



INFLUENCIA DE LA PSICOTERAPIA EN LA  
SINTOMATOLOGÍA DE TCA Y EL PERFECCIONISMO  
ORIENTADO A LA APARIENCIA FÍSICA EN MODELOS  
PROFESIONALES

Autora: Marina Llompart Pou

Tutor: Robin Rica Mora

Facultad de Ciencias Humanas y Sociales

Madrid

Mayo de 2025

## Resumen

El objetivo de este estudio fue analizar la posible relación entre haber realizado un proceso terapéutico, la sintomatología de los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) y el perfeccionismo orientado a la apariencia física en modelos profesionales. Asimismo, se exploró la influencia de determinados factores terapéuticos y de la orientación psicológica del tratamiento, así como la asociación entre ambas dimensiones clínicas. La muestra estuvo compuesta por 61 mujeres que ejercen como modelos profesionales ( $M = 24$  años), de las cuales 33 habían participado en un proceso terapéutico y 28 no. Los resultados no mostraron diferencias significativas en la sintomatología de TCA entre los grupos, sin embargo, sí que se observaron diferencias significativas en una de las subescalas del perfeccionismo orientado a la apariencia física. Por otro lado, los factores terapéuticos percibidos como elementos clave del cambio no mostraron diferencias significativas, al igual que la corriente psicológica empleada. Por último, se encontró una correlación positiva entre la sintomatología de TCA y el perfeccionismo corporal, lo que refuerza la idea de que ambos constructos están estrechamente vinculados.

*Palabras clave:* Trastorno de la conducta alimentaria, perfeccionismo orientado a la apariencia física, psicoterapia, modelos profesionales, orientación psicológica, factores terapéuticos.

## Abstract

The objective of this study was to examine the potential relationship between having undergone a therapeutic process, the symptomatology of eating disorders (ED), and appearance-oriented perfectionism in professional models. Furthermore, the influence of specific therapeutic factors and the psychological orientation of the treatment was explored, as well as the association between these two clinical dimensions. The sample consisted of 61 female professional models ( $M = 24$  years), of whom 33 had participated in a therapeutic process and 28 had not. The findings revealed no significant differences in ED symptomatology between the two groups; however, significant differences were observed in one of the subscales of appearance-oriented perfectionism. Additionally, no significant differences were found in the perceived therapeutic factors identified as key to change, nor in

the psychological orientation of the treatment. Finally, a positive correlation was found between ED symptomatology and appearance-related perfectionism, supporting the notion that both constructs are closely interrelated.

*Keywords:* eating disorders, appearance-oriented perfectionism, psychotherapy, professional models, psychological orientation, therapeutic factors.

## Índice de Contenidos

|  |    |
|--|----|
| <b>1. Introducción</b> .....   | 5  |
| <b>1.1 La Importancia Creciente de la Imagen Corporal y su Presión Social y Mediática en la Sociedad Contemporánea</b> ..... | 5  |
| <b>1.2 La Imagen Corporal en el Contexto Profesional de las Modelos</b> .....  | 6  |
| <i>1.2.1 Estándares de Belleza en la Industria de la Moda y Expectativas sobre las Modelos Profesionales</i> .....           | 6  |
| <i>1.2.2 Impacto Físico y Psicológico de las Exigencias</i> .....  | 6  |
| <b>1.3 Riesgos Asociados a la Presión Estética: Trastornos de la Conducta Alimentaria en Modelos</b> .....                   | 8  |
| <i>1.3.1 Trastornos de la Conducta Alimentaria</i> .....   | 8  |
| <i>1.3.2 Factores de Riesgo de los TCA</i> .....   | 9  |
| <i>1.3.3 La Relación entre la Presión por la Delgadez y los TCA en Modelos Profesionales</i> .....                           | 9  |
| <b>1.4 El Perfeccionismo Orientado a la Imagen Corporal</b> .....  | 10 |
| <b>1.5 Psicoterapia como Intervención para los TCA</b> .....   | 13 |
| <i>1.5.1 Enfoques Terapéuticos en el Tratamiento de los TCA</i> .....  | 13 |
| <i>1.5.2 El Papel del Perfeccionismo en la Psicoterapia de los TCA y su Abordaje</i> .....                                   | 15 |
| <b>1.6 Factores Clave en el Cambio Terapéutico de los TCA</b> .....  | 17 |
| <b>1.7 Objetivos e Hipótesis</b> .....   | 18 |
| <b>2. Método</b> .....   | 19 |
| <b>2.1 Diseño</b> .....  | 19 |
| <b>2.2 Participantes</b> .....   | 20 |
| <b>2.3 Instrumentos de Medida</b> .....  | 20 |
| <b>2.4 Procedimiento</b> .....   | 21 |
| <b>2.5 Análisis Estadísticos</b> .....   | 22 |
| <b>3. Resultados</b> .....   | 22 |
| <b>4. Discusión</b> .....  | 32 |
| <b>4.1 Discusión</b> .....   | 32 |
| <b>4.2 Conclusiones</b> .....  | 37 |
| <b>4.3 Limitaciones, Fortalezas y Futuras Líneas de Investigación</b> .....  | 38 |
| <b>4.6 Implicaciones Clínicas y Preventivas</b> .....  | 41 |
| <b>5. Referencias Bibliográficas</b> .....   | 43 |

## 1. Introducción

### 1.1 La Importancia Creciente de la Imagen Corporal y su Presión Social y Mediática en la Sociedad Contemporánea

A lo largo de la historia, los ideales de belleza han cambiado significativamente con el objetivo de adaptarse a los estándares estéticos predominantes de la época (Garner & Garfinkel, 1980; Volonté, 2017). Las distintas formas corporales se han vinculado a diversos estatus sociales y han sido contempladas como símbolos de poder y aceptación (Garner et al., 1980). Estas ideas se transmiten y refuerzan a través de los medios de comunicación y las interacciones sociales cotidianas (Sobal, 1995).

El significado atribuido al peso corporal varía según el contexto histórico y económico. En muchas culturas no occidentales, donde las preocupaciones se centran en la supervivencia económica y la equidad social, los trastornos relacionados con la imagen corporal parecen ser menos frecuentes (Kirszman & Salgueiro, 2002). En estos entornos, la obesidad suele asociarse con bienestar y prosperidad, mientras que los ideales de belleza femeninos favorecen cuerpos más redondeados, tradicionalmente vinculados con la fertilidad y la feminidad (Bogár & Túry, 2019). En estos contextos, la mujer suele ser concebida desde un rol tradicional, lo que condiciona la percepción de los estándares de belleza e impacta directamente en su imagen corporal (Kirszman & Salgueiro, 2002). Por el contrario, en las sociedades industrializadas, la delgadez se ha convertido en un símbolo de atractivo, éxito y autocontrol, mientras que la obesidad es estigmatizada y percibida como una falta de disciplina personal por no ajustarse a los estándares estéticos dominantes (Garner & Garfinkel, 1980). Esta expresión sociocultural refuerza la idea de que el valor personal está ligado a la apariencia física, lo que puede contribuir al desarrollo de preocupaciones extremas por el peso y la imagen corporal.

En este contexto, se ha planteado que el reciente aumento de los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) podría estar vinculado a la creciente presión social sobre las mujeres para alcanzar la delgadez, así como a la interacción entre los ideales culturales de belleza y éxito (Garner et al., 1980).

## **1.2 La Imagen Corporal en el Contexto Profesional de las Modelos**

### ***1.2.1 Estándares de Belleza en la Industria de la Moda y Expectativas sobre las Modelos Profesionales***

En el ámbito profesional de las modelos, los estándares de belleza alcanzan niveles de exigencia particularmente extremos. En la actualidad, como ya se ha mencionado anteriormente, los ideales de apariencia física se centran en la delgadez, promoviendo cuerpos estilizados y tonificados, logrados mediante dietas estrictas, ejercicio constante y procedimientos estéticos. Los medios de comunicación, junto con la moda y la industria de la belleza, glorifican este tipo de físico, asociándolo con éxito, atractivo y disciplina (Bogár & Túry, 2019). En un estudio realizado por Fixsen y sus compañeros (2022) una gran parte de las modelos llegaron a considerar la restricción de alimentos como un componente esencial de su trabajo. El estereotipo social es de las modelos como naturalmente delgadas, sin embargo, en la experiencia de las participantes, muchas modelos lucharon contra su peso y se vieron obligadas a hacer todo lo posible para lograr y mantener la forma corporal deseada por la industria (Fixsen et al., 2022).

### ***1.2.2 Impacto Físico y Psicológico de las Exigencias***

Las expectativas de la industria generan una presión constante sobre las modelos pudiendo desencadenar en una situación de riesgo con respecto a su salud, especialmente si se considera su asociación con los TCA (Bázan & Miño, 2015). En una encuesta realizada a modelos profesionales más de la mitad confesaron haber adoptado prácticas extremas como el uso de drogas, prescindir de comidas, uso de goteos intravenosos y vómitos autoinducidos debido a la presión de sus agencias por disminuir su peso corporal (Rodgers et al., 2017). En esta línea, Bogár y Túry (2019) señalan que, mientras un cuerpo femenino saludable tiene entre un 22% y un 25% de grasa corporal, las modelos profesionales suelen mantener niveles de entre el 10% y el 15%, valores significativamente inferiores a los recomendados. Ejemplos como el de la top model Adriana Lima evidencian la dureza de estas exigencias. En preparación para una reconocida campaña de moda interior, Lima declaró que durante las tres semanas previas al desfile seguía un entrenamiento físico de dos veces al día y un régimen alimenticio extremadamente restrictivo que excluía alimentos sólidos durante nueve días,

entre otras estrategias, con el objetivo de lograr un nivel extremo de delgadez y tono muscular (Withworth, 2011, como se citó en Soley-Beltrán, 2012). Por otro lado, en un estudio realizado con modelos profesionales masculinos, se obtuvo mediante el cuestionario EDE-Q que estos recurrían más frecuentemente al ejercicio compulsivo en los últimos 28 días en comparación con el grupo de control y además presentaban mayores probabilidades de recurrir al vómito autoinducido como medio para controlar su forma o peso corporal (Ralph-Nearman et al., 2024).

A parte de las demandas físicas, las modelos también se ven obligadas a adaptar su imagen a los diferentes contextos profesionales según las demandas de la industria, lo que implica que cambien su personalidad y apariencia para lograr los resultados exigidos (Pastor & Bonilla, 2000; Soley-Beltrán, 2012). Los estudios sugieren que este proceso conlleva un intenso trabajo emocional, ya que las modelos deben venderse a sí mismas y complacer tanto a sus agentes como a los clientes (Fixsen et al., 2022). Estas demandas generan un impacto significativo en la identidad personal, pues su imagen y personalidad dejan de ser una expresión genuina de su individualidad y se convierten en herramientas de trabajo. Además, la necesidad de transformarse continuamente para ajustarse a nuevos ideales de belleza genera una desconexión emocional y una pérdida de autenticidad, dificultando la construcción de una identidad propia fuera del ámbito laboral (Pastor & Bonilla, 2000; Soley-Beltrán, 2012). Como resultado, la relación entre su profesión, su cuerpo y su identidad tiende a volverse compleja (Fixsen et al., 2022).

Esta sensación de alienación y pérdida de control sobre su vida personal y profesional se ve aún más acentuada por la dependencia que tienen de los agentes y asesores, quienes ejercen un fuerte control sobre sus decisiones (Pastor & Bonilla, 2000; Soley-Beltrán, 2012). En un estudio realizado con modelos para conocer sus experiencias dentro de la industria de la moda, una de las participantes declaró que las agencias mostraban poca preocupación por su estabilidad emocional, seguridad o incluso su capacidad para cubrir sus necesidades básicas. Las participantes del estudio expresaron sentirse muy cosificadas tanto por las agencias como por los clientes, deseando ser vistas como individuos más allá de su apariencia física (Fixsen et al., 2022). En muchos casos, cuando las modelos no cumplen con ciertos criterios estéticos, pueden ser objeto de vergüenza corporal por parte de sus agentes, una práctica que puede considerarse una forma de abuso psicológico (Bogár et al., 2022).

### **1.3 Riesgos Asociados a la Presión Estética: Trastornos de la Conducta Alimentaria en Modelos**

#### ***1.3.1 Trastornos de la Conducta Alimentaria***

El término TCA hace referencia a alteraciones complejas en las cogniciones, actitudes y comportamientos relacionados con la comida, el peso y la forma corporal, que se vinculan con hábitos alimentarios y prácticas desordenadas de control del peso. Estas alteraciones generan consecuencias físicas, psicológicas y fisiológicas graves en diversas áreas del funcionamiento individual que afectan a su bienestar general (Solmi et al., 2024; Kirszman & Salgueiro, 2002).

Según el DSM-5 y la CIE-11, estos trastornos incluyen la anorexia nerviosa (AN), la bulimia nerviosa (BN), el trastorno por atracón y otras formas específicas y no específicas de alteraciones en la alimentación (American Psychiatric Association; APA, 2013; Organización Mundial de la Salud; OMS, 2021). Desde una perspectiva clasificatoria, los TCA se conciben como entidades diagnósticas diferenciadas, cada una con criterios específicos que permiten su identificación y tratamiento. Este enfoque, basado en el modelo categorial, facilita la estructuración de los diagnósticos y el desarrollo de intervenciones adaptadas a cada patología (Caballero, 2018). Sin embargo, las evidencias clínicas muestran que muchos pacientes presentan síntomas que fluctúan entre diferentes trastornos a lo largo del tiempo, lo que ha llevado al desarrollo de la perspectiva transdiagnóstica.

Propuesta por Fairburn y sus colaboradores (2003), esta perspectiva transdiagnóstica sostiene que los TCA no deben considerarse como trastornos aislados, sino como manifestaciones de procesos psicopatológicos subyacentes compartidos. Fairburn identifica una psicopatología central caracterizada por la sobrevaloración de la alimentación, la figura y el peso, así como en el control ejercido sobre estos aspectos. Además, describe cuatro procesos de mantenimiento que interactúan con los mecanismos centrales y dificultan el cambio terapéutico, siendo estos el perfeccionismo clínico, la baja autoestima, la intolerancia al malestar emocional y las dificultades interpersonales. Esta perspectiva ha impulsado un cambio en el abordaje terapéutico, promoviendo intervenciones centradas en los mecanismos subyacentes comunes a los distintos trastornos en lugar de enfocarse exclusivamente en el diagnóstico específico (Sandín et al., 2012).

