismo auto-orientado, socialmente prescrito y orientado a los demás en función del tipo de terapia

	N	PAO	PSP	POD
Tipo terapia				
Individual	8	9,25	9,75	7,25
Individual y grupal	7	6,57	6	8,86
Total	15			

Tabla 2

U de Mann-Whitney (perfeccionismo y tipo de terapia)

	PAO	PSP	POD
U de Mann-Whitney	18,000	14,000	22,000
Sig. asintótica (bilateral)	,247	,104	,485

$p < ,05$.

En el caso de la alexitimia, con el fin de observar si existen diferencias significativas en dicha variable en función del tipo de terapia que reciben las pacientes, se realizó la prueba de U de Mann-Whitney. Como se recoge en las tablas 3 y 4, no se ha encontrado evidencia de que la alexitimia sea significativamente superior en las pacientes que sólo reciben terapia individual ($MDN = 9,00$) en comparación con las pacientes que, además, acuden a terapia grupal ($MDN = 6,86$), $U = 20, p = ,353$. En concreto, dicha prueba indica que la dificultad para identificar

sentimientos (factor 1) fue significativamente superior en las pacientes que sólo reciben terapia individual (MDN = 10,25) en comparación con las pacientes que también acuden a terapia grupal (MDN = 5,43), $U = 10, p = ,035$. Con respecto a la dificultad para describir sentimientos (factor 2) y la presencia de un patrón de pensamiento orientado a lo externo (factor 3), no se ha encontrado evidencia de que éstos sean significativamente superiores en las pacientes que solo reciben terapia individual ($U = 21, p = ,415$ y $U = 24,5, p = ,68$, respectivamente).

Tabla 3
Medianas de la alexitimia en función del tipo de terapia

	N	TAS_total	factor 1	factor 2	factor 3
Tipo terapia					
Individual	8	9	10,25	8,88	7,56
Individual y grupal	7	6,86	5,43	7	8,50
Total	15				

Tabla 4
U de Mann-Whitney (alexitimia y tipo de terapia)

	TAS_TOTAL	TAS_factor1	TAS_factor2	TAS_factor3
U de Mann-Whitney	20,000	10,000	21,000	24,500
Sig. asintótica (bilateral)	,353	,035	,415	,681

$p < ,05$.

Con el objetivo de evaluar si existen diferencias significativas en la autoestima en función del tipo de terapia que reciben las pacientes, también se realizó la prueba U de Mann-Whitney, la cual indicó que no existe evidencia de que la autoestima sea significativamente superior en las pacientes que acuden tanto a terapia individual como grupal (MDN = 8,71), en comparación con las que solo acuden a terapia individual (MDN = 7,38), $U = 23, p = ,560$, tal y como se recoge en las tablas 5 y 6.

Tabla 5
Mediana de la autoestima en función del tipo de terapia

	N	EAR_total
Tipo terapia		
Individual	8	7,38
Individual y grupal	7	8,71
Total	15	

Tabla 6
U de Mann-Whitney (autoestima y tipo de terapia)

	EAR_TOTAL
U de Mann-Whitney	23,000
Sig. asintótica (bilateral)	,560

$p < ,05$.

Por otro lado, se estudió la relación existente entre la sintomatología TCA y el nivel de perfeccionismo. Previo a la realización de correlaciones, se comprobó si las puntuaciones en ambas variables se distribuían con normalidad. Tal y como aparece en las tablas 7 y 8, se puede asumir que las puntuaciones en todas las variables, excepto en impulsividad (I), se distribuyen normalmente ($p > ,05$). En el caso de las variables perfeccionismo socialmente prescrito (PSP) e inseguridad social (IS), el valor de p es significativo ($p < ,05$), pero, siguiendo los criterios establecidos por Curran, Finch y West (1996), se puede asumir que las puntuaciones en dichas variables se distribuyen con normalidad, ya que muestran una asimetría y curtosis inferiores a 2 y 7 respectivamente.

Tabla 7
Prueba de normalidad Kolmogorov-Smirnov

	PAO	POD	OD	B	IC	IE	P	DI	CI	MM	A
K-S											
Est.	,125	,188	,139	,168	,128	,169	,202	,175	,108	,143	,163
gl	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15
Sig.	,200*	,162	,200*	,200*	,200*	,200*	,100	,200*	,200*	,200*	,200*

* $p < ,05$

K-S = Kolmogorov-Smirnov; Est. = estadístico; gl = grados de libertad; Sig = p .

Tabla 8
Asimetría y curtosis (PSP, IS e I)

	PSP	IS	I
Asimetría	-, 834	1,079	2,378
Curtosis	,200	-, 084	6,568

Atendiendo a las correlaciones entre las distintas variables, en la tabla 9 se observa que existe relación significativa entre el perfeccionismo auto-orientado y la sintomatología TCA ($p < ,05$), excepto en el caso de ineficacia (IE) y miedo a la madurez (MM), en el que no se ha

encontrado evidencia de que exista una relación significativa entre éstas y el perfeccionismo auto-orientado ($p > ,05$). Con respecto al perfeccionismo socialmente prescrito, se observa que existe relación significativa entre éste y la sintomatología TCA ($p < ,05$), excepto en el caso de la obsesión por la delgadez (OD), bulimia (B), insatisfacción corporal (IC), conciencia interoceptiva (CI), miedo a la madurez (MM) e inseguridad social (IS), en el que no se ha encontrado evidencia de que exista una relación significativa entre éstas y el perfeccionismo socialmente prescrito ($p > ,05$). En el caso del perfeccionismo orientado a los demás, no se ha encontrado evidencia de que exista una relación significativa entre éste y la sintomatología TCA ($p > ,05$).