### ***1.3.2 Factores de Riesgo de los TCA***

La aparición de los TCA se puede explicar debido a múltiples factores de riesgo implicados en su etiología. Según Berny y sus compañeros (2020), estos trastornos surgen de la interacción entre los factores psicológicos, físicos, sociales y culturales, los cuales impactan profundamente en el comportamiento de la persona. Esta perspectiva también fue respaldada por Garner et al. (1982), quienes agruparon dichos factores en tres categorías principales: individual, familiar y sociocultural.

En este marco, ser modelo profesional conlleva una exposición constante a factores socioculturales de riesgo para el desarrollo de un TCA, debido a las presiones y expectativas centradas en la delgadez, previamente mencionadas. La interacción de este factor con otras vulnerabilidades, como características genéticas o familiares, incrementa considerablemente el riesgo de que se desarrolle la enfermedad (Moya et al., 2007).

En línea con este enfoque, Unikel y Gómez-Peresmitré (2004) destacan que la AN y la BN surgen de la compleja interacción entre estos factores predisponentes (individuales, familiares y socioculturales) y factores precipitantes, es decir, eventos específicos en la vida de la persona que desencadenan la aparición del trastorno. Por otro lado, los factores mantenedores o perpetuadores son aquellos que contribuyen a la cronicidad de la enfermedad, manteniéndola en el tiempo (Kirszman & Salgueiro, 2002). La interacción de estos factores establece el marco en el que los TCAs pueden desarrollarse y mantenerse.

### ***1.3.3 La Relación entre la Presión por la Delgadez y los TCA en Modelos Profesionales***

Las demandas estrictas, tanto físicas como identitarias, impuestas por la sociedad y exacerbadas por la profesión convierten a las modelos profesionales en un grupo particularmente vulnerable al desarrollo de TCA (Garner & Garfinkel, 1980; Rodgers et al., 2020; Santonastaso et al., 2002; Soley-Beltrán, 2004). Aunque no se puede concluir que haya una mayor incidencia de síndrome de TCA completo entre las modelos en comparación con la población general, los datos indican que los rasgos de estos trastornos son significativamente más frecuentes en este grupo y que presentan un Índice de Masa Corporal (IMC) notablemente más bajo que los grupos de control, incluso por debajo del límite inferior saludable (Bogár et al., 2022; Castellano et al., 2021; Ralph-Nearman et al., 2024; Rodgers et al., 2017).

Un estudio reciente (Bogár, et al., 2022) exploró si las modelos de moda tienen una mayor probabilidad de desarrollar un TCA en comparación con personas que no ejercen esta profesión. Los resultados no mostraron diferencias significativas en la frecuencia de AN y BN entre las modelos profesionales y el grupo de control. Sin embargo, el estudio sí encontró una mayor prevalencia de riesgo de AN subclínica en las modelos en comparación con la población general. Del mismo modo, Zancu y sus compañeros (2019) compararon a modelos femeninas profesionales de moda con un grupo de control emparejado en la población de Rumanía y descubrieron que ambos grupos tenían niveles similares de imagen corporal y trastornos alimentarios. Si bien las modelos de moda tenían un IMC significativamente más bajo que los controles, la prevalencia de comportamientos alimentarios desordenados fueron similares en los dos grupos (Zancu et al., 2019). En esta misma línea, en un estudio realizado en Italia encontró que las modelos de moda, con un IMC medio de 17,7 kg/m<sup>2</sup> mostraban una frecuencia significativamente mayor de síntomas parciales de TCA en comparación con el grupo de control. Sin embargo, la prevalencia del trastorno completo fue sólo ligeramente superior (Santonastaso et al., 2002).

#### **1.4 El Perfeccionismo Orientado a la Imagen Corporal**

Una de las variables más estudiadas dentro del TCA ha sido el perfeccionismo, debido a que se cree que su presencia a niveles elevados supone un papel crucial tanto en la aparición del trastorno como en el mantenimiento de los síntomas (Caballero, 2018; Fairburn et al., 2003). Desde un enfoque unitario, este concepto se define como un rasgo de personalidad caracterizado por la búsqueda constante de perfección y la adopción de estándares personales excesivamente altos, acompañados de una autocrítica severa y una preocupación constante por las opiniones ajenas (Hewitt et al., 2003; Yang & Stoeber, 2012). Esta perspectiva tiende a ser central en los dominios del deporte, la danza y el ejercicio.

Sin embargo, otros autores conceptualizan esta característica desde una perspectiva multidimensional. Por un lado, Frost y sus colaboradores (1993) desarrollaron la Multidimensional Perfectionism Scale (FMPS), a partir de la cual identificaron seis dimensiones principales del perfeccionismo: la preocupación por los errores, el establecimiento de altos estándares personales, las expectativas y críticas parentales, las dudas acerca de las acciones realizadas y los elevados niveles de organización. A partir de

estas dimensiones diferencian formas más adaptativas, relacionadas con el orden y la motivación, y formas desadaptativas, conectadas a la autocrítica excesiva y a la ansiedad por el error.

En esta línea, Hewitt (et al., 2017) también desarrolló su modelo, Comprehensive Model of Perfectionistic Behaviour (CMPB), desde el cual el perfeccionismo es comprendido desde tres niveles: rasgo, interpersonal/relacional e intrapersonal/autorrelacional. Al desarrollar su modelo, Hewitt y sus compañeros (2017) destacaron la relevancia de considerar y distinguir entre los distintos niveles del perfeccionismo, así como entre lo que las personas poseen (i.e., sus rasgos y el contenido de estos) y lo que las personas hacen, en términos de cómo expresan el perfeccionismo. En primer lugar, el perfeccionismo a nivel de rasgo se centra en la motivación por ser perfecto, pudiendo estar dirigido hacia uno mismo, hacia los demás y/o ser socialmente prescrito. En segundo lugar, desde el nivel interpersonal, el perfeccionismo se expresa mediante estilos de autopresentación perfeccionista, manifestándose de tres maneras posibles; la autopromoción de la perfección, la evitación de manifestaciones conductuales de imperfección y la no revelación de la imperfección. Finalmente, a nivel intrapersonal, la atención se centra en la expresión interna del perfeccionismo a través de pensamientos e imágenes perfeccionistas. A pesar de esta visión más amplia del perfeccionismo, existen pocos estudios focalizados en el perfeccionismo desde un enfoque interpersonal e intrapersonal en poblaciones con mayor vulnerabilidad al perfeccionismo (Hewitt et al., 2017).

Por otro lado, Hamachek (1978) también hizo una distinción del perfeccionismo desde una perspectiva multidimensional, en particular en dos grandes dimensiones. En primer lugar, el perfeccionismo adaptativo, también definido como perfeccionismo normal, que se caracteriza por la búsqueda de altos estándares personales y metas orientadas al crecimiento individual de las cuales se obtiene satisfacción y placer por el esfuerzo en las tareas. En contraste, se encuentra el perfeccionismo desadaptativo, también conocido como neurótico, caracterizado por una falta de satisfacción personal ante los logros, excesiva preocupación por las evaluaciones externas, las críticas y el error, además de la búsqueda constante de estándares inalcanzables (Cox et al., 2002; Frost et al., 1993; Hill et al., 1997).

Dado el objeto de estudio, es relevante relacionar el perfeccionismo con la apariencia física. En esta línea, Yang y Stoeber (2012) introdujeron el constructo de perfeccionismo

orientado a la apariencia física, basándose en los enfoques multidimensionales previos (Frost et al., 1993; Hewitt et al., 2017) atendiendo además matices culturales, sociales y educativos. Este concepto se estructura en torno a dos dimensiones. Por un lado, la Esperanza por la Perfección, asociada con la búsqueda de atractivo físico y la obtención de refuerzo positivo sobre la propia imagen, y por otro lado, la Preocupación por la Imperfección, centrada en evitar defectos percibidos y posibles críticas. Para la medición de estas variables, se desarrolló la Physical Appearance Perfectionism Scale (PAPS), que fue validada a través de ocho estudios, con una muestra total de 2,316 estudiantes universitarios de China y Reino Unido, de edades comprendidas entre 16 y 62 años. Los resultados indicaron que la Preocupación por la Imperfección se relaciona con efectos negativos, como baja autoestima, ansiedad social vinculada a la apariencia y alta insatisfacción corporal. En contraste, la Esperanza por la Perfección mostró asociaciones con aspectos positivos, como un enfoque de superación personal que se traduce en una mayor autoestima. Esto sugiere que el perfeccionismo orientado a la apariencia física se puede considerar tanto de forma negativa como positiva.

Desde esta perspectiva, Rica y sus colaboradores (2022) llevaron a cabo un estudio con el objetivo de validar la versión española del PAPS y explorar su relación con diversas variables psicopatológicas. Para ello, trabajaron con una muestra representativa de 850 estudiantes universitarios varones en España. Sus hallazgos indicaron que el perfeccionismo orientado a la apariencia física se asocia significativamente con la sintomatología de los TCA, así como con el perfeccionismo general, la insatisfacción corporal, la dismorfia muscular y una mayor propensión al ejercicio compulsivo. En particular, la subescala de Preocupación por la Imperfección mostró la relación más fuerte con estas variables, lo que sugiere que esta dimensión del perfeccionismo podría desempeñar un papel clave en la sintomatología vinculada a la imagen corporal y los trastornos alimentarios.

## **1.5 Psicoterapia como Intervención para los TCA**

### ***1.5.1 Enfoques Terapéuticos en el Tratamiento de los TCA***

El tratamiento de los TCA es complejo y requiere una atención multidisciplinaria, dada la naturaleza multifacética de estos trastornos. Lilienfeld (2019) subraya la importancia

de considerar un enfoque integral que abarque criterios psicológicos, cognitivos, físicos y conductuales para una evaluación más precisa y completa del proceso de recuperación. El nivel de eficacia de dicho tratamiento es moderado, con tasas de remisión de los síntomas que oscilan entre el 40% y el 60% (Eddy et al., 2017; Linardon, 2018; Treasure et al., 2020).

En esta línea, los hallazgos de diversos estudios coinciden en señalar que las intervenciones psicológicas, tanto las que son basadas en la evidencia como las derivadas de estas (i.e. biblioterapia, plataformas digitales, entrenamiento en habilidades de autogestión) resultan eficaces para reducir significativamente los síntomas de los TCA. Se ha comprobado que estas últimas muestran mejores resultados en comparación con tratamientos psicológicos no específicos y condiciones de lista de espera, sin embargo, su capacidad para lograr una remisión completa del trastorno es baja (Davey et al., 2023).

Los estudios revisados destacan la eficacia de diversas intervenciones psicológicas para los TCA (Monteleone et al., 2022; Solmi et al., 2024). En primer lugar, la terapia familiar (TF) muestra resultados eficaces para el tratamiento de la AN, especialmente en adolescentes y en adultos-jóvenes (Álvarez-Malé et al., 2014; Monteleone et al., 2022). La terapia cognitivo conductual (TCC) también se considera eficaz, respaldada por la mayoría de las guías de tratamiento, ya que ayuda a los pacientes a identificar y modificar los pensamientos y comportamientos distorsionados relacionados con la comida, el peso y la imagen corporal. Los tratamientos con un componente nutricional se asocian con tasas más altas de recuperación general (Solmi et al., 2024). En un estudio realizado por Álvarez-Malé y sus compañeros (2014) encontraron una disminución significativa en la sintomatología de TCA constatando una mejoría en la evolución de las pacientes tras realizar un tratamiento psicológico de orientación cognitivo-conductual junto con un tratamiento nutricional. Estos autores concluyen que la intervención temprana y especializada ofrece mejores resultados, siendo necesario un abordaje integral con un equipo multidisciplinar.

En relación con otros subtipos de TCA, la TCC también se considera el tratamiento de primera elección para la BN y el Trastorno por Atracón (BED), evidenciando una alta eficacia en la reducción de síntomas (Monteleone et al., 2022). Además, en el caso de la BN, se han documentado beneficios en terapias alternativas como la terapia dialéctico-conductual (TDC), la autoayuda y las intervenciones integrales (Solmi et al., 2024). Para el BED, se

recomienda complementar el tratamiento psicológico con intervenciones farmacológicas y nutricionales (Monteleone et al., 2022; Solmi et al., 2024).

Más allá del tratamiento principal, se ha prestado creciente atención a intervenciones dirigidas a la sintomatología residual y a los problemas persistentes relacionados con la imagen corporal. En este contexto, la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) ha mostrado resultados especialmente prometedores. En un estudio reciente con diseño de ensayo controlado aleatorizado, Fogelkvist et al. (2020) compararon la eficacia de la ACT con el tratamiento habitual (TAU), encontrando que la ACT fue significativamente más eficaz en la reducción tanto de los síntomas residuales de los TCA como de las alteraciones en la imagen corporal. Estos resultados respaldan la utilidad de este enfoque para abordar dificultades clínicas persistentes en pacientes con TCA.

Pese a estos avances, la literatura acerca de la eficacia de los tratamientos en poblaciones especialmente vulnerables, como modelos, bailarinas y patinadoras artísticas, sigue siendo limitada. Sin embargo, recientemente, Gorrell (et al., 2024) llevó a cabo un estudio exploratorio sobre los resultados de un programa de prevención de TCA en bailarinas de élite. Este programa fue una adaptación del proyecto Female Athlete Body Project (FABP) y se implementó en una muestra de 19 bailarinas. Las principales temáticas tratadas fueron: la definición y los beneficios de un ideal corporal saludable para el ballet, la promoción de una buena y adecuada alimentación, y el desarrollo de estrategias para contrarrestar los efectos negativos de las conversaciones acerca de la preocupación por el sobrepeso. Además, el programa incluyó diversas actividades orientadas al desarrollo de una imagen corporal más positiva. Como se predijo, las bailarinas informaron una reducción significativa en la insatisfacción corporal y la restricción dietética tras la intervención.