Tabla 9

Correlaciones de Pearson entre perfeccionismo y sintomatología TCA

		OD	B	IC	IE	P	DI	CI	MM	A	IS
PAO	Correlación de Pearson	,570*	,573*	,573*	,348	,687**	,670**	,610*	,421	,730**	,611*
	Sig. (bilateral)	,027	,025	,026	,203	,005	,006	,016	,118	,002	,015
	N	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15
PSP	Correlación de Pearson	,430	,404	,492	,555*	,764**	,567*	,459	,093	,612*	,453
	Sig. (bilateral)	,109	,136	,063	,032	,001	,027	,085	,742	,015	,090
	N	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15

* $p < ,05$; ** $p < ,01$.

Con el objetivo de evaluar si existen diferencias significativas en la sintomatología TCA entre las pacientes en función de su nivel de alexitimia, se las clasificó en dos grupos (con alexitimia y sin alexitimia) teniendo en cuenta la puntuación obtenida en la escala de alexitimia de Toronto (TAS-20). Tal y como se recoge en las tablas 10 y 11, la prueba U de Mann-Whitney indica que la sintomatología TCA, en concreto la desconfianza interpersonal (DI), fue significativamente superior en las pacientes con alexitimia (MDN = 11,50) que en las pacientes sin alexitimia (MDN = 6,25), $U = 7,50$, $p = ,030$. Para el resto de la sintomatología TCA, no se encontró evidencia de que existan diferencias estadísticamente significativas entre las pacientes en función de su nivel de alexitimia ($p > ,05$).

Tabla 10*Medianas de la sintomatología TCA en función de la alexitimia*

		OD	B	IC	IE	P	DI	CI	MM	A	I	IS
Alexitimia	N											
Sí	5	9,10	8,30	8,50	10,80	9	11,50	9,40	9,30	8,60	9,30	8,90
No	10	7,45	7,85	7,75	6,60	7,50	6,25	7,30	7,35	7,70	7,35	7,55
Total	15											

Tabla 11*U de Mann-Whitney (sintomatología TCA y alexitimia)*

	OD	B	IC	IE	P	DI	CI	MM	A	I	IS
U de Mann-Whitney	19,500	23,500	22,500	11,000	20,000	7,500	18,000	18,500	22,000	18,500	20,500
Sig. asintótica (bilateral)	,499	,852	,758	,084	,538	,030	,390	,421	,712	,421	,573

$p < ,05$.

Con el objetivo de evaluar si existen diferencias estadísticamente significativas en la sintomatología TCA entre las pacientes en función de su autoestima, se las clasificó en tres grupos (autoestima baja, media y alta) teniendo en cuenta la puntuación obtenida por cada una de ellas en la escala de autoestima de Rosenberg. Tal y como se recoge en las tablas 12 y 13, la prueba de Kruskal Wallis muestra que existen diferencias estadísticamente significativas en la sintomatología TCA, en concreto en la obsesión por la delgadez ($H(2) = 6,052, p = ,048$), la ineficacia ($H(2) = 7,460, p = ,024$) y la impulsividad ($H(2) = 6,900, p = ,032$), entre las pacientes en función de su nivel de autoestima. Para el resto de los síntomas TCA, la prueba de Kruskal Wallis muestra que no se ha encontrado evidencia que permita decir que existen diferencias estadísticamente significativas entre las pacientes en función de su nivel de autoestima ($p > ,05$). Para poder observar entre qué grupos se encontraban las diferencias estadísticamente significativas, se realizaron pruebas U de Mann-Whitney entre los tres grupos de autoestima (baja-media; baja-alta; media-alta). Tal y como aparece en la tabla 14, solo se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el caso de la impulsividad (I), siendo ésta superior en las pacientes que tienen una autoestima baja en comparación con las que tienen una autoestima media ($U = 0, p = ,008$).

Tabla 12*Medianas de la sintomatología TCA en función de la autoestima*

	OD	B	IC	IE	P	DI	CI	MM	A	I	IS
Autoestima											
Baja	12	9,70	11,20	12,40	10,50	9,90	10,60	7,80	11,20	10,60	10,40
Media	5,80	5,40	7,90	5,40	5,30	5,10	5	6,60	6,20	3,80	6
Alta	6,20	8,90	4,90	6,20	8,20	9	8,40	9,60	6,60	9,60	7,60

Tabla 13*Kruskal Wallis (sintomatología TCA y autoestima)*

	OD	B	IC	IE	P	DI	CI	MM	A	I	IS
Chi-cuadrado	6,052	2,682	5,010	7,460	3,438	3,357	4,009	1,163	3,895	6,900	2,596
gl	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
Sig. asintótica	,048	,262	,082	,024	,179	,187	,135	,559	,143	,032	,273