### ***1.5.2 El Papel del Perfeccionismo en la Psicoterapia de los TCA y su Abordaje***

El abordaje transdiagnóstico del perfeccionismo puede contribuir a la reducción de los síntomas en diversos trastornos sin necesidad de tratarlos de manera específica, dado que se considera un factor subyacente común a múltiples patologías, incluidos los TCA (Bieling et al., 2004). Este enfoque ha demostrado ser eficaz en el tratamiento de trastornos comórbidos, ya sean de la misma categoría (TCA) o relacionados con otras afecciones (emocionales, conductuales o cognitivas). Por otro lado, algunos autores han resaltado la importancia de un

tratamiento enfocado en la disminución de los niveles de perfeccionismo para lograr un buen pronóstico y con el objetivo de reducir las recaídas a largo plazo (Egan et al., 2012).

Desde una perspectiva psicodinámico-interpersonal, el perfeccionismo se aborda como una construcción profundamente arraigada en la historia relacional del individuo, especialmente en el contexto de vínculos parentales marcados por expectativas elevadas y críticas implícitas, lo que conlleva a la internalización de un sistema de valores perfeccionista. El objetivo terapéutico, en este sentido, es promover la diferenciación del paciente respecto a estos valores internalizados y generar un sentido propio e independiente. En este enfoque, la relación con el terapeuta guarda un papel fundamental, ya que modela la aceptación de la imperfección dentro del vínculo lo que permite al paciente experimentar nuevas formas de relacionarse (LaSota, 2008).

Desde el encuadre cognitivo-conductual, el perfeccionismo se conceptualiza como un rasgo de personalidad estable y persistente, lo que lo conlleva a ser particularmente resistente al cambio. Por esta razón, se considera fundamental abordarlo de manera directa y específica dentro del tratamiento. Las técnicas propias de la TCC, como la reestructuración cognitiva, se han mostrado útiles en el trabajo del perfeccionismo desadaptativo, centradas en identificar creencias disfuncionales y desarrollar estrategias de afrontamiento más adaptativas para disminuir las actitudes, creencias y comportamientos perfeccionistas. Entre las intervenciones más utilizadas se encuentran la psicoeducación sobre el perfeccionismo y sus consecuencias, la modificación de patrones de pensamiento distorsionados, la formulación de autoinstrucciones más realistas, así como técnicas de relajación y role-playing orientadas a mejorar las habilidades interpersonales y la tolerancia a la imperfección (Frost & Steketee, 1997).

Por otro lado, desde un enfoque integrativo, se sostiene que el tratamiento del perfeccionismo desadaptativo requiere una combinación de estrategias que aborden sus múltiples dimensiones. Dado que este patrón se manifiesta a través de componentes cognitivos, emocionales, conductuales e interpersonales, su abordaje terapéutico debe ser igualmente amplio y adaptativo, incorporando técnicas que respondan a las necesidades específicas de cada caso (LaSota, 2008).

Varias investigaciones han tratado de conocer la eficacia de la intervención terapéutica sobre las cogniciones perfeccionistas. Desde la TCC Radhu y sus compañeros

(2012) realizaron un estudio con estudiantes universitarios durante 12 semanas. Si bien encontraron que las cogniciones perfeccionistas se redujeron significativamente tras la intervención, no se encontraron diferencias significativas entre el grupo de control y el de intervención tras el tratamiento. Un segundo estudio comparó los niveles de perfeccionismo tras el tratamiento desde la TCC, la intervención general focalizada en el estrés y un grupo de control. Los resultados mostraron que las cogniciones perfeccionistas se redujeron significativamente en ambos tratamientos y que además, el grupo de TCC reportó cogniciones de perfeccionismo significativamente más bajas en comparación con los otros dos grupos después de la intervención (Arpin-Cribbie et al., 2012).

Por otro lado, Karin y Nordin-Bates (2020) realizaron un estudio con población vulnerable al perfeccionismo, constituida por un grupo de bailarinas de ballet. Su objetivo principal fue comprobar los niveles de cogniciones perfeccionistas tras una intervención pedagógica con énfasis en el uso del aprendizaje implícito y las imágenes sensoriocinéticas como medio para mejorar la creatividad y reducir las cogniciones perfeccionistas. Sus resultados mostraron reducciones significativas en las cogniciones perfeccionistas una vez realizada la intervención. Donachie y Hill (2020) también realizaron un estudio para examinar la eficacia de un libro de autoayuda basado en la TCC (i.e., "When Perfect Isn't Good Enough"; Antony & Swinson, 2009) para reducir el perfeccionismo rasgo y las cogniciones de perfeccionismo en un grupo de 115 atletas. Los jugadores fueron asignados aleatoriamente al grupo de control o al grupo de intervención de autoayuda, el cual tuvo acceso al libro durante 8 semanas. Tras este periodo de tiempo, se encontraron diferencias estadísticamente significativas respecto a las cogniciones perfeccionistas entre ambos grupos, oscilando entre moderadas y grandes.

Los resultados de los dos estudios proporcionan una indicación temprana de que la experiencia de las cogniciones perfeccionistas es susceptible de intervención en la danza y el deporte. A pesar de que las prácticas basadas en la TCC pueden brindar la oportunidad de reducir las cogniciones perfeccionistas al desafiar y cambiar algunas de las creencias y comportamientos anteriores los orígenes de las cogniciones perfeccionistas se encuentran en un nivel estructural profundo, por lo que es probable que el cambio fundamental sea más complicado y difícil, y posiblemente requiera otros tipos de intervención (Donachie et al., 2023; Hewitt et al., 2017).

Otros estudios, en el área del deporte, que emplean como intervención para la perfección la ACT. Por un lado, Kaufman et al. (2009) evaluaron la eficacia de una intervención de atención plena de 4 semanas para reducir el perfeccionismo en arqueros y golfistas. Del mismo modo, De Petrillo y sus compañeros (2009) evaluaron la efectividad de la intervención desde el mindfulness durante 4 semanas en corredores de larga distancia. Los dos estudios encontraron disminuciones en las dimensiones del perfeccionismo (i.e., expectativas de los padres, críticas percibidas de los padres y estándares personales después de la intervención). Sin embargo, ambos estudios emplearon un diseño pretest-posttest, por lo que sus conclusiones pueden resultar más débiles respecto a la efectividad del tratamiento.

### **1.6 Factores Clave en el Cambio Terapéutico de los TCA**

Si bien la evidencia respalda la eficacia de diversas intervenciones para el tratamiento de los TCA, es importante considerar los factores que influyen en el proceso de cambio terapéutico. En este sentido, el estudio de Lambert (1992) analizó la contribución de distintos elementos en la mejoría de los pacientes. Los resultados indicaron que el 40% de la mejoría se debía a factores extra terapéuticos, el 15% al efecto placebo, otro 15% a las técnicas y modelos del terapeuta, y el 30% a la relación terapéutica. Estos hallazgos resaltan que la relación terapéutica tiene un papel más determinante en la recuperación del paciente que las técnicas y modelos específicos de cada profesional.

A partir de diversos estudios, Norcross y Wampold (2011) identificaron cuatro factores clave de la relación terapéutica con mayor impacto en el cambio terapéutico. En primer lugar, una revisión meta-analítica evidenció que el desarrollo de una sólida alianza terapéutica es esencial para el éxito de la psicoterapia, independientemente del enfoque utilizado. En el contexto de la terapia grupal, se observó que una cohesión fuerte dentro del grupo favorece la mejora terapéutica. En tercer lugar, la investigación concluyó la importancia de que los psicoterapeutas se muestren comprensivos/empáticos ante las experiencias de sus clientes. Finalmente, se encontró que la retroalimentación por parte del paciente permite al terapeuta detectar con mayor precisión posibles retrocesos en el proceso terapéutico.

## 1.7 Objetivos e Hipótesis

El presente estudio tiene como **objetivo principal** analizar la posible relación entre haber realizado un proceso terapéutico, la sintomatología de TCA y el perfeccionismo orientado a la apariencia física en modelos profesionales.

Teniendo en cuenta la literatura previamente contrastada y el objetivo principal, se plantean las siguientes **hipótesis generales**:

1. Las modelos profesionales que realizaron un proceso terapéutico presentarán menos sintomatología de TCA que las modelos que no hayan realizado un proceso terapéutico.
2. Las modelos profesionales que realizaron un proceso terapéutico tendrán menos sintomatología de perfeccionismo orientado a la apariencia física que las modelos que no hayan realizado un proceso terapéutico.

Por otro lado, el estudio también tendrá los siguientes **objetivos secundarios**:

- Comprobar si existe una relación entre los niveles de perfeccionismo orientado a la apariencia física y la sintomatología de TCA.
- Examinar si existen diferencias entre las diferentes corrientes psicoterapéuticas en la reducción de sintomatología de TCA y perfeccionismo orientado a la apariencia física en las modelos profesionales.
- Explorar en qué medida el vínculo terapéutico y la sensación de haber sido comprendido por el terapeuta son percibidos como factores de cambio en la sintomatología de TCA entre modelos profesionales que finalizan un proceso terapéutico.
- Explorar en qué medida el vínculo terapéutico y la sensación de haber sido comprendido por el terapeuta son percibidos como factores de cambio en la sintomatología de perfeccionismo orientado a la apariencia física entre modelos profesionales que finalizan un proceso terapéutico.

**Las hipótesis secundarias correspondientes son:**

3. Las modelos profesionales que presenten menores niveles de perfeccionismo orientado a la apariencia física tendrán menor sintomatología de TCA.

4. Las modelos profesionales que hayan realizado TCC tendrán bajos niveles de sintomatología de TCA en comparación con las que hayan elaborado un proceso terapéutico desde otra corriente psicológica.
5. Las modelos profesionales que hayan realizado TCC tendrán niveles más bajos de perfeccionismo orientado a la apariencia física en comparación con las que hayan elaborado un proceso terapéutico desde otra corriente psicológica.
6. Las modelos profesionales que hayan acudido a terapia y hayan percibido un vínculo terapéutico fuerte y se hayan sentido comprendidas presentarán bajos niveles de sintomatología de TCA.
7. Las modelos profesionales que hayan acudido a terapia y hayan percibido un vínculo terapéutico fuerte y se hayan sentido comprendidas mostrarán poca sintomatología de perfeccionismo físico.

## **2. Método**

### **2.1 Diseño**

Se trata de un estudio ex post facto retrospectivo. Para estudiar qué influencia ha tenido la variable de haber realizado un proceso terapéutico en los niveles de sintomatología de TCA y de perfeccionismo orientado a la apariencia física (variables dependientes), se evaluará la corriente psicológica empleada, así como los factores terapéuticos percibidos como elementos de ayuda por parte del paciente (variables independientes).

### **2.2 Participantes**

Este estudio se centró en mujeres que trabajan activamente como modelos profesionales, obteniendo una muestra inicial de 102 participantes. Los criterios de inclusión fueron: aceptar el consentimiento informado, ser mayor de edad, estar actualmente ejerciendo como modelo profesional y ser mujer. Tras aplicar estos criterios, se excluyeron 37 personas, 32 de ellas por no ejercer actualmente como modelo y 5 hombres, quedando una muestra final de 61 participantes, de las cuales 33 han realizado un proceso terapéutico y 28 indican

no haberlo realizado. La edad promedio de la muestra fue de 24 años ( $SD = 5.58$ ). También se calculó la altura media, 1.74 m ( $SD = 5.70$ ) y el peso, 55.2 Kg ( $SD = 5.22$ ).

### 2.3 Instrumentos de Medida

Los cuestionarios utilizados para la recopilación de datos se presentan a continuación:

Physical Appearance Perfectionism Scale (PAPS; Yang & Stoeber, 2012; Rica et al., *in press*). El propósito del presente estudio fue desarrollar una medida del perfeccionismo de la apariencia física que capture las diferencias individuales en las esperanzas y preocupaciones de las personas sobre una apariencia física perfecta. El cuestionario consta de 12 ítems en total, distribuidos en dos dimensiones: Worry About Imperfection y Hope For Perfection. Las respuestas se obtienen mediante una escala tipo Likert de 5 puntos, donde 1 significa “Muy en desacuerdo” y 5 “Muy de acuerdo”. Este estudio presenta un coeficiente de alfa de Cronbach de .83, con un .85 de la primera subescala y un 0.80 de la segunda. También se empleó en su versión adaptada al español, validada en una muestra representativa de 434 mujeres universitarias españolas. Esta versión cuenta con el mismo número de ítems que la versión original (12) con dos factores (Esperanza por la Perfección y Preocupación por la Imperfección). El instrumento presenta cinco alternativas de respuesta tipo Likert en el mismo formato que la versión original.

Eating Disorder Examination-Questionnaire (EDE-Q; Fairburn & Beglin, 1994; Peláez-Fernández et al., 2012), en su versión adaptada a mujeres adultas jóvenes (Mond et al., 2006) con el objetivo de evaluar la psicopatología específica asociada a los trastornos alimentarios, midiendo actitudes, preocupaciones y comportamientos relacionados con la alimentación, el peso y la figura. Este cuestionario cuenta con cuatro subescalas: Restraint (Restricción), Eating Concern (Preocupación por la Alimentación), Shape Concern (Preocupación por la Figura) y Weight Concern (Preocupación por el Peso) que están divididas en un total de 36 ítems, de los cuales 22 abordan los aspectos actitudinales de la psicopatología del trastorno alimentario y los demás evalúan las frecuencias de los comportamientos del trastorno alimentario (atracones y compensaciones). Luce y Crowther (1999) validaron la consistencia interna y la confiabilidad test-retest del cuestionario, obteniendo grandes resultados: .85 en la subescala de Restricción, .92 en la subescala de

Preocupación por la Figura, .89 en la Preocupación por el Peso y .81 en la Preocupación por la Alimentación.

## **2.4 Procedimiento**

En primer lugar, se obtuvo la aprobación del Comité de Ética de la Universidad Pontificia de Comillas para llevar a cabo el estudio. Una vez concedida la autorización, se inició el proceso de recolección de datos a través de la plataforma Google Forms, mediante la administración de dos versiones del cuestionario, una en inglés y otra en español, con el objetivo de alcanzar una muestra más amplia y diversa.