 $p < ,05$.**Tabla 14***U de Mann-Whitney (impulsividad y autoestima baja-media)*

	I
U de Mann-Whitney	,000
Sig. asintótica (bilateral)	,008

 $p < ,0167$

Por último, con el fin de estudiar si existían diferencias estadísticamente significativas en la autoestima, alexitimia, perfeccionismo y sintomatología TCA entre las pacientes de la muestra en función del tiempo que llevan acudiendo a terapia, se las clasificó en tres grupos. Al grupo 1 pertenecían las pacientes que llevan acudiendo a terapia como mucho 1 año; al grupo 2 pertenecían las pacientes que llevan acudiendo a terapia entre 1 y 3 años y al grupo 3, las pacientes que llevan acudiendo a terapia entre 3 y 6 años.

Tal y como se recoge en las tablas 15 y 16, la prueba de Kruskal Wallis muestra que existen diferencias estadísticamente significativas en la sintomatología TCA, en concreto en la presencia de bulimia ($H(2) = 8,600, p = ,014$) y la conciencia interoceptiva ($H(2) = 7,218, p = ,027$) entre las pacientes en función del tiempo que llevan en terapia. Concretamente, tal y como

aparece en la tabla 17, dichas diferencias significativas se observan entre las pacientes que pertenecen al grupo 1 y las que pertenecen al grupo 3, presentando las que llevan menos tiempo en terapia más bulimia ($U = 2, p = ,008$) y conciencia interoceptiva ($U = 0, p = ,003$). Con respecto al resto de variables, la prueba de Kruskal Wallis muestra que no se ha encontrado evidencia que permita decir que existen diferencias estadísticamente significativas entre las pacientes en función del tiempo que llevan en terapia ($p > ,05$).

Tabla 15

Medianas de la autoestima, alexitimia, perfeccionismo y sintomatología TCA en función del tiempo en terapia

		EA	TA	PA	PS	PO	O	B	IC	IE	P	D	CI	M	A	I	IS
		R	S	O	P	D	D					I		M			
Tiem	N																
po																	
1	8	6,7	8,6	9,2	9,6	7,6	8,9	11,	8,	9,	9,	9,	10,	8	8,	8,	7,9
								1	9	5	5	1	6		9	5	
2	2	9,5	9,2	8	4,7	11	11,	4,7	9,	7,	6,	8,	8	8,7	8,	9	11,
							2		5	2	2	2		7		2	
3	5	9,5	6,5	6	6,7	7,4	5,3	4,3	5,	5,	6,	6,	3,8	7,6	6,	6,	6,9
									9	9	3	1		2	8		
Total	1																
	5																

1 = 0 meses-1 año; 2 = 1 año-3 años; 3 = 3 años-6 años.

Tabla 16

Autoestima, alexitimia, perfeccionismo, sintomatología TCA en función del tiempo en terapia

	EAR	TAS	PAO	PSP	POD	OD	B	IC	IE	P	DI	CI	MM	A	I	IS
Chi-	1,49	,88	1,62	2,55	1,05	3,20	8,60	1,69	2,09	1,95	1,45	7,21	,10	1,22	,57	1,42
cuadr	5	1	8	3	6	2	0	4	2	3	9	8	0	9	3	9
o																
gl	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
Sig.	,473	,64	,443	,279	,590	,202	,014	,429	,351	,377	,482	,027	,95	,541	,75	,489
		4											1		1	

$p < ,05$.

Tabla 17

U de Mann-Whitney (bulimia, conciencia interoceptiva y tiempo en terapia)

	B	CI
U de Mann-Whitney	2,000	,000
Sig. asintótica (bilateral)	,008	,003

$p < ,0167$

Discusión

El principal objetivo de este estudio era observar si existen diferencias estadísticamente significativas en las variables perfeccionismo, autoestima y alexitimia entre pacientes con un trastorno de la conducta alimentaria que sólo reciben terapia individual y pacientes con el mismo trastorno que, además reciben terapia grupal. Otro de los objetivos era estudiar qué impacto tienen el perfeccionismo, la autoestima y la alexitimia sobre la sintomatología TCA.

En cuanto a los resultados se observó que, en el caso del perfeccionismo, no se ha encontrado evidencia de que existan diferencias estadísticamente significativas en dicha variable entre las pacientes que van sólo a terapia individual y las que, además, van a terapia grupal. Es decir, no se ha encontrado que las pacientes que sólo reciben terapia individual muestren un perfeccionismo auto-orientado, socialmente prescrito y orientado hacia los demás superior al que muestran las pacientes que reciben tanto terapia individual como grupal. Esto puede deberse a que, dentro de cada grupo de comparación, existían diferencias entre las pacientes en el tiempo que llevan acudiendo en terapia, de tal forma que, aquellas que lleven más tiempo probablemente muestren un menor perfeccionismo que aquellas que lleven menos tiempo en tratamiento. Si los grupos hubiesen sido más homogéneos en cuanto al tiempo en terapia, los resultados obtenidos en cuanto al perfeccionismo probablemente habrían sido diferentes y puede que se hubiesen obtenido diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos en dicha variable.