Para la obtención de los datos, se empleó un muestreo no probabilístico por bola de nieve. Inicialmente, se contactó con modelos profesionales y agencias con mayor accesibilidad a través de WhatsApp e Instagram, quienes a su vez difundieron el cuestionario dentro de su red de contactos, permitiendo así la expansión de la muestra.

Antes de iniciar la encuesta en línea, se proporcionó información detallada sobre los objetivos del estudio, subrayando el carácter voluntario, anónimo y confidencial de la participación, en cumplimiento con los principios del consentimiento informado. Además, se especificaron los criterios de inclusión, el tiempo estimado para completar el cuestionario y la posibilidad de abandonarlo en cualquier momento. También se mencionó los efectos de la colaboración por parte de las participantes para ampliar el conocimiento sobre los efectos de la psicoterapia en el tratamiento de los trastornos de la conducta alimentaria.

Finalmente, se recopilaron datos sociodemográficos básicos, como edad y género, junto con información específica sobre peso y estatura, seguidos de la aplicación de los instrumentos de evaluación del estudio (PAPS y EDE-Q). Posteriormente, los datos fueron organizados en una hoja de Excel, donde se llevó a cabo un proceso de limpieza antes de proceder a su análisis mediante el software Jamovi (Jamovi Project, 2023).

## 2.5 Análisis Estadísticos

Para el análisis de los datos de este estudio, se utilizó el software Jamovi (Jamovi Project, 2023). En primer lugar, se comprobó el supuesto de normalidad mediante la prueba estadística Shapiro-Wilk, para comprobar si los datos obtenidos cumplían con una distribución normal. En aquellos resultados en los que se obtuvo una puntuación de  $p < 0.05$  no se pudo asumir el supuesto de normalidad y se utilizó estadística no paramétrica. Por el contrario, aquellos que presentaron una puntuación de  $p > 0.05$  sí que indicaron una distribución normal y en esos casos se aplicó contrastes estadísticos paramétricos.

En las ocasiones en las que sí se cumplió el supuesto de normalidad se comprobó la igualdad de varianzas de los grupos a través de la prueba Levene. Cuando los valores de  $p$  fueron  $> 0.05$ , no se pudo rechazar la hipótesis nula de igualdad de varianzas, por lo que se asumió la homogeneidad entre los grupos. En cambio, para valores de  $p < 0.05$  no se pudo asumir la homocedasticidad de la muestra. En función de estos supuestos se emplearon diferentes estadísticos para la comparación de los grupos: U de Mann-Whitney, ANOVA, correlación de Spearman, t de Welch y Kruskal-Wallis.

Dentro de los análisis estadísticos realizados, se adoptó un umbral de significación estadística de  $p < 0.05$  (95%).

Por otro lado, se consideró la magnitud de los efectos observados mediante el análisis del tamaño del efecto, con el objetivo de complementar la interpretación de los resultados obtenidos. Para cuantificar dicho tamaño, se utilizaron los siguientes estadísticos en función de la distribución de los datos: d de Cohen, eta cuadrado y épsilon cuadrado (Cohen, 1973, 1988; Olejnik & Algina, 2003).

## 3. Resultados

En primer lugar, se analizaron los estadísticos descriptivos de las variables del estudio tanto para los grupos de modelos que sí realizaron un proceso terapéutico como para las que no (Tabla 1 y Tabla 2). Asimismo, se emplearon las pruebas de normalidad para conocer la distribución de los datos (Tabla 3).

**Tabla 1.** Estadísticos descriptivos de la sintomatología de TCA según la experiencia previa en psicoterapia.

|           | Terapia |       |         |      |      |      |      |      |
|-----------|---------|-------|---------|------|------|------|------|------|
|           | No      | Sí    | No      | Sí   | No   | Sí   | No   | Sí   |
|           | N       | Media | Mediana | DE   |      |      |      |      |
| <b>R</b>  | 27      | 33    | 2.79    | 2.97 | 2.60 | 2.60 | 1.59 | 1.72 |
| <b>EC</b> | 27      | 33    | 1.61    | 2.09 | 1.40 | 1.80 | 0.99 | 1.25 |
| <b>SC</b> | 27      | 33    | 2.57    | 3.12 | 2.29 | 3.38 | 1.50 | 1.68 |
| <b>WC</b> | 27      | 33    | 2.37    | 2.81 | 2.20 | 2.60 | 1.50 | 1.79 |

*Nota.* R = Restraint; EC = Eating Concern; SC = Shape Concern; WC = Weight Concern

**Tabla 2.** Estadísticos descriptivos de la sintomatología de perfeccionismo físico según la experiencia previa en psicoterapia.

|           | Terapia |       |         |      |      |      |      |      |
|-----------|---------|-------|---------|------|------|------|------|------|
|           | No      | Sí    | No      | Sí   | No   | Sí   | No   | Sí   |
|           | N       | Media | Mediana | DE   |      |      |      |      |
| <b>PI</b> | 27      | 33    | 2.47    | 2.66 | 2.43 | 2.71 | 0.80 | 0.94 |
| <b>EP</b> | 27      | 33    | 3.37    | 3.91 | 3.40 | 3.80 | 0.95 | 0.89 |

*Nota.* PI = Preocupación por Imperfección; EP = Esperanza por la Perfección

A continuación, se procedió al análisis de las diferencias entre los grupos de modelos en las puntuaciones de las subescalas del EDE-Q. Dado que ninguna de las subescalas cumplió con el supuesto de normalidad (Tabla 3), se realizó la prueba U de Mann-Whitney. Finalmente, los resultados obtenidos no revelaron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos en ninguna de las variables evaluadas (Tabla 4).

**Tabla 3.** Prueba Shapiro-Wilk de las variables de estudio.

|                | PI   | EP   | R     | EC    | SC   | WC   |
|----------------|------|------|-------|-------|------|------|
| <b>W</b>       | 0.97 | 0.95 | 0.90  | 0.83  | 0.95 | 0.94 |
| <b>Valor p</b> | 0.13 | 0.02 | <.001 | <.001 | 0.01 | 0.01 |

*Nota.* PI = Preocupación por Imperfección; EP = Esperanza por la Perfección; R = Restraint; EC = Eating Concern; SC = Shape Concern; WC = Weight Concern

**Tabla 4.** U de Mann-Whitney de las subescalas del EDE-Q en función de haber realizado o no psicoterapia.

|           | Estadístico | p    |
|-----------|-------------|------|
| <b>R</b>  | 431         | 0.83 |
| <b>EC</b> | 356         | 0.18 |
| <b>SC</b> | 355         | 0.18 |
| <b>WC</b> | 386         | 0.38 |

*Nota.* R = Restraint; EC = Eating Concern; SC = Shape Concern, WC = Weight Concern

En segundo lugar, se examinó la relación entre las variables del PAPS en función de haber realizado o no un proceso terapéutico. Para la subescala Preocupación por la Imperfección se realizó una t de Welch y para la Esperanza por la Perfección un U de Mann-Whitney. Las diferencias entre los grupos para los valores de la subescala Preocupación por la Imperfección resultaron no ser estadísticamente significativas (Tabla 5). Por otro lado, en la subescala Esperanza por la Perfección sí se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos, con un tamaño del efecto moderados ( $0.3 \leq d < 0.5$ ; Tabla 6).

**Tabla 5.** T de Welch de la subescala Preocupación por la Imperfección en función de la experiencia previa en psicoterapia.

|           | Estadístico | gl   | p    | d de Cohen |
|-----------|-------------|------|------|------------|
| <b>PI</b> | -0.87       | 57.9 | 0.39 | -0.23      |

*Nota.* PI = Preocupación por la Imperfección

**Tabla 6.** *U de Mann-Whitney de la subescala Esperanza por la Perfección en función de la experiencia previa en psicoterapia.*

|           | <b>Estadístico</b> | <b>p</b> |
|-----------|--------------------|----------|
| <b>EP</b> | 290                | 0.02     |

*Nota.* EP = Esperanza por la Perfección.

En tercer lugar, para conocer la relación entre las variables de la escala EDE-Q con las del PAPS se realizó un análisis de correlación de Spearman. Los resultados mostraron correlaciones positivas y significativas entre las dos subescalas del PAPS y todas las variables del EDE-Q (Tabla 7). Esta correlación fue especialmente fuerte entre las subescalas SC y WC con las variables del PAPS.

**Tabla 7.** *Correlación de Spearman entre las variables del EDE-Q y el PAPS.*

|           | <b>PI</b> | <b>EP</b> | <b>R</b> | <b>EC</b> | <b>SC</b> | <b>WC</b> |
|-----------|-----------|-----------|----------|-----------|-----------|-----------|
| <b>PI</b> | -         |           |          |           |           |           |
| <b>EP</b> | 0.57***   | -         |          |           |           |           |
| <b>R</b>  | 0.58***   | 0.38**    | -        |           |           |           |
| <b>EC</b> | 0.71***   | 0.43***   | 0.71***  | -         |           |           |
| <b>SC</b> | 0.76***   | 0.45***   | 0.68***  | 0.78***   | -         |           |
| <b>WC</b> | 0.77***   | 0.45***   | 0.69***  | 0.79***   | 0.90***   | -         |

*Nota.* PI = Preocupación por la Imperfección; EP = Esperanza por la Perfección; R = Restraint; EC = Eating Concern; SC = Shape Concern; WC = Weight Concern. \*p < .05, \*\*p < .01, \*\*\*p < .001

Por otro lado, se analizó la posible relación entre la TCC y las escalas EDE-Q y PAPS, en comparación con el resto de terapias. Para ello, en primer lugar se realizó un análisis descriptivo de cada una de las variables en función del tipo de terapia (Tabla 8 y Tabla 9).

**Tabla 8.** *Análisis descriptivo de la escala PAPS en función de la corriente psicológica.*

|    | Corriente Psicológica | N | Media | Mediana | DE   |
|----|-----------------------|---|-------|---------|------|
| PI | H                     | 2 | 3.43  | 3.43    | 0.81 |
|    | NG                    | 4 | 3.24  | 3.29    | 1.34 |
|    | PD                    | 3 | 3.05  | 3.43    | 1.05 |
|    | I                     | 4 | 2.68  | 2.57    | 0.66 |
|    | CC                    | 4 | 1.61  | 1.64    | 0.50 |
|    | R                     | 1 | 2.57  | 2.57    | NaN  |
| EP | H                     | 2 | 4.28  | 4.28    | 0.67 |
|    | NG                    | 4 | 3.95  | 4.40    | 1.42 |
|    | PD                    | 3 | 4.00  | 4.00    | 1.00 |
|    | I                     | 4 | 4.25  | 4.20    | 0.76 |
|    | CC                    | 4 | 3.70  | 3.90    | 0.96 |
|    | R                     | 1 | 3.40  | 3.40    | NaN  |

*Nota.* PI = Preocupación por la Imperfección; EP = Esperanza por la Perfección; H = Humanismo; NG = Nueva Generación; PD = Psicodinámica; I = Integrador; CC = Cognitivo Conductual; R = Relacional; NaN = Not a Number

**Tabla 9.** *Análisis descriptivo de la escala EDE-Q en función de la corriente psicológica.*

|    | Corriente psicológica | N | Media | Mediana | DE   |
|----|-----------------------|---|-------|---------|------|
| R  | H                     | 2 | 4.20  | 4.20    | 2.26 |
|    | NG                    | 4 | 2.55  | 2.30    | 1.31 |
|    | PD                    | 3 | 2.67  | 2.80    | 1.60 |
|    | I                     | 4 | 3.85  | 4.40    | 2.15 |
|    | CC                    | 4 | 2.25  | 1.70    | 1.70 |
|    | R                     | 1 | 2.20  | 2.20    | NaN  |
| EC | H                     | 2 | 3.33  | 3.33    | 2.72 |
|    | NG                    | 4 | 1.90  | 1.90    | 0.93 |
|    | PD                    | 3 | 2.13  | 2.40    | 1.22 |
|    | I                     | 4 | 2.30  | 2.00    | 1.59 |
|    | CC                    | 4 | 0.95  | 1.00    | 0.10 |
|    | R                     | 1 | 2.00  | 2.00    | NaN  |
|    | H                     | 2 | 3.93  | 3.93    | 1.92 |

|           |           |   |      |      |      |
|-----------|-----------|---|------|------|------|
| <b>SC</b> | <b>NG</b> | 4 | 4.38 | 4.00 | 1.25 |
|           | <b>PD</b> | 3 | 3.38 | 3.38 | 1.63 |
|           | <b>I</b>  | 4 | 3.41 | 3.38 | 2.12 |
|           | <b>CC</b> | 4 | 1.06 | 0.88 | 0.38 |
|           | <b>R</b>  | 1 | 3.50 | 3.50 | NaN  |
|           | <b>H</b>  | 2 | 3.30 | 3.30 | 2.40 |
| <b>WC</b> | <b>NG</b> | 4 | 3.43 | 2.93 | 1.51 |
|           | <b>PD</b> | 3 | 2.58 | 2.40 | 2.08 |
|           | <b>I</b>  | 4 | 3.15 | 2.90 | 2.11 |
|           | <b>CC</b> | 4 | 0.79 | 0.88 | 0.28 |
|           | <b>R</b>  | 1 | 3.20 | 3.20 | NaN  |

*Nota.* R = Restraint; EC = Eating Concern; SC = Shape Concern; WC = Weight Concern; H = Humanismo; NG = Nueva Generación; PD = Psicodinámica; I = Integrador; CC = Cognitivo Conductual; R = Relacional; NaN = Not a Number

A continuación, se realizó la prueba de Kruskal-Wallis entre las variables del EDE-Q y el tipo de corriente psicológica empleada. Los resultados no mostraron diferencias estadísticamente significativas (Tabla 10).

**Tabla 10.** *Kruskal-Wallis del EDE-Q según el tipo de corriente psicológica.*

|           | $\chi^2$ | gl | p    | $\epsilon^2$ |
|-----------|----------|----|------|--------------|
| <b>R</b>  | 3.17     | 5  | 0.67 | 0.19         |
| <b>EC</b> | 5.07     | 5  | 0.41 | 0.30         |
| <b>SC</b> | 9.19     | 5  | 0.10 | 0.54         |
| <b>WC</b> | 7.30     | 5  | 0.20 | 0.43         |

*Nota.* R = Restraint; EC = Eating Concern; SC = Shape Concern; WC = Weight Concern

Por otro lado, se realizó un ANOVA para la subescala PI y un análisis de Kruskal-Wallis para la subescala EP en función de la corriente psicológica de la terapia. Para ninguna de las dos variables se encontraron diferencias estadísticamente significativas en función del tipo de corriente psicológica (Tabla 11 y Tabla 12).

**Tabla 11.** *ANOVA de la Preocupación por la Imperfección según la corriente psicológica.*

|                       | Suma de Cuadrados | gl | Media Cuadrática | F   | p    | $\eta^2$ |
|-----------------------|-------------------|----|------------------|-----|------|----------|
| Corriente psicológica | 7.40              | 5  | 1.48             | 1.7 | 0.20 | 0.42     |

**Tabla 12.** *Kruskal-Wallis de la Esperanza por la Perfección según la corriente psicológica.*

|    | $\chi^2$ | gl | p    | $\epsilon^2$ |
|----|----------|----|------|--------------|
| EP | 2.00     | 5  | 0.85 | 0.12         |

*Nota.* EP = Esperanza por la Perfección

También se estudió la relación entre la percepción del vínculo terapéutico como mecanismo de cambio y el sentirse comprendido por parte del terapeuta con los niveles de las variables del EDE-Q y del PAPS (Tabla 13 y Tabla 14).

Los análisis se realizaron a través del estadístico ANOVA para cada una de las subescalas. Finalmente, se obtuvo que los efectos principales y las interacciones evaluadas resultaron no significativas en ninguna de las variables, esto sugiere la ausencia de diferencias estadísticamente significativas en función de las variables independientes analizadas (Tabla 15 y Tabla 16).

**Tabla 13.** *Análisis descriptivo de los valores del EDE-Q y su relación con la percepción de un vínculo terapéutico fuerte y el sentirse comprendido.*

| Variables EDE-Q | Vínculo | Sentirse comprendido | N  | Media | Mediana | DE   |
|-----------------|---------|----------------------|----|-------|---------|------|
| R               | 0       | 1                    | 13 | 3.05  | 2.60    | 1.74 |
|                 |         | 0                    | 6  | 2.87  | 2.20    | 2.20 |
|                 | 1       | 1                    | 12 | 2.93  | 2.20    | 1.74 |
|                 |         | 0                    | 2  | 3.00  | 3.00    | 0.56 |
| EC              | 0       | 1                    | 13 | 1.94  | 1.40    | 1.25 |
|                 |         | 0                    | 6  | 2.00  | 1.80    | 1.23 |
|                 | 1       | 1                    | 12 | 2.23  | 1.90    | 1.36 |
|                 |         | 0                    | 2  | 2.50  | 2.50    | 1.55 |

|    |   |   |    |      |      |      |
|----|---|---|----|------|------|------|
| SC | 0 | 1 | 13 | 2.63 | 2.50 | 1.37 |
|    |   | 0 | 6  | 3.28 | 3.38 | 1.73 |
|    | 1 | 1 | 12 | 3.56 | 3.91 | 2.03 |
|    |   | 0 | 2  | 3.29 | 3.29 | 1.01 |
| WC | 0 | 1 | 13 | 2.37 | 2.00 | 1.71 |
|    |   | 0 | 6  | 2.73 | 2.50 | 1.83 |
|    | 1 | 1 | 12 | 3.37 | 3.60 | 1.96 |
|    |   | 0 | 2  | 2.60 | 2.60 | 1.41 |

Nota. R = Restraint; EC = Eating Concern; SC = Shape Concern; WC = Weight Concern

**Tabla 14.** Análisis descriptivo de los valores del PAPS y su relación con la percepción de un vínculo terapéutico fuerte y el sentirse comprendido.

| VARIABLES PAPS | Vínculo | Sentirse comprendido | N  | Media | Mediana | DE   |
|----------------|---------|----------------------|----|-------|---------|------|
| PI             | 0       | 1                    | 13 | 2.62  | 2.43    | 1.15 |
|                |         | 0                    | 6  | 2.62  | 2.50    | 0.97 |
|                | 1       | 1                    | 12 | 2.70  | 2.71    | 0.82 |
|                |         | 0                    | 2  | 2.79  | 2.79    | 0.10 |
| EP             | 0       | 1                    | 13 | 3.66  | 3.80    | 0.98 |
|                |         | 0                    | 6  | 4.17  | 4.10    | 0.76 |
|                | 1       | 1                    | 12 | 4.06  | 4.15    | 0.91 |
|                |         | 0                    | 2  | 3.90  | 3.90    | 0.14 |

Nota. PI = Preocupación por la Imperfección; EP = Esperanza por la Perfección

**Tabla 15.** ANOVA de las variables del EDE-Q en función del vínculo terapéutico percibido, de la sensación de haberse sentido comprendido por el terapeuta y de su interacción en modelos que realizaron un proceso terapéutico.

|   |  | Suma de Cuadrados | gl | Media Cuadrática | F       | p    |
|---|--|-------------------|----|------------------|---------|------|
| R | Sentirse comprendido                       | 0.02              | 1  | 0.01             | 0.01    | 0.95 |
|   | Vínculo terapéutico                        | 5.09e-4           | 1  | 5.09e-4          | 1.56e-4 | 0.99 |
|   | Sentirse comprendido * Vínculo terapéutico | 0.07              | 1  | 0.07             | 0.02    | 0.88 |

|           |   |      |   |      |      |      |
|-----------|---|------|---|------|------|------|
|           | <b>Sentirse comprendido</b>                       | 0.13 | 1 | 0.13 | 0.08 | 0.79 |
| <b>EC</b> | <b>Vínculo terapéutico</b>                        | 0.76 | 1 | 0.76 | 0.45 | 0.51 |
|           | <b>Sentirse comprendido * Vínculo terapéutico</b> | 0.05 | 1 | 0.05 | 0.03 | 0.86 |
|           | <b>Sentirse comprendido</b>                       | 0.17 | 1 | 0.17 | 0.06 | 0.81 |
| <b>SC</b> | <b>Vínculo terapéutico</b>                        | 1.08 | 1 | 1.08 | 0.37 | 0.55 |
|           | <b>Vínculo terapéutico * Sentirse comprendido</b> | 1.04 | 1 | 1.04 | 0.36 | 0.56 |
|           | <b>Sentirse comprendido</b>                       | 0.20 | 1 | 0.20 | 0.06 | 0.81 |
| <b>WC</b> | <b>Vínculo terapéutico</b>                        | 0.94 | 1 | 0.94 | 0.28 | 0.60 |
|           | <b>Vínculo terapéutico * Sentirse comprendido</b> | 1.55 | 1 | 1.55 | 0.46 | 0.50 |

*Nota.* R = Restraint; EC = Eating Concern; SC = Shape Concern; WC = Weight Concern

**Tabla 16.** ANOVA de la variables del PAPS en función del vínculo terapéutico percibido, de la sensación de haberse sentido comprendido por el terapeuta y de su interacción en modelos que realizaron un proceso terapéutico.

|           |   | <b>Suma de Cuadrados</b> | <b>gl</b> | <b>Media Cuadrática</b> | <b>F</b> | <b>p</b> |
|-----------|---|--------------------------|-----------|-------------------------|----------|----------|
|           | <b>Vínculo terapéutico</b>                        | 0.07                     | 1         | 0.07                    | 0.07     | 0.79     |
| <b>PI</b> | <b>Sentirse comprendido</b>                       | 0.01                     | 1         | 0.01                    | 0.01     | 0.93     |
|           | <b>Vínculo terapéutico * Sentirse comprendido</b> | 0.01                     | 1         | 0.01                    | 0.01     | 0.92     |
|           | <b>Vínculo terapéutico</b>                        | 0.02                     | 1         | 0.02                    | 0.03     | 0.87     |
| <b>EP</b> | <b>Sentirse comprendido</b>                       | 0.15                     | 1         | 0.15                    | 0.18     | 0.67     |
|           | <b>Vínculo terapéutico * Sentirse comprendido</b> | 0.54                     | 1         | 0.54                    | 0.66     | 0.42     |

*Nota.* PI = Preocupación por la Imperfección; EP = Esperanza por la Perfección

Pese a la ausencia de significación estadística en los ANOVA, se examinaron las medias marginales estimadas de las variables del EDE-Q y del PAPS para explorar posibles tendencias entre los grupos (Tabla 17 y Tabla 18). Si bien no se observaron diferencias claras entre las subescalas del EDE-Q, la variable SC obtuvo una puntuación ligeramente mayor en las participantes que no se sintieron comprendidas, en comparación con aquellas que sí lo

hicieron. Sin embargo, los amplios intervalos de confianza y su tendencia al solapamiento limitan la interpretación de estos resultados como diferencias consistentes (Tabla 17). En el caso de las variables del PAPS, los resultados para la PI mostraron valores prácticamente idénticos entre los grupos, mientras que en la EP se observaron ligeras variaciones, aunque sin una tendencia clara a los factores considerados. En ambos casos, los solapamientos entre los intervalos de confianza y la amplitud de algunos de ellos sugieren una elevada variabilidad que impide extraer conclusiones firmes (Tabla 18).

**Tabla 17.** *Análisis de medias marginales para las variables del EDE-Q en función del vínculo terapéutico percibido, la sensación de haberse sentido comprendido por el terapeuta y de su interacción, en modelos que realizaron un proceso terapéutico.*

|           | Vínculo terapéutico | Sentirse comprendido | Media | EE   | Intervalo de Confianza al 95% |          |
|-----------|---------------------|----------------------|-------|------|-------------------------------|----------|
|           |                     |                      |       |      | Inferior                      | Superior |
| <b>R</b>  | 0                   | 1                    | 3.05  | 0.50 | 2.02                          | 4.07     |
|           |                     | 0                    | 2.87  | 0.74 | 1.36                          | 4.37     |
|           | 1                   | 1                    | 2.93  | 0.52 | 1.87                          | 4.00     |
|           |                     | 0                    | 3.00  | 1.28 | 0.39                          | 5.61     |
| <b>EC</b> | 0                   | 1                    | 1.94  | 0.36 | 1.20                          | 2.68     |
|           |                     | 0                    | 2.00  | 0.53 | 0.91                          | 3.09     |
|           | 1                   | 1                    | 2.23  | 0.38 | 1.46                          | 3.00     |
|           |                     | 0                    | 2.50  | 0.92 | 0.61                          | 4.39     |
| <b>SC</b> | 0                   | 1                    | 2.63  | 0.47 | 1.66                          | 3.59     |
|           |                     | 0                    | 3.28  | 0.70 | 1.85                          | 4.70     |
|           | 1                   | 1                    | 3.56  | 0.49 | 2.55                          | 4.57     |
|           |                     | 0                    | 3.29  | 1.21 | 0.82                          | 5.75     |
| <b>WC</b> | 0                   | 1                    | 2.37  | 0.51 | 1.33                          | 3.40     |
|           |                     | 0                    | 2.73  | 0.75 | 1.20                          | 4.25     |
|           | 1                   | 1                    | 3.37  | 0.53 | 2.29                          | 4.45     |
|           |                     |                      |       |      |                               |          |

---

0            2.60            1.29            -0.04            5.24

---

*Nota.* R = Restraint; EC = Eating Concern; SC = Shape Concern; WC = Weight Concern.

**Tabla 18.** *Análisis de medias marginales para las variables del PAPS en función del vínculo terapéutico percibido, la sensación de haberse sentido comprendido por el terapeuta y de su interacción, en modelos que realizaron un proceso terapéutico.*

|           | Vínculo<br>terapéutico | Sentirse<br>comprendido | Media | EE   | Intervalo de<br>Confianza al 95% |          |
|-----------|------------------------|-------------------------|-------|------|----------------------------------|----------|
|           |                        |                         |       |      | Inferior                         | Superior |
| <b>PI</b> | <b>0</b>               | <b>1</b>                | 2.62  | 0.27 | 2.07                             | 3.18     |
|           |                        | <b>0</b>                | 2.62  | 0.40 | 1.80                             | 3.44     |
|           | <b>1</b>               | <b>1</b>                | 2.70  | 0.28 | 2.12                             | 3.28     |
|           |                        | <b>0</b>                | 2.79  | 0.70 | 1.36                             | 4.21     |
| <b>EP</b> | <b>0</b>               | <b>1</b>                | 3.66  | 0.25 | 3.15                             | 4.17     |
|           |                        | <b>0</b>                | 4.17  | 0.37 | 3.41                             | 4.92     |
|           | <b>1</b>               | <b>1</b>                | 4.06  | 0.26 | 3.53                             | 4.59     |
|           |                        | <b>0</b>                | 3.90  | 0.64 | 2.60                             | 5.20     |

*Nota.* PI = Preocupación por la Imperfección; EP = Esperanza por la Perfección.

## 4. Discusión

### 4.1 Discusión

Las modelos profesionales se enfrentan a estándares de belleza sumamente exigentes, que ejercen una presión constante sobre su apariencia física. Esta presión no sólo condiciona su desempeño laboral, sino que también influye de forma significativa en su bienestar psicológico. La necesidad de mantener un físico idealizado y alineado con las expectativas del sector convierte a este grupo en una población especialmente susceptible al desarrollo de un TCA (Garner & Garfinkel, 1980; Rica et al., 2022; Rodgers et al., 2020; Santonastaso et al., 2002; Soley-Beltrán, 2004).

En este contexto, el perfeccionismo orientado a la apariencia física ha emergido como un factor psicológico de especial relevancia. Este constructo hace referencia a la tendencia a establecer estándares poco realistas respecto al propio aspecto físico, junto con una autoevaluación crítica basada en la imagen corporal percibida. Investigaciones recientes han destacado su papel no solo en el inicio, sino también en el mantenimiento de los TCA (Rica et al., 2022; Rodgers et al., 2020), lo que refuerza la necesidad de abordarlo como una variable clave en la comprensión de estas patologías dentro del ámbito del modelaje profesional.