Con respecto a la alexitimia, tampoco se encontró evidencia que permita decir que existen diferencias estadísticamente significativas entre las pacientes que reciben sólo terapia individual y las que también reciben terapia grupal. Sin embargo, sí se han encontrado diferencias estadísticamente significativas en la capacidad para identificar emociones (factor 1), siendo ésta superior en las pacientes que acuden tanto a terapia individual como grupal. Desde mi punto de vista, creo que el grupo terapéutico ayuda mucho a las pacientes a identificar sus emociones, ya que el hecho de observar qué emociones despierta la enfermedad en el resto les ayuda a identificar las suyas propias y a reflexionar qué hay detrás de los síntomas. Es decir, el hecho de ver cómo las demás conectan sus emociones con los síntomas las ayuda a pensar sobre qué papel pueden tener sus propias emociones en la enfermedad, identificándolas más fácilmente. En el caso de los otros dos factores, no hay evidencia de que sean significativamente superiores en las pacientes que sólo acuden a terapia individual; esto es, no se puede asumir que las pacientes que reciben terapia individual tengan más dificultades para describir sus emociones o presenten un patrón de pensamiento más orientado hacia lo externo que las pacientes que además acuden a terapia grupal.

Siguiendo en esta línea, este estudio tampoco ha encontrado evidencia de que la autoestima sea significativamente superior en las pacientes que acuden tanto a tratamiento individual como grupal. Al igual que en el caso del perfeccionismo, esto puede deberse a la diferencia existente entre las pacientes que pertenecen al mismo grupo de comparación en el tiempo que llevan acudiendo a terapia, aumentando las diferencias entre ellas en el nivel de autoestima. Debido a la escasez de literatura sobre la eficacia del tratamiento grupal en TCA y las diferencias entre éste y el tratamiento individual, siendo este último el más utilizado en este tipo de trastornos (Bustamante, del Arco y Tornero, 2014), no es posible concluir si los resultados obtenidos en este estudio concuerdan con los obtenidos por otras investigaciones. A pesar de que no se ha encontrado evidencia de que existan diferencias estadísticamente significativas entre las pacientes en función del tipo de terapia a la que acuden, esto no significa que en la práctica clínica no haya diferencias en cuanto a la eficacia de los tratamientos, sino que en esta investigación no se han encontrado. Por ello, considero de gran importancia realizar más investigaciones en las que se estudie la eficacia de la terapia grupal en TCA, ya que en la práctica es una herramienta muy potente.

A la hora de estudiar si existe una relación estadísticamente significativa entre el perfeccionismo y la sintomatología TCA se obtuvieron varias conclusiones. Por un lado, se observó que existe una relación significativa entre el perfeccionismo auto-orientado y la obsesión por la delgadez, bulimia, insatisfacción corporal, desconfianza interpersonal, conciencia interoceptiva, ascetismo e inseguridad social. Esto es, que aquellas pacientes que se fijan metas poco realistas y que son muy exigentes consigo mismas tienden a mostrar una mayor obsesión por el físico y miedo a engordar, suelen recurrir más a los atracones y/o purgas, están más insatisfechas con su cuerpo, suelen desconfiar más y mostrar más desinterés por las relaciones íntimas, muestran una mayor dificultad para identificar y responder adecuadamente a sus emociones, suelen presentar ideas muy rígidas sobre el sacrificio y la autodisciplina y tienden a mostrarse inseguras e incómodas en las situaciones sociales. Por otro lado, también se observó que existe una relación estadísticamente significativa entre el perfeccionismo socialmente prescrito y la ineficacia, desconfianza interpersonal y el ascetismo. Es decir, que aquellas pacientes que se esfuerzan en mostrarse perfectas ante los demás porque consideran que es importante para éstos/as tienden a sentirse vacías e incompetentes, a desconfiar de los demás y mostrar cierto desinterés por establecer relaciones íntimas y a presentar ideales muy rígidos sobre el sacrificio y esfuerzo personal.

En el caso del perfeccionismo orientado a los demás, no se ha encontrado evidencia de que exista relación entre éste y la sintomatología TCA. Tanto los resultados hallados sobre el perfeccionismo auto-orientado como los encontrados para el perfeccionismo socialmente prescrito y el orientado hacia los demás concuerdan con los obtenidos por diversas

investigaciones. Autores como Arancibia, Behar y Gramegna (2014) encontraron que el perfeccionismo auto-orientado y el socialmente prescrito (y no el orientado a los demás) están asociados a conductas y actitudes características de los TCA. Ambos promueven la obsesión por la delgadez, la inducción de vómitos, la insatisfacción corporal y la ingesta restrictiva (Bardone-Cone, 2007, como se citó en Arana et al., 2011; Boone et al., 2012), tal y como se ha observado también en el presente estudio.