Esta investigación planteó estudiar las diferencias en los niveles de sintomatología de TCA y de perfeccionismo orientado a la apariencia física entre modelos profesionales que hayan llevado a cabo un proceso terapéutico y aquellas que no lo han realizado. Los resultados obtenidos permitieron establecer diversas conclusiones relevantes sobre la relación entre la realización de un proceso terapéutico y la sintomatología de TCA y del perfeccionismo orientado a la apariencia física. En términos generales, los hallazgos respaldan parcialmente las hipótesis planteadas, confirmando algunas asociaciones teóricas esperadas y desestimando otras, lo que pone de relieve la complejidad de los procesos implicados.

Los resultados obtenidos reflejan que no se observa de manera significativa una menor sintomatología de TCA en las modelos que han participado en un proceso terapéutico, en comparación con aquellas que no lo han realizado. Estos hallazgos contrastan con lo que se ha reportado en investigaciones previas, donde se ha evidenciado una disminución significativa de los síntomas tras intervenciones psicológicas (Eddy et al., 2017; Linardon, 2018; Treasure et al., 2020). Además, estudios como el de Davey et al. (2023) han mostrado que incluso las intervenciones que no han sido basadas en la evidencia pueden generar una mejora notable en la sintomatología.

Dado que los resultados obtenidos no coinciden con las conclusiones de investigaciones previas, se considera que al tratarse de una población especialmente vulnerable y específica, como es el caso de las modelos profesionales, la efectividad de los tratamientos convencionales se puede ver limitada debido a que no están adecuadamente adaptados a sus necesidades particulares. Tal como señala Lilienfeld (2019), la eficacia de una intervención depende en gran medida de su ajuste a las características psicológicas,

sociales y contextuales del grupo al que se dirige. Esta idea también ha sido respaldada en estudios recientes sobre intervenciones preventivas en poblaciones vulnerables, donde se ha observado que tratamientos ajustados a las características de esta población logran una disminución significativa de los síntomas de TCA. Por ende, se comprueba que la falta de ajuste a las características de las personas en los enfoques terapéuticos reduce significativamente su impacto (Gorrell, 2024).

En relación con la evaluación del perfeccionismo orientado a la apariencia física, el presente estudio concluye resultados distintos para las dos subescalas. Por un lado, los datos indican que la psicoterapia no genera diferencias estadísticamente significativas en la Preocupación por la Imperfección entre las modelos que han realizado tratamiento psicoterapéutico y aquellas que no. Por lo contrario, sí que se observan diferencias estadísticamente significativas entre los grupos en la Esperanza por la Perfección.

Es importante señalar que estos resultados no se pueden comparar con estudios previos sobre el perfeccionismo orientado a la apariencia física debido a la falta de investigaciones específicas acerca de este novedoso constructo (Yang & Stoeber, 2012). En este contexto, los hallazgos acerca de la literatura previa sobre los niveles de perfeccionismo general tras un proceso terapéutico resultan poco concluyentes, lo que refleja una cierta ambigüedad respecto al impacto de la psicoterapia en las manifestaciones del perfeccionismo.

En esta línea, algunos estudios centrados en poblaciones consideradas vulnerables, como bailarines o deportistas, han encontrado reducciones significativas en las cogniciones perfeccionistas tras la intervención (Donachie & Hill, 2020; Karin & Nordin-Bates, 2020). Estos resultados sugieren que, en determinados contextos y con intervenciones específicas, es posible observar mejoras sustanciales. Sin embargo, otros trabajos subrayan la dificultad de modificar el perfeccionismo cuando se manifiesta como un rasgo profundamente enraizado en la estructura de personalidad. Desde esta perspectiva, se argumenta que este patrón de funcionamiento no se transforma fácilmente mediante intervenciones breves o generalistas, requiriendo abordajes más prolongados y específicos (De Petrillo et al., 2009; Donachie et al., 2023; Hewitt et al., 2017; Kaufman et al., 2009).

Por otro lado, en la subescala de Esperanza por la Perfección las modelos que no habían acudido a psicoterapia presentaron puntuaciones significativamente más bajas en esta dimensión en comparación con quienes sí lo habían hecho. Además, el tamaño del efecto

obtenido fue moderado, lo que indica que la diferencia observada también resulta relevante desde el punto de vista práctico. Este patrón sugiere que los modelos con experiencia terapéutica tienden a manifestar niveles más elevados en esta dimensión. Estos hallazgos pueden interpretarse a la luz de los resultados obtenidos por Yang y Stoeber (2012) en la validación del PAPS, quienes identificaron esta dimensión como un componente más adaptativo del perfeccionismo orientado a la apariencia física, el cual se relaciona con variables positivas como la autosatisfacción corporal, la autopercepción positiva y mayores habilidades en la gestión de impresiones. Por lo tanto, los niveles elevados de este constructo apuntan a que los modelos que han participado en procesos psicoterapéuticos pueden haber desarrollado una relación más funcional y adaptativa con su imagen corporal, sustentada en un enfoque motivacional positivo orientado al crecimiento personal y autocuidado, y desvinculada de patrones disfuncionales o patológicos.

En relación con el segundo objetivo del estudio, los resultados evidencian una relación significativa entre la sintomatología de TCA y el perfeccionismo enfocado a la apariencia física. Esto sugiere que puntuaciones elevadas en una de estas variables tienden a estar asociadas con puntuaciones igualmente altas en la otra.

Estos hallazgos son consistentes con los resultados obtenidos en un estudio anterior, que concluyó la presencia de asociaciones significativas entre los síntomas de TCA y del perfeccionismo orientado a la apariencia física, especialmente con la escala Preocupación por la Imperfección (Rica et al., 2022). Este constructo alude a una elevada sensibilidad hacia los defectos percibidos de la propia imagen corporal y a una tendencia a experimentar malestar intenso ante la posibilidad de no alcanzar estándares estéticos ideales (Yang & Stoeber, 2012). En el caso de los modelos profesionales, la presencia de puntuaciones elevadas en esta dimensión podrían reflejar una autoexigencia desadaptativa marcada por la autocritica y por la excesiva preocupación generada por la sensación de no cumplir con los niveles estéticos exigidos en su entorno laboral.

Esta relación sugiere una influencia recíproca en el mantenimiento de ambas dimensiones. Por ello, la ausencia de mejoras significativas en la sintomatología evaluada en una de las variables (eg. sintomatología de TCA) tras un proceso terapéutico podría explicarse, al menos en parte, por la persistencia de la otra variable (e.g. perfeccionismo físico) suponiendo así una resistencia al cambio de ambas dimensiones.

El tercer objetivo del estudio fue analizar si existen diferencias entre las distintas corrientes psicoterapéuticas en la reducción de la sintomatología de los TCA y del perfeccionismo orientado a la apariencia física en modelos profesionales. La TCC actualmente es el enfoque utilizado de manera más amplia y que cuenta con una mayor base empírica tanto en su procedimiento como en sus hallazgos (Gorrell et al., 2024; Solmi et al., 2024). Sin embargo, los resultados del presente estudio no evidenciaron diferencias significativas en su efectividad en comparación con otras orientaciones terapéuticas en el tratamiento de la sintomatología de TCA y del perfeccionismo orientado a la apariencia física.

Esta ausencia de diferencias podría explicarse, por un lado, por la eficacia de otras corrientes terapéuticas menos estudiadas en esta población específica, y por otro, debido a la posible necesidad de intervenciones más integrales que incluyan componentes adicionales, como el abordaje nutricional y/o farmacológico, para lograr una mayor reducción sintomática (Monteleone et al., 2022; Solmi et al., 2024).

Finalmente, en relación con el cuarto objetivo del estudio, se analizó la asociación entre dos factores terapéuticos clave, la sensación de haberse sentido comprendidas por el terapeuta y el vínculo terapéutico percibido, con la sintomatología de los TCA y el perfeccionismo corporal. Los resultados obtenidos no apuntan a una relación significativa entre estas variables, lo que sugiere que ni la percepción de la calidad del vínculo terapéutico ni la sensación de comprensión por parte del terapeuta se relacionaron de forma directa con los niveles de sintomatología tras un proceso terapéutico. Estos hallazgos no resultan coincidentes con los planteamientos teóricos previos, que confirman la existencia de una relación significativa entre la calidad de la relación terapéutica y la mejoría de la sintomatología (Lambert, 1992). Esta discrepancia puede ser debida a que la evaluación de estos factores se ha realizado desde la perspectiva subjetiva de los modelos, que expresan su percepción acerca de la influencia que tienen estos factores en el cambio terapéutico. Esto sugiere que la percepción del vínculo y de la comprensión podría no reflejar de manera precisa el impacto real de estos elementos en la evolución de la sintomatología.

## 4.2 Conclusiones

A partir de los resultados obtenidos, se pueden extraer diversas conclusiones relevantes que permiten comprender con mayor profundidad la relación entre el perfeccionismo orientado a la apariencia física, la sintomatología de los TCA y la experiencia terapéutica en modelos profesionales. En primer lugar, se ha observado que las modelos que han participado en un proceso psicoterapéutico no presentan una sintomatología de TCA significativamente menor que aquellas que no han acudido a terapia, lo que sugiere que el paso por un tratamiento psicológico no garantiza, por sí solo, una reducción de dichos síntomas.

Sin embargo, sí se han encontrado diferencias significativas entre ambos grupos en cuanto a la dimensión de Esperanza por la Perfección orientada a la apariencia física, siendo ésta mayor en las modelos que han realizado terapia. No obstante, en lo que respecta a la dimensión de Preocupación por la Imperfección, no se han evidenciado diferencias destacables, lo que indicaría cierta dificultad de esta dimensión del perfeccionismo a ser modificada a través de la intervención terapéutica.

Asimismo, se ha identificado una correlación positiva entre la sintomatología del perfeccionismo orientado a la imagen corporal y los síntomas propios de los TCA, lo que refuerza la estrecha vinculación entre ambos constructos. Esta asociación sugiere que el perfeccionismo corporal podría actuar como un factor de mantenimiento del malestar psicológico en las participantes, haciendo aún más complejo el abordaje terapéutico de los TCA. Por otro lado, los datos no muestran una diferencia clara entre los efectos de la terapia Cognitivo-Conductual y los de otros enfoques psicoterapéuticos en relación con la reducción de los síntomas de TCA y del perfeccionismo corporal.

Finalmente, el estudio no ha encontrado una relación significativa entre la calidad del vínculo terapéutico, la empatía del terapeuta y los niveles de sintomatología tanto de TCA como de perfeccionismo orientado a la apariencia física dentro de la población de modelos profesionales.

### **4.3 Limitaciones, Fortalezas y Futuras Líneas de Investigación**

A pesar de que este estudio ha proporcionado información valiosa sobre la relación entre el perfeccionismo orientado a la apariencia física, la sintomatología de TCA y el proceso terapéutico en modelos profesionales, es importante reconocer varias limitaciones que deben tenerse en cuenta al interpretar los resultados.

El presente estudio presenta diversas limitaciones metodológicas y procedimentales que deben ser consideradas a la hora de interpretar los resultados obtenidos. En primer lugar, el diseño transversal únicamente permite identificar asociaciones entre variables sin posibilidad de establecer relaciones de causalidad. Esta característica impide determinar la direccionalidad de los efectos observados entre las variables evaluadas, limitando la capacidad explicativa del estudio.

En segundo lugar, la medición de las variables principales se llevó a cabo mediante autoinformes. El PAPS y el EDE-Q, que a pesar de ser instrumentos validados no lo han sido específicamente en la población de modelos profesionales, lo que puede comprometer la validez interna y externa de los resultados. Además, los autoinformes presentan vulnerabilidad a sesgos inherentes al método, tales como la deseabilidad social, el error mnemónico o la interpretación subjetiva de los ítems, que pueden distorsionar la información obtenida.

En relación con el procedimiento de muestreo, la muestra del presente trabajo fue de tamaño reducido y reclutada mediante un muestreo no probabilístico por conveniencia. Esta estrategia fue condicionada por la dificultad de acceso a una población tan específica como es la de modelos profesionales, lo que pudo haber introducido sesgos de selección y reducir la heterogeneidad sociodemográfica del grupo. Como consecuencia, la representatividad de la muestra queda comprometida, limitando la generalización de los hallazgos al conjunto de la población objetivo.

También es importante considerar que la participación voluntaria de los modelos profesionales en el estudio puede haber estado condicionada por diversos factores personales, profesionales y contextuales, lo que podría suponer un posible sesgo relacionado con la motivación a la participación. Dado que el reclutamiento se basó en la disposición de los modelos a colaborar, es posible que aquellas que aceptaron formar parte del estudio presenten

características específicas que las diferencian de las que no participaron, lo que podría haber influido en los resultados obtenidos.

Otra limitación relevante radica en la escasez de información sobre aspectos fundamentales del proceso terapéutico, cuya medición y categorización resultan complejas y dificultan la obtención de indicadores homogéneos y comparables. Esta carencia de control sobre variables clave del tratamiento impide una interpretación precisa de la relación entre la experiencia clínica previa y la evolución sintomatológica. En consecuencia, las conclusiones de este estudio deben entenderse como referidas a los cambios asociados a un proceso terapéutico de carácter general, sin poder atribuir efectos a intervenciones específicas.

En esta línea, la ausencia de control sistemático de variables intervinientes o moderadoras también dificulta la delimitación precisa del efecto atribuible del tratamiento psicoterapéutico a las variables dependientes y además restringe la posibilidad de identificar mecanismos subyacentes o variables mediadoras relevantes. La inclusión de estas variables supondría la adopción de una perspectiva más específica y rica acerca de la relación entre las variables.

A pesar de las limitaciones señaladas, este trabajo presenta importantes fortalezas tanto a nivel metodológico como en términos de su contribución en el ámbito de la salud mental. En primer lugar, se ha logrado acceder a una muestra especialmente vulnerable a las problemáticas evaluadas y, al mismo tiempo, de difícil captación. A pesar de ser un colectivo altamente expuesto a factores de riesgo para el desarrollo de patologías relacionadas con la imagen corporal, su representación en la literatura científica continúa siendo escasa. Estos hechos confieren un valor añadido al estudio al proporcionar evidencia empírica sobre una población altamente señalada pero invisibilizada dentro de la investigación psicológica.

Asimismo, este trabajo constituye una aportación relevante al análisis de la salud mental en el contexto de la industria de la moda, al mismo tiempo que adopta un posicionamiento ético claro a favor de la visibilización de las problemáticas que afectan a este colectivo.

Desde el punto de vista técnico, se han empleado herramientas de evaluación validadas y especialmente pertinentes para los objetivos del estudio. Por un lado, para la medición de la sintomatología asociada a los TCA se empleó el EDE-Q, considerado el instrumento de mayor referencia para esta problemática a nivel internacional. De manera

complementaria, se incorporó el PAPS, un cuestionario específico y novedoso, especializado en evaluar un área del perfeccionismo de gran relevancia en esta población. La inclusión de este instrumento supone una innovación en el abordaje del perfeccionismo desde una perspectiva ajustada a las particularidades del contexto profesional de las modelos, permitiendo un análisis más ajustado y preciso.

En conjunto, este estudio no solo aporta datos empíricos relevantes, sino que además abre una línea de investigación en torno al perfeccionismo físico y la sintomatología alimentaria en un contexto de alta presión estética, sentando las bases para futuras investigaciones e intervenciones dirigidas a este colectivo.

Para próximas investigaciones se sugiere que se adopten diseños longitudinales que permitan observar la evolución de la sintomatología del TCA y del perfeccionismo físico a lo largo del tiempo. Este tipo de diseño facilitará la identificación de relaciones causales entre la intervención psicoterapéutica y los cambios en los niveles de sintomatología, lo que aportaría una mayor robustez a las conclusiones.

Asimismo, resultaría pertinente adaptar y validar instrumentos psicométricos específicamente diseñados para la población de modelos profesionales debido a su vulnerabilidad ante estas problemáticas y por ende contar con una evaluación más precisa y fiable. Por otro lado, el desarrollo de estudios con muestras más amplias y diversas dentro del sector del modelaje, supondría un enriquecimiento del análisis y permitiría una mayor generalización de los resultados. Además, esta amplitud favorecería el conocimiento de las diferencias intrínsecas dentro de esta población.

Otra vía de exploración relevante sería la inclusión de un mayor número de variables clínicas y contextuales que puedan influir en la relación entre el proceso terapéutico y la sintomatología evaluada. Este enfoque permitiría identificar con mayor precisión los factores implicados en el cambio terapéutico y, en consecuencia, diseñar intervenciones más personalizadas y eficaces, adaptadas a las características y necesidades específicas de esta población. De esta manera, la integración de datos cualitativos enriquecería el análisis aportando una perspectiva profundamente contextualizada acerca de las vivencias de las participantes.

Finalmente, sería especialmente valioso impulsar estudios que comparen la efectividad de distintos modelos psicoterapéuticos en poblaciones vulnerables como es el

ámbito del modelaje. Asimismo, el desarrollo de intervenciones integrales que combinen componentes psicológicos, nutricionales y médicos podría ofrecer estrategias más eficaces y sostenibles en el abordaje clínico de este colectivo.

#### **4.6 Implicaciones Clínicas y Preventivas**

Los resultados de este estudio tienen importantes implicaciones tanto para la práctica clínica como para desarrollar estrategias preventivas. En el ámbito clínico, destaca la necesidad de abordar de manera integrada la sintomatología de los TCA y el perfeccionismo orientado a la apariencia física dado la correlación observada entre ambos constructos, por ello, su tratamiento conjunto podría favorecer un pronóstico más favorable y una mayor eficacia terapéutica. Asimismo, teniendo en cuenta la vulnerabilidad de los modelos profesionales al desarrollo de patologías relacionadas con la imagen corporal, es fundamental ofrecerles una atención sanitaria multidisciplinaria que integre apoyo psicológico, nutricional y, cuando sea necesario, farmacológico. De esta manera, se logrará un abordaje más efectivo y adecuado al cuadro clínico de cada individuo. Además, se plantea la importancia de que en los contextos organizacionales vinculados al mundo de la moda también se implementen protocolos de evaluación psicológica de manera periódica, acompañados de un seguimiento profesional para la detección y el abordaje temprano de la patología. Asimismo, resulta fundamental desarrollar programas de psicoeducación dirigidos a modelos acerca de temáticas relacionadas con la imagen corporal y la alimentación saludable.

En el ámbito preventivo, este trabajo pone en evidencia la urgencia de implementar estrategias que promuevan el bienestar psicológico de los modelos profesionales y prevengan la aparición de patologías relacionadas con la imagen física. Para ello, resulta fundamental la creación de entornos laborales que promuevan el bienestar psicológico y reduzcan los factores de riesgo ante el desarrollo de patologías. En primer lugar, se considera esencial que las agencias de modelos cuenten con políticas preventivas que prioricen y fortalezcan la salud mental de sus profesionales. Esta necesidad podría ser cubierta con la creación de programas centrados en el acompañamiento, apoyo y detección de signos tempranos de malestar psicológico. Por otro lado, también se considera pertinente la elaboración de programas psicoeducativos dirigidos a reducir la internalización de estándares corporales inalcanzables, a fomentar una relación más funcional con la imagen corporal desde etapas tempranas dentro

de la profesión y al desarrollo de herramientas cognitivas y emocionales para afrontar la presión estética. Finalmente, como implicación preventiva resulta crucial promover representaciones más diversas y saludables de los cuerpos, principalmente femeninos, en el mundo del modelaje y la moda. Para ello, las agencias y empresas han de tomar un rol activo en la promoción de estándares realistas a través de las modelos. Asimismo, una mayor concienciación sobre los riesgos asociados al perfeccionismo físico y a los estándares corporales extremos contribuiría a reducir la búsqueda de estos ideales inalcanzables.

## 5. Referencias Bibliográficas

- Álvarez-Malé, M. L., Palomino Martín, A., González Martel, V., & Quiroga Escudero, M. E. (2014). Evaluación de la eficacia de la terapia psicológica y nutricional a través de la composición corporal y somatotipo en pacientes afectadas por Trastornos de la Conducta Alimentaria. *Cuadernos de Psicología Del Deporte*, 14(2), 13–20. <https://doi.org/10.4321/s1578-84232014000200002>
- American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5 (5th edition). *American Psychiatric Publishing*, 5(5).
- Antony, M. M., & Swinson, R. P. (2009). When perfect isn't good enough: Strategies for coping with perfectionism. New Harbinger Publications.
- Arpin-Cribbie, C., Irvine, J., & Ritvo, P. (2012). Web-based cognitive-behavioral therapy for 194- perfectionism: a randomized controlled trial. *Psychotherapy Research*, 22(2), 207. <https://doi.org/10.1080/10503307.2011.637242>
- Bázan, C. I., & Miño, R. (2015). La imagen corporal en los medios de comunicación masiva. *Psicología, Cultura Y Sociedad*, 15(1), 23–42.
- Berny, M. C., Rodríguez, D., Cisneros, J., & Guzmán, G. (2020). Trastornos de la conducta alimentaria. *Boletín Científico de La Escuela Superior Atotonilco de Tula*, 7(14), 15–21. <https://doi.org/10.29057/esat.v7i14.6036>
- Bieling, P. J., Israeli, A. L., & Antony, M. M. (2004). Is perfectionism good, bad, or both? Examining models of the perfectionism construct. *Personality and Individual Differences*, 36(6), 1373–1385. [https://doi.org/10.1016/s0191-8869\(03\)00235-6](https://doi.org/10.1016/s0191-8869(03)00235-6)
- Bogár, N., & Túry, F. (2019). *The Fashion Industry and Eating Disorders*. Cambridge Scholars Publishing.
- Bogár, N., Dukay-Szabó, S., Simon, D., Túry, F., & Pászthy, B. (2022). Frequency of disordered eating habits among fashion models. *European Eating Disorders Review*, 30(6). <https://doi.org/10.1002/erv.2912>

- Brooks, S. J., O'Daly, O. G., Uher, R., Friederich, H.-C., Giampietro, V., Brammer, M., Williams, S. C. R., Schiöth, H. B., Treasure, J., & Campbell, I. C. (2011). Differential Neural Responses to Food Images in Women with Bulimia versus Anorexia Nervosa. *PLoS ONE*, 6(7), e22259. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0022259>
- Caballero, A. (2018). *Terapia individual o terapia grupal en TCA: Qué papel tienen el perfeccionismo la autoestima y la alexitimia en dichos trastornos y cómo abordarlos*. [Tesis].
- Carral, L. (2016). *Sesgos cognitivos en los trastornos de la conducta alimentaria: Un estudio de casos y controles*. [Tesis]. <https://repositorio.unican.es/xmlui/bitstream/handle/10902/8435/Tesis%20LCF.pdf?sequ%20ence=1&isAllowed=y>
- Castellano, S., Rizzotto, A., Neri, S., Currenti, W., Guerrero, C. S., Pirrone, C., Coco, M., & Di Corrado, D. (2021). The Relationship between Body Dissatisfaction and Eating Disorder Symptoms in Young Women Aspiring Fashion Models: The Mediating Role of Stress. *European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education*, 11(2), 607–615. <https://doi.org/10.3390/ejihpe11020043>
- Cohen, J. (1973). *Statistical power analysis and research results*. Academic Press.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Lawrence Erlbaum Associates.
- Cox, B. J., Enns, M. W., & Clara, I. P. (2002). The multidimensional structure of perfectionism in clinically distressed and college student samples. *Psychological Assessment*, 14(3), 365–373. <https://doi.org/10.1037/1040-3590.14.3.365>
- Davey, E., Bennett, S. D., Bryant-Waugh, R., Micali, N., Takeda, A., Alexandrou, A., & Shafran, R. (2023). Low intensity psychological interventions for the treatment of feeding and eating disorders: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Eating Disorders*, 11(1). <https://doi.org/10.1186/s40337-023-00775-2>

- De Petrillo, L. A., Kaufman, K. A., Glass, C. R., & Arnkoff, D. B. (2009). Mindfulness for long distance runners: An open trial using Mindful Sport Performance Enhancement (MSPE). *Journal of Clinical Sport Psychology*, 25, 357-376. <https://doi.org/10.1123/jcsp.3.4.357>
- Donachie, T. C., & Hill, A. P. (2020). Helping soccer players help themselves: Effectiveness of a psychoeducational book in reducing perfectionism. *Journal of Applied Sport Psychology*, 1-21. <https://doi.org/10.1080/10413200.2020.1819472>
- Donachie, T. C., Hill, A. P., & Etherson, M. (2023). Perfectionism cognitions in sport, dance, and exercise. In *The Psychology of Perfectionism in Sport, Dance, and Exercise*. Routledge.
- Eddy, K. T., Tabri, N., Thomas, J. J., Murray, H. B., Keshaviah, A., Hastings, E., Edkins, K., Krishna, M., Herzog, D. B., Keel, P. K., & Franko, D. L. (2017). Recovery From Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa at 22-Year Follow-Up. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 78(02), 184–189. <https://doi.org/10.4088/jcp.15m10393>
- Edler, C., Haedt, A. A., & Keel, P. K. (2007). The use of multiple purging methods as an indicator of eating disorder severity. *International Journal of Eating Disorders*, 40(6), 515–520. <https://doi.org/10.1002/eat.20416>
- Egan, S. J., Wade, T. D., & Shafran, R. (2012). The transdiagnostic process of perfectionism = El proceso transdiagnóstico del perfeccionismo. *Revista de Psicopatología Y Psicología Clínica*, 17(3), 279. <https://doi.org/10.5944/rppc.vol.17.num.3.2012.11844>
- Fairburn, C. & Beglin, S. (1994). Assessment of eating disorders: Interview or self-report questionnaire?. *International journal of eating disorders*, 16(4), 363-370.
- Fairburn, C. G., Cooper, Z., & Shafran, R. (2003). Cognitive behaviour therapy for eating disorders: a “transdiagnostic” theory and treatment. *Behaviour Research and Therapy*, 41(5), 509–528. [https://doi.org/10.1016/s0005-7967\(02\)00088-8](https://doi.org/10.1016/s0005-7967(02)00088-8)
- Fairburn, C. G., & Harrison, P. J. (2003). Eating disorders. *The Lancet*, 361(9355), 407–416. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(03\)12378-1](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(03)12378-1)

- Fixsen, A., Kossewska, M., & Bardey, A. (2022). I'm Skinny, I'm Worth More: Fashion Models' Experiences of Aesthetic Labor and Its Impact on Body Image and Eating Behaviors. *Qualitative Health Research*, 33(1-2), 81–91. <https://doi.org/10.1177/10497323221141629>
- Fogelkvist, M., Gustafsson, S. A., Kjellin, L., & Parling, T. (2020). Acceptance and commitment therapy to reduce eating disorder symptoms and body image problems in patients with residual eating disorder symptoms: A randomized controlled trial. *Body Image*, 32, 155–166. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2020.01.002>
- Frost, R. O., Heimberg, R. G., Holt, C. S., Mattia, J. I., & Neubauer, A. L. (1993). A comparison of two measures of perfectionism. *Personality and Individual Differences*, 14(1), 119–126. [https://doi.org/10.1016/0191-8869\(93\)90181-2](https://doi.org/10.1016/0191-8869(93)90181-2)
- Frost, R. O., & Steketee, G. (1997). Perfectionism in Obsessive-Compulsive Disorder patients. *Behaviour Research and Therapy*, 35(4), 291–296. [https://doi.org/10.1016/s0005-7967\(96\)00108-8](https://doi.org/10.1016/s0005-7967(96)00108-8)
- Garner, D. M., & Garfinkel, P. E. (1980). Socio-cultural factors in the development of anorexia nervosa. *Psychological Medicine*, 10(4), 647–656. <https://doi.org/10.1017/s0033291700054945>
- Garner, D. M., Garfinkel, P. E., & Bemis, K. M. (1982). Anorexia nervosa: A multidimensional perspective. *International Journal of Eating Disorders*, 1(2), 3–46. [https://doi.org/10.1002/1098-108X\(198224\)1:2%3C3::AID-EAT2260010202%3E3.0.CO;2-J](https://doi.org/10.1002/1098-108X(198224)1:2%3C3::AID-EAT2260010202%3E3.0.CO;2-J)
- Garner, D. M., Garfinkel, P. E., Schwartz, D., & Thompson, M. (1980). Cultural Expectations of Thinness in Women. *Psychological Reports*, 47(2), 483–491. <https://doi.org/10.2466/pr0.1980.47.2.483>
- Glass, G. V., & Hopkins, K. D. (1996). *Statistical Methods in Education and Psychology* (3rd ed.). Allyn & Bacon.