En cuanto a la alexitimia, los resultados de la investigación reflejan que las pacientes con alexitimia muestran una mayor desconfianza interpersonal que aquellas que no tienen alexitimia. Es decir, que las pacientes que muestran más dificultades para fantasear, para identificar y describir sus emociones y que se centran más en los estímulos externos que en sus propias experiencias internas tienden a mostrarse más desconfiadas en las relaciones sociales y muestran más desinterés por establecer relaciones íntimas con sus iguales. Esto concuerda con lo aportado por la bibliografía existente sobre el papel de la alexitimia en los TCA, ya que a las personas que puntúan alto en alexitimia les resulta difícil representar mentalmente las emociones de los demás (Bruch, 1962, como se citó en Arancibia y Behar, 2014) y reconocer las emociones en las expresiones faciales de los demás (Kucharska, 2003, como se citó en Arancibia y Behar, 2014), lo cual explicaría su desinterés por las relaciones sociales que impliquen un mínimo grado de cercanía e intimidad y su dificultad para expresar sus propios sentimientos. Sin embargo, también se esperaba encontrar relación estadísticamente significativa entre la alexitimia y otros síntomas como la bulimia, ya que según autores como Bagby et al., 1997 y Eyzaguirre et al., 2004 (como se citó en Arancibia y Behar, 2014), los atracones y comportamientos purgativos son formas desadaptativas que muestran las personas con un TCA y alexitimia de manejar sus emociones.

Con respecto a la autoestima, se encontró que existen diferencias estadísticamente significativas entre las pacientes en función de su nivel de autoestima en los síntomas obsesión por la delgadez, ineficacia e impulsividad. Esto es, que las pacientes muestran una mayor o menor obsesión por el físico y preocupación por el peso, un mayor o menor sentimiento de valía y competencia y un mejor o peor control de sus impulsos en función de su autoestima. Concretamente, se observó que las pacientes con una autoestima baja muestran una impulsividad significativamente superior que aquellas que muestran una autoestima media, lo que indica que, aquellas que tienen un peor concepto e imagen de sí mismas muestran más dificultades para controlar sus impulsos. Estos resultados coinciden con los obtenidos por las distintas investigaciones, que concluyen que existe una relación entre la autoestima y la presencia de sintomatología TCA, siendo aquellas pacientes que muestran menos síntomas las que también tienen una mejor autoestima (Bardone-Cone et al., 2010).

Por último, estudiando la existencia de posibles diferencias en las variables objeto de estudio entre las pacientes en función del tiempo que llevan en terapia, se observó que existen diferencias estadísticamente significativas en la sintomatología TCA, concretamente en la presencia de bulimia y la conciencia interoceptiva. Dichas diferencias se encontraron entre las pacientes que llevan como mucho 1 año acudiendo a terapia y las que llevan entre 3 y 6 años. Esto se traduce en que las pacientes que llevan menos de 1 año en terapia tienden a darse más atracones y suelen tener más dificultades a la hora de identificar sus emociones y responder adecuadamente a éstas, en comparación con aquellas pacientes que llevan mínimo 3 años en terapia. Con respecto al resto de variables, tanto los demás síntomas TCA como el perfeccionismo, la autoestima y la alexitimia, no se ha encontrado evidencia de que existan diferencias estadísticamente significativas entre las pacientes en función del tiempo que llevan acudiendo a terapia. A pesar de la dificultad para encontrar bibliografía que estudie el efecto que tiene el tiempo en terapia en la reducción de la sintomatología TCA y la mejora en perfeccionismo, autoestima y alexitimia, los resultados obtenidos concuerdan con que, cuanto más tiempo en terapia y más trabajo personal, mayor es la mejoría y menor es la presencia de los síntomas.

A pesar de que se han obtenido resultados relevantes en el presente estudio, como que se ha encontrado una relación estadísticamente significativa entre el perfeccionismo, la autoestima y la alexitimia con la sintomatología TCA, éste también cuenta con algunas limitaciones. En primer lugar, el tamaño de la muestra es reducido ($N = 15$), lo cual influye tanto en los análisis estadísticos realizados como en los resultados obtenidos. Estadísticamente hablando, lo más adecuado habría sido que hubiese mínimo 20/30 sujetos por grupo de comparación. Sin embargo, se trata de población clínica con características muy específicas como es tener un TCA, recibir tratamiento en un lugar determinado, ser mujer y mayor de edad, lo cual ha condicionado mucho el tamaño muestral. Aun así, en futuras investigaciones, sería recomendable y necesario aumentar el tamaño de la muestra con el fin de garantizar la representatividad de los resultados.

En segundo lugar, considero que habría sido necesaria una mayor homogeneidad intragrupo, es decir, que no existiesen diferencias entre las pacientes que pertenecen a un mismo grupo en el tiempo que llevan acudiendo a terapia, ya que, como he comentado previamente, dicho tiempo influye en las variables objeto de estudio y puede haber sesgado los resultados. Por ello, en un futuro, sería interesante realizar el mismo estudio, pero con un tamaño muestral mayor y con menos heterogeneidad dentro de cada grupo de comparación, con el fin de que los resultados obtenidos sean lo más representativos posible. Más concretamente, sería recomendable crear varios grupos de comparación formados por pacientes que se diferencien en el tiempo que llevan acudiendo a terapia con el objetivo de ver cómo influye éste en su mejoría.

En tercer lugar, otra posible limitación es la presencia de pacientes con diversos diagnósticos, ya que hay autores que consideran que existen diferencias entre pacientes con anorexia nerviosa y pacientes con bulimia nerviosa. Por ejemplo, en el caso de la alexitimia, las pacientes con anorexia parecen tener más dificultades a la hora de expresar y describir sus emociones que aquellas pacientes que tienen bulimia (Cruz, Etxebarria y Pascual, 2011; Davies, Schmidt, Swan y Tchanturia, 2012). Sin embargo, autores como Fairburn (2003, como se citó en Chorot, Sandín y Valiente, 2012), plantean que todos los TCA comparten una serie de características como la preocupación excesiva por el cuerpo y el peso, un manejo desadaptativo de sus emociones, un elevado perfeccionismo y una baja autoestima. Es decir, considera que una persona con un TCA no muestra síntomas exclusivos de la anorexia o de la bulimia nerviosa, sino que tiende a oscilar entre las dietas restrictivas y los atracones y/o purgas. Dicha investigación se apoyó en la teoría de Fairburn (2003, como se citó en Chorot, Sandín y Valiente, 2012) a la hora de formar los grupos de comparación y recoger los datos. En base a mi experiencia personal, coincido con la perspectiva de Fairburn, ya que el diagnóstico clínico no influye en el tratamiento ni en la mejoría de la persona, sino que facilita la comunicación entre profesionales a la hora de hablar de los síntomas que presenta. A nivel terapéutico, la diversidad de diagnósticos en el grupo es una ventaja más que un inconveniente, ya que aporta variedad de experiencias y vivencias y ayuda a las pacientes a comprender que, aunque cada una vive la enfermedad de una manera única, todas comparten las sensaciones y emociones más primarias ligadas a ésta, lo que las une más que las separa.

Por último, otra gran limitación ha sido la dificultad de encontrar literatura sobre la eficacia de los tratamientos grupales en TCA y su comparación con la tradicional terapia individual y sobre la influencia del tiempo en terapia sobre los síntomas y aspectos a mejorar como el perfeccionismo, la autoestima y la alexitimia. Debido a esto, ha resultado difícil interpretar ciertos resultados, ya que no se ha encontrado bibliografía con la que compararlos. Por ello, considero de suma importancia realizar investigaciones en las que se estudie la eficacia de la terapia grupal como tratamiento de los TCA, no solo por la escasez de literatura al respecto, sino porque es una herramienta terapéutica muy utilizada en la actualidad y es necesario aplicar los tratamientos de forma adecuada, conociendo cuál va a ser su impacto en el paciente y cómo promueve su mejoría.

Siguiendo con futuras líneas de investigación, también considero que sería interesante comparar mujeres y hombres que tienen un TCA, con el fin de evaluar si existen diferencias en la forma de expresión del trastorno y su tratamiento. Considero que esto es importante ya que, a pesar de que los trastornos de la conducta alimentaria suelen presentarse sobre todo en mujeres, en la actualidad hay cada vez más hombres que padecen este tipo de trastornos y sería interesante conocer si existen diferencias en cuanto a los síntomas, ya que la forma de intervenir

debería adaptarse a dichas diferencias para poder ofrecer un tratamiento de calidad y adaptado a las características del paciente.

A modo de conclusión, las personas que tienen un TCA no solo presentan síntomas relacionados con la comida y con el aspecto físico, sino que también muestran otras características como un elevado perfeccionismo y alexitimia y una baja autoestima, entre otras cosas. A pesar de que la presente investigación no ha encontrado evidencia de que existan diferencias estadísticamente significativas en el perfeccionismo, autoestima y alexitimia entre las pacientes que reciben distintos tipos de terapia, sí se ha encontrado relación entre estas tres variables y la sintomatología TCA, lo cual coincide con la literatura existente sobre los trastornos de la conducta alimentaria.

Referencias

- American Psychological Association, Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, DSM-V, (2014).
- Arana, F., Elizathe, L., Rutzstein, G. y Scappatura, M. L. (2011). Perfeccionismo adaptativo y desadaptativo en trastornos alimentarios: un estudio de revisión. *Anuario de Investigaciones*, 18(1), 81-88. Recuperado de <http://www.scielo.org.ar/pdf/anuinv/v18/v18a09.pdf>
- Arancibia, M. y Behar, R. (2014). Alexithymia in eating disorders. En A. Columbus (Ed), *Advances in Psychology Research* (pp. 81- 107). Nueva York: Nova Science Publishers. Recuperado de https://www.researchgate.net/profile/Marcelo_Arancibia2/publication/264708075_Alexithymia_in_Eating_Disorders/links/53ec3eac0cf202d087d01098.pdf#page=93
- Arancibia, M., Behar, R., y Gramegna, G. (2014). Perfeccionismo e insatisfacción corporal en los trastornos de la conducta alimentaria. *Revista chilena de neuropsiquiatría*, 52(2), 103-114. Recuperado de <http://www.scielo.cl/pdf/rchnp/v52n2/art06.pdf>
- Avargues, M.L., Borda, M., Del Río, C., López, A.M. y Torres, I. (2011). Personality traits and eating disorders: mediating effects of self-esteem and perfectionism. *International journal of clinical and health psychology*, 11(2), 205-227. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/337/33716996002.pdf>
- Bardone-Cone, A. M., Fitzsimmons, E. E., Harney, M. B., Lawson, M. A., Maldonado, C. R., Robinson, D.P., Schaefer, L. M., Smith, R. y Tosh, A. (2010). Aspects of self-concept and eating disorder recovery: What does the sense of self look like when an individual recovers from an eating disorder? *Journal of Social and Clinical Psychology*, 29(7), 821-846. Recuperado de <http://bardonecone.web.unc.edu/files/2014/10/Bardone-Cone-Schaefer-et-al-2010.pdf>
- Barjau, J. M., Chinchilla, A. y Guerra-Prado, D. (2001). Epidemiología de los trastornos de la conducta alimentaria e influencia mediática: una revisión de la literatura. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 29(6), 403-410. Recuperado de <http://vidaoptima.com/uploads/biblioteca/20.%20Trastornos%20de%20la%20Conducta%20Alimentaria/transtornos-conducta-alimentaria.pdf>
- Blanco, A., Fernández, I., Martínez-Sánchez, F., Mayordomo, S., Páez, D. y Velasco, C. (1999). Validez psicométrica de la escala de alexitimia de Toronto (TAS-20): un estudio

transcultural. *Boletín de Psicología*, 63, 55-76. Recuperado de https://www.researchgate.net/profile/Dario_Paez/publication/267304164_VALIDEZ_PSIOMETRICA_DE_LA_ESCALA_DE_ALEXITIMIA_DE_TORONTO_TAS-20_UN_ESTUDIO_TRANSCULTURAL/links/5472a25e0cf2d67fc035c966/VALIDEZ-PSIOMETRICA-DE-LA-ESCALA-DE-ALEXITIMIA-DE-TORONTO-TAS-20-UN-ESTUDIO-TRANSCULTURAL.pdf

Boone, L., Braet, C., Soenens, B., y Vansteenkiste, M. (2012). Is there a perfectionist in each of us? An experimental study on perfectionism and eating disorder symptoms. *Appetite*, 59(2), 531-540. Recuperado de <https://pdfs.semanticscholar.org/47ea/0bb2e34c87b3e3e75add22ca8fed0710da5e.pdf>

Bustamante, R., del Arco, R. y Tornero, M.J. (2014). Tratamiento psicológico de un grupo de adolescentes con trastorno de la conducta alimentaria no especificado. *Revista de psicología clínica con niños y adolescentes*, 1 (1), 7-16. Recuperado de http://www.revistapcna.com/sites/default/files/14_01.pdf

Carpiniello, B., Pinna, F. y Sanna, L. (2015). Alexithymia in eating disorders: therapeutic implications. *Psychology research and behavior management*, 8, 1. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4278740/pdf/prbm-8-001.pdf>

Chorot, P., Sandín, B. y Valiente, R.M. (2012). Transdiagnóstico. Nueva frontera en psicología clínica. *Revista de psicopatología y psicología clínica*, 17 (3), 185-203. Recuperado de <http://e-spacio.uned.es/fez/eserv/bibliuned:Psicopat-2012-17-3-6005/Documento.pdf>

Cooper, Z., Fairburn, C.G. y Shafran, R. (2003). Cognitive behaviour therapy for eating disorders: a transdiagnostic theory and treatment. *Behaviour research and therapy*, 41, 509-528. Recuperado de <https://pdfs.semanticscholar.org/a744/205f2acdd6acb1b198aa4eb08bb2e73e31cd.pdf>

Cruz, M.S., Extebarria, I., y Pascual, A. (2011). Emotional differences between women with different types of eating disorders. *International journal of psychology and psychological therapy*, 11 (1), 1-11. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/560/56017110001.pdf>

Curran, P.J., Finch, J.F. y West, S.G. (1996). The robustness of test statistics to nonnormality and specification error in confirmatory factor analysis. *Psychological Methods*, 1 (1), 16-29. Recuperado de [www.unc.edu/~curran/pdfs/Curran,West&Finch\(1996\).pdf](http://www.unc.edu/~curran/pdfs/Curran,West&Finch(1996).pdf)

Da Costa Ribeiro Junior, H., Mora Giral, M., Portela de Santana, M. L. y Raich, R. (2012). La epidemiología y los factores de riesgo de los trastornos alimentarios en la adolescencia:

- una revisión. *Nutrición Hospitalaria*, 27(2), 391-401. Recuperado de http://scielo.isciii.es/pdf/nh/v27n2/08_revision_07.pdf
- Davies, H., Schmidt, U., Swan, N., y Tchanturia, K. (2012). An experimental investigation of verbal expression of emotion in anorexia and bulimia nervosa. *European Eating Disorders Review*, 20(6), 476-483. Recuperado de https://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/45842568/An_Experimental_Investigation_of_Verbal_20160521-14477-vtr5dc.pdf?AWSAccessKeyId=AKIAIWOWYYGZ2Y53UL3A&Expires=1513530665&Signature=yJ1cI3qMLkalBwHqaXFS36AA8fI%3D&response-content-disposition=inline%3B%20filename%3DAn_Experimental_Investigation_of_Verbal.pdf
- Egan, S. J., Lethbridge, J., Nathan, P. R., Street, H., y Watson, H. J. (2011). The role of perfectionism, dichotomous thinking, shape and weight overvaluation, and conditional goal setting in eating disorders. *Eating behaviors*, 12(3), 200-206. Recuperado de https://www.researchgate.net/profile/Hunna_Watson4/publication/51478660_The_role_of_perfectionism_dichotomous_thinking_shape_and_weight_overvaluation_and_conditional_goal_setting_in_eating_disorders/links/5786756808aec5c2e4e2eeb0.pdf
- Flett, G., Hewitt, P., Mikail, S. y Turnbull-Donovan, W. (1991). The Multidimensional Perfectionism Scale: reliability, validity and psychometric properties in psychiatric sample. *Psychological Assessment: a journal of consulting and clinical psychology*, 3(3), 464-468. Recuperado de <http://hewittlab.sites.olt.ubc.ca/files/2014/11/MPS2.pdf>
- Fuller-Tyszkiewicz, M., McCabe, M.P., Mellor, D. y Ricciardelli, L.A. (2010). Body image and self-esteem across age and gender: a short-term longitudinal study. *Sex Roles*, 63, 672-681. Recuperado de https://www.researchgate.net/profile/Matthew_Fuller-Tyszkiewicz/publication/225802798_Body_Image_and_Self-Esteem_Across_Age_and_Gender_A_Short-Term_Longitudinal_Study/links/02e7e51bfb4622500b000000.pdf
- Halley, M.E., Mancilla, J.M., Ruíz, A.O., Vázquez, R. y Viladrich, C. (2013). Family factors associated to eating disorders: a review. *Revista mexicana de trastornos alimentarios*, 4, 45-57. Recuperado de <http://scielo.unam.mx/pdf/rmta/v4n1/v4n1a6.pdf>
- Herman, C. P. y Polivy, J. (2002). Causes of eating disorders. *Annual review of psychology*, 53(1), 187-213. Recuperado de https://is.muni.cz/el/1421/podzim2004/PSB_33/um/eating_disorders.pdf

- Jiménez, R., Vázquez, A.J. y Vázquez-Morejón, R. (2004). Escala de autoestima de Rosenberg: fiabilidad y validez en población clínica española. *Apuntes de Psicología*, 22 (2), 247-255. Recuperado de http://idus.us.es/xmlui/bitstream/handle/11441/14009/file_1.pdf?sequence=1
- Maganto, C. (2011). Factores de riesgo o vulnerabilidad asociados a los trastornos de la conducta alimentaria. *Infocop Online*. Recuperado de: <http://www.cop.es/infocop/pdf/1924.pdf>
- Martínez, F. (1996). Adaptación española de la escala de alexitimia de Toronto (TAS-20). *Clínica y Salud*, 7 (1), 19-32. Recuperado de http://www.researchgate.net/profile/Francisco_Martinez-Sanchez2/publication/232447771_Adaptacion_espanola_de_la_escala_de_Alexitimia_de_Toronto_TAS-20_The_Spanish_version_of_the_Toronto_Alexithymia_Scale_TAS-20/links/00b7d52d6e8f49d421000000/Adaptacion-espanola-de-la-escala-de-Alexitimia-de-Toronto-TAS-20-The-Spanish-version-of-the-Toronto-Alexithymia-Scale-TAS-20.pdf
- National Association of Anorexia Nervosa and Associated Disorders (ANAD, 2017). Eating disorders statistics. Chicago, Estados Unidos. Recuperado de <http://www.anad.org/get-information/about-eating-disorders/eating-disorders-statistics/>
- Ortega, E., Rodríguez, M.A., Rojo, L. y Sepúlveda, A.R. (2009). Adaptación de la Escala Multidimensional de Perfeccionismo a estudiantes universitarios españoles. *Ansiedad y Estrés*, 15 (1), 13-27. Recuperado de https://www.researchgate.net/profile/Luis_Moreno11/publication/265384243_ADAPTACION_DE_LA_ESCALA_MULTIDIMENSIONAL_DE_PERFECCIONISMO_A_ESTUDIANTES_UNIVERSITARIOS_ESPANOLES/links/540c961c0cf2df04e7547214/ADAPTACION-DE-LA-ESCALA-MULTIDIMENSIONAL-DE-PERFECCIONISMO-A-ESTUDIANTES-UNIVERSITARIOS-ESPANOLES.pdf
- Pamies, L. y Quiles, Y. (2014). Perfeccionismo y factores de riesgo para el desarrollo de trastornos alimentarios en adolescentes españoles de ambos géneros. *Anales de psicología*, 30 (2), 620-626. Recuperado de http://scielo.isciii.es/pdf/ap/v30n2/psico_adolescencia2.pdf
- Zeigler-Hill, V. (2011). The connections between self-esteem and psychopathology. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 41(3), 157-164. Recuperado de http://www.zeigler-hill.com/uploads/7/7/3/2/7732402/zeigler-hill_2011.pdf