- Gorrell, S., Sanzari, C. M., Ziegenhardt, P. S., Spell, J., Johnson, M. G., Whitlow, B., & Saigal, M. (2024). Preventing eating pathology among elite adolescent ballet dancers: a pilot trial of the Athlete Body Project. *Eating Disorders*, 32(6), 666–685. <https://doi.org/10.1080/10640266.2024.2337525>
- Hamachek, D. E. (1978). Psychodynamics of normal and neurotic perfectionism. *Psychology: A journal of human behavior*.
- Hewitt, P. L., Flett, G. L., & Mikail, S. F. (2017). Perfectionism: A relational approach to conceptualization, assessment, and treatment. Guilford Publications.
- Hewitt, P. L., Flett, G. L., Sherry, S. B., Habke, M., Parkin, M., Lam, R. W., McMurtry, B., Ediger, E., Fairlie, P., & Stein, M. B. (2003). The interpersonal expression of perfection: Perfectionistic self-presentation and psychological distress. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84(6), 1303–1325. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.84.6.1303>
- Hewitt, P. L., Mikail, S. F., Dang, S. S., Kealy, D., & Flett, G. L. (2020). Dynamic-relational treatment of perfectionism: An illustrative case study. *Journal of Clinical Psychology*, 76(11), 2028–2040. <https://doi.org/10.1002/jclp.23040>
- Hill, R. W., McIntire, K., & Bacharach, V. R. (1997). Perfectionism and the big five factors. *Journal of Social Behavior & Personality*, 12, 257–270.
- Jamovi Project. (2023). *Jamovi (Version 2.3)* [Computer software]. Retrieved from <https://www.jamovi.org>
- Karin, J., & Nordin-Bates, S. M. (2020). Enhancing creativity and managing perfectionism in of Dance dancers through implicit learning and sensori-kinetic imagery. *Journal Education*, 20(1), 1-11. <https://doi.org/10.1080/15290824.2018.1532572>
- Kaufman, K. A., Glass, C. R., & Arnkoff, D. B. (2009). Evaluation of Mindful Sport Performance Enhancement (MSPE): A new approach to promote flow in athletes. *Journal of Clinical Sport Psychology*, 3(4), 334-356. <https://doi.org/10.1123/jcsp.3.4.334>

- Kirszman, D., & Salgueiro, M. del C. (2002). *El enemigo en el espejo : De la insatisfacción corporal al trastorno*. TEA Ediciones, S.A.U.
- Lambert, M. J. (1992). Psychotherapy outcome research: Implications for integrative and eclectic therapists. In J. C. Norcross & M. R. Goldfried (Eds.), *Handbook of psychotherapy integration* (pp. 94–129). Basic Books.
- LaSota, M. T. (2008). *A cognitive -behavioral -based workshop intervention for perfectionism*. <https://doi.org/10.25669/kc7o-ppnd>
- Lilienfeld, S. O. (2019). What is “evidence” in psychotherapies?. *World Psychiatry, 18*(3), 245–246. <https://doi.org/10.1002/wps.20654>
- Linardon, J. (2018). Rates of abstinence following psychological or behavioral treatments for binge-eating disorder: Meta-analysis. *International Journal of Eating Disorders, 51*(8), 785–797. <https://doi.org/10.1002/eat.22897>
- López, C., & Treasure, J. (2011). Trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes: descripción y manejo. *Revista Médica Clínica Las Condes, 22*(1), 85–97. [https://doi.org/10.1016/S0716-8640\(11\)70396-0](https://doi.org/10.1016/S0716-8640(11)70396-0)
- Luce, K. H., & Crowther, J. H. (1999). The reliability of the eating disorder examination? Self-report questionnaire version (EDE-Q). *International Journal of Eating Disorders, 25*(3), 349–351. [https://doi.org/10.1002/\(sici\)1098-108x\(199904\)25:3%3C349::aid-eat15%3E3.0.co;2-m](https://doi.org/10.1002/(sici)1098-108x(199904)25:3%3C349::aid-eat15%3E3.0.co;2-m)
- Lucilene Ferreira, João Fernando Corazza, Jéssica Naira Francisco, & Angela Nogueira Neves. (n.d.). Tradução e adaptação cultural da Escala de Perfeccionismo para Aparência Física (PAPS) para a língua portuguesa no Brasil. *Revista Brasileira de Ciências Do Esporte, 40*(3), 266–272. <https://doi.org/10.1016/j.rbce.2018.03.002>
- Mitchell, J. E., Crow, S., Peterson, C. B., Wonderlich, S., & Crosby, R. D. (1998). Feeding laboratory studies in patients with eating disorders: A review. *International Journal of*

*Eating Disorders*, 24(2), 115–124.  
[https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1098-108X\(199809\)24:2<115::AID-EAT1>3.0.CO;2-H](https://doi.org/10.1002/(SICI)1098-108X(199809)24:2<115::AID-EAT1>3.0.CO;2-H)

- Mond, J. M., Hay, P. J., Rodgers, B., & Owen, C. (2006). Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q): Norms for young adult women. *Behaviour Research and Therapy*, 44(1), 53–62. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2004.12.003>
- Monteleone, A. M., Fernandez-Aranda, F., & Voderholzer, U. (2019). Evidence and perspectives in eating disorders: a paradigm for a multidisciplinary approach. *World Psychiatry*, 18(3), 369–370. <https://doi.org/10.1002/wps.20687>
- Monteleone, A. M., Pellegrino, F., Croatto, G., Carfagno, M., Hilbert, A., Treasure, J., Wade, T., Bulik, C. M., Zipfel, S., Hay, P., Schmidt, U., Castellini, G., Favaro, A., Fernandez-Aranda, F., Il Shin, J., Voderholzer, U., Ricca, V., Moretti, D., Busatta, D., & Abbate-Daga, G. (2022). Treatment of eating disorders: A systematic meta-review of meta-analyses and network meta-analyses. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 142(142), 104857. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2022.104857>
- Moya, T., Claudino, A. M., & van Furth, E. F. (2007). Extreme thinness in models mobilizes eating disorders' researchers and specialists. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 29(1), 1–2. <https://doi.org/10.1590/S1516-44462007000100001>
- Norcross, J. C., & Wampold, B. E. (2011). Evidence-based therapy relationships: Research conclusions and clinical practices. *Psychotherapy*, 48(1), 98–102. <https://doi.org/10.1037/a0022161>
- Nordin-Bates, S., Lundström, P., Melin, A. K., Sundgot-Borgen, J., Edlund, K. (2023) Preventing Disordered Eating in Teenage Ballet Students: Evaluation of DancExcellent, a Combined CBT and Nutrition Education Intervention. *Medical problems of performing artists*, 38(2): 71-79. <https://doi.org/10.21091/mppa.2023.2009>

- Olejnik, S., & Algina, J. (2003). *Generalized eta and omega squared statistics: Measures of effect size for some common research designs*. *Psychological Methods*, 8(4), 434–447.
- Organización Mundial de la Salud. (2021). *Clasificación Internacional de Enfermedades para estadísticas de morbilidad y mortalidad – 11.ª revisión (CIE-11)*. <https://icd.who.int/es>
- Pastor, R., & Bonilla, A. (2000). Identidades y cuerpo: El efecto de las normas genéricas. *Papeles del Psicólogo*, (75), 34–39. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=77807506>
- Peláez-Fernández, M. A., Labrador, F. J., & Raich, R. M. (2012). Validation of Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q) –Spanish Version– for Screening Eating Disorders. *The Spanish Journal of Psychology*, 15(2), 817–824. [https://doi.org/10.5209/rev\\_SJOP.2012.v15.n2.38893](https://doi.org/10.5209/rev_SJOP.2012.v15.n2.38893)
- Preti, A., Usai, A., Miotto, P., Petretto, D. R., & Masala, C. (2008). Eating disorders among professional fashion models. *Psychiatry Research*, 159(1–2), 86–94. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2005.07.040>
- Radhu, N., Daskalakis, Z. J., Arpin-Cribbie, C. A., Irvine, J., & Ritvo, P. (2012). Evaluating a web-based cognitive-behavioral therapy for maladaptive perfectionism in university students. *Journal of American College Health*, 60(5), 357–366. <https://doi.org/10.1080/07448481.2011.630703>
- Ralph-Nearman, C., Hooper, M. A., Achee, M., Tomarken, A., & Filik, R. (2024). Is There a Relationship Between Body Mass Index and Eating Disorder Symptoms in Professional Male Fashion Models? *American Journal of Men's Health*, 18(5). <https://doi.org/10.1177/15579883241279507>
- Rica, R., Sampedro, M., Solar, M., & Sepúlveda, A.R. (in press). Physical Appearance Perfectionism Scale. Validation in Spanish women. *European Journal of Eating Disorders*.
- Rica, R., Solar, M., Moreno-Encinas, A., Foguet, S., Compte, E. J., & Sepúlveda, A. R. (2022). Physical Appearance Perfectionism: Psychometric Properties and Factor

Structure of an Assessment Instrument in a Representative Sample of Males. *Frontiers in Psychology*, 13(806460). <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.806460>

Rodgers, R. F., Ziff, S., Lowy, A. S., & Austin, S. B. (2020). Disordered eating behaviors and sexual objectification during New York fashion week: Implementation of industry policies and legislation. *International Journal of Eating Disorders*, 54(3), 433–437. <https://doi.org/10.1002/eat.23432>

Rodgers, R. F., Ziff, S., Lowy, A. S., Yu, K., & Austin, S. B. (2017). Results of a strategic science study to inform policies targeting extreme thinness standards in the fashion industry. *International Journal of Eating Disorders*, 50(3), 284–292. <https://doi.org/10.1002/eat.22682>

Sandín, B., Chorot, P., & Valiente, R. M. (2012). Transdiagnóstico: Nueva frontera en psicología clínica = transdiagnostic: A new frontier in clinical psychology. *Revista de Psicopatología Y Psicología Clínica*, 17(3), 185. <https://doi.org/10.5944/rppc.vol.17.num.3.2012.11839>

Santonastaso, P., Mondini, S., & Favaro, A. (2002). Are Fashion Models a Group at Risk for Eating Disorders and Substance Abuse? *Psychotherapy and Psychosomatics*, 71(3), 168–172. <https://doi.org/10.1159/000056285>

Sobal, J. (1995). Social influences on body weight. En K. D. Brownell & C. G. Fairburn (Eds.), *Eating disorders and obesity* (pp. 73–77). Guilford Press.

Soley-Beltrán, P. (2004). Modelling Femininity. *European Journal of Women's Studies*, 11(3), 309–326. <https://doi.org/10.1177/1350506804044465>

Soley-Beltrán, P. (2012). Muñecas que hablan. Ética y estética de los modelos de belleza en publicidad y moda. *Revista de Dialectología Y Tradiciones Populares*, 67(1), 115–146. <https://doi.org/10.3989/rdtp.2012.05>

Solmi, M., Monaco, F., Mikkel Højlund, Alessio Maria Monteleone, Trott, M., Firth, J., Carfagno, M., Eaton, M., Marco De Toffol, Mariantonietta Vergine, Paolo Meneguzzo, Enrico Collantoni, Gallicchio, D., Stubbs, B., Girardi, A., Paolo Busetto,

- Favaro, A., Carvalho, A. F., Hans-Christoph Steinhausen, & Correll, C. U. (2024). Outcomes in people with eating disorders: a transdiagnostic and disorder-specific systematic review, meta-analysis and multivariable meta-regression analysis. *World Psychiatry*, 23(1), 124–138. <https://doi.org/10.1002/wps.21182>
- Treasure, J., Duarte, T. A., & Schmidt, U. (2020). Eating disorders. *The Lancet*, 395(10227), 899–911. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(20\)30059-3](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(20)30059-3)
- Unikel, C., & Gómez-Peresmitré, G. (2004). Validez de constructo de un instrumento para la detección de factores de riesgo en los trastornos de la conducta alimentaria en mujeres mexicanas. *Salud Mental*, 27(1), 38–49.
- Volonté, P. (2017). The thin ideal and the practice of fashion. *Journal of Consumer Culture*, 19(2), 252–270. <https://doi.org/10.1177/1469540517717775>
- Watson, D. R., Gustafsson, H., & Lundqvist, C. (2023). Working with perfectionistic athletes in sport: An Acceptance and Commitment Therapy perspective. In *The Psychology of Perfectionism in Sport, Dance, and Exercise*. Routledge.
- Woodfin, V., Molde, H., Dundas, I., & Binder, P.-E. (2021). A Randomized Control Trial of a Brief Self-Compassion Intervention for Perfectionism, Anxiety, Depression, and Body Image. *Frontiers in Psychology*, 12. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.751294>
- Yang, H., & Stoeber, J. (2012). The Physical Appearance Perfectionism Scale: Development and Preliminary Validation. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 34(1), 69–83. <https://doi.org/10.1007/s10862-011-9260-7>
- Zancu, S. A., & Enea, V. (2017). Eating disorders among fashion models: A systematic review of the literature. *Eating and Weight Disorders*, 22(3), 395–405. <https://doi.org/10.1007/s40519-016-0293-5>
- Zancu, S. A., Rodgers, R. F., & Enea, V. (2019). Self-determined motivation for eating behavior regulation and sociocultural influences among Romanian fashion models. *Body Image*, 31, 150–159. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2019.10.003>

Zoletić, E., & Duraković-Belko, E. (2009). Body image distortion, perfectionism and eating disorder symptoms in risk group of female ballet dancers and models and in control group of female students. *PubMed*, 21(3), 302–309